

平成24年度

# ホームヘルプサービス実態調査 ～生活援助のあり方・必要性についての調査～

## 報告書

北海道ホームヘルプサービス協議会

## はじめに

---

平成 24 年度の介護報酬改定で、生活援助の時間は大きく短縮されました。

平成 24 年 3 月までは、生活援助の時間区分は、概ね 60 分未満と概ね 90 分未満の 2 種類となっていましたが、この改定で基本時間が 45 分未満と 45 分以上の 2 種類となり、訪問介護の現場では大きな課題と問題が生じました。

そこで、本会制度推進委員会では、生活援助の時間短縮による利用者やその家族への影響を調査し、介護保険制度における生活援助のあり方・必要性を検証するとともに、平成 24 年度の介護報酬改定の効果検証や事業所の経営状況、課題等を把握し、今後の制度改善への提言に向けた資料としてまとめました。

また、今回の調査では、アンケート調査を行った際に、ヒアリング調査に同意された事業所から調査対象を抽出し、5 つの事例について事業所、利用者の方やそのご家族の方へ面接調査を行わせていただきその結果もまとめました。

これらの調査結果が、介護保険制度の課題を明らかにするとともに、利用者の自立した生活に資するサービス提供を行っている訪問介護サービスの今後のあり方や運営について考える際の一助となれば幸いです。

最後に、調査にご協力いただいた事業所関係者のみなさま、また報告書作成にあたり多大なご尽力をいただきました制度推進委員会の委員のみなさまに厚くお礼申し上げます。

平成 25 年 7 月

北海道ホームヘルプサービス協議会  
会長 岩田志乃

## もくじ

はじめに .....	1
第1章 平成24年度ホームヘルプサービス実態調査～生活援助のあり方・必要性についての調査～(アンケート調査)について .....	4
I. 事業所の属性について .....	5
1. 訪問介護事業所における組織形態について .....	5
2. サービス付高齢者向け住宅との関わりについて .....	5
(1)訪問介護事業における高齢者向け住宅の併設状況について .....	5
(2)訪問介護事業におけるサービス付高齢者向け住宅の設置場所について .....	6
3. 訪問介護員の人数について .....	6
4. 1ヶ月間の収支状況の変化について .....	6
5. サービスの提供状況について .....	7
(1)1ヶ月間の訪問介護の提供状況について .....	7
(2)サービス区分別の提供状況について .....	7
(3)利用者の所在について .....	8
(4)敷地外居住者の場合の事業所から利用者宅への移動時間と距離について .....	9
II. 生活援助サービスの内容とかかる時間について .....	10
6. 各訪問介護事業所による要介護度別の生活援助を最も多く利用している利用者の状況について.....	10
III. 身体介護・生活援助の時間区分の見直しによる変化について .....	12
7. 身体介護の時間区分「20分未満」の算定状況について .....	12
8. 報酬改定前後の生活援助サービス提供状況について .....	12
(1)生活援助が中心の利用者に対する報酬改定前後のサービス提供状況の変更について .....	12
(2)時間区分変更によってサービス提供状況に顕著な変更があった事例について .....	13
(3)報酬改定前（平成23年9月）と改定後（平成24年9月）の時間区分について .....	14
IV. 訪問介護における通院介助について .....	15
9. 通院介助のサービス提供状況について .....	15
(1)通院介助のサービス提供について .....	15
(2)通院介助のサービス提供時間について .....	15
V. 他職種との連携について .....	16
10. 生活機能向上連携加算の状況について .....	16
(1)生活機能向上連携加算の届け出状況について .....	16
(2)生活機能向上連携加算を届け出ていない理由について .....	16
(3)リハビリテーション専門職との連携が必要と思われるケースの連携状況について .....	17

(4)リハビリテーション専門職との連携が図られていない主な理由について	18
(5)リハビリテーション専門職との連携で工夫していることについて	19
VI. 訪問介護に関する今後の要望について	20
11. 介護保険制度に関する市町村や国への要望について	20

第2章 平成24年度ホームヘルプサービス実態調査～生活援助のあり方・必要性についての調査～（ヒアリング調査）について ..... 25

第3章 まとめ	33
I. 平成24年度ホームヘルプサービス実態調査（アンケート調査）結果から	33
II. 平成24年度ホームヘルプサービス実態調査（ヒアリング調査）結果から	36

【資料編】

○平成24年度ホームヘルプサービス実態調査～生活援助のあり方・必要性についての調査～ アンケート調査票	40
○平成24年度ホームヘルプサービス実態調査～生活援助のあり方・必要性についての調査～ ヒアリング調査票	46
○制度推進委員会委員名簿、開催状況	51

# 第1章 平成24年度ホームヘルプサービス実態調査～生活援助のあり方・必要性についての調査～(アンケート調査)について

## 【調査概要】

### 1. 調査の目的

平成24年度の介護報酬改定で、生活援助の時間が短縮されたことによる利用者及び介護者である家族等への影響と事業所のサービスの提供状況、経営状況を調査し、介護保険における生活援助のあり方・必要性を検証する。

また、合わせて平成24年度の介護報酬改定の効果検証や事業所の経営状況、課題等を把握し、今後の制度改善への提言に向けた基礎資料とする。

2. 調査対象 北海道内訪問介護事業所

3. 調査対象数 1,421ヶ所

4. 調査時期 調査実施日 平成24年10月31日  
回答期日 平成24年11月9日  
調査基準日 平成24年10月1日

5. 調査方法 郵送、メールによるアンケート記入方式

6. 有効回答数 449ヶ所（回収率 31.8%）

### 7. 報告書における調査結果の見方（数値等について）

- 1) 調査結果の表の数値は、回答数、回答率（%：パーセント）で表示している。（%）の母数は、その調査項目に該当する回答事業所（無回答を除く）の総数であり、その数は全体及びn（設問に関する回答数）で示している。
- 2) (%) の数値は、小数点第2位を四捨五入し、小数第1位までを表示している。
- 3) 選択肢の回答は、単数回答（SA：○は1つ）と複数回答（MA：○はいくつでも）の2種類がある。複数回答の場合、その回答割合（%）の合計は100.0%を超える場合がある。

# 平成 24 年度ホームヘルプサービス実態調査～生活援助のあり方・必要性についての調査～

## I 事業所の属性について

### 1. 訪問介護事業における組織形態について

事業所の組織形態は「営利法人」が 211 ヶ所 (47.0%) と高く、次いで「社会福祉協議会」92 ヶ所 (20.5%)、「社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）」59 ヶ所 (13.1%) となっている。

図表 1－1 訪問介護事業における組織形態 (S A : 事業所数)

事業所数	地方公共団体	一部事務組合・広域連合	社会福祉協議会	社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）	医療法人	公益法人	農業協同組合及び連合会	消費生活協同組合及び連合会	営利法人（会社）	特定非営利活動法人（NPO）	企業組合	その他
n=449	10 2.2%	0 20.5%	92 13.1%	59 6.2%	28 0.7%	3 0.4%	2 0.4%	1 0.2%	211 47.0%	29 6.5%	3 0.7%	11 2.5%

### 2. サービス付高齢者向け住宅との関わりについて

#### (1) 訪問介護事業における高齢者向け住宅の併設状況について

高齢者向け住宅との併設は回答された事業所のうち 88 ヶ所 (19.6%) という結果となった。札幌市および振興局ごとの状況については、札幌市と上川地区では併設されている事業所が約 3 割となっている。

図表 2－1 訪問介護事業における高齢者向け住宅の併設状況 (平成 24 年 10 月 1 日現在)

(S A : 事業所数)

地区	事業所数	併設されている	併設されていない
札幌	n=119	35 29.4%	84 70.6%
石狩	n=29	5 17.2%	24 82.8%
渡島	n=43	1 2.3%	42 97.7%
桧山	n=5		5 100.0%
後志	n=28	2 7.1%	26 92.9%
空知	n=28	5 17.9%	23 82.1%
上川	n=59	19 32.2%	40 67.8%
留萌	n=5	2 40.0%	3 60.0%
宗谷	n=7		7 100.0%
オホーツク	n=36	9 25.0%	27 75.0%
胆振	n=26	5 19.2%	21 80.8%
日高	n=13		13 100.0%
十勝	n=30	2 6.7%	28 93.3%
釧路	n=14	2 14.3%	12 85.7%
根室	n=7	1 14.3%	6 85.7%
全体	n=449	88 19.6%	361 80.4%

【参考】サービス付き高齢者向け住宅設置状況(H 24.12 現在)		
地区	件数	割合
札幌	60	46.5%
石狩	11	8.5%
渡島	16	12.4%
桧山	0	0.0%
後志	5	3.9%
空知	10	7.8%
上川	8	6.2%
留萌	0	0.0%
宗谷	1	0.8%
オホーツク	5	3.9%
胆振	7	5.4%
日高	0	0.0%
十勝	4	3.1%
釧路	2	1.6%
根室	0	0.0%
合計	129	100.0%

## (2)訪問介護事業におけるサービス付高齢者向け住宅の設置場所について

サービス付き高齢者住宅の設置場所については、同一建物内が 72 カ所（87.8%）という結果となった。

図表 2－2 訪問介護事業におけるサービス付高齢者向け住宅の設置場所（平成 24 年 10 月 1 日現在）  
(S A : 事業所数)

併設されている 事業所数	同一建物内	同一敷地内
n=82	72 87.8%	10 12.2%

※無回答：6 事業所

## 3. 訪問介護員の人数について

訪問介護員の人数については、1 事業所あたりの平均が常勤専従 3.5 人、常勤兼務 2.2 人、非常勤職員 10.6 人という結果となった。

平成 23 年 9 月（1 ヶ月間）と平成 24 年 9 月（1 ヶ月間）の比較については、実人員数・常勤換算数ともにほとんど変化が見られなかった。

図表 3－1 平成 23 年 9 月（1 ヶ月間）と平成 24 年 9 月（1 ヶ月間）の訪問介護員（管理者・サービス提供責任者等を含む）の人数

（有効回答 n=327）

項目		平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	（人）
常勤職員	専従	1,106	1,129	
	平均人数	3.4	3.5	
	兼務	728	725	
	実人員数	2.2	2.2	
非常勤職員	常勤換算数	591.7	585.4	
	平均人数	1.8	1.8	
非常勤職員	実人員数	3,418	3,451	
	平均人数	10.5	10.6	
	常勤換算数	1,244.6	1,272.6	
	平均人数	3.8	3.9	

## 4. 1 ヶ月間の収支状況の変化について

収支の変化については、平成 23 年 9 月（1 ヶ月間）と平成 24 年 9 月（1 ヶ月間）を比較し、売上高（-0.7%）、事業活動収支差額（-2.2%）、非常勤の訪問介護員の人工費（-6.2%）の 3 項目全てに減少が見られた。売上高・事業活動収支差額（売上総利益）に対し非常勤の訪問介護員の人工費の落ち込みが大きい。

図表 4－1 平成 23 年 9 月（1 ヶ月間）と平成 24 年 9 月（1 ヶ月間）の収支状況

（有効回答 n=232）

項目	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月	増減率
売上高	672544	667817	-0.7%
	平均金額	2898.9	2878.5
事業活動収支差額	271813	265745	-2.2%
	平均金額	1171.6	1145.5
非常勤の訪問介護員の人工費	250891	235300	-6.2%
	平均金額	1081.4	1014.2

## 5. サービスの提供状況について

### (1) 1ヶ月間の訪問介護の提供状況について

サービス提供状況については、平成 23 年 9 月（1ヶ月間）と平成 24 年 9 月（1ヶ月間）を比較し、利用者実人員数は増え（+ 221 人）、訪問回数合計は増え（+ 8,548 回）、訪問時間合計は減った（- 36,505 時間）。

利用者一人あたりについては、訪問回数は増え（+ 0.4 回）、訪問時間は減り（- 3.7 時間）、1 回あたりの訪問時間は減った（- 0.3 時間）。

要介護度ごとにおける利用者一人あたりの結果は、要介護 1・2 は訪問回数がほぼ横ばいであるが、訪問時間は減っている。要介護 3～4 においては訪問回数が増え、訪問時間及び 1 回あたりの訪問時間が減り、要介護 5 は訪問回数・訪問時間がともに増える結果となった。

図表 5－1 平成 23 年 9 月（1ヶ月間）と平成 24 年 9 月（1ヶ月間）のサービス提供状況  
(n=356)

		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	全体
平成 23 年 9 月	利用者実人員数（人）	4,210	3,367	1,484	1,014	829	10,904
	平均人数	38.6%	30.9%	13.6%	9.3%	7.6%	
		11.8	9.5	4.2	2.8	2.3	
	訪問回数合計（回）	43,948	49,453	34,314	29,122	27,365	184,202
	平均回数	23.9%	26.8%	18.6%	15.8%	14.9%	
		123.4	138.9	96.4	81.8	76.9	
	訪問時間合計（時間）	58,491	67,880	35,753	30,671	25,201	217,996
	平均時間	26.8%	31.1%	16.4%	14.1%	11.6%	
		164.3	190.7	100.4	86.2	70.8	
平成 24 年 9 月	利用者実人員数（人）	4,445	3,420	1,432	1,011	817	11,125
	平均人数	40.0%	30.7%	12.9%	9.1%	7.3%	
		12.5	9.6	4.0	2.8	2.3	
	訪問回数合計（回）	45,815	49,893	36,369	30,881	29,792	192,750
	平均回数	23.8%	25.9%	18.9%	16.0%	15.5%	
		128.7	140.1	102.2	86.7	83.7	
	訪問時間合計（時間）	52,910	49,736	30,064	23,154	25,627	181,491
	平均時間	29.2%	27.4%	16.6%	12.8%	14.1%	
		148.6	139.7	84.4	65.0	72.0	
	1 人あたりの訪問回数(回)	10.3	14.6	25.4	30.5	36.5	17.3
	1 人あたりの訪問時間(時間)	11.9	14.5	21.0	22.9	31.4	16.3
	1 回あたりの訪問時間(時間)	1.2	1.0	0.8	0.7	0.9	0.9
	平成 23 年 9 月からの利用者数の増減率	5.6%	1.6%	-3.5%	-0.3%	-1.4%	2.0%
	平成 23 年 9 月からの訪問回数の増減率	4.2%	0.9%	6.0%	6.0%	8.9%	4.6%
	平成 23 年 9 月からの訪問時間の増減率	-9.5%	-26.7%	-15.9%	-24.5%	1.7%	-16.7%

※利用者なし：5 事業所、無回答：88 事業所

### (2) サービス区分別の提供状況について

サービス区分ごとの変化については、平成 23 年 9 月（1ヶ月間）と平成 24 年 9 月（1ヶ月間）を比較したところ、身体介護は訪問回数合計・訪問時間合計ともが増加し、生活援助は、訪問回数合計・訪問時間合計とも減少している。身体・生活については、それぞれ若干であるが訪問回数合計が減少し、訪問時間合計が増加する結果を示した。一回あたりの訪問時間については 1 年前と比較し、いずれも減少していた。

図表 5－2 平成 23 年 9 月（1ヶ月間）と平成 24 年 9 月（1ヶ月間）のサービス区分別提供状況  
(n=372)

		身体介護	身体・生活	生活援助	合 計
平成 23 年 9 月	訪問回数合計（回）	96,382	37,661	52,148	186,191
		51.8%	20.2%	28.0%	
	訪問時間合計（時間）	66,817	55,277	59,275	181,369
平成 24 年 9 月		36.8%	30.5%	32.7%	
	1 回あたりの訪問時間	0.7	1.5	1.1	1.0
	訪問回数合計（回）	102,648	37,417	52,519	192,584
		53.3%	19.4%	27.3%	
	訪問時間合計（時間）	64,397	52,728	50,102	167,227
		38.5%	31.5%	30.0%	
	1 回あたりの訪問時間	0.6	1.4	1.0	0.9
	平成 23 年 9 月からの訪問回数の増減率	6.5%	-0.6%	0.7%	3.4%
	平成 23 年 9 月からの訪問時間の増減率	-3.6%	-4.6%	-15.5%	-7.8%

※利用者なし：5 事業所、無回答：72 事業所

### (3)利用者の所在について

利用者の所在については、平成 23 年 9 月（1 ヶ月間）と平成 24 年 9 月（1 ヶ月間）を比較し、A「一戸建て、又は公営住宅や民間の賃貸住宅等に居住している利用者」が 84.8%（- 0.4%）、B「事業所に併設または関連グループの住宅に居住している利用者」が 12.6%（+ 0.3%）という結果となった。札幌市および振興局ごとの結果については、石狩地区、上川地区で B-1「事業所の敷地内に居住している利用者」が目立って増加傾向を示した。

図表 5-3-① 平成 23 年 9 月（1 ヶ月間）と平成 24 年 9 月（1 ヶ月間）の地区別利用者の所在

（n=374）

（人）

	札幌	石狩	渡島	檜山	後志	空知	上川	留萌	宗谷	網走	胆振	日高	十勝	釧路	根室	合計
平成 23 年 9 月	A. 一戸建て、又は公営住宅や民間の賃貸住宅等に居住している利用者	2,319	860	1,085	124	863	581	843	193	97	832	515	297	491	551	211 9,862
		84.0%	93.3%	88.1%	100.0%	91.7%	85.9%	72.0%	86.9%	77.6%	88.5%	74.2%	85.6%	80.5%	91.5%	99.1% 85.2%
	B. 事業所に併設または関連グループの住宅に居住している利用者	371	50	138		42	91	327	29	28	98	80	35	93	37	2 1,421
		13.4%	5.4%	11.2%		4.5%	13.5%	27.9%	13.1%	22.4%	10.4%	11.5%	10.1%	15.2%	6.1%	0.9% 12.3%
	B-1. 事業所の敷地内に居住している利用者	284	45	89		33	91	225	29	28	81	57	24	90	37	2 1,115
		10.3%	4.9%	7.2%		3.5%	13.5%	19.2%	13.1%	22.4%	8.6%	8.2%	6.9%	14.8%	6.1%	0.9% 9.6%
	B-2. 事業所の敷地外に居住している利用者	87	5	49		9		102				17	23	11	3	306
		3.1%	0.5%	4.0%		1.0%	0.0%	8.7%				1.8%	3.3%	3.2%	0.5%	2.6%
	C. その他	72	12	8		36	4	1				10	99	15	26	14 297
		2.6%	1.3%	0.6%		3.8%	0.6%	0.1%				1.1%	14.3%	4.3%	4.3%	2.3% 2.6%
平成 24 年 9 月	A + B + C (利用者実人員数)	2,762	922	1,231	124	941	676	1,171	222	125	940	694	347	610	602	213 11,580
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0% 100.0%
	A. 一戸建て、又は公営住宅や民間の賃貸住宅等に居住している利用者	2,402	814	1,088	107	890	558	848	199	104	849	507	320	469	577	203 9,935
		84.0%	90.1%	91.0%	100.0%	92.1%	85.1%	70.4%	85.4%	79.4%	87.7%	75.3%	85.3%	76.5%	91.3%	99.5% 84.8%
	B. 事業所に併設または関連グループの住宅に居住している利用者	398	75	100		40	91	356	34	27	106	62	41	114	34	1 1,479
		13.9%	8.3%	8.4%		4.1%	13.9%	29.6%	14.6%	20.6%	11.0%	9.2%	10.9%	18.6%	5.4%	0.5% 12.6%
	B-1. 事業所の敷地内に居住している利用者	290	61	87		31	91	262	34	27	86	42	25	91	34	1 1,162
		10.1%	6.8%	7.3%		3.2%	13.9%	21.8%	14.6%	20.6%	8.9%	6.2%	6.7%	14.8%	5.4%	0.5% 9.9%
	B-2. 事業所の敷地外に居住している利用者	108	14	13		9		94			20	20	16	23		317 2.7%
		3.8%	1.6%	1.1%		0.9%	0.0%	7.8%			2.1%	3.0%	4.3%	3.8%		
	C. その他	49	14	7		36	7				11	104	14	30	21	293 2.5%
		1.7%	1.6%	0.6%		3.7%	1.1%				1.1%	15.5%	3.7%	4.9%	3.3%	
	A + B + C (利用者実人員数)	2,860	903	1,195	107	966	656	1,204	233	131	968	673	375	613	632	204 11,720
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0% 100.0%

※利用者なし：5 事業所、無回答：70 事業所

図表 5-3-② 平成 23 年 9 月（1 ヶ月間）と平成 24 年 9 月（1 ヶ月間）のサービス付高齢者向け住宅が併設されている事業所における利用者の所在

（n=62）

（人）

	平成 23 年 9 月	平成 24 年 9 月
A.	885	961
一戸建て、又は公営住宅や民間の賃貸住宅等に居住している利用者	55.6%	49.1%
B.	699	752
事業所に併設または関連グループの住宅に居住している利用者	43.9%	50.6%
B-1. 事業所の敷地内に居住している利用者	620	702
	39.0%	46.6%
B-2. 事業所の敷地外に居住している利用者	79	50
	4.9%	4.0%
C. その他	7	7
	0.4%	0.3%
A + B + C (利用者実人員数)	1,591	1,720
	100.0%	100.0%

※利用者なし：2 事業所、無回答：24 事業所

(4)敷地外居住者の場合の事業所から利用者宅への移動時間と距離について

訪問介護事業所から利用者宅への移動時間と距離（片道）については 297 事業所から回答があり、各事業所ごと車で最も移動時間がかかるケースの平均移動時間は 24 分、その平均移動距離は 14.2km という結果となった。各振興局ごとの結果については、札幌市や石狩地区など比較的都市部であっても最も移動時間がかかるケースは片道 20 分を超えており、全体を通して片道 30 分以上の移動時間ケースを持つ事業所は 36%、片道 15 km 以上の移動距離ケースを持つ事業所は 39.8% あることが確認された。サービス付き高齢者向け住宅併設事業所については、車で最も移動時間がかかるケースの平均移動時間は 23 分、その平均移動距離は 13.1km という結果となった。北海道という土地柄、移動時間がかかっていることが予想されるが、この結果と介護給付費の設定については、さらなる検討が必要と思われる。

図表 5－4－① 車で最も移動時間がかかるケースの移動時間と移動距離の平均と最大値（平成 24 年 9 月時点）

地区	事業所数	移動時間 の最大値 (分)	平均移動 時間(分)	移動距離 の最大値 (km)	平均移動 距離(km)
札幌	n=57	60	27	36	10.2
石狩	n=21	70	22	35	12.0
渡島	n=33	40	26	35	14.1
桧山	n=4	30	25	23	18.0
後志	n=20	50	21	30	14.8
空知	n=23	30	21	25	12.4
上川	n=33	50	24	50	13.0
留萌	n=5	45	17	35	14.3
宗谷	n=4	30	22	30	22.8
オホーツク	n=26	45	20	50	15.8
胆振	n=20	60	26	53	16.1
日高	n=11	40	24	38	19.0
十勝	n=23	50	23	40	14.6
釧路	n=11	50	32	45	23.9
根室	n=6	30	25	30	23.2
全体	n=297	70	24	53	14.2

図表 5－4－② 車で最も移動時間がかかるケースの移動時間（平成 24 年 9 月時点） (SA : 事業所数)

事業所数	10 分未満	10 分以上 20 分未満	20 分以上 30 分未満	30 分以上 40 分未満	40 分以上 50 分未満	50 分以上 60 分未満	60 分以上
n=297	10 3.4%	75 25.3%	105 35.4%	72 24.2%	24 8.1%	6 2.0%	5 1.7%

図表 5－4－③ 車で最も移動時間がかかるケースの移動距離（平成 24 年 9 月時点） (SA : 事業所数)

事業所数	5km 未満	5km 以上 10km 未満	10km 以上 15km 未満	15km 以上 20km 未満	20km 以上 25km 未満	25km 以上 30km 未満	30km 以上 35km 未満	35km 以上 40km 未満	40km 以上
n=297	20 6.7%	70 23.6%	89 30.0%	54 18.2%	26 8.8%	10 3.4%	11 3.7%	8 2.7%	9 3.0%

図表 5－4－④ サービス付き高齢者向け住宅の設置状況別の車で最も移動時間がかかるケースの移動時間と距離の平均と最大値（平成 24 年 9 月時点）

項目	事業所数	移動時間 の最大値 (分)	平均移動 時間(分)	移動距離 の最大値 (km)	平均移動 距離(km)
併設されている	n=33	60	23	53.0	13.1
併設されていない	n=264	70	24	50.0	14.4
全体	n=297	70	24	53.0	14.2

## II. 生活援助サービスの内容とかかる時間について

### 6. 各訪問介護事業所による要介護度別の生活援助を最も多く利用している利用者の状況について

生活援助単体でサービス受けている利用者は、介護度が軽度なほど利用が高く、また独居も多いことからヘルパー支援の必要性が窺える結果となった。

比例して、介護度が高い利用者ほど家族同居で支援者が得られる率も高くなっている。

図表6-1-① 平成24年9月(1ヶ月間)の要介護度別生活援助利用者の状況  
(n=449)

該当者:有	該当者:無	無回答	(M A : 事業所数)				
			独居	同居	支援者有		
					支援者無	無回答	無回答
要介護1	375 83.5%	223 59.5%	109 29.1%	58 53.2%	48 44.0%	3 2.8%	43 11.5%
要介護2	363 80.8%	218 60.1%	90 24.8%	52 57.8%	29 32.2%	9 10.0%	55 15.2%
要介護3	250 55.7%	128 51.2%	85 34.0%	56 65.9%	21 24.7%	8 9.4%	37 14.8%
要介護4	174 38.8%	74 42.5%	72 41.4%	50 69.4%	17 23.6%	5 6.9%	28 16.1%
要介護5	111 24.7%	42 37.8%	46 41.4%	39 84.8%	4 8.7%	3 6.5%	23 20.7%
							62 12 13.8% 2.7%
							74 12 16.5% 2.7%
							186 13 41.4% 2.9%
							262 13 58.4% 2.9%
							322 16 71.7% 3.6%

サービス内容別にみると、どの介護度者も1回あたりのサービス提供時間がかかるものとして、「一般的な調理・配下膳」、「掃除」、「買い物・薬の受け取り」、「洗濯」が上位を占めている。

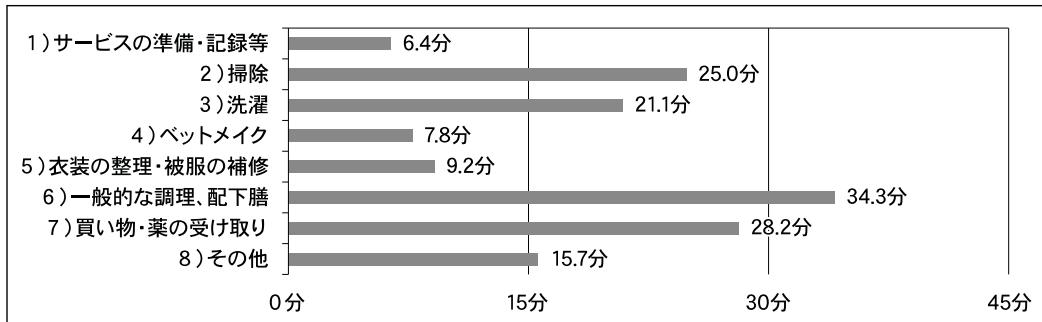
図表6-1-② 平成24年9月(1ヶ月間)の家族状況別サービス提供状況  
(n=412)

	1)サービスの準備・記録等	2)掃除	3)洗濯	4)ベッドメイク	5)衣類の整理・被服の補修	6)一般的な調理・配下膳	7)買い物・薬の受け取り	(M A : 回答数)	
								8)その他	
全体	平均時間	974 6.4	1,057 25.0	676 21.1	532 7.8	325 9.2	653 34.3	479 28.2	372 15.7
		548 6.2	605 24.8	424 21.0	319 7.6	188 9.0	340 33.9	293 28.5	148 12.6
独居	平均時間	289 6.6	301 26.0	155 18.1	131 7.8	75 9.6	240 34.6	125 25.8	59 15.9
		137	151	97	82	62	73	61	38

※要介護1～5を統合

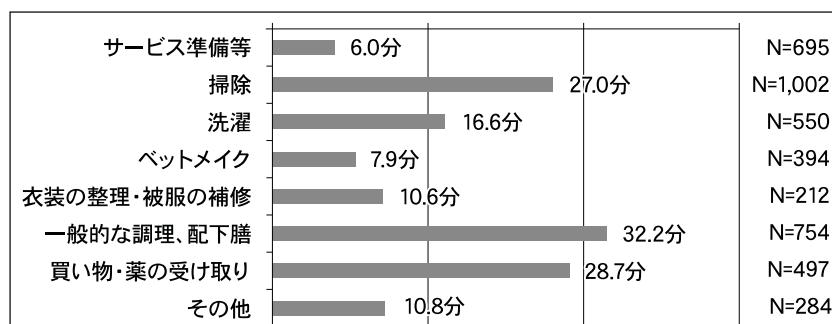
参考資料「生活援助の行為ごとの平均サービス提供時間」は平成24年度の介護報酬改定前に国が時間短縮の根拠としたサービス提供時間であり、図表6-1-③は今回の調査結果である。これらを比較すると、「洗濯」、「一般的な調理・配下膳」、「その他」については、今回の調査結果のほうが国が提示した提供時間よりも長かった。なお、その他の内訳として、ごみ出し、ポータブルトイレの洗浄、デイサービスへ出かける準備、服薬状況の確認、20分に満たない身体介護などの回答が上位を占めていた。

図表 6-1-③ 平成 24 年 9 月（1 ヶ月間）の生活援助サービスの内容ごとの 1 回あたりの平均提供時間



※要介護 1～5 を統合

参考資料 生活援助の行為ごとの平均サービス提供時間



(資料出所) 株式会社 EBP 「訪問サービスにおける提供体制に関する調査研究事業」(平 23 年度厚生労働省老人保健推進等事業)

サービス内容の平均提供時間から見て、掃除・洗濯・調理のように生活に必須とされるサービス内容は支援者の有無によって変わりはない。また、支援者有の場合でも、掃除・洗濯、調理に関しては、他のサービス内容より提供時間が長くなっている。これらの生活動作は体力、気力の必要なものであることから支援者の高齢化が窺える。なお、本調査の結果を基に実施したヒアリング調査でも支援者の高齢化が課題となっていた。

図表 6-1-④ 平成 24 年 9 月（1 ヶ月間）の同居の場合の家族支援状況別サービス提供状況

	1) サービスの準備・記録等	2) 掫除	3) 洗濯	4) ベッドメイク	5) 衣類の整理・被服の補修	6) 一般的な調理、配下膳	7) 買い物・薬の受け取り	8) その他	(M A : 回答数)
全体 平均時間	289	301	155	131	75	240	125	59	
	6.6	26.0	18.1	7.8	9.6	34.6	25.8	15.9	
支援者有 平均時間	179	184	83	79	40	148	60	34	
	6.9	28.2	20.1	7.4	7.8	36.4	25.4	18.6	
支援者無 平均時間	90	97	61	46	31	75	60	25	
	6.1	21.4	15.8	8.6	12.5	32.7	26.9	11.8	
無回答	20	20	11	6	4	17	5	0	

※要介護 1～5 を統合

### III. 身体介護・生活援助の時間区分の見直しによる変化について

#### 7. 身体介護の時間区分「20分未満」の算定状況について

20分未満を算定している事業所は約1割となっている。

図表7-1 身体介護「20分未満」の算定状況（平成24年4月～9月）  
(S A : 事業所数)

事業所数	算定した	算定していない	無回答
n=449	46 10.2%	346 77.1%	57 12.7%

#### 8. 報酬改定前後の生活援助サービス提供状況について

##### (1)生活援助が中心の利用者に対する報酬改定前後のサービス提供状況の変更について

改定後、「従来どおり変更なし」が最も多く、41.4% 次いで「提供時間を減らしたが、訪問回数は変わらない」が39.5%を占めた。「提供時間を減らし、訪問回数を増やした」と「提供時間・訪問回数を増やした」を合わせても、改定後回数増となったのは全体の1割程度となっており、全体の約5割が今回の改正で時間短縮となっている。

図表8-1 平成24年3月時点で生活援助を中心に提供していた利用者への報酬改定後のサービスの変更内容  
(n=366)

項目	事業所数	利用者数 (人)
1) 変更なし（従来どおり）	271	2,244 41.4%
2) 提供時間を減らし、訪問回数を増やした	137	393 7.3%
3) 提供時間を減らしたが、訪問回数は変わらない	233	2,137 39.5%
4) 提供時間、訪問回数ともに減らした	34	150 2.8%
5) 提供時間、訪問回数を増やした	44	174 3.2%
6) サービスの利用 자체を中止した	20	47 0.9%
7) その他	44	270 5.0%
合計	783	5,415 100%

(2)時間区分変更によってサービス提供状況に顕著な変更があった事例について

図表8－2 時間区分変更によってサービス提供状況に顕著な変更があった事例  
(n=112)

	訪問回数		内 容
事例 1	改定前	60 分	買い物代行後、掃除支援を行なっていた。
	改定後	45 分 2回	買い物と掃除支援に分け、会話の時間が増えた。
事例 2	改定前	90 分	本人の体調確認、居室掃除、台所の片付けを行なっていた。
	改定後	60 分	洗面所・トイレの掃除は本人がするようになった。 →本人は妻の介護を担っており、体調が悪化した。思うように妻の介護を担えない事から、精神面での不安定さが見られる。
事例 3	改定前	90 分	調理中心で買い物・掃除・洗濯を組み合わせて行なっていた
	改定後	60 分	調理のみで時間がいっぱい買い物に行く時間が取れず、本人が片道60分かけて行く事となり、負担となっている。 →増回すると支援内容が手厚くなり本人の負担が軽くなるが、利用料も負担となるため、増回できない。
事例 4	改定前	90 分	体調確認後、買い物・掃除支援
	改定後	60 分 2回	買い物と掃除と分けてサービス →年金生活で、2回に分けて行なう事になり、負担が増加して家計が圧迫されていくと考えられる
事例 5	改定前	90 分	食事準備や買い物をしていた
	改定後	60 分	食事準備の時間足りず、惣菜などに切り替えた
事例 6	改定前	90 分 1回	体調確認・服薬促し確認・調理及びセッティング・排泄処理、残りの時間で掃除を行なっていた。
	改定後	60 分 6回	
	改定後	45 分 7回	援助内容は同様、時間短くなった事でコミュニケーションが図り難くなつた。
事例 7	改定前	90 分	掃除・買い物・調理・食事促し見守り・服薬確認 認知症ケアを時間の範囲内で行なうことができていた。
	改定後	60 分	掃除・買い物・調理は、効率化を図る事が出来たが、食事が終了するまで居れなくなり完食出来ない事が増えた。時間に余裕が無くなり快適な認知症ケアが出来ない。身体生活にすると限度額オーバーとなる。
事例 8	改定前	120 分 (身体3生活1)	排泄介助、意欲の引き出し、食事介助、口腔ケア、残り時間で寝室掃除機掛けとトイレ掃除を行なっていた。
	改定後	140 分 (身体4生活1)	トイレ掃除は次男が対応する事となった。時間も短縮となった事で、一人でいる時間が増える事に対して不安感となり、身体介護を30分増やした。 →次男への家事負担が増えた。さらに時間短縮されたことで一人でいる時間を増やさないために、身体介護の時間を増やした。そのため、利用単位数が増え、元度額超えて自己負担額が発生している。
事例 9	改定前	120 分	買い物後、調理を一緒に行う。
	改定後	120分と45分で 回数増	慣れた日課は行えるが、日常生活のリズムが変わると精神的に不安定になる。訪問時間が短くなつたため、ヘルパーの対応も窮屈な状態になつた。
事例 10	改定前	90 分 3回 60 分 1回	買い物・調理を中心に時間を見て洗濯・掃除等状況に応じて実施
	改定後	60 分 3回 45 分 1回	買い物・調理ができなくなつた。出前を利用して。掃除や洗濯も不十分で会話の時間がとれず、精神的な不安定が見られた。
事例 11	改定前	90 分	本人のペースに合わせて家事作業を共に行うようになっていたが、時間はギリギリ
	改定後	45 分 回数増	毎日の見守りができ、家族の安心は得られたが、より時間に追われるようになり、本人に寄り添ったサービスの提供が難しくなつた。 →介護保険制度本来の目的と、実際の訪問介護サービスの現状に大きな相違があり、サービス内容・時間・報酬とも厳しいと感じる。
事例 12	改定前	60 分 (身1生1)+【夫】 生活援助 60 分 1日 2回	生活援助全般、排泄介助、服薬確認など
	改定後	身体20分+ 【夫】生活援助 45分 1日 3回	認知症進行のため、増回。その日の状況で、時間延長し生活援助70分で対応する。 →認知症世帯で2人ともその日によって状態に波あり、時間通りにサービスが進行しない。報酬改正前は、生活援助の時間に幅があり柔軟に対応できたが、法改正後の90分から70分の時間減は大きい。与えられた時間内で精神的に不安定な2人の対応等に追われ、生活支援全般、排泄介助、便失禁処理、服薬確認等を複合的に行っており、レベル低下した時のプランの見直しも時間減の壁は大きく、現場ヘルパーは業務を残して帰る事もできず、サービス残業をしている。

※無回答：9事業所

(3)報酬改定前（平成 23 年 9 月）と改定後（平成 24 年 9 月）の時間区分について

報酬改定前は、60 分未満と 60 分以上でそれほど大差なく、半々で対応していたのが、改定後は 45 分以上が 7 割を超える結果となった。

図表 8－3 平成 23 年 9 月(1 ヶ月間)と平成 24 年 9 月(1 ヶ月間)の生活援助の時間区分別訪問回数と訪問時間  
(n=316)

時間区分	事業所数	訪問回数		訪問時間	
		合計回数 (回)	割合	合計時間 (時間)	割合
報酬改定前 (平成 23 年 9 月)	30 分以上 60 分未満	269	57.3%	27, 979	46.8%
	60 分以上	251	42.7%	31, 755	53.2%
	合計	520	100.0%	59, 734	100.0%
報酬改定後 (平成 24 年 9 月)	20 分以上 45 分未満	224	28.9%	11, 625	22.9%
	45 分以上	302	71.1%	39, 132	77.1%
	合計	526	100.0%	50, 757	100.0%

## IV. 訪問介護における通院介助について

### 9. 通院介助のサービス提供状況について

#### (1)通院介助のサービス提供について

通院介助サービスについて、提供している事業所が 283 事業所 63.0% となっている。

図表 9－1 通院介助のサービス提供状況（平成 24 年 9 月時点）  
(SA : 事業所数)

事業者数	提供している	提供していない
n=443	283 63.0%	160 35.6%

※無回答：6 事業所

#### (2)通院介助のサービス提供時間について

1 回あたりの提供時間数が一番短いところで札幌地区の 34.2 分、最も長いところで根室地区の 121.9 分となっており、自宅から病院までの道のり等地域性に要因することと、実際は長時間派遣していても算定上短時間しか認められないケースも郡部の数字から読み取れる。また、介護タクシー等の社会資源が乏しい地域では、1 ヶ月間の提供回数も多く、ヘルパーにその役割が求められているとも考えられる。

図表 9－2 通院介助のサービス提供時間（平成 24 年 9 月時点）

地区	事業所数	1 事業所あたりの 平均提供回数（回）	1 回あたりの提供 時間（分）
札幌	n=59	14.4	34.2
石狩	n=13	31.6	43.0
渡島	n=34	28.1	57.2
桧山	n=4	25.0	99.2
後志	n=18	54.5	78.0
空知	n=15	8.7	62.5
上川	n=33	20.8	64.4
留萌	n=2	37.0	82.7
宗谷	n=5	7.6	84.1
オホーツク	n=24	46.5	58.6
胆振	n=16	25.9	50.2
日高	n=8	48.8	84.9
十勝	n=10	6.9	101.5
釧路	n=11	71.5	52.5
根室	n=5	23.6	121.9
全体	n=257	27.7	47.9

## V. 他職種との連携について

### 10. 生活機能向上連携加算の状況について

#### (1)生活機能向上連携加算の届け出状況について（平成24年4月～9月の間）

生活機能向上連携加算は、約9割以上の事業所で届出ていない。

図表10-1 生活機能向上連携加算の届出状況（平成24年4月～9月の間）  
(S A : 事業所数)

事業所数	届け出ている	届け出ていない
n=435	32 7.4%	403 92.6%

※無回答：14事業所

#### (2)生活機能向上連携加算を届け出でない理由について

届け出をしていない事業所の「届け出ない理由」は、「該当するケースがない」が最も多く74.4%、次いで「近くに訪問リハ事業所がない」14.6%である。

「業務負担が多くなるため」は7.2%と少数であり、届け出をしないのは、訪問リハビリテーション事業所がなく連携が困難であるなど所在地による不可抗力の理由といえる。

図表10-2-① 生活機能向上連携加算の届出をしていない理由

(n=403)

(M A : 事業所数)

項目	事業所数	割合
該当するケースがないため	300	74.4%
近くに連携する指定訪問リハビリテーション事業所がないため	59	14.6%
指定訪問リハビリテーション事業所との連携が困難なため	34	8.4%
業務負担が多くなるため	29	7.2%
加算される報酬が少ないため	16	4.0%
その他	20	5.0%

図表10-2-②

「近くに連携する指定訪問リハビリテーション事業所がないため」地区別内訳

(n=59)

地区別	事業所数	割合
札幌	10	16.9%
石狩	4	6.8%
渡島	4	6.8%
檜山	2	3.4%
後志	4	6.8%
空知	8	13.6%
上川	2	3.4%
留萌	4	6.8%
宗谷	1	1.7%
オホーツク	7	11.9%
胆振	2	3.4%
日高	6	10.2%
十勝	4	6.8%
釧路	-	-
根室	1	1.7%
合計	59	100.0%

【参考】道内の指定訪問リハビリテーション事業所数  
(平成24年9月30日現在)

地区別	事業所数	割合
札幌	17	21.3%
石狩	5	6.3%
渡島	6	7.5%
檜山	1	1.3%
後志	2	2.5%
空知	1	1.3%
上川	13	16.3%
留萌	1	1.3%
宗谷	1	1.3%
オホーツク	10	12.5%
胆振	5	6.3%
日高	1	1.3%
十勝	10	12.5%
釧路	6	7.5%
根室	1	1.3%
合計	80	100.0%

(3)リハビリテーション専門職との連携が必要と思われるケースの連携状況について

上記(2)の質問に関連して、ここでも半数以上が「該当するケースがない」としている。該当者を有しているとみられる162の事業所を母数として連携の状況をみると、「十分に連携が図られている」と「おおむね連携が図られている」で6割を超えており、連携が図られていないとしているのは約2割であった。

図表10－3 リハビリテーション専門職との連携が必要と思われるケースの連携状況

(S A : 事業所数)

地区別	事業所数	該当する ケースがな い	十分に連携 が図られ ている	おおむね連 携が図られ ている	ほとんど連 携が図られ ていない	全く連携が 図られてい ない	その他
札幌	n=102	55 53.9%	5 4.9%	27 26.5%	8 7.8%	6 5.9%	1 1.0%
石狩	n=25	13 52.0%		8 32.0%	3 12.0%		1 4.0%
渡島	n=37	24 64.9%	1 2.7%	9 24.3%	3 8.1%		
檜山	n=4	1 25.0%		2 50.0%	1 25.0%		
後志	n=24	19 79.2%	2 8.3%	1 4.2%		2 8.3%	
空知	n=25	17 68.0%	2 8.0%	4 16.0%		1 4.0%	1 4.0%
上川	n=56	32 57.1%	6 10.7%	13 23.2%	1 1.8%	1 1.8%	3 5.4%
留萌	n=4	3 75.0%		1 25.0%			
宗谷	n=6	4 66.6%		1 16.7%			1 16.7%
オホーツク	n=30	18 60.0%		8 26.7%	3 10.0%		1 3.3%
胆振	n=22	11 50.0%		6 27.4%	3 13.6%	1 4.5%	1 4.5%
日高	n=12	8 66.7%		1 8.3%	2 16.7%	1 8.3%	
十勝	n=27	14 51.9%	1 3.7%	5 18.5%	4 14.8%	1 3.7%	2 7.4%
釧路	n=13	6 46.2%	1 7.7%	5 38.4%			1 7.7%
根室	n=5	5 100.0%					
合計	n=392	230 58.7%	18 4.6%	91 23.2%	28 7.1%	13 3.3%	12 3.1%

※無回答：57事業所

#### (4)リハビリテーション専門職との連携が図られていない主な理由について

連携が図られていない主な理由では、回答事業所 41ヶ所のうち 4割は「担当者が誰かわからないことがある」、2割は「担当者の電話番号等連絡先・手段がわからないことがある」であり、事業所間の連絡体制がスムーズではない様子がうかがえる。

自由記述からこの点を探ると、「指定訪問リハビリテーション事業所」が同法人である場合やリハビリ担当者も入りケース会議を行っている場合には連携がうまくとれているようである。

図表 10－4 リハビリテーション専門職との連携が図られていない主な理由  
(n=41) (M A : 事業所数)

項目	事業所数	割合
担当者が誰かわからないことがある	16	39.0%
担当者の電話番号等連絡先・手段がわからないことがある	9	22.0%
担当者が多忙で連絡しても会えないことがある	4	9.8%
担当者が必要な情報を提供してくれないことがある	5	12.2%
その他	18	43.9%

なお、「指定訪問リハビリテーション事業所」の法人種別をみると 80ヶ所のうち、「指定訪問リハビリテーション事業所」社会医療法人、医療法人が 7割、その他は町立健康保険病院、個人診療所などである。訪問介護に限らず他のサービスでも同様であるが、「指定訪問リハビリテーション事業所」の開設主体である医療関係機関との連携のあり方が課題と思われる。

社団法人日本理学療法士協会、同作業療法士協会、一般社団法人日本言語聴覚士協会が平成 22年に実施した調査（全国のケアマネージャー 1,388 の回答）からは以下のことが報告されている。

ケアプラン作成の際に 9割以上のケアマネージャーがリハビリテーションサービスを重視している。リハビリテーション必要者への適切な導入は「あまりできていない」が多く 39.5%、導入が適切にできていない理由は「地域の訪問リハビリテーションサービスが少ない（ない）から」が多く 74.4% に上る。

リハビリテーションサービス円滑導入のために必要な施策では「訪問リハビリテーションサービスが近くにある」が多く 67.1%、「リハビリテーション関係者との綿密なカンファレンス」42.1%、「訪問リハビリテーションについて相談できる窓口・相手」41.4% となっている。（複数回答）

訪問リハビリテーションサービスの供給が不十分であり、通所系のリハビリで代用しているのが現状と言える。

平成 24 年度介護報酬改定の重点事項の一つに「24時間定期巡回・随時対応サービスなどの在宅サービスや、リハビリテーションなど自立支援型サービスの強化を図る」ことが挙げられていた。早急に改善されることが望まれるものである。

## (5)リハビリテーション専門職との連携で工夫していることについて

図表 10－5 リハビリテーション専門職との連携で工夫していること

ケアマネを通じて、訪問リハを行なっている。同じ担当者なので、他の利用者の事もまとめて相談が行える。
連携が取り難いケースは、ケアマネを介している。
担当者会議以外では、なかなか会う機会がないため、ケアマネを通じて必要事項を確認している。
入浴時の移動、介助方法について、ケアマネさんを通して浴室での介助方法を検討する場合もあります。
居宅介護支援専門員との連携はとれていますので、該当者があれば対応できるようにしていきます。
利用者の体調等に応じて、ケアマネ、ヘルパーと共に（リハビリの先生と）ケース会議を行なっている。
訪看やPTと連絡をとり合って内容を確認し、声かけしている。
気になることがあれば、法人内のリハビリ事業所の為、連絡をとって確認しています。
毎月の情報交換をおこなって、意志の疎通を図っている。
工夫ではありませんが、連携することによって痛み止めの服用がなくなった。
訪問リハでは提供終了時頃にこちらが訪問すると利用者さまの情報収集が可能となります。通所リハでは、カンファレンス等の開催時の接点となる。
情報提供を利用者宅に置いてあるノートで確認している。
申し送りノートを作り、各サービス時に変化や気になることを伝える記入をおこなっていく。
訪問時には、ご利用者様の様子を詳しく話させて頂いてます。
日常の生活全般情報提供、記録の提供。PTによるリハ実施状況の徹底した報告、向上・改善時の検討・報告。
プランに位置づけている。
アセスメントをとり、できない事を細かく知り、生活上不便な点を見つけ出しケアマネ、リハスタッフに伝える。リハビリスタッフによる運動メニューを作ってもらい、利用者宅に置き、家族に伝える。
サービス担当者会議等にて、日常の援助内容、関わり方を報告し、確認します。ケアマネジャーには、月1回の状況報告を行い、必要な際はリハビリテーション専門職に繋いでいただきます。リハビリテーション専門職からは、介助の方法などを隨時アドバイスをいただいている。
室内外での利用者の動作に合わせた生活（家事）動作の引き出しを伺う。利用者の力を引き出す介助の方法を伺う。ミーティング（車イス等）のポイントを伺うetc。
当事業所は、同一敷地内の利用者のみのため、リハビリテーション専門職が訪問した際に十分な情報交換を行っていると思われる。
同一法人内に専門職があり、週1回関連利用者について個々のカンファレンスをひらき、利用者について協議しながらサービスに反映させている。

## VI. 訪問介護に関する今後の要望について

### 11. 介護保険制度に関する市町村や国への要望について

図表 11－1 介護保険制度に関する市町村や国への要望

内容
・生活援助が中心のサービスについては、短縮になったことで、これまでより、ご家族やご本人の負担が増えたことは確実ですが、自立支援の観点から考えると良い方向に向かっているように感じています。
・限度額を超えたサービスを利用されている方は、処遇改善加算も10割負担となる為、その算定方法には問題が多いように思います（超えた分も通常の1割と捉えた上の算定を望みます）。
・当事業所からは以前からの要望として、身体介護の15分ごとの算定を提案しています（身体介護1（30分）後のサービス単位として45分、1時間というように）。通常の排泄介助後の排便の訴えがある場合や、院内介護を含む通院介助等では、15分単位が設定されると利用者、事業所が共に適切な請求ができるように思います。
地域区分単価を元に戻してほしい。 もう少し、わかりやすくしてほしいです。問い合わせ先も、1つで明確にしていただけたら有り難いです。
軽度者の切り捨ては困ります。その利用者を見捨てることになると思います。 生活援助の時間短縮になった事により、ご本人のペースに合わせながらコミュニケーションを取り、体調の変化など感じ取れなくなった。認知症の方が増えている中で、ご本人のペースでじっくり向き合うケアが出来づらくなつた。独居の方の在宅生活が維持できなくなる。
車イス生活の中で冬のゴミ捨てが困難な状況でも介護度、区分が足りないため、援助が受けられない等の現状あり。介護度や区分だけでの判断ではなく、本当に困っている人に合わせての制度を作ってほしい。
当事業所では、生活援助において、45分以上のサービスは従来通り60分サービスをして、60分の人件費を支払っているケースが多い。会社の負担ではあるが、利用者やヘルパーのことを考えると致し方ない。
介護度によって、単位数が決められてはいますが、結局、介護度4 or 5の利用者は、この単位数では足りません。インフォーマルサービスが増加するだけです。
介護サービスの単位数増加です。現在求人の募集をしていますが、なかなか応募される方がいないのが現状です。他の事業所に確認しても、応募者は全く来ないと言われておりました。生活保護受給者や母子家庭の平均年収よりもはるかに低いこの介護福祉の業界で、働きたいと思えるのでしょうか。若い方が、介護福祉の業界で働きたいと思える状況を創らなければ、相手がいなくなり、ゆくゆくは介護保険施設でも、老老介護になりかねないのではないかでしょうか。そして、スキルアップする場への参加も、受講料を支払って参加させる余裕がないのが現状です。受講料や開催地についても問題点は多々あるのではないでしょうか。
あまりにも、加算や基準等が細かく、混乱しているのが現状で、もっと簡単にわかりやすい方法がないのかと思っています。
特定事業所加算とは別に認知症対応加算を制度に加えて頂きたい。
身体介護20分の利用するにあたっての制限をもっと緩和し、使いやすくしてほしい。
生活援助での買い物、日用品・食料品等になっており、購入できるものとできない物の基準があいまいで判断に困る事が多い。
利用者の個々の状況に合わせてアセスメントを行い、サービス内容、時間を決定していくわけですが、利用者側はデイサービスなどでお互いに情報交換を行い、個々の状況のサービスの違いに対し不満を持っている人が少なくありません。その都度説明しますがトラブルを避けるためにもグレーゾーンの幅を小さくし、もっとはっきり、できること、できないことをわかりやすい内容にする方が利用する側も安心してサービスを受けられるかと思われます。
生活援助を介護保険から別にする方向であるなら、地方の独自の制度でカバーしなければ自宅で暮らすのは難しい方が多いのが現実です。何もかも介護保険でというのは財源の問題もあるので、介護度の高い方に重点を置くことは良いと思う。その反面、軽度の方には自己負担を増やしても別な公的制度を作る必要がある。
前回の法改正の内容に戻して欲しい。現在のままでは充分なケアを行うことが不可能である。
生活（生きる）するうえで、食は欠かせません。その為の食料の買物は当然必須です。その生きる為の必要な買物の時間が充分にとる事ができないサービスは非常に福祉にたずさわる者として、不本意な気持ちです。北海道は特に冬になると道路状況が厳しくなります。短縮された時間内での生活支援はかなり難しいです。支援したい気持ちがあっても事業所としても続けていく事も厳しくなります。
利用者が本来求めているのは、掃除、調理、洗濯などの小間切れのサービスだけでなく、住み慣れた自宅で暮らし続けるためのサービスであり、人との関わり、生活への不安軽減、生きがいや楽しみを見つけ、出来る事を継続するための全般的支援であると思います。
サービス時間もう少し増やしてほしい。
この度の改定により、事業所の運営が厳しくなり、利用者からの不満への対応に追われるヘルパーの心労も深刻であり、今後の運営について、会議する日々です。
支給限度額の関係で利用したいサービスや必要なサービスが受けられない方がいます。介護保険制度そのものの内容の見直し、介護職員の処遇改善については、利用者さんから負担されるのではなく、国の責任として対応して欲しい。
生活援助の60分、70分では充分な仕事が出来なくて、ヘルパー利用者様共に困っています。

生活援助の時間が短く、満足の行くサービスが出来ていない状況です。
ヘルパーの地位・給与 UP につながる制度にし、職業としてのヘルパーが安定し確保できるようにしてほしい。利用者への制度改定の連絡を CM、事業者だけでなく、行政、国からも伝わるような情報伝達方法を確立してほしい。
時間短縮により介護者の方の負担をお願いし、ヘルパーの仕事も余裕が少なくなりました。処遇改善加算も利用者の負担になり、みなさんとも料金を気にしております。理解していただくまで大変でした。事業所の経営も苦しくなってきました。従業員の賃金をなるべく減らさないようにと考えております。国の財政を福祉に増やしていただきたい。
事業規模の大小にかかわらず、各々の事業所が個性を出していける様な仕組みづくり。法令等の解釈の明確化。
介護保険適用が不適用か市町村により見解が違う事が多々あり、利用者様の身になった制度になる事を願っています。
国保連への連絡、相談は、担当者が多忙でタイムリーな連絡、相談しにくい面が強い。
もっと支援が必要だという状況があつても、単位数が足りず、抑えている。また、1軒の家、在宅で洗濯・掃除あつたら生活2ではとても足りない場合あり、コミュニケーションをとる時間もおしんで行うことになっている。
介護保険の介護報酬を高くして、ヘルパーの賃金を UP させてほしい。若い人も集まる仕事にしたい。基本は収入だと思います。
地域の特徴を柔軟に考えられる制度であつてほしい。
ヘルパーが通院に同行する必要がある場合、関わりを持った全ての時間（準備や診察、待機時間も含め）算定できるようにしてほしい。人件費分の収入が得られず、対応を求められても難しいのが現状。
利用者負担が少なくなると良い。利用したくても出来ない方もいます。
時間区分の改正でヘルパーがかなり混乱していました。掛け率も下がり売上も低下しました。改正前の制度に戻して欲しいです。
生活援助はヘルパーが利用者様を在宅生活で守るには、必要不可欠なサービスです。絶対になくてはならないサービスと考えます。
改定後、生活援助時間が短くなつた分、利用者や家族の負担が増える。また、利用回数を増やすことで、経済的負担も増える。生活援助時間の区切りも中途半端で、30分刻みのサービス、30分、60分、90分などのサービスがあつたほうが利用する側も利用しやすいように思われる。
生活援助について、時間が短くなりましたが、援助内容は変わりない為、ご利用者様へのご説明が難しいことがあります。
認知症独居に対する報酬を是非検討してほしい。定期訪問以外に呼ばれて対応しなければならないケースが増えてきており、要支援で体は元気でも認知症のケースも多い。
生活援助の介護報酬を削減したことに伴い、事業所としては1回1時間30分訪問していた方の訪問時間を減らす対応をとりました。少数ではあるが不足分として回数を増やした方もいましたが、多数は回数はそのまで訪問時間を減らし、減らした支援項目は「ご本人が何とかします」という調整となりました。訪問介護事業は慢性的にマンパワーが不足しており、回数の増は今までのマンパワーで出来た事が出来なくなる事もあります。そして訪問時間を減らしても利用者本人が今まで出来なかった事が出来る訳ではありません。結果的には、現場では利用者・事業者ともに不満が残っています。
生活援助の時間をもう1度見なおしてほしいです。30分、1時間、1時間30分とあっても良いと思います。
介護保険制度は利用者本位のはずですが、生活援助の利用時間の削減は在宅生活を危うい状況に追い込むものです。日々の生活は常に連続性があるものです。利用者にとって今日して欲しい事が時間切れで途中になり別な日にやってもらって良いのか…。毎日が利用者にとって、困ってイライラしたり、どうしよう…と不安の材料となっています。現に軽度の認知症のある方は、毎日何度も事業所に電話をしてきたり、自宅での生活が落ち着かないなど心身の変化が現れています。これでは安心して在宅生活を続けることが出来なくなります。生活援助時間の制限を取り払い、誰もが安心して老後を迎えることが出来るよう、制度創設時の理念に立ち返ってもらいたいです。
高齢者、障害者の在宅は、生活支援で支えられています。生活支援も身体介護以上に難しく高度な支援と思います。介護報酬で改定された結果は残念です。今後の再評価を期待します。
改悪についていけない。ヘルパーの労働条件を充実させるためには、今の単位設定では不可能。採用出来ない。ボランティア精神をあてにしてはいけない。介護を社会化するためのはずの介護保険制度が、家族を介護に縛りつけている。
身体1の20分サービスの指定条件から定期巡回型サービス予定を外してほしい。定期巡回型サービスに関係なく地域のニーズはあります。生活援助の必要性に目を向けてほしい。在宅での認知症ケアは生活援助の中で行われていることが多く在宅での認知症ケアに関してはかなりの専門性があると思います。予防給付の自立支援により、軽度利用者のレベル低下に役立っています。高齢者住宅への住み替えも良い方法ですが、住み替える人にとっては結局施設と同じとらえ方で当人は望んでいません。住み替えが必要な状態に至る前の、住み慣れた思い出いっぱいの自宅での生活を出来るだけ長く生活できる為の施策にも取り組んでほしい。それには、訪問介護の生活援助は有効です。そして、利用者にとって本当に必要な生活援助をプランニングできるようにケアマネの質の向上を図ってほしいです。
高齢者にとって通院、買い物等、交通機関の確保は必要不可欠であり、将来的にも要支援の方々にも通院等乗降制度が導入されるよう切望します。
訪問介護ヘルパーの募集を出しても、報酬が低いことから施設でもっと報酬の高い所へとの希望が出て退職し、募集しても全く面接のTELさえこないです。

<p>常に慢性的なヘルパー人員不足に悩まられております。制度も大事ですが、制度を成立させる為の職員数も足りません。賃金の引き上げや、なくてはならない仕事ゆえの社会的な保障等、引き続き働く側への環境整備も大事なのではないでしょうか？</p>
<p>今回の改正も含めて、訪問介護利用者や事業所にとってはますます不利な状況となっている。保険料を払いながら、必要なサービスが受けられない人達が増えている。訪問看護、施設系、通所系などには手厚くなる一方ですが、一番密着したサービスを行なっている部分が削られていく事は納得ができない。</p>
<p>生活援助については、要否を認定審査会でも判断できると良い。生活援助については自己負担を3割程度にして、必要な人は利用できるようにして欲しい。</p>
<p>様々な機関からアンケートの協力が来るが、どの機関もアンケート内容が重複している。関係機関であるからこそ内容が重複していると思う。代表機関への返答後、必要な情報を抜き取ってくれれば最小限の質問で済み回答する方も時間の短縮になる。</p>
<p>生活援助の45分未満か、以上になったことで負担が大きくなつた。介護職の資質向上の場を多くもうけてほしい。一般高齢者と認知症の方の認定調査の項目を分けてほしい。</p>
<p>介護改定になったことで、訪問看護の単位も変わり入浴後のお風呂掃除がヘルパーで出来るのではないかと生活単体の援助が増えました。処遇改善交付金が利用者負担になったことから利用者の負担額が多くなり年金収入だけなので利用を控える方もいます。もっと利用しやすいわかりやすい制度にしてほしいです。</p>
<p>○このままだと、訪問介護というカテゴリは労働者がいないという理由で削減します。平成18年の予防給付の創設や地域密着サービスの創設なども同じですが、定期巡回・随時対応サービスのような机上の空論の無駄なサービスを追加することにコストをかけるくらいなら、既存の居宅サービスに予算を割り当てるべきだったと感じます。なぜなら居宅サービスの数は増えているのに、地域密着サービスの数はいっこうに増えず、また、予防給付にいたっては、介護保険の給付対象から外す議論がなされており、完全に制度設計の失敗だったと評価できるからです。地域包括支援センターの設置に一体いくらかかったのでしょうか？制度が複雑になればなる程、利用者にとってわかりづらくなり、介護保険法の理念である利用者選択の自由を結果として奪っています（複雑すぎて選択できない）。また、そのせいで行政解釈もあいまいになり、事業者は混乱し、事務コストは増し、介護職員の処遇改善に予算を割けず、苦情、事故、感染、非常災害対策のための予算も割けず、さらに不正も見抜けなくなります。制度はシンプルイズベストであるべきで、医療保険の失敗と同じ過ちを繰り返しているように見えます。居宅サービスに至らない点があるならその居宅サービスのバージョンアップを図るべきで、無駄な新サービスを作るほど財源に余裕はありません。介護保険財源の無駄遣いです。社会保障審議会・介護給付費審査会等でも、金のかかることばかり議論しています。どうして財源が無いという議論が出来ないのでしょうか。定期巡回・随時訪問サービスに関して言えば、労働者の立場になって考えて見て下さい。後述のようにただでさえ不足している業界で、このような労働形態に労働者が集まるとは思えません。</p>
<p>○また、これほどドラスティックな改正であったにもかかわらず、周知期間が全くありませんでした（いつもそうですが）。3月の前半に発表になった改正法案（公布）が4月1日開始（施行）ならば、事業者は一体いつ準備、対応すれば良いのでしょうか？市町村、都道府県も大変だったはずです。ほとんど全事業所から変更届が届くのですから。公布と施行にせめて3ヶ月はほしいです。利用者からすれば、4月1日からの料金が変わるという重要な問題が、3月中旬までわからないという、信じがたい話です。通常は料金変更の場合1ヶ月以上前に案内を出すべきではないでしょうか？</p>
<p>○介護に従事する労働者が常勤換算で90万人しかいません。高齢者の数はどんどん増えていき、要介護者も750万人、認知症患者も400万人を超えるときに、常勤換算90万人でどうやってケアするのでしょうか？単純計算で人員基準を満たせません。労働者人口そのものが減っていくときに、その中で職業として介護を選択する労働者の割合を増やすなければ、制度はあれどサービスなしの状況になります。さらに、ヘルパー2級が初任者研修へ移行し、介護福祉士の資格試験の研修時間が大幅に増大されれば、この業界に来てくれる人材はさらに少なくなると思います。</p>
<p>○今回のデイサービスの改正で言えば、7～9を選択した事業者は、労働者の労働時間は長くなつたはずです。5～7を選択した事業者は、15%減収のため、雇用にメスを入れざるを得ない事業者もあったのではないでしょうか？また生活相談員や介護員の人員基準の改正に関して言えば、事業者からすれば常勤正職員ではなく非常勤短時間パートの労働者でピークタイム時に手厚く配置というインセンティブが働きます。結果として、前述の介護従事者が足りない、介護従事者の処遇を改善しなければならない、介護従事者の割合を増やすなければならないという差し迫った課題と全く逆の流れが出来てしましました。</p>
<p>○運営している経験から、サービス付高齢者向け住宅（住宅型有料老人ホームでも可、高齢者・障害者対応共同住宅等は無法状態のものも混じっているので不可）に医療保険から医師の訪問診療、訪問看護、訪問リハビリが入る、介護保険法の居宅サービスからの居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリ、訪問介護が入る、通所介護へ行く、福祉用具をレンタルする、この方法で自立した方から要介護5まで、既存の施設サービスや特定施設、グループホーム等では支えられない医療ニーズのある方を含め支えられます。料金も特養並に安くできます。特養や老健を新設しなくてすみます。入院日数を減らし、療養病床を削減することで在宅にあふれ出る介護難民の受け皿になります。特養の順番待ちを解消できます。入居金トラブルが後を絶たない介護付有料老人ホーム、排他的で何をやっているかわからないグループホーム、小規模多機能型居宅介護に併設する無法状態の高齢者・障害者対応共同住宅、無届有料老人ホーム、民家のまま建築基準法、消防法を満たさず運営している宅老所などは全て必要なくなります。シンプルに居宅サービスとサービス付高齢者向け住宅、たったこれだけで介護保険サービスは完結します。利用者にもシンプルでわかりやすいです。ただし、そのためには下記の条件が必要です。</p>

- ・抱え込みは悪だという間違った概念を捨てる。→同一法人でサービスを独占していることがイコール質の低いサービスだという証拠はありません。また、他法人との連携でサービスの質が高くなるという証拠もありません。施設サービスや地域密着サービスはサービス独占し排他的になっています。居宅サービスは独占しても排他的にはなりません。なぜなら地域からも利用者を呼び込むからです。家族や利用者の立場からすればワンストップサービスで一法人で全てを見てくれたほうがあります。その上で必要に応じてサービスごとに他社サービスや保険外サービスも選択しうる融通さが居宅サービスにはあります。コムスン事件以降、居宅サービス事業者だけが不当に根拠の無い低い評価を受けています。
- ・本来ショートステイはなじみの関係を築き、疾病などを理解しているデイサービス事業者がやるべきですが、デイサービスの建物は建築基準法、消防法上、要介護状態の方が宿泊できない建物のことが多いため、なかなか難しいのが現実です（既にやっているところは違法の可能性が高いです。注意してください）。また、介護保険では生活の拠点で受けたサービスのみ保険請求可能で、短期宿泊先で受けたサービスは保険請求できません。そこで、サービス付高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームの空いている部屋でショートステイを受け入れ、宿泊している間も、居宅サービスで訪問介護や通所介護等を請求可能としてはどうでしょうか。今改定で特定施設とグループホームに短期宿泊の単位数が新設になりましたが、普段から在宅の利用者と接していない特定施設とグループホームではなくじみの関係や疾病の理解が出来ていないためショートステイを受けるのはリスクが高すぎます。サ付や住宅型有料老人ホームならデイサービスが併設されているか、同一法人等で密接な関係を持っていることが多いので、宿泊の間の保険請求さえ出来れば、やる事業者は多いと思います。→家族の負担軽減になり在宅介護の限界点を引き上げられたり、家族の離職防止になります。介護疲れによる心中や殺人事件を防止できます。
- ・特養、老健、療養病床、特定施設、グループホームなど包括報酬制の居住系施設は、居宅サービスとの併用ができません。医療保険との併用も使いにくいです。訪問看護、訪問リハビリが使いにくい、デイサービスに通えない、福祉用具がレンタルできないというのは最大の欠点です。その施設の中で閉じこもりになりますし、不正や虐待も発見できません。医療ニーズにも対応できず、エアマットもレンタルできず、結果として追い出されます。訪問看護、訪問リハビリ、デイサービス、福祉用具貸与が利用できる、というようにするべきです。→結果として、サ付に居宅サービスの組み合わせと同じイメージになり、施設サービス、地域密着サービスは必要なくなります。居宅サービスと居住系施設、シンプルにこれだけでOKです。
- ・現在の建築基準法の用途変更の要件や消防法の要件では、ほとんどの場合新築しなければ要件を満たせないが、緩和することで既存の建物を転用しやすくなる。→既存の建物を改修し転用することが可能になれば、特養などに料金を安くできる。→デイサービス事業者がショートステイを受け入れる可能性が増す。

処遇改善加算の1割利用者負担は事実上大変手間がかかり、返戻等になった場合、特に処理上大変となります。また、一覧表が出ないので分かりづらい。以前のように利用者負担なしにしてほしい。

生活援助サービスの提供の変化が顕著であった事例はありません。変化がないように事業所やヘルパーが訪問内容を工夫する（洗濯であれば、自動洗濯機は平均50分かかるので干す事ができませんでしたが、事前に下洗いをして、お急ぎコースで洗うなど）、時には時間オーバーで対応するなど、非常にヘルパー側への負担が大きくなっています。

問8に関して、時間区分が45分未満・45分以上との分け方だが、45分以上の支援に関しては、1時間の支援でも1時間20分の支援でも45分以上の区分で請求している。時間の上限設定がある事で、訪問回数を増やす事を利用者さんと相談しやすくなる。

通院介助について事業所の負担が大きく、請求出来ない時間が多いため、4月の報酬改定では全く改善案が無かったので次回は是非考えていただきたい。病院スタッフの介助は今後も厳しいと思われる。

介護職員処遇改善加算など、ご家族の負担は増えているにもかかわらず現場職員の処遇の改善にはほとんどが繋がっていないのが現状です。経営的にも苦しい中何とかやりくりしている中で、介護職員のモチベーションを保つことも困難になってくることが容易に想定されます。介護職員の給料を平均で見るのではなく、地域ごとの格差にももっと目を向けていただければと思います。頑張っている職員に、それに見合った対価を支払える、介護報酬制度にしていただきたいです。医療・福祉分野にもっと目を向けてください。

住民に対するより一層の周知を期待します。

- ・生活援助の時間区分を報酬改定前に戻してほしい（利用者の自立を促せないと思う）。
- ・介護点数がまだまだ低い。これから若い方の介護職員が増えてくると思うので点数を上げていただいて少しでも職員の給料が上がり、魅力のある職業、業界と思えるようにしていただきたいし、そうありたい。

介護保険制度についての要望はない。本調査に十分応える介護システムを使用していない為、回答に多大な時間を要した。

現状としては、黒字で推移することができているが、その根底には介護職員の努力があるからと感じている。介護員の処遇改善に力を入れてもらいたいと思う。

派遣時間が短くなる事で効率（移動時間等）が悪い上に賃金が減り離職者が増えている。利用者様の家族が負担する金額を考えると、必要なサービスが一部、提供できないケースがある。

介護保険制度の中から生活援助がまもなく外されようとしていますが、私達は1995年にたすけあい事業をスタートさせ、高齢の1人暮らしの方の生活を援助することで、在宅での生活を長く続けるお手伝いをしてきました。要支援程度の生活能力のある方に、ほんの少し、生活を支えるお手伝いをすることで、重度化を防ぐことができるのではないかでしょうか。今となっては、すでに遅すぎるのですが、住み慣れた我が家で暮らし続けるためには、生活援助こそが「本来の介護保険サービス」ではないかと感じています。

通院の院内介助の算定（診察時同行し、Drへ日頃の状況を伝えたり指示を確認したりする必要がある利用者もいる）今後もっと増えていく認認介護を支えるために必要と思われる。認知症に対する加算報酬等も必要。

今回の法改定による生活援助短縮はアンケート結果から伺いました。更なる改悪にならないようお願いします。

今回の報酬改訂により、利用者さんの単位数は下がったものの目先だけのものであり、本当に望んでいることは、内容だと思います。時間が短くなった中で、今までと同じ支援をする事はヘルパーとして無理があります。60分で3件の派遣を45分では4件の派遣が可能と言われても、移動時間や交通費を考えると事業所としては赤字経営です。次の改正では、生活援助は無くなるとも言われていますが、利用者の生活の質が下がります。

特定事業所加算を区分支給限度基準額から抜いてほしい。努力して介護福祉士の資格をとり、研修等を頑張って受け、高度な技術を持ちながら、高くてオーバーする為、選ばれない事業所になってしまいます。困難な事例ほど高度な技術が必要とされると思います。

例えばバス2路線を使う場合、往復で840円、1時間（生活援助3）の場合、報酬が2350、人件費1100円（1時間の場合）、待機手当て1件当たり200円+（諸手当など）を考えますと、単純に利益が出ず、事業所の諸経費を入れますと単純に赤字になります。ケアマネをもたない弊社のような小さな事業所は、遠方の生活援助3の利用者様の依頼が多く、改正後は赤字続きです。

3年に1度の見直しを5年に1度の見直しに法令等を変更していただきたい。理由：対応するためのスタッフ等がないため、その体力等があれば実務サービスにあてる事が出来ると思います。

介護報酬の見直しにより、充分に必要なサービスを受けられない事があり、利用回数を増やす事が、利用者によって利用料金の負担が増加している。

提供するサービス内容について、グレーゾーンが多い。どちらとも取れる表現が多く、対応に苦慮する。必要な時に利用できないという使いづらさがある。

## 第2章 平成24年度ホームヘルプサービス実態調査～生活援助のあり方・必要性についての調査～（ヒアリング調査）について

### 1. 調査の概要

ヒアリング調査は、サービス利用者の日常生活維持の視点から、生活援助サービスの時間短縮の影響がどのように表出しているかを具体的にみることを目的として実施したものである。該当ケースとみられるもののうち、調査対象事業所が「ヒアリング調査の実施が可能」と回答したものから、地域、性別、年齢、家族状況、住まい等に大きな偏りがないこと、時間短縮の影響が具体的に把握できることに留意し、5事例を選出した。調査は平成25年2月から3月にかけて実施した。

対象者の概要是、性別では男性1名、女性4名であり、年齢は、80歳代3名と90歳代が2名であり、年齢の幅は84歳から93歳までであった。家族状況では、独居が3名、長男と二人暮らしが1名、夫婦ともに90代の高齢夫婦世帯が1名である。なお独居3名のうち1名はサービス付き高齢者向け住宅に居住している。要介護度は、要介護1が2名、要介護2が2名、要介護3が1名であり、認知症に関しては、診断を受けていない者も含め全員が認知症の症状を呈している。対象者の居住地は、札幌市が1名、道南1名、道東1名、道央圏2名であった。

なお、ヒアリング調査の実際の回答者は、対象者の利用している訪問介護事業所の担当者が2名、家族が3名（夫1名、長男2名）である。

質問⑥の「事業者の経営やシフト調整の困難」については、対象者の利用する訪問介護事業者の回答である。

### 2. 調査結果

#### 【事例1】

調査実施日：平成25年2月19日

調査員：制度推進委員1名、事務局1名

聞き取り対象者：長男（本人はデイサービス利用のため不在）

#### ①本人概況

Aさんは、道南在住93歳の女性、要介護2、木造平屋（築30数年以上）の一戸建てに独居である。平成18年1月～5月まで心筋梗塞により入院し、現在も心不全の疾患がある。その後入院歴はないが、最近は移動に間に合わず、失禁している状態が続いている。認知症の診断は受けていないが、日付や曜日感覚、火の元や薬の管理は難しい。専業主婦で、山菜等採取しては、それを売って蓄えにしていた様子。居間のソファがベッド代わりともなり、ほとんどソファで過ごしているようである。

#### ②家族状況

息子3人が道内外におり、主介護者は本人宅から最も近くに住む（車で40分）長男（無職60代前半）である。長男は週1～2回通っているが、ヘルニアの持病あり、ボルト固定術を受けている。冬期間は移動に時間が掛かり、行きたくても行けない場合もあり、長男が行けない場合は、近所に住む孫（長男の息子）が対応している。

「何処まで本人が（日常生活に）困難と思っているか解からないが、ヘルパーに来てもらって、話したり、意欲が持てる様子もあって、自分以上にヘルパーさんを頼っていると思う」と話す。洗濯は長男が持ち帰り対応。薬セット、室内環境整備も長男が週1～2回の来訪時に行っている。

### ③介護保険サービスの利用状況

訪問介護（生活援助）70分を週2回（改定前：90分を週3回）、通所介護を週2回利用している。ヘルパーの支援内容は、献立相談・食材下揃え・味付け等本人主体で認知症ケアしながらの調理、掃除（掃除機掛け・拭き掃除）、洗濯（洗濯機なく、下着類等の手洗い）、デイ準備、本人と一緒に薬セット、服薬確認、血管拡張剤テープ貼替え促しと日付確認である。週2回のデイサービスで入浴する。

### ④生活援助の時間短縮の影響

調理支援、デイ準備、服薬確認は改正前と変らず、残り時間内で掃除を簡素化した。掃除等ヘルパーの手がまわらなかった箇所や必要物品等は、連絡ノートを置いて、家族との連絡・情報共有を図っていた。訪問介護事業所からは、以前より尿失禁が増えており、洗濯物の量も増えてきているとの事であり、冬季など長男が行けないときは、近所に住む孫（長男の息子）が対応している。

### ⑤今後ヘルパーの生活援助サービスがなくなった場合の対応

「まず、家での一人暮らしは無理だろう。（家族としても）これ以上の支援は難しい。」と長男は言う。

### ⑥事業者の経営やシフト調整の困難

Aさんのケースでは、身体介護を絡めた時間設定を提案するも、金額に折り合いつかなかった。食器等の洗い物が多く時間が掛かっていたが、話し合いで解決している。（ご家族の来訪時の使用済み食器もあり、あらいものを済ませてもらうよう依頼）

今のところ、全ケースをアセスメントも直し、買い物（店）から支援開始するなど整理はできている。

### ⑦調査担当者の感想

調査訪問で車移動の際、風が強いと地吹雪で視界不良になると思われる吹き曝しの平野が続いていた。実際に悪天候でヘルパーが訪問できなかった事もあったと聞く。ヘルパーの支援により生活を成り立たせている利用者にとって、ヘルパーが訪問できないことは次の訪問までの生活に大きく影響することであり、制度の改正には地域性を反映した視点も必要ではないだろうか。

家族が近隣の市に居住していても、車で40分かかるのであれば近いとは言えず、頻繁に介護に通うことは難しい。介護放棄しているものではなく物理的に日常的な介護は困難な状況にある。特に、北海道の場合には気候条件の制約もあり、独居高齢者はヘルパーの支援に大きく依存し、ヘルパーの存在により生活が維持されている。

1回70分のサービス提供時間内で、調理、掃除、洗濯を行う（いくつかは同時進行可能ではあるが）ことだけでも困難であると思われるが、現状ではさらに、認知症ケアをしながら本人主体の働きかけを行っている。加えて服薬管理もあるが、本人に理解してもらうことにも時間を要するものである。このケースでは生命にかかる調理と服薬を優先したが認知症も進んでおり今後の独居生活は困難と思われる。

#### 【事例2】

調査実施日：平成25年3月12日

調査員：制度推進委員1名、事務局1名

聞き取り対象者：長男

### ①本人概況

Bさんは道央C町在住の88歳の男性である。要介護1、ADLランクはA1、認知症ランクはⅡb、一戸建てに長男と二人暮らしである。同町で生まれ長く農業に従事してきた。

健康状態は、既往歴として前立腺肥大、慢性心不全、高血圧、頸椎症があり、昨年12月には自宅内で転倒して硬膜下血腫となるが、現在は快癒している。物静かな穏やかな人柄とみられるが、一人で過ごす

時間が長く不活性となっている。電話応対や服薬は難しくなっている。息子に負担をかけてしまい、すまないと思っている。

外出は週に2～3回、公共交通機関やタクシーの利用、移送サービスの利用もある。本人の年金は月50,000円であり、経済的余裕はある。

## ②家族状況

61歳で独身の長男と二人暮らしであるが、長男は農作業が忙しく思うように面倒をみることができない。話を聞く時間が取れず、Bさんの体調の変化を見過ごしてしまうのではと心配している。日中はBさんが1人で過ごすため転倒も心配している。長女も隣町に住み時々様子を見に来ている。

## ③介護保険サービスの利用状況

訪問介護（生活援助）70分を週3回（改定前：90分を週3回）、通所介護を週2回、その他に通院介助を月2回利用している。なお農繁期にはショートステイも利用している。

介護保険サービスの利用は、Bさんの妻が長く利用していたためBさんも家族もヘルパーの支援に対する理解があり、ヘルパー、デイサービスの利用には抵抗が無かった。

ショートステイの利用は以前利用した際に自宅に戻ってきたら、歩行状態がかなり低下しており車椅子に座らせっぱなしの施設での対応に不満があり利用したくないという。施設には改善を願ったそうだが、「大勢のなかの1人にここまで望む事は無理だとあきらめている、なるべくなら利用したくないと思う。食事も排泄も自力で行えているが、1人にしておく時間が長くその間に何かあったら…とそればかり心配している。」「出来ることならデイサービスの回数を増やし、デイへの送り出しや迎えもヘルパーにお願いしたいと思う。仕事から帰り疲れた体でそこから買い物や調理をしなければならず正直大変である。利用料金が高くなってしまっても構わない」と長男は言う。しかし、事業者側は、現段階で限度額ギリギリであり、説明しているが今一つ理解されていないと言う。

## ④生活援助の時間短縮の影響

改定前は調理を行うためヘルパーが買い物をしていたが、改定後は時間の余裕がなくなり、家族（長男）が買い物を協力してくれることになった。息子さんも理解し、サービスを利用するにあたっては、出来るだけ家族も協力していきたいと思っているが、繁忙期は朝から晩まで外で作業しており、時間が取れず負担に感じることである。家族ができないときは生活援助2で行うことになる。

## ⑤今後ヘルパーの生活援助サービスがなくなった場合の対応

「施設になど入れたい」とは思っていないが、これ以上ヘルパーの時間が短縮になったり、サービスが受けられなくなったら施設入所しか道はないと思う。共稼ぎ世帯も多くそうするより仕方ないのではないか、ただ、今のような援助（他の介護保険サービスを併用して）があれば在宅生活は可能だと思っている。本人も施設は嫌だと言い、何とかこの家で過ごしたいと言う。

## ⑥事業者の経営やシフト調整での困難

何とかやりくりしている。

## ⑦調査担当者の感想

ご本人は今までヘルパーと楽しくおしゃべりもして、コーヒーなど飲む時間も取れていたが、忙しそうだから声をかけるのが悪くて…とおっしゃる。本人も寂しく感じているが、家族としても些細な時間でも本人の意欲喚起には大切な時間であり、体調の変化も早期発見できると思っていたが、時間短縮で不安感が増している。

昔は隣近所との付き合いもあったが、奥様が亡くなってからは無いそうで町内会などの集まりにも参加

していない。奥まった場所に家があるので、どこかに出かけるにも自力では難しいと思われます。お話し好きな方で話しかけると次から次へとお話しされ冗談も飛び出し話が尽きる事はありませんでした。

事業者側としても、もう少しゆとりが欲しいのは山々だが現状ではこれ以上の対応はできないと言う。息子さんは誰でもそうだと思うが、自分の親を最後まで面倒をみたいと思っているが、生活がかかっており十二分に面倒を見る事はできない。施設など入れたいとは思っていないがこれ以上ヘルパーの時間が短縮になったり、サービスが受けられなくなったら入所させるしかないと思う。ただ、今のような援助があれば在宅生活は可能だと思っている。本人も施設は嫌だと言い、何とかこの家で過ごしたいんだと。

生活を維持していく上でギリギリの支援かと感じる。支援不足とは断定できないが、以前と比べQOLが下がった事は事実と感じる。生活支援上、特段の困難が現在あるとは思わないが、できるだけ長く在宅ですごさせてあげるには、現行のサービスでは不安を感じる。

### 【事例 3】

調査実施日：平成 25 年 3 月 4 日

調査員：制度推進委員 1 名、事務局 1 名

聞き取り対象者：訪問介護事業所

#### ①本人概況

Dさんは、道東E市に在住の89歳の女性である。公営住宅に独居、要介護2、ADLランクA、認知症ランクII bである。膝と腰の痛みがあり、室内伝い歩き、室外は介助が必要。短期記憶の喪失、物盗られ、作話あり。外出拒否、入浴拒否、貯金・通帳・印鑑が無くなったり等の妄想への対応がある。頻回にパニック状態となり、表情険しく、攻撃的な言葉が出るという。

主な収入は遺族年金で月額約8万円。一度息子に通帳等を預けたが「息子が勝手に通帳・印鑑を持って行った」という事になり、今は本人の馴染みの方に依頼している。

#### ②家族状況

亡き夫との間に一男三女があり、長男夫婦は同市内、三女は車で1時間程度の距離に、長女は道内だが遠く、次女は道外在住である。

主介護者は長男の妻（67歳）であり、支援内容は困った時に本人が連絡し、必要な買物、入退院、緊急時などに対応している。

「嫁は最近ほとんど来ない」と本人は話す。本人は関係良好とは言わない。

#### ③介護保険サービスの利用状況

訪問介護（生活援助）60分を週3回、45分を週1回（改正前：週3回90分、週1回60分）の利用である。

#### ④生活援助の時間短縮の影響

平成24年4月変更時の考え方は、時間減への対応として掃除を少なくし、食事の確保を優先した。本人は元気な時から毎日短時間の掃除をしてきており、改正前までは本人の生活リズムに合わせて毎回掃除を実施してきたが、今回改正にて毎回の掃除は中止となった。

また、改正前は買い物し帰宅後に調理出来たが今は出来ない。訪問回数を増やし支援内容を維持する事も可能と伝えたが、「自分で何とかする」という結論となった。本人はその後、近所に買い物を頼み、当初おかげを持ってきてくれる人もいたが次第に少なくなった。認知症の進行により「考えて・調理する」ことも難しく出前を頼むことが増えたが、現在はその電話も難しくなった。以上の結果、平成24年11月より週6日の訪問に変更した。本人の希望は「ヘルパーに時間の余裕が無く、頼みたい事があつても頼みにくい。時間が長ければ良い。」と話す。

## ⑤今後ヘルパーの生活援助サービスがなくなった場合の対応

「最近は友達が亡くなったり引っ越しして不在となったり等、近隣へ買い物等をお願いする事も出来なくなった。ヘルパーには家の中の手伝いをお願いしており、それが無いと家では生活できない。その時は施設に入りたい。」と話す。

## ⑥事業者の経営やシフト調整の困難

利用者からは「時間を短縮しても中身は変えないで」という要望が相次ぎ、短時間に密度の濃いサービスを行う結果、ヘルパーに負担をかけた。訪問時間短縮に伴いヘルパー1日当たり訪問件数を増やしたが、それも負担を強いるものだった。4月にサ責が1名退職し、その後も退職者が出了た。

制度改正前はその人の生活リズムに合わせた支援が出来たと思うが、改正後は最低限のサービスを行う事にとどまっている。利用者の求める仕事ができない責任感から10～15分サービス残業するヘルパーも出ている。北海道は移動時間も片道車で20分はザラであり、冬季は10分位余計にかかる。ベテランも多く早めに出発してくれ助かるが移動時間の冬季差についてもヘルパー賃金に反映できてなく、事業所としてそれで良いのかと自問自答している。時給制ヘルパーは改正による時間減により収入が減った。

全体を通して、今回の改正は、①ヘルパーにかかる負担が大きくなった、②事業主もヘルパーの負担が増えづらい、③利用者にも安心感が与えられない。という結果となった。

## ⑦調査担当者の感想

日本社会の経済発展の過程で、家族が同居し支えあうといった家族機能が失われてきた。特に核家族化が進んでからは多世代がともに住むことが少くなり、親世代は子世代の負担になりたくないと考え、子世代家族による介護を拒む傾向にある。介護保険制度の改正は、一旦社会化された介護を再び家族に戻そうとしているが、上記のような経過を経て形成された現代家族の実態にはそぐわない。

家族依存の下地のない利用者の場合、サービス提供時間の短縮の影響は利用者本人がすべてを負う形となり、生活の継続そのものが危ぶまれるとともに、制度改正が間接的に家族関係の悪化をまねくことにもつながっている。

### 【事例4】

調査実施日：平成25年3月12日（火）

調査員：制度推進委員1名、事務局1名

聞き取り対象者：訪問介護事業所サービス提供責任者（兼サービス付き高齢者住宅管理者）

※利用者Fさんは、3月8日（金）に室内で転倒、入院し骨折のため手術となった。

ヒアリングはサービス付き高齢者住宅と同じ建物にあるG事業所の管理者・サービス提供からお聞きしたFさんの状況である。

### ①本人概況

Fさんは84歳で、札幌市のサービス付き高齢者住宅に独居の女性である。要介護1で、膝関節症、高血圧、骨粗鬆症、呼吸器系の疾病もある。長時間立位保持困難、腰が45度に曲がり杖使用。全身の筋力低下もあり、移動時のふらつきが強い。室内歩き。認知症の診断は未受診であるが、認知力の低下、短期記憶障害が著明である。

### ②家族状況

夫を早くに亡くし、子どもがいないので早く道東のH市で一人暮らしだった。札幌在住の姉と弟に誘われサービス付き高齢者住宅に平成18年9月に入居（サービス付き高齢者住宅開設は平成17年）した。姪（姉の娘）が一応引受け人ではあるが、独立心の強いFさんとは距離をおいた関係である。

Fさんは平成24年9月から要介護1となったが、それまでは要支援であったため、認定調査では事業

所は関われず、本人が「できる」というので軽く認定されていた（ヒアリング回答者の感想）。親族として姪が時々訪問している。Fさんの状況を姪に話すが快く思われず、「言わないでほしい」とも言いわれ、姪もFさんに深くは関わっていない。本人はすべて自分で、と考えているため、姪の通院付き添いも拒否しタクシーで自分で行くため、病状や服薬内容を事業所は把握できない。偶然、認定調査員を管理者が見かけ追いかけて現状を話したことで要介護度が変更になったのではと考えている。認知症があり、本人から話を聞いても内容を事業所で理解することが困難、病院の付き添いを提案しようと考えている。

### ③介護保険サービスの利用状況

現在のサービス内容は入浴介助、買い物、掃除である。全体的にこだわりが強いが、特に買い物のこだわりが強い。店を数件まわる、自分でみて購入したく、納得できないと返品。買い物はヘルパーの腕にぶら下がる状態で行くので、ヘルパーは片手に利用者、片手に買い物をもつ。入浴もこだわりが強く非常に時間を要する。入浴は足が上がらないため全介助である。

### ④生活援助の時間短縮の影響

改定後（24年4月）は訪問介護60分を週2回利用（改定前：90分を週2回）となった。その後区分変更で要介護1になり、現在は訪問介護1時間と75分で週3回利用している。（身体1生活2を週2回、身体2（入浴）を週1回利用）

改定による時間短縮では、買い物代行が主な支援となり30～40分を要していた。本人要望で買い物は必ず行うため入浴や足浴などの保清に関し充分なサービス提供ができず、またADL介助も一部介助から全介助の状態であったため、区分変更し要介護1と認定された。

要支援は包括報酬であり長時間入浴の身体介護に要する費用負担が事業所にかかっていたが、変更後は「今日は入浴」と決めて保清確保するようにした。変更前は買い物、掃除にこだわり強く入浴は後回し、保清困難（尿とりパッド使用、洗髪半年に1回など）となっていた。事業所側から見る本人の生活上の困難は生じていない。区分変更で金銭的な負担増はあった。

### ⑤今後ヘルパーの生活援助サービスがなくなった場合の対応

足が悪いので、困るのではないか。

入居者の全体的な傾向として、レンジフードにも手が届かず、無理にイスに上がって本人がすると危険。徐々に動けなくなり、室内も歩けず、タンスの引き出しも開けられない状態になることが予想される。

### ⑥事業者の経営やシフト調整の困難

以前は入浴の時間延長分などは事業所が負担していたが、改定後は「入浴の日」と決めることで改善した。

#### 【入居者全般に対しての事業所の意見】

サービス付き高齢者住宅を施設のように考えている入居者もいる。「〇〇へ連れて行ってほしい」などの要望もあるが、ヘルパーの費用等は出ない。認知症の進んでいる人が室内で電磁調理器を使用するなど、今後検討しなければならない面もある。

G事業所は居宅介護支援事業所をもたないので、ケアマネと本人の言う内容のみで話が進むため、実際の状態を伝える機会がない。

Fさんは、現在は要介護になったが、要支援の時は、入浴も非常に時間がかかり大変だった。このような利用者もいるので、要支援でも身体介護を認めてほしいと思う。Fさんの場合はサービス付き高齢者住宅で昼・夜食をとり、朝食は自分でとる。そのため、買い物に長時間を要し、ヘルパーが購入してくると納得がいかなければ返品となるなど、様々な面でヘルパーの関わる時間が延長されがちである。金銭管理能力は現在、危うい状態だが、お金には細かく、費用面では倍になったので負担感をもっているのではないかと思う。

独居の場合、お金を使いたくない人は枠内でも使わないことがあり、必要な支援ができなかったり、事

業所負担となることもある。サービス付き高齢者住宅では、人と関わりたくない人、干渉されたくない人が入る傾向があり、どこまで本人と接するかが難しいと感じる。

#### ⑦調査担当者の感想

サービス付き高齢者住宅入居者への介護サービス提供として新しい課題が提示されている。事業所が直接関わることのできない場面での要介護度の決定があり、本人の日常的な状態像と乖離があつても意義申し立ての場が得られない。制度の改正面でもFさんの例のように、家族の関与が非常に少ないと事業所と利用者の閉塞的な空間でのやり取りとなること、加えて認知症があると利用者に改定点を理解してもらうことは非常に困難であり、関係性の悪化を招いたり、やむを得ず事業所が費用を被ることになる。

サービス付き高齢者住宅が急激に増加している今日、ますます縮小されるサービスとサービス付きである安心面を求めて入居する高齢者双方にとって大きな課題となると思われる。

#### 【事例5】

調査実施日：平成25年3月11日

調査員：制度推進委員1名、事務局1名

聞き取り対象者：夫

#### ①本人概況

Iさんは道央J市在住の94歳の女性、要介護3、ADLランクJ2、認知症ランクIIであり、90歳の夫と一緒に戸建てに二人暮らしである。心身の状況は、脳梗塞後遺症による認知症と、失禁が毎日有り、体の動きの緩慢さが顕著である。大腸がんによりストマ造営しており、うまく扱えないため衣類や寝具の便汚染がある。認知症は、電話の取次ぎができない。夫が家に居てもいないと騒ぐなど、最近とみに顕著である。

#### ②家族状況

Iさんの介護を行っているのは90歳の夫（以前は調理の仕事に従事）である。息子が3人いるが、一人は道内、二人は本州在住で、ほとんど訪れる事ではなく、介護力にはならない。夫は介護認定を受けていない。腰の曲がりがあり整骨院に通っているが、自分は健康と意識している。

夫が生活上の困難を感じていることは、掃除と洗濯と着替えである。毎日の失禁でシーツや服の汚れ、そのために毎日洗濯をしなければならないこと、またストマの交換がうまくいかずに、便で服や寝具が汚れることである。「便が付いたら、ハイターにつけねばならない。本当に大変だ…とにかく毎日の洗濯がつらい。自分にできることは妻の調理、ヘルパーには頼めない、味にうるさくてヘルパーの作ったものは食べない。妻の食材は自分で2キロ離れたスーパーまでハイターに乗って買いに行く、大変だけど仕方ないよな。」と精神的な負担ともなっている。夫はIさんの好き嫌いが激しくてヘルパーには悪くて頼めないという。経済面では、夫の年金は比較的に高く、わずかではあるが本人の年金もあり、余裕がある。

#### ③介護保険サービスの利用状況

訪問介護75分を週3回（改定前：90分を3回）、訪問看護を週2回、通所介護を週2回である。ヘルパーの支援内容は、調理下ごしらえ、配下膳、食器洗い、洗濯、着替え、おむつ交換、便で汚染されたものの処理である。

改定直後は75分を週3回では時間が不足し大変だったため、現在は夕方も週3回30分の利用である。また医師から、病状について説明を受けるときはヘルパーにも一緒に行ってもらう。夫が、一人ではよくわからずケアマネに伝えることができないため、頼んでいる。

#### ④生活援助の時間短縮の影響

生活援助の時間が短くなったから、ヘルパーの回数を増やすことにしたが、結果的にはそれでよかった。

精神的にも楽になった。もし増やさなければ、一日中洗濯に明け暮れていたと思う。お金は払えるから大丈夫。もし増やすことができなかつたら、不潔になって大変だっただろう。ゴミだらけで、糞尿まみれだつただろう。

#### ⑤今後ヘルパーの生活援助サービスがなくなった場合の対応

どうしようもないが自分でするしかないよね。妻にも自分にもできなくても無理くりだよね。生活援助サービスがなくなったら、不潔で死んでしまうだろう。そうしたら施設に入るしかないね、ずっとここに居たいけどな…。

#### ⑥事業者の経営やシフト調整の困難

経営的に時間が短縮されても、ボランティアでサービスを強要されるケースがある。人件費で足が出てる。45分以上は？平均60分でサービスをしている。このケースは、改定前は1回90分で週3回だったが、改定後は75分となり現場は時間が足らずに大変だった。失禁の回数や便漏れが増えたこともあり、夕方も週3回30分入ることになり、ヘルパーのシフト繰りが大変だったが、何とかなっている。

#### ⑦調査担当者の感想

夫婦とも90才を超え、介護をしている夫も、自分のことで精いっぱいの状況である。本人は、ストマの交換を10年前までは自分で行っていたが、脳梗塞後の認知症でうまくできなくなった。失禁もあり、ストマを交換する際には便がシーツや服につき、非常に不衛生な状態、ヘルパーによる洗濯、着替え、汚物処理など、生活援助がないと生活に著しい支障が生じるケースであった。

時間短縮で失禁の始末などが追いつかず、さらに夕方30分週3回に回数を追加している。Iさんの場合は経済的には余裕があり負担感は大きくないが、利用料の面で追加が不可能なケースもあると思われる。90歳の夫の体調如何で夫婦の生活はすぐに立ち行かなくなるであろう。超高齢夫婦世帯にとって、サービス提供時間短縮は介護者側にさらに大きな負荷となる。

## 第3章 まとめ

---

### I 平成24年度ホームヘルプサービス実態調査（アンケート調査）結果から

北海道ホームヘルプサービス協議会  
制度推進委員会 委員長 山崎加代子

#### はじめに

本調査は、平成24年4月に行われた介護報酬改定による生活援助サービスの時間短縮によるホームヘルプサービスへの影響を測定する目的で行った。内容としては、時間短縮の根拠として国が示した株式会社E B P 提出の資料データと実際との比較。時間短縮が利用者の生活、事業所の経営、ヘルパーの収入へ及ぼした影響などを調査し、取りまとめた。

より現場の状況を明らかにするために事例を募り、老々介護、認知症介護、独居、高齢者住宅といった今日的なケースを抽出し、現地に赴きヒアリング調査を行い、分析を行った。

また、地域包括ケアが推進される中、システムの核となる「住まい」との関連でサービス付き高齢者向け住宅の介護事業所併設状況について調査し、同じく「リハビリテーション」との連携では、24年に新たに加算対象となった「生活機能向上連携加算」の状況について調査を行った。

#### 1. 事業所の属性について

##### (1)事業所の属性について

事業所の組織形態は営利法人、社会福祉協議会、社会福祉法人が上位を占め、全体の約7割を占める、これは従前の調査と同じ結果である。地域包括ケア推進の核として注目されているサービス付き高齢者向け住宅等の併設状況では、全体では約2割であるが、地区別をみると札幌と旭川で約3割となっている。なお、掲載の「参考サービス付き高齢者向け住宅の設置状況」と数字が合わないのは、これ以外の様々な形態の高齢者住宅に併設されていることによると推察される。またその約9割が同一建物内にあり、「住宅の介護を担う＝施設型の介護」に近いという立ち位置が、従来の訪問介護と若干の違いがあり、新たな課題が生じているという報告も見受けられる。今後サービス付き高齢者向け住宅の建設が進むことで、併設数は上がってゆくものと考えられる。

##### (2)事業運営について

訪問介護員の人数、常勤、非常勤割合、常勤換算数はヘルパー不足が懸念される中、昨年結果とほとんど変わりなく推移した。しかし、事業所の收支状況を見ると昨年比で調査項目すべてがマイナスとなった。その中でも非常勤の訪問介護員の人事費の持ち込みが大きくなっている。ここに生活援助の訪問時間数の減少が影響しているとみられる。

サービス提供状況を見ると、昨年比で、全体、一人当たりとも訪問回数が増え、訪問時間が減っている。利用者数が増えているのは、要介護認定者数の伸びと考える。

生活援助サービス時間短縮の影響としては、要介護2までの軽度認定者の場合は、訪問回数は横ばい、訪問時間は減少、要介護3～4では、訪問回数は増、訪問時間は減少、要介護5で訪問回数、訪問時間ともに増加している。合わせてサービス区分提供状況を見ると、身体介護は訪問回数・訪問時間ともに増え、生活援助はともに減少している。要介護5は訪問回数・訪問時間ともに増加している。時間短縮の影響は、とくに軽度認定者に大きく表れている。

### (3)利用者の所在と移動距離

利用者の所在を調査したところ、一戸建てや公営住宅・マンションなどの所在が減少し、事業所に併設された住宅に、利用者が住む割合が増えている。特に石狩地区と上川地区で増加している。

注目されるサービス付き高齢者向け住宅併設の事業所とそうでないところの移動時間の差異は、時間の最大値で10分、平均値で1分、平均移動距離でも約1kmであり、予想よりも小さいものであった。今後住宅併設が増えることで変化が生じると予測される。

## 2. 生活援助サービスの内容について

### (1)援助行為ごとのかかる時間

生活援助単体でサービスを受けている利用者は要介護1で約8割、そのうち独居が約6割である。要介護5では約2.5割にとどまっている。身体・生活での利用を含めば、利用率は上がると思われる。生活援助の行為ごとの平均サービス提供時間の調査では、1回当たりの平均提供時間を、生活援助の時間短縮の根拠として国が採用した株式会社E B Pの資料データとの比較を試みた。その結果、サービス準備記録等で0.4分長、掃除が2分短、洗濯が5分長、一般的な調理、配下膳で2分長であり、その他で約5分長であった。

データとの大きな差異は無いように見えるが、生活援助の項目として利用度が高い「調理」「洗濯」に関してデータより長くなっている、利用者状態の把握も含めて全体として45分では足りないことは明らかである。

### (2)身体介護・生活援助の時間区分見直しによる変化について

24年4月から新たに作られた身体介護20分は利用者が非常に限定されることや、条件の厳しさから算定は1割に止まっている。また、生活援助が中心の利用者のサービス提供の変化では、「従来どおり」が最も多く、続いて「提供時間を減らしたが、訪問回数は変わらない」である。介護報酬の改定後も1時間～1時間半のサービスを提供している事業所が約4割あり、事業所の負担となっている。また、提供時間を減らしたが訪問回数は変わらない事業所も約4割であった。これらは事業所の収支に悪影響となり、非常勤ヘルパーの給与減の要因と思われる。

### (3)サービス提供時間変更によるサービス提供への影響

時間区分を報酬改定前後で比較すると改定前は60分未満と60分以上が半々であったが、改定後は45分以上で8割弱の結果となった。改定後の介護計画の変化を見ると、90分を60分にした事例が最も多く、回数増や90分と60分の組み合わせであったものを45分で回数増するなどがほとんどである、身体・生活への移行もあった。結局45分以上は60分の計画となっている。回数増にした場合は、質が上がったという事例もあるが、経済的な負担が利用者に生じている。また、生活の状況確認などきめ細かな観察ができなくなり、コミュニケーションが減ったという事例が目立った。

### (4)通院介助サービス

通院介助サービスは、長時間のサービスとなる場合が多いにも関わらず、院内の介助が認められないケースからの依頼や、受診同行・立ち合いなど責任の重い支援である。長時間や診察室での同行が算定されないなど問題点が多いにも関わらず、介護タクシーがない地域では、ヘルパーがそれをも担っている実情がある。

### (5)リハビリテーションとの連携

24年4月より生活機能向上連携加算が創設された。生活機能の向上を目的として、生活の場にリハビリ専門職の視点を入れようというものであるが、加算の届出、連携とともに実施されている事例は非常に少ない状況である。連携の相手方が訪問リハビリテーションのみであり、訪問看護ステーションによるリハビリには適用されないことが大きな要因と考えられる。訪問リハビリテーションは社会資源として地域によっては希少であり、訪問看護ステーションが代替しているところが多い。そのため該当ケースそのものが少ないの

である。

しかし、加算の有無にかかわらず、リハビリテーション専門職との連携が必要と考えられるケースの連携状況は十分に図られている。該当ケースがある場合には、担当者会議等を通じて身体介護の方法や、室内環境の整備、手すりの位置の相談などを通じ以前から連携は図られていたのである。

#### 終わりに

平成24年4月に行われた生活援助サービスの時間短縮は、老々介護、高齢者世帯、認知症介護などの厳しい環境であっても必死に在宅での生活を守ろうとする利用者と、時間の制約に追われながら支援するヘルパーにとって厳しいものであった。また、事業所運営や非常勤ヘルパーの賃金にも影響を及ぼしている。

生活援助は高齢者が在宅で生活するうえで必須のサービスであり、生活そのものを支えるということは地域包括ケアの目的である在宅生活の継続に最も重要な要素である。本調査で行ったヒアリング調査を通じ得られた事実がこのことを強く根拠づけている。

## II 平成 24 年度ホームヘルプサービス実態調査(ヒアリング調査)結果から

北海道ホームヘルプサービス協議会  
制度推進委員会 副委員長 永田志津子

ヒアリング調査を実施した 5 事例からは、生活援助のあり方・必要性について、また生活援助サービス時間短縮の影響とそれらに関連して以下の課題が明らかとなった。

### 1. 生活援助のあり方・必要性について

5 事例のうち独居の 3 事例では、ふらつきや移動困難などの身体状況があり、室内は伝い歩きのため日常生活行動に支障がある。加えて認知症の症状により、ヘルパーによる生活援助は必要不可欠である。火気の管理、服薬、買い物などヘルパーの支援なしには生活は成り立たない。家族介護も得られてはいるが、距離的な面でも頻繁に介護にあたることが困難であったり、認知症からくる家族関係の悪化という側面も見られ、ヘルパーによる支援は利用者の生活維持にとって重要な役割を果たしている。

家族同居の 2 事例は、農業を自営する長男が仕事終了後に介護を担当しているもの、ともに 90 代の老夫婦が一方を介護しているものである。生活援助サービスの時間短縮がより一層の家族負担を強いている現状にあり、ヘルパーによる生活援助の縮小は、前者では過労による農業継続の困難や生計維持の困難にまで結びつく可能性があると言えよう。後者では 90 代の高齢者への過度な介護負担により、老夫婦の共倒れを招くものと考えられる。ヘルパーによる生活援助は、利用者本人への支援のみならず、同居家族の生活維持にも大きく貢献していると言え、要介護高齢者の在宅介護には不可欠の支援となっている。

### 2. 生活援助サービス時間短縮の影響

#### (1) 利用者と家族の生活状態の悪化

回答者は利用者の QOL の低下を指摘している。家族介護を期待できない場合、利用者本人は短縮により受けられなくなったサービスに対し「自分で何とかする」などの無理をしがちであり、身体症状の悪化や骨折などの事故を招きやすいと思われる。買い物、調理の支援が受けられないことにより、食事の「出前」を注文するようになっても次第にそれも困難になり栄養状態の悪化に結びつくであろう。

家族介護者への影響も大である。いわゆる老老介護である高齢老夫婦世帯では、介護者の身体的・精神的負担が大きい。事例では時間短縮の影響は大きかったものの、経済的に余裕があったため訪問回数を増やすことで時間短縮の影響を回避している。高齢の介護者にとって、特にストマの交換などは容易ではなく不衛生な状態となりがちである。援助時間の短縮は、人間的な生活が著しく阻害されることにつながるものである。

時間短縮は利用者と家族に一層の負担を強いることになるが、それが間接的に家族関係の悪化を招くことにも留意が必要である。特に認知症高齢者では、余裕のある介護サービスを専門職から提供されることは利用者本人と家族に安心感をもたらし状態の改善につながるが、逆行する場合には、家族関係の悪化により一層の状態悪化となり、介護サービスの減少が結果的には介護サービスの需要を増大させるというパラドックスとなるのではないだろうか。

仕事を持つ家族では、生活援助サービス時間の短縮は虚弱状態の利用者を一人で長く置くことになり、大きな不安を生じさせている。こうした不安は仕事の上にも影響し強いストレスを与えることになっている。

#### (2) インフォーマルサービスへの転換

生活援助サービス時間の短縮により必要な支援が時間オーバーで困難となって、サービスの優先順位を付け、一部を割愛することとなったが、その結果、身体の保清ができなくなったり、掃除、洗濯、買い物などをヘルパーに依頼することができなくなるなどの支障が生じた。これら不足サービスの補完は、家族または

知人などのインフォーマルな支援に転換されているが、インフォーマルサービスへの依存は次の点で、今後は困難となることが予測される。

第一に現在の家族形態と家族機能にかかる課題である。我が国では高度成長期以降、若年世代の都市流出、核家族化、小家族化が進んで、家族による高齢者の介護機能は縮小されたままである。その結果が事例にある独居高齢者や高齢夫婦世帯、長男との二人暮らしなどの家族形態を生んだと言えよう。こうした弱体化した家族に、ヘルパーによる生活援助に代わる機能を求めるることはもはや困難である。介護保険制度はそのような社会背景のもとに創設されたはずである。生活援助時間の短縮は、介護機能を低下させた現在の家族形態の実態に逆行するものであり、多くの介護難民としての高齢者を生み出すことになる。家族は介護放棄をしているものではなく、距離的に遠いなど物理的に日常的な介護が困難な状況にあるのである。さらに北海道の場合には、気候条件の制約もあり、特に独居高齢者はヘルパーの支援に大きく依存し、ヘルパーによる生活援助は生活の中核を担っていると言つてよいであろう。

第二に家族介護者に対する基本的人権侵害の問題である。仕事をもつ同居子の介護を含めた長すぎる労働時間は基本的人権の侵害であるが、健康で文化的な最低限度の生活保障を謳う我が国で、高齢者介護（とりわけ介護保険制度）の局面においては、家族介護者の人権について議論が進まないのはなぜであろうか。仕事をもつ家族に一層の介護負担を期待することは現実的ではない。

第三に近隣のネットワークによるインフォーマルサービスも現状では期待できない。調査では、居住地域の介護関連の社会資源について、その有無や認知を尋ねているが、ヒアリングでは町内会とのかかわりも薄れていることが明らかとなった。特に家族同居では、家族介護者が仕事と介護の負担に加えて近隣とのかかわりを保持することは困難であり、介護機能を求められる家族故に近隣からも孤立していく可能性が示唆されるものであった。室内を伝い歩きしている状況の認知症を伴う利用者が、近隣との交流を続けることが困難であることは容易に想像できるものであり、この点からもインフォーマルサービスの利用は期待できない。また、事例では「生活援助時間の短縮による不足サービスを埋めてくれていた知人もいたが少なくなった」とあるように、同世代の知人による支援は次第に困難になることが明白である。

### (3)施設志向の強化

生活援助サービス時間短縮の前段階は、介護費用抑制のための施設入所の抑制と在宅介護路線の強化であった。しかし、時間短縮による様々な不安、生活状況の悪化、家族の介護負担は、在宅介護の限界を突き付けることになり、利用者と家族を、施設入所を選択せざるを得ない状況に追い込むことになる。費用抑制という当初の目論見に反し、施設志向の高まりと在宅介護の限界による虐待や介護放棄、家族崩壊といったマイナスの影響をもたらすことになるのではないだろうか。

### (4)介護労働者と事業所への影響

援助を要する人を目前にして、ヘルパーは必要なサービスを削減することができないでいる。生活援助サービス時間の考え方には、要介護高齢者の日常生活の実態とその維持に必要な生活行為及びその支援に要する絶対的時間が反映されていない。室内歩行が覚束ない利用者を介護しつつ栄養補給等の健康管理を行い、生活環境を整える。さらに認知症の症状を鑑み利用者の理解を促しながら生活意欲の喚起を図るといったヘルパーの働きは、短縮された時間内で行うことは困難である。時間超過はヘルパーのボランタリーなサービスや事業所負担に転化されている。また、非常勤ヘルパーの待遇悪化を招き、益々の介護労働者の離職という事態につながっていくのである。

また、制度改革は事業所と利用者（家族）の関係性へ影響する。事業所とヘルパーの苦しい状況を理解する利用者や家族は、ヘルパーを気遣い必要なサービスの利用すら遠慮することになるのである。このような関係性への影響のもう一点は、事業所自体が制度改革の強制執行人とならざるを得ないことである。利用者あるいは家族の要望を「限度額一杯であることを理解しない」と捉えるが、限度額とは財政要因から作成された枠組みであり、利用者ニーズとは整合しない。事業者は意図せずに「改正された制度を守る論理」を利用者に要求するという形の力関係を発揮することになる。制度内では生活に支障をきたす利用者側と、制度

を守らなければ事業を継続できない事業者側との押し問答では解決の道を見出すことは困難である。双方が制度改正の被害者であり、介護保険制度の趣旨に照らし、高齢者と介護家族の生活維持に必要な条件とともに考え、声を上げることが今求められることなのではないだろうか。

### 3. 今日的課題の表出

事例では、サービス付き高齢者住宅入居者への介護サービス提供として新しい課題が提示されている。独居の場合、上記のような制度改正の実情を理解してもらい共に方策を考える家族という存在がない。認知症により理解が困難な利用者からみると、時間短縮は事業所の一方的な改正と受け取ることになる。事業所と利用者の閉塞的な空間でのやり取りでは解決困難であり、関係性の悪化を招いたり、やむを得ず事業所が費用を被る結果となっている。サービス付き住宅が急激に増加している今日、ますます縮小されるサービスとサービス付きである安心面を求めて入居する高齢者双方にとって今後の大きな課題となると思われる。

国は高齢者介護において、施設入所を抑制し在宅介護路線を推し進める一方で、その在宅介護の継続を困難とする方向での制度改正を実行してきた。必要な在宅介護を受けることができない利用者は、結果的に身体症状を悪化させ医療費の増大を招くことになるのではないだろうか。また、自己責任での解決を求められる家族では、増大する介護負担を回避するための自費サービス利用が必要となるが、経済的な余裕をもたない場合は、介護放棄、虐待のケースの増加などが予想される。医療費の増大とともにこれらは大きな社会的損失であることを忘れてはならないであろう。

# 資料編

# 平成24年度ホームヘルプサービス実態調査票

北海道ホームヘルプサービス協議会

<記入上の注意>

- ・本調査の対象となる利用者は要介護の方のみとします。要支援の方は含めないでください。
- ・今年度の事業所指定等で、昨年度の実績がない場合は、該当する項目のみ御記入ください。
- ・各設問に対し、該当する番号に○をつけるか、回答欄があるものについては必要事項を御記入いただき、  
平成24年11月9日(金)までに返送くださいますようお願いいたします。
- ・御回答いただきました結果につきましては、集計・分析し、報告書としてまとめさせていただきますが、事業所名や固有名詞など、一切明らかにされないことをお約束いたします。

事業所名			
住所		連絡担当者	
電話番号		FAX番号	

## I. 貴事業所についてお伺いします。

問1. 貴事業所の組織形態をお答えください。 (平成24年10月1日時点)

- |                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| 1 : 地方公共団体             | 7 : 農業協同組合及び連合会     |
| 2 : 一部事務組合・広域連合        | 8 : 消費生活協同組合及び連合会   |
| 3 : 社会福祉協議会            | 9 : 営利法人(会社)        |
| 4 : 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) | 10 : 特定非営利活動法人(NPO) |
| 5 : 医療法人               | 11 : 企業組合           |
| 6 : 公益法人               | 12 : その他( )         |

問2. サービス付高齢者向け住宅との関わりについてお答えください。 (平成24年10月1日時点)

- (1) 貴事業所は高齢者向け住宅に併設されていますか。  
 1 : 併設されている      2 : 併設されていない (問3へ)  
 ↓

**【問2(1)で「1」と答えた方にお伺いします】**

- (2) サービス付高齢者向け住宅の設置場所についてお答えください。  
 1 : 同一建物内      2 : 同一敷地内

問3. 平成23年9月(1ヶ月間)と平成24年9月(1ヶ月間)の訪問介護員(管理者・サービス提供責任者等を含む)の人数をお答えください。(それぞれ数字を記入) ※派遣職員は含めない。

専従	常勤職員数			非常勤職員数	
	兼務		常勤換算数 (小数第1位まで)	実人員数	常勤換算数 (小数第1位まで)
	実人員数				
平成23年9月	人	人	. 人	人	. 人
平成24年9月	人	人	. 人	人	. 人

※常勤職員の専従の人数は、常勤換算数に含める必要はありません。

※常勤換算数とは、すべての従業員の1週間の平均延勤務時間数を常勤従業員が1週間で勤務すべき時間数で割り返すことにより、従業員の員数を常勤の従業員の員数に換算した数です。

問4. 平成23年9月(1ヶ月間)と平成24年9月(1ヶ月間)の収支の状況について、お答えください。(それぞれ数字を記入) ※平成23年9月には介護職員処遇改善交付金も含む。※千円以下四捨五入。

	売上高	事業活動収支差額 (売上総利益)	非常勤の訪問介護員の人件費 (税・保険料控除前の実賃金の合計)
平成23年9月	千円	千円	千円
平成24年9月	千円	千円	千円

問5. サービス提供状況についてお答えください。

(1) 平成23年9月(1ヶ月間)と平成24年9月(1ヶ月間)の訪問介護の提供状況について、お答えください。

1 : 利用者あり 2 : 利用者なし (問5 (3) ~)

↓

(それぞれ数字を記入)

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平成 23 年 9 月	利用者実人員数(人)	人	人	人	人	人
	訪問回数合計(回)	回	回	回	回	回
	訪問時間合計(時間)	時間	時間	時間	時間	時間
平成 24 年 9 月	利用者実人員数(人)	人	人	人	人	人
	訪問回数合計(回)	回	回	回	回	回
	訪問時間合計(時間)	時間	時間	時間	時間	時間

【問5 (1) で1とお答えいただいた方にお伺いします。】

(2) 上記(1)で記入いただいた利用者について、身体介護、生活援助の平成23年9月(1ヶ月間)と平成24年9月(1ヶ月間)の状況をそれぞれ記入してください。(それぞれ数字を記入)

		身体介護	身体・生活	生活援助	合計
平成 23 年 9 月	訪問回数合計(回)	回	回	回	回
	訪問時間合計(時間)	時間	時間	時間	時間
平成 24 年 9 月	訪問回数合計(回)	回	回	回	回
	訪問時間合計(時間)	時間	時間	時間	時間

(3) 上記(1)で記入いただいた利用者の所在についてそれぞれ記入してください。(それぞれ数字を記入)

	平成23年9月	平成24年9月
A. 一戸建て、又は公営住宅や民間の賃貸住宅等に居住している利用者	人	人
B. 事業所に併設または関連グループの住宅に居住している利用者	人	人
B-1. 事業所の敷地内に居住している利用者	人	人
B-2. 事業所の敷地外に居住している利用者	人	人
C. その他( )	人	人
A+B+C (利用者実人員数)	人	人

(4) 敷地外居住者の場合、貴事業所から利用者宅への移動について、最も時間がかかるケースと最も時間がかかるないケースの片道の移動時間・距離・手段をそれぞれ記入してください。また、平均的な片道の移動時間と距離について記入してください。(平成24年9月時点)

	移動時間	移動距離	移動手段
最も時間がかかるケース	約 分	約 Km	1:車 2:徒歩 3:その他( )
最も時間がかかるないケース	約 分	約 Km	1:車 2:徒歩 3:その他( )
平均的なケース	約 分	約 Km	1:車 2:徒歩 3:その他( )

## Ⅱ. 貴事業所で提供している生活援助サービスについてお伺いします。

問6. 生活援助サービスの内容とそのサービスにかかる時間について、要介護度別に生活援助を最も多く利用している利用者を1名ずつあげ、お答えください。(それぞれ数字を記入) なお、該当者がいない要介護度については、該当者の有無について「無」に○を付けてください。

また、利用者の家族状況について該当するほうに○をつけ、同居の場合は支援者の有無についてもお答えください。(平成24年9月の間)

要介護度	家族状況	サービス内容	総提供時間(分) [A]	総提供回数(回) [B]	1回あたりの平均提供時間(分) [A ÷ B]
要介護1 (該当者有・無)	独居・同居 (支援者有・無)	1) サービスの準備・記録等	分	回	約 分
		2) 掃除	分	回	約 分
		3) 洗濯	分	回	約 分
		4) ベッドメイク	分	回	約 分
		5) 衣類の整理・被服の補修	分	回	約 分
		6) 一般的な調理、配下膳	分	回	約 分
		7) 買い物	分	回	約 分
		8) 薬の受け取り	分	回	約 分
		9) その他	分	回	約 分
		※上位3つまで	内容:( )	分	約 分
要介護2 (該当者有・無)	独居・同居 (支援者有・無)	1) サービスの準備・記録等	分	回	約 分
		2) 掃除	分	回	約 分
		3) 洗濯	分	回	約 分
		4) ベッドメイク	分	回	約 分
		5) 衣類の整理・被服の補修	分	回	約 分
		6) 一般的な調理、配下膳	分	回	約 分
		7) 買い物	分	回	約 分
		8) 薬の受け取り	分	回	約 分
		9) その他	分	回	約 分
		※上位3つまで	内容:( )	分	約 分
要介護3 (該当者有・無)	独居・同居 (支援者有・無)	1) サービスの準備・記録等	分	回	約 分
		2) 掃除	分	回	約 分
		3) 洗濯	分	回	約 分
		4) ベッドメイク	分	回	約 分
		5) 衣類の整理・被服の補修	分	回	約 分
		6) 一般的な調理、配下膳	分	回	約 分
		7) 買い物	分	回	約 分
		8) 薬の受け取り	分	回	約 分
		9) その他	分	回	約 分
		※上位3つまで	内容:( )	分	約 分
要介護4 (該当者有・無)	独居・同居 (支援者有・無)	1) サービスの準備・記録等	分	回	約 分
		2) 掃除	分	回	約 分
		3) 洗濯	分	回	約 分
		4) ベッドメイク	分	回	約 分
		5) 衣類の整理・被服の補修	分	回	約 分
		6) 一般的な調理、配下膳	分	回	約 分
		7) 買い物	分	回	約 分
		8) 薬の受け取り	分	回	約 分
		9) その他	分	回	約 分
		※上位3つまで	内容:( )	分	約 分

要介護 5 (該當者 有・無)	独居 ・同居 (支援者 有・無)	1) サービスの準備・記録等	分	回	約 分
		2) 掃除	分	回	約 分
		3) 洗濯	分	回	約 分
		4) ベッドメイク	分	回	約 分
		5) 衣類の整理・被服の補修	分	回	約 分
		6) 一般的な調理、配下膳	分	回	約 分
		7) 買い物	分	回	約 分
		8) 薬の受け取り	分	回	約 分
		9) その他	内容：( )	分	回
		※上位 3つ まで	内容：( )	分	回
			内容：( )	分	回

※老計第10号(H21/3/17)「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」の区分をもとにしていますが、「買い物」と「薬の受け取り」を分けています。また、「サービス準備等」を新たな項目として設けています。

### III. 身体介護・生活援助の時間区分の見直しによる変化についてお伺いします。

問7. 身体介護を中心である場合、新たに「20分未満」の時間区分が設定されましたが、貴事業所の算定状況についてお答えください。(平成24年4月～9月の間)

- 1：算定した      2：算定していない

問8・生活援助を中心である場合、時間区分が変更されましたが、生活援助について貴事業所の報酬改定前後のサービス提供状況をお答えください。

(1) 生活援助を中心の利用者に対する報酬改定前後のサービス提供状況の変更について、お答えください。(それぞれ数字を記入)

報酬改定前		報酬改定後	
生活援助を中心の利用者数 (平成24年3月時点)	_____人	1) 変更なし(従来どおり)	人
	⇒	2) 提供時間を減らし、訪問回数を増やした	人
		3) 提供時間を減らしたが、訪問回数は変わらない	人
		4) 提供時間、訪問回数ともに減らした	人
		5) 提供時間、訪問回数を増やした	人
		6) サービスの利用自体を中止した	人
		7) その他( )	人

(2) 上記(1)で記入いただいた利用者の中で、時間区分変更によって、サービス提供状況に顕著な変更があった事例があれば、「【別紙】事例調査シート」に記入してください。

(3) 報酬改定前(平成23年9月)と改定後(平成24年9月)の時間区分について、それぞれ記入してください。  
(それぞれ数字を記入)

	時間区分	訪問回数合計(回)	訪問時間合計(時間)
報酬改定前 (平成23年9月)	30分以上60分未満	回	時間
	60分以上	回	時間
報酬改定後 (平成24年9月)	20分以上45分未満	回	時間
	45分以上	回	時間

### IV. 訪問介護における通院介助についてお伺いします

問9. 貴事業所の通院介助のサービス提供状況についてお答えください。

(1) 通院介助について、サービスを提供していますか。(平成24年9月時点)

- 1：いる  
↓  
2：いない(問10へ)

【問9(1)で1と答えた方にお伺いします】

(2) 通院介助のサービス提供状況について、それぞれ数字を記入してください。(平成24年9月時点)

総提供時間：\_\_\_\_\_分      総提供回数：\_\_\_\_\_回

## V. 他職種との連携についてお伺いします。

問10. 生活機能向上連携加算の状況についてお伺いします。

(1) 生活機能向上連携加算について、届け出していますか。 (平成24年4月～9月の間)

- 1：届け出ている (問10 (3) ~)
- 2：届け出ていない

【上記(1)で「2」と答えた方にお伺いします。】

(2) 生活機能向上連携加算を届け出していない理由について、該当する番号全てに○をつけてください。(複数回答可)

- 1：該当するケースがないため
- 2：近くに連携する指定訪問リハビリテーション事業所がないため
- 3：指定訪問リハビリテーション事業所との連携が困難なため
- 4：業務負担が多くなるため
- 5：加算される報酬が少ないため
- 6：その他 ( )

(3) リハビリテーション専門職との連携が必要だと思うケースについて、連携が図られていますか。

- 1：該当するケースがない
- 2：十分に連携が図られている
- 3：おおむね連携が図られている
- 4：ほとんど連携が図られていない
- 5：全く連携が図られていない
- 6：その他 ( )

【上記(3)で「4」「5」と答えた方にお伺いします。】

(4) リハビリテーション専門職との連携が図られていない主な理由について、該当する番号全てに○をつけてください。(複数回答可)

- 1：担当者が誰かわからないことがある
- 2：担当者の電話番号等連絡先・手段がわからないことがある
- 3：担当者が多忙で連絡しても会えないことがある
- 4：担当者が必要な情報を提供してくれないことがある
- 5：その他 ( )

(5) リハビリテーション専門職との連携で工夫していることがあれば、記入してください。

[ ]

問11. 介護保険制度について、市町村や国に要望があれば、自由に記入してください。(自由記述)

[ ]

### ヒアリング調査について

本アンケート調査結果を受け、回答いただいた道内の事業所から調査対象を抽出し、ヒアリング調査を実施する予定です。また、事業所へのヒアリング調査と併せて当該事業所のサービス利用者及びその家族へヒアリング調査を実施したいと考えております。つきましては、受け入れが可能かどうか該当する番号に○をつけてください。

なお、実際にヒアリング調査をさせていただく場合は、事前に御連絡し、訪問日を調整させていただきます。

- 1：受け入れても良い
- 2：受け入れられない

お忙しい中、アンケートに御協力いただきありがとうございました。

より皆様の声を反映した提言書を作成する予定です。今後ともよろしくお願ひいたします。

北海道ホームヘルパー協議会 会長 岩田 志乃

※介護報酬改定により生活援助サービスの提供の変化が顕著であった事例について、可能な範囲で御記入願います。なお、複数の事例を御提供いただける場合は、本シートをコピーして御記入ください。

## 【別紙】

### 事例調査シート

(該当する番号に○をつけるか、必要事項を御記入ください。)

#### 1. 基本情報

年齢	歳	性別	1 : 男性	2 : 女性	通院の有無	1 : あり (頻度 : )	2 : なし
要介護度		1 : 要介護 1	2 : 要介護 2	3 : 要介護 3	4 : 要介護 4	5 : 要介護 5	
ADLランク(※1)		1 : J (J1・J2)	2 : A (A1・A2)	3 : B (B1・B2)	4 : C (C1・C2)		
認知症ランク(※2)		1 : なし	2 : I	3 : II (IIa、IIb 含む)	4 : III (IIIa、IIIb 含む)	5 : IV	
既往歴・障害など							
住居状況		1 : 一戸建て	2 : 集合住宅 (エレベータの有無 : あり・なし ←※いずれかに○)				
		3 : その他 ( )					
世帯状況		1 : 独居	2 : 高齢者夫婦世帯	3 : その他家族と同居	4 : その他 ( )		
家族状況		家族構成図		備考欄			

※1 「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」(平成3年11月18日老健第102-2号)による

※2 「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」(平成5年10月26日老健第135号)による

#### 2. 外出状況について

(1) 外出の頻度はどのくらいですか?	1 : ほとんど外出しない 2 : 月2~3回 3 : 週1回 4 : 週2~3回 5 : 週4回以上
(2) 外出する際の主な移動手段は何ですか?	1 : 徒歩 2 : 自家用車 3 : 公共交通機関 (バス・JR等) 4 : タクシー 5 : 移送サービス 6 : その他 ( )

#### 3. 経済状況について

(1) 主な収入源は何ですか? (複数回答可)	1 : 年金・恩給・手当等の給付金 2 : 生活保護費 3 : 不動産 ( )
(2) 毎月の生活費の状況はどうですか?	1 : 余裕あり 2 : ちょうどよい 3 : 困窮している

#### 4. サービス利用状況について

(1) 現在利用しているサービスは何ですか? (複数回答可) ※( )には頻度を記入してください。	1 : 訪問介護 ( ) 2 : 訪問看護 ( ) 3 : 訪問リハ ( ) 4 : 訪問入浴 ( ) 5 : 通所介護 ( ) 6 : 通所リハ ( ) 7 : その他 (具体的に⇒ )
(2) 報酬改定前後で生活援助サービスはどう変化しましたか?	
(3) 上記(2)で、サービスの減や中止があった場合、代替の対応ができていますか?	1 : 対応できている 2 : 対応できていない
(4) 上記(3)で、「1」とお答えになつた場合、どのように対応しましたか? (複数回答可)	1 : 家族・親族が替わり行っている。 2 : 近隣住民が替わりに行っている。 3 : 別のサービスで代替した。(具体的に⇒ ) 4 : その他 (具体的に⇒ )

#### 5. この事例を取り上げた理由を記入してください。

--	--

#### 6. ヒアリング調査の受け入れについて

この事例はヒアリングが可能ですか?	1 : 可	2 : 不可
-------------------	-------	--------

## 生活援助利用実態調査

調査員氏名 ( )

調査票No.		事業所名		
調査日	平成 年 月 日 ( )		聞き取り 対象者氏名	(本人との関係: )

## I 基本情報

本人	氏名(仮名可)		世帯構成	独居 · 夫婦のみ · 家族
	年齢	歳	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	性別	男 · 女	介護認定	無／支1・2／介1・2・3・4・5
主 介 護 者	氏名(仮名可)		同居の 有 無	・同居 ・別居(本人宅までで 分)
	年齢	歳	就労の 有 無	(有・無) ※就労の頻度
	性別	男 · 女		
	本人との関係			
介護認定	無／支1・2 ／介1・2・ 3・4・5	支援の 有 無	(有・無) ※支援の内容	
本人の主な収入源	本人の年金		円/月	経済的余裕 (有・無)
	介護者の年金		円/月	経済的余裕 (有・無)
	生活保護		円/月	経済的余裕 (有・無)
	その他		円/月	経済的余裕 (有・無)
世帯類型 と家族状 況の確認	1. 一人暮らし 2. 家族等が 障がい、 疾病等 3. その他	<ジエノグラム・類型の詳細>		

## II 介護の状況と生活援助時間変更の影響について

## II-1 健康状況

健 康 状 況	健康状態	1. 健康      2. 健康でない(病名: )
	具体的に	
主 介 護 者	健康状態	1. 健康      2. 健康でない(病名: )
	具体的に	
認知症	認知症の有無	1. 有      2. 無      / 診断済・診断未
	認知の症状	

## II-2 生活援助の内容について

本人の生 活支援上 負担に感 じている こ と (複数選 択可)	生活上 の困難	1. 入浴介助      2. 体位変換      3. 食事介助      4. 排せつ介助 5. 買い物      6. 除雪      7. 掫除      8. その他
	経済的 負担	1. 介護サービス料      2. 医療費      3. おむつ代等にかかる費用 4. その他
	精神的 負担	
<特記>		
ヘルパー の支援内 容に対す る理 解 (聞き取 り)		

## II-3 生活援助時間変更の影響について

1. 今回の時間短縮で支援の内容に変更がありましたか？	1. 変更が（有・無） ※変更の内容
2. 変更があった場合、支援をだれがどのように担うことになりましたか？	2.
3. その負担は、支援者にとってどのような困難がありますか？	3.
4. 本人の日常生活にどのような困難が生じましたか？	4.

5. ヘルパーの生活援助サービスがなくなったらどうしますか？	5.
--------------------------------	----

### III 地域資源認識調査

地域にある社会資源を知っていますか？	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 訪問介護事業所</li><li>2. 家政婦紹介所</li><li>3. シルバー人材センター</li><li>4. ボランティアネットワーク</li><li>5. ショートステイセンター</li><li>6. 小規模多機能居宅介護事務所</li><li>7. 特養</li><li>8. 老健</li><li>9. 特定施設生活介護</li><li>10. サービス付き高齢者住宅</li><li>11. デイサービス</li><li>12. デイケア</li><li>13. 近隣との関係</li><li>14. 町内会との関係</li><li>15. 民生委員の訪問</li><li>16. その他（地域循環バスなど）</li></ol>
--------------------	---

### IV 事業所へのヒヤリング

時間短縮による介護報酬の減額があっても、利用者からは以前同様の時間を希望されて、経営やシフト調整に困難が生じてはいませんか？	
--	--

～メモ～

## 北海道ホームヘルプサービス協議会制度推進委員会名簿

(敬称略)

役職	氏名	所属・役職（平成24年8月現在）
委員長	山崎 加代子	株シムス 取締役 はばたき事業部長
副委員長	永田 志津子	札幌国際大学短期大学部 生活総合学科 教授
委員	海老 厚志	恵庭市社会福祉協議会 介護サービス課長
委員	杉山 規愛	東神楽町社会福祉協議会 東神楽ホームヘルプサービスセンター 事業管理者／ 北海道ホームヘルプサービス協議会 副会長
委員	藤好 幸栄	社会医療法人恵和会 アメニティ西岡 水源池ヘルパーステーション 所長

## 制度推進委員会開催状況

開催回	開催年月日	議題
平成24年度 第1回	平成24年 8月9日(木)	1 制度推進委員会の活動内容について 2 平成24年度ホームヘルプサービス実態調査内容について 3 今後の制度推進委員会の活動スケジュールについて
第2回	平成24年 11月20日(火)	1 アンケート調査の実施と結果について 2 ヒアリング調査内容と役割分担について
第3回	平成25年 1月29日(火)	1 アンケート調査集計結果について 2 ヒアリング調査の実施について
平成25年度 第1回	平成25年 4月23日(火)	1 ホームヘルプサービス実態調査～生活援助のあり方・必要性についての調査～報告書（案）について

平成24年度

ホームヘルプサービス実態調査  
～生活援助のあり方・必要性についての調査～  
**報告書**

•発行日•

平成25年7月

•発 行•

北海道ホームヘルプサービス協議会

〒060-0002

札幌市中央区北2条西7丁目1

北海道社会福祉総合センター(かでる2.7) 2階

北海道社会福祉協議会 地域福祉部地域福祉課内

TEL 011-241-3977 FAX 011-271-3956

E-mail d-homehelp@dosyakyo.or.jp