

令和6年度老人保健健康増進等事業

訪問介護におけるサービス提供の実態に関する
調査研究事業

報 告 書

令和7年（2025年）3月

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

目次

第1章 事業の概要.....	1
1. 事業の背景と目的	1
2. 事業の実施概要	2
第2章 アンケート調査.....	4
1. 調査の概要	4
2. 調査結果	7
3. 調査結果の分析	74
第3章 ヒアリング調査結果.....	77
1. 調査の概要	77
2. 調査結果（訪問介護事業所）	79
3. 調査結果（居宅介護支援事業所）	100
4. 調査結果（自治体）	117
5. 調査結果の分析	122
第4章 まとめ.....	136
1. 訪問介護の専門性について	136
2. 利用者の状態像に応じた訪問介護員の割り当てについて	138
3. 需要調整の実態と提供された代替的なサービスについて	140
4. 制度の適正な運用	142
5. 委員からの意見	143
別紙1 アンケート調査単純集計結果等	
別紙2-1 アンケート調査票（訪問介護事業所事業所票）	
別紙2-2 アンケート調査票（訪問介護事業所利用者票）	
別紙2-3 アンケート調査票（居宅介護支援事業所事業所票）	
別紙2-4 アンケート調査票（居宅介護支援事業所利用者票）	
別紙2-5 アンケート調査票（自治体票）	

第1章 事業の概要

1. 事業の背景と目的

訪問介護において、訪問介護員等の人材不足、高齢化は喫緊の課題となっており、他サービスと比較して事業規模が小さいことから、事業所の収入も少ない状況である。上記をふまえ、訪問介護員等が専門性を発揮し、利用者の状態に応じた安定的なサービス提供のため、介護報酬上の評価のあり方を含め必要な方策等を検討する必要がある。

そこで本事業では、訪問介護におけるサービス提供の実態、訪問介護員の専門性や役割等について調査等を行った上で、有識者や事業者団体等により組織する検討会において分析等を行い、報告書として取りまとめることとした。

具体的には、以下①～③の結果の分析や議論等を踏まえて報告書にとりまとめた。

①要介護度別、サービス区分ごとの提供内容・時間、身体介護中心型と生活援助中心型の区分がどのように行われているか等のサービス提供の実態、また、訪問介護員等に求められる資質や役割等について、訪問介護事業所に対してアンケートやヒアリング調査により実態把握を行う。

②訪問介護を必要とする利用者像、訪問介護をケアプランに位置付けた利用者の状況等について、居宅介護支援事業所に対してアンケート調査により実態把握を行う。

③同居家族がいる場合等の適切なサービス提供にあたっての考え方等について、保険者に対してアンケート調査により実態把握を行う。

2. 事業の実施概要

(1) 検討会の設置・運営

本事業では、下記の委員から構成される検討会を設置し、事業設計、調査設計、調査の実施、調査結果の分析、報告書の作成等に関する検討を行った。

・検討会の委員

荒川 泰士	一般社団法人全国介護事業者連盟訪問サービス在り方委員会 副委員長
大島 康雄	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事
工藤 健一	東北福祉大学 総合マネジメント学部 准教授
小中 凌	隠岐広域連合介護保険課 副主任
中川 裕晴	日本ホームヘルパー協会 副会長、奈良県支部会長
鍋谷 晴子	全国ホームヘルパー協議会 副会長
○馬袋 秀男	兵庫県立大学大学院社会科学研究科 客員教授
松本 享	川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課 給付係長
山本 邦幸	日本在宅介護協会訪問介護・居宅介護支援部会 委員
○ 委員長	(計 9 名 氏名五十音順)

・オブザーバー

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課

課長補佐 安蒜丈範

基準第一係長 杉本勝亮

係員 舩井健一郎

係員 松井翔

・事務局担当者

エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニット
マネージャー 西尾文孝
シニアコンサルタント 金尾翔悟
シニアコンサルタント 林高穂
スタッフ 佐々木サイ子

・検討会の開催実績

第1回検討会

- ・開催日程 令和6年9月24日（火）18：00－20：00
- ・検討内容 事業概要の説明、アンケート調査の検討、ヒアリング調査の検討

第2回検討会

- ・開催日程 令和7年2月3日（月）18：00－20：00
- ・検討内容 アンケート調査の中間報告、ヒアリング調査の中間報告

第3回検討会

- ・開催日程 令和7年3月12日（水）15：00－17：00
- ・検討内容 報告書とりまとめ

（2）アンケート調査

訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、市区町村を対象としてアンケート調査を行った。訪問介護事業所への調査では、サービスの安定的な提供や専門性にかかる実態把握を目的とした。居宅介護支援事業所への調査では、訪問介護を必要とする利用者像にかかる実態把握を目的とした。市区町村への調査では、訪問介護を受給できる利用者像にかかる実態把握を目的とした。

（3）ヒアリング調査

訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、市区町村を対象としてヒアリング調査を行った。いずれの調査対象に対しても、アンケート調査では把握しきれない訪問介護業務にかかる課題の詳細な状況を把握することを目的としてヒアリング調査を行った。

第2章 アンケート調査

1. 調査の概要

(1) 調査の目的

訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、市区町村を対象としてアンケート調査を行った。訪問介護事業所への調査では、サービスの安定的な提供や専門性にかかる実態把握を目的とした。居宅介護支援事業所への調査では、訪問介護を必要とする利用者像にかかる実態把握を目的とした。市区町村への調査では、訪問介護を受給できる利用者像にかかる実態把握を目的とした。

(2) 調査対象と回収結果

訪問介護事業所、居宅介護支援事業所への調査では、それぞれ事業所調査と利用者調査を行った。これら4種類のアンケート調査を、訪問介護事業所調査、訪問介護利用者調査、居宅介護支援事業所調査、居宅介護支援利用者調査と表す。

訪問介護事業所調査、居宅介護支援事業所調査については厚生労働省介護サービス情報の公表システムデータのオープンデータのうち令和6年6月末時点のデータから、いずれも3000事業所を無作為抽出して調査対象とした。

訪問介護利用者調査については、以下の条件のもと、1つの事業所につき最大15人の利用者を、事業所が自ら一定のルールに従い無作為で選定する方法で調査対象とした。

図表1 訪問介護利用者調査の調査対象の選定条件

- 生活援助のみのサービスを提供している利用者 要介護1～5でそれぞれ1人ずつ
- 身体介護と生活援助の両サービスを提供している利用者 要介護1～5でそれぞれ1人ずつ
- 身体介護のみを提供している利用者 要介護1～5でそれぞれ1人ずつ

居宅介護支援利用者調査については、以下の条件のもと、1つの事業所につき最大15人の利用者を、事業所が自ら一定のルールに従い無作為で選定する方法で調査対象とした。

図表2 居宅介護支援利用者調査の調査対象の選定条件

- 本来訪問介護サービスを利用すべき利用者で、現在訪問介護サービスを利用している利用者 要介護1～5でそれぞれ1人ずつ
- 本来訪問介護サービスを利用すべき利用者だが、訪問介護サービスを利用できないため訪問介護以外のサービスを利用している利用者 要介護1～5でそれぞれ1人ずつ
- 本来訪問介護以外のサービスを利用すべき利用者だが、訪問介護以外のサービスを利用できないため、訪問介護サービスを利用している利用者 要介護1～5でそれぞれ1人ずつ

市区町村調査（市区町村を対象とした調査）は、全国 1741 の市区町村を悉皆で対象とした。

回収結果は下表に示す通りである。

図表 3 回収結果

調査名	客体数	有効回収数	有効回収率
訪問介護事業所調査	3000	596	19.9%
訪問介護利用者調査	—	1716	—
居宅介護支援事業所調査	3000	766	25.5%
居宅介護支援利用者調査	—	961	—
市区町村調査	1741	801	46.0%

※利用者調査の客体数、有効回収率は、調査対象施設ごとに最大 15 人の利用者を対象とするという条件で調査したため記載しない。

(3) 調査方法

調査対象とした訪問介護事業所、居宅介護支援事業所に対し調査事務局より WEB 調査画面の URL を記載した依頼状兼調査要項を郵送し、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所の事業所調査、利用者調査のいずれについても、調査対象となった事業所の管理者または管理者から委任された者が WEB 調査画面から回答する方法とした。

調査対象とした全ての市区町村に対し、厚生労働省より電子メールで依頼状兼調査要項を送信し、WEB サイトからエクセル調査票をダウンロードし、回答の後、アップロードして提出する方法とした。

調査期間は令和 6 年 11 月 11 日から 12 月 20 日。

(4) 主な調査項目

主な調査項目は以下の通りである。

訪問介護事業所調査

- ・事業所の基本属性
- ・サービスの提供状況
- ・サービス内容の専門性に関する意識
- ・家族同居のある場合の生活援助サービスの提供に関する意識

訪問介護利用者調査

- ・利用者の基本属性
- ・訪問介護サービスの利用状況
- ・近隣地域における各種サービスの提供状況
- ・サービス提供者の基本属性

居宅介護支援事業所調査

- ・事業所の基本属性
- ・利用者の概況

居宅介護支援利用者調査

- ・利用者の基本属性
- ・訪問介護サービスの利用状況
- ・やむを得ず訪問介護をケアプランに位置づけた理由
- ・本来訪問介護サービスを利用すべき利用者に訪問介護を位置付けなかった理由

市区町村調査

- ・市区町村の基本属性
- ・地域資源の状況
- ・ケアプラン点検での留意事項
- ・「同居家族がいる場合」における生活援助サービスにかかる判断状況

(5)留意事項

複数の設問に対する回答を用いて集計を行ったクロス集計結果については、一部項目への無回答等により、調査数や各選択肢への回答数（「全体」の値）とクロス集計項目の内訳の合計が一致しない場合がある。

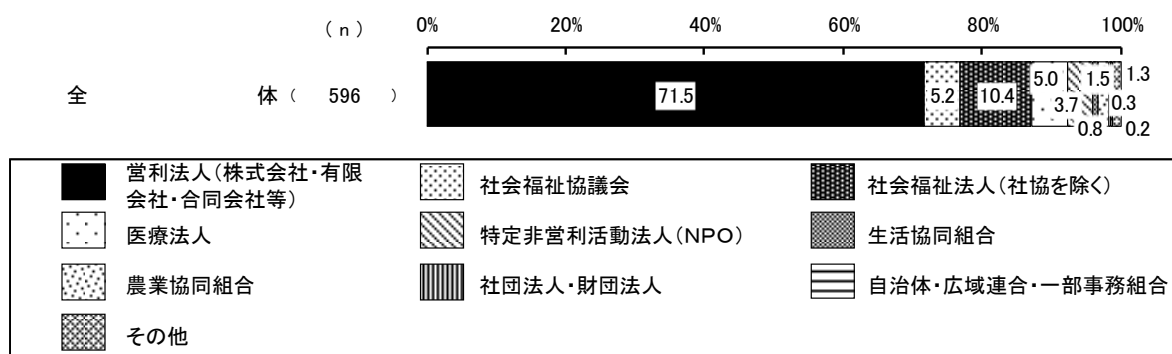
2. 調査結果

(1) 訪問介護事業所 基本情報について

1) 法人種別

「営利法人（株式会社・有限会社・合同会社等）」が 71.5%、次いで「社会福祉法人（社協を除く）」が 10.4%であった。

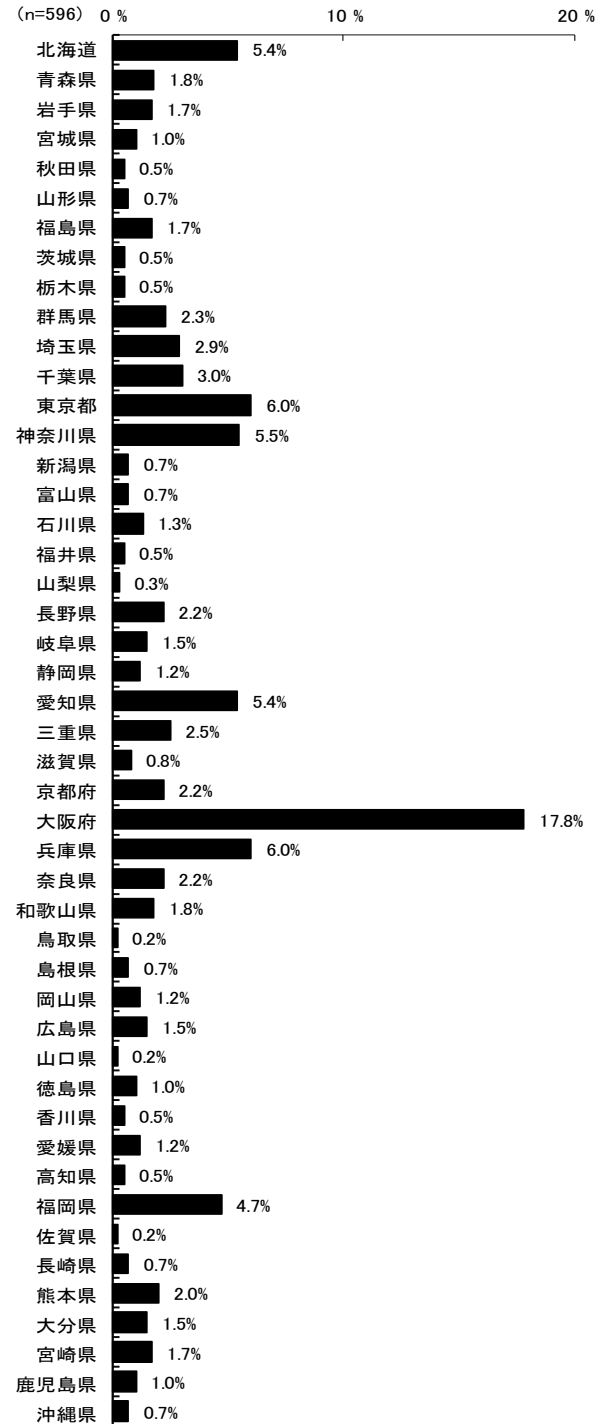
図表 4 法人種別（訪問介護事業所 事業所票 問 1）



2) 都道府県

「大阪府」が 17.8%と最も高く、次いで「東京都」が 6.0%、「兵庫県」が 6.0%であった。

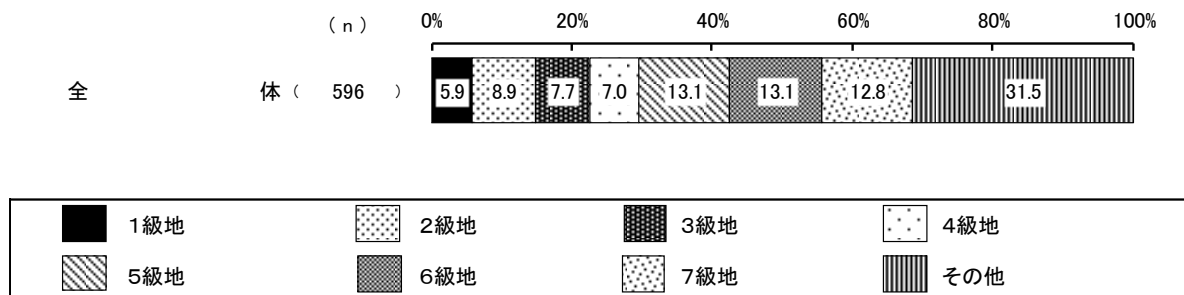
図表 5 都道府県（訪問介護事業所 事業所票 問 3）



3) 地域区分

「その他」が31.5%で最も高く、次いで「5級地」、「6級地」であった。

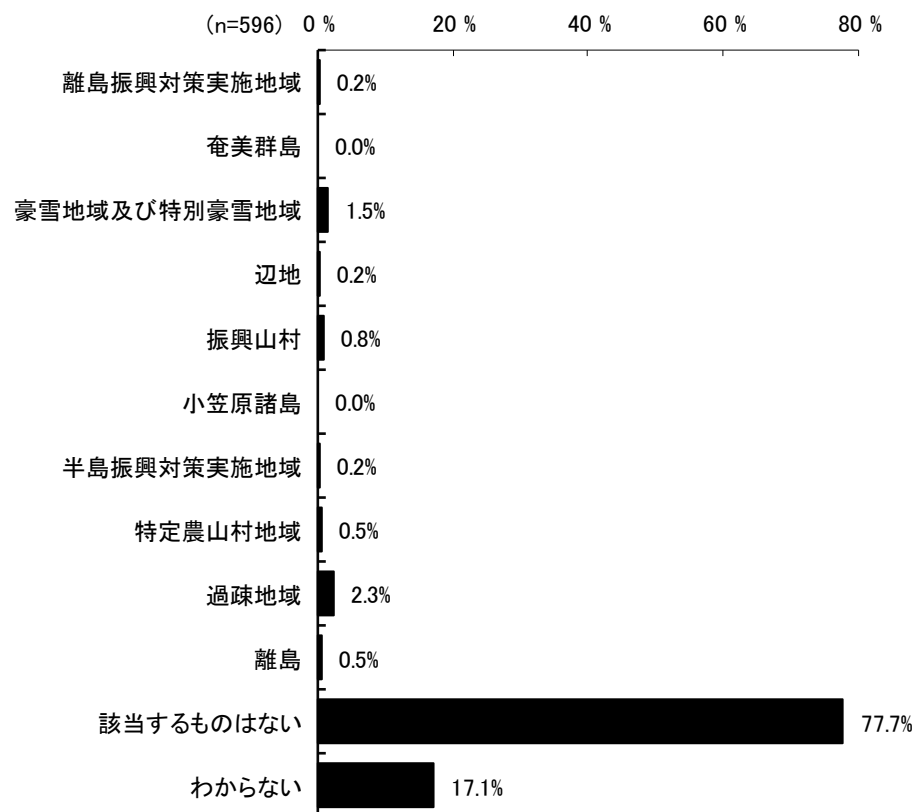
図表 6 地域区分（訪問介護事業所 事業所票 問 5）



4) 事業所が立地する地区の種類（国による地域指定種類別）

「該当するものはない」が77.7%と最も高く、「過疎地域」が2.3%、「豪雪地域及び特別豪雪地域」が1.5%であった。

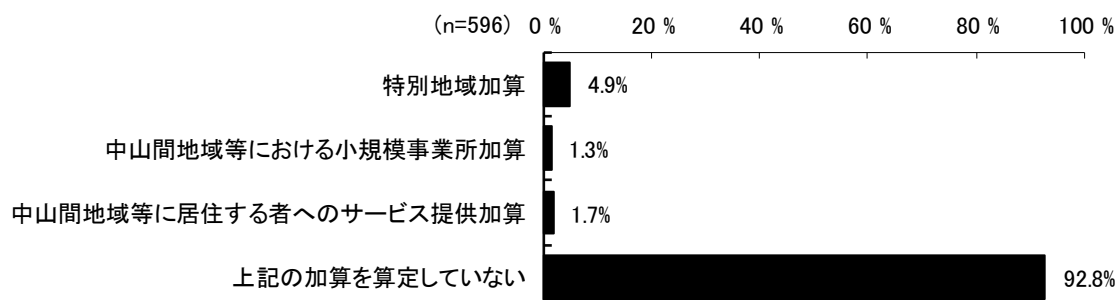
図表 7 立地する地区の種類（国による地域指定種類別）（複数選択）（訪問介護事業所 事業所票 問 6）



5) 加算の算定状況（地域性の加算）

「上記の加算を算定していない」が92.8%と最も高く、「特別地域加算」が4.9%、「中山間地域等における小規模事業所加算」が1.3%、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」が1.7%であった。

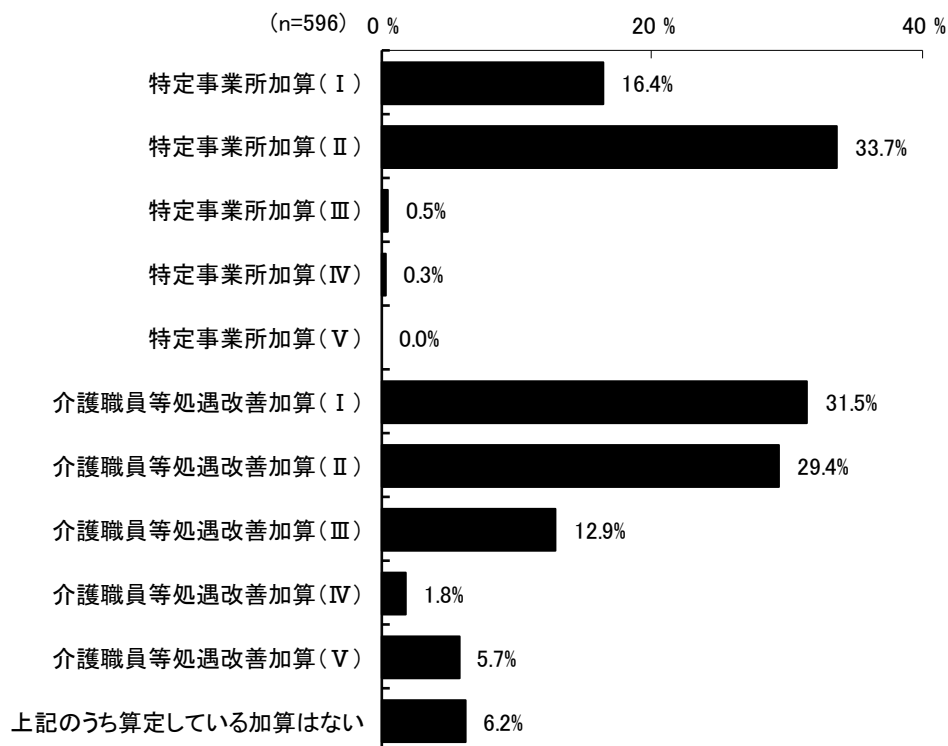
図表 8 実際に加算算定しているもの（複数選択）（訪問介護事業所 事業所票 問 7）



6) 加算の算定状況（特定事業所加算等）

特定事業所加算は、「特定事業所加算（Ⅱ）」が33.7%と最も高く、また介護職員等処遇改善加算においては「介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）」が31.5%であった。

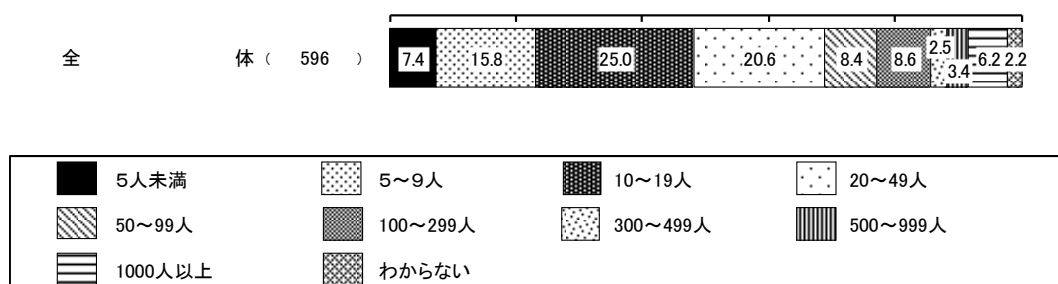
図表 9 加算の算定状況（複数選択）（訪問介護事業所 事業所票 問 8）



7) 所属する法人全体の介護事業従事者数（非常勤を含む）

「10～19 人」が 25.0%と最も高く、次いで「20～49 人」が 20.6%であった。

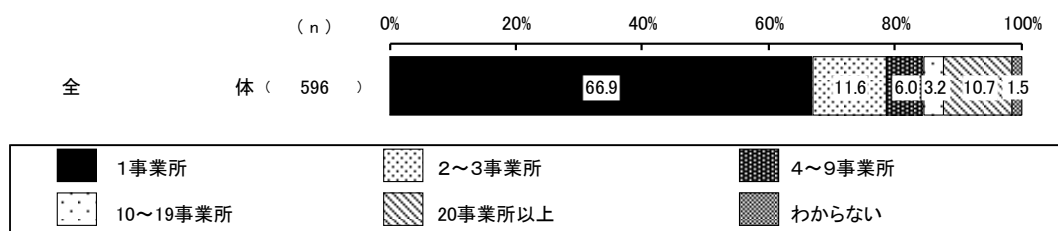
図表 10 法人全体の介護事業従事者数（非常勤を含む）（訪問介護事業所 事業所票 問 9）



8) 所属する法人が運営している訪問介護事業所数

「1 事業所」が 66.9%と最も高く、次いで「2～3 事業所」が 11.6%であった。

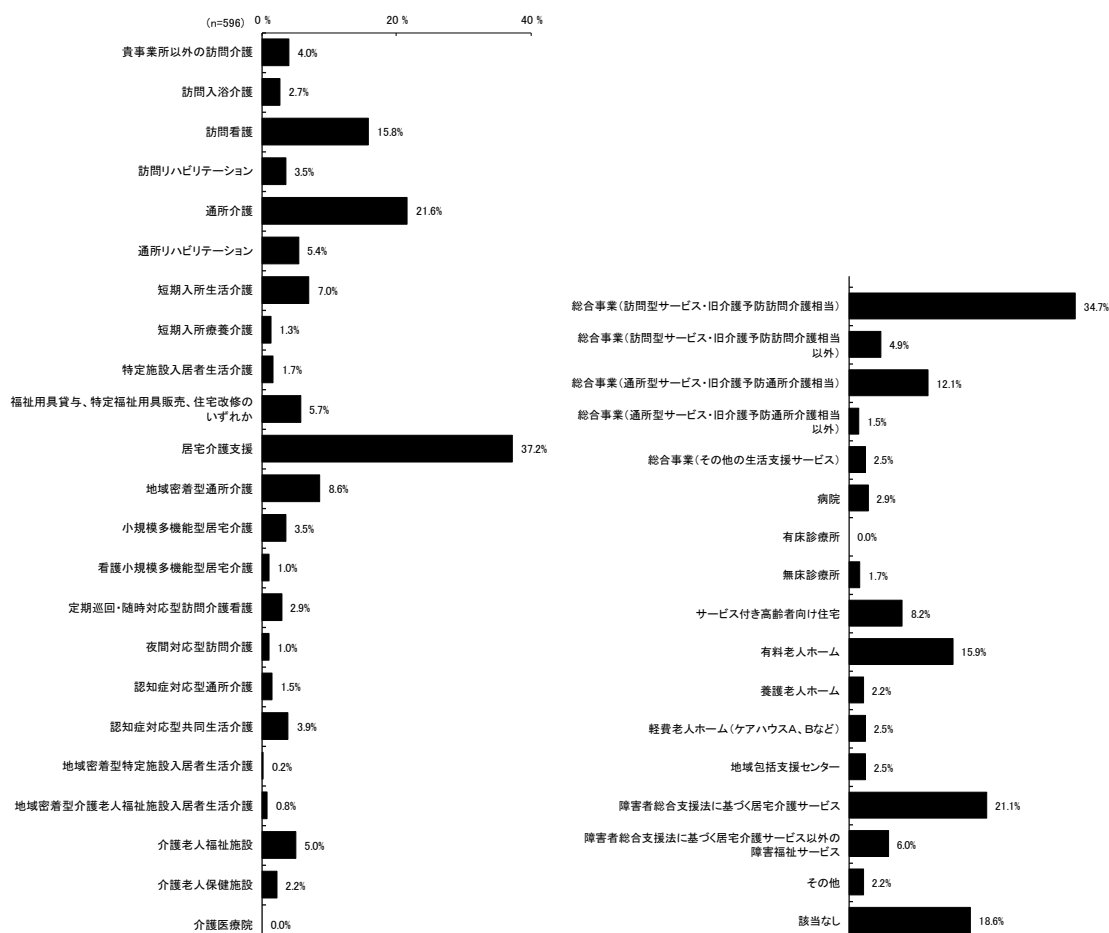
図表 11 所属する法人が運営している訪問介護事業所数（訪問介護事業所 事業所票 問 10）



9) 併設・隣接敷地にある介護保険サービス・その他高齢者福祉サービス等（自法人・同法人グループ）

「居宅介護支援」が37.2%と最も高く、次いで「総合事業（訪問型サービス・旧介護予防訪問介護相当）」が34.7%、「通所介護」が21.6%であった。

図表 12 併設・隣接敷地にある介護保険サービス・その他高齢者福祉サービス等（自法人・同法人グループ）（複数選択）（訪問介護事業所 事業所票 問 11）



10) 事業所の職員数（管理者）

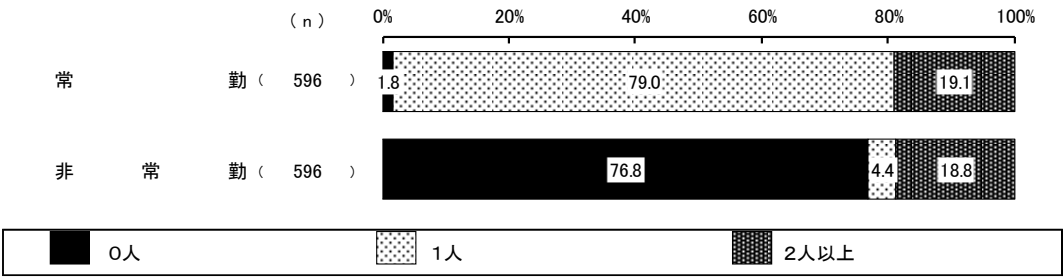
常勤職員の平均人数は 1.8 名、非常勤職員の実人数は平均 1.8 名、常勤換算の平均は 1.8 名であった。

図表 13 事業所の職員数（管理者）（2024 年 9 月時点）（訪問介護事業所 事業所票 問 12）

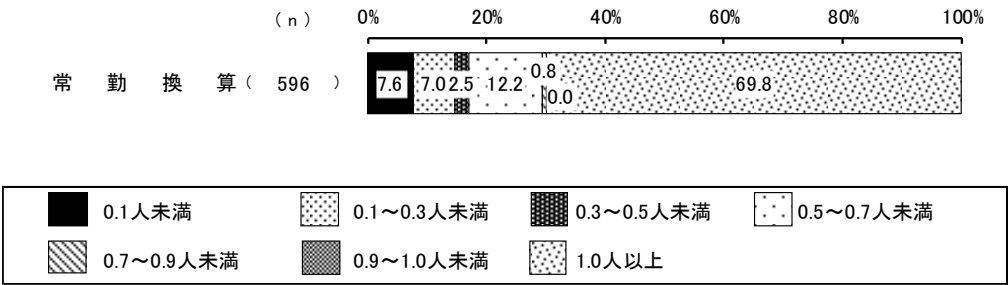
単位:人

	全体	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
常勤	596	1.8	1.0	2.8	0	41
非常勤	596	1.8	0.0	4.8	0	34
常勤換算	596	1.8	1.0	3.1	0	38.5

図表 14 事業所の職員数（管理者）（常勤、非常勤に実人数の分布）（2024 年 9 月時点）（訪問介護事業所 事業所票 問 12）



図表 15 事業所の職員数（管理者）（常勤換算の分布）（2024 年 9 月時点）（訪問介護事業所 事業所票 問 12）



1 1) 事業所の職員数（サービス提供責任者）

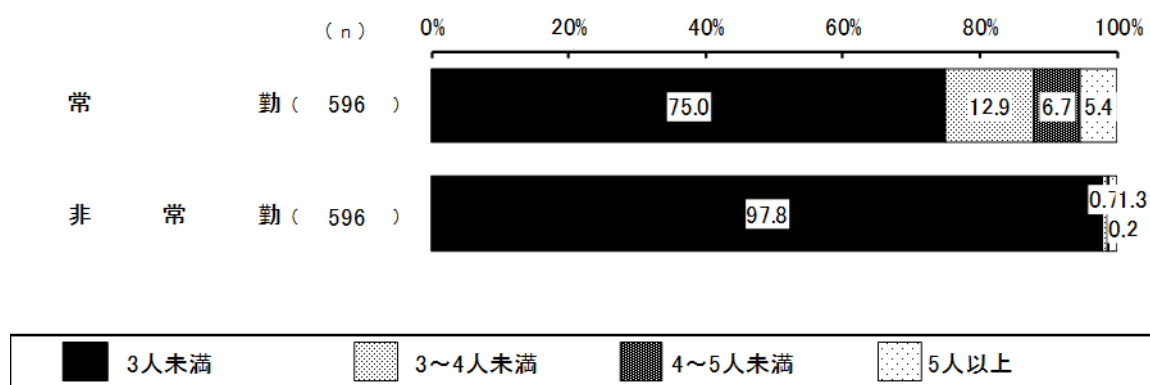
常勤職員の平均人数は 2.0 名、非常勤職員の実人数は平均 0.3 名、常勤換算の平均は 1.9 名であった。

図表 16 事業所の職員数（サービス提供責任者）（2024 年 9 月時点）（訪問介護事業所 事業所票 問 12）

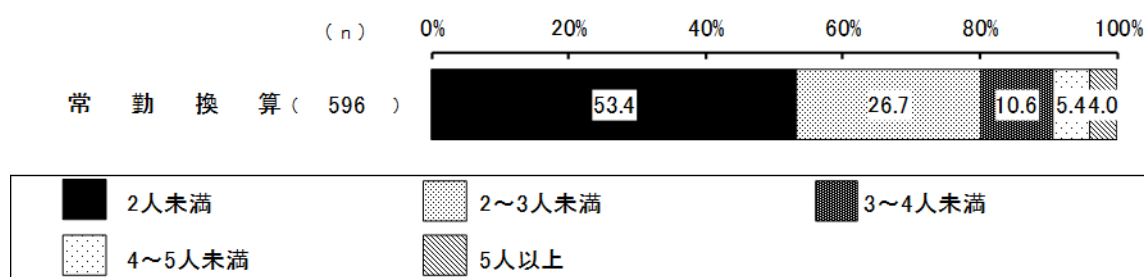
	全体	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
常勤	596	2.0	2.0	1.3	0	9
非常勤	596	0.3	0.0	1.1	0	17
常勤換算	596	1.9	1.5	1.3	0	8

単位：人

図表 17 事業所の職員数（サービス提供責任者）（常勤、非常勤の実人数の分布）（2024 年 9 月時点）（訪問介護事業所 事業所票 問 12）



図表 18 事業所の職員数（サービス提供責任者）（常勤換算の分布）（2024 年 9 月時点）（訪問介護事業所 事業所票 問 12）



1 2) 事業所の職員数（訪問介護員）

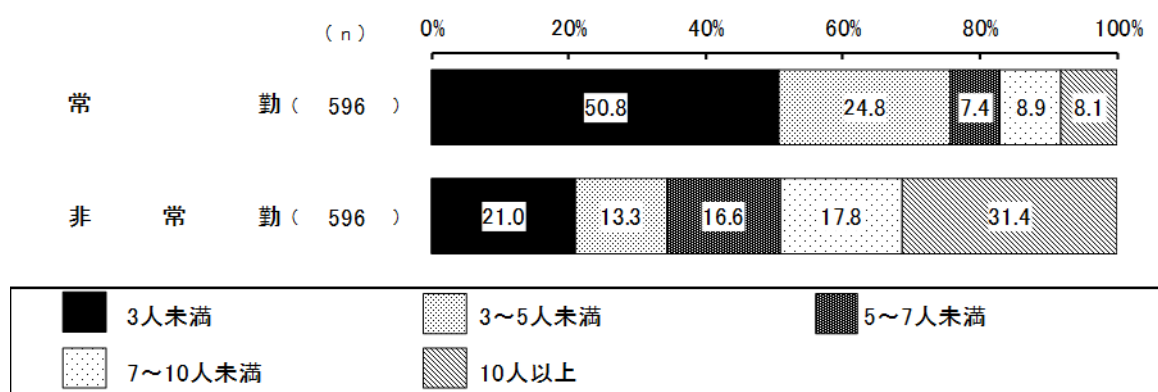
常勤職員の平均人数は 3.6 名、非常勤職員の実人数は平均 8.7 名、常勤換算の平均は 5.4 名であった。サービス提供責任者と訪問介護員の常勤換算を合計すると 7.3（1.9＋5.4）名であった。平成 17 年の介護事業経営実態調査結果では、常勤換算職員数が 10.1 名で、近年、事業所の規模が縮小している傾向が見受けられた。

図表 19 事業所の職員数（訪問介護員）（2024 年 9 月時点）（訪問介護事業所 事業所票 問 12）

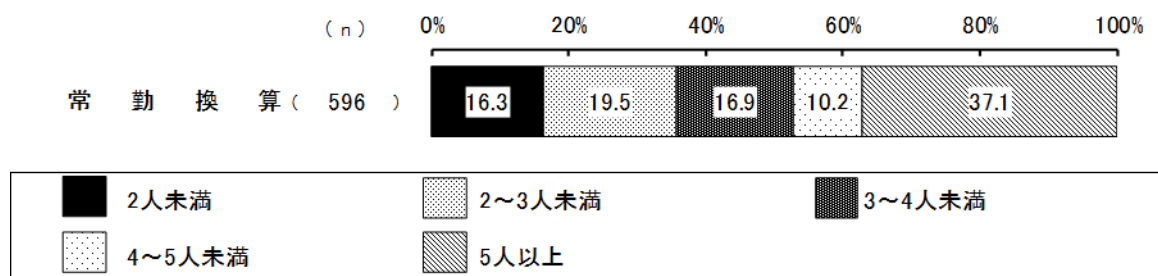
単位:人

	全体	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
常勤	596	3.6	2.0	4.2	0	32
非常勤	596	8.7	6.0	8.6	0	65
常勤換算	596	5.4	3.8	5.6	0	68

図表 20 事業所の職員数（訪問介護員）（常勤、非常勤に実人数の分布）（2024 年 9 月時点）（訪問介護事業所 事業所票 問 12）



図表 21 事業所の職員数（訪問介護員）（常勤換算の分布）（2024 年 9 月時点）（訪問介護事業所 事業所票 問 12）



1 3）事業所の職員数（その他の職員）

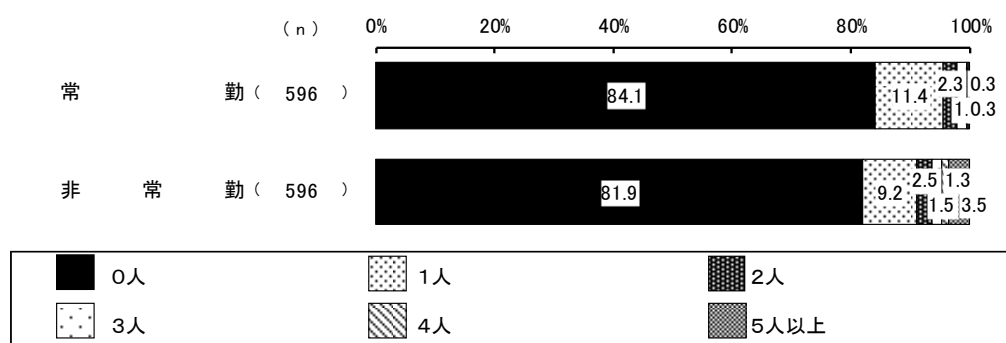
常勤職員の平均人数は 0.2 名、非常勤職員の実人数は平均 0.6 名、常勤換算の平均は 0.4 名であった。

図表 22 事業所の職員数（その他の職員）（2024 年 9 月時点）（訪問介護事業所 事業所票 問 12）

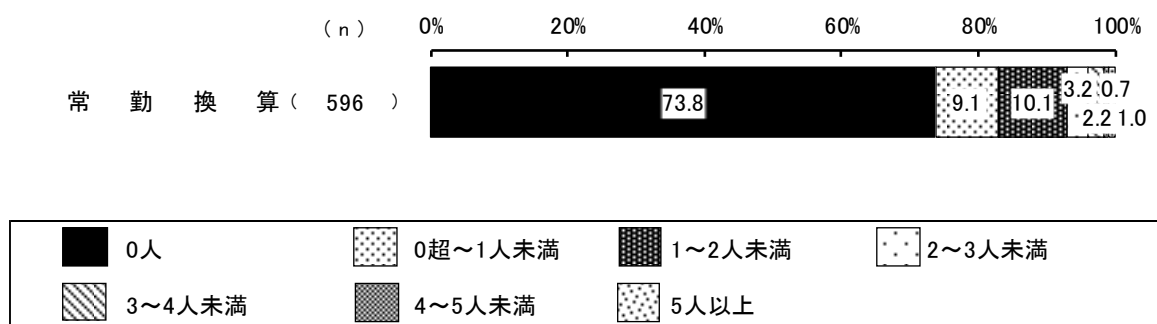
単位:人

	全体	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
常勤	596	0.2	0.0	0.7	0	7
非常勤	596	0.6	0.0	2.3	0	25
常勤換算	596	0.4	0.0	1.0	0	7.5

図表 23 事業所の職員数（その他の職員）（常勤、非常勤に実人数の分布）（2024 年 9 月時点）（訪問介護事業所 事業所票 問 12）



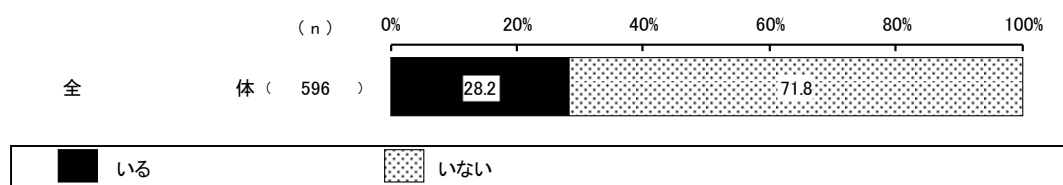
図表 24 事業所の職員数（その他の職員）（常勤換算の分布）（2024 年 9 月時点）（訪問介護事業所 事業所票 問 12）



1 4) 専任の事務職員の有無

全体では、「いる」が28.2%、「いない」が71.8%であった。

図表 25 専任の事務職員（訪問介護事業所 事業所票 問 13）



1 5) 事業所の職員の保有資格

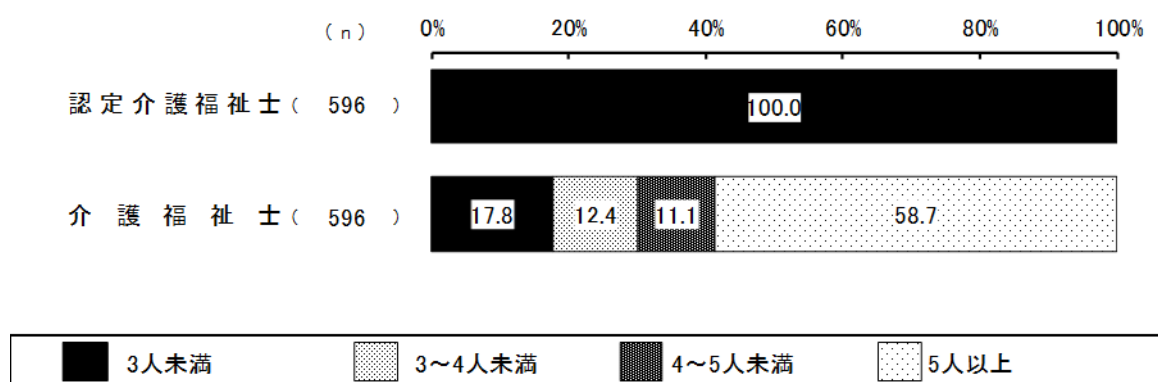
介護福祉士の平均人数が6.9名で最も多く、次いで介護職員初任者研修相当が5.3名であった。

図表 26 事業所の職員の保有資格(2024 年 9 月時点) (訪問介護事業所 事業所票 問 14)

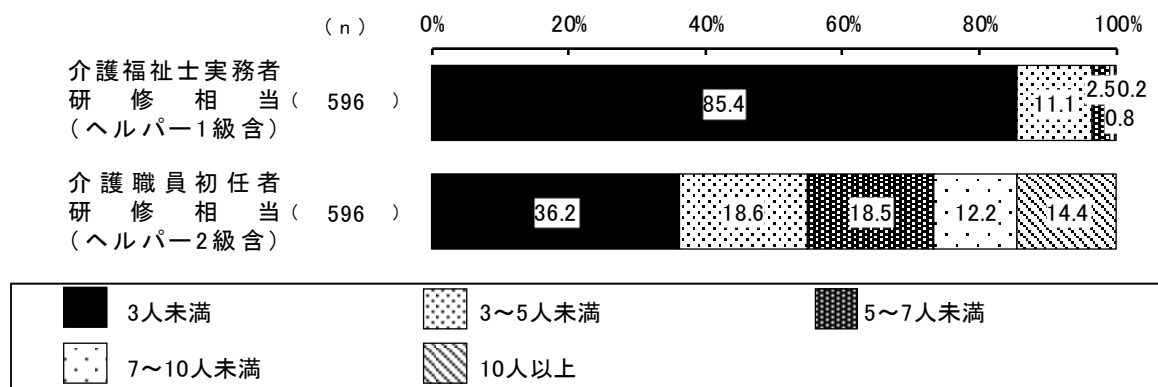
	全体	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
認定介護福祉士	596	0.0	0.0	0.1	0	2
介護福祉士	596	6.9	5.0	5.8	0	53
介護福祉士実務者研修相当(ヘルパー1級含)	596	1.2	1.0	3.1	0	67
介護職員初任者研修相当(ヘルパー2級含)	596	5.3	4.0	5.5	0	37
生活援助従事者研修	596	0.0	0.0	0.4	0	8
介護支援専門員	596	0.4	0.0	0.9	0	10
看護師・准看護師	596	0.6	0.0	2.1	0	33

単位:人

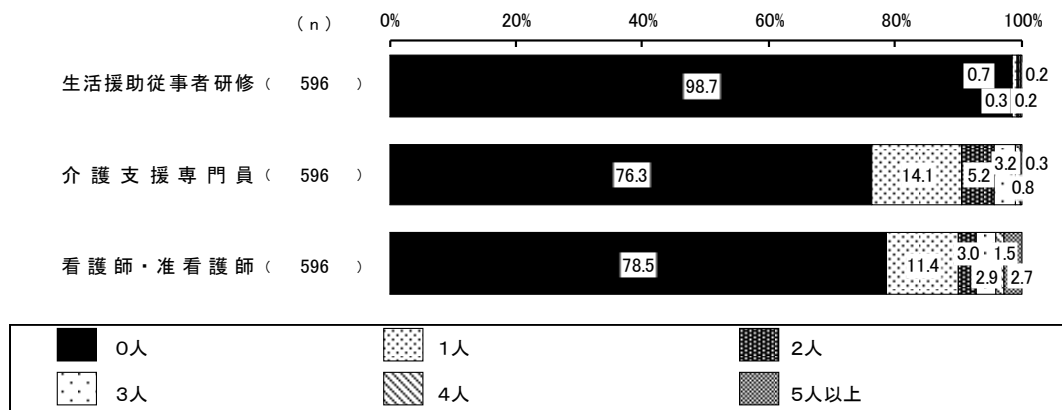
図表 27 事業所の職員の保有資格(2024 年 9 月時点) (資格別分布①) (訪問介護事業所 事業所票 問 14)



図表 28 事業所の職員の保有資格(2024 年 9 月時点) (資格別分布②) (訪問介護事業所 事業所票
問 14)



図表 29 事業所の職員の保有資格(2024 年 9 月時点) (資格別分布③) (訪問介護事業所 事業所票 問 14)



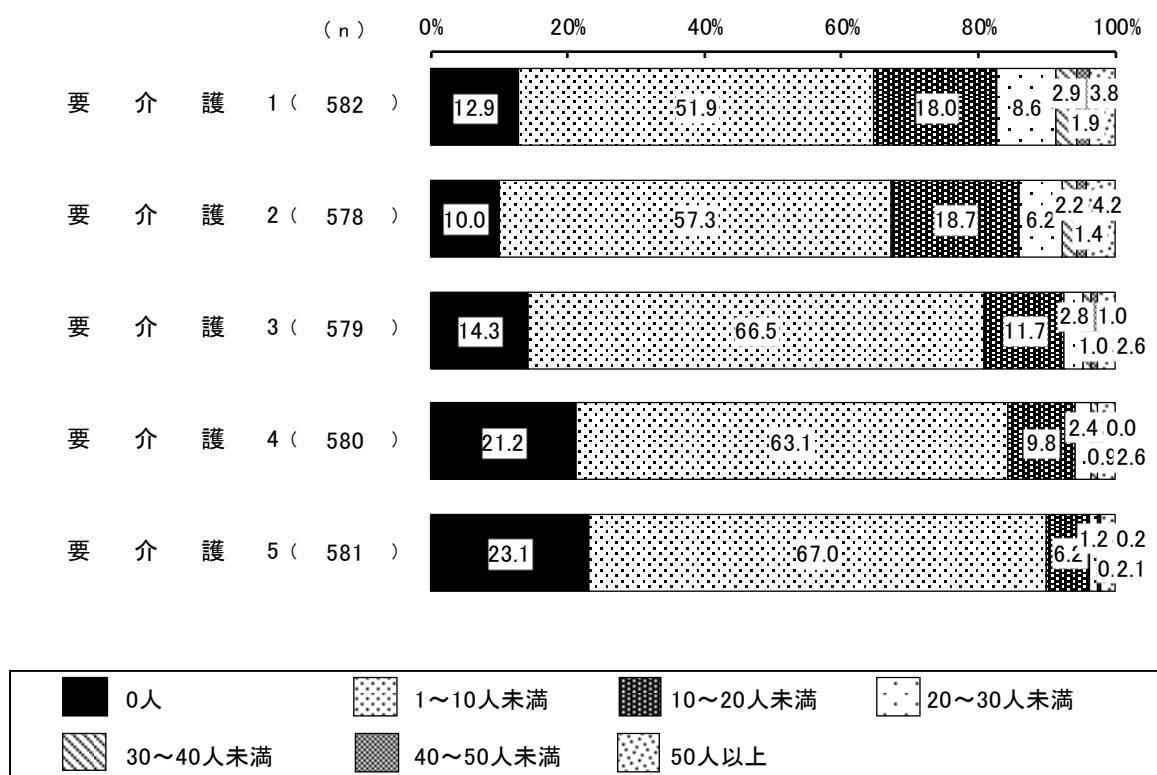
16) 要介護度別の利用者(実人数)(2024 年 9 月時点)

要介護度 2 が平均 16.8 名で最も多く、次いで要介護度 1 で平均 15.6 名であった。各介護度別の利用者数を合計すると平均 62.7 名である。サービス提供責任者の常勤換算 1.9 名であるため、サービス提供責任者 1 人あたり 33.0 名程度となる。

図表 30 利用者合計数(実人数)(2024 年 9 月時点) (訪問介護事業所 事業所票 問 19)

	全体	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
要介護1	582	15.6	6.0	42.2	0	527
要介護2	578	16.8	7.0	51.5	0	704
要介護3	579	11.0	5.0	36.4	0	435
要介護4	580	11.2	3.0	48.4	0	748
要介護5	581	8.1	2.0	36.6	0	555

図表 31 利用者合計数（実人数の分布）（2024 年 9 月時点）（訪問介護事業所 事業所票 問 19）

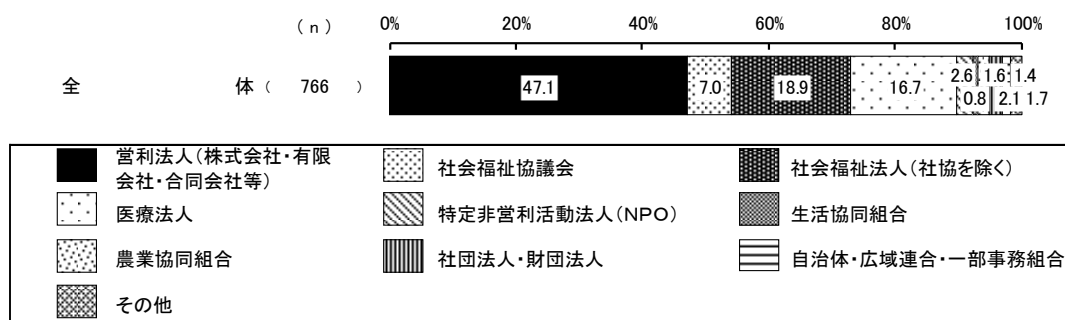


（2）居宅介護支援事業所 基本情報について

1）法人種別

「営利法人（株式会社・有限会社・合同会社等）」が 47.1%と最も高く、次いで「社会福祉法人（社協を除く）」が 18.9%であった。

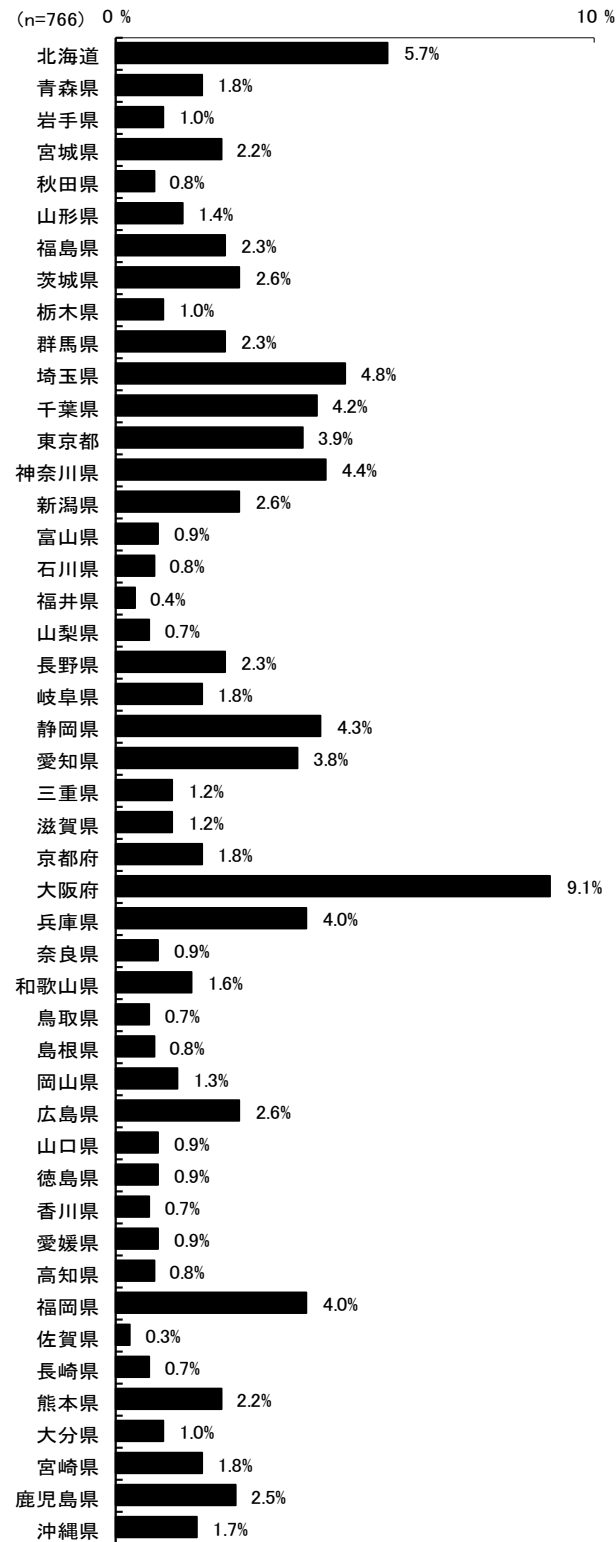
図表 32 法人種別（居宅介護支援事業所 事業所票 問 1）



2) 都道府県

「大阪府」が9.1%と最も高く、次いで「北海道」が5.7%であった。

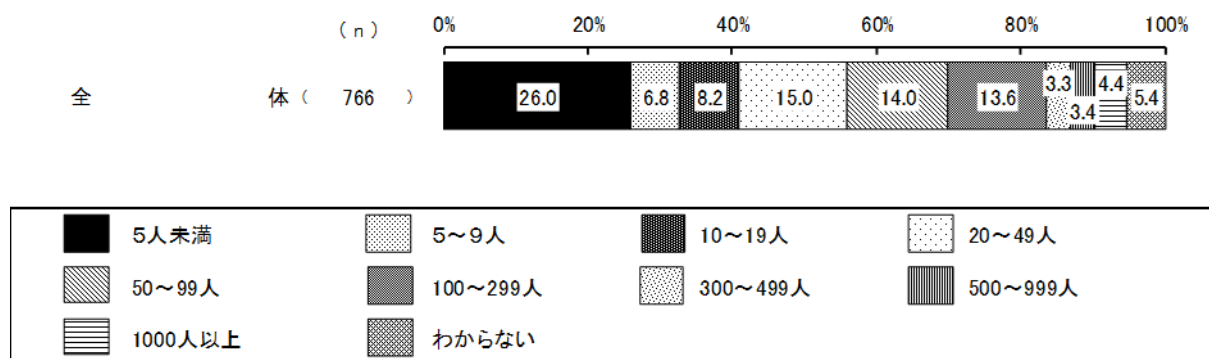
図表 33 法人種別（居宅介護支援事業所 事業所票 問 3）



3) 事業所が所属する法人全体の介護事業従事者数（非常勤を含む）

「5人未満」が26.0%と最も高く、「20～49人」が15.0%であった。

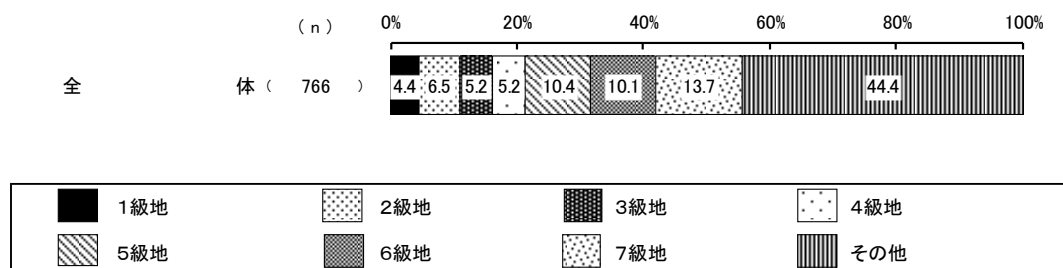
図表 34 事業所が所属する法人全体の介護事業従事者数（非常勤を含む）（居宅介護支援事業所 事業所票 問 5）



4) 地域区分

全体では、「7級地」が13.7%と最も高く、次いで「5級地」が10.4%であった。

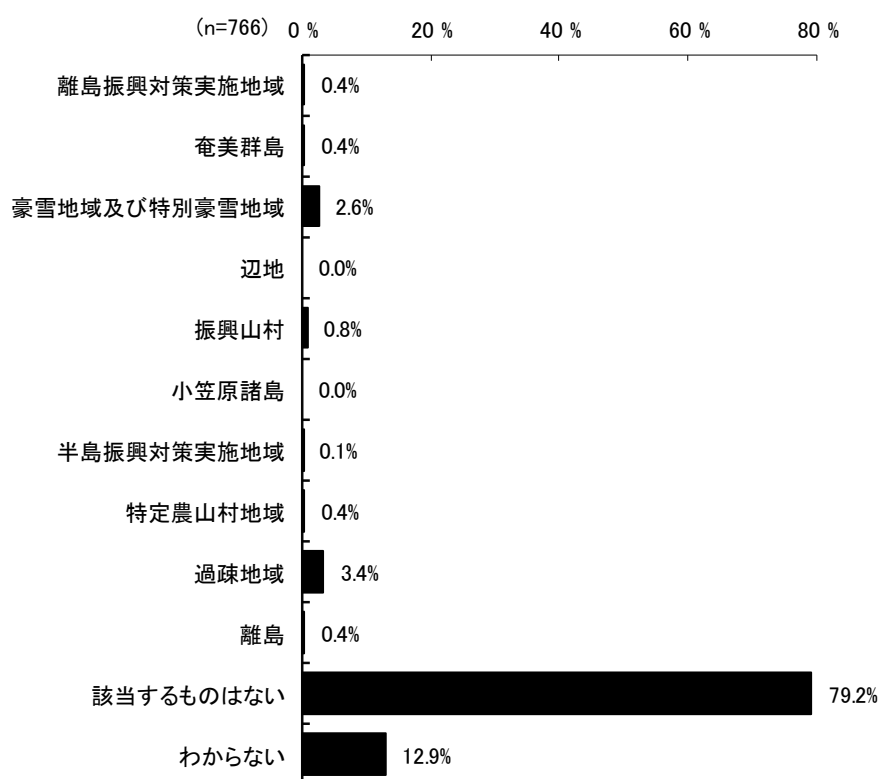
図表 35 地域区分（居宅介護支援事業所 事業所票 問 6）



5) 地区の種類（国による地域指定種類別）（問 7）

「該当するものはない」が 79.2%と最も高く、「過疎地域」が 3.4%、次いで「豪雪地域及び特別豪雪地域」が 2.6%、「振興山村」が 0.8%であった。

図表 36 事業所が立地する地区の種類（国による地域指定種類別）について該当するもの（複数選択）（居宅介護支援事業所 事業所票 問 7）



6) 事業所の職員数（管理者）

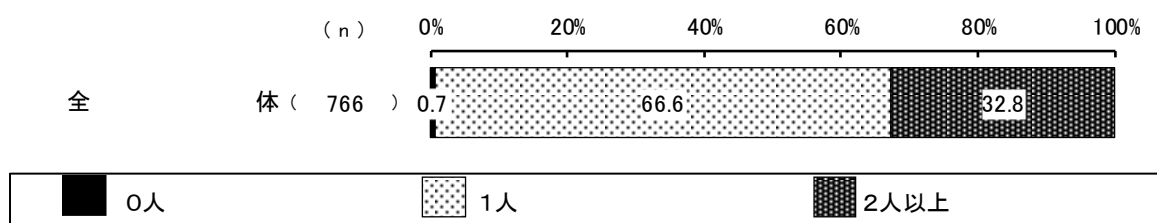
常勤職員の平均人数は 1.8 名、非常勤職員の実人数は平均 0.2 名、常勤換算の平均は 1.8 名であった。

図表 37 事業所の職員数（管理者）（2024 年 9 月時点）（居宅介護支援事業所 事業所票 問 8）

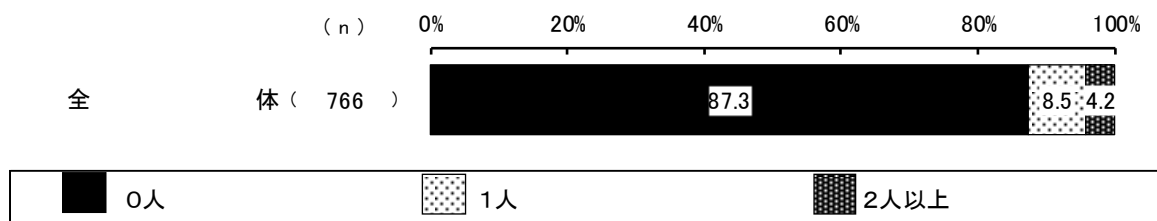
単位:人

	全体	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
常勤	766	1.8	1.0	1.36	0	10
非常勤	766	0.2	0.0	0.81	0	10
常勤換算	766	1.8	1.0	2.82	0	57.8

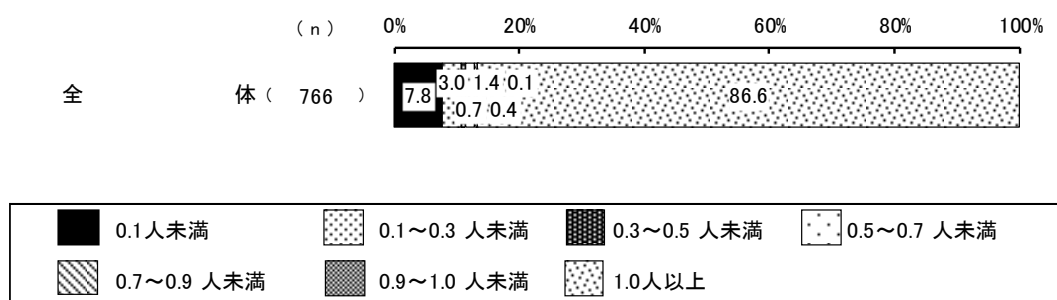
図表 38 事業所の職員数（管理者）（常勤の実人数の分布）（2024 年 9 月時点）（居宅介護支援事業所 事業所票 問 8）



図表 39 事業所の職員数（管理者）（非常勤の実人数の分布）（2024 年 9 月時点）（居宅介護支援事業所 事業所票 問 8）



図表 40 事業所の職員数（管理者）（常勤換算の分布）（2024 年 9 月時点）（居宅介護支援事業所 事業所票 問 8）



7) 事業所の職員数（介護支援専門員）

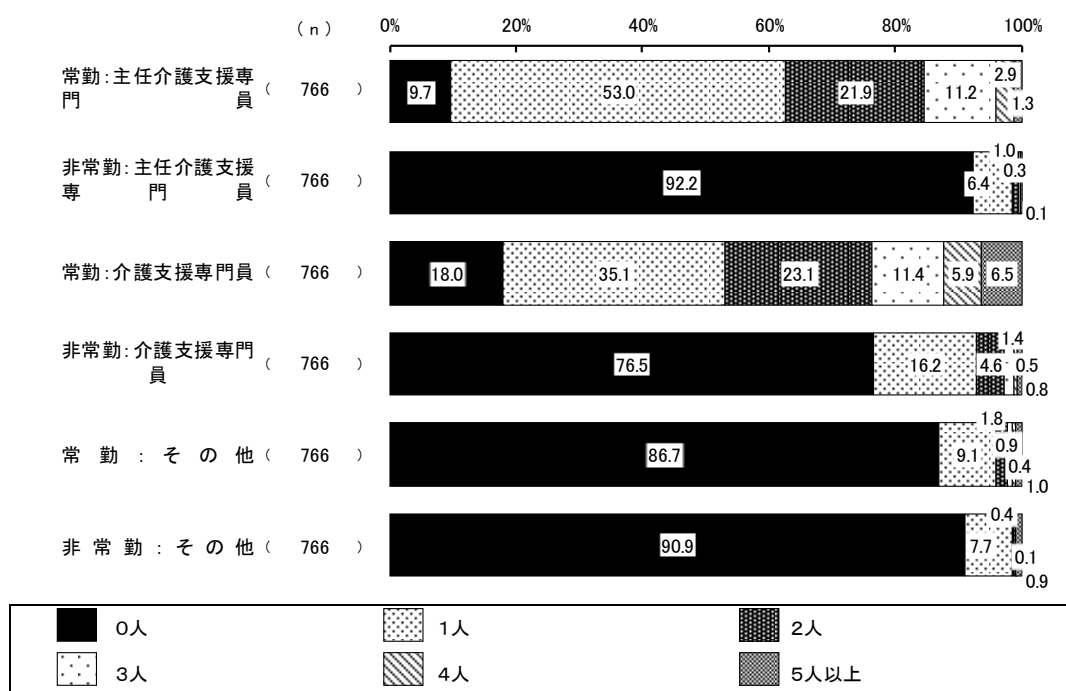
常勤換算では、主任介護支援専門員の平均人数は1.5名、介護支援専門員の常勤換算は平均2.1名、その他の常勤換算の平均は0.3名であった。

図表 41 事業所の職員数（介護支援専門員）（2024 年 9 月時点）（居宅介護支援事業所 事業所票 問 8）

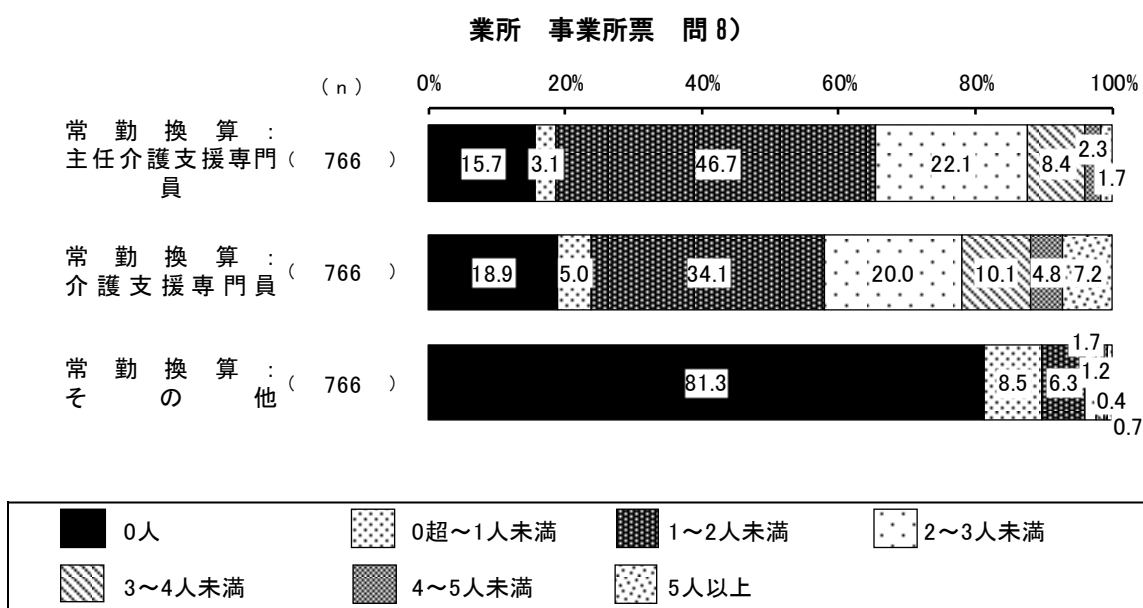
単位：人

	全体	平均	中央値	標準偏差	最小値	最大値
常勤：主任介護支援専門員	766	1.5	1.0	1.08	0	8
非常勤：主任介護支援専門員	766	0.1	0.0	0.39	0	5
常勤換算：主任介護支援専門員	766	1.5	1.0	2.54	0	57.8
常勤：介護支援専門員	766	1.8	1.0	1.62	0	11
非常勤：介護支援専門員	766	0.4	0.0	0.85	0	10
常勤換算：介護支援専門員	766	2.1	1.0	4.17	0	79
常勤：その他	766	0.3	0.0	1.36	0	31
非常勤：その他	766	0.2	0.0	1.96	0	38
常勤換算：その他	766	0.3	0.0	2.2	0	57.8

図表 42 事業所の職員数（介護支援専門員）（常勤、非常勤に実人数の分布）（2024 年 9 月時点）（居宅介護支援事業所 事業所票 問 8）



図表 43 事業所の職員数（介護支援専門員）（常勤換算の分布）（2024 年 9 月時点）（居宅介護支援事



8) 要介護度別の利用者数

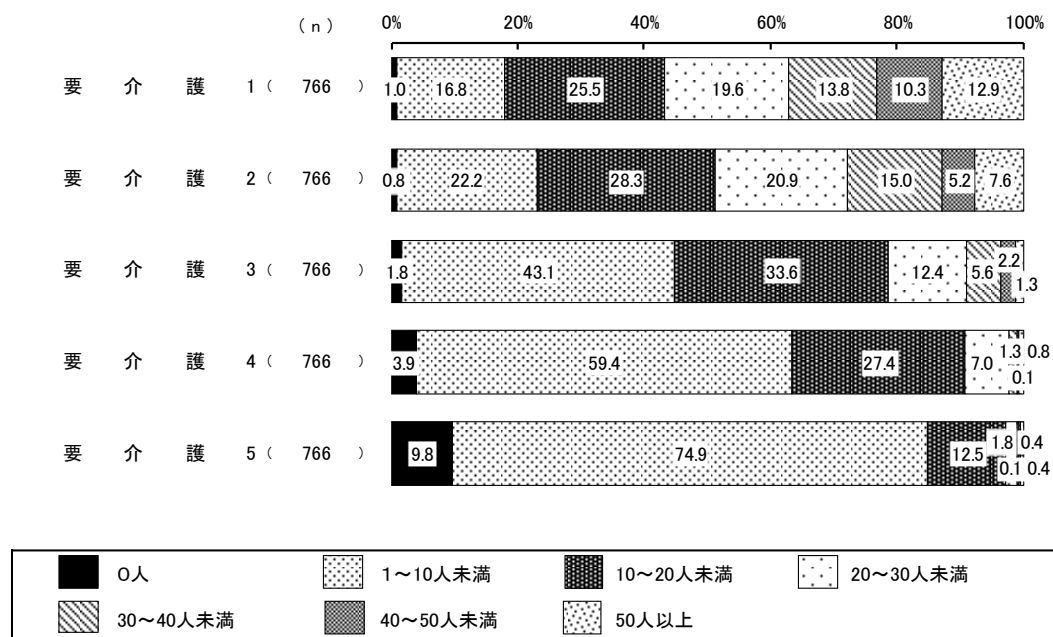
要介護度別の利用者数の平均値は、要介護度 1 の平均が 27.8 名で最も高く、次いで要介護度 2 で 23.1 名であった。

図表 44 利用者数（2024 年 9 月時点）（居宅介護支援事業所 事業所票 問 10）

単位: 人

	全体	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
要介護1	766	27.8	22.0	22.4	0	186
要介護2	766	23.1	19.0	18.7	0	132
要介護3	766	13.5	11.0	12.1	0	128
要介護4	766	9.2	7.0	9.2	0	122
要介護5	766	5.5	4.0	6.6	0	93

図表 45 要介護度別の利用者数の分布（2024 年 9 月時点）（居宅介護支援事業所 事業所票 問
10）

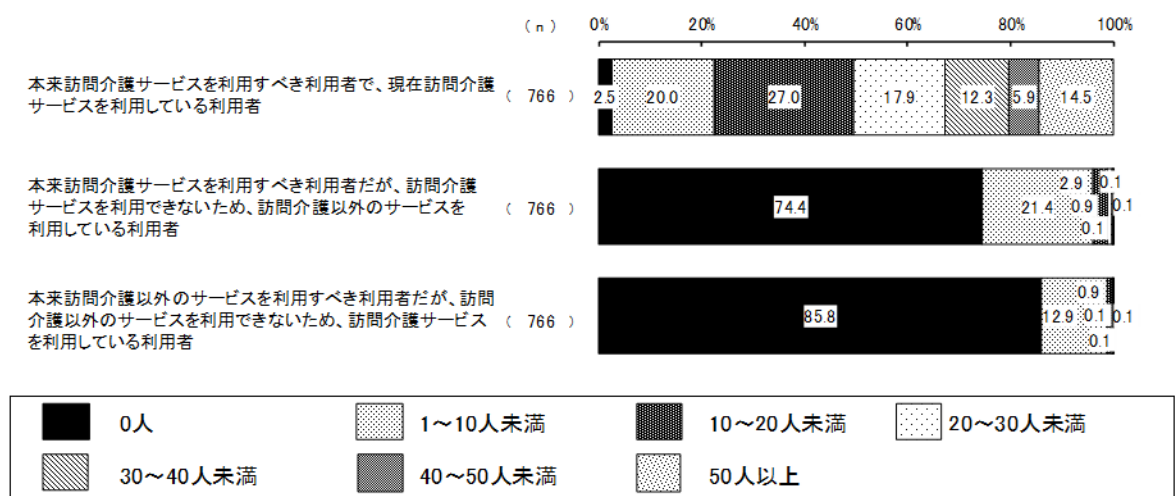


9) 訪問介護をケアプランに組み入れている利用者数（2024 年 9 月時点）

「本来訪問介護以外のサービスを利用すべき利用者だが、訪問介護以外のサービスを利用できないため、訪問介護サービスを利用している利用者」では、「0 人」が 85.8%と最も高く、「1～10 人未満」が 12.9%、「10～20 人未満」が 0.9%であった。

「本来訪問介護サービスを利用すべき利用者だが、訪問介護サービスを利用できないため、訪問介護以外のサービスを利用している利用者」では、「0 人」が 74.4%と最も高く、「1～10 人未満」が 21.4%、「10～20 人未満」が 2.9%であった。

図表 46 訪問介護をケアプランに組み入れている利用者の分布（2024 年 9 月時点）（居宅介護支援事業所 事業所票 問 11）

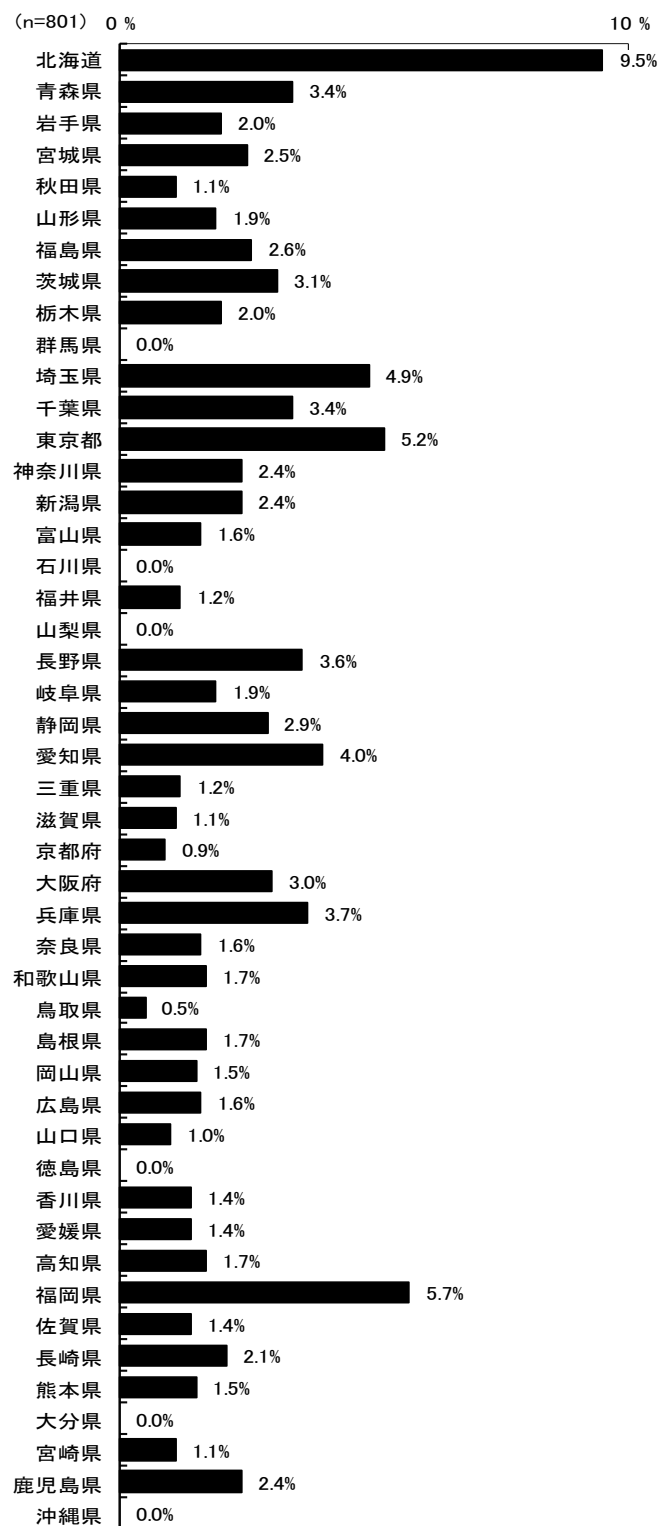


(3) 自治体票 基本情報

1) 都道府県

「北海道」が9.5%と最も高く、次いで、「福岡県」が5.7%であった。

図表 47 都道府県（自治体票 問1）



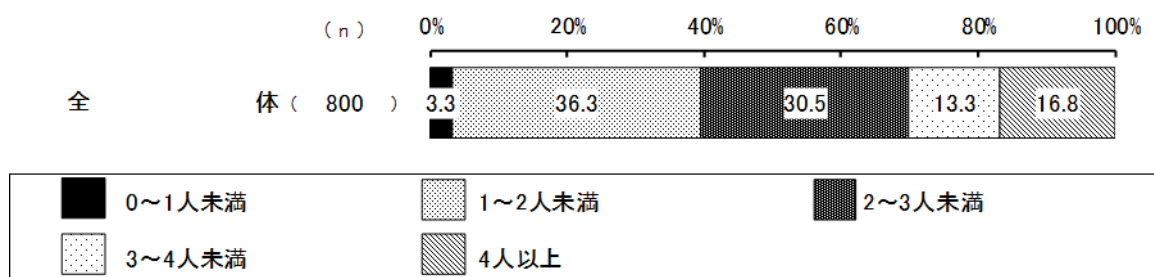
2) ケアプランの点検担当職員数（令和6年3月31日時点）

ケアプランの点検担当職員数は、平均2.6名、中央値2.0名であった。

図表 48 ケアプランの点検担当職員数（令和6年3月31日時点）（自治体票 問6）

単位：人					
全体	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
800	2.6	2.0	3.2	0	52

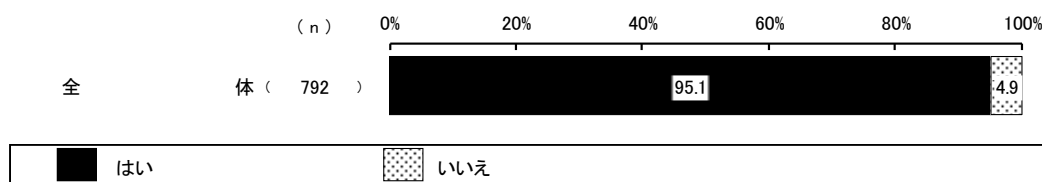
図表 49 ケアプランの点検担当職員数の分布（令和6年3月31日時点）（自治体票 問6）



3) ケアプラン点検の実施の有無（委託を含む）（自治体票 問7）

ケアプラン点検を実施しているか、という設問に「はい」と回答した自治体は、95.1%、「いいえ」は、4.9%であった。

図表 50 ケアプラン点検の実施の有無（委託を含む）（自治体票 問7）



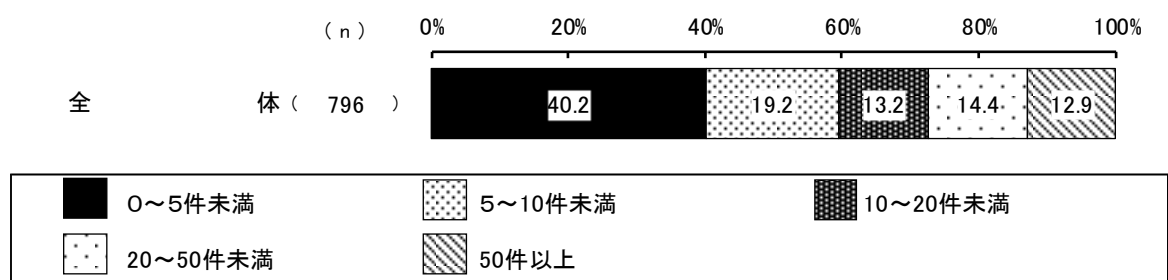
4) 市区町村内の訪問介護事業所の件数

市区町村内の訪問介護事業所の件数の平均は31.2件であった。「0～5件未満」が40.2%と最も高く、「5～10件未満」が19.2%、「20～50件未満」が14.4%であった。

図表 51 市区町村内の訪問介護事業所数（令和6年3月31日時点）（自治体票 問9）

単位：事業所					
全体	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
796	31.2	8.0	114.6	0	2503

図表 52 市区町村内の訪問介護事業所数（令和 6 年 3 月 31 日時点）（自治体票 問 9）



(4) 訪問介護員の専門性について

1) 訪問介護員の専門性に関する実態（割り当てるサービス×資格）

サービス内容ごとに割り当てる訪問介護員の資格は、「介護福祉士」は、①医療ニーズがあるサービス内容、②身体介護、③生活援助の順に割り当てられる割合が高く、介護福祉士実務者研修相当では、医療ニーズがあるサービス内容、身体介護、生活援助のいずれも約3割程度で同様、介護職員初任者研修相当は、①生活援助、②身体介護、③医療ニーズがあるサービス内容の順に割り当てられる割合が高かった。

介護福祉士、介護職員初任者研修相当を比較すると、医療の専門的な知識や経験が必要なサービスや、要介護者の日常生活を営むのに必要な機能向上のための専門的援助である身体介護には、一定の実務経験を有している介護福祉士が割り当てられている傾向がみられた。

図表 53 サービス内容ごとに割り当てる訪問介護員の資格（医療ニーズに関わりのないサービス内容）（訪問介護事業所 事業所票 問 32）

	全体	認定介護福祉士	介護福祉士	介護福祉士実務者研修相当（ヘルパー1級含）	介護職員初任者研修相当（ヘルパー2級含）	生活援助従事者研修	介護支援専門員	看護師・准看護師
排泄	540	0.4%	88.3%	31.1%	56.9%	0.4%	2.6%	8.7%
食事介助	436	0.5%	87.2%	29.4%	55.5%	—	2.5%	7.6%
清拭・入浴、身体整容	564	0.4%	87.1%	29.8%	56.0%	0.5%	2.0%	6.4%
体位変換、移動・移動介助、外出介助	543	0.6%	86.9%	30.0%	54.3%	0.4%	2.4%	5.7%
起床及び就寝介助	429	1.2%	82.1%	31.5%	59.4%	0.5%	2.3%	6.5%
服薬介助	503	0.4%	81.9%	29.8%	58.1%	0.6%	2.0%	8.0%
自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）	496	0.4%	84.3%	29.2%	58.7%	0.4%	2.2%	6.0%
掃除	542	0.6%	72.1%	29.9%	69.0%	1.8%	1.7%	4.4%
洗濯	515	0.6%	71.8%	30.5%	67.8%	1.2%	1.6%	3.7%
ベッドメイク	516	0.4%	74.0%	29.1%	68.4%	1.4%	1.2%	4.5%
衣類の整理・被服の補修	472	0.4%	72.0%	30.7%	67.6%	1.5%	1.3%	4.2%
一般的な調理、配下膳	455	0.2%	75.2%	28.6%	66.2%	1.5%	1.8%	5.1%
買い物・薬の受け取り	493	0.6%	75.1%	28.6%	66.7%	1.0%	1.8%	4.3%
その他	297	0.3%	81.5%	30.0%	64.0%	1.7%	3.0%	5.7%
通院等乗降介助	140	0.7%	80.7%	29.3%	60.7%	0.7%	2.1%	5.0%

※図表の項目「全体」の列のn数は、問32で各サービスについて「提供している」と回答した事業所数である。

図表 54 サービス内容ごとに割り当てる訪問介護員の資格（医療ニーズに関わりのあるサービス内容）（訪問介護事業所 事業所票 問 32）

	全体	認定介護福祉士	介護福祉士	介護福祉士実務者研修相当（ヘルパー1級含）	介護職員初任者研修相当（ヘルパー2級含）	生活援助従事者研修	介護支援専門員	看護師・准看護師
看取りの利用者にサービスを提供している	280	0.4%	93.6%	36.4%	58.6%	0.4%	2.5%	16.1%
喀痰吸引を提供している	58	-	84.5%	27.6%	36.2%	-	1.7%	29.3%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、問 32 で看取り、喀痰吸引がある利用者へサービスを提供しているか、という問で「提供している」と回答した事業所数である。

2）訪問介護員の専門性に関する実態（割り当てるサービス×雇用形態）

サービス内容ごとに割り当てる訪問介護員の雇用形態は、「常勤」が身体介護、その他、通院等介助で 59.4～72.6%、生活援助に該当するサービスが、45.1～52.1%と「常勤」が身体介護に対応する割合が高かった。また、「看取りの利用者にサービス提供をしている」、「喀痰吸引をしている」割合は、常勤が 83.6%、87.9%と非常勤と比較して高い割合であった。常勤が、①医療ニーズがあるサービス内容、②身体介護、③生活援助の順に割り当てられる割合が高い傾向があると言える。

図表 55 サービス内容ごとに割り当てる訪問介護員の雇用形態（医療ニーズに関わりのないサービス内容）（訪問介護事業所 事業所票 問 32）

	全体	常勤	非常勤
排泄	540	72.6%	27.4%
食事介助	436	65.1%	34.9%
清拭・入浴、身体整容	564	64.7%	35.3%
体位変換、移動・移動介助、外出介助	543	63.4%	36.6%
起床及び就寝介助	429	63.4%	36.6%
服薬介助	503	59.4%	40.6%
自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）	496	59.5%	40.5%
掃除	542	45.6%	54.4%
洗濯	515	45.6%	54.4%
ベッドメイク	516	48.8%	51.2%
衣類の整理・被服の補修	472	45.1%	54.9%
一般的な調理、配下膳	455	46.6%	53.4%
買い物・薬の受け取り	493	52.1%	47.9%
その他	297	60.3%	39.7%
通院等乗降介助	140	71.4%	28.6%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、問 32 で各サービスについて「提供している」と回答した事業所数である。

図表 56 サービス内容ごとに割り当てる訪問介護員の雇用形態（医療ニーズがあるサービス内容）
（訪問介護事業所 事業所票 問 32）

	全体	常勤	非常勤
看取りの利用者にサービスを提供している	280	83.6%	46.8%
喀痰吸引を提供している	58	87.9%	36.2%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、問 32 で看取り、喀痰吸引がある利用者へサービスを提供しているか、という問で「提供している」と回答した事業所数である。

3) 訪問介護員の専門性に関する実態（割り当てるサービス×役職）

サービス内容ごとに割り当てる訪問介護員の役職は、「サービス提供責任者」が身体介護、その他、通院等介助で 48.7～61.4%、生活援助に該当するサービスが、41.7～46.2%で身体介護の方が割合が高かった。管理者も同様の傾向が見受けられた。一方で訪問介護員は、生活援助に該当するサービスの割合が高かったが、通院等乗降介助が他のサービスと比較して割合が低かった。看取りの利用者、喀痰吸引を必要とする利用者には、サービス提供責任者の割合が 70%を超える割合であった。役職ごとの傾向は以下の通りであった。

管理者、サービス提供責任者：①医療ニーズがあるサービス内容、②身体介護、③生活援助の順に割り当てられる割合が高い傾向があると言える。

訪問介護員：①生活援助、②身体介護、③医療ニーズがあるサービス内容の順に割り当てられる割合が高い傾向があると言える。ただし割合に大きな違いはみられない。

図表 57 サービス内容ごとに割り当てる訪問介護員の役職（医療ニーズに関わりのないサービス内容）（訪問介護事業所 事業所票 問 32）

	全体	管理者	サービス提供責任者	訪問介護員	その他
排泄	540	32.2%	58.9%	78.9%	0.4%
食事介助	436	29.1%	54.1%	81.9%	—
清拭・入浴、身体整容	564	25.5%	53.7%	84.0%	—
体位変換、移動・移動介助、外出介助	543	25.2%	54.0%	82.7%	0.2%
起床及び就寝介助	429	23.8%	48.7%	86.5%	—
服薬介助	503	25.4%	50.5%	84.3%	—
自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）	496	25.4%	51.6%	84.1%	—
掃除	542	20.7%	41.7%	91.1%	0.2%
洗濯	515	20.4%	42.5%	90.7%	—
ベッドメイク	516	20.2%	43.6%	89.7%	—
衣類の整理・被服の補修	472	20.3%	42.2%	91.1%	—
一般的な調理、配下膳	455	21.3%	46.2%	87.5%	—
買い物・薬の受け取り	493	24.3%	46.2%	86.8%	—
その他	297	27.9%	52.5%	82.8%	0.3%
通院等乗降介助	140	30.0%	61.4%	73.6%	0.7%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、問 32 で各サービスについて「提供している」と回答した事業所数である。

図表 58 サービス内容ごとに割り当てる訪問介護員の役職（医療ニーズがあるサービス内容）（訪問介護事業所 事業所票 問 32）

	全体	管理者	サービス提供責任者	訪問介護員	その他
看取りの利用者にサービスを提供している	280	47.5%	73.9%	85.4%	－
喀痰吸引を提供している	58	44.8%	74.1%	77.6%	－

※図表の項目「全体」の列の n 数は、問 32 で看取り、喀痰吸引がある利用者へサービスを提供しているか、という問で「提供している」と回答した事業所数である。

4）役職と資格、経験年数の関係について

役職別に資格を見ると、管理者、サービス提供責任者は、「介護支援専門員」の資格をそれぞれ 14.8%、7.5%取得しており、全体（2.7%）と比較して高い割合であった。

また、介護支援専門員の資格を経験年数別に見ると管理者で「5～10 年未満」が 45.9%で最も高かった。また、サービス提供責任者でも「5～10 年未満」が 19.7%で最も高かった。

図表 59 役職と資格の関係（訪問介護事業所 利用者票 問 27、問 29）

	全体	認定介護福祉士	介護福祉士	介護福祉士実務者研修相当（ヘルパー1級含）	介護職員初任者研修相当（ヘルパー2級含）	生活援助従事者研修	介護支援専門員	看護師・准看護師	その他
全体	3909	0.1%	68.9%	10.3%	31.2%	－	2.7%	2.0%	0.5%
管理者	399	0.3%	88.2%	3.8%	27.8%	－	14.8%	2.0%	0.5%
サービス提供責任者	1001	0.2%	94.9%	9.7%	15.9%	－	7.5%	0.7%	0.2%
訪問介護員	2935	0.1%	61.5%	11.9%	36.4%	－	1.2%	2.4%	0.2%
その他	2	－	－	50.0%	50.0%	－	－	－	50.0%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 60 経験年数と資格の関係（管理者）（訪問介護事業所 利用者票 問 30、問 27）

	全体	認定介護福祉士	介護福祉士	介護福祉士実務者研修相当（ヘルパー1級含）	介護職員初任者研修相当（ヘルパー2級含）	生活援助従事者研修	介護支援専門員	看護師・准看護師	その他
全体	405	0.2%	86.9%	3.7%	27.4%	0.0%	14.6%	2.0%	0.5%
1年未満	－	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
1～5年未満	49	2.0%	75.5%	12.2%	6.1%	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%
5～10年未満	111	0.0%	90.1%	1.8%	50.5%	0.0%	45.9%	0.0%	1.8%
10年～20年未満	170	0.0%	92.9%	3.5%	19.4%	0.0%	4.1%	0.6%	0.0%
20年以上	75	0.0%	76.0%	1.3%	25.3%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 61 経験年数と資格の関係（サービス提供責任者）（訪問介護事業所 利用者票 問 30、問 27）

	全体	認定介護福祉士	介護福祉士	介護福祉士実務者研修相当（ヘルパー1級含）	介護職員初任者研修相当（ヘルパー2級含）	生活援助従事者研修	介護支援専門員	看護師・准看護師	その他
全体	1007	0.2%	94.3%	9.6%	15.8%	0.0%	7.4%	0.7%	0.2%
1年未満	—	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
1～5年未満	122	0.8%	80.3%	24.6%	17.2%	0.0%	2.5%	4.1%	0.0%
5～10年未満	300	0.3%	95.7%	11.3%	24.7%	0.0%	19.7%	0.0%	0.7%
10年～20年未満	458	0.0%	96.9%	6.3%	9.0%	0.0%	1.3%	0.4%	0.0%
20年以上	127	0.0%	94.5%	3.1%	18.1%	0.0%	5.5%	0.0%	0.0%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 62 経験年数と役職の関係（介護支援専門員）（訪問介護事業所 利用者票 問 30、問 27）

	全体	管理者	サービス提供責任者	訪問介護員	その他
全体	104	56.7%	72.1%	33.7%	0.0%
1年未満	—	—	—	—	—
1～5年未満	15	0.0%	6.7%	86.7%	0.0%
5～10年未満	61	50.8%	67.2%	36.1%	0.0%
10年～20年未満	19	10.5%	36.8%	63.2%	0.0%
20年以上	9	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

5）訪問介護員の専門性に関する実態（割り当てるサービス×経験年数）

サービス内容ごとに割り当てる訪問介護員の経験年数は、医療ニーズに関わりのないサービス内容のうち多くのサービス内容において、「10 年～20 年未満」の割合が 33.1%～42.1%で最も割合が高いものが多く、ついで「5～10 年未満」であった。

医療ニーズがあるサービス内容では、「10 年～20 年未満」の割合が 55.2%～56.1%でいずれのサービス内容においても最も割合が高く、ついで「5～10 年未満」であった。

図表 63 サービス内容ごとに割り当てる訪問介護員の経験年数（医療ニーズに関わりのないサービス内容）（訪問介護事業所 事業所票 問 32）

	全体	1年未満	1～5年未満	5～10年未満	10年～20年未満	20年以上
排泄	540	0.9%	20.2%	30.2%	40.0%	8.7%
食事介助	436	0.9%	21.3%	32.6%	37.4%	7.8%
清拭・入浴、身体整容	564	1.2%	20.2%	33.3%	37.4%	7.8%
体位変換、移動・移動介助、外出介助	543	1.3%	21.0%	33.7%	36.5%	7.6%
起床及び就寝介助	429	1.9%	23.5%	34.5%	33.1%	7.0%
服薬介助	503	1.0%	21.7%	33.4%	36.6%	7.4%
自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）	496	1.6%	21.6%	32.3%	37.5%	7.1%
掃除	542	2.2%	24.5%	32.8%	34.7%	5.7%
洗濯	515	1.7%	26.6%	30.7%	36.1%	4.9%
ベッドメイク	516	1.4%	25.0%	32.0%	36.8%	4.8%
衣類の整理・被服の補修	472	1.7%	25.0%	33.7%	35.0%	4.7%
一般的な調理、配下膳	455	1.1%	22.4%	31.0%	38.2%	7.3%
買い物・薬の受け取り	493	1.6%	23.3%	31.8%	37.1%	6.1%
その他	297	2.4%	23.2%	32.3%	35.0%	7.1%
通院等乗降介助	140	—	18.6%	33.6%	42.1%	5.7%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、問 32 で各サービスについて「提供している」と回答した事業所数である。

図表 64 サービス内容ごとに割り当てる訪問介護員の経験年数（医療ニーズがあるサービス内容）（訪問介護事業所 事業所票 問 32）

	全体	1年未満	1～5年未満	5～10年未満	10年～20年未満	20年以上
看取りの利用者にサービスを提供している	280	6.8%	31.8%	48.9%	56.1%	17.5%
喀痰吸引を提供している	58	3.4%	27.6%	41.4%	55.2%	12.1%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、問 32 で看取り、喀痰吸引がある利用者へサービスを提供しているか、という問で「提供している」と回答した事業所数である。

6）訪問介護員の専門性に関する実態（割り当てるサービス×雇用形態）

サービス内容ごとに割り当てる訪問介護員の専門性の妥当性は、「専門性は十分であるため、可能であれば他の難しい利用者を担当させたい訪問介護員が多い」が「一般的な調理、配下膳」で 12.3%、「その他」で 12.1%であった。調理を苦手とする職員が多いことや、その他となるイレギュラーのサービスを専門性が高い職員が担当している可能性があると考えられる。また、看取りの利用者にサービス提供をしている訪問介護員は、「専門性が不足している訪問介護員に担当してもらっており、可能であればより高い専門性を有する訪問介護員に担当させたい利用者が多い」が 6.1%となる等、質の高い訪問介護員を必要とするサービスについては、職員の不足傾向があると考えられる。

図表 65 サービス内容ごとに割り当てる訪問介護員の専門性の妥当性（医療ニーズに関わりのないサービス内容）（訪問介護事業所 事業所票 問 32）

	全体	専門性は十分であるため、可能であれば他の難しい利用者を担当させたい訪問介護員が多い	訪問介護員の割り当ては、妥当である。	専門性が不足している訪問介護員に担当してもらっており、可能であればより高い専門性を有する訪問介護員に担当させたい利用者が多い	身体的な負荷の少ないサービスであるため、高齢の職員等、体力が少ない訪問介護員を割り当てている利用者が多い
排泄	540	11.9%	81.1%	3.5%	3.5%
食事介助	436	11.7%	81.4%	3.9%	3.0%
清拭・入浴、身体整容	564	10.1%	84.0%	3.5%	2.3%
体位変換、移動・移動介助、外出介助	543	11.0%	82.9%	4.1%	2.0%
起床及び就寝介助	429	9.3%	85.3%	3.3%	2.1%
服薬介助	503	9.1%	85.1%	3.2%	2.6%
自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）	496	9.5%	83.9%	3.8%	2.8%
掃除	542	11.1%	79.3%	2.8%	6.8%
洗濯	515	11.7%	78.4%	2.5%	7.4%
ベッドメイク	516	11.2%	79.8%	2.9%	6.0%
衣類の整理・被服の補修	472	11.0%	78.6%	2.8%	7.6%
一般的な調理、配下膳	455	12.3%	79.6%	2.6%	5.5%
買い物・薬の受け取り	493	11.8%	79.9%	3.2%	5.1%
その他	297	12.1%	82.8%	2.7%	2.4%
通院等乗降介助	140	10.0%	86.4%	1.4%	2.1%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、問 32 で各サービスについて「提供している」と回答した事業所数である。

図表 66 サービス内容ごとに割り当てる訪問介護員の専門性の妥当性（医療ニーズがあるサービス内容）（訪問介護事業所 事業所票 問 32）

	全体	専門性は十分であるため、可能であれば他の難しい利用者を担当させたい訪問介護員が多い	訪問介護員の割り当ては、妥当である。	専門性が不足している訪問介護員に担当してもらっており、可能であればより高い専門性を有する訪問介護員に担当させたい利用者が多い	身体的な負荷の少ないサービスであるため、高齢の職員等、体力が少ない訪問介護員を割り当てている利用者が多い
看取りの利用者にサービスを提供している	280	13.2%	86.8%	6.1%	1.1%
喀痰吸引を提供している	58	27.6%	75.9%	1.7%	1.7%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、問 32 で看取り、喀痰吸引がある利用者へサービスを提供しているか、という問で「提供している」と回答した事業所数である。

7) 訪問介護員の専門性に関する実態（専門性の妥当性×事業所の状況）

訪問介護員の専門性の妥当性について、「専門性が不足している訪問介護員に担当してもらっており、可能であればより高い専門性を有する訪問介護員に担当させたい利用者が多い」と回答している事業所は、全体と比較して、職員の平均年齢が3歳以上高齢化している事業所、5%以上の赤字である事業所の割合が高かった。

図表 67 割り当てる訪問介護員の専門性の妥当性（訪問介護事業所 事業所票 問 32）×職員数の変化（訪問介護事業所 事業所票 問 29）

	全体	職員数は 10%以上増加	職員数は 横ばい(2 年前の職 員数を基 準として、 現在±1 0%未満)	職員数は 10%以上減少
全体	543	11.0%	63.2%	25.8%
専門性は十分であるため、可能であれば他の難しい利用者を担当させたい訪問介護員が多い	60	13.3%	58.3%	28.3%
訪問介護員の割り当ては、妥当である。	450	11.1%	64.0%	24.9%
専門性が不足している訪問介護員に担当してもらっており、可能であればより高い専門性を有する訪問介護員に担当させたい利用者が多い	22	9.1%	77.3%	13.6%
身体的な負荷の少ないサービスであるため、高齢の職員等、体力が少ない訪問介護員を割り当てている利用者が多い	11	-	27.3%	72.7%

図表 68 割り当てる訪問介護員の専門性の妥当性（訪問介護事業所 事業所票 問 32）×年齢構成の変化（訪問介護事業所 事業所票 問 30）

	全体	職員の平均年齢が 3歳以上 高齢化している	年齢構成 は同様 (2年前 から現時 点までの 全職員 (常勤・非 常勤含 む)の平 均年齢の 変化分は ±3歳未 満)	職員の平均年齢が 3歳以上 若年化している
全体	543	33.7%	57.1%	9.2%
専門性は十分であるため、可能であれば他の難しい利用者を担当させたい訪問介護員が多い	60	43.3%	48.3%	8.3%
訪問介護員の割り当ては、妥当である。	450	30.9%	59.3%	9.8%
専門性が不足している訪問介護員に担当してもらっており、可能であればより高い専門性を有する訪問介護員に担当させたい利用者が多い	22	50.0%	45.5%	4.5%
身体的な負荷の少ないサービスであるため、高齢の職員等、体力が少ない訪問介護員を割り当てている利用者が多い	11	63.6%	36.4%	-

図表 69 割り当てる訪問介護員の専門性の妥当性（訪問介護事業所 事業所票 問 32）×経営状況の変化（訪問介護事業所 事業所票 問 31）

	全体	5%以上の黒字	収支均衡（±5%未満）	5%以上の赤字
全体	543	13.1%	53.2%	33.7%
専門性は十分であるため、可能であれば他の難しい利用者を担当させたい訪問介護員が多い	60	21.7%	43.3%	35.0%
訪問介護員の割り当ては、妥当である。	450	12.0%	55.3%	32.7%
専門性が不足している訪問介護員に担当してもらっており、可能であればより高い専門性を有する訪問介護員に担当させたい利用者が多い	22	13.6%	36.4%	50.0%
身体的な負荷の少ないサービスであるため、高齢の職員等、体力が少ない訪問介護員を割り当てている利用者が多い	11	9.1%	54.5%	36.4%

8）訪問介護員の専門性に関する実態

訪問介護員の専門性は、「身体介護」、「認知症ケア」、「医療連携」、「利用者・家族支援、在宅生活における支援」において感じていると回答している。

図表 70 訪問介護員の専門性に関する実態（訪問介護事業所 事業所票 問 33） 自由記述

1. 在宅生活支援における専門性

- ・ 利用者の自宅を訪問し、安全で快適な生活を送るための環境整備を行います。段差の解消や手すりの設置、福祉用具の提案など、専門的な視点から住環境を改善を提案すること。
- ・ 調理や掃除、洗濯などの家事援助を通じて、利用者の自立を支援すること。単に家事を行うだけでなく、利用者の方の意欲を引き出し、できることは一緒に行うなど、自立支援の視点を持つこと。
- ・ 利用者や家族の状況に合わせて、地域の様々な社会資源（介護サービス、医療機関、福祉施設など）に関する情報提供や関係機関との連携を行い、在宅生活を総合的にサポートすること。

2. 利用者・家族への支援における専門性

- ・ 利用者や家族が抱える課題やニーズを丁寧に聞き取り、生活背景や価値観を理解することで、適切なサービス提供につなげること。
- ・ 介護に関する不安や悩みに寄り添い、必要な情報提供やアドバイスを行うことで、利用者や家族の精神的な負担を軽減すること。
- ・ 介護者の負担軽減や介護方法の指導、レスパイト支援などを通じて、在宅介護を支える家族をサポートすること

3. 身体介護における専門性

- ・ 利用者の状態に合わせたオムツ交換や体位変換、排泄物の観察を行い、褥瘡予防や健康状態の把握に貢献すること。
- ・ 皮膚の状態や転倒リスクを把握し、安全で快適な入浴を支援すること。利用者の気持ち

に寄り添い、リラックスできる時間を提供することも大切と考えている。

- 利用者の身体状況に合わせて、安全な移動や移乗をサポートすること。身体能力を最大限に引き出し、自立した生活を送れるよう支援することも重要な役割である。 等

4. 認知症ケアにおける専門性

- 認知症の方の特性に合わせた声かけや傾聴、安心感を与える接し方など、信頼関係を築くための**高度なコミュニケーション技術**が必要になること。
- 徘徊や興奮、暴言などの症状に対し、原因を理解し、**適切な対応や環境調整**を行うことで、症状の軽減を目指すこと。
- 認知症の方の生活リズムを尊重し、安定した生活を送れるよう支援すること日常生活の中で、安心感や心地よさを提供すること。 等

5. 医療連携における専門性

- **利用者のわずかな変化に気づき**、医療機関への連絡や情報共有を適切に行うことで、早期発見・早期治療に貢献すること。
- 喀痰吸引や経管栄養などの**医療行為に関する知識と技術**を持ち、安全かつ適切なケアを提供すること。
- 医師や看護師、ケアマネジャーなど、**関係機関と緊密に連携**し、利用者にとって最善の医療・介護サービスを提供すること。 等

9) 訪問介護員の専門性に関する実態（要介護度別）

要介護度別の担当する訪問介護員の属性は以下のとおりである。サービス提供をしている利用者の要介護度別に訪問介護員の資格を見ると介護職員初任者研修相当の職員は、要介護度1及び2でそれぞれ25.5%で全体と比較して高い割合であった。要介護度1の利用者には、「専門性は十分であるため、可能であれば他の難しい利用者を担当してほしい」の割合が33.7%で全体と比較して高い割合であった。また、要介護度4、5で「専門性が不足しており、可能であればより高い専門性を有する訪問介護員に担当させたい」の割合が18.5%、24.1%と高い割合であった。

図表 71 利用者の要介護度別の訪問介護員の資格（訪問介護事業所 利用者票 問 27）

	全体	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
全体	3960	24.2%	24.7%	20.1%	15.9%	15.1%
認定介護福祉士	4	50.0%	50.0%	-	-	-
介護福祉士	2692	23.9%	24.0%	20.8%	16.1%	15.2%
介護福祉士実務者研修相当（ヘルパー1級含）	401	22.2%	25.7%	20.0%	16.0%	16.2%
介護職員初任者研修相当（ヘルパー2級含）	1218	25.5%	25.5%	19.1%	15.5%	14.4%
生活援助従事者研修	-	-	-	-	-	-
介護支援専門員	104	18.3%	23.1%	14.4%	23.1%	21.2%
看護師・准看護師	80	22.5%	28.8%	13.8%	25.0%	10.0%
その他	18	50.0%	22.2%	16.7%	5.6%	5.6%

※図表の項目「全体」の列のn数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 72 利用者の要介護度別の訪問介護員の勤務形態（訪問介護事業所 利用者票 問 28）

	全体	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
全体	3960	24.2%	24.7%	20.1%	15.9%	15.1%
常勤	2207	23.6%	23.3%	20.4%	16.5%	16.2%
非常勤	1651	25.3%	26.8%	20.0%	14.9%	13.0%

※図表の項目「全体」の列のn数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 73 利用者の要介護度別の訪問介護員の役職（訪問介護事業所 利用者票 問 29）

	全体	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
全体	3960	24.2%	24.7%	20.1%	15.9%	15.1%
管理者	406	24.1%	22.4%	21.7%	15.8%	16.0%
サービス提供責任者	1009	23.6%	22.7%	20.2%	16.9%	16.6%
訪問介護員	2945	24.2%	25.4%	20.0%	15.9%	14.5%
その他	2	-	50.0%	-	-	50.0%

※図表の項目「全体」の列のn数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 74 利用者の要介護度別の訪問介護員の経験年数（訪問介護事業所 利用者票 問 30）

	全体	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
全体	3960	24.2%	24.7%	20.1%	15.9%	15.1%
1年未満	91	25.3%	28.6%	17.6%	14.3%	14.3%
1～5年未満	760	26.7%	23.7%	20.3%	16.7%	12.6%
5～10年未満	1137	23.1%	22.2%	20.8%	16.7%	17.2%
10年～20年未満	1570	23.9%	27.3%	20.1%	14.8%	13.9%
20年以上	356	23.9%	23.9%	19.1%	16.9%	16.3%

※図表の項目「全体」の列のn数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 75 利用者の要介護度別の訪問介護員の専門性の妥当性（訪問介護事業所 利用者票 問 33）

	全体	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
全体	3960	24.2%	24.7%	20.1%	15.9%	15.1%
専門性は十分であるため、可能であれば他の難しい利用者を担当してほしい	208	33.7%	24.0%	18.8%	11.5%	12.0%
訪問介護員の割り当ては、妥当である	3652	23.8%	24.8%	20.4%	16.0%	15.0%
専門性が不足しており、可能であればより高い専門性を有する訪問介護員に担当させたい	54	16.7%	24.1%	16.7%	18.5%	24.1%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

10）訪問介護員の専門性に関する実態（資格及び利用者の状態像（認知症高齢者の日常生活自立度））

利用者の認知症高齢者の日常生活自立度ごとに割り当てる訪問介護員の資格は、「介護支援専門員」が認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa で 33.7% と他の資格の訪問介護員と比較して高い割合であった。また、ADL についても「0 超～20 点未満」及び「20 以上 40 点未満」では介護支援専門員がそれぞれ 18.6%、14.4% と点数の割合が高かった。IADL については、「看護師・准看護師」が 0～2 点でそれぞれ 32.5%、16.3%、17.5% で合計 66.3% となり他の資格と比較して高い割合であった。介護支援専門員は、介護福祉士等の資格に基づく実務や生活相談員としての実務経験が必要な資格であるため専門性が高く、より重度の利用者を対応していると考えられる。

図表 76 認知症高齢者の日常生活自立度と資格（訪問介護事業所 利用者票 問 27×訪問介護事業所 利用者票 問 3）

	全体	日常生活自立度 I	日常生活自立度 II a	日常生活自立度 II b	日常生活自立度 III a	日常生活自立度 III b	日常生活自立度 IV	日常生活自立度 M
全体	2659	24.5%	24.2%	22.2%	14.9%	5.3%	7.0%	1.7%
認定介護福祉士	4	—	75.0%	25.0%	0.0%	—	—	—
介護福祉士	1822	23.5%	25.1%	20.9%	16.2%	4.9%	7.4%	2.0%
介護福祉士実務者研修相当（ヘルパー1級含）	232	22.4%	27.6%	15.1%	18.9%	8.6%	6.9%	0.5%
介護職員初任者研修相当（ヘルパー2級含）	798	25.0%	24.1%	22.3%	16.2%	5.3%	5.7%	1.5%
生活援助従事者研修	—	—	—	—	—	—	—	—
介護支援専門員	95	9.5%	32.7%	14.7%	33.7%	5.3%	4.2%	0.0%
看護師・准看護師	65	24.6%	20.0%	29.2%	12.3%	4.6%	4.6%	4.6%
その他	5	80%	—	—	20%	—	—	—

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 77 ADL 総得点と資格（訪問介護事業所 利用者票 問 27×訪問介護事業所 利用者票 問 14）

	全体	0点	0～20点 未満	20～40点 未満	40～60点 未満	60～80点 未満	80～100 点未満	100点
全体	3621	8.2%	11.1%	7.0%	11.5%	19.4%	26.2%	16.7%
認定介護福祉士	3	—	—	—	—	66.7%	—	33.3%
介護福祉士	2524	8.4%	11.0%	7.3%	11.9%	20.0%	24.8%	16.6%
介護福祉士実務者研修相当（ヘルパー1級含）	343	7.9%	12.2%	6.1%	14.3%	19.2%	25.4%	14.9%
介護職員初任者研修相当（ヘルパー2級含）	1088	6.8%	10.6%	7.2%	10.7%	17.3%	28.2%	19.3%
生活援助従事者研修	—	—	—	—	—	—	—	—
介護支援専門員	97	4.1%	18.6%	14.4%	11.3%	11.3%	13.4%	26.8%
看護師・准看護師	72	5.6%	16.7%	8.3%	12.5%	30.6%	16.7%	9.7%
その他	18	—	5.6%	—	22.2%	11.1%	38.9%	22.2%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 78 IADL 総得点と資格（訪問介護事業所 利用者票 問 27×訪問介護事業所 利用者票 問 15）

	全体	0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点
全体	3849	30.1%	15.6%	10.4%	9.5%	9.2%	6.3%	6.5%	5.1%	7.1%
認定介護福祉士	4	—	50.0%	—	—	25.0%	—	—	—	25.0%
介護福祉士	2625	30.7%	15.9%	10.7%	9.7%	8.6%	6.5%	6.4%	4.6%	7.0%
介護福祉士実務者研修相当（ヘルパー1級含）	391	36.1%	16.4%	9.5%	8.2%	7.2%	5.6%	4.3%	5.1%	7.7%
介護職員初任者研修相当（ヘルパー2級含）	1189	26.5%	15.5%	10.6%	9.4%	10.4%	6.6%	8.5%	5.7%	6.7%
生活援助従事者研修	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
介護支援専門員	98	26.5%	14.3%	9.2%	16.3%	25.5%	3.1%	3.1%	—	2.0%
看護師・准看護師	80	32.5%	16.3%	17.5%	12.5%	7.5%	1.3%	5.0%	3.8%	3.8%
その他	18	5.6%	16.7%	5.6%	22.2%	5.6%	27.8%	5.6%	—	11.1%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

11）訪問介護員の専門性に関する実態（資格及び利用者の状態像（看取り・喀痰吸引の有無））

看取りの利用者を担当している割合は「介護支援専門員」が 11.7%で他の資格と比較して高い割合であった。また、「専門性は十分であるため、可能であれば他の難しい利用者を担当してほしい」も「介護支援専門員」の資格を所有している訪問介護員が 49.0%と他と比較して高い割合であった。

図表 79 看取りの利用者か否かと資格（訪問介護事業所 利用者票 問 27×訪問介護事業所 利用者票 問 19）

	全体	看取りの利用者である	看取りの利用者ではない
全体	3885	8.0%	92.0%
認定介護福祉士	4	—	100.0%
介護福祉士	2667	8.3%	91.7%
介護福祉士実務者研修相当（ヘルパー1級含）	393	8.9%	91.1%
介護職員初任者研修相当（ヘルパー2級含）	1191	7.5%	92.5%
生活援助従事者研修	—	—	—
介護支援専門員	103	11.7%	88.3%
看護師・准看護師	80	7.5%	92.5%
その他	18	—	100.0%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 80 喀痰吸引の有無と資格（訪問介護事業所 利用者票 問 27×訪問介護事業所 利用者票 問 20）

	全体	訪問介護員による 喀痰吸引 が必要な 利用者で ある	訪問介護員による 喀痰吸引 が不要な 利用者で ある
全体	3867	2.4%	97.6%
認定介護福祉士	4	—	100.0%
介護福祉士	2657	2.3%	97.7%
介護福祉士実務者研修相当（ヘルパー1級含）	391	5.6%	94.4%
介護職員初任者研修相当（ヘルパー2級含）	1179	2.9%	97.1%
生活援助従事者研修	—	—	—
介護支援専門員	103	1.0%	99.0%
看護師・准看護師	80	1.3%	98.8%
その他	18	—	100.0%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 81 訪問介護員の専門性の妥当性と資格（訪問介護事業所 利用者票 問 27×訪問介護事業所 利用者票 問 33）

	全体	専門性は 十分である ため、 可能であ れば他の 難しい利 用者を担 当してほ しい	訪問介護 員の割り 当ては、 妥当であ る	専門性が 不足して おり、可 能であれ ばより高 い専門性 を有する 訪問介護 員に担当 させたい
全体	3914	5.3%	93.3%	1.4%
認定介護福祉士	4	—	100.0%	—
介護福祉士	2686	6.4%	92.6%	1.0%
介護福祉士実務者研修相当（ヘルパー1級含）	396	2.0%	93.7%	4.3%
介護職員初任者研修相当（ヘルパー2級含）	1212	7.3%	90.8%	2.0%
生活援助従事者研修	—	—	—	—
介護支援専門員	104	49.0%	51.0%	—
看護師・准看護師	80	7.5%	91.3%	1.3%
その他	7	28.6%	71.4%	—

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

1 2) 訪問介護員の専門性に関する実態（勤務形態×利用者の状態像（認知症高齢者の日常生活自立度、ADL、IADL））

認知症高齢者の日常生活自立度、ADL、IADL について常勤、非常勤で特異な点は見受けられなかった。

図表 82 認知症高齢者の日常生活自立度と勤務形態（訪問介護事業所 利用者票 問 28×訪問介護事業所 利用者票 問 3）

	全体	日常生活自立度 I	日常生活自立度 II a	日常生活自立度 II b	日常生活自立度 III a	日常生活自立度 III b	日常生活自立度 IV	日常生活自立度 M	わからない・不明
全体	3815	17.1%	16.9%	15.5%	10.4%	3.7%	4.9%	1.2%	30.3%
常勤	2133	16.0%	18.2%	14.3%	11.6%	4.0%	4.5%	1.2%	30.1%
非常勤	1592	18.8%	15.2%	17.3%	8.8%	3.5%	5.4%	1.1%	29.8%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 83 ADL 総得点と勤務形態（訪問介護事業所 利用者票 問 28×訪問介護事業所 利用者票 問 14）

	全体	0点	～20点未満	～40点未満	～60点未満	～80点未満	～100点未満	100点
全体	3621	8.2%	11.1%	7.0%	11.5%	19.4%	26.2%	16.7%
常勤	2038	9.3%	12.1%	7.6%	12.5%	18.6%	24.0%	15.8%
非常勤	1497	6.8%	9.8%	6.1%	10.2%	20.2%	29.3%	17.6%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 84 IADL 総得点と勤務形態（訪問介護事業所 利用者票 問 28×訪問介護事業所 利用者票 問 15）

	全体	0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点
全体	3849	30.1%	15.6%	10.4%	9.5%	9.2%	6.3%	6.5%	5.1%	7.1%
常勤	2168	32.3%	15.7%	10.0%	9.1%	8.6%	6.1%	6.0%	5.0%	7.1%
非常勤	1594	27.2%	15.5%	11.0%	9.9%	9.9%	6.6%	7.3%	5.3%	7.2%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

1 3) 訪問介護員の専門性に関する実態（勤務形態×利用者の状態像（看取り・喀痰吸引の有無））

看取りの利用者か否か、喀痰吸引の有無、訪問介護員の専門性の妥当性について常勤、非常勤で特異な点は見受けられなかった。

図表 85 看取りの利用者と勤務形態（訪問介護事業所 利用者票 問 28×訪問介護事業所 利用者票 問 19）

	全体	看取りの利用者である	看取りの利用者ではない
全体	3885	8.0%	92.0%
常勤	2180	7.5%	92.5%
非常勤	1619	8.2%	91.8%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 86 喀痰吸引の有無と勤務形態（訪問介護事業所 利用者票 問 28×訪問介護事業所 利用者票 問 20）

	全体	訪問介護員による喀痰吸引が必要な利用者である	訪問介護員による喀痰吸引が不要な利用者である
全体	3867	2.4%	97.6%
常勤	2171	3.1%	96.9%
非常勤	1611	1.3%	98.7%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 87 割り当てる訪問介護員の専門性の妥当性と勤務形態（訪問介護事業所 利用者票 問 28×
訪問介護事業所 利用者票 問 33）

	全体	専門性は十分であるため、可能であれば他の難しい利用者を担当してほしい	訪問介護員の割り当ては、妥当である	専門性が不足しており、可能であればより高い専門性を有する訪問介護員に担当させたい
全体	3914	5.3%	93.3%	1.4%
常勤	2197	5.8%	92.8%	1.5%
非常勤	1640	4.5%	94.2%	1.3%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

1 4）訪問介護員の専門性に関する実態（役職×利用者の状態像（認知症高齢者の日常生活自立度、ADL、IADL））

認知症高齢者の日常生活自立度、ADL で特異な点は見受けられなかった。IADL の総得点別にみると、「訪問介護員」については 0 点が 31.2%、1 点が 16.5%、2 点が 11.2%と他の役職と比較して高い割合であった。IADL が低い利用者には訪問介護員が入っている傾向が見受けられた。

図表 88 認知症高齢者の日常生活自立度と役職（訪問介護事業所 利用者票 問 29×訪問介護事業所 利用者票 問 3）

	全体	日常生活自立度 I	日常生活自立度 II a	日常生活自立度 II b	日常生活自立度 III a	日常生活自立度 III b	日常生活自立度 IV	日常生活自立度 M	わからない・不明
全体	3815	17.1%	16.9%	15.5%	10.4%	3.7%	4.9%	1.2%	30.3%
管理者	392	16.6%	22.7%	16.8%	11.7%	2.8%	3.8%	1.5%	24.0%
サービス提供責任者	985	17.7%	16.8%	16.1%	11.5%	3.4%	4.2%	1.0%	29.4%
訪問介護員	2838	16.5%	17.1%	15.3%	10.4%	3.9%	5.6%	1.2%	30.0%
その他	2	-	-	-	50.0%	-	-	-	50.0%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 89 ADL 総得点と役職（訪問介護事業所 利用者票 問 29×訪問介護事業所 利用者票 問 14）

	全体	0点	～20点未満	～40点未満	～60点未満	～80点未満	～100点未満	100点
全体	3621	8.2%	11.1%	7.0%	11.5%	19.4%	26.2%	16.7%
管理者	379	8.7%	10.3%	7.4%	11.3%	15.3%	25.3%	21.6%
サービス提供責任者	948	8.9%	11.4%	8.5%	10.5%	17.4%	25.6%	17.6%
訪問介護員	2672	8.0%	11.6%	6.5%	11.6%	20.6%	26.2%	15.5%
その他	1	-	100.0%	-	-	-	-	-

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 90 IADL 総得点と役職（訪問介護事業所 利用者票 問 29×訪問介護事業所 利用者票 問 15）

	全体	0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点
全体	3849	30.1%	15.6%	10.4%	9.5%	9.2%	6.3%	6.5%	5.1%	7.1%
管理者	393	25.7%	13.7%	7.6%	14.5%	13.7%	7.1%	6.1%	5.3%	6.1%
サービス提供責任者	989	28.9%	13.2%	9.0%	10.8%	10.8%	7.2%	7.0%	4.8%	8.3%
訪問介護員	2865	31.2%	16.5%	11.2%	9.0%	8.6%	6.0%	6.3%	5.0%	6.2%
その他	2	-	50.0%	-	50.0%	-	-	-	-	-

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 91 看取りの利用者と役職（訪問介護事業所 利用者票 問 29×訪問介護事業所 利用者票 問 19）

	全体	看取りの利用者である	看取りの利用者ではない
全体	3885	8.0%	92.0%
管理者	396	8.6%	91.4%
サービス提供責任者	995	6.3%	93.7%
訪問介護員	2896	8.4%	91.6%
その他	2	-	100.0%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 92 喀痰吸引の有無と役職（訪問介護事業所 利用者票 問 29×訪問介護事業所 利用者票 問 20）

	全体	訪問介護員による喀痰吸引が必要な利用者である	訪問介護員による喀痰吸引が必要な利用者ではない利用者である
全体	3867	2.4%	97.6%
管理者	394	3.8%	96.2%
サービス提供責任者	984	2.6%	97.4%
訪問介護員	2876	2.3%	97.7%
その他	2	-	100.0%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 93 割り当てる訪問介護員の専門性の妥当性と役職（訪問介護事業所 利用者票 問 29×訪問
介護事業所 利用者票 問 33）

	全体	専門性は 十分である ため、可能 であれば他 の難しい利 用者を担 当してほしい	訪問介護 員の割り 当ては、妥 当である	専門性が 不足して おり、可 能であれば より高い 専門性を 有する訪 問介護員 に担当さ せたい
全体	3914	5.3%	93.3%	1.4%
管理者	405	16.8%	83.0%	0.2%
サービス提供責任者	1006	10.5%	88.1%	1.4%
訪問介護員	2929	3.8%	94.7%	1.5%
その他	2	50.0%	50.0%	-

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

1 5）訪問介護員の専門性に関する実態（経験年数×利用者の状態像（認知症高齢者の日常生活自立度、ADL, IADL））

訪問介護員の経験年数別に割り当てる利用者の日常生活自立度をみると、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa、ⅢB、Ⅳで「5～10 年未満」の職員が、それぞれ 14.3%、4.1%、6.4%と全体と比較して高い割合であった。また、ADL については、「60 超～80 点未満」で 1 年未満が 24.7%、20 年以上が 22.1%で全体と比較して高く、「10～20 年未満」で「80 以上 100 未満」で 28.1%であった。認知症自立度が低い利用者は、5 年～10 年程の職員が担当し、ADL が高い利用者は 1 年未満の訪問介護員もしくは、「10～20 年未満」が対応しており、1～10 年未満の職員が訪問業務を実施している状況である。

図表 94 認知症高齢者の日常生活自立度と経験年数（訪問介護事業所 利用者票 問 30×訪問介護
事業所 利用者票 問 3）

	全体	日常生活 自立度Ⅰ	日常生活 自立度Ⅱ a	日常生活 自立度Ⅱ b	日常生活 自立度Ⅲ a	日常生活 自立度Ⅲ b	日常生活 自立度Ⅳ	日常生活 自立度Ⅴ	わからな い・不明
全体	3815	17.1%	16.9%	15.5%	10.4%	3.7%	4.9%	1.2%	30.3%
1 年未満	85	17.6%	20.0%	36.5%	4.7%	1.2%	3.5%	1.2%	15.3%
1～5 年未満	736	16.8%	16.7%	14.8%	9.9%	4.5%	3.5%	1.8%	31.9%
5～10 年未満	1111	15.9%	17.3%	15.4%	14.3%	4.1%	6.4%	1.0%	25.6%
10 年～20 年未満	1499	16.9%	15.9%	13.7%	8.4%	3.7%	4.9%	1.1%	35.3%
20 年以上	351	22.2%	20.5%	21.1%	9.7%	1.4%	3.7%	0.6%	20.8%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 95 ADL 総得点と経験年数（訪問介護事業所 利用者票 問 30×訪問介護事業所 利用者票 問 14）

	全体	0点	0超～20点未満	20～40点未満	40～60点未満	60～80点未満	80～100点未満	100点
全体	3621	8.2%	11.1%	7.0%	11.5%	19.4%	26.2%	16.7%
1年未満	85	9.4%	5.9%	9.4%	14.1%	24.7%	17.6%	18.8%
1～5年未満	655	6.6%	12.7%	8.4%	13.9%	18.2%	26.1%	14.2%
5～10年未満	1051	8.9%	10.4%	8.6%	12.1%	19.5%	24.3%	16.3%
10年～20年未満	1468	7.9%	11.5%	5.0%	10.9%	19.1%	28.1%	17.6%
20年以上	331	10.3%	9.7%	7.9%	7.3%	22.1%	24.5%	18.4%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 96 IADL 総得点と経験年数（訪問介護事業所 利用者票 問 30×訪問介護事業所 利用者票 問 15）

	全体	0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点
全体	3849	30.1%	15.6%	10.4%	9.5%	9.2%	6.3%	6.5%	5.1%	7.1%
1年未満	88	20.5%	22.7%	6.8%	6.8%	15.9%	5.7%	9.1%	6.8%	5.7%
1～5年未満	745	35.0%	15.4%	9.9%	9.5%	6.3%	5.4%	6.2%	4.7%	7.5%
5～10年未満	1110	30.5%	18.8%	11.0%	10.2%	8.9%	4.3%	5.3%	4.9%	6.1%
10年～20年未満	1532	28.9%	13.1%	11.2%	9.3%	9.9%	7.2%	7.3%	5.2%	8.0%
20年以上	344	27.9%	15.1%	7.8%	8.1%	11.3%	10.5%	7.0%	6.7%	5.5%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

16）訪問介護員の専門性に関する実態（経験年数×利用者の状態像（看取り・喀痰吸引の有無））

看取りの利用者を担当している割合を経験年数別にみると、経験年数が「1年未満」から「5～10年未満」までの利用者が 9.7%～11.6%までの割合を占め、それよりも経験年数が高い訪問介護員と比べて担当している割合が高かった。

「専門性は十分であるため、可能であれば他の難しい利用者を担当してほしい」との回答は、経験年数が「5～10年未満」、「20年以上」である場合にそれぞれ 7.9%、7.0%と他の経験年数の場合よりも高かった。

図表 97 看取りの利用者か否かと経験年数（訪問介護事業所 利用者票 問 30×訪問介護事業所 利用者票 問 19）

	全体	看取りの利用者である	看取りの利用者ではない
全体	3885	8.0%	92.0%
1年未満	86	11.6%	88.4%
1～5年未満	750	10.0%	90.0%
5～10年未満	1125	9.7%	90.3%
10年～20年未満	1539	6.6%	93.4%
20年以上	353	3.4%	96.6%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 98 喀痰吸引の有無と経験年数（訪問介護事業所 利用者票 問 30×訪問介護事業所 利用者票 問 200）

	全体	訪問介護員による 喀痰吸引が必要な 利用者である	訪問介護員による 喀痰吸引が必要な 利用者である
全体	3867	2.4%	97.6%
1年未満	82	—	100.0%
1～5年未満	749	2.0%	98.0%
5～10年未満	1120	2.0%	98.0%
10年～20年未満	1534	2.8%	97.2%
20年以上	350	2.6%	97.4%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

図表 99 訪問介護員の専門性の妥当性と経験年数（訪問介護事業所 利用者票 問 30×訪問介護事業所 利用者票 問 33）

	全体	専門性は 十分であるため、 可能であれば他の 難しい利用者を担 当してほしい	訪問介護員の割り 当ては、妥当である	専門性が 不足しており、可 能であればより高 い専門性を有する 訪問介護員に担当 させたい
全体	3914	5.3%	93.3%	1.4%
1年未満	89	4.5%	94.4%	1.1%
1～5年未満	755	4.1%	92.2%	3.7%
5～10年未満	1133	7.9%	91.2%	1.0%
10年～20年未満	1568	3.6%	95.5%	0.9%
20年以上	356	7.0%	93.0%	—

※図表の項目「全体」の列の n 数は、各利用者に入っている訪問介護員数である。

17) 割り当てる訪問介護員の専門性の妥当性に関する実態（事業所規模別）

事業所の職員数（訪問介護員の常勤換算数）と割り当てる訪問介護員の専門性の妥当性についてみると、訪問介護員として最初に割り当てることが多いサービス内容である「清掃」を提供している事業所を一例としてみると、「専門性は十分であるため、可能であれば他の難しい利用者を担当させたい訪問介護員が多い」と回答があった事業所は訪問介護員の常勤換算数が平均 11.0 人で最も多かった。

「専門性が不足している訪問介護員に担当してもらっており、可能であればより高い専門性を有する訪問介護員に担当させたい利用者が多い」の平均の常勤換算は、8.6 人、「身体的な負荷の少ないサービスであるため、高齢の職員等、体力が少ない訪問介護員を割り当てている利用者が多い」の平均の常勤換算は、8.1 人であった。一部の事業所では、人材不足のため専門性の高い訪問介護員を割り当てることが難しい、体力が少ない人に対応してもらう必要がある等、（体力のある）人材が不足している状況がうかがえる。

一方で、常勤換算数が「2～3 人」、「3～4 人」と少ない事業所では、「専門性は十分であるため、可能であれば他の難しい利用者を担当させたい訪問介護員が多い」と回答している事業所も見られた。このことから、訪問介護員が不足して、やむを得ず管理者やサービス提供責任者がサービスを提供している可能性も考えられる。

図表 100 事業所の職員数（常勤換算）（訪問介護事業所 事業所票 問 12）×割り当てる訪問介護員の専門性の妥当性：サービス内容（掃除）（訪問介護事業所 事業所票 問 32）

	全体	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
全体	542	9.4	7.4	8.0	0	79
専門性は十分であるため、可能であれば他の難しい利用者を担当させたい訪問介護員が多い	60	11.0	7.9	9.0	1	44.8
訪問介護員の割り当ては、妥当である。	430	9.4	7.2	8.1	0	79
専門性が不足している訪問介護員に担当してもらっており、可能であればより高い専門性を有する訪問介護員に担当させたい利用者が多い	15	8.6	7.6	4.4	2.5	18.6
身体的な負荷の少ないサービスであるため、高齢の職員等、体力が少ない訪問介護員を割り当てている利用者が多い	37	8.1	6.6	4.9	2	25.9

	全体	0人	0～1人未満	1～2人未満	2～3人未満	3～4人未満	4～5人未満	5～6人未満	6～7人未満	7～10人未満	10人以上
全体	542	2.0%	0.2%	0.9%	4.1%	9.6%	8.3%	10.5%	10.1%	21.0%	33.2%
専門性は十分であるため、可能であれば他の難しい利用者を担当させたい訪問介護員が多い	60	-	-	1.7%	1.7%	6.7%	6.7%	6.7%	10.0%	31.7%	35.0%
訪問介護員の割り当ては、妥当である。	430	2.6%	0.2%	0.9%	3.7%	9.5%	9.1%	10.9%	10.0%	20.0%	33.0%
専門性が不足している訪問介護員に担当してもらっており、可能であればより高い専門性を有する訪問介護員に担当させたい利用者が多い	15	-	-	-	6.7%	6.7%	6.7%	13.3%	13.3%	13.3%	40.0%
身体的な負荷の少ないサービスであるため、高齢の職員等、体力が少ない訪問介護員を割り当てている利用者が多い	37	-	-	-	10.8%	16.2%	2.7%	10.8%	10.8%	18.9%	29.7%

(5) 訪問介護の需要について

1) 本来訪問介護サービスを利用すべき利用者と本来訪問介護以外のサービスを利用すべき利用者に対するサービスの利用状況

「本来訪問介護サービスを利用すべき利用者だが、訪問介護サービスを利用できないため、訪問介護以外のサービスを利用している利用者」は、各介護度別に1人以上いる事業所は、要介護1で17.5%、要介護2で14.0%、要介護3で10.2%、要介護4で9.8%、要介護5で7.4%であった。要介護度が低いほど、やむを得ず訪問介護以外のサービスを利用している傾向であった。また、「本来訪問介護以外のサービスを利用すべき利用者だが、訪問介護以外のサービスを利用できないため、訪問介護サービスを利用している利用者」は、各要介護度で3.7~8.4%の事業所で1人以上いる。こちらも要介護度が低いほどその割合が高かった。

図表 101 本来訪問介護サービスを利用すべき利用者で、現在訪問介護サービスを利用している利用者数（居宅介護支援事業所 事業所票 問 11）

	全体	0人	1人	2人	3人	4人	5人	6~10人 未満	10~20人 未満	20人以上
要介護1	766	7.7%	8.2%	6.9%	7.8%	6.4%	9.4%	21.1%	23.0%	9.4%
要介護2	766	7.8%	9.5%	9.5%	10.3%	7.6%	7.3%	23.2%	18.0%	6.7%
要介護3	766	14.2%	14.6%	14.5%	12.7%	7.3%	7.8%	14.5%	11.2%	3.1%
要介護4	766	20.1%	17.6%	14.9%	11.2%	8.6%	5.7%	12.8%	6.5%	2.5%
要介護5	766	30.5%	18.8%	13.8%	10.8%	6.4%	4.4%	9.7%	3.7%	1.8%

図表 102 本来訪問介護サービスを利用すべき利用者だが、訪問介護サービスを利用できないため、訪問介護以外のサービスを利用している利用者数（居宅介護支援事業所 事業所票 問 11）

	全体	0人	1人	2人	3人	4人	5人	6~10人 未満	10~20人 未満	20人以上
要介護1	766	82.5%	7.3%	4.0%	2.1%	0.5%	2.2%	0.7%	0.7%	—
要介護2	766	86.0%	7.3%	2.6%	1.7%	0.3%	0.9%	0.5%	0.7%	—
要介護3	766	89.8%	4.7%	2.2%	1.8%	0.3%	0.7%	0.3%	0.3%	—
要介護4	766	90.2%	5.0%	2.7%	1.0%	0.3%	0.4%	0.3%	—	0.1%
要介護5	766	92.6%	5.6%	0.9%	0.3%	0.4%	0.1%	—	—	0.1%

図表 103 本来訪問介護以外のサービスを利用すべき利用者だが、訪問介護以外のサービスを利用できないため、訪問介護サービスを利用している利用者数（居宅介護支援 事業所票 問 11）

	全体	0人	1人	2人	3人	4人	5人	6~10人 未満	10~20人 未満	20人以上
要介護1	766	91.6%	4.3%	1.7%	0.9%	—	0.5%	0.1%	0.8%	—
要介護2	766	93.2%	4.4%	1.0%	0.5%	0.4%	0.1%	—	0.3%	—
要介護3	766	95.0%	3.3%	0.7%	0.4%	0.1%	0.3%	—	0.3%	—
要介護4	766	95.3%	3.5%	0.7%	0.1%	—	0.3%	—	—	0.1%
要介護5	766	96.3%	2.5%	0.5%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	—	0.1%

2) 生活援助サービスの必要性

居宅介護支援事業所の利用者票では、利用者に生活援助のサービスを必要とする理由として、「ADL」の低下が心配なため」が 48.5%、「家族等の介護者が不在なため」が 45.2%、「衛生状態の悪化が心配なため」が 42.3%であった。訪問介護事業所 利用者票では、「ADL の低下が心配なため」が 61.0%、「IADL の低下が心配なため」が 51.8%、認知機能の低下が心配なため」が 46.2%であった。

図表 104 生活援助のサービスを必要と考える理由(居宅介護支援事業所 利用者票 問 21)

全体	ADLの低下が心配なため	IADLの低下が心配なため	生活満足度の低下が心配なため	認知機能の低下が心配なため	基礎疾患の悪化が心配なため	口腔機能の低下が心配なため	栄養状態の悪化が心配なため	外出や社会参加の機会減少が心配なため	うつ・閉じこもりの進行が心配なため	衛生状態の悪化が心配なため	家族等の介護負担の増加が心配なため	家族等の介護者が不在なため	必要性を感じないときもある	地域にボランティアや配食サービス等の社会資源がないため	その他
600	48.5%	40.7%	16.5%	37.0%	19.0%	4.5%	11.8%	11.3%	11.5%	42.3%	26.3%	45.2%	1.2%	2.2%	4.2%

※図表の全体の列の n 数は、現在訪問介護サービスを利用している利用者数である。

図表 105 生活援助のサービスを必要と考える理由(訪問介護支援事業所 利用者票 問 21)

全体	ADLの低下が心配なため	IADLの低下が心配なため	生活満足度の低下が心配なため	認知機能の低下が心配なため	基礎疾患の悪化が心配なため	口腔機能の低下が心配なため	栄養状態の悪化が心配なため	外出や社会参加の機会減少が心配なため	うつ・閉じこもりの進行が心配なため	衛生状態の悪化が心配なため	家族等の介護負担の増加が心配なため	家族等の介護者が不在なため	地域にボランティアや配食サービス等の社会資源がないため	その他	必要性を感じないこともある
1012	61.0%	51.8%	30.2%	46.2%	27.5%	9.9%	20.8%	21.1%	14.3%	36.5%	22.6%	44.2%	3.7%	1.1%	1.9%

※図表の全体の列の n 数は、生活援助サービスを利用している利用者数である。

3) やむを得ず訪問介護サービスを位置付けた理由、本来位置付けるべき介護保険サービス

やむを得ず訪問介護を位置付けた理由として、「利用者が他のサービスを希望しない」が最も高く 67.9%、次いで「社会資源がない」が 17.9%であった。本来位置付けるべき介護保険サービスは、「通所介護」が 64.3%、「通所リハビリテーション」が 32.1%であった。本来活用すべき近隣の便民施設の内容では、「本来位置付ける保険外サービスはない」が最も割合が高いが、「配食サービス」が 25.9%、「移動車販売」が 14.8%となっている。本来通所系サービスや配食サービス等のサービスを割り当てるべき利用者が、それらのサービスを希望しなかったことが、やむを得ず訪問介護サービスを位置付けた主な要因であると考えられる。

図表 106 やむを得ず訪問介護サービスを位置付けた理由(居宅介護支援事業所 利用者票 問 23)

全体	社会資源がない	利用者の区分支給限度額に届かないようにするため	利用者の経済状況で位置付けることができない	利用者が他のサービスを希望しない	法人(事業所)の方針であるため	その他
28	17.9%	-	10.7%	67.9%	-	3.6%

※図表の全体の列の n 数は、「やむを得ず訪問介護サービスを位置付けた利用者数である。

図表 107 本来位置付けるべき介護保険サービスの内容(居宅介護支援事業所 利用者票 問 24)

全体	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	短期入所生活介護	短期入所療養介護	特定施設入居者生活介護	居宅療養管理指導	福祉用具貸与、特定福祉用具販売、住宅改修のいずれか	地域密着型通所介護	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	夜間対応型訪問介護	認知症対応型通所介護	介護保険施設サービス(入所系サービス)	その他
28	7.1%	7.1%	14.3%	64.3%	32.1%	17.9%	7.1%	-	3.6%	10.7%	14.3%	7.1%	3.6%	7.1%	-	3.6%	7.1%	-

※図表の全体の列の n 数は、「やむを得ず訪問介護サービスを位置付けた利用者数である。

図表 108 本来活用すべき近隣の便民施設の内容(交通機関、商店、医療機関、その他)(居宅介護支援事業所 利用者票 問 25)

全体	配食サービス	買い物代行サービス、家事代行サービス	移動車販売	外出支援(移送)サービス、通院サービス	ミニデイサービス(介護保険外)	その他の行政等が提供する介護保険外のサービス	その他の民間のサービス	本来位置付けるべき他のサービス(介護保険外サービス)はない	地域には、在宅の要支援・介護高齢者の生活を支援する介護保険外サービスはない
27	25.9%	11.1%	14.8%	3.7%	-	-	3.7%	55.6%	3.7%

※図表の全体の列の n 数は、「やむを得ず訪問介護サービスを位置付けた利用者数である。

4) 利用者のケアプランに訪問介護を組み入れなかった理由

訪問介護をケアプランに組み入れなかった理由として、「利用者が訪問介護のサービスを希望しない」が 59.8%で最も多く、次いで対応できる訪問介護員が不足しているが 21.7%であった。

図表 109 利用者のケアプランに訪問介護を組み入れなかった理由 居宅介護支援事業所 利用者票 問 27

全体	社会資源がない	利用者の区分支給限度額に届かないようにするため	利用者の経済状況で位置付けることができない	利用者が訪問介護のサービスを希望しない	法人(事業所)の方針であるため	対応できる訪問介護事業所が不足している	対応できる訪問介護員が不足している	休日に対応できる訪問介護事業所が不足している	夜間・早朝・深夜に対応できる訪問介護事業所が不足している	その他
92	19.6%	8.7%	17.4%	59.8%	2.2%	17.4%	21.7%	12.0%	10.9%	19.6%

※図表の全体の列の n 数は、「訪問介護サービスを利用できず、訪問介護以外のサービスを利用している利用者数」である。

5) 生活援助サービスを提供することに関する課題

居宅介護支援事業所側から見た、生活援助の提供に関する課題は、「特に課題と考えていることはない」が 61.3%であるが、「訪問介護でできること・できないことの説明が難しい」が 19.3%、「生活援助で対応可能な範囲を超えた要望がある」が 13.0%であった。訪問介護事業所からみた生活援助の提供に関する課題は、「特に課題と考えていることはない」が 68.2%であるが、「地域にボランティアや配食サービス等の社会資源がなく訪問介護がやらざるを得ないことが多い」が 19.3%であった。この利用者に生活援助の必要性を感じないこともある理由として、「利用者が自分でできることまで支援することは、結果的に自立支援に繋がらないため」が 72.2%で要介護度が低い程割合が高かった。また、「同居の家族等による介護の体制が整っていると考えられるため」が 27.8%であった。訪問介護でできる範囲の説明が難しく、生活援助の範囲を超えた要望がある点、地域に社会資源がなく、訪問介護がやらざるを得ないこともあると考えられる。

図表 110 利用者に生活援助サービスを提供することに関する課題(居宅介護支援事業所 利用者票 問 22)

全体	訪問介護事業所との情報共有がしにくい ため適切なサービスに変更していくことが困難である	訪問介護でできること・できないことの説明が難しい	生活援助で対応可能な範囲を超えた要望がある	利用者が必要以上にサービス希望する傾向がある	地域にボランティアや配食サービス等の社会資源がなく訪問介護がやらざるを得ないことが多い	連携できる他の介護保険サービス事業所がない	その他	特に課題と考えていることはない
592	1.7%	19.3%	13.0%	7.6%	8.8%	1.9%	4.7%	61.3%

※図表の全体の列の n 数は、現在訪問介護サービスを利用している利用者数である。

図表 111 利用者に生活援助のサービスの必要性を感じないこともある理由（訪問介護事業所 利用者票 問 22）

	全体	利用者が自分でできることまで支援することは、結果的に自立支援に繋がらないため	同居の家族等による介護の体制が整っていると考えられるため	介護保険外のサービスで対応可能な場合もあるため	その他
全体	18	72.2%	27.8%	11.1%	-
要介護1	5	80.0%	20.0%	-	-
要介護2	7	85.7%	14.3%	28.6%	-
要介護3	2	50.0%	50.0%	-	-
要介護4	2	50.0%	50.0%	-	-
要介護5	2	50.0%	50.0%	-	-

※図表の項目「全体」の列の n 数は、問 21 で「必要性を感じないときもある」と回答した利用者数である。

図表 112 生活援助の提供に関する課題（訪問介護事業所 利用者票 問 23）（生活援助サービスを利用している利用者について回答）

全体	地域にボランティアや配食サービス等の社会資源がなく訪問介護がやらざるを得ないことが多い	連携できる他の介護保険サービス事業所がない	近隣にクリニック等がなく医療連携が難しい	ケアプランの内容に疑義がある	職員が生活援助のサービス内容（調理、洗濯、掃除等）に苦手意識を持っている	サ高住などの高齢者住宅に居住しており、必要以上にサービスを利用する傾向がある	その他	特に課題と考えていることはない
922	19.3%	2.6%	1.2%	3.6%	5.7%	3.3%	2.1%	68.2%

6）ケアプランに訪問介護を位置付ける際の基準

介護支援専門員がケアプランに訪問介護を位置付ける際の基準として、「食事の介助、お手洗い、服薬介助等、在宅生活の維持に必要となる」が 63.0%、「家族の支援、その他インフォーマルサービスを受けることが難しい」が 57.6%であった。

図表 113 ケアプランに訪問介護を位置付ける際の基準（居宅介護支援事業所 利用者票 問 28）

全体	自立支援の可能性がある	食事の介助、お手洗い、服薬介助等、在宅生活の維持に必要となる	利用者のADL・IADLが低い	利用者のADL・IADLが高い	利用者の収入が少ない	利用者の収入が多い	他のサービスだと介護保険上限に達する	家族の支援、その他インフォーマルサービスを受けることが難しい	地域に訪問介護以外の事業所等がなく訪問介護を選択せざるを得ない	地域に訪問介護以外の事業所等が定員等で利用できず訪問介護を代替する	地域に訪問介護事業所が存在しないため、訪問介護を位置付けることはできない	その他
92	45.7%	63.0%	52.2%	6.5%	14.1%	5.4%	8.7%	57.6%	-	10.9%	3.3%	2.2%

※図表の項目「全体」の列の n 数は、「訪問介護サービスを利用できず、訪問介護以外のサービスを利用している利用者数」である。

(6) 訪問介護の代替サービス等について

1) 社会資源の過不足に関する実態（介護保険サービス）

在宅中心で行っている訪問介護事業所が「大いに不足している」、「やや不足している」を合わせて 57.8% と他の社会資源と比較して高い割合であった。

図表 114 在宅中心で行っている訪問介護事業所（自治体票 問 16）

全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
709	17.5%	40.3%	41.7%	0.4%	—

図表 115 集合住宅中心で行っている訪問介護事業所（自治体票 問 16）

全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
653	4.3%	10.1%	81.3%	3.7%	0.6%

図表 116 いずれであるか把握していない訪問介護事業所（自治体票 問 16）

全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
643	5.9%	14.3%	79.6%	0.2%	—

図表 117 訪問看護事業所（自治体票 問 16）

全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
753	7.4%	26.7%	63.6%	2.1%	0.1%

図表 118 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所（自治体票 問 16）

全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
704	12.8%	30.8%	55.7%	0.6%	0.1%

図表 119 通所介護（自治体票 問 16）

全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
769	3.1%	15.5%	71.3%	9.5%	0.7%

図表 120 小規模多機能型居宅介護事業所（自治体票 問 16）

全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
748	6.1%	25.0%	67.4%	1.2%	0.3%

図表 121 看護小規模多機能型居宅介護事業所（自治体票 問 16）

全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
696	10.3%	31.9%	57.0%	0.6%	0.1%

図表 122 介護保険施設（自治体票 問 16）

全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
768	3.4%	26.6%	65.9%	3.8%	0.4%

図表 123 その他の介護サービス等を提供する事業所等（自治体票 問 16）

全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
724	3.5%	18.6%	76.2%	1.7%	—

2) 社会資源の過不足に関する実態（介護保険外サービス）

「外出支援（移送）サービス・通院サービス」、「買い物代行サービス・家事代行サービス」、「移動車販売」で「多いに不足している」、「やや不足している」を合わせてそれぞれ58.8%、52.8%、47.8%と不足の傾向が見受けられた。外出、家事、買い物等の外出をとまなう生活活動に関する社会資源が不足している傾向が高く見受けられた。

図表 124 配食サービス（自治体票 問 17）

全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
759	4.6%	25.0%	69.3%	0.7%	0.4%

図表 125 買い物代行サービス・家事代行サービス（自治体票 問 17）

全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
682	12.3%	40.5%	47.1%	0.1%	-

図表 126 移動車販売（自治体票 問 17）

全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
670	8.7%	39.1%	51.9%	0.3%	-

図表 127 外出支援（移送）サービス・通院サービス（自治体票 問 17）

全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
706	21.7%	37.1%	41.1%	-	0.1%

図表 128 ミニデイサービス（介護保険外）（自治体票 問 17）

全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
619	6.3%	27.6%	65.9%	0.2%	-

図表 129 その他の行政等が提供する介護保険外のサービス（自治体票 問 17）

全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
545	2.9%	14.7%	81.3%	1.1%	-

図表 130 その他の民間のサービス（自治体票 問 17）

全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
391	6.4%	22.0%	71.6%	-	-

3）社会資源の過不足に関する実態（利用者への必要性の有無・実際の利用の有無）

介護保険サービスにおいて、「通所介護事業所」は、利用者への必要性が 54.2%で最も割合が高い。必要性と実際の利用割合の差異をみると、概ね+2～+9%が必要であるにも関わらず利用に至っていなかった。一方で介護保険外サービスは、「配食サービス」で必要性が 38.3%、実際の利用の有無は 28.2%、「買い物代行サービス・家事代行サービス」で必要性が 23.3%、実際の利用の有無は 9.9%、「外出支援（移送サービス）」で必要性が 26.9%、実際の利用の有無は 15.1%であった。必要性と実際の利用の有無の差異をみると、+10%以上の乖離を示すサービスが見受けられた。

図表 131 利用者への必要性の有無＜介護保険サービス＞（訪問介護事業所 利用者票 問 24）

全体	他の訪問介護事業所	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	通所介護事業所	小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型訪問介護看護	介護保険施設	その他の介護サービス等を提供する事業所等がある	いずれもない
1521	12.4%	12.9%	54.2%	6.2%	14.9%	14.8%	29.5%

図表 132 実際の利用の有無＜介護保険サービス＞（訪問介護事業所 利用者票 問 24）

全体	他の訪問介護事業所	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	通所介護事業所	小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型訪問介護看護	介護保険施設	その他の介護サービス等を提供する事業所等がある	いずれもない
1513	10.8%	10.2%	51.9%	3.2%	5.6%	15.3%	29.0%

図表 133 必要性—実際の利用＜介護保険サービス＞（訪問介護事業所 利用者票 問 24 上記の 2 票より算出）

全体	他の訪問 介護事業 所	定期巡 回・随時 対応型訪 問介護看 護	通所介護 事業所	小規模多 機能型居 宅介護や 看護小規 模多機能 型訪問介 護看護	介護保険 施設	その他の 介護サー ビス等を 提供する 事業所等 がある	いずれも ない
1513	1.6%	2.7%	2.3%	3.0%	9.3%	-0.5%	0.5%

図表 134 利用者への必要性の有無＜介護保険外サービス＞（訪問介護事業所 利用者票 問 25）

全体	配食サー ビス	買い物代 行サービ ス、家事 代行サー ビス	移動車販 売	外出支援 （移送） サービ ス、通院 サービス	ミニデイ サービス （介護保 険外）	その他の 行政等が 提供する 介護保険 外のサー ビス	その他、 自己負担 による サービス	地域に は、在宅 の要支 援・介護 高齢者の 生活を支 援する介 護保険外 サービス はない
1027	38.3%	23.3%	14.3%	26.9%	2.5%	2.8%	4.6%	30.3%

図表 135 実際の利用の有無＜介護保険外サービス＞（訪問介護事業所 利用者票 問 25）

全体	配食サー ビス	買い物代 行サービ ス、家事 代行サー ビス	移動車販 売	外出支援 （移送） サービ ス、通院 サービス	ミニデイ サービス （介護保 険外）	その他の 行政等が 提供する 介護保険 外のサー ビス	その他、 自己負担 による サービス	地域に は、在宅 の要支 援・介護 高齢者の 生活を支 援する介 護保険外 サービス はない
837	28.2%	9.9%	10.0%	15.1%	0.1%	2.9%	5.0%	40.7%

図表 136 必要性—実際の利用＜介護保険外サービス＞（訪問介護事業所 利用者票 問 25 上記の 2 票より算出）

全体	配食サー ビス	買い物代 行サービ ス、家事 代行サー ビス	移動車販 売	外出支援 （移送） サービ ス、通院 サービス	ミニデイ サービス （介護保 険外）	その他の 行政等が 提供する 介護保険 外のサー ビス	その他、 自己負担 による サービス	地域に は、在宅 の要支 援・介護 高齢者の 生活を支 援する介 護保険外 サービス はない
1513	10.1%	13.4%	4.3%	11.8%	2.4%	-0.1%	-0.4%	-10.4%

4) 社会資源の過不足に関する実態（人口規模別）

人口 5 万人未満¹の自治体では、「配食サービス」、「買い物代行サービス」、「外出支援（移送）、通院サービス」で「大いに不足している」が 7.3%、15.9%、24.7%で「5～50 万人未満」、「50 万人以上」と比較して高い傾向であった。

また、「5 万人未満」の自治体では、やむを得ず訪問介護サービスを位置付けた理由について「社会資源がない」が 100%（n=5）であった。

また、訪問介護を組み入れなかった理由として、「対応できる訪問介護事業所が不足している」、「対応できる訪問介護員が不足している」という回答が、人口規模が「5～50 万人未満」の自治体で最も高く、それぞれ 23.5%、31.4%であった。

図表 137 在宅中心で行っている訪問介護事業所
（自治体票 問 16）

	全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
全体	709	17.5%	40.3%	41.7%	0.4%	-
5万人未満	466	20.0%	42.5%	37.1%	0.4%	-
5～50万人未満	226	13.7%	37.6%	48.2%	0.4%	-
50万人以上	17	-	17.6%	82.4%	-	-

図表 140 訪問看護事業所：過不足の状況（自治体票 問 16）

	全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
全体	753	7.4%	26.7%	63.6%	2.1%	0.1%
5万人未満	465	11.6%	29.9%	57.4%	1.1%	-
5～50万人未満	267	0.7%	21.3%	74.2%	3.4%	0.4%
50万人以上	21	-	23.8%	66.7%	9.5%	-

図表 138 集合住宅中心で行っている訪問介護事業所：過不足の状況（自治体票 問 16）

	全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
全体	653	4.3%	10.1%	81.3%	3.7%	0.6%
5万人未満	417	6.2%	10.3%	82.3%	1.2%	-
5～50万人未満	220	0.9%	9.5%	80.0%	7.7%	1.8%
50万人以上	16	-	12.5%	75.0%	12.5%	-

図表 141 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所：過不足の状況（自治体票 問 16）

	全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
全体	704	12.8%	30.8%	55.7%	0.6%	0.1%
5万人未満	419	15.3%	26.7%	58.0%	-	-
5～50万人未満	261	9.6%	34.5%	54.0%	1.5%	0.4%
50万人以上	24	4.2%	62.5%	33.3%	-	-

図表 139 上記いずれであるか把握していない訪問介護事業所：過不足の状況（自治体票 問 16）

	全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
全体	643	5.9%	14.3%	79.6%	0.2%	-
5万人未満	394	7.9%	12.7%	79.2%	0.3%	-
5～50万人未満	229	3.1%	17.0%	79.9%	-	-
50万人以上	20	-	15.0%	85.0%	-	-

図表 142 通所介護事業所：過不足の状況（自治体票 問 16）

	全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
全体	769	3.1%	15.5%	71.3%	9.5%	0.7%
5万人未満	481	4.6%	20.8%	67.6%	6.9%	0.2%
5～50万人未満	267	0.7%	6.7%	77.2%	14.2%	1.1%
50万人以上	21	-	4.8%	81.0%	9.5%	4.8%

¹ 人口は、令和 2 年国勢調査 各市区町村別 総人口 に基づき算出

図表 143 小規模多機能居宅介護事業所：過不足の
状況（自治体票 問 16）

	全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
全体	748	6.1%	25.0%	67.4%	1.2%	0.3%
5万人未満	452	8.2%	21.9%	69.0%	0.9%	—
5～50万人未満	271	3.0%	26.9%	67.5%	1.8%	0.7%
50万人以上	25	4.0%	60.0%	36.0%	—	—

図表 144 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）事業所：過不足の状況（自治体票 問 16）

	全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
全体	696	10.3%	31.9%	57.0%	0.6%	0.1%
5万人未満	416	10.6%	26.7%	62.5%	0.2%	—
5～50万人未満	255	9.8%	36.9%	51.8%	1.2%	0.4%
50万人以上	25	12.0%	68.0%	20.0%	—	—

図表 145 介護保険施設：過不足の状況（自治体票 問 16）

	全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
全体	768	3.4%	26.6%	65.9%	3.8%	0.4%
5万人未満	473	4.4%	25.6%	64.3%	5.3%	0.4%
5～50万人未満	269	1.9%	27.1%	69.5%	1.1%	0.4%
50万人以上	26	—	38.5%	57.7%	3.8%	—

図表 146 その他の介護サービス等を提供する事業所等：過不足の状況（自治体票 問 16）

	全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
全体	724	3.5%	18.6%	76.2%	1.7%	—
5万人未満	444	5.2%	17.6%	75.7%	1.6%	—
5～50万人未満	260	0.8%	20.8%	76.5%	1.9%	—
50万人以上	20	—	15.0%	85.0%	—	—

図表 147 配食サービス：過不足の状況（自治体票 問 17）

	全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
全体	759	4.6%	25.0%	69.3%	0.7%	0.4%
5万人未満	478	7.3%	29.3%	63.2%	0.2%	—
5～50万人未満	258	—	18.6%	78.7%	1.6%	1.2%
50万人以上	23	—	8.7%	91.3%	—	—

図表 148 買い物代行サービス、家事代行サービス：過不足の状況（自治体票 問 17）

	全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
全体	682	12.3%	40.5%	47.1%	0.1%	—
5万人未満	439	15.9%	40.3%	43.7%	—	—
5～50万人未満	227	6.2%	41.4%	52.0%	0.4%	—
50万人以上	16	—	31.3%	68.8%	—	—

図表 149 移動車販売：過不足の状況（自治体票 問 17）

	全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
全体	670	8.7%	39.1%	51.9%	0.3%	—
5万人未満	447	9.8%	37.8%	52.3%	—	—
5～50万人未満	214	6.5%	42.1%	50.5%	0.9%	—
50万人以上	9	—	33.3%	66.7%	—	—

図表 150 外出支援（移送）サービス、通院サービス：過不足の状況（自治体票 問 17）

	全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
全体	706	21.7%	37.1%	41.1%	—	0.1%
5万人未満	454	24.7%	37.4%	37.9%	—	—
5～50万人未満	238	16.8%	37.4%	45.4%	—	0.4%
50万人以上	14	7.1%	21.4%	71.4%	—	—

図表 151 ミニデイサービス（介護保険外）：過不足の状況（自治体票 問 17）

	全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
全体	619	6.3%	27.6%	65.9%	0.2%	—
5万人未満	418	7.7%	27.0%	65.3%	—	—
5～50万人未満	193	3.6%	29.5%	66.3%	0.5%	—
50万人以上	8	—	12.5%	87.5%	—	—

図表 152 その他の行政等が提供する介護保険外のサービス：過不足の状況（自治体票 問 17）

	全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
全体	545	2.9%	14.7%	81.3%	1.1%	—
5万人未満	350	4.3%	14.9%	79.7%	1.1%	—
5～50万人未満	183	0.5%	15.3%	83.1%	1.1%	—
50万人以上	12	—	—	100.0%	—	—

図表 153 その他の民間のサービス：過不足の状況（自治体票 問 17）

	全体	大いに不足している	やや不足している	過不足はない	やや過剰である	大いに過剰である
全体	391	6.4%	22.0%	71.6%	—	—
5万人未満	267	6.4%	20.6%	73.0%	—	—
5～50万人未満	119	5.9%	25.2%	68.9%	—	—
50万人以上	5	20.0%	20.0%	60.0%	—	—

図表 154 やむを得ず訪問介護サービスを位置付けた理由（居宅介護支援事業所 利用者票 問 23）

	全体	社会資源がない	利用者の区分支給限度額に届かないようにするため	利用者の経済状況で位置付けることができない	利用者が他のサービスを希望しない	法人(事業所)の方針であるため	その他
全体	28	17.9%	—	10.7%	67.9%	—	3.6%
5万人未満	5	100.0%	—	—	—	—	—
5～50万人未満	19	—	—	10.5%	89.5%	—	—
50万人以上	4	—	—	25.0%	50.0%	—	25.0%

図表 155 利用者のケアプランに訪問介護を組み入れなかった理由（複数選択）（居宅介護支援事業所 利用者票 問 27）

	全体	社会資源がない	利用者の区分支給限度額に届かないようにするため	利用者の経済状況で位置付けることができない	利用者が訪問介護のサービスを希望しない	法人(事業所)の方針であるため	対応できる訪問介護事業所が不足している	対応できる訪問介護員が不足している	休日に対応できる訪問介護事業所が不足している	夜間・早朝・深夜に対応できる訪問介護事業所が不足している	その他
全体	92	19.6%	8.7%	17.4%	59.8%	2.2%	17.4%	21.7%	12.0%	10.9%	19.6%
5万人未満	16	18.8%	—	18.8%	50.0%	—	12.5%	12.5%	18.8%	18.8%	25.0%
5～50万人未満	51	29.4%	13.7%	15.7%	56.9%	3.9%	23.5%	31.4%	15.7%	7.8%	15.7%
50万人以上	18	—	5.6%	22.2%	66.7%	—	5.6%	5.6%	—	11.1%	22.2%

図表 156 ケアプランに訪問介護を位置付ける際の基準（複数選択）（居宅介護支援事業所 利用者票
問 28(②のみ)）

	全体	自立支援 の可能 がある	食事の介 助、お手 洗、服 薬介助 等、在宅 生活の維 持に必要 となる	利用者の ADL・IA DLが低 い	利用者の ADL・IA DLが高 い	利用者の 収入が少 ない	利用者の 収入が多 い	他のサー ビスだと 介護保険 上限に達 する	家族の支 援、その 他イン フォーマ ルサービ スを受け ることが 難しい	地域に訪 問介護以 外の事業 所等がな く訪問介 護を選択 せざるを 得ない	地域の訪 問介護以 外の事業 所等が定 員等で利 用できず 訪問介護 を代替す る	地域に訪 問介護事 業所が存 在しない ため、訪 問介護を 位置付け ることは ない	その他
全体	92	45.7%	63.0%	52.2%	6.5%	14.1%	5.4%	8.7%	57.6%	0.0%	10.9%	3.3%	2.2%
5万人未満	16	43.8%	—	18.8%	0.0%	6.3%	0.0%	0.0%	56.3%	12.5%	12.5%	0.0%	0.0%
5～50万人未満	51	35.3%	56.9%	52.9%	11.8%	17.6%	9.8%	11.8%	56.9%	15.7%	15.7%	5.9%	2.0%
50万人以上	18	77.8%	83.3%	66.7%	0.0%	11.1%	0.0%	11.1%	61.1%	0.0%	0.0%	0.0%	5.6%

図表 157 常勤換算：事業所の職員数×割り当てる訪問介護員の専門性の妥当性：サービス内容（掃
除）

		単位：人									
	全体	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値					
全体	542	9.4	7.4	8.0	0	79					
専門性は十分であるため、可能であれば他の難しい利用者を担当させたい訪問介護員が多い	60	11.0	7.9	9.0	1	44.8					
訪問介護員の割り当ては、妥当である。	430	9.4	7.2	8.1	0	79					
専門性が不足している訪問介護員に担当してもらっており、可能であればより高い専門性を有する訪問介護員に担当させたい利用者が多い	15	8.6	7.6	4.4	2.5	18.6					
身体的な負荷の少ないサービスであるため、高齢の職員等、体力が少ない訪問介護員を割り当てている利用者が多い	37	8.1	6.6	4.9	2	25.9					
	全体	0人	0～1人 未満	1～2人 未満	2～3人 未満	3～4人 未満	4～5人 未満	5～6人 未満	6～7人 未満	7～10人 未満	10人以上
全体	542	2.0%	0.2%	0.9%	4.1%	9.6%	8.3%	10.5%	10.1%	21.0%	33.2%
専門性は十分であるため、可能であれば他の難しい利用者を担当させたい訪問介護員が多い	60	—	—	1.7%	1.7%	6.7%	6.7%	6.7%	10.0%	31.7%	35.0%
訪問介護員の割り当ては、妥当である。	430	2.6%	0.2%	0.9%	3.7%	9.5%	9.1%	10.9%	10.0%	20.0%	33.0%
専門性が不足している訪問介護員に担当してもらっており、可能であればより高い専門性を有する訪問介護員に担当させたい利用者が多い	15	—	—	—	6.7%	6.7%	6.7%	13.3%	13.3%	13.3%	40.0%
身体的な負荷の少ないサービスであるため、高齢の職員等、体力が少ない訪問介護員を割り当てている利用者が多い	37	—	—	—	10.8%	16.2%	2.7%	10.8%	10.8%	18.9%	29.7%

(7) 制度の適正な運用について

1) 同居家族がいる利用者への生活援助サービスに関する実態

家族同居のある場合の生活援助サービスの提供は、条件によって提供できる場合と提供できない場合が異なることを知っているかという問に対して、「いいえ」と回答した訪問介護事業所は、9.1%であった。また、家族同居であるという理由だけで断ったことの有無は「はい」が21.5%であった。一方で自治体は、「同居家族がいる場合には一律、生活援助は不可としている」が0.6%存在した。また「同居家族がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取扱いについて」の通知を7.7%が認識していなかった。

図表 158 同居家族がいる場合、生活援助サービスの提供は、条件によって提供できる場合と提供できない場合があることを知っているか。(訪問介護事業所 事業所票 問 34)

全体	はい	いいえ
596	90.9%	9.1%

図表 159 家族同居であるという理由だけで断ったことの有無(訪問介護事業所 事業所票 問 35)

全体	はい	いいえ
596	21.5%	78.5%

図表 160 「同居家族がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取扱いについて」の通知の認識状況(自治体票 問 20)

全体	はい	いいえ
795	92.3%	7.7%

図表 161 「同居家族がいる場合」における生活援助サービスの判断の状況(自治体票 問 21)

全体	同居家族がいる場合には一律、生活援助は不可としている	利用者・家族の状況に応じて判断している	その他
796	0.6%	97.2%	2.1%

その他の理由

- ・ 原則不可としているが、状況に応じて判断
- ・ 介護支援専門員が判断している。
- ・ 事前に介護支援専門員と協議を行い判断している。
- ・ 個別会議にかけている。 等

2) ケアプラン点検での留意事項

自治体では、適切にケアプラン点検を行えるようにするため、「判断に迷う事例が生じた際、都度、部署内で相談している」が70.9%であった。訪問介護が位置付けられたケアプラン点検を行う際に留意していることは、「利用者のニーズに照らし過不足なく訪問介護サービスが位置づけられているか否か」が64.3%、「基準回数を超える訪問介護（生活援助中心型）のケアプランか否か」が61.1%であった。

図表 162 適切にケアプラン点検を行えるようにすることを目的として、どのように担当職員の資質向上を図っているか。(自治体票 問 18)

全体	貴市区町村でマニュアルを策定し遵守している	定期的に集合研修を行っている	判断に迷う事例が生じた際、都度、部署内で相談している	判断に迷う事例が生じた際、都度、部署外の人に相談している	担当職員の判断に任せている	その他	上記に該当するものはない
793	12.5%	11.1%	70.9%	17.0%	17.0%	19.2%	9.5%

図表 163 訪問介護が位置づけられたケアプラン点検を行う際に留意していること(自治体票 問 19)

全体	訪問介護に適していない利用者であるか否か	基準回数を超える訪問介護（生活援助中心型）のケアプランか否か	訪問介護が利用サービスの大部分を占めるケアプランか否か	高齢者向け住宅等に併設する居宅介護支援事業所が作成するケアプランか否か	利用者のニーズに照らし過不足なく訪問介護サービスが位置づけられているか否か	その他	上記に該当するものはない
785	49.4%	61.1%	36.6%	34.6%	64.3%	9.6%	10.6%

(8) その他

1) 医療的ケアに関するサービス提供の実態

医療行為の対応を求められたことの有無は「ある」が14.6%で、やむを得ない理由や緊急対応により医療行為の対応を求められたことの有無で「ある」が8.1%であった。医療的ケアの必要性がある利用者は、「インスリン注射を実施している状態」「留置カテーテルを使用している状態」「褥瘡に対する治療を実施している状態」で26.5～31.5%の事業所で「1～5人未満」であった。「責任の重さや判断の難しさ、業務量増加の負担などから、医療ニーズに対応することは難しい」と回答した事業所が46.3%である一方、「研修や訓練を受け、利用者が必要としている医療ニーズに対応したい」「医療ニーズが少ない、医療機関と連携しているなどの理由で、特に医療ニーズに対応する必要性を感じていない」と回答した事業所が32.4%であった。医療ニーズへの対応については、「責任の重さや判断の難しさ、業務量増加の負担などから、医療ニーズに対応することは難しい」と回答した事業所が46.3%であった。一方で、「研修や訓練を受け、利用者が必要としている医療ニーズに対応したい」と考えている事業所が32.4%みられた。

図表 164 医療行為の対応を求められたことの有無（訪問介護事業所票 問 24）

全体	ある	ない
596	14.6%	85.4%

図表 165 やむを得ない理由や緊急対応により医療行為の対応を求められたことの有無（訪問介護事業所票 問 25）

全体	ある	ない
596	8.1%	91.9%

図表 166 医療的ケアの必要性がある利用者数（訪問介護事業所票 問 23）

	全体	0人	1～5人 未満	5～10人 未満	10～15 人未満	15～20 人未満	20人以上
喀痰(かくたん)吸引を実施している状態	548	81.8%	15.3%	1.6%	0.9%	0.2%	0.2%
経鼻胃管や胃瘻(ろう)等の経腸栄養が行われている状態	546	79.7%	18.1%	1.3%	0.5%	0.2%	0.2%
呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態	547	87.0%	11.9%	0.9%	0.2%	—	—
中心静脈注射を実施している状態	545	94.7%	4.6%	0.7%	—	—	—
人工腎臓を実施している状態	545	94.7%	4.4%	0.9%	—	—	—
重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態	544	96.9%	2.8%	0.4%	—	—	—
人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態	547	79.3%	19.9%	0.7%	—	—	—
褥瘡に対する治療を実施している状態	547	71.7%	26.5%	1.1%	0.7%	—	—
気管切開が行われている状態	547	89.4%	9.9%	0.7%	—	—	—
留置カテーテルを使用している状態	549	69.0%	26.8%	3.5%	0.4%	0.2%	0.2%
インスリン注射を実施している状態	546	65.8%	31.5%	2.2%	0.4%	0.2%	—
わからない・不明	479	99.0%	0.6%	—	—	0.2%	0.2%

図表 167 事業所における医療ニーズへの対応に対する意識（訪問介護事業所票 問 26）

全体	研修や訓練を受け、利用者が必要としている医療ニーズに対応したい	責任の重さや判断の難しさ、業務量増加の負担などから、医療ニーズに対応することは難しい	医療ニーズが少ない、医療機関と連携しているなどの理由で、特に医療ニーズに対応する必要性を感じていない	その他
596	32.4%	46.3%	32.4%	4.0%

3. 調査結果の分析

(1) 訪問介護の専門性について

事業所調査では、サービス内容ごとに割り当てる訪問介護員の資格、勤務形態、役職別をみると、「介護福祉士」及び「介護福祉士実務者研修相当」、「常勤」、「サービス提供責任者」の職員が①医療ニーズがあるサービス内容、②身体介護、③生活援助の順番となる傾向があった。

資格や役職を鑑みると、複数年の職務経験がある職員が医療ニーズのあるサービス内容、身体介護について割り当てることが多い傾向が見受けられた。

一方で実際に割り当てる利用者像を見ると、大きな差が見えなかった。事業所として割り当てるべき利用者像等はあるものの、実際利用者に割り当てる訪問介護員を選定することは難しい可能性があると考えられる。

訪問介護事業所1事業所あたりの訪問介護員の常勤換算の平均は5.4名、サービス提供責任者と訪問介護員の常勤換算を合計すると7.3(1.9+5.4)名であった。過去の介護事業経営実態調査結果で平成17年は訪問介護1事業所あたりの常勤換算職員数が10.1名で1事業所あたりの規模は縮小傾向にある背景があり、実際に利用者に割り当てる訪問介護員を選定することが難しくなっている可能性があると考えられる。

また、サービスにおいては、割当の内容にもより、一般的な調理、配下膳や、その他等、イレギュラー対応が求められるものについては、常勤やサービス提供責任者、管理者等が対応せざるを得ない状況があると考えられる。

介護サービスのうち清掃の割当を資格別にみると介護福祉士や介護支援専門員資格を保有している職員であっても20分以上45分未満、45分以上のサービスに入っている状況である。特に介護支援専門員を保有している職員に関しては、「専門性は十分であるため、可能であれば他の難しい利用者を担当してほしい」と回答する事業所が約半数となっており、利用者へのサービスの割に専門性が高い職員が配置されている。訪問介護事業所の現状として、高い専門性（応用力・総合力）を持つ訪問介護員が、容易なサービスに対応せざるを得ない状況にあることがわかった。

また、事業所が考える訪問介護員の専門性は、1. 在宅生活支援等の専門性、2. 利用者・家族支援における専門性、3. 身体介護における専門性、4. 認知症ケアにおける専門性、5. 医療連携における専門性であり、サービス内容等定量的なものではなく利用者に寄り添うための知識と経験であることが伺えた。

(2) 訪問介護の需要状況について

やむを得ず訪問介護を位置付けた理由は、「利用者が他のサービスを希望しない」が最も高く、訪問介護を入れるべきであるが、訪問介護をケアプランに組み入れなかった理由も同様の傾向であった。つまり介護支援専門員の立場では、利用者の意識をできるだけ尊重している状況が見受けられた。一方で「社会資源がない」、「対応できる訪問介護員がいない」等の回答も見受けられ、一部の利用者ではあるが、利用者の意思を尊重することが難しいケースが存在することがわかった。

また、「訪問介護でできること・できないことの説明が難しい」、「生活援助で対応可能な範囲を超えた要望がある」等、利用者が訪問介護を家事支援サービスのように考えている傾向が見受けられる等、利用者自身にも事業所から制度の趣旨を説明し、意識変革を働き掛けていく必要がある可能性があると考えられる。

(3) 代替資源の充実

介護支援専門員がケアプランに訪問介護を位置付ける際の基準として、「食事の介助、お手洗い、服薬介助等、在宅生活の維持に必要となる」が最も高く、次いで、「家族の支援、その他インフォーマルサービスを受けることが難しい」が 57.6%であった。訪問介護の必要性もさることながら、家族の支援、インフォーマルサービスでの対応が難しい状況があると考えられる。

訪問介護のサービスは不足状況にある一方で、外出、家事、買い物等の外出をともなう生活活動に関する社会資源が不足している傾向も伺っている状況である。

介護保険外サービスは、「配食サービス」で必要性が 38.3%、実際の利用の有無は 28.2%、「買い物代行サービス・家事代行サービス」で必要性が 23.3%、実際の利用の有無は 9.9%、「外出支援（移送サービス）」で必要性が 26.9%、実際の利用の有無は 15.1%であった。必要性と実際の利用の有無の差異をみると、+10%以上の乖離を示すサービスがあり、介護保険サービスより不足の傾向が強い状況であった。

また、介護支援専門員が、家族の支援、インフォーマルサービスでの対応が難しい状況にある。利用者に必要性が高いサービスは、「配食サービス」、「外出支援（移送）サービス、通院サービス」、「買い物代行サービス・家事代行サービス」であったが、介護保険外サービスは、「配食サービス」は 90.6%の自治体で有るものの、「外出支援（移送）サービス、通院サービス」は 27.0%、「買い物代行サービス・家事代行サービス」は、40.1%の自治体で「無」という回答であった。そのため、訪問介護の代替資源として活用することが困難な状況であると考えられる。

(4) 制度の適正な運用

同居家族のある場合の生活援助サービスの提供は、条件によって提供できる場合と提供できない場合が異なることを知っているかという問に対して、「いいえ」と回答した事業所は、約 10%であった。また、同居家族であるという理由だけで断ったことの有無について「はい」と回答した事業所は約 20%あり、「同居家族がいる場合には一律、生活援助は不可としている」と回答した自治体も 0.6%存在することがわかった。

(5) その他

医療行為の対応を求められたことの有無は「ある」が 14.6%で、やむを得ない理由や緊急対応により医療行為の対応を求められたことの有無で「ある」が 8.1%という医療行為のニーズが訪問介護に存在していることがわかった。

医療ニーズへの対応については、医療行為を求められることもあるが医療ニーズへの対応は難しいと回答した事業所が多数であった。一方で、医療ニーズに対応したいと考えている事業所もみられた。

人材不足の傾向があることに加えて、訪問看護や訪問診療等、他のサービスとの棲み分けを引き続き検討することが大事である。

尚、医療ニーズについては、アンケートの設問に含まれる、以下の 11 項目に該当する状態を指す。

1. 喀痰吸引を実施している状態
2. 経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養が行われている状態
3. 呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
4. 中心静脈注射を実施している状態
5. 人工腎臓を実施している状態
6. 重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
7. 人工膀胱又は人工肛門の処置を実施している状態
8. 褥瘡に対する治療を実施している状態
9. 気管切開が行われている状態
10. 留置カテーテルを使用している状態
11. インスリン注射を実施している状態

第3章 ヒアリング調査結果

1. 調査の概要

(1) 目的

訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、市区町村を対象としてヒアリング調査を行った。
いずれの調査対象に対しても、アンケート調査では把握しきれない訪問介護業務にかかる課題の詳細な状況を把握することを目的としてヒアリング調査を行った。

(2) 調査対象

アンケート調査結果に基づき、回答内容、地域、サービス種別等に偏りが出ないように配慮し、訪問介護事業所4事業所、居宅介護支援事業所4事業所、市区町村2件を対象としてヒアリング調査を実施した。

図表 168 調査対象の概要

	調査対象名	事例の概要	所在地
1	訪問介護事業所 糸	当事業所は、身体介護の提供を専門性の高さであると定義しており、限られた人材の育成に注力している。	熊本県阿蘇郡
2	訪問介護ステーション 藤花	当事業所では、限られた介護保険の限度額内で、利用者のニーズに対応するため、サービス提供時間の効率化や訪問介護員のシフト調整を行っている。	愛知県海部郡
3	訪問介護員ステーション蓮華草	当事業所は、訪問介護員の専門性を考慮して利用者の需要を調整することで、供給のバランスを保つことができている。	埼玉県所沢市
4	ヘルパーステーション もり	当事業所は、身体介護を主に提供しており、終末期のがん、難病患者の受け皿として機能している。併設している有料老人ホームへの訪問に特化しているため、訪問介護員の専門性やスキルを把握し、適切に配置することができている。	山形県東根市
5	介護いろいろ相談処 福よか	富岡市は社会資源が大きく不足している地域であるため、介護保険サービスの有効活用だけでなく、当事業所の自費サービスと他事業所の自費サービスを提供することでアウトカムにつなげている。	群馬県富岡市
6	ひまわりケアプラン	地域に社会資源が不足する中、利用者ニーズを満たすために、介護保険外サービスと既存の社会資源を活用した、「プラスワン」の無償サービスをデイサービス等の職員へ依頼している。	宮城県延岡市

7	ふわり居宅介護支援事業所	釧路市では近年訪問介護員不足が深刻であるため、既存資源を有効活用し利用者が居宅生活を続けられる支援を行っている。	北海道 釧路市
8	居宅介護支援だいにち	当事業所は地域で不足する社会資源を補うため、訪問入浴やデイサービス、身近な資源を活用している。	新潟県 上越市
9	新潟県南魚沼市	訪問介護提供事業者や訪問介護以外のサービス提供事業者と連携し、利用者にとって最適な選択肢を示す工夫がなされている。	新潟県 南魚沼市
10	兵庫県豊岡市	豊岡市では人材不足や経営的な問題によって訪問介護事業所が減少しているものの、総合事業や民間サービスとの連携によって社会資源の不足を補う工夫がみられる。	兵庫県 豊岡市

(3) 調査方法

WEB 会議や電話による聞き取りを行った。

調査時期は令和 6 年 12 月 12 日から令和 7 年 2 月 17 日である。

(4) 調査項目

訪問介護事業所に対する主な調査項目は以下の通りである。

- ・ 事業所の概況
- ・ 提供サービスの内容と提供体制
- ・ 利用者の状態像に応じて必要となる訪問介護員の専門性と提供サービスごとの対応状況

居宅介護支援事業所に対する主な調査項目は以下の通りである。

- ・ 事業所の概況
- ・ 訪問介護以外のサービスをケアプランに位置付けた理由と利用者の状態に応じて提供したサービス

自治体に対する主な調査項目は以下の通りである。

- ・ 自治体の概況
- ・ 訪問介護サービスの提供状況と代替的に提供しているサービスの詳細
- ・ 訪問介護サービスにおける受給判断の状況と基準

2. 調査結果（訪問介護事業所）

（1）訪問介護事業所 糸

1）取組のポイント

- ・ 当事業所は、身体介護の提供を専門性の高さであると定義しており、限られた人材の育成に注力している。
- ・ 訪問介護員が不足する中、訪問スケジュールの調整によってサービス提供を維持している。

2）事業所の概況

＜立地・開設年＞

- ・ 熊本県阿蘇郡に位置し、設立は 2019 年である。

＜提供サービスと職員数＞

- ・ 身体介護と生活援助を主に提供している訪問介護事業所である。職員数は管理者 1 名、サービス提供責任者 2 名、常勤の訪問介護員 6 名、非常勤の訪問介護員 2 名の体制である。

＜利用者数＞（2024 年 9 月 1 か月間）

- ・ 利用者数は、要介護 1（15 名）、要介護 2（12 名）、要介護 3（1 名）、要介護 4（2 名）、要介護 5（0 名）となっている。

＜1 日の訪問件数（おおよそ）＞

- ・ 15 件～23 件である。

＜算定している加算＞

- ・ 特定事業所加算（Ⅱ）
- ・ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）
- ・ 特別地域加算（Ⅱ）

3）取組の背景・問題意識

- ・ 時間調整が困難
 - 利用者が希望する訪問時間が重複するため、時間調整が非常に難しいことが最も大きな課題である。急な医療機関への受診要望があった場合は、介護福祉士の資格を有する訪問介護員を割り当てている。担当者で賄うことが難しい場合は、管理者が穴を埋めている。
- ・ 人材不足
 - 常勤職員は 1 年半前に 10 名在籍していたが、介護福祉士の有資格者も含め 4 名退職し、現在は 6 名である。利用者のニーズに応えるためには厳しい状況である。
- ・ 経験の少ない訪問介護員の育成

- 経験の少ない訪問介護員は、利用者世代がかつて当たり前にこなしていた掃き掃除や、利用者世代の食の好みに合わせた調理が苦手であり、指導に苦戦している。
- 経営上の課題
 - 職員数が減少し、売上に加えて単価が下がってしまった。また、最低賃金が上がったことで、経営がひっ迫している。
- 過疎地域への訪問
 - 熊本県阿蘇郡南小国町（県境付近）まで訪問しているため利用者の自宅まで 30 分以上要することもある。高騰する燃料代に加えて、黒川温泉など標高の高い地域への訪問となると、大雨や雪によって山間部の道路の状況も非常に悪く危険が伴っている。

4) 取組内容

- 身体介護は一定の専門性が求められるため、常勤の訪問介護員が担当しており、生活援助は比較的専門性が低いパート職員が担当している。
- 調査対象者によれば、家でできるだけ暮らしたいという利用者ニーズを受け止め、その力になりたいという思いを持ち続けていることが業務へのモチベーションとなっている。

<理想的な専門性>

- 身体介護に対応できる訪問介護員
 - 訪問介護の経験がある 50 歳～70 歳くらいのスタッフが必要と考えている。介護福祉士等の資格を有していることが望ましいが、訪問介護業務への熱意を有していることが前提となるため、資格は補助的な位置付けとなる。

<生活援助に求められる専門性>

- 社会人としての生活力
 - 日頃の生活が問題なく、滞りなく過ごせるようになることが利用者の対応を任せるための条件である。若い世代の職員は、全て揃っている環境に慣れているため、年配の方が昔当たり前にできたことをこなすことが難しいと考える。例えば、箸での掃き掃除や、利用者が食べ慣れた食事を作ることが該当する。
- コミュニケーション力
 - 利用者とのコミュニケーションを図り、会話によって状況を聞き出す技術が必要である。当事業所は、コミュニケーションを通して、利用者と職員という関係性を超え、手を取り合い、一緒に人生を過ごしたいと利用者を感じてもらうための信頼関係を最重要視している。

<身体介護に求められる専門性>

- 業務への積極性
 - 身体介護において積極的に利用者の対応に関与しようとする意識の高さが重要である。意識の高い職員は様々な状態の利用者に接する機会を得るため、段階

的に専門性が高まると考える。例えば、医療的なケアが必要な利用者の場合、訪問看護師や医師から専門的な情報を得ることができる。加えて小国郷医療福祉あんしんネットワーク²によって多職種が顔の見える関係を構築しているため積極的に関与する姿勢を持つことで有益な情報を収集することができる。

- 対応力
 - 訪問介護業務は、利用者ごとに介助・援助方法が異なる非定型業務となるため、定型業務のように定められた時間、定められたプロセス通りに行うルーティン業務が得意な人との相性は良くないとする。突発的な判断を要求される状況に直面しても動揺せず対応する能力が重要である。
 - 対応力の事例として、下痢の症状があるため、利用者家族から下痢止め薬の服薬介助を依頼された際に、経験のある訪問介護員であれば、利用者の紙パンツを見て下痢の症状の有無を確認し、判断が難しい場合は事業所に連絡して判断を仰ぐことができる。その後、事業所から看護師や主治医に相談し、必要に応じて利用者を説得して服薬させることができる。

5) 取り組む上での工夫点

- 訪問時間の調整
 - 朝は服薬介助、デイサービスへの送り業務が集中しており、夕方はデイサービスの迎え、服薬介助、排泄介助の業務が集中しているため、訪問時間を少しずつずらす工夫を行っている。
- 過疎地域訪問時の工夫
 - 利用者の自宅まで30分以上離れている、熊本県阿蘇郡南小国町（県境付近）まで訪問しており、黒川温泉など標高の高い地域への訪問となると、道路の状況も非常に悪く危険を伴う。特に冬季は路面の積雪や凍結が起きるため、訪問介護員一人で訪問するのではなく路面状況を熟知したドライバー（事務職員）が訪問介護員を送迎している。
- 人材育成
 - ベテラン職員と中堅の職員を組み合わせた訪問を行っている。中堅職員の経験を深めるために、ミーティング時に利用者の話題や出来事を共有して、興味を示した職員と同行訪問し、身体介助を実際に体験させている。
 - 経験の浅い訪問介護員が提供したサービスの内容や質について、振り返りを実施している。特にサービス提供が上手く行えなかった際に、対応の仕方を振り返り、アドバイスをすることで業務の専門性を高める努力をしている。
 - 経験の浅い訪問介護員に対して、利用者の情報を一人一人記録させている。具体的には、業務に慣れるまで、利用者訪問時に確認すべき事項、利用者の特

² 超少子高齢化の進む小国郷で安心して暮らすための、医療・介護・福祉系の多職種ネットワークのことである。

徴、訪問回数、曜日などを記載させている。

- 利用者との会話によって、危険を予測することができるため、声掛けを行い、異変を感じた際は把握した情報を事業所職員に伝えるように指導している。
- 訪問介護員育成に対するサービス提供責任者の関与
 - 経験が少ない訪問介護員にはオリエンテーションを実施している。
 - 訪問した際の状況を毎日報告してもらい、各自の報告の中から、意見や助言を個別のフォローアップとして実施している。
 - 同行訪問を行い、その場で指導している。
 - 新規のケアプランが共有された場合や、日々の報告の中で、気づいた点に対して指導や注意事項を説明している。その際、必要に応じて看護師や主治医に確認することで利用者の情報を更新するように指導している。
 - 毎月研修を実施することに加えて、介護労働安定センターと連携し、講師を招いた研修を行っている。
- 提供可能なサービスの説明
 - 契約の際、利用者とそのご家族に対して、訪問介護として提供できるサービス、提供できないサービスをまとめた資料を用いて説明している。ケアプランに無いサービスを要望された場合やサービス提供が難しい場合はケアマネジャーと協議・相談する必要があることを伝えている。
 - 医療行為の扱いについて、提供できること、できないことを担当者会議で説明している。地域内で医療と介護の連携が図られているため、必要に応じて相談できる体制が取られている。
- 正確な情報共有
 - 事業所においては、ケアプラン、家族の連絡先、身体介護の提供時間、実施業務内容（バイタルチェック、入浴介助の注意点、水分補給など）をまとめた記録用紙を作成しており、経験が少ない職員でも理解できるように工夫している。また、記録用紙の裏側には緊急連絡先も記載しており、緊急時にすぐに対応できるようにしている。利用者ごとの記録は事業所だけでなく、利用者宅にも配置している。
- モチベーション向上
 - 職員のサービス提供によって利用者の状態が改善した成功事例などを職員全員に共有し、やりがいを感じてもらうような工夫を行っている。
 - スタッフ同士の会話を増やすために、職員同士で食事する機会を持っている。

6) 取組による成果・アウトカム

- 研修やフォローアップの成果
 - 利用者へ買い物支援を提供している当事業所の訪問介護員の様子を見た他の利用者家族から以前と比べてスキルアップしていると褒められたことがあった。
 - 地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の職員からの評価が向上したこと

や、通所介護事業所から褒められることも増えており、結果として、当事業所を新しい利用者に紹介してもらうこともあった。

- 利用者の情報共有会議や研修を通して、経験の浅い職員が利用者の受診介助に関わりたいと要望を受けたことがあった。将来の希望や目標を持って業務遂行してもらうための取組の成果である。
- 入社して3年目の訪問介護員が、訪問時に発生する突発的な出来事に対して、利用者の行動を予測して声掛けを行い、危険を回避したことがあった。訪問介護員の成長を感じる瞬間であった。
- 居宅生活を継続できた事例
 - 地域包括支援センターからの相談で、いわゆるゴミ屋敷の家を、保険外サービスを活用して清掃することがあった。その後、利用者が住める環境となり、落ち着いた生活を送ることができている。このような需要に備えて、軽トラックを購入し、必要時に対応できる体制を整備している。

(2)訪問介護ステーション 藤花（訪問介護事業所）

1) 取組のポイント

- 当事業所では、限られた介護保険の限度額内で、利用者のニーズに対応するため、サービス提供時間の効率化や訪問介護員のシフト調整を行っている。
- 利用者の要介護度や医療的ニーズの有無によって専門性の高い訪問介護員と経験の浅い訪問介護員を適切に配置している。

2) 事業所の概況

<立地・開設年>

- 愛知県海部郡に位置し、設立は 2022 年である。

<提供サービスと職員数>

- 併設された高齢者専用賃貸住宅へ身体介護と生活援助を主に提供している訪問介護事業所である。職員数は管理者 1 名、サービス提供責任者 1 名、常勤の訪問介護員 3 名、非常勤の訪問介護員 7 名の体制である。

<利用者数>（2024 年 9 月 1 か月間）

- 利用者数は、要介護 1（11 名）、要介護 2（7 名）、要介護 3（1 名）、要介護 4（1 名）、要介護 5（0 名）となっている。

<1 日の訪問件数（おおよそ）>

- 20 件～30 件である。

<算定している加算>

- 特定事業所加算（Ⅱ）
- 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）

3) 取組の背景・問題意識

- 利用者のニーズに応えきれない
 - 利用者は訪問介護以外にも訪問看護やデイサービスを利用するため、利用限度額を超えない範囲でサービスを提供せざるを得ない点が課題である。本来であれば生活援助サービスと身体介護を分けて提供したいが、合わせて提供している。結果として、入浴時間の短縮や見守りできない時間が増加するなどの課題がある。
- 日程調整が難しい
 - 8 時～10 時頃、15 時 30 分～17 時頃は利用者の希望が集中する時間のためサービス提供責任者から利用者に時間変更依頼を行うことで辛うじて需要に応じている。しかし、朝 7 時台や夜 18 時以降は深夜割増料金が発生するため利用者家族からも理解が得られないケースがあり対応に苦慮している。結果として、食事中であってもバイタルサインや血圧測定、服薬介助を次々に行うため利用者への提供サービスの質が低下してしまう場合がある。

- 人材不足
 - 慢性的に訪問介護員の人数が不足しており、やむを得ず身体介護 01 の提供時間を 10 分に短縮して多くの利用者にサービスが行き届くように対応することがある。一人当たりのサービス提供量が減少している状況である。

4) 取組内容

＜軽度な利用者に生活援助を提供する場合＞

- 費用負担の軽減を目的として生活支援も含めて身体介護としてサービスを提供することを理想としている。
- 軽度な利用者に身体介護として提供する理由
 - 利用者の費用負担は上がってしまうが、軽度の利用者は残存能力があるため、できるだけ要介護度が低い状態を維持、もしくは、改善する目的で支援を行っている。そのため、提供サービスの範囲が限定的な生活支援ではなく、身体介護として提供範囲を広げることで、利用者の運動機能維持やリハビリテーションにつながっている。要介護度の維持や、改善の事例もあるため、長期的には介護保険制度維持にも寄与できるものと考えている。
- 軽度な利用者に 1 日 2 回のサービス提供を行う理由
 - 軽度の利用者へ 1 日 2 回サービスを提供する必要性は無いと言い切ることは難しい。事業所として過剰に提供しているのではなく、あくまで利用者本位のサービス提供であり、利用者からの希望や要望に応じて対応することを基本としている。
- 軽度な利用者に対する自費サービス提供の可能性
 - ケアマネジャーが利用者ニーズをヒアリングすることで利用者が限度額内で居宅生活を継続できるケアプランを考えているため、自費サービスによって利用者の貴重な財産を減らす必要はないのではないかと考えている。一方で限度額以上のサービスを求められた場合、必要性の優先順位によっては自費での対応を検討することもある。利用限度額の改定を行わなければ利用者負担は今後益々大きくなる。また、限度額内で使える介護サービスが削減されることで身体的回復が困難となり、より要介護度が重度になる悪循環が懸念される。
- 必要となる専門性
 - 利用者とのコミュニケーションを通して、困りごとを把握し、気遣うスキルが必要である。
 - 掃除に対する知識、洗剤の使い方など、介護関連業務とは異なる社会人としての生活力、経験が求められる。
- 利用者像
 - 主に要介護度 1、2 が対象となる。

＜重度な利用者に生活援助を提供する場合＞

- 必要となる専門性
 - 利用者が上手くコミュニケーションできない場合が増加するため、利用者の思いを汲んで気配りするスキルが重要となる。例えば、買い物代行を提供する際に、事前にケアプランや家族からの情報を把握し、好きな食べ物を、冷蔵庫を見て、数量が減っていたら買い足す、賞味期限が早い食品は冷蔵庫の並べ方を工夫するなどの気づかいが必要になる。
- 利用者像
 - 利用者の要介護度が3～5に相当する場合である。

<医療ニーズが有る利用者に生活援助を提供する場合>

- 必要となる専門性
 - 利用者の医療的な気づきやそれ以外のニーズとのバランス調整をするスキルが必要になる。例えば、訪問看護師や医師と関わるが多いため、糖尿病の利用者に対する糖質管理についても知識が必要である。その中でもニーズに合わせ甘いものを食べられるなどの環境を医療職と相談するスキルが必要である。当事業所では、医療的ケアの利用者に対しては看護師の資格をもった訪問介護員とサービス提供責任者が連携して対応している。
- 利用者像
 - 医療的な処置が継続的に入っている利用者（訪問看護契約者など）である。
 - 透析利用者・インスリン注射の利用者等である。

<軽度な利用者に身体介護を提供する場合>

- 掃除の際に、枕カバーだけは本人に付けてもらうなど利用者に役割を持ってもらう等、自立支援を心がけている。
- 要介護度が2、3だが、医療ニーズが無い場合や、要介護度が高くなく、軽度の認知症を有する場合は利用者と会話ができることが多いため、本人のニーズなどをその場で確認しながら行えることから、経験が浅く、知識も少ない訪問介護員でも行う事ができる。具体的には入浴介助や買い物介助などがある。

<重度な利用者に身体介護を提供する場合>

- 残存能力を生かした支援
 - 利用者が行えることが限られるため、残存能力をできるだけ活かす支援を行う。例えば、おむつを着用している利用者に対してもトイレを試みるなど、リハビリテーションの一環として全て訪問介護員が提供するのではなく、少しでも体を動かしてもらうような支援を意識的に行っている。

<軽度かつ医療ニーズが有る利用者に身体介護を提供する場合>

- 求められる専門性

- 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱb以降になると、認知症実践者研修受講者や看護師の有資格者などの訪問介護員が対応している。

＜重度かつ医療ニーズが有る利用者に身体介護を提供する場合＞

- 求められる専門性
 - 事業所内でも最も経験値・専門性の高いベテラン訪問介護員が対応する。
- 共通する専門性
 - 上記いずれの場合も、訪問介護は1対1のサービス提供であり、責任が求められるため介護福祉士を有していることが望ましい。しかし、資格があるからといって即座に業務に対応できるわけではないことから、あくまで成長を加速させる補助的なツールの位置付けである。
 - 社会人としての基礎的な生活力に加えて、変化する状況への対応力や判断力、利用者のために支援したいという思いが重要である。
 - 個々の素質に依存するが、プロセスと結果を総合的に判断できる能力や、目的意識を持った行動をとることができる能力が重要である。
 - 1対1のサービスとなるものの、難しい局面に立たされた際に管理者やサービス提供責任者へ相談して問題を解決するチームワークの視点を有していることが重要である。
 - 年齢が40代かつデイサービスや病院での勤務経験がある介護福祉士や看護師が望ましいが、実際は年齢が60代以降の訪問介護員しか採用できてない。

5) 取り組む上での工夫点

＜専門性が不足する場合の対応＞

- 認知症実践者研修などの研修を受講してもらっている。研修を受講する利点は、訪問介護員がマインドセットする機会となり、業務に対するモチベーションが半年程度維持されることである。
- 医療ニーズが有る利用者に対応するため、研修や勉強会によって学んだインスリンの注射剤の取扱い等の糖尿病に関わる知識があると、必要に応じて訪問看護師・往診医に相談し、適切な対応ができる。

＜訪問介護員が不足する場合の工夫＞

- 時間短縮・曜日変更
 - やむを得ず通常30分のサービス提供時間を20分に短縮することで人材不足を乗り切っている。一方でサービス提供範囲が狭まることや、利用者満足度が低下することが課題である。
- 訪問介護員のシフト調整
 - 利用者の希望は朝の8時～10時が特に集中し、15時半～17時が次いで集中するため、正社員で賄えない際は、パート社員を充てている。

- 法人変更
 - 正社員の雇用を増やすことも事業所規模的に難しいため、パート社員で不足する場合は、法人の切り替えを検討する。
 - 慢性的に訪問介護員が不足すると他の訪問介護事業所に切り替えることもあるが、ケアマネジャーからの評判が悪化し、紹介数が減ってしまうリスクがあるためできるだけ回避するようにしている。
- 事前の利用者宅訪問
 - 医療的ニーズがある利用者に対して通常は専門性が高い訪問介護員を当てているものの、サービス提供責任者会議と重複してしまい、代替的に経験の浅い訪問介護員が対応するケースがある。それに備えて、事前に専門性が低い訪問介護員と専門性が高い訪問介護員が利用者を同行訪問し、緊急時に備えている。
- 訪問介護員育成に対するサービス提供責任者の関与
 - 経験が少ない訪問介護員に対しては、3日間程度は研修期間を設け、先輩職員と同行し、不安なことがあるかどうか聴き取りを行っている。それに基づき個別研修計画を策定している。
 - ミーティング時に支援内容の確認などコミュニケーションの機会を作ることや管理者面談を適宜設定し、サポートやフォローアップを行っている。
 - 訪問業務に同行する場合に利用者個々の介護計画書を確認しながら業務を行っている。
 - 疾患の勉強会を実施することで利用者の疾患・状態理解につなげている。
 - キャリア形成を目的として、半年に1回キャリアパスシートの記入及び面談を実施している。さらに、勉強会や研修会への参加を促している。
- 提供可能なサービスの説明
 - 1対1のサービスになるため、利用者家族への支援などは提供できないことを伝えている。
 - 医療行為など提供できないサービスもあることを明確にしつつ、他事業所やケアマネジャーと連携を取りながら利用者が困らないサービスを提供すると伝えている。
 - 医療行為の基準となる考え方は、医師法第17条³に基づく基本原則の順守を明確にすることである。一方で、緊急性のある行為や応急処置などの行為は医療行為には該当しないという考えから、緊急性が高い場合や、本人から強く要望された場合などは応急的な処置として対応することがある。また、病的なリスクが高く、人体に危害を及ぼす場合を除き、爪切りや耳掃除、髭剃りなどは対応してもよいと考えている。医療に関わることも含め利用者の困りごとに対して、一番身近にいる介護職員が気付きの発信となれるよう尽力している。

³ 第17条において「医師でなければ、医業をなしてはならない。」と定義されている。「医業」の解釈は「医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為(医行為)を、反復継続する意思をもって行うことである」としている。

(3)訪問介護ステーション蓮華草（訪問介護事業所）

1) 取組のポイント

- ・ 当事業所は、訪問介護員の専門性を考慮して利用者の需要を調整することで、供給のバランスを保つことができている。
- ・ 訪問介護員の専門性を高めるため、利用者の状態が変化する過程を学習させることで、サービス提供前に利用者に関わり得るリスクを想起させる工夫を行っている。

2) 事業所の概況

<立地・開設年>

- ・ 埼玉県所沢市に位置し、設立は 2021 年である。

<提供サービスと職員数>

- ・ 身体介護と生活援助、自費サービスの通院等乗降介助を提供している訪問介護事業所である。職員数は管理者 1 名、サービス提供責任者 1 名、常勤の訪問介護員 2 名の体制である。

<利用者数>（2024 年 9 月 1 か月間）

- ・ 利用者数は、要介護 1（8 名）、要介護 2（3 名）、要介護 3（3 名）、要介護 4（1 名）、要介護 5（0 名）となっている。

<1 日の訪問件数（おおよそ）>

- ・ 10 件～12 件である。

<算定している加算>

- ・ 特定事業所加算（Ⅱ）
- ・ 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）

3) 取組の背景・問題意識

<生活援助における課題>

- ・ 生活援助を提供する際の訪問介護員の専門性を高めるための育成方針として、管理者とサービス提供責任者はそれぞれ中長期的、短期的な視点で、訪問介護員の質を一定以上に向上させることを課題としている。
- ・ 管理者の育成方針
 - 生活援助の 45 分のサービスが中心となっており、トイレ、浴室、居間、キッチンの掃除を行っている。例えば脊柱管狭窄症により浴室の清掃が難しい利用者は特に浴室を重点的に清掃してほしいという潜在的なニーズがある。利用者ニーズを優先すると決められた時間内で清掃が終わらない一方で、訪問介護員の業務を優先してしまうと利用者ニーズに応えきれないことがある。利用者にはこれまでの生活からそれぞれ異なる背景や歴史、こだわりがあり、管理者として中長期的には全ての訪問介護員に利用者のニーズをくみ取り、できる限り応えられるように成長してほしいと考えている。経験値が高い訪問介護員は 45 分の

中で対応することができるものの、経験値が高くない訪問介護員の場合は丁寧に細やかなサービスを提供していないにもかかわらず時間が不足してしまうことが課題と認識している。どの程度サービス提供すべきか、線引きすることが難しいと考えている。

- サービス提供責任者の育成方針
 - 45 分で提供できる範囲は訪問介護員の能力や状況によって異なると考えている。利用者宅の面積や訪問介護員の能力が異なることを鑑みると、45 分内で要望に応えきことは難しい場合もあり、経験が少ない訪問介護員に対しては決められた時間内でできる限りのサービス提供に努めてほしいと考えている。

4) 取組内容

＜軽度な利用者に生活援助を提供する場合＞

- 自立支援の観点から利用者ができることを見極めて可能な限り利用者に行ってもらように促している。
- 対象となる利用者像
 - 主に要介護度 1、2 が対象となる。例えば、要介護 1 の利用者はもともと要支援 2 から進行した場合であり、脊柱管狭窄症で腰が曲がらない、変形性膝関節症で立つこと、座ることが厳しく歩行困難な状況が想定される。結果として行動範囲が狭くなり、他人とのコミュニケーション機会が減少することで認知機能が少しずつ悪化してしまうケースが多い。
- 必要となる専門性
 - コミュニケーションスキルやニーズを読み取るスキル
 - ◇ マニュアル通りに行うだけでなく、潜在的な利用者ニーズを聞き出すコミュニケーションスキルが必要である。利用者に対して心のケアも含めて、丁寧に細部まで見ることができるスキルが必要である。
 - 望ましい資格や経験
 - ◇ 認知症の利用者は進行が非常に速いため、認知症実践者研修の受講を通して疾患理解と対応力を身に付けることが重要である。生活支援は特に利用者の状態を生で見て、危ない状態を経験することが必須であり、資格などの補完的な知識を入れた上で、実践することが重要となる。
 - 変化の過程を経験する
 - ◇ 毎週 2、3 回と利用者への訪問を通して利用者の体調や表情、行動に必ず変化が起きるため、その変化に気づくことや認知症が進行していく過程や利用者の状態が軽度から重度へ変化する過程を経験することが重要である。
 - 提案力・説得力
 - ◇ デイサービスやリハビリテーションに抵抗を示す利用者に対して、コミュニケーションをとりながら、症状の進行を食い止めるために、説得して、通所してもらうことが重要である。

➤ アウトカムに着目する能力

- ✧ 漫然とサービスを提供するのではなく、提供したサービスの結果をあらかじめ想起し行動できる能力が必要である。

＜質の高いサービスとは＞

- 決められた時間内で決められたサービスを提供するだけでなく、利用者と顔の見える関係を築き、長い時間をかけて利用者の生活に溶け込むような支援は質が高いと考えられる。

＜重度な利用者に生活援助を提供する場合＞

- 自立支援の観点から、身体の不活動制限の無い部位を使用してできることは利用者に行ってもらうように促している。
- 対象となる利用者像
 - 主に要介護度が4、5に相当する場合である。認知症がある程度進行した利用者が多い。
- 必要となる専門性
 - 先読みする力
 - ✧ 歩行が可能な場合の介助は疾患部の動作により転倒が考えられるため、先読みして対応できること求められる。
 - 経験値
 - ✧ 高齢者施設等で勤務した経験がある職員、10年～20年程度の介護経験がある訪問介護員が対応する。しかし、高齢者施設の経験のみの場合、利用者の変化の過程を見る経験は十分ではないと考えられるため、訪問介護で変化点を見てもらいたいと考えている。

＜医療ニーズが有る軽度の利用者に生活援助を提供する場合＞

- 在宅生活が可能な、軽度の認知症状の利用者にはその人にあった生活援助の提供方法を数か月間評価して適切な対応を行う。
- 対象となる利用者像
 - 主に要介護度が1、2であり、軽度の認知症や慢性疾患、変形性膝関節症などの疾患を有していることが多い。
- 必要となる専門性
 - 血液検査のデータを見て医療職と連携するために必要な一般的な知識を有していること
 - ✧ 例えば、糖尿病を有する利用者はHbA1cが7を超えていることも多く、食事制限を提案する必要性が高い。しかし、糖尿病の利用者は糖質を多く含む清涼飲料水を好む傾向がある。医療職と連携して、血糖上昇を抑制するために利用者が抵抗しても食事制限を提案する必要があるため、利用者の疾患特性を理解しアドバイスを実施することが重要となる。

- 食事に関する民間資格
 - 血糖値が上昇しづらい糖尿病食を作るなど食事支援を提供できる。
- 疾患への理解・知識
 - ✧ 変形性膝関節症、心疾患、浮腫などの利用者も多いため、疾患の状況を理解した上で判断しアドバイスできることが重要である。
- 高齢者がよく服用している医薬品への理解
 - ✧ 処方薬はインターネットで調べることである程度の情報が分かるため、服薬が必要な理由や医薬品の特性など基本的な情報を理解した上で対応することが求められる。服薬管理ができていない利用者も多いため、医療職と連携してアドバイスを行うことが必要となる。

<医療ニーズが有る重度の利用者に生活援助を提供する場合>

- 医療ニーズがあり、かつ重度の利用者のケアは、基本的に医療チームで対応するため、訪問介護員に専門性を求められることが少ない。
- 対象となる利用者像
 - 要介護度が4、5に相当する場合で、末期のがんを有している利用者が多い。
- 必要となる専門性
 - 医師や看護師へ利用者の状態を情報提供するスキル

<軽度な利用者に身体介護を提供する場合>

- 身体介護は定型的であるため、一定の経験を踏むことで対応できることが多く、専門性の高さという観点で評価することが少ない。
- 対象となる利用者
 - 要介護度が3の利用者である。
- 必要となる専門性
 - 危険を察知するスキル
 - ✧ 利用者の身体能力を把握した上で危険を事前に察知でき、自立をフォローできる能力が必要である。
 - 一定の経験値
 - ✧ 身体介護は提供するサービスが定型的であるため、一定の経験値があれば、問題無く対応できる。
 - 望ましい資格
 - ✧ 介護福祉士や研修を受けている職員であれば対応できる。
 - 状況判断・対応力
 - ✧ イレギュラーな場面に直面した際に対応できるかどうか重要となる。訪問時に利用者が倒れている、脈が無いという状況に直面した際に、マニュアルでは医師への確認や管理者に対する状況報告が定められているものの、必ずしも管理者に連絡が取れるとは限らないため、状況から判断してその後起こ

る結果を想定して行動できることが重要である。

＜重度な利用者に身体介護を提供する場合＞

- 必要となる専門性
 - ボディメカニクスを実践できること
 - ◇ 利用者自身で座位、起立、移乗、移動等ができない利用者も多い為、てこの原理を応用したボディメカニクス⁴を実践できることが求められる。

＜医療ニーズが有る利用者に身体介護を提供する場合＞

- 必要となる専門性
 - 観察力、推測力、判断力等
 - ◇ 訪問時に利用者の状態を把握する事により緊急事態に対応できるスキルが必要である。事前に起こり得るリスクを想定せずに緊急事態に直面するとパニックになってしまうこともあるため、事前に利用者の状態を把握し、次の訪問時に予想できる事態を想定して、行動することが重要である。

5) 取り組む上での工夫点

＜訪問介護員が不足する場合の対応＞

- 対応可能な訪問介護員が対応する
 - 小規模の介護事業所のため利用者の人数に合わせて余剰人員を確保できる状態ではない。サービス提供責任者などの専門性が高い訪問介護員が生活援助を提供する場合もある。
- 担当交代方法を工夫する
 - 身体介護を提供する場合は基本的に専門性の高い管理者やサービス提供責任者が対応するものの、人員不足の場合は、経験の少ない訪問介護員に担当を交代することもある。5回程度は2名体制で同行訪問という形態をとり、担当者が慣れた段階で引継ぎを実施する。利用者からのクレームとなる場合もあるが、担当交代を認めてもらえない場合は、サービス提供を断らざる得ないこともある。

＜専門性が不足する場合の工夫＞

- OJT を実施する
 - ◇ 認知症の利用者の現場に連れて行き実際のサービス提供を通してレクチャーを実施している。
- 研修を実施する
 - ◇ スキルアップについては、テーマを決めて研修を行う。

＜採用活動の工夫＞

- 身体介護は経験を積むことや練習によって対応できるため、特に重視していること

⁴ 利用者がベッドをベッドに戻す際にこの原理を応用して移動させるテクニックのことである。自分の力を使わずに移動させることができるため介助者の体重よりも重い利用者を移動させることも可能である。

は生活援助に必要なコミュニケーション能力、人間力を面接で見抜くことである。

＜需要の調整＞

- 当事業所は需給バランスを調整するため、ケアマネジャーが指定した曜日に訪問介護員が入ることが難しい場合や、要望がマッチしない場合はサービス提供をお断りすることがある。結果として、提供サービスの質、量ともに充足している状況である。

＜事業規模に見合う運営体制＞

- サービス提供責任者が1名のため、配置基準上、利用者上限が40名となる。サービス提供責任者を増やすことができれば利用者も増えるものの、現状35名の利用者に対する従業員数、入金額を鑑みるとバランスが取れた状態である。

6) 取組による成果・アウトカム

＜看取りの際に非協力的であった利用者に対して対応した事例＞

- 利用者の状態
 - 舌癌で余命宣告された利用者は緩和ケア病棟へ入院する予定であったものの、急遽入院を拒絶し自宅で療養する訪問診療と看護、介護でケアする状況となった。症状が進行すると歩行、食事、会話が困難となり、医師や看護師を始め訪問介護員との意思疎通もできない状況となった。
- 症状以外の課題
 - 自宅での看取りに対しては自宅の家主から猛反発を受け、スタッフ一同が対応に苦慮している状況となった。
- 求められた専門性
 - 利用者の意志を尊重するため、利用者の状態を毎日アセスメントし、医師や看護師へ情報提供するだけでなく、家主との交渉によって在宅での看取りを実現した事例である。このように利用者の状態を見極め、判断し、提案する力が必要となる。

7) その他

＜軽度の利用者が増えた場合の影響＞

- 要支援や要介護1などの軽度利用者が増え、重度利用者との数的バランスが崩れると、経営状態が厳しくなる。質と量をさらに改善するために新しい訪問介護員も必要であるものの、新しく訪問介護員を採用すると、要介護度が低い、利用回数が少ない場合に、人件費が赤字となってしまう。

＜介護報酬改定の影響＞

- 介護職員等処遇改善加算2を取得しているため、利益を従業員に還元している。一方で、介護報酬は1.2%程度下がっていることに加えて、市内の全域を対応しているため、訪問ルートが非効率的になることも多く、燃料費高騰の影響も大きいこと、空き時間も職員に給与支払いが必要となることを加味すると、介護職員等処遇改善加算で加算がついても結果として利益が残らない状況である。

<重度の利用者が増えた場合の影響>

- 対応する訪問介護員が不足すると考えられる。要介護 4 の利用者は寝たきりでトイレにもいけない利用者が多いため、訪問介護員は毎日かつ朝晩の対応が必要となる。要介護度が 5 の場合は施設へ入所することが多くなるため影響は少ないと考えている。
- 現在、要介護度 4 の利用者は 2 名いるが寝たきりにはなっておらず、車椅子を使用して利用者自身でトイレは可能であるため、週 3 回の訪問で対応できていることから需給バランスが均衡している。今後、要介護度が進み、重度の利用者が増加すると人員が不足する可能性がある。

(4) ヘルパーステーション もり

1) 取組のポイント

- ・ 当事業所は、身体介護を主に提供しており、終末期のがん、難病患者の受け皿として機能している。併設している有料老人ホームへの訪問に特化しているため、訪問介護員の専門性やスキルを把握し、適切に配置することができている。
- ・ 所属する訪問介護員は全員介護福祉士の資格を有しており、提供サービスの質の担保が一定以上担保されている。

2) 事業所の概況

<立地・開設年>

- ・ 山形県東根市に位置し、設立は 2023 年である。

<提供サービスと職員数>

- ・ 身体介護を主に提供している訪問介護事業所である。併設事業所は同一医療法人の訪問看護事業所、通所リハビリテーション事業所（令和 7 年 3 月末日で休止）、有料老人ホーム、無床診療所である。
- ・ 職員数は管理者 1 名、サービス提供責任者 2 名、常勤の訪問介護員 12 名、非常勤の訪問介護員 6 名の体制である。（訪問介護員は管理者・サービス提供責任者は専任で他は有料老人ホームと兼務）
- ・ 訪問介護員の年齢は 40 代後半から 84 歳と幅広く、全ての訪問介護員は介護福祉士の資格を有している。
- ・ 生活援助は併設している有料老人ホームで提供されているため、当事業所はほぼ全て身体介護を提供している。

<利用者数>（2024 年 9 月 1 か月間）

- ・ 利用者数は、要介護 1（2 名）、要介護 2（5 名）、要介護 3（11 名）、要介護 4（13 名）、要介護 5（3 名）となっている。
- ・ 有料老人ホームは 36 床あり、うち 9 床はがん患者、難病患者に対して提供されている。

<1 日の訪問件数>

- ・ 身体介護のみで 32 件対応している。利用者は全て併設している有料老人ホームの入居者である。

<算定している加算>

- ・ 特定事業所加算（Ⅱ）（令和 7 年 4 月 1 日から）
- ・ 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）（令和 7 年 4 月 1 日から）

<近年の動向>

- ・ 開業当初は医療特化型の事業所として認知度が低かったものの、現在は認知度が高まり、医療に特化した利用者数は増加傾向である。その結果、併設事業所の訪問リハビリテーションを休止し、新たに多くの利用者を受け入れられるようサービスを集

約していく予定である。

- 看取りは特別養護老人ホームでも受け入れているが、難病・悪性腫瘍・経鼻経管栄養には対応できないことが多く、地域の受け皿となっている。

3) 取組の背景・問題意識

- 早朝と夜間の提供体制
 - 現在は2名体制で夜勤対応しているが、提供量が不足する一方で、3名体制となるとコストが増加してしまうという課題がある。早朝と夜勤に対応できるパート職員が不足している。
- 提供サービスの線引きが難しい
 - 同一施設で、兼務の有料老人ホームの職員が生活援助と身体介護を提供するため、シフトによって介護保険を請求できなくなってしまう事がある。

4) 取組内容

＜軽度な利用者に身体介護を提供する場合＞

- 施設でのサービス提供となるため、排泄ケアや室内を綺麗に保つための清掃などが主となる。
- 求められる専門性
 - 介護福祉士
 - 親身な気持ち
 - ◇ 訪問介護員自身の家族や親族をケアする気持ちでサービスを提供することが重要である。
- 対象となる利用者
 - 要介護度1、2の利用者

＜重度な利用者に身体介護を提供する場合＞

- 求められる専門性
 - おむつ交換時の体位変換スキル
 - ◇ 利用者が安楽な姿勢を取ることができているか、仰臥位、側臥位を把握できることが必要となる。
 - ◇ 一般的な有料老人ホームでの経験のみである場合は、おむつ交換の件数自体が少ないため、豊富な経験を積むことが容易でない。一方、特別養護老人ホームで経験を積んだ訪問介護員は基礎的なおむつ交換のスキルが身に着いている。
 - 入浴時の機械操作
 - ◇ 当事業所は利用者ニーズに対応するため3種類の機械浴を備えている。したがって、それぞれの機器の特徴を理解した上で洗身、洗髪、浴槽内の介助を提供できるスキルが必要となる。

- ◇ 入浴介助は利用者の羞恥心をケアしつつ、転倒や溺死などの重大な事故が起きないように配慮したサービス提供が求められるため、専門性の指標となると考えられる。

- 対象となる利用者
 - 要介護度 3～5 の利用者

＜軽度かつ医療ニーズが有る利用者に身体介護を提供する場合＞

- 必要となる専門性
 - 様々なケースの経験値
 - ◇ 要介護度 1、2 の認知症を有する利用者に対して困ることは少ないが、利用者によって症状は異なるため多くの経験を積むことが重要である。
 - ◇ 利用者に対しては自立支援の観点から、過度な援助はせず、アドバイス中心に行っている。

- 対象となる利用者
 - 軽度の認知症を有する利用者

＜重度かつ医療ニーズが有る利用者に身体介護を提供する場合＞

- 必要となる専門性
 - 様々なケースの経験値
 - ◇ 同じ疾患名でも個々の利用者によって症状は多様であるため、多くの利用者に対してサービスを提供することで経験値を高めることが重要である。
 - 喀痰吸引等研修の受講
 - 認知症ケア専門士
 - ◇ これらの資格を有している職員は自ら学ぶ意識も高い。
- 対象となる利用者
 - 末期がん、難病、経鼻経管栄養の利用者

＜理想的な専門性が高い人材像＞

- 豊富な実務経験を活かして安定的なサービス提供ができ、さらに介護の専門資格を有していることが望ましい。
 - 現状は、給与や福利厚生が良い特別養護老人ホームに就職してしまうことが多いため、獲得が難しい状況である。

5) 取り組む上での工夫点

＜人数が不足する場合の対応＞

- 重度の利用者は訪問介護から訪問看護を併用しながらサービスの質・量が不足しないように注意している。

＜専門性が不足する場合の工夫＞

- 研修（知識面）
 - 年間の研修スケジュールを洗い出し、必須の研修と任意の研修を提示している。研修は対面で実施し、月 1 回以上実施している。

- OJT（スキル面）
 - 重度の利用者に身体介護を提供する際に必要となる専門性を高めるために、ベテランと若手職員の2人組でサービスを提供している。

＜提供サービスの線引きができない職員に対する工夫＞

- サービス提供責任者が職員の人員配置を管理し、一人一人に決められたシフトで提供すべきサービスを指示している。
- 看護師と介護士の共同作業によって提供サービスが充実するよう補完する。

＜専門性やスキルにばらつきがある場合の対応＞

- 個々の居宅訪問ではなく、施設でのサービス提供となるため、訪問介護員のスキルが可視化されやすい。したがって、利用者のニーズと訪問介護員の専門性とスキルを考慮して、担当や配置を決めることができる。

6) 取組による成果・アウトカム

- 食欲が回復した事例
 - 食事が減少し、点滴を受けている状態で入所した利用者に対して、家族の許可を得た上で、好みの食事やアルコールを提供したところ、食欲が回復し元気になった。診療所が併設されており、緊急時には医師がすぐに対応できる体制があるからこそ実現できた。
- 夜間に眠れるようになった事例
 - 重度の認知症はマンツーマンの対応が必要となるため、当事業所では対応が難しい場合があるため、認知症専門の通所サービスを活用している。
 - 通所前、利用者は寝つきが悪く、夜中に徘徊してしまうこともあったが、日中に活動することが増えた結果、生活リズムが正常化し、十分に睡眠をとることができるようになった。

7) その他

＜医療法人としての困難＞

- 社会福祉法人と異なり、当事業所のような医療法人の有料老人ホームは補助金も少なく、税負担も大きいコスト管理が重要となる。人材に投資し、さらに質の高いサービスを提供するためには実態を考慮した法整備を望む。

3. 調査結果（居宅介護支援事業所）

（1）介護いろいろ相談処 福よか

1）取組のポイント

- ・ 富岡市は社会資源が大きく不足している地域であるため、介護保険サービスの有効活用だけでなく、当事業所の自費サービスと他事業所の自費サービスを提供することでアウトカムにつなげている。

2）事業所の概況

＜立地・開設年＞

- ・ 群馬県富岡市に位置し、開設年は 2021 年である。

＜提供サービスと職員数＞

- ・ 提供しているサービスは、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー2 名）、介護保険外の自費事業（ケアマネジャーと訪問介護員を兼務 2 名、訪問介護員と事務職兼務 5 名）、富岡市役所の補助事業である富岡市ふれあいの場所（上記と兼務）である。

＜利用者数＞（2024 年 9 月 1 か月間）

- ・ 利用者数は要介護 1（20 名）、要介護 2（10 名）、要介護 3（2 名）、要介護 4（2 名）、要介護 5（1 名）、要支援 1（15 名）、要支援 2（13 名）、事業対象者（3 名）となっている。

＜地域特性＞

- ・ 当事業所の所在地である富岡市は、市役所や主要駅、学校、病院が近い中心地であるものの、ドーナツ化現象の影響で、老老介護世帯や独居老人も多いという特性がある。

3）取組の背景・問題意識

- ・ 当事業所では、自立支援の視点で、自分らしく自宅で過ごしたいという利用者ニーズに応えるため、訪問介護（介護保険・介護保険外）をケアプランに位置付けている。
- ・ 地域の課題
 - 社会資源不足が問題の多くを占めている。訪問介護員を依頼された際に市内全ての訪問介護事業所に断られたこともあり社会資源不足の傾向が高まっている状況である。
 - 近年の傾向として安易に高齢者施設等に入居を勧めることが多いと感じている。元来、当該地域は独居老人の比率が高く、コロナ禍以前は、利用者の退院前にケアマネジャーに対して利用者の在宅療養に関して相談があった。しかし、コロナ禍後は明らかに相談されないことが増えており、病院に所属する医療ソーシャルワーカー、医師、看護師、利用者家族の判断で施設入居を決定していることも散見される。
- ・ 訪問介護員との相性

- 訪問介護員との相性も問題となる場合がある。利用者や利用者家族が、訪問介護員などの第三者が自宅に入ることに對して拒否反応を起こす場合がある。

4) 取組内容

＜不足する社会資源を補うための取組＞

- 当法人が有する訪問介護事業所による自費サービスの提供
 - 自費サービスの内容は掃除や洗濯ではなく、病院の受診介助(通院等乗降介助)、外出介助が中心となっている。また、利用者の話し相手、自己実現の手助けのツールという場合もある。事業開始後にサービスが地域に浸透してきており、他の事業所のケアマネジャーや病院の相談員、薬剤師からの紹介も増加している。
- 当法人が有する訪問介護事業所による自費サービスの担い手
 - 世の中では訪問介護員は不足している傾向に見えるものの、自費サービスの働き手が不足しているわけではない。60～75歳のシルバー世代が人生の生きがいや収入獲得を目的として参画している。体力、気力、行動力を温存しているシルバー世代は有効活用できる労働力であると考えており、当該事業所では友人、知人、近所の方に声をかけて、元ケアマネジャー、元看護師、ガンのご主人を看取った職員、有料老人ホームで介護経験がある職員、医療・介護等の資格は有していないが在宅介護に関わりがあった職員、会社経営していた元民生委員で構成されている。現状として、苦情やクレームがほとんどない要因は、一定程度の教養や良識を有していて、人間力、人生経験、ネットワーク力を持ち得ているからだと考えている。このような潜在的労働力は、少なくとも、今後もケアの素養がある潜在的人材を活用していく予定である。
- 当法人が有する訪問介護事業所による自費サービスに注力する理由
 - 元々訪問介護員は不足傾向であったことに加えて、質や量でも地域で最も優れていた社会福祉協議会の撤退によって益々訪問介護不足の傾向が強くなっている。緊急性のある場合や、認定前に暫定で利用したい場合、利便性を考慮した場合、限度支給額を超える利用の希望時に、自費サービスは効力を発揮し必要不可欠になると考えている。
 - 居宅介護支援事業所に自費サービスを併設しようと考えた理由は、ケアプランを効果的に実施し、利用者にアウトカムをもたらすためのツールとして有効であると確信していたからである。介護保険のサービスと比較して柔軟かつタイムリーに支援を行うことができるため、アウトカムを得られることがある。特に軽度者は、通院介助、入浴介助は利用できないことや、利用限度回数や限度額の枠に縛られるなど介護保険サービスの利用制限があるため、ケアプランに必要なサービスを組み込めない状況である。一方で、自費サービスの訪問介護員は顔の見える関係が構築でき、訪問頻度も必要に応じ柔軟に調整できることから特に、うつ傾向、不定愁訴を繰り返す利用者の支援に効果的である。
 - 自費サービスは車両の取得、車検代やガソリン代、人件費、保険料などの負担が

大きく、大きな収益を得られる事業ではないと感じている。しかし、自費サービスの売り上げは居宅介護支援事業所の収入と同程度まで伸長しており、自費サービスなしでは安定経営できない現状である。

- 当事業所外の自費サービスの提供
 - 自費の訪問看護、訪問リハビリテーション、付き添いや移送サービスを提供している知人がいるため、社会資源が不足する場合は、適宜依頼している。
- デイサービスの活用
 - デイサービスの提供内容に有料の洗濯、服薬介助、買い物支援を代替的に行ってくれる事業所がある。担当者に事情を伝えたところ、サービス提供の隙間時間を有効活用し、無償で対応してもらっている。このように、デイサービスの利用者であれば、訪問介護員の代わりに対応してもらえる施設が2事業所あるため、利用者にとってのメリットが大きく、在宅での生活を継続できている。
- 訪問看護事業所の活用
 - 高血圧や呼吸器疾患、心疾患を持つ利用者に入浴介助を提供する場合は、ヒートショックに留意する必要もあるため、訪問看護を優先することが多い。特に富岡市は訪問介護員が不足しているため、訪問看護が入浴介助に対応することが有効である。一方で、利用者と日頃から顔の見える関係構築ができている場合は、訪問介護員が入浴介助を提供したほうが有効かつ満足度が高い場合もある。

5) 取り組む上での工夫点

- 自費サービスを受けることができない利用者への対応
 - 当事業所の利用者は近所の独居高齢者ということもあり、全ての提供サービスに費用を請求しておらず、例外的に無償で提供している場合や、利用者が支払える金額に合わせて請求することもある。
 - 利用者に費用の負担能力が乏しい場合には、富岡市の総合事業を必要に応じて紹介することもある。
- 訪問介護員と相性が合わない場合の対応
 - 事業所を変えずに、ケアマネジャーから介護保険の訪問介護員の業務内容や規定、派遣の目的等について説明を実施し、我慢して利用してもらうことを基本方針としている。それでも納得できない利用者に対しては個別支援計画を取り下げることもある。
- クレームへの対応
 - 利用者からのクレームに対してはサービス担当者会議を開催することが非常に有効であると考えられる。訪問介護員が所属する事業所、デイサービス事業所、訪問看護事業所に対してクレームの内容を事前に共有することで、ケアマネジャーだけでなく、多職種からの提案であることが利用者家族にも伝わり、サービス提供に対する納得度が高まる。
- 家族の協力

- 同居家族がいる場合は、介護の技術を家族に教えることも有効である。利用者が認知症であったり、家族との関係性が悪くない場合に介護の技術を学んだ家族が対応することでケアが充実することがある。

6) 取組による成果・アウトカム

＜自費サービスの有効性＞

- 本人の望む生活の実現のため、居宅で生活している場合においても、高齢者施設等に入居している場合においても、自費サービスによって、ケアマネジメントが厚みを帯び、ケアプランの目標達成に大きく貢献できている。但し高齢者施設については自費サービスの導入を認めていないところが多い。
- 認知機能の改善
 - 自費の訪問介護員は利用者の生活の場に深く介入するため、利用者の困りごと、体調変化や異変に気付きやすいだけでなく、対話を通じて利用者のいきいきとした表情を引き出すことができる。
 - 具体的な事例としては、利用者が親友に贈り物をした昔話をきっかけに、利用者が送付先の住所録を自ら進んで作成するなど、生活が活性化されることで認知力の低下予防につながっていると考える。以前と比較して、利用者の表情が明るくなり、ケアプランの効果が表れている。外出同行の場合、自費で1時間3300円支払ってもらっているものの、クレームなどはほぼ無く、価値のあるサービス提供を実現できていると考えている。
- 訪問介護員との連携
 - 虐待が疑われる利用者を発見する際に自費訪問介護員が大きな役割を果たしていた。同居している息子が精神的にストレスを抱えている状況を訪問介護員が感じ取り、ケアマネジャーに情報共有されていたため、サービス提供時に利用者を確認する機会となった。結果として虐待が発覚し、事態が深刻になる前のいわば防波堤として機能した。

7) その他

- 近年の傾向
 - 以前と比較してクレームが減少していると感じている。各メディアからの情報提供（ニュース等）によって、全国的に訪問介護員が不足していることへの理解が進んでいると思われる。介護保険制度が開始されてから、20年以上経過し、訪問介護員は家政婦ではなく、自立支援を促す専門職であるという認識が浸透してきていると感じている。
 - 訪問介護事業所が要支援の利用者へのサービス提供を断り、より報酬の高い要介護の利用者へのサービス提供が増加していると感じている。
- 同居家族がいる際の対応
 - 生活援助は同居家族がいる場合は個別支援計画に組み込むことが難しい。特に

同居家族が健康である場合は難しいため、事例はほとんどない。一方で同居家族が病気や障害を持っている場合はケアプランに組み込んでいる。身体介護であれば、同居家族がいてもケアプランに組み込むことが可能である。

- 訪問介護が合わない利用者への対応
 - 独居で訪問介護を使わない場合の事例として、極端に自立心が強く、気丈な利用者、病的なこだわりを持つ利用者は他人からの支援がストレスになってしまうことがあるため訪問介護を提供しない。
- 介護認定まで届かないレベルで、潜在的な困難を発見する事例
 - 介護認定を受けていない自立した利用者から家事援助の依頼があった。利用者は家族と同居しているものの家庭内別居の状況で近い将来、身体的・精神的に悪化した場合、速やかに地域包括支援センター等と連携できる見込みがある。また、介護予防の観点で、声掛けやサービス内容を提案して悪化予防の役割も果たせると考えている。

(2) ひまわりケアプラン（居宅介護支援事業所）

1) 取組のポイント

- 地域として社会資源が不足する中、利用者ニーズを満たすために、介護保険外サービスと既存の社会資源を活用した、「プラスワン」の無償サービスをデイサービス等の職員に依頼している。
- 訪問介護員のなり手不足という課題に対しては、法人全体として、福利厚生の拡充、人材募集方法の工夫を行っている。

2) 事業所の概況

<立地・開設年>

- 宮崎県延岡市に位置し、開設年は2017年である。

<提供サービスと職員数>

- 提供しているサービスは、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー1名）、訪問介護事業所（管理者1名、サービス提供責任者4名、訪問介護員7名）、介護保険外の福祉タクシー事業所（ドライバー3名）である。

<利用者数>（2024年9月1か月間）

- 利用者数は要介護1（4名）、要介護2（6名）、要介護3（1名）、要介護4（4名）、要介護5（1名）となっている。

3) 取組の背景・問題意識

<利用者ニーズ>

- 当事業所では、「何があっても自宅で療養生活を送りたい」という利用者ニーズに応えるために、介護保険外サービスや既存の社会資源を有効活用している。

<地域の課題>

- なり手不足
 - 訪問介護員のなり手不足が深刻である。その理由として、①訪問介護員が一人で利用者宅を訪問すること自体に抵抗がある、②おむつ交換などの身体介護サービス提供に強い抵抗感がある、③料理を作る自信がないことが挙げられる。
- 社会資源の不足
 - 延岡市の社会資源が不足している状況として、訪問介護事業所の廃業が増加していることに加え、総合事業、特に要支援を対象とした訪問型サービスは経営方針として運営しない事業所が多い。
- 供給に対する需要が多い
 - 訪問介護員を“女中さん”のように認識している利用者が多い。具体的には、軽度な腰痛で訪問介護員に頼ろうとするような自助努力をしない利用者が多いため需要が大きくなり、本来訪問介護を必要とする利用者に対して供給が追いつかない状況が継続している。

- 家族の関与が薄い
 - 利用者家族は利用者が要介護認定を受けた場合、即座に訪問介護員に任せてしまうという傾向が強い。その結果、家族の訪問頻度が週3回から週1回に減少してしまうようなケースが散見される。家族でケアしたいという思いが相当強くないと、利用者がトイレに行けなくなったことをきっかけにして施設を探し始める家族が多い。

4) 取組内容

＜社会資源の不足に対する取組＞

- 介護保険外のサービスを提供
 - ケアプランに割り当てた訪問介護以外のサービスとして、有償訪問介護員（自費の訪問介護員）、福祉タクシー・配食サービスが挙げられる。また、延岡市が運営するスーパー銭湯に高齢者向け送迎サービスがあるため、ケアプランに割り付ける場合もある。
- 対象となる利用者像
 - 要介護2以上かつ糖尿病、胃ろう、認知症などの医療ニーズを有する利用者は介護保険負担限度額を超えるため対象となる。
 - 自力で体を動かすことができない利用者（車椅子を利用している利用者）などは要介護3以上で対象となる。（要支援や要介護1の利用者は職員が依頼すると自身で対応できることが多い）
 - 上記以外では、セルフネグレクトや社会に不適合な昼夜逆転生活の利用者が対象となる。
- 自費サービスの担い手
 - 世間に求められている自費サービスの本質はいわゆる「普通の家事」であり、多くの人が提供可能なサービス内容である。労働人口の減少は確かにあるものの、潜在的な労働者は相当数存在していると考えている。
 - 具体的な潜在的労働者の例
 - ◇ 新たに資格を取得するほどの意欲はないが、社会貢献意欲の高い人材
 - ◇ 過去の介護職で苦勞し、復職はせず別の職種で働いている人材
 - ◇ 資格・技能はあるものの、新たな職場に飛び込む勇気がない人材
 - 具体的な潜在的労働者の人物像を想定し、様々な方法で情報発信することで応募者数が増加している状態である。当事業所の従業員数15人程度の規模であるが2か月で3人採用することができた。
- 自費サービスに注力する理由
 - 開業当初より介護保険に依存しない企業経営を行っており以下の複数の理由により自費サービスに注力している。
 - 事業展開しやすい
 - ◇ 設備投資がほぼ必要ない

- ✧ 「家事代行サービス」のニーズが高い
- ✧ 調理を苦手に行っている高所得者の人が多い
- 介護保険制度と利用者ニーズとのミスマッチ
 - ✧ 介護保険制度設立から25年程度経過したが理念の一つである「自立支援」は利用者に浸透しておらず訪問介護員を自宅に訪問する“女中さん”のように認識していることが多々ある。
 - ✧ 訪問介護は構造上「指名料」が作れない（利用者に“女中さん”を固定したいニーズがあり、“人気”の訪問介護員に依頼が殺到する不均衡がある。動的価格設定で均衡がとれる）。
 - ✧ 訪問介護においては利用者が希望する、電球の取り換え、仏壇の水替え、家族の洗濯物を一緒に洗う、郵便物の投函などの小さな要望に応えることができない。
 - ✧ ケアマネジャー、利用者、訪問介護事業所の間で提供可能なサービス、提供できないサービスの議論に時間を要するため負担が大きい。
 - ✧ 介護保険法はいわゆる「日雇い労働者」が禁止されており、アルバイト検索プラットフォームを利用することができない。

＜なり手不足に対する取組＞

- 福利厚生の拡充
 - 訪問介護員が子育てをしている場合、子どもの学校参観日休暇を設けるなどの福利厚生を充実させている。
- 人材募集方法の工夫
 - 介護業界以外の企業の人材募集方法を参考にして、WEB サイトによる募集に加えて、SNS や YouTube、地域のフリーペーパーを活用している。

5) 取り組む上での工夫点

- 身近な資源の活用
 - デイサービスの職員に、あらかじめ訪問介護員がまとめておいたゴミを回収場所に出すこと、帰宅した利用者の洗濯物を洗濯機に投入するよう依頼すること、訪問入浴サービスの際にゴミ出しを依頼すること、病院の受付職員にタクシーの配車を依頼すること、近所の住民に簡単な家事を依頼するといった対応を行っている。このように他のサービス提供時にプラスワンで実施可能な依頼を行うことで利用者が無償でサービスを受けることができるようにしている。
- デイサービスを嫌がる利用者に対する工夫
 - デイサービスを嫌がる利用者は、できるだけ短時間でリハビリテーションや入浴のみのサービス提供を受けたいというニーズがあるため、訪問リハビリテーションを勧める場合がある。近年、訪問看護ステーションで理学療法士がリハビリテーションを提供する事業所が増加していることもあり選択肢の 1 つとして

有効である。

6) 取組による成果・アウトカム

＜具体的なアウトカム＞

- ・ 直近で介護保険が不要となった利用者が2人いる。
- ・ 医師に施設入居を勧められた利用者の30%が自宅で療養生活を過ごせている。

＜自宅で療養生活を継続できた事例＞

- ・ 利用者の状態
 - 70代の女性で、認知症は有していないものの、要介護度が3、疾患はリウマチがあり歩行困難であった。利用者自身でおむつやポータブルトイレもできず、医師等からも施設入所を勧められる状態であった。
- ・ 提供したサービス
 - 朝・昼・夕の訪問介護、配食サービスと訪問入浴、通院などの外出時は福祉タクシーや福祉用具レンタルを提供している。買い物援助は負担限度額を超えるため自費サービスとして提供し、洗濯は訪問入浴サービス提供時について洗濯を依頼した。上記を3か月間提供した結果として、施設入所せずに自宅で療養生活を過ごせるようになった。
- ・ 重度でも居宅療養できる条件
 - ①介護保険外サービスを利用できる収入があること、②認知症を有していないこと、有している場合でもポータブルトイレが自身で利用できるなど、身体が比較的元気であること。③家族の手厚い支援があることである。

7) その他

＜高効率な経営手法＞

- ・ 特別養護老人ホームを運営する社会福祉法人など職員を正規雇用している事業所は人件費がかさみ、また賃金の不均衡により、結果的にニーズの高い訪問介護事業を放棄するケースが増加していることから、当事業所では経営手法を工夫している。
- ・ ICTの活用
 - 事務作業はICTを活用することで効率化することができる。介護記録はスマートフォンアプリで完結できる。売上や給与計算は、同スマートフォンアプリと勤怠システムが連動している。さらに、サービス担当者会議や研修、ミーティング等はオンラインで実施することで大幅にコストダウンすることが可能である。
- ・ 雇用の工夫
 - 賃金配分を、「担当した利用者の介護報酬の〇%」のように歩合制にすることで、構造的に赤字を出すことなく、効率的な働き方や働くインセンティブにもつながり、また勤怠管理のコストを削減する工夫をしている。
 - 登録訪問介護員を利用することでパートタイマーとして雇用し、訪問介護サービスを提供する時間に直行直帰で対応することで固定費削減を実現している。

- 介護支援専門員も同様に、直行直帰やリモートワークを許可することで、残業をなくし、人件費削減にもつながっている。

(3) ふわり居宅介護支援事業所（居宅介護支援事業所）

1) 取組のポイント

- ・ 釧路市は近年訪問介護員不足が深刻な地域であるため、既存の資源を有効活用することで利用者が居宅生活を続けられる支援を行っている。
- ・ 当事業所は終末期のがん患者や精神系疾患患者などの困難事例の受け皿となっており、穏やかな看取りを実現している。

2) 病院の概況

<立地・開設年>

- ・ 北海道釧路市に位置し、開設年は 2012 年である。

<提供サービスと職員数>

- ・ 提供しているサービスは、居宅介護支援事業所（管理者 1 名・主任介護支援専門員 3 名・介護支援専門員 1 名）の他に、併設事業所として、地域密着型通所介護事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、無床診療所（通院・訪問診療）、サービス付き高齢者向け住宅（20 室）である。

<利用者数>（2024 年 9 月 1 か月間）

- ・ 利用者数は要介護 1（24 名）、要介護 2（34 名）、要介護 3（13 名）、要介護 4（5 名）、要介護 5（5 名）となっている。

3) 取組の背景・問題意識

<地域の課題>

- ・ 社会資源の不足
 - 数年前は対応する訪問介護事業所が見つかっていたものの、ここ 1、2 年は訪問介護員を 2、3 か月探してようやく見つかる状況が継続している。かつては釧路市内も比較的多くの事業所が存在していたが、閉鎖してしまう事業所も増えている状況である。
- ・ 訪問介護員の高齢化
 - 当該地域では 40 代の比較的若い年齢の訪問介護員は少なく、50 代から 60 代の訪問介護員が中心となっており、訪問介護員の高齢化が進んでいると考えている。介護保険が始まって以来、訪問介護員として働いていた人材が近年退職していることに加えて新しく訪問介護員を志すなり手が少ない印象である。
- ・ 訪問介護員のなり手不足
 - 訪問介護員のなり手不足の一因として精神的な負荷が大きいことが挙げられる。介護保険から提供されるサービスでありながらも、利用者の訪問介護員に対する認識は旧態依然としたもので、どのようなことでも対応してくれる「お手伝いさん」とみなされてしまうことも多いことが実情である。例えば、嗜好品であるアルコール類やたばこを買いにいくように要求されるなど、理不尽な利用者の

要求に耐えかねて退職してしまう職員も多い。当該地域はかつて炭鉱が栄えた町であることや漁師町という特性上、利用者の言葉遣いが粗くなってしまうことや介護職への理解力が不足していることも、訪問介護員の精神的な負荷を大きくしている一因となっている。

- 訪問介護員の質低下
 - 利用者のニーズや特性をアセスメントせずに、漫然とサービスを提供してしまう訪問介護員が増えていることも課題である。例えば、利用者が好む食品ではない食品を買ってきてしまい、高い料金を支払っている割に、サービスの質が低いというクレームが発生してしまうこともある。同じ食品であっても利用者ごとに好む銘柄は異なるため、対話の中でニーズを確認するなどの対応力、コミュニケーション力が不足している印象である。

4) 取組内容

＜不足する訪問介護を補うための取組＞

- 訪問看護の提供
 - 利用者の状態が切迫した状況であれば、併設している訪問看護ステーションから看護師を割り当てることがある。看護師目線でのアセスメントを行うことで、利用者の病状や状態が落ち着いたタイミングで訪問介護員を位置付けることができる。
- 対象となる利用者
 - 認知症の利用者に身体介護を提供するときは、訪問介護員では対応できないことが多い。また、家族の認知症への理解が不足する場合や利用者本人が認知症であることを理解できない場合、家族ケア・指導の観点から訪問看護が有効と思われる。
- 家族の支援
 - 排泄介助、清拭、などの身体介護を必要とする場合に訪問介護員を毎日割り当てられない場合は、利用者の家族に手技を伝えて、訪問介護員がいない日のケアを実施してもらうことがある。
- 食事に関するサービス
 - 生活協同組合などの宅配サービスや配食サービスを提案することで安定した食生活を送ってもらうことが重要である。
- デイサービスの活用
 - 自宅で入浴できない場合はデイサービス、デイケアを提案している。訪問介護員が割り当てられず、症状が悪化する場合は、最終的に短期入所も選択肢となる。

5) 取り組む上での工夫点

- 家族への協力依頼
 - 要介護認定を受けた利用者の家族はすぐに介護保険のサービスを利用したがる

傾向があるため、訪問介護員を割り当てることが難しい状況を伝え、訪問介護員が見つかるまで、家族に選択肢を複数示すようにしている。例えば、訪問看護で対応することや、金銭的な理由で訪問看護を割り当てることができない低所得の方には、1 か月から 2 か月程度の家族による協力を地道に依頼する工夫を行っている。

- 身近な資源の活用
 - 家族が遠方にいる場合であっても利用者が居宅を継続したい場合は、地域の町内会を巻き込んで、友人や、民生委員に働きかけ、見守り支援、買い物支援を依頼することもある。その他にも、町内会長に頼むなど、地域の社会資源の活用も行っている。

6) 取組による成果・アウトカム

<穏やかな療養生活を全うできる>

- 在宅で過ごすときには最後まで在宅で療養生活を過ごしてもらい看取ることが多い。悲観的な最後ではなく人生を全うしたという利用者の清々しい表情は、病院で最後を迎える方と比較すると比べ物にならないほど穏やかである。訪問介護が十分に割り当てられない場合でも、利用できる資源を可能な限り活用することでもたらされる結果ではないかと考えられる。

<症状の早期発見につながる>

- 利用者が心不全を有しており、配偶者が要支援であり、同時にケアが必要ケースは、本人のケアを訪問看護で対応し、配偶者はデイサービスを割り当てている。心不全の急激な悪化を抑えるために、訪問看護が週 1 回入ることで、症状の早期発見につながっていると考えられる。

<運動能力が改善した>

- 短時間のデイサービスについても、運動特化型のサービスを提案したところ、脳梗塞の方の歩き方が良くなったという事例もある。適切な量と適切なサービスを使うとアウトカムが得られたと考えられる。

(4) 居宅介護支援だいにち（居宅介護支援事業所）

1) 取組のポイント

- 当事業所は地域で不足する社会資源を補うため、訪問入浴やデイサービス、身近な資源を活用している。
- 可能な限り自宅での療養生活を過ごしてもらえるよう利用者本人だけでなく家族へのケアも行っている。

2) 事業所の概況

<立地・開設年>

- 新潟県上越市に位置し、開設年は 1996 年である。

<提供サービスと職員数>

- 提供しているサービスは、居宅介護支援事業所（主任介護支援専門員 2 名・介護支援専門員 3 名（常勤 2 名、非常勤 1 名））
- 当事業所の併設あるいは隣接敷地にある介護保険サービス・その他高齢者福祉サービス等の事業所
 - 訪問介護事業所、訪問看護事業所、通所介護事業所、短期入所生活介護事業所、福祉用具貸与事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、地域包括支援センター

<利用者数>（2024 年 9 月 1 か月間）

- 利用者数は要介護 1（53 名）、要介護 2（52 名）、要介護 3（22 名）、要介護 4（20 名）、要介護 5（13 名）となっている。

3) 取組の背景・問題意識

<地域の課題>

- 社会資源の不足
 - 特に朝と夕方は訪問介護に空きがなく断られてしまう状況が近年増加している。
- 断られる理由
 - 訪問介護員の高齢化
 - ◇ 訪問介護員が高齢化しているため、特に身体介護は受け付けられないという理由で断られてしまうことが多い。
 - 経営上の問題
 - ◇ 利用者の居住地域が遠方の場合や市街地以外の場合、移動に時間を要するため訪問効率が悪くなり、断られてしまう。
 - ◇ 予防・総合事業などの要介護度が軽度の利用者に対しては経営が成り立たないため断られてしまうことが多い。
- なり手不足

- 訪問介護員の求人を出しても応募が無い状況であり、当事業所以外においても状況は同様である。
- 当該事業所は夜勤が無く、土日も休みのため他の事業所から異動したいという職員はいるが、他の業種から訪問介護に転職を望む人は10年前から入社していない。

4) 取組内容

＜不足する社会資源を補うための取組＞

- 訪問入浴を割り当てた事例
 - 利用者の状態：自宅の浴室で転倒した後に入浴に対する恐怖心があったため、入浴介助が必要であった。
 - 提供したサービス：本来は訪問介護を割り当て、入浴介助を家族に伝授して、自立支援の観点からサポートを継続したかったが、訪問介護員が不足しており訪問入浴のサービスを割り当てた。
- 家族に対応を依頼した事例
 - 利用者の状態：利用者は約80歳で、自力でトイレができなくなってしまった。排泄ケアは毎日必要となるが、訪問介護が週に2、3回しか割り当てられる状況ではなかった。
 - 依頼した内容：訪問介護員が訪問できない日の支援を60代前半の同居家族に依頼した。土日は訪問介護員不足であり、デイサービスも休みであることも多く、家族が土日休みであれば、おむつ交換、買い物を依頼するようにしていた。
 - 結果：介助者は仕事を継続しながら、介護を行っていたが、仕事と介護の両立が難しくなってしまう仕事を辞めてしまった。当事業所の主任介護支援専門員は介護離職を防ぐ目的で介護休業、介護休暇支援も行ったが、仕事と介護の両立による負担が大きく、サービス調整や日程調整の疲れが大きくなってしまった。他の事業所も導入して検討したものの、顔が見える関係が構築されていない事業所を受け入れることに抵抗があり最終的には施設入所となった。
- デイサービス・配食サービスを活用した事例
 - 利用者の状態：日中独居の軽度認知症の利用者で、もともと料理が好きなため、居宅生活を継続させたいという思いがあったものの、鍋を焦がしてしまう、食品を腐らせてしまうなど、自力での料理が困難となった。
 - 自立支援を提供したかったものの、訪問介護員が不足していたため、デイサービスを割り当てた。その他にも配食サービスを割り当て、食に関しては充足した状況である。
- 介護保険外のサービス
 - 高齢者サロン：社会性を保つ目的で地域の交流の場を提供することがある。

5) 取り組む上での工夫点

- 家族に対して様々なオプションを提示する
 - 前述の事例は家族の介護負担が大きくなり結果として利用者は施設へ入所したが、要介護度によって提供するサービスの選択肢を検討することが重要である。
 - 要支援 2：歩行が不安定となったため家族による支援が開始された。
 - 要介護 2：おむつ交換の必要性が高くなったため、訪問介護との併用で支援を行うこととなった。
 - 要介護度 3 以降：持病である心不全の症状が強くなり入退院を繰り返すなど家族のみの支援が厳しくなり、ショートステイ、デイサービスを利用すると同時に特別養護老人ホームを検討し始めた。
 - 要介護度 4：自宅では 24 時間家族がおむつ交換の対応をする必要があり、介護者の負担が非常に大きくなったため、特別養護老人ホームに入所となった。
 - 家族支援の期間：要支援 2 から要介護 2 に移行するまでの期間は約 2 年間であった。訪問介護に加えて家族による介護やその他のサービスを組み合わせることが有効となる場合があると考えられる。

6) 取組による成果・アウトカム

＜訪問入浴の有効性＞

- 前述の事例において利用者は現在も在宅生活を継続できている。本来、費用負担が少ない入浴介助によって自宅の浴室で入浴できるケースだが、訪問入浴は寝たまゝの状態に入浴できるため満足度が非常に高く、継続してサービスを利用している。

＜入浴介助との比較＞

- 金銭的負担：単位時間当たり訪問入浴は約 1200 円程度、入浴介助は約 500 円程度であるため本来であれば金銭的負担が軽い状態で居宅できるはずであった。

＜訪問入浴が有効となる基準＞

- 機能的な問題：浴槽跨ぎができない、浴槽から上がれない場合など。
- 精神的な問題：浴室での転倒などに対する恐怖心がある場合など。

＜課題＞

- 残存能力を活かしきれていない：本事例は浴室転倒の恐怖心のみが問題となっていたため、入浴介助によって自宅の浴室を利用できる状態であった。利用者は体を動かす能力が残っているため、調査対象者はもったいなさを感じている。

＜デイサービスの有効性＞

- 利用者はほぼ毎日デイサービスを楽しんで利用しており、満足度も高い。結果として日々の生活に充足感が生まれ居宅生活が継続できている。また、職員がいる場所で日中を過ごせるため、火の取扱いなどの心配が少ないという安心感がある。

＜デイサービスが有効となる利用者像＞

- 社交的な性格を有する人との相性が良い

＜課題＞

- 利用者はもともと、料理や針仕事、畑仕事などの家事や趣味を進んでこなしていたこ

ともあり、まだまだ自力で居宅生活を維持できる状況であった。

7) その他

- 地域特性
 - 新潟県の特徴として、人口と比較して高齢者施設が多いため要介護度が上がった段階で施設へ入居するよう勧められるケースが多い印象である。利用者の親戚や近所の知人も施設入所を勧める傾向が強い。

4. 調査結果（自治体）

（1）新潟県南魚沼市

1）取組のポイント

- 南魚沼市では訪問介護の需要が減少しているものの、訪問介護提供事業者や訪問介護以外のサービス提供事業者と連携し、利用者にとって最適な選択肢を示す工夫がなされている。
- 他の自治体の成功事例やマニュアルを参考としながら訪問介護の受給判断のばらつきを無くすための工夫がなされている。

2）自治体の概況

＜所在都道府県＞

- 新潟県南魚沼市

＜管内の訪問介護事業所数＞

- 4 事業所

＜担当職員数＞

- 26 名（ケアプラン点検 2 名）

3）取組の背景・問題意識

＜需要の減少＞

- 訪問介護のニーズが縮小
 - 2024 年 8 月、9 月に訪問介護事業所が 2 件閉鎖したことにより一時的に供給不足となった。その期間に利用者はデイサービスへ移行したものの、サービスへの満足度が高く、訪問介護を希望する利用者が減少した。さらに 2024 年 10 月に新しく訪問介護事業所が開設され、需給バランスは均衡した状態となった。

＜遠方へのサービス提供＞

- 山間部の訪問が困難
 - 中心部から離れた山間部では訪問介護の提供や送迎が難しい状況である。

＜今後想定されるリスク＞

- 訪問介護事業所の撤退
 - 需要が限定的であるため訪問介護事業所の人員基準（2.5 人）を満たす事業所の経営が困難となるリスクがある。
- 独居高齢者の増加
 - 近所にキーパーソンとなる人がいないという利用者は 1 事業所あたり 2 名程度であるものの、直近 10 年程度で独居世帯は増加している印象である。特に東京へ転出する世帯も多く、独居世帯へのサービス提供は課題となる可能性がある。
- 人口減少の過渡期

- 現在は 65 歳以上の人口が減少に転じており、介護への需要が落ち込む過渡期ではないかと考えられる。5 年以上先になると 85 歳以上の高齢者の増加が見込まれているため、現状の供給状況で対応できるかは不透明である。

4) 取組内容

＜自治体が提携する訪問介護以外のサービス＞

- ・ 訪問型サービス B をシルバー人材センターに委託して実施
 - 対象となる利用者
 - ◇ 要支援 1、2 の利用者が対象となる。
 - 提供しているサービス
 - ◇ 調理、掃除、買い物支援を中心に週 2 時間まで、1 時間当たり 200 円で提供している。
- ・ 社会福祉協議会（南魚沼なじもネット）や地域福祉有償活動事業
 - 対象となる利用者
 - ◇ 65 歳以上が利用可能
 - 提供サービス
 - ◇ 通院外出、食事、ゴミ出し、掃除などの生活支援を提供している。
- ・ 介護保険外の民間サービス（ユキトスなど）提供がある。
 - 対象となる利用者
 - ◇ 主に高齢者を対象としたサービスであるが民間事業であるため特に制限はない。
 - 提供サービス
 - ◇ 農作業、部屋掃除、草刈り、通院付き添い、料理などの支援を提供している。

5) 取り組む上での工夫点

- ・ 広報活動
 - 自治体として PR は行っていないものの、ケアマネジャーと連携し、民間サービスも含め提案してもらうようにしている。
- ・ 地域包括支援センターとの連携
 - 自治体からの委託によって訪問介護や他のサービスを提供しており、密接に連携している。
- ・ 豪雪地域での除雪
 - 社会福祉協議会や自治体の福祉課の支援によって高齢者世帯の支援を実施している。
- ・ 受給判断基準
 - 身体介護
 - ◇ 厚生労働省の通知を基準とする。
 - 生活援助

- ◇ 利用者の状態や介護者の状況を確認の上判断するため、同居家族の有無のみを判断基準とすることは無い。
- ◇ 訪問介護以外の代替手段がなく、本人、家族が疾病等により家事を行うことが困難で、本人が今後自立した生活を営むことに支障がある場合に受給対象となる。
- ◇ 自費サービスも含めた上で利用者に対して様々な選択肢を提示するように努めている。
- 受給判断のばらつきを無くす工夫
 - 担当者は数年に 1 回異動によって交代するため、受給判断のばらつきが生まれるリスクがある。しかし、厚生労働省の通知、他の自治体のマニュアルを参考としながら担当者が代わっても判断が均質化されるよう工夫している。
 - 現在、介護審査の対象となる人は基本的に同居家族が障害を有している場合や家庭的な事情があり介護に従事することが難しい場合が多いため、特殊なケースは多くないものの都度慎重に判断するよう心掛けている。

(2) 兵庫県豊岡市

1) 取組のポイント

- 豊岡市では人材不足や経営的な問題によって訪問介護事業所が減少しているものの、総合事業や民間サービスとの連携によって社会資源不足を補う工夫がみられる。
- 利用者への聞き取り調査に加えて、看護師や保健師など専門資格を有する職員も含めた職種で協議することで受給判断のばらつきを抑制している。

2) 自治体の概況

＜所在都道府県＞

- 兵庫県豊岡市

＜管内の訪問介護事業所数＞

- 20 事業所

＜担当職員数＞

- 23 名（ケアプラン点検 2 名）

3) 取組の背景・問題意識

- 訪問介護の不足
 - 第 9 期介護保険事業計画策定のため、ケアマネジャーを対象に各サービスの不足感をアンケート調査したところ、多くのケアマネジャーが訪問介護サービスは不足していると回答したことから、豊岡市としても、訪問介護員不足を認識している。
 - 近年の傾向として、人員不足や経営的な問題から訪問介護事業所の閉鎖が増加している状態である。
- 受給判断を均質化する難しさ
 - 利用者の状況確認を軸として受給判断を行っているが、数年周期で人事異動があるため担当者によって受給判断が変動してしまうリスクがある。

4) 取組内容

＜自治体が提供・連携する訪問介護以外のサービス＞

- 要支援認定者へのサービスとして、その他生活支援サービス（第 1 号生活支援事業）の一環で、支え合い生活支援サービス、支え合い通所介護事業を提供している。
- 支え合い生活支援サービス
 - 対象となる利用者
 - ◇ 要支援認定者および国が定めた基本チェックリスト該当者のうち一人暮らし等で生活支援が必要な住民である。

- 提供しているサービス
 - ✧ 自宅を訪問して買物、洗濯、掃除等の家事、配食及び安否確認等の生活支援を月額 1000 円～1500 円（配食の食材料費等は別途）で提供している。
- 支え合い通所介護
 - 対象となる利用者
 - ✧ 要支援認定者および基本チェックリストに該当する住民である。
 - 提供しているサービス
 - ✧ 短時間の体操、食事の提供、送迎等の通所型サービスを 1 回あたり 300 円、昼食代は別途 700 円以内で提供している。
- 民間サービス
 - 買い物困難者に対し、豊岡市社会福祉協議会の生活コーディネーターや関係事業者を構成メンバーとした「豊岡市買い物支援ネットワーク会議」等の中で、買い物支援の対策を検討し、移動販売事業者による移動販売等を展開している。

5) 取り組む上での工夫点

＜サービスの周知方法＞

- 豊岡市のホームページでの広報に加えて、高齢者福祉ガイドブックと呼ばれる住民向けのパンフレットを作成している。パンフレットは、地域包括支援センターの職員、介護支援専門員、民生委員等へ配布することを通じて、利用者へ案内し、利用促進に寄与していると考えている。

＜受給判断＞

- 厚生労働省通知（老振発 1224 第 1 号）により受給判断を行っているが、利用者の状況によって受給判断が異なる。
- 訪問介護を受給できる利用者
 - 利用者の家族等が障害や疾病等の理由により家事を行うことが困難である等。

＜受給判断を均質化する取組＞

- 受給判断を必要とする場合は、決裁を通して実施しているため、それぞれ記録が保存されている。過去の事例を参考に、利用者の状況を十分確認した上で、看護師や保健師などの専門資格を有する職員も含めた多職種で協議し、判断することで受給判断のばらつきを抑制している。

5. 調査結果の分析

(1) 訪問介護員の専門性と利用者の状態像

1) 専門性とは何か

- 利用者の状態と提供サービスに応じて、経験年数や経験内容に基づく対人能力と専門的な知識や対応可能な業務に基づく専門的スキルに大別されることが示された。
- **軽度な利用者に生活援助を提供する場合に対象となる利用者像**として以下の回答が得られた。
 - 主に要介護度 1、2 が対象となる。
 - 脊柱管狭窄症で腰が曲がらない、変形性膝関節症で立つこと、座ることが厳しく歩行困難な状況が想定される。
- **軽度な利用者に生活援助を提供する場合に必要な専門性**として以下の回答が得られた。
- 経験年数や経験内容に基づく対人能力
 - 利用者とのコミュニケーションを通して、困りごとを把握し、気遣うスキルが必要である。
 - 掃除に対する知識、洗剤の使い方など、介護関連業務とは異なる社会人としての生活力、経験が求められる。
 - 掃除に対する知識、洗剤の使い方など、社会人としての生活力、経験が求められる。
 - マニュアル通りに行うだけでなく、潜在的な利用者ニーズを聞き出すコミュニケーションスキルが必要である。
 - 利用者に対して心のケアも含めて、丁寧に細部まで見ることができるスキルが必要である。
 - 利用者の状態を生で見て、危ない状態を経験することが必須である。
 - 利用者への訪問を通して利用者の体調や表情、行動に必ず変化が起きるため、その変化に気づくことや認知症が進行していく過程や利用者の状態が軽度から重度へ変化する過程を経験することが重要である。
 - デイサービスやリハビリテーションに抵抗を示す利用者に対して、コミュニケーションをとりながら、症状の進行を食い止めるために、説得して、通所してもらうことが重要である。
 - 提供したサービスの結果をあらかじめ想起し行動できる能力が必要である。
 - 決められた時間内で決められたサービスを提供するだけではなく、利用者と顔の見える関係を築き、長い時間をかけて利用者の生活に溶け込むような支援は質が高いと考えられる。
- 専門的な知識や対応可能な業務に基づく専門的スキル
 - 認知症の利用者は進行が非常に速いため、認知症実践者研修の受講を通して疾

患理解と対応力を身に付けることが重要である。

- **重度な利用者に生活援助を提供する場合に対象となる利用者像**として以下の回答が得られた。
 - 利用者の要介護度が3～5に相当する場合である。
 - 主に要介護度が4、5に相当する場合である。認知症がある程度進行した利用者が多い。
- **重度な利用者に生活援助を提供する場合に必要な専門性**として以下の回答が得られた。
- 経験年数や経験内容に基づく対人能力
 - 利用者が上手くコミュニケーションできない場合が増加するため、利用者の思いを汲んで心配りするスキルが重要となる。
 - 歩行が可能な場合の介助は疾患部の動作により転倒が考えられるため、先読みして対応できること求められる。
- 専門的な知識や対応可能な業務に基づく専門的スキル
 - 高齢者施設等で勤務した経験がある職員、10年～20年くらいの介護経験がある訪問介護員が対応する。
- **医療ニーズが有る軽度の利用者に生活援助を提供する場合に対象となる利用者像**として以下の回答が得られた。
 - 要介護度1、2かつ認知症を有している場合が相当する。
 - 主に要介護度が1、2であり、軽度の認知症や慢性疾患、変形性膝関節症などの疾患を有していることが多い。
- **医療ニーズが有る軽度の利用者に生活援助を提供する場合に必要な専門性**として以下の回答が得られた。
- 専門的な知識や対応可能な業務に基づく専門的スキル
 - 訪問看護や医師と関わるが多いため、透析や糖尿病に関する知識が必要である。
 - 血液検査のデータを見て医療職と連携するために必要な一般的な知識を有していること
 - 食事に関する民間資格
 - 高齢者が良く服用している医薬品への理解
- **医療ニーズが有る重度の利用者に生活援助を提供する場合に対象となる利用者像**として以下の回答が得られた。
 - 要介護度が4、5に相当する場合で、末期のがんを有している利用者が多い。
- **医療ニーズが有る重度の利用者に生活援助を提供する場合に必要な専門性**とし

て以下の回答が得られた。

- 専門的な知識や対応可能な業務に基づく専門的スキル
 - 積極的に利用者の対応に関与しようとする意識の高さが重要である。
 - 医師や看護師へ利用者の状態を情報提供するスキル
- **軽度な利用者に身体介護を提供する場合に対象となる利用者像**として以下の回答が得られた。
 - 要介護度が2、3だが、医療ニーズが無い場合や、介護度が重くなく、軽度の認知症を有する場合
 - 要介護度が3の利用者である。
- **軽度な利用者に身体介護を提供する場合に必要な専門性**として以下の回答が得られた。
- 経験年数や経験内容に基づく対人能力
 - 積極的に利用者の対応に関与しようとする意識の高さが重要である。
 - 突発的な判断を要求される状況に直面しても動揺せず対応する能力が重要である。
 - 利用者の身体能力を把握した上で危険を事前に察知でき、自立をフォローできる能力が必要。
 - 身体介護は提供するサービスが定型的であるため、一定の経験値があれば、問題無く対応できる。
 - 状況判断・対応力
 - 親身な気持ち
 - ◇ ヘルパー自身の家族や親族をケアする気持ちでサービスを提供することが重要である。
- 専門的な知識や対応可能な業務に基づく専門的スキル
 - 介護福祉士
 - 介護福祉士や研修を受けている職員であれば対応できる。
- **重度な利用者に身体介護を提供する場合に対象となる利用者像**として以下の回答が得られた。
 - 要介護度3～5の利用者
- **重度な利用者に身体介護を提供する場合に必要な専門性**として以下の回答が得られた。
- 経験年数や経験内容に基づく対人能力
 - ボディメカニクスを実践できること
 - おむつ交換時の体位変換スキル

- 入浴時の機械操作
- 専門的な知識や対応可能な業務に基づく専門的スキル
 - 特別養護老人ホームでの介護経験
- **軽度かつ医療ニーズが有る利用者に身体介護を提供する場合に対象となる利用者像**として以下の回答が得られた。
 - 認知症 2b 以降
 - 軽度の認知症を有する利用者
- **軽度かつ医療ニーズが有る利用者に身体介護を提供する場合に必要な専門性**として以下の回答が得られた。
- 経験年数や経験内容に基づく対人能力
 - 観察力、推測力、判断力
 - 要介護度 1、2 の認知症を有する利用者に対して困ることは少ないが、利用者によって症状は異なるため多くの経験を積むことが重要である
- 専門的な知識や対応可能な業務に基づく専門的スキル
 - 看護師の有資格者や認知症実践者研修を受講した訪問介護員が望ましい。
- **重度かつ医療ニーズが有る利用者に身体介護を提供する場合に対象となる利用者像**として以下の回答が得られた。
 - 末期がん、難病、経鼻経管栄養の利用者
- **重度かつ医療ニーズが有る利用者に身体介護を提供する場合に必要な専門性**として以下の回答が得られた。
- 経験年数や経験内容に基づく対人能力
 - 事業所内でも最も経験値・専門性の高いベテラン訪問介護員が対応する。
 - 同じ疾患名でも個々の利用者によって症状は多様であるため、多くの利用者に対してサービスを提供することで経験値を高めることが重要である。
- 専門的な知識や対応可能な業務に基づく専門的スキル
 - 喀痰吸引等研修の受講
 - 認知症ケア専門士
- どのような状態の利用者に対しても**共通して必要となる専門性**はとして以下の回答が得られた。
- 経験年数や経験内容に基づく対人能力
 - 社会人としての基礎的な生活力に加えて、変化する状況への対応力や判断力、利用者のために支援したいという思いが必要である。

- プロセスと結果を総合的に判断できる能力や、目的意識を持った行動をとることができる能力が重要である。
- 難しい局面に立たされた際に管理者やサービス提供責任者へ相談して問題を解決するチームワークの視点を有していること。
- 専門的な知識や対応可能な業務に基づく専門的スキル
 - 訪問介護は 1 対 1 のサービス提供であり、責任が求められるため介護福祉士を有していることが望ましい。

2) 専門性を持つ具体的な訪問介護員像とは何か

- 専門性が高い訪問介護員像として以下のような回答が得られた。
 - 訪問介護の経験があり、身体介護に対応できる 50 歳～70 歳程度のスタッフが必要と考えている。介護福祉士等の資格を有していることが望ましい。
 - 年齢が 40 代かつデイサービスや病院での勤務経験がある介護福祉士や看護師が望ましい。
 - 豊富な実務経験を活かして安定的なサービス提供ができ、さらに介護の専門資格を有していることが望ましい。

3) 訪問介護事業所が直面する問題

- 訪問時間に係る問題
 - 利用者が希望する訪問時間が重複するため、時間調整が非常に難しい。
 - 8 時～10 時頃、15 時 30 分～17 時頃は利用者の希望が集中する時間のためサービス提供責任者から利用者に時間変更依頼を行い辛うじて需要に対応している。
 - 朝 7 時台や夜 18 時以降深夜割増料金が発生するため利用者家族からも理解が得られないケースがあり対応に苦慮している。
- 収入や支出に係る問題
 - 職員数が減少し、売上に加えて単価が下がってしまった。また、最低賃金が上がったことで、経営がひっ迫している。
 - 高騰する燃料代によって移動コストの負担が大きい。
 - 要支援や要介護 1 などの軽度利用者が増えバランスが崩れると、経営状態が厳しくなる。質と量をさらに改善するために新しい訪問介護員も必要であるものの、新しく訪問介護員を採用すると、要介護度が低い、利用回数が少ない場合に、人件費が赤字となってしまう。
 - 介護職員処遇改善加算 2 (22.4%) を取得しているため、利益を従業員に還元している。一方で、介護報酬は 1.2% 程度下がっている。
 - 市内の全域に対応しているため、訪問ルートが非効率的になることも多く、燃料費高騰の影響も大きいこと、空き時間も職員に給与支払いが必要となることを加味すると、介護職員等処遇改善加算で加算がついても結果として利益が残らない状況である。

- 現在は2名体制で夜勤対応しているが、提供量が不足する一方で、3名体制となるとコストが増加してしまうという課題がある。
- 同一施設で、兼務の有料老人ホームの職員が生活援助と身体介護を提供するため、シフトによって介護保険を請求できなくなってしまう事がある。
- 人員・サービス提供体制に係る問題
 - 利用者は訪問介護以外にも訪問看護やデイサービスを利用するため、利用限度額を超えない範囲でサービスを提供せざるを得ない点が課題である。
 - やむを得ず通常30分のサービス提供時間を20分に短縮することで人材不足を乗り切っている。一方でサービス提供範囲が狭まることや、利用者満足度が低下することが課題である。
 - 対応する訪問介護員が不足すると考えられる。要介護4の利用者は寝たきりでトイレにもいけない利用者が多いため、訪問介護員は毎日かつ朝晩の対応が必要となる。
- 安全性に係る問題
 - 山間部への訪問となると、道路の状況も非常に悪く危険が伴っている。

4) 問題に対する対応策

- 訪問時間の調整や人員調整
 - 朝は服薬介助、デイサービスへの送り業務が集中しており、夕方はデイサービスの迎え、服薬介助、排泄介助の業務が集中しているため、訪問時間を少しずつずらす工夫を行っている。
 - 訪問介護員一人で訪問するのではなく路面状況を熟知したドライバー（事務職員）が訪問介護員を送迎している。
 - 利用者の希望は朝の8時～10時が特に集中し、15時半～17時が次いで集中するため、正社員で賄えない際は、パート社員を充てている。
 - 医療的ニーズがある利用者に対して専門性が高い訪問介護員が不足している場合は、代替的に経験の浅い訪問介護員が対応するケースがある。
 - 小規模の介護事業所のため利用者の人数に合わせての余剰人員を確保できる状態ではない。サービス提供責任者などの専門性が高い訪問介護員が生活援助を提供する場合もある。
 - 身体介護を提供する場合は基本的に専門性の高い管理者やサービス提供責任者が対応するものの、人員不足の場合は、経験の少ない訪問介護員に担当交代することもある。
 - サービス提供責任者が職員の人員配置を管理し、一人一人に決められたシフトで提供すべきサービスを指示している。
- 専門性を高める取組
 - ベテラン職員と中堅の職員を組み合わせた訪問を行っている。中堅職員の経験を深めるために、ミーティング時に利用者の話題や出来事を共有して、興味を

示した職員と同行訪問し、身体介助を実際に体験させている。

- 経験の浅い訪問介護員が提供したサービスの内容や質について、振り返りを実施している。
- 経験の浅い訪問介護員に対して、利用者の情報を一人一人記録させている。
- 認知症実践者研修等を受講してもらっている。
- 認知症の利用者の現場に連れて行き実際のサービス提供を通してレクチャーを実施している。
- スキルアップについては、テーマを決めて研修を行う。
- 年間の研修スケジュールを洗い出し、必須の研修と任意の研修を提示している。研修は対面で実施し、月1回以上実施している。
- 重度の利用者に身体介護を提供する際に必要となる専門性を高めるために、ベテランと若手職員の2人組でサービスを提供している。
- 事前に専門性が低い訪問介護員と専門性が高い訪問介護員が利用者を同行訪問し、緊急時に備えている。

- 需要調整

- 正社員の雇用を増やすことも事業所規模的に難しいため、パート社員で不足する場合は、法人の切り替えを検討する。
- 需給バランスを調整するため、ケアマネジャーが指定した曜日に訪問介護員が入ることが難しい場合や、要望がマッチしない場合はサービス提供をお断りすることがある。
- 利用者からのクレームとなる場合もあるが、担当交代を認めていただけない場合は、サービス提供をお断りせざるを得ないこともある。

(2)ケアプランに位置付けた訪問介護以外の社会資源とその有効性

1) 社会資源が不足する実態や背景

- 訪問介護員が不足する状況
 - 訪問介護員を依頼された際に市内全ての訪問介護事業所に断られてしまっている状況である。
 - 数年前は対応する訪問介護事業所が見つかったものの、ここ 1、2 年は訪問介護員を 2、3 か月探してようやく見つかる状況が継続している。かつては釧路市内も比較的多くの事業所が存在していたが、閉鎖してしまう事業所も増えている状況である。
 - 特に朝と夕方は訪問介護に空きがなく断られてしまう状況が近年増加している。
- なり手不足
 - 訪問介護員のなり手不足が深刻である。
 - 訪問介護員が一人で利用者宅を訪問し、おむつ交換などの身体介護サービス提供に強い抵抗感がある
 - 料理を作る自信がないため訪問介護員になりたがらない
 - 訪問介護事業所の廃業が増加していることに加え、総合事業、特に要支援を対象とした訪問型サービスは経営方針として運営しない事業所が多い。
 - 訪問介護員の求人をしても応募が無い状況であり、当事業所以外においても状況は同様である。
 - 訪問介護員のなり手不足の一因として精神的な負荷が大きいことが挙げられる。介護保険から提供されるサービスでありながらも、利用者の訪問介護員に対する認識は旧態依然としたもので、どのようなことでも対応してくれる「お手伝いさん」とみなされてしまうことも多いことが実情である。
 - 当該地域はかつて炭鉱が栄えた町であることや漁師町という特性上、利用者の言葉遣いが粗くなってしまうことや介護職への理解力が不足していることも、訪問介護員の精神的な負荷を大きくしている一因となっている。
- 軽度の利用者からの依頼が多い
 - 訪問介護員を“女中さん”と勘違いしている利用者が多い。具体的には、軽度な腰痛で訪問介護員に頼ろうとするような自助努力をしない利用者が多いため需要が大きくなり、本来訪問介護を必要とする利用者に対して供給が追いつかない状況が継続している。
 - 利用者家族は利用者が要介護認定を受けた場合、即座に訪問介護員に任せてしまうという風潮が強い。その結果、家族の訪問頻度が週 3 回から週 1 回に減少してしまうようなケースが散見される。
- 訪問介護員の高齢化
 - 当該地域では 40 代の比較的若い年齢の訪問介護員は少なく、50 代から 60 代の訪問介護員が中心となっており、訪問介護員の高齢化が進んでいると考えてい

る。介護保険が始まって以来、訪問介護員として働いていた人材が近年退職していることに加えて新しく訪問介護員を志すなり手が少ない印象である。

- 訪問介護員が高齢化しているため、特に身体介護は受け付けられないという理由で断られてしまうことが多い。
- コストの問題
 - 利用者の居住地が遠方の場合や市街地以外の場合、移動に時間を要するため訪問効率が悪くなり、断られてしまう。
 - 予防・総合事業などの要介護度が軽度の利用者に対しては経営が成り立たないため断られてしまうことが多い。
- その他の問題
 - 近年の傾向として安易に高齢者施設等に入居を勧めることが多いと感じている。
 - 人口と比較して高齢者施設が多いため要介護度が上がった段階で施設へ入居するよう勧められるケースが多い印象である。利用者の親戚や近所の知人も施設入所を勧める傾向が強い。
 - 利用者のニーズや特性をアセスメントせずに、漫然とサービスを提供してしまう訪問介護員が増えていることも課題である。対応力、コミュニケーション力が不足している印象である。
 - 訪問介護員との相性も問題となる場合がある。利用者や利用者家族が、訪問介護員などの第三者が自宅に入ることにに対して拒否反応を起こす場合がある。

2) ケアプランに割り当てた訪問介護以外の社会資源

- 訪問介護員が不足する場合、ケアプランに割り当てた他の社会資源は介護保険内のサービスと介護保険外のサービスに大別されることが示された。
- 介護保険内のサービスとして以下のような回答が得られた。
 - 高血圧や呼吸器疾患、心疾患を持つ利用者に入浴介助を提供する場合は、ヒートショックに留意する必要もあるため、訪問看護を優先することが多い。
 - 利用者の状態が切迫した状況であれば、併設している訪問看護ステーションから看護師を割り当てることがある。看護師目線でのアセスメントを行うことで、利用者の病状や状態が落ち着いたタイミングで訪問介護員を位置付けることができる。
 - デイサービスを嫌がる利用者は、できるだけ短時間でリハビリや入浴のみのサービス提供を受けたいというニーズがあるため、訪問リハビリテーションを勧める場合がある。近年、訪問看護ステーションで理学療法士がリハビリテーションを提供する事業所が増加していることもあり選択肢の1つとして有効である。
 - 自宅で入浴できない場合はデイサービス、デイケアを提案している。
 - デイサービスを割り当てた。
 - 配食サービスを割り当てた。

- 訪問入浴のサービスを割り当てた。
- 最終的に短期入所も選択肢となる。
- 訪問介護員が不足する場合、ケアプランに割り当てた介護保険外のサービスは**無償のサービスと有償のサービス**に大別されることが示された。
 - 割り当てた無償のサービスとして以下のような回答が得られた。
 - ✧ 市が運営するスーパー銭湯の高齢者向け送迎サービス
 - ✧ デイサービスに洗濯、服薬介助、買い物支援を代替的に依頼するケースがある。担当者に事情を伝えたところ、サービス提供の隙間時間を有効活用し、無償で対応してもらっている。
 - ✧ 訪問介護員に対して洗濯を依頼する
 - ✧ 訪問入浴サービスの際にゴミ出しを依頼すること
 - ✧ 病院の受付職員にタクシーの配車を依頼すること
 - ✧ 近所の住民に簡単な家事を依頼するといった対応を行っている。
 - ✧ 排泄介助、清拭、などの身体介護を必要とする場合に訪問介護員を毎日割り当てられない場合は、利用者の家族に手技を伝えて、訪問介護員がいない日のケアを実施してもらうことがある。
 - ✧ 地域の町内会を巻き込んで、友人や、民生委員に働きかけ、見守り支援、買い物支援を依頼することもある。
 - ✧ 町内会長に頼むなど、地域の社会資源の活用も行っている。
 - ✧ 高齢者サロン等の交流の場を提供することがある。
 - 割り当てた有償のサービスとして以下のような回答が得られた。
 - ✧ 病院の受診介助（通院等乗降介助）
 - ✧ 自費の外出介助
 - ✧ 自費の利用者の話し相手
 - ✧ 自費の訪問看護
 - ✧ 自費の訪問リハビリテーション
 - ✧ 自費の付き添いや移送サービス
 - ✧ 有償訪問介護員（自費の訪問介護員）
 - ✧ 福祉タクシー
 - ✧ 生活協同組合などの宅配サービス
 - ✧ 有償の配食サービス

3) 他の社会資源に割り当てた利用者像

- 訪問看護が有効と考えられる利用者像として以下のような回答が得られた。
 - 高血圧や呼吸器疾患、心疾患を持つ利用者に入浴介助を提供する場合
 - 認知症の利用者に身体介護を提供するときは、訪問介護員では対応できないことが多い。
 - 家族の認知症への理解が不足する場合や利用者本人が認知症であることを理解

できない場合、家族ケア・指導の観点から訪問看護が有効と思われる。

- デイサービスが有効と考えられる利用者像として以下のような回答が得られた。
 - 日中独居の軽度認知症の利用者
- 訪問リハビリテーションが有効と考えられる利用者像として以下のような回答が得られた。
 - デイサービスを嫌がる利用者
 - できるだけ短時間でサービス提供を受けたいというニーズがある利用者
- 訪問入浴が有効と考えられる利用者像として以下のような回答が得られた。
 - 浴槽跨ぎができない、浴槽から上がれない場合など身体に機能的な問題がある場合。
 - 浴室での転倒などに対する恐怖心がある場合など精神的な問題がある場合。
 - 自宅の浴室で転倒した後に入浴に対する恐怖心があったため、入浴介助が必要であった。
- 家族によるケアが有効と考えられる利用者像として以下のような回答が得られた。
 - 利用者は約 80 歳で、自力でトイレができなくなってしまった。排泄ケアは毎日必要となるが、訪問介護が週に 2、3 回しか割り当てられる状況ではない場合
 - 排泄介助、清拭などの身体介護を必要とする利用者で訪問介護員を毎日割り当てられない場合
 - 訪問介護員が訪問できない日の支援を 60 代前半の同居家族に依頼した。土日は訪問介護員不足であり、デイサービスも休みであることも多く、家族が土日休みであれば、おむつ交換、買い物を依頼する。
 - 利用者と家族との関係性が悪くない場合
- 有償の訪問介護員が有効と考えられる利用者像として以下のような回答が得られた。
 - 要介護 2 以上かつ糖尿病、胃ろう、認知症などの医療ニーズを有する利用者は介護保険負担限度額を超えるため対象となる。
 - 自力で体を動かすことができない利用者（車椅子を利用している利用者）などは要介護 3 以上で対象となる。（要支援や要介護 1 の利用者は職員が依頼すると自身で対応できることが多い）
 - セルフネグレクトや社会に不適合な昼夜逆転生活の利用者が対象となる。
 - 70 代の女性で、認知症は有していないものの、要介護度が 3、疾患はリウマチがあり歩行困難であった。利用者自身でおむつやポータブルトイレもできず、医師等からも施設入所を勧められる状態の利用者

4) 他の社会資源を割り当てた場合の有効性

- 訪問看護の有効性として以下のような回答が得られた。
 - 心不全の急激な悪化を抑えるために、訪問看護が週 1 回入ることで、症状の早期発見につながっているのではないか。

- デイサービスの有効性として以下のような回答が得られた。
 - 短時間のデイサービスについても、運動特化型のサービスを提案したところ、脳梗塞の方の歩き方が良くなったという事例もある。
 - 利用者はほぼ毎日デイサービスを楽しんで利用しており、満足度も高い。結果として日々の生活に充足感が生まれ居宅生活が継続できている。また、職員がいる場所で日中を過ごせるため、火の取扱いなどの心配が少ないという安心感がある。
- 訪問入浴の有効性として以下のような回答が得られた。
 - 利用者は現在も在宅生活を継続できている。訪問入浴は寝たままの状態が入浴できるため満足度が非常に高く、継続してサービスを利用している。
- 有償の訪問介護員の有効性として以下のような回答が得られた。
 - 自費の訪問介護員は利用者の生活の場に深く介入するため、利用者の困りごと、体調変化や異変に気付きやすいだけでなく、対話を通じて利用者のいきいきとした表情を引き出すことができる。
 - 生活が活性化されることで認知力の低下予防につながっている。
 - 虐待が疑われる利用者を発見する際に自費訪問介護員が大きな役割を果たしていた。同居している息子が精神的にストレスを抱えている状況を訪問介護員から共有されていたため、サービス提供時に利用者を確認する機会となった。結果として虐待が発覚し、事態が深刻になる前のいわば防波堤として機能した。

5) 他の社会資源で療養生活を継続できる条件

- 介護保険外サービスを利用できる収入があること
- 認知症を有していないこと、有している場合でもポータブルトイレが自身で利用できるなど、身体が比較的元気であること。
- 家族の手厚い支援があることである。

(3)自治体が連携する訪問介護以外のサービスと受給判断の状況

1) 提供している訪問介護以外のサービス

- 自治体において提供されている訪問介護以外のサービスとして以下のような回答が得られた。
 - 訪問型サービスBをシルバー人材センターに委託して実施
 - 社会福祉協議会
 - 地域福祉有償活動事業
 - 支え合い生活支援サービス
 - 支え合い通所介護
 - 介護保険外の民間サービス

2) 住民等へ周知・紹介する際の工夫点

- 自治体としてPRは行っていないものの、ケアマネジャーと連携し、民間サービスも含め提案してもらうようにしている。
- 自治体からの委託によって地域包括支援センターから訪問介護や他のサービスを提供しており、密接に連携している。
- 社会福祉協議会や自治体の福祉課の支援によって高齢者世帯の支援を実施している。

3) 有効な取組

- 高齢者福祉ガイドブックと呼ばれる住民向けのパンフレットを作成し、地域包括支援センターの職員、介護支援専門員、民生委員等へ配布することを通じて、利用者へ案内し、利用促進に寄与している。
- 買い物困難者に対して、移動販売事業者による移動販売等を展開している。

4) 地域における課題

- 訪問介護事業所が2件閉鎖したことにより一時的に供給不足となった。その期間に利用者はデイサービスへ移行したものの、サービスへの満足度が高く、訪問介護を希望する利用者が減少した。さらに2024年10月に新しく訪問介護事業所が開設され、需給バランスは均衡した状態となった。
- 中心部から離れた山間部では訪問介護の提供や送迎が難しい状況である。
- 需要が限定的であるため訪問介護事業所の人員基準(2.5人)を満たす事業所の経営が困難となるリスクがある。
- 近所にキーパーソンとなる人がいないという利用者は1事業所あたり2名程度であるものの、ここ10年程度で独居世帯は増加している印象である。特に東京へ転出する世帯も多く、独居世帯へのサービス提供は課題となる可能性がある。
- 現在は65歳以上の人口が減少に転じており、介護への需要が落ち込む過渡期ではないかと考えられる。5年以上先になると85歳以上の高齢者の増加が見込まれている

ため、現状の供給状況で対応できるか不透明である。

- ケアマネジャーを対象に各サービスの不足感をアンケート調査したところ、多くのケアマネジャーが訪問介護サービスは不足していると回答した。

5) 訪問介護の受給判断と根拠

- 生活援助の場合
 - 利用者の状態や介護者の状況を確認の上判断するため、同居家族の有無のみを判断基準とすることは無い。
 - 厚生労働省通知（老振発 1224 第 1 号）により受給判断を行っている。
 - 利用者の状況によって受給判断が異なる
- 身体介護の場合
 - 身体介護は厚生労働省の通知を基準として提供されている

6) 生活援助を受給できる利用者像

- 訪問介護以外の代替手段がなく、本人、家族が疾病等により家事を行うことが困難で、本人が今後自立した生活を営むことに支障がある場合に受給対象となる。
- 利用者の家族等が障害や疾病等の理由により家事を行うことが困難である等。

7) 受給判断を行う際の工夫点

- 厚生労働省の通知、他の自治体のマニュアルを参考としながら担当者が代わっても判断が均質化されるよう工夫している。
- 過去の事例を参考に、利用者の状況を十分確認した上で、看護師や保健師などの専門資格を有する職員も含めた多職種で協議し、判断することで受給判断のばらつきを抑制している。

第4章 まとめ

1. 訪問介護の専門性について

事業所が考える訪問介護員の専門性を、訪問介護事業所へのアンケート調査結果に基づき以下に整理した。

図表 169 訪問介護事業所が考える訪問介護員の専門性

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 在宅生活支援等の専門性・ 利用者・家族支援における専門性・ 身体介護における専門性・ 認知症ケアにおける専門性・ 医療連携における専門性 |
|--|

上記から、在宅生活の支援や利用者・利用者家族に対する支援、身体介護といった利用者に寄り添うための知識・経験に加え、認知症ケアや医療連携といった医療ニーズのある利用者に対する知識・経験、医療職との関係構築力も訪問介護員の専門性の指標になり得ると考えられた。

1) 高度な知識や資格を有すること

ヒアリング調査結果から、医療ニーズのある利用者にサービス提供する際に必要となる疾患知識を有していることや認定介護福祉士、看護師などの専門的スキルに関わる資格を有していることなど、高度な専門的知識や資格を有していることが専門性の高さを示す指標となり得ると考えられた。

2) 高度な対人能力を有すること

さらにヒアリング調査結果から、事業所が考える高い専門性を持つ訪問介護員像として以下のような回答が示された。この回答から、人生経験や訪問介護の業務経験が豊富であることが求められていると言え、高度な対人能力を有していることが専門性の高さの指標となり得ると考えられた。

図表 170 事業所が考える高い専門性を持つ訪問介護員像

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 訪問介護の経験があり、身体介護を対応できる約 50 歳～70 歳のスタッフ・ 年齢が 40 代かつデイサービスや病院での勤務経験があること・ 豊富な実務経験を活かして安定的なサービス提供ができ、さらに介護の専門資格を有していることが望ましい |
|--|

なお上欄の記載事項に関連して、本事業で設置した検討会の委員から以下のような意見があった。上欄に示す訪問介護員像は比較的時間等の様々な面で融通が利きやすい人という印象を持ったが、おそらく訪問介護事業所としてはより幅広い年齢層を雇用したいと考えていて、例えば若い人はライフイベントなどで休職などが生じる可能性が高く、それを代替できる人員が不十分であるためサービス提供責任者に負担がかかり、介護報酬の算定にも悪影響が生じることなどを理由として、やむを得ず次善の策として上欄に示すような訪問介護員像を雇用したいと述べたのではないかと考えている。

3) 利用者の状態別、提供サービス別に求められる専門性

利用者の状態と提供サービスに応じて求められる専門性の関係进行分析するため、訪問介護事業所へのヒアリング調査結果に基づき、利用者の状態（軽度・重度、医療ニーズの有無）と提供サービスに応じて求められる専門性（対人能力、専門的スキル別）の関係を下表に整理した。なお「求められる専門性」欄に記載した数値は、利用者の状態や提供サービスに応じて求められる専門性として得られた回答の合計件数である。

この結果、全体の回答数が少ないことを踏まえ、利用者の状態像や生活援助、身体介護などの提供サービスの違いに応じた傾向の有無を見出すことは困難と考えた。

しかしながら、訪問介護事業で求められる専門性には、対人能力と専門的スキルの両方があることはこの分析結果からも言えることではないかと考えられた。

図表 171 訪問介護事業における利用者の状態別、提供サービス別に求められる専門性

利用者の状態		提供サービス	求められる専門性に関する回答件数（件）	
			①対人能力	②専門的スキル
軽度	医療ニーズなし	生活援助	10	2
	医療ニーズあり		1	5
	医療ニーズなし	身体介護	5	4
	医療ニーズあり		2	1
重度	医療ニーズなし	生活援助	2	2
	医療ニーズあり		1	2
	医療ニーズなし	身体介護	1	4
	医療ニーズあり		2	3

2. 利用者の状態像に応じた訪問介護員の割り当てについて

訪問介護事業所へのアンケート調査結果から、サービス内容ごとに割り当てている訪問介護員の専門性に対する事業所の意識を見たところ、多くのサービス内容について、訪問介護員の割り当ては妥当と考える事業所が8割程度であったが、一方で、訪問介護員により難しいケースを担当させたいと考える事業所も1割程度存在した。

訪問介護事業所では、「介護福祉士」及び「介護福祉士実務者研修相当」、「常勤」、「サービス提供責任者」などの訪問介護員や職務経験が長い訪問介護員を「専門性の高い人材」と認識した上で、医療ニーズの高い利用者や身体介護に割り当てたいと考えているのではないかと仮説のもと、「専門性の高い人材」と「それに該当しない人材」と①医療ニーズがあるサービス内容、②身体介護、③生活援助への割り当て状況との関係性を分析した。この結果、「専門性の高い人材」と「それに該当しない人材」のいずれも、医療ニーズがあるサービス内容など特定の業務内容に多く割り当てられているという全体的な傾向は見られなかった。

しかしながら、サービス内容ごとに割り当てる訪問介護員の資格、勤務形態、役職別に提供サービスの優先順位に、「介護福祉士」及び「介護福祉士実務者研修相当」、「常勤」、「サービス提供責任者」の職員が①医療ニーズがあるサービス内容、②身体介護、③生活援助の順番に割り当てられる傾向がわずかながら見られた。また複数年の職務経験がある職員は医療ニーズがあるサービス内容、身体介護について割り当てられている傾向についてもわずかながら見られた。

上記の全体的な傾向やわずかながら見られた傾向から、訪問介護事業所としてはサービス内容ごとに専門性を踏まえて訪問介護員を割り当てたいという意向があると考えられるものの、意向を実現することは多くの場合で困難となる要因があるのではないかと考えられた。以下ではその要因を考察する。

ヒアリング調査結果から生活援助を提供する際に利用者ニーズを十分に把握できない訪問介護員が存在している状況がみられた。また、医療ニーズのある重度の利用者に身体介護を提供する場合は、事業所において最も経験が豊富で専門性の高い訪問介護員が対応している実態や、朝夕の利用者のニーズが集中する時間帯では小規模な事業所では対応できる職員が不足するため、やむを得ず重度の利用者に対して経験年数が短い訪問介護員が対応したり、サービス提供責任者など専門性の高い訪問介護員が軽度の利用者に生活援助を提供している実態が把握された。

このことから、サービス内容ごとに事業所が割り当てたい訪問介護員を割り当てること
が難しくなる要因として下表に示すものがあると把握された。

図表 172 サービスに訪問介護員を割り当てることが難しくなる要因

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・ 訪問介護員によっては、利用者ニーズを上手く把握できないことがあること・ イレギュラーな事項への対応は、常勤職員やサービス提供責任者が対応せざるを得ない状況にあること・ 朝夕にサービス提供ニーズが集中しがちであること |
|---|

利用者の状態像に適した訪問介護員を割り当てる方策として、訪問介護員の専門性とそれに応じた利用者像を明確にすることに加えて、他の代替資源を活用することも検討すること、利用者ニーズが集中する時間帯には訪問時間の調整やパート職員を充てることなどが考えられた。

3. 需要調整の実態と提供された代替的なサービスについて

訪問介護事業で供給不足となっている問題について、本事業では主に利用者の需要を調整する観点を重視して調査し、受給バランスを保つ方策を検討したため、以下で示す。

アンケート調査やヒアリング調査の結果から利用者の需要が増加する要因として以下の3点が把握された。

図表 173 利用者の需要が増加する要因

1. 要介護度が低い利用者への訪問介護は本来的には利用者の重度化防止に資するものであるが、中には他の社会資源で代替可能である場合があると考えられる。このような代替可能な他の社会資源が地域に存在していないこと。
2. 利用者が、軽度な腰痛などの状態であるにも関わらず過度に訪問介護員に頼ろうとしてしまうこと
3. 例えば「配食サービス」は90.6%の自治体で提供可能であるにもかかわらず、実際に利用されている割合は28.2%であることから、軽度な利用者に対して代替可能な訪問介護以外の社会資源の存在が認知されていない可能性があること

上記要因への対応策として、居宅介護支援事業所や自治体への調査から、地域における代替資源の状況をみたところ、日常生活に関わる代替資源は不足傾向であることが伺えたため、1点目に挙げた要因へ対応することは容易ではないと考えられた。

一方、2点目、3点目に挙げた要因に対しては以下の介護保険サービスと介護保険外サービスで代替的に活用できる可能性が示された。

図表 174 訪問介護サービスの代替可能と考えられるサービス

介護保険内のサービス	介護保険外のサービス
- 訪問看護 - 訪問リハビリテーション - デイサービス - デイケアサービス - 配食サービス - 訪問入浴 - 短期入所	- 病院の受診介助 - 自費の外出介助 - 自費の利用者の話し相手 - 自費の訪問看護 - 自費の訪問リハビリ - 自費の付き添いや移送サービス - 有償訪問介護員 - 福祉タクシー - 生活協同組合などの宅配サービス

上記に示すような代替資源を訪問介護が不足する場合に他の社会資源が活用できる状況であれば、ケアプランに割り当てることも有用である。このため自治体が地域の社会資源を洗い出し、ケアマネジャーや訪問介護事業所へ周知することも重要である。

また、代替的な社会資源がどのような利用者にとって有用であるかについて、ヒアリング調査から以下の例が示された。

図表 175 代替的な社会資源がどのような利用者にとって有用であるか

代替的な社会資源	有用な利用者像の例
訪問看護	・ 高血圧や呼吸器疾患、心疾患を持つ利用者 ・ 認知症の利用者
デイサービス	・ 日中独居の軽度認知症の利用者
訪問リハビリテーション	・ デイサービスの利用を希望しない利用者 ・ 短時間でサービスを受けたい利用者
訪問入浴	・ 浴槽跨ぎができない、浴槽から上がれない利用者 ・ 転倒などに対する恐怖心がある利用者

なお本事業が設置する検討会の委員から、上記に示すサービスが地域で不足している可能性がある事についても留意すべきとの意見があった。

上記から、本事業では利用者の需要を調整する観点から受給バランスを保つ方策として、まずは地域で代替可能な社会資源を可視化すること、社会資源が不足していれば補うための方策を進めること、また訪問介護を必要とする利用者に対して全て訪問介護で賄おうとするのではなく、利用者の状態に応じて代替可能な他の社会資源を有効活用しケアプランに位置付けることなどが考えられた。

4. 制度の適正な運用

同居家族のある場合の生活援助サービスの提供は、条件によって提供できる場合と提供できない場合が異なることを知っているかという問いに対して、「いいえ」と回答した事業所は、約 10%程度であった。また、家族同居であるという理由だけで断ったことの有無について「はい」と回答した事業所は約 20%あり、「同居家族がいる場合には一律、生活援助は不可としている」と回答した自治体も 0.6%存在することがわかった。

事業所への調査で、約 10%程度の事業所では家族同居のある場合の生活援助サービスの提供は、条件によって提供できる場合と提供できない場合が異なることを知らなかったことを踏まえ、今後、当該ルールを周知していくことが求められる。

5. 委員からの意見

本報告書のとりまとめにあたり、本事業で設置した検討会の委員からの意見が得られたため、主な意見を以下に記載する。

図表 176 本事業で設置した検討会の委員からの意見

- ・ ヒアリング調査結果をみて、自費サービスや介護保険外サービスは、訪問介護事業所が提供するサービスとして重要になってきていると感じた。ただ事業所単独でそれらのサービスを提供することはおそらく厳しい状況にあるのではないか。その点について行政の関わりや支援が必要か否かについて今後把握検討していくことが課題だろう。
- ・ 先般の介護報酬改定で訪問介護の介護報酬が下がったが、その要因が在宅サービスと集合住宅型サービスの違いにあるものと考えている。今後の調査研究事業ではその点を明らかにしていくべきであろう。
- ・ 訪問介護の代替的な社会資源に訪問看護を位置付けることは、心疾患を持つ利用者などがいるためあり得ることだと思うが、訪問看護は訪問介護以上に不足している地域が結構あることに留意が必要である。
- ・ 第4章まとめに記載された訪問介護事業所が求める介護職員の理想像はその通りだと思うが、その人たちをなぜ訪問介護事業所に採用できないのかという点が重要だと思う。
- ・ アンケート調査の結果、特定事業所加算を算定していない訪問介護事業所の割合は50%程度であったが、これらの訪問介護事業者が収入を増やす手段である特定事業所加算を何らかの理由で算定できない状況にあると考えられ、今後この要因をより詳細に把握していく必要がある。