

平成 27 年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

介護人材の類型化・機能分化に関する調査研究事業 報告書

平成 28(2016)年 3 月

目次

【調査研究事業のまとめ】

1. 地域包括ケアにおいて介護人材が担うべき役割・業務	1
2. 各業務の専門性に対する施設・事業所の認識	2
(1) 利用者に対するケア行為	2
(2) 介護過程の展開と、介護過程の展開における情報連携	6
3. 各業務の実施状況	9
(1) 生活援助の実施状況	9
(2) 身体介護の実施状況	12
(3) アセスメント、介護計画の作成、介護計画の見直し及び、情報連携の実施状況	15
(4) 特定ケア（認知症や終末期などの医療ニーズの高い利用者に対する身体介護）の実施状況	21
4. 介護職のチームリーダーに求められる能力	24

【調査編】

第1章 本調査研究の実施概要	27
1. 調査の目的	27
2. 本調査研究事業の全体像	28
(1) 本調査研究事業の位置付け	28
(2) 全体構成	28
(3) 実施スケジュール	29
3. 各調査の実施概要	30
(1) 介護人材の役割・業務の整理	30
(2) アンケート調査	31
(3) ヒアリング調査	34
4. 実施体制	35
(1) 検討会	35
(2) 担当研究員体制	36
第2章 介護人材の役割・業務の整理	37
1. 地域包括ケアに資するケアにおける介護人材の役割・業務	37
(1) 利用者のケアに関する役割・業務	38
(2) チーム運営に関する役割・業務	38
2. 調査の全体像との関係性	39
第3章 アンケート調査結果	40
1. 法人及び施設・事業所の概要	40
(1) 回答施設・事業所の分布	40

(2) 法人概要.....	41
(3) 施設・事業所の概要	44
2. 回答職員の属性	47
(1) 基本属性.....	47
3. 各業務の専門性と業務実施状況.....	58
(1) 生活援助に該当する行為.....	60
(2) 身体介護に該当する行為.....	64
(3) アセスメントの実施、介護計画の作成・見直し、利用者・家族等への相談業務	70
(4) 特定ケア（認知症や終末期などの医療ニーズの高い利用者に対する身体介護）の提供 ...	77
(5) 利用者の健康状態や心身状態に関する情報の収集	81
(6) 利用者の自立した日常生活の支援に向けた、より良いケアの方法の提案	85
(7) 間接業務.....	89
4. 介護職のチームリーダーに求める能力と現在の発揮状況	92
(1) チームマネジメント能力.....	92
(2) 多職種との連携能力	94
5. 介護福祉士にスキルアップしてほしい能力／今後、介護福祉士に必要と考える知識	95
(1) 業務の質を高めるために施設・事業者が介護福祉士にスキルアップして欲しい能力	95
(2) 今後、介護福祉士に必要と考えられる他領域の知識.....	96
6. 法人及び施設・事業所が実践している取組	97
第4章 ヒアリング調査結果	99
1. ヒアリング調査結果概要.....	99
(1) 事例調査Ⅰ 社会福祉法人 協同福祉会（奈良県大和郡山市）	99
(2) 事例調査Ⅱ (株)グッドライフケア（東京都中央区）	102
(3) 事例調査Ⅲ 社会福祉法人 恵仁福祉協会（長野県上田市）	104
(4) 事例調査Ⅳ 大牟田市.....	106
2. 各ヒアリング調査結果.....	108
(1) 事例調査Ⅰ 社会福祉法人 協同福祉会（奈良県大和郡山市）	108
(2) 事例調査Ⅱ (株)グッドライフケア（東京都中央区）	114
(3) 事例調査Ⅲ 社会福祉法人 恵仁福祉協会（長野県上田市）	118
(4) 事例調査Ⅳ 大牟田市.....	128
第5章 検討会	138
1. 検討会での議論（まとめ）	138

【資料編】

1. アンケート調査票（実施概要、実施要領、A. 施設・事業所票、B. 職員票）

【集計編】（別冊）

【調査研究事業のまとめ】

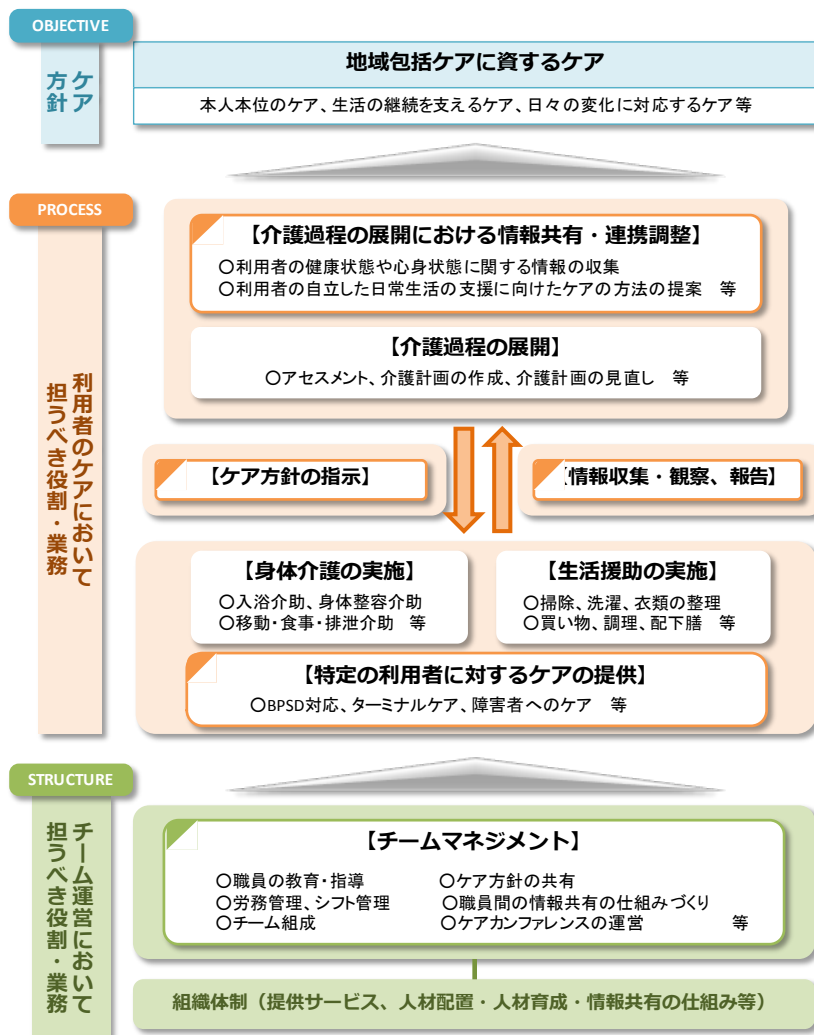
1. 地域包括ケアにおいて介護人材が担うべき役割・業務

本調査研究事業では、現状の介護人材が担っている役割・業務ではなく、地域包括ケアが目指す住み慣れた地域での生活の継続という観点から、既存調査、ヒアリング調査および検討会での議論を踏まえ、地域包括ケアにおける介護人材が担うべき役割・業務について、下記のような整理をおこなった（図表 01-1）。

以降では、下記整理に基づいて、利用者に対するケア行為である「生活援助」、「身体介護」、「特定の利用者に対するケア（認知症や終末期などの医療ニーズの高い利用者に対するケア）」および、介護過程の展開、介護過程の展開における情報共有・連携調整に該当する「アセスメント、介護計画の作成・見直し」「情報連携（情報提供、ケア方法の提案）」に分けて考察をおこなった。

なお、「チーム運営において担うべき役割・業務」については、各行為を効果的、効率的に実施するための取組例として、関連する法人の取組等の整理をおこなった。

図表 01-1 介護人材が担うべき役割・業務の整理



2. 各業務の専門性に対する施設・事業所の認識

施設・事業所管理者の各業務の専門性に対する認識は以下の通りであった。

(1) 利用者に対するケア行為

- 「生活援助」、「身体介護」、「特定ケア（認知症や終末期などの医療ニーズの高い利用者への身体介護）」について、施設・事業所の管理者が考える各業務の専門性の認識は、「生活援助」→「身体介護」→「特定ケア（認知症や終末期などの医療ニーズの高い利用者への身体介護）」と高くなっており、サービス間で概ね同様に認識されていた。

生活援助に該当する行為

- 「介護に関する知識、技術をそれほど有しない者」「介護に関する基本的な知識、技術を備えた者」の業務であると認識されていた。
- 特に、介護老人福祉施設では、「介護に関する知識、技術をそれほど有しない者」との認識が5割程度と高かった。

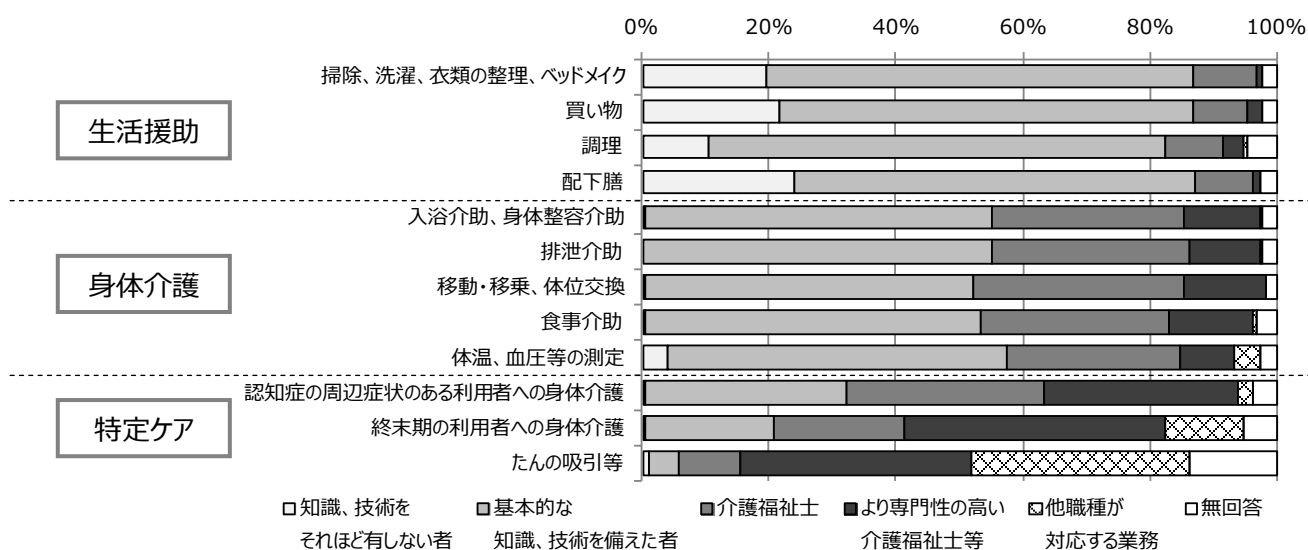
身体介護に該当する行為

- 「介護に関する基本的な知識、技術を備えた者」以上の業務であると認識が、いずれのサービスでも9割以上と高かった。

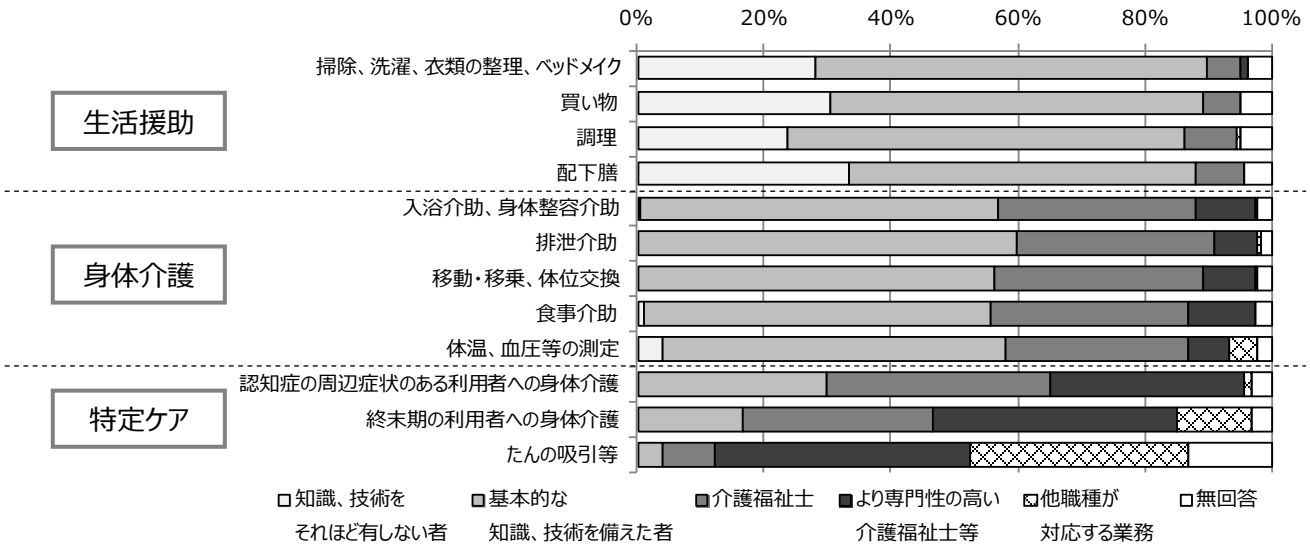
特定ケア（認知症や終末期などの医療ニーズの高い利用者に対する身体介護）

- 「認知症の周辺症状のある利用者への身体介護」は、「介護福祉士」以上の業務であるとの認識が5割以上であり、特に、介護老人福祉施設では、8割以上の施設が「介護福祉士」以上の業務であるとの認識であった。
- 「終末期の利用者への身体介護」は、「より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等」以上の業務であるとの認識が5～6割程度を占めており、「たんの吸引等」では、「より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等」以上業務であるとの認識がより高かった。

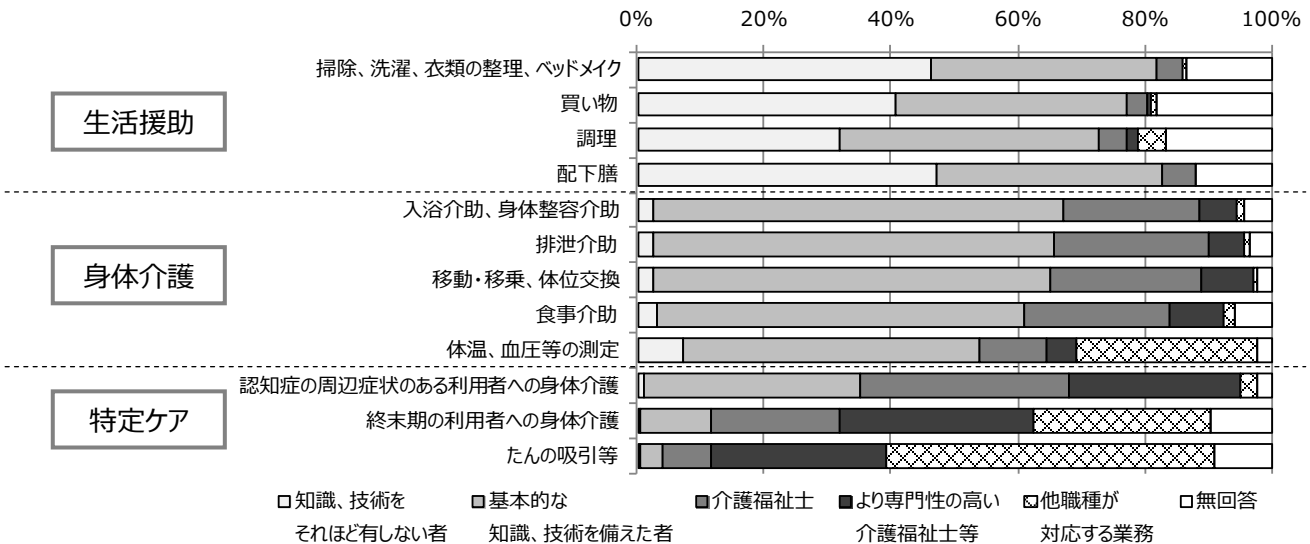
図表 01-2 業務の専門性の認識（訪問介護 n=209）



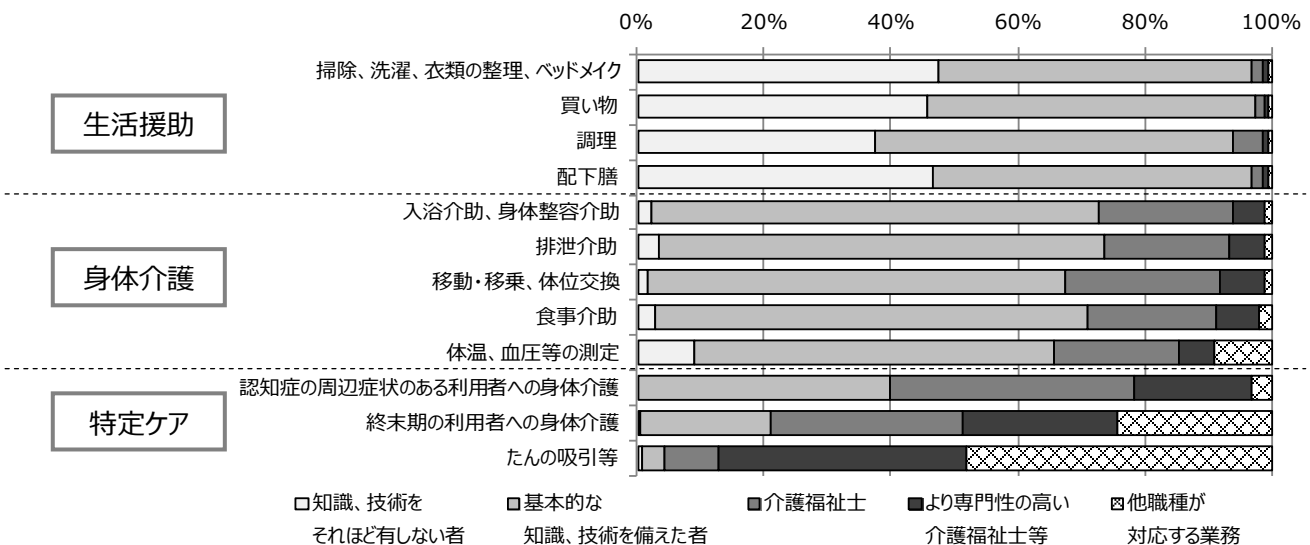
図表 01-3 業務の専門性の認識（定期巡回・随時対応型訪問介護看護 n=174）



図表 01-4 業務の専門性の認識（通所介護 n=197）

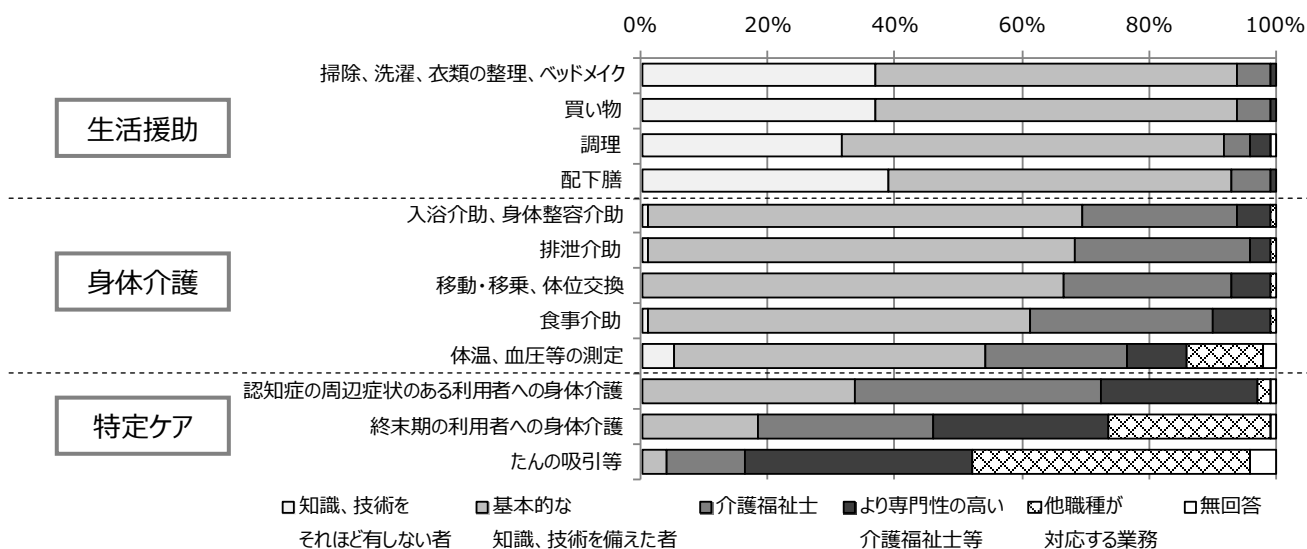


図表 01-5 業務の専門性の認識（小規模多機能型居宅介護 n=181）

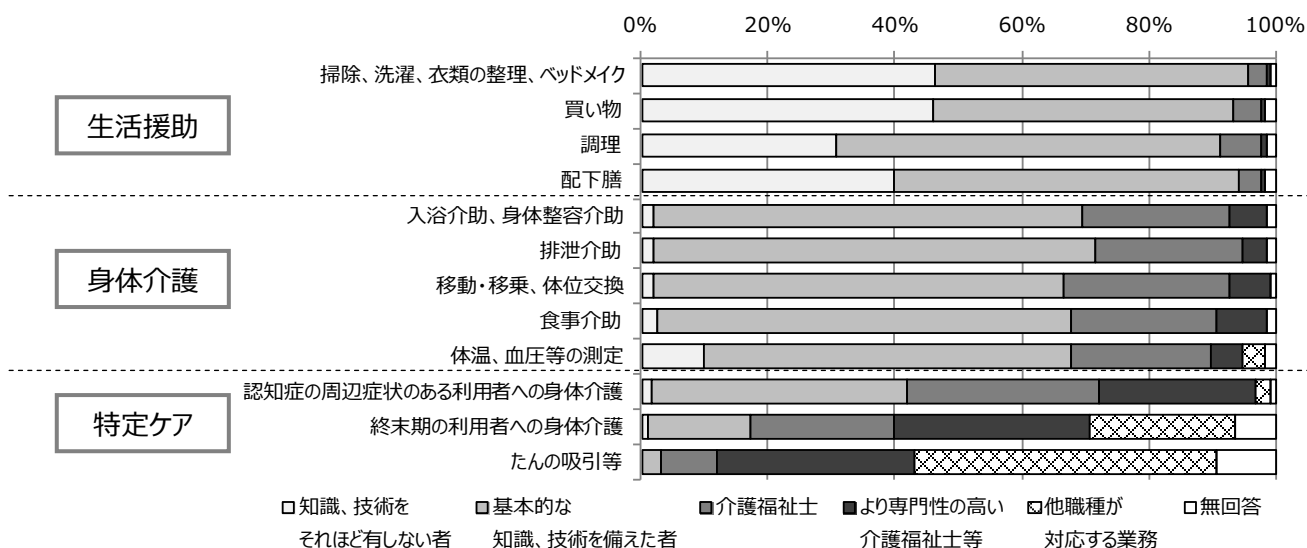


【調査研究事業のまとめ】

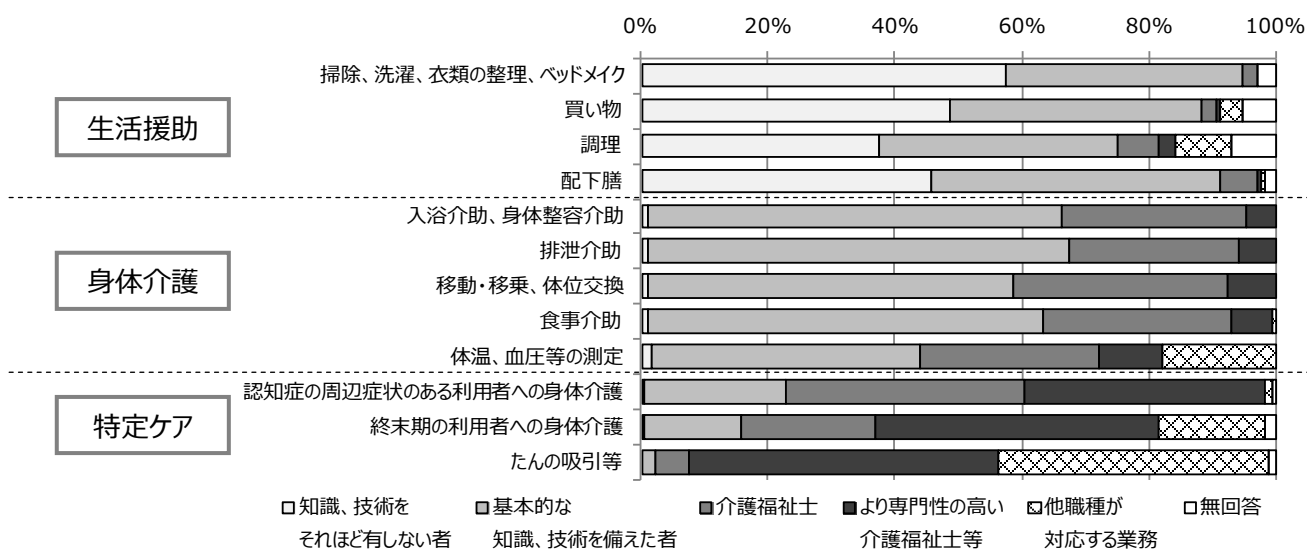
図表 01-6 業務の専門性の認識（看護小規模多機能型居宅介護 n=98）



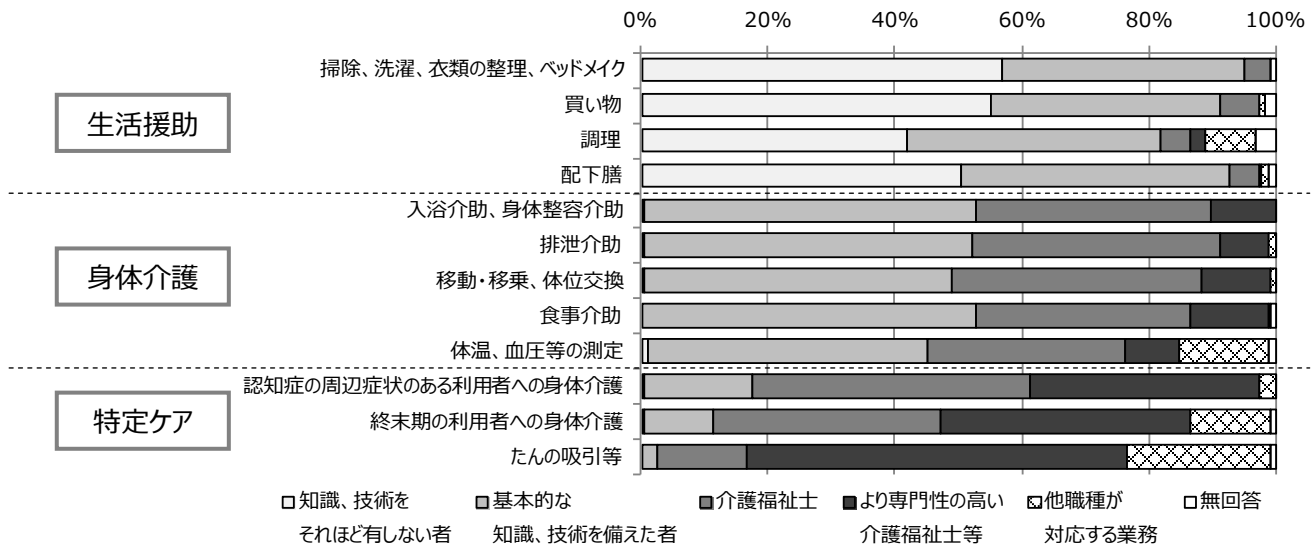
図表 01-7 業務の専門性の認識（認知症対応型共同生活介護 n=203）



図表 01-8 業務の専門性の認識（介護老人保健施設 n=171）



図表 01-9 業務の専門性の認識（介護老人福祉施設 n=213）



(2) 介護過程の展開と、介護過程の展開における情報連携

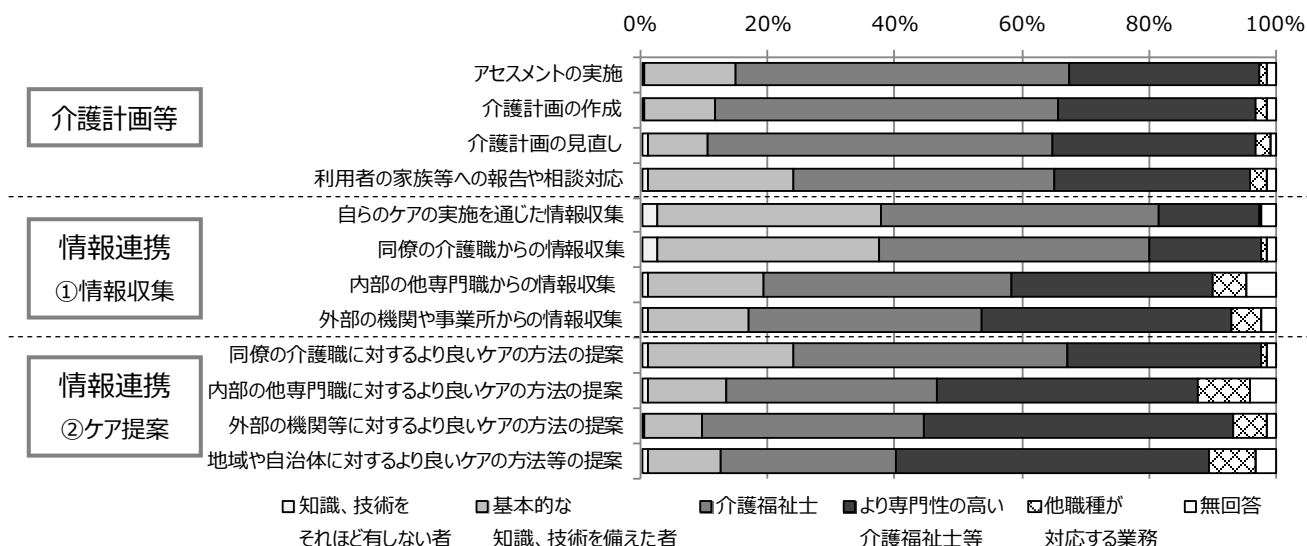
アセスメント、介護計画の作成、介護計画の見直し、利用者の家族等への報告や相談等

- 施設・事業所の管理者が考える介護過程の展開にかかる「アセスメント」「介護計画の作成」「介護計画の見直し」「利用者の家族等への報告や相談対応」といった業務の専門性は、「介護福祉士」以上の専門性が求められる業務であると認識が8割程度と高かった。

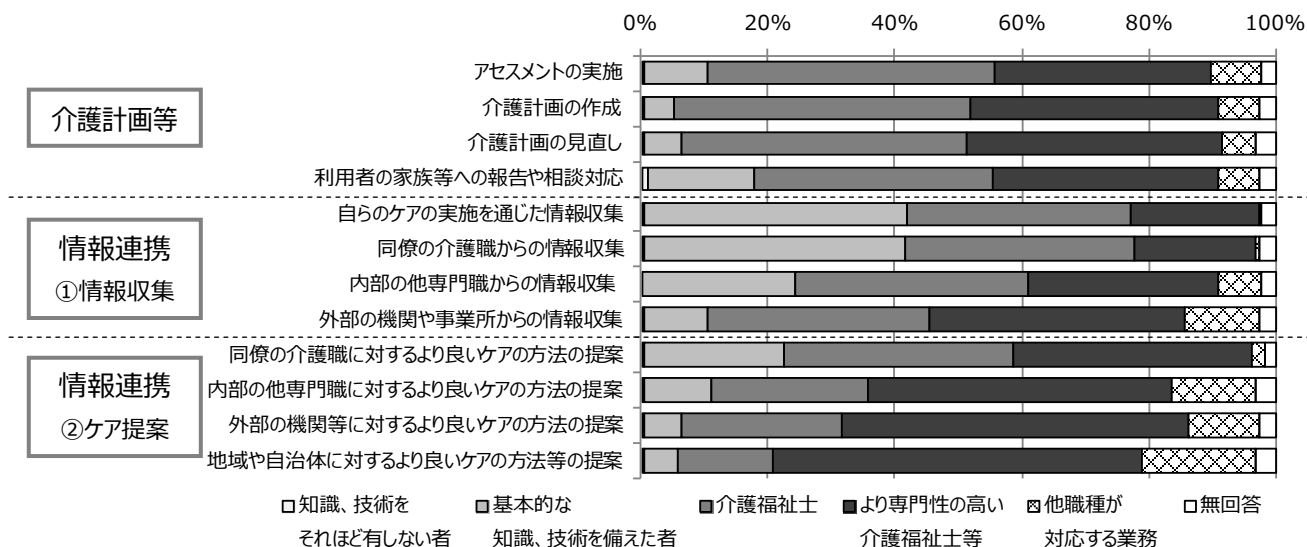
情報連携（情報収集、ケア方法の提案）

- 「情報収集」「より良いケアの方法の提案」といった介護過程の展開における情報連携業務の認識は、「自ら／介護職からの情報収集」→「他専門職や外部の機関・事業所からの情報収集」→「より良いケアの方法の提案」と高くなる傾向がみられた。
- 特に、外部の機関や事業所、地域や自治体との情報連携は、「より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士」以上の専門性が求められるとの認識であった。

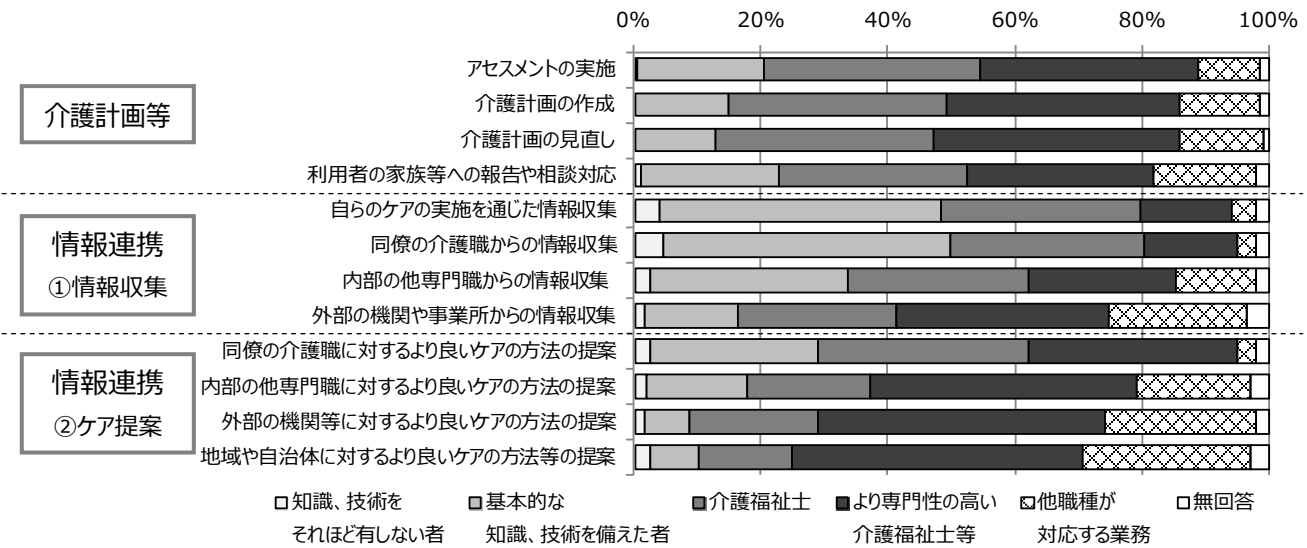
図表 01-10 業務の専門性の認識（訪問介護 n=209）



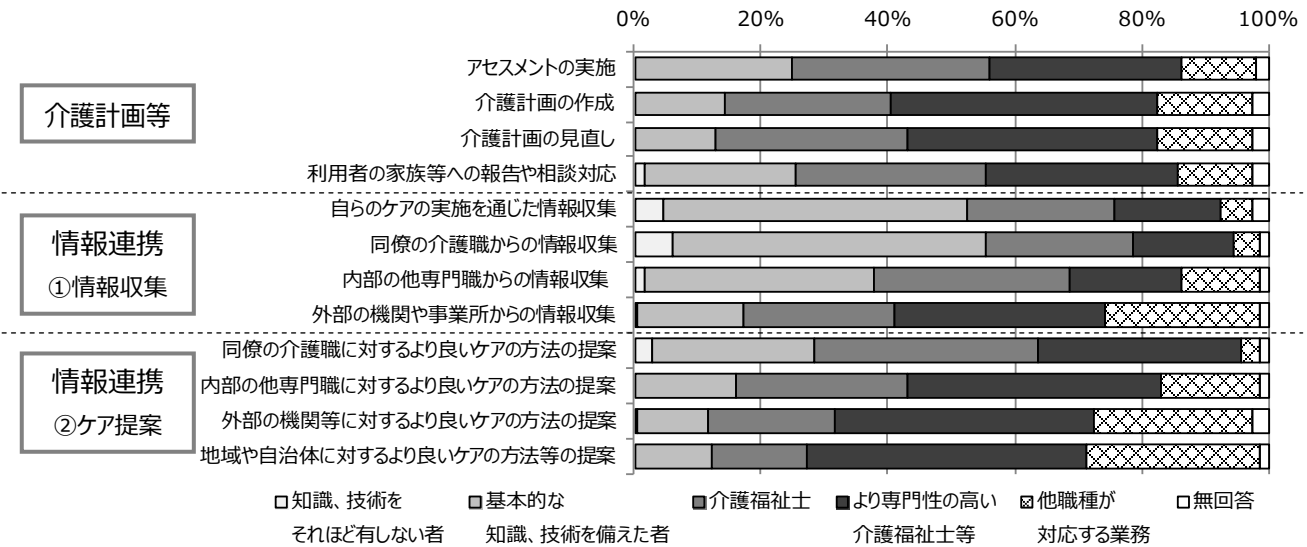
図表 01-11 業務の専門性の認識（定期巡回・随時対応型訪問介護看護 n=174）



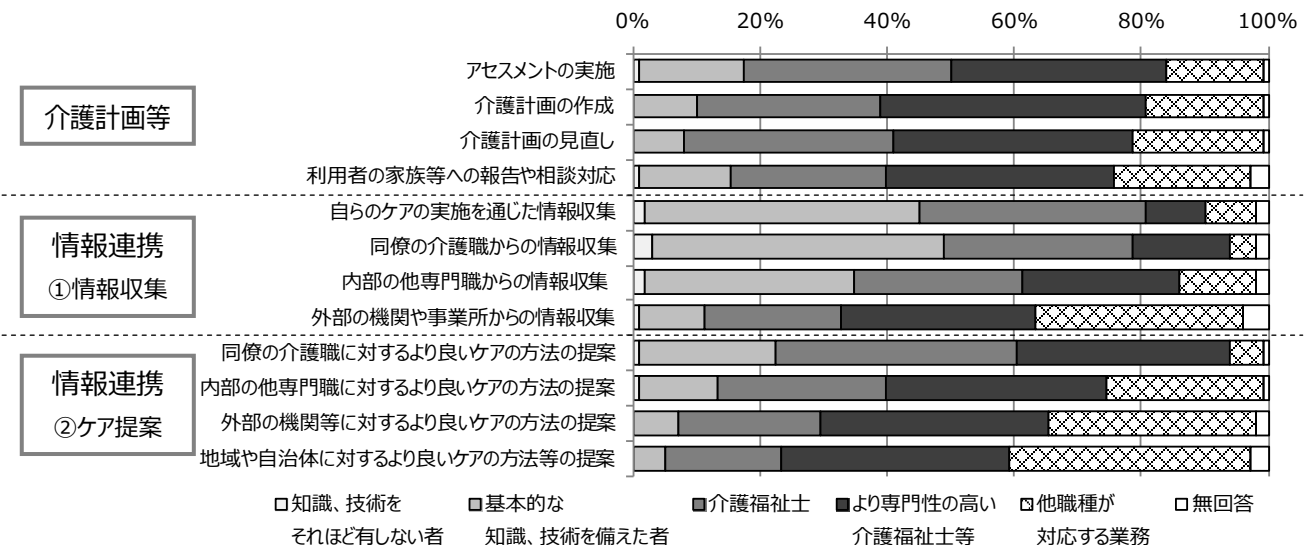
図表 01-12 業務の専門性の認識 (通所介護 n=197)



図表 01-13 業務の専門性の認識 (小規模多機能型居宅介護 n=181)

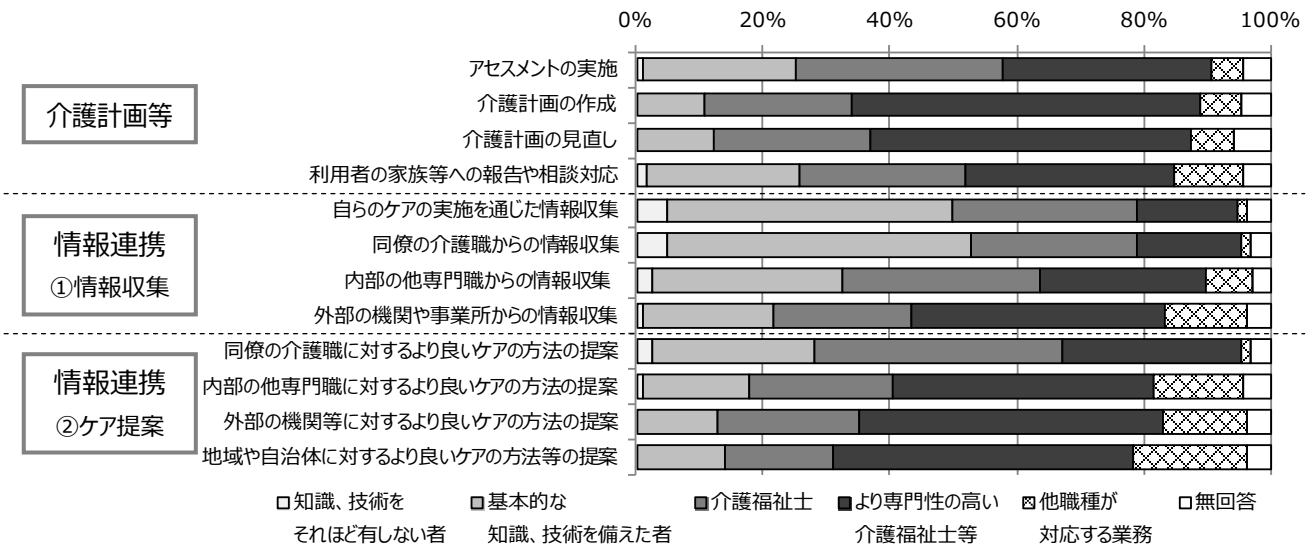


図表 01-14 業務の専門性の認識 (看護小規模多機能型居宅介護 n=98)

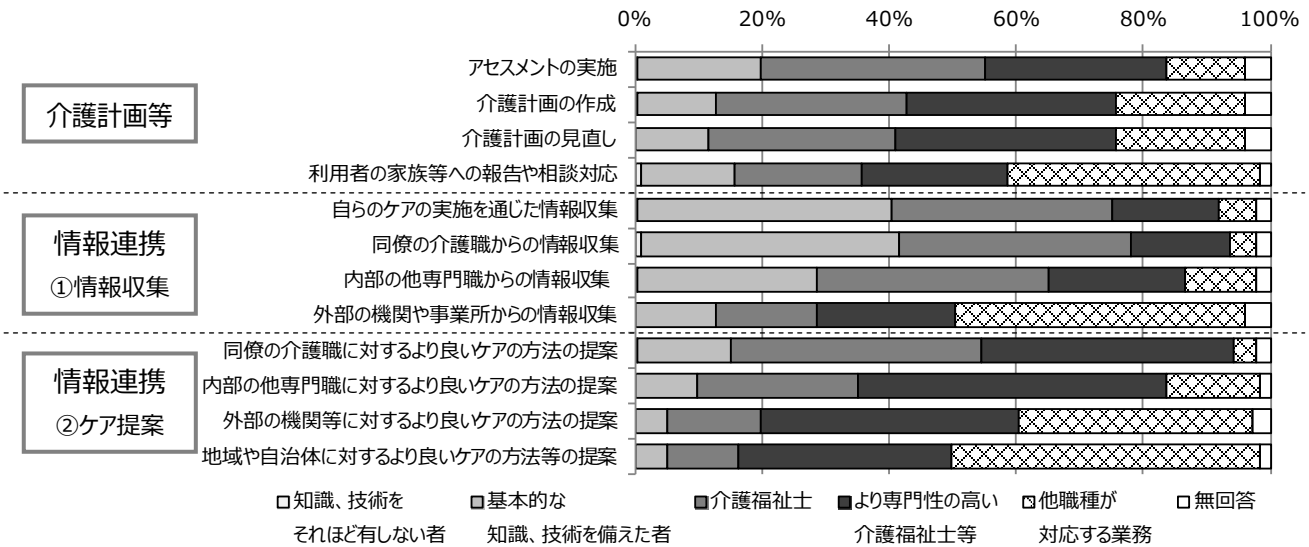


【調査研究事業のまとめ】

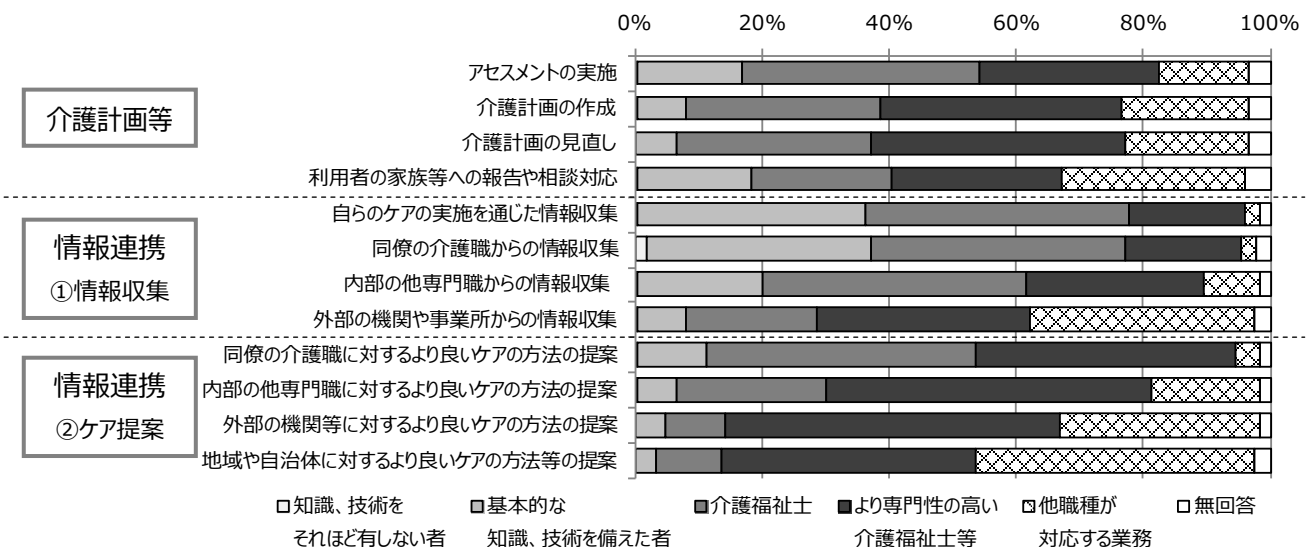
図表 01-15 業務の専門性の認識（認知症対応型共同生活介護 n=203）



図表 01-16 業務の専門性の認識（介護老人保健施設 n=171）



図表 01-17 業務の専門性の認識（介護老人福祉施設 n=213）



3. 各業務の実施状況

介護職員による実際の業務実施業況は以下の通りであった。

なお、「3. 各業務の実施状況」における各サービスのキャリア別のn数については、特に記載のない場合、図表 3-31 各サービスのキャリア別のn数 (p. 59) を参照のこと。

(1) 生活援助の実施状況

- 生活援助に該当する業務について、「ほぼ毎日(毎回)行う」とした職員の割合は、キャリアによらず、ほぼ同程度の実施状況であり、キャリアによる機能分化はみられなかった。
- 一方で、訪問介護と定期巡回・随時対応型訪問介護看護（以下、定期巡回）を比べると、「買い物」や「調理」の発生頻度は同程度と考えられるが、定期巡回の訪問介護員が実施している割合が低かった。

【今後検討すべき課題】

- 施設・事業所の管理者は、「介護に関する知識、技術をそれほど有しない者」「介護に関する基本的な知識、技術を備えた者」の業務であるとの認識しており、実態とのギャップが生じている。限られた介護人材資源の有効活用の観点や意欲のある人材の積極的な参入促進の観点から、すそ野の拡大に向けた役割分担の見直しを検討すべきではないか。
- なお、検討会では、「生活援助の提供を通じて利用者や家族等の状況を把握することで、アセスメントや介護計画の見直し等につなげている場合もあり、介護福祉士等が必要に応じて関わることが必要ではないか」との意見もあり、生活援助を通じたアセスメント等のあり方についてもあわせて検討することが必要ではないか。
- 定期巡回では、「買い物」や「調理」といった業務の外部化が行われている可能性があり、参考事例の中には、実際に生活援助を最小限にとどめる工夫をしている事業所もみられた。訪問介護においても、業務の外部化等の取組を推進することが有効ではないか。
- ただし、生活援助の実施状況を考察する際には、業務全体の効率性や、サービスや事業所の特徴を踏まえた介護職員の業務分担の実行性の観点から、以下の点に留意する必要があると考えられる。

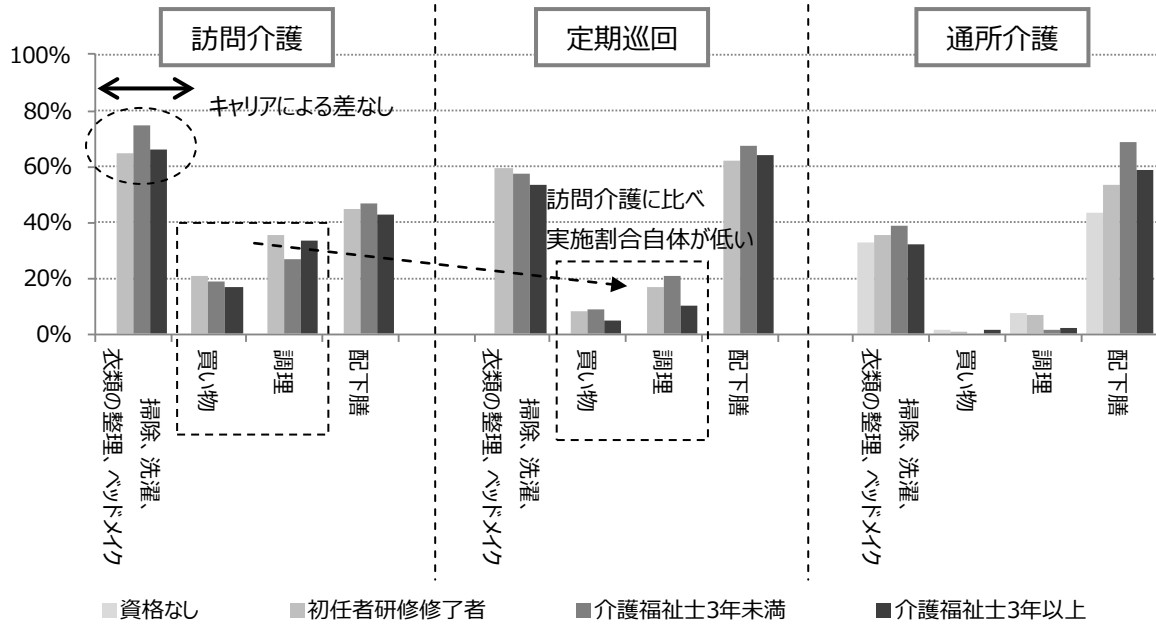
- 小規模の事業所では、職員数が少ないため、実際に業務を分担できる人材がそもそもいない場合があること
- 訪問介護、定期巡回の訪問系サービスは、移動時間が発生することから、一度に複数の業務を実施することで効率化を図っている場合があること
- 通所系サービス、施設サービスでは、起床、食事、就寝等の業務のピークタイムが存在し、キャリアによらず介護職員全員がチームで複数の利用者にケアを提供する場合があること

【ヒアリング調査からの参考事例】

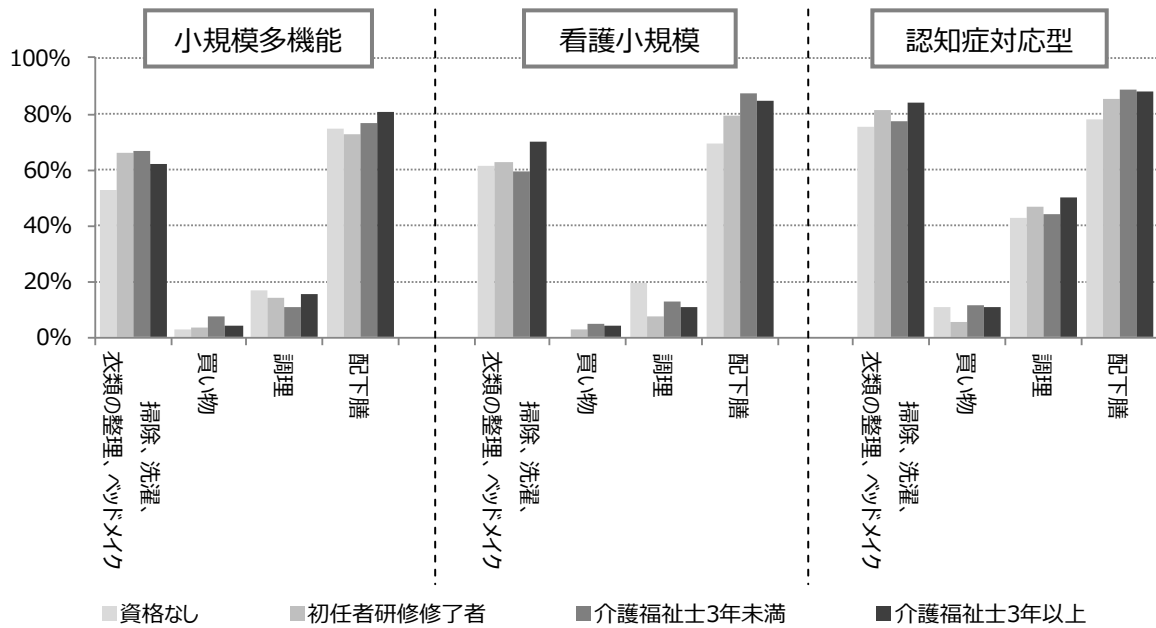
- 定期巡回では、長時間の生活援助について、湯煎パックの購入や配食サービスの利用を促し、配膳・温めなど最小限にとどめる工夫をしている（株式会社グッドライフケア）。

【調査研究事業のまとめ】

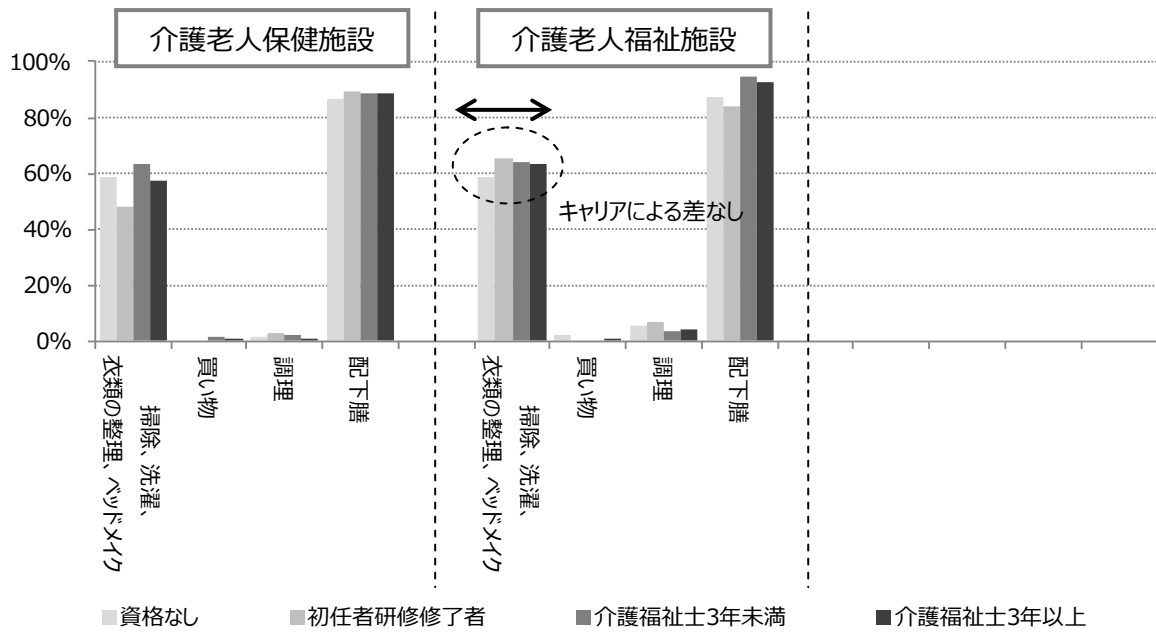
図表 01-18 生活援助の業務実施状況①（※「ほぼ毎日（毎回）実施」の割合）



図表 01-19 生活援助の業務実施状況②（※「ほぼ毎日（毎回）実施」の割合）



図表 01-20 生活援助の業務実施状況③（※「ほぼ毎日（毎回）実施」の割合）



(2) 身体介護の実施状況

- 身体介護に該当する業務について、「ほぼ毎日(毎回)行う」とした職員の割合は、「初任者研修修了者」に比べ、「介護福祉士」が実施する割合が高い傾向はみられるものの、いずれの業務についても、介護福祉士のキャリアによる差はみられなかった。
- 介護老人保健施設、介護老人福祉施設の施設系サービスでは、「入浴介助、身体整容介助」以外の業務において、「資格を持たない者」も含め、キャリアによる業務実施に差はみられず、キャリアによる機能分化はみられなかった。また、認知症対応型では、いずれの業務でも、「資格を持たない者」も含め、キャリアによる業務実施に差はみられず、キャリアによる機能分化はみられなかった。
- 「初任者研修修了者」に比べ、「介護福祉士」が実施する割合が高かった業務とサービスは以下の通りであった。
 - 「入浴介助、身体整容介助」：訪問介護、通所介護、小規模、看護小規模、老健、特養
 - 「排泄介助」「移動・移乗、体位交換」：訪問介護
 - 「食事介助」：定期巡回、小規模多機能
 - 「体温、血圧等の測定」：小規模、看護小規模、特養

【今後検討すべき課題】

- 訪問介護、定期巡回の訪問系サービスでは、介護職員による単独でのサービス提供が基本であり、施設サービスのような身体介護の分業ができない点、対利用者と職員のマッチングによる機能分化はすでに実施されている点を考えると、サービス提供のさらなる効率化は困難ではないか。
- 施設系サービスでは、入浴や食事などの業務のピークタイムに、施設にいる職員全員で複数の利用者にサービスを同時提供している場合があり、「資格を持っていない者」が資格保有者の管理、指導のもと、物品の準備など、身体介護の過程の一部を担っていると考えられる。参考事例では、ユニバーサル就労者がデイサービスの受入や認知症利用者の見守りを行う取組もみられたことから、地域の高齢者等を活用するなどの取組も考えられるのではないか。

図表 01-21 老計第 10 号による各業務の行為区分

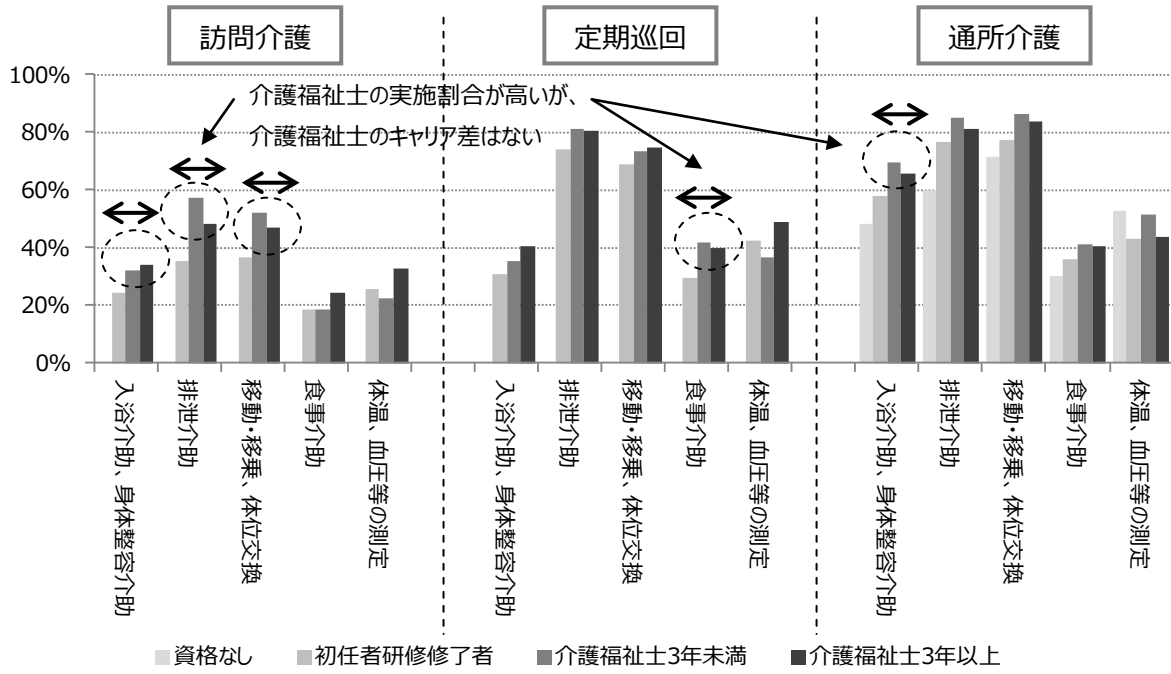
老計第 10 号による各業務の行為区分	
入浴介助	安全確認(浴室での安全)→声かけ・説明→浴槽の清掃→湯はり→物品準備(タオル・着替えなど)→ヘルパー自身の身支度→排泄の確認→脱衣室の温度確認→脱衣→皮膚等の観察→浴室への移動→湯温の確認→入湯→洗体・すすぎ→洗髪・すすぎ→入湯→体を拭く→着衣→身体状況の点検・確認→髪乾燥、整髪→浴室から居室への移動→水分補給→汚れた衣服の処理→浴槽の簡単な後始末→使用物品の後始末→ヘルパー自身の身支度、清潔動作
食事介助	声かけ・説明(覚醒確認)→安全確認(誤飲兆候の観察)→ヘルパー自身の清潔動作→準備(利用者の手洗い、排泄、エプロン・タオル・おしぼりなどの物品準備)→食事場所の環境整備→食事姿勢の確保(ベッド上での座位保持を含む)→配膳→メニュー・材料の説明→摂食介助(おかずをぎざむ・つぶす、吸い口で水分を補給するなどを含む)→服薬介助→安楽な姿勢の確保→気分の確認→食べこぼしの処理→後始末(エプロン・タオルなどの後始末、下膳、残滓の処理、食器洗い)→ヘルパー自身の清潔動作

【ヒアリング調査からの参考事例】

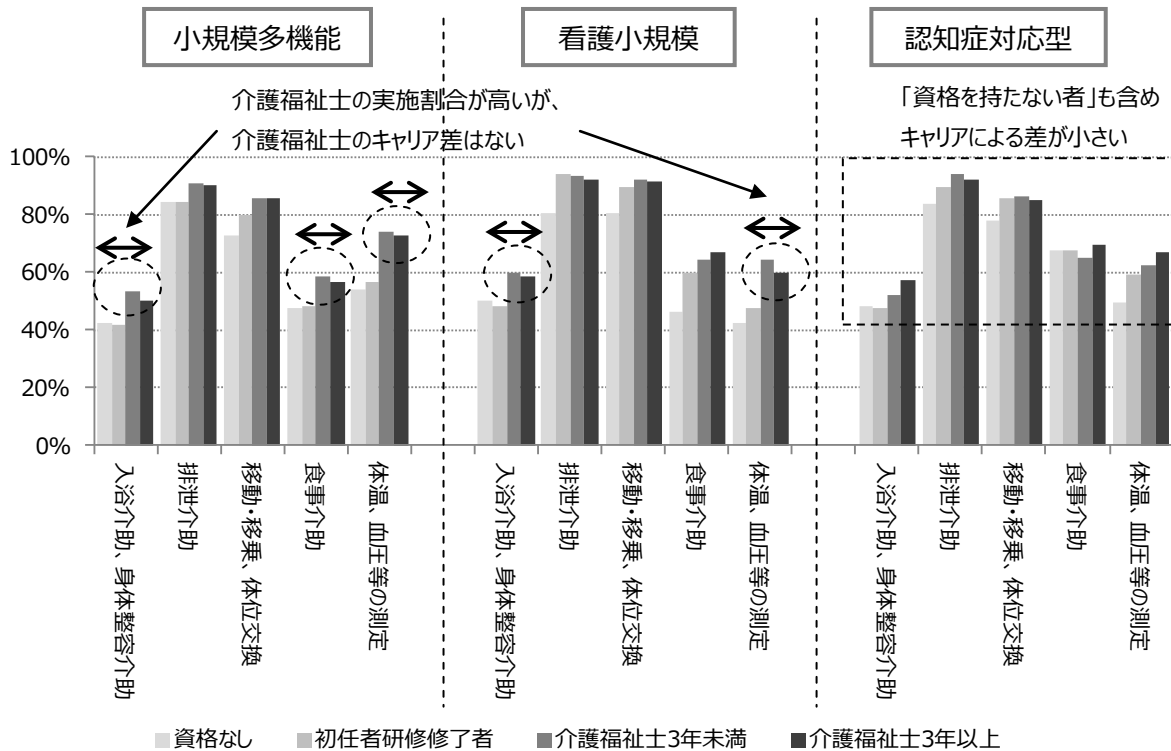
- 50～60 代のボランティアが、デイ・ショートの日中の食事準備を手伝うほか、ユニバーサル就労を支援しており、障害者が掃除、デイサービスの受入、認知症利用者の見守り、食事の準備等を担っている(社会福祉法人協同福祉会)。

- また、法人が提供するすべてのサービスのケア方針として、「10の基本ケア」を示しているが、介護職員が介護を行う上での共通理解となっているだけでなく、事業所内で活動するボランティアやユニバーサル就労の職員などにも、高齢者への基本的な接遇とあわせて説明が行われており、法人内のすべての人材で共有が図られている（社会福祉法人協同福祉会）。

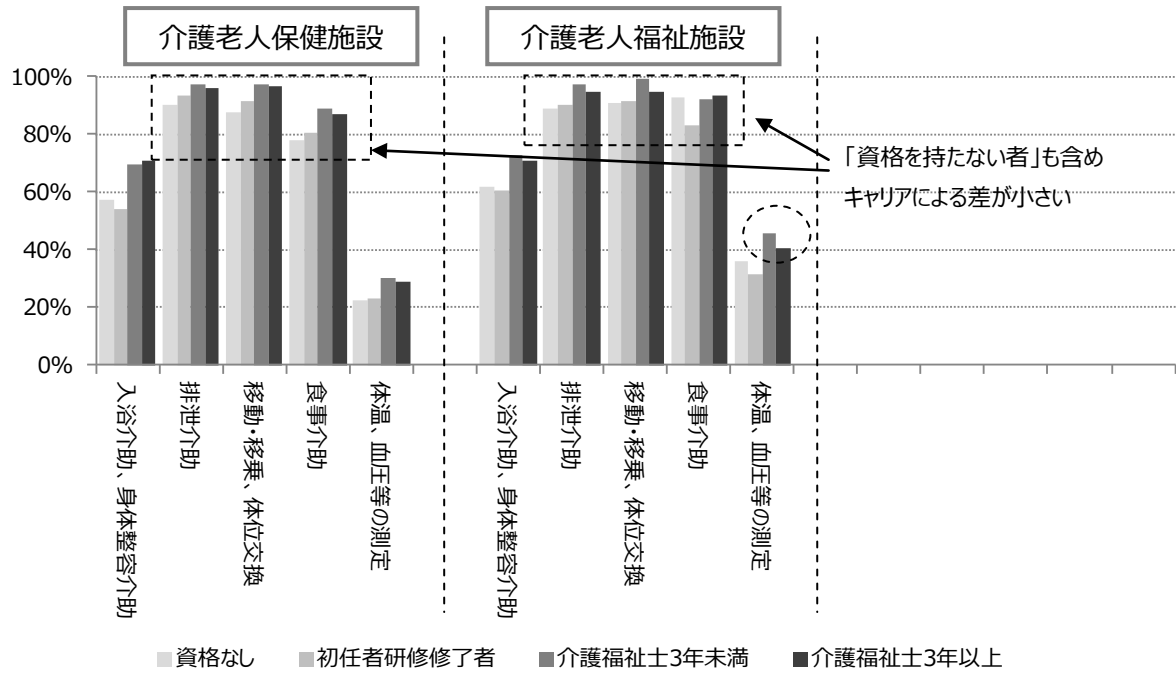
図表 01-22 身体介護の業務実施状況①（※「ほぼ毎日（毎回）実施」の割合）



図表 01-23 身体介護の業務実施状況②（※「ほぼ毎日（毎回）実施」の割合）



図表 01-24 身体介護の業務実施状況③（※「ほぼ毎日（毎回）実施」の割合）



(3) アセスメント、介護計画の作成、介護計画の見直し及び、情報連携の実施状況

- 「アセスメント」「介護計画の作成」「介護計画の見直し」について、「中心的に関わっている」職員は、サービス提供責任者や計画作成責任者、介護支援専門員による実施割合が高く（6割～9割）、訪問介護員／介護職員の実施割合は低いが、「初任者研修修了者」→「介護福祉士3年未満」→「介護福祉士3年以上」のキャリアに従って、実施割合が高くなる傾向がみられた。
- また、「情報収集」、「より良いケア方法の提案」についても、「初任者研修修了者」→「介護福祉士」のキャリアに従って、実施割合が高くなる傾向があり、キャリアによる一定の機能分化がみられた。
- 一方で、「外部の機関や事業所からの情報収集」や「外部の機関や事業所に対する、より良いケアの方法の提案」、「外部の機関や事業所に対する、より良いケアの方法の提案」など、外部との情報連携については、業務実施自体が低調であった。
- 「介護計画の実施」に「中心的に関わっている」職員について、「情報収集」を「常に行う」とした割合をみると、定期巡回では、看護併設（一体型）にて他専門職から情報収集をおこなうとした割合が高く、看護師との物理的な距離の近さが一定影響を与えていると考えられる。

【今後検討すべき課題】

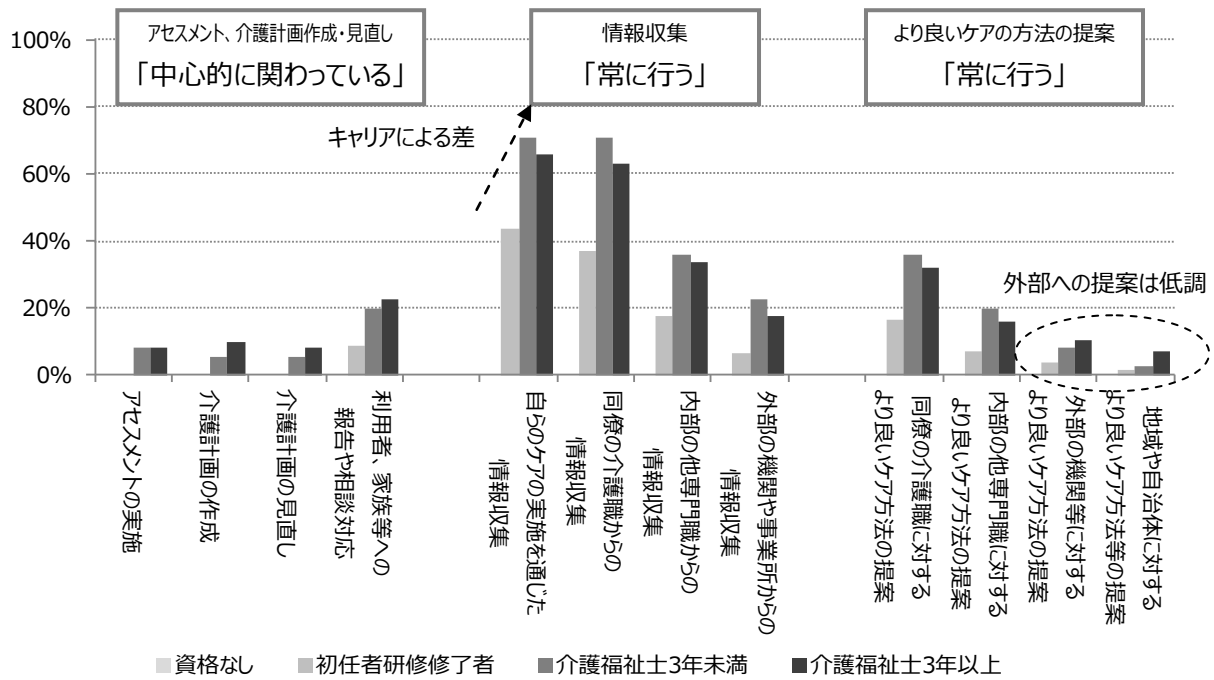
- 施設・事業所の管理者は、特に、「外部の機関や事業所からの情報収集」および「外部の機関や事業所への良いケア方法の提案」「地域や自治体へのより良いケア方法の提案」は、「より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等」の業務であると認識しているが、実態は十分に実施されていない。
- 参考事例では、外部との情報共有や連携調整を行いやすくする工夫として、同一敷地内での複数サービスを展開することで物理的な距離の縮小が図られている。また、介護職と他の専門職（看護師等）が連携して記録様式の作成や ICT ツールの運用を行うことで、予防的なケアや介護職の育成につながっている。今後、中重度の在宅要介護者が増えていく中で、サービス間・職種間の連携を促す体制の強化や ICT などのツールの活用が有効ではないか。

【ヒアリング調査からの参考事例】

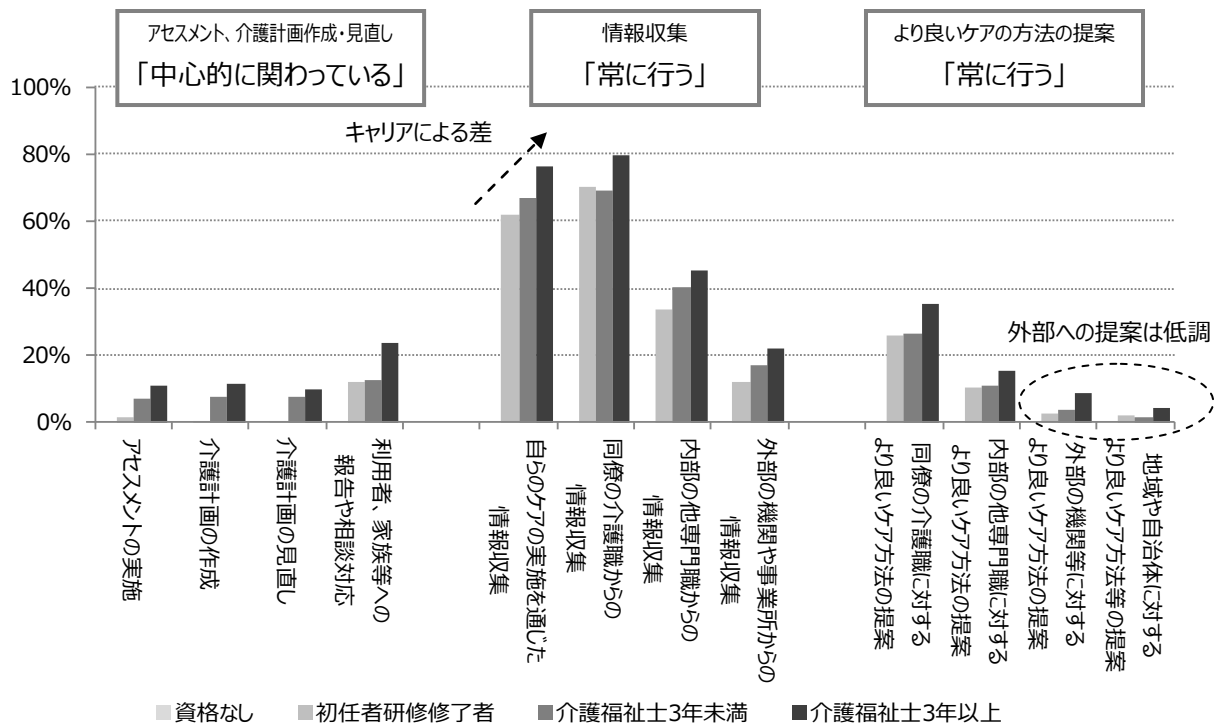
- 同法人で訪問介護・訪問看護・デイ・ショートを展開しており、各事業所が同一敷地内にあるため、事業所間での情報共有が行いやすい。訪問介護と訪問看護では、急変時にはヘルパーと看護師が直接連絡をとりあい、訪問看護を利用していない利用者も含めてヘルパーが看護師に密に相談している。また、ヘルパーが、自身が担当している利用者のデイ・ショートでの様子を観察することもある（社会福祉法人 恵仁福祉協会）。
- 特養・GH では、看護師の意見を取り入れ、1週間単位で各利用者の介護記録を作成（尿量、排便状況、水分量、体位交換の回数、受診状況、機能訓練の実施状況、入浴の状況など）。毎日異なる職員が確認しているのみでは心身の変化に気づきにくいと、「居室担当」（各利用者に対し担当職員が決まっている）が1週間毎に確認し、気になる点があればユニットリーダーに相談。これにより、健康管理、服薬確認、脱水等の早期発見などにより予防的なケアが可能となり、肺炎等による入院が減少している（社会福祉法人 恵仁福祉協会）。
- 情報共有ツールを連絡ノートから ICT に変更することで、リアルタイムでの情報共有、利用者の状況の俯瞰的な把握が可能となり、情報の質が向上した。心身面の変化リスク、観察のポイント、ケアを実施する上での注意点が共有され、特に看護職・リハ職・ケアマネジャーの異なる観察のポイントが確認できることでヘルパーの育成にもつながっている（株式会社グッドライフケア）。

【調査研究事業のまとめ】

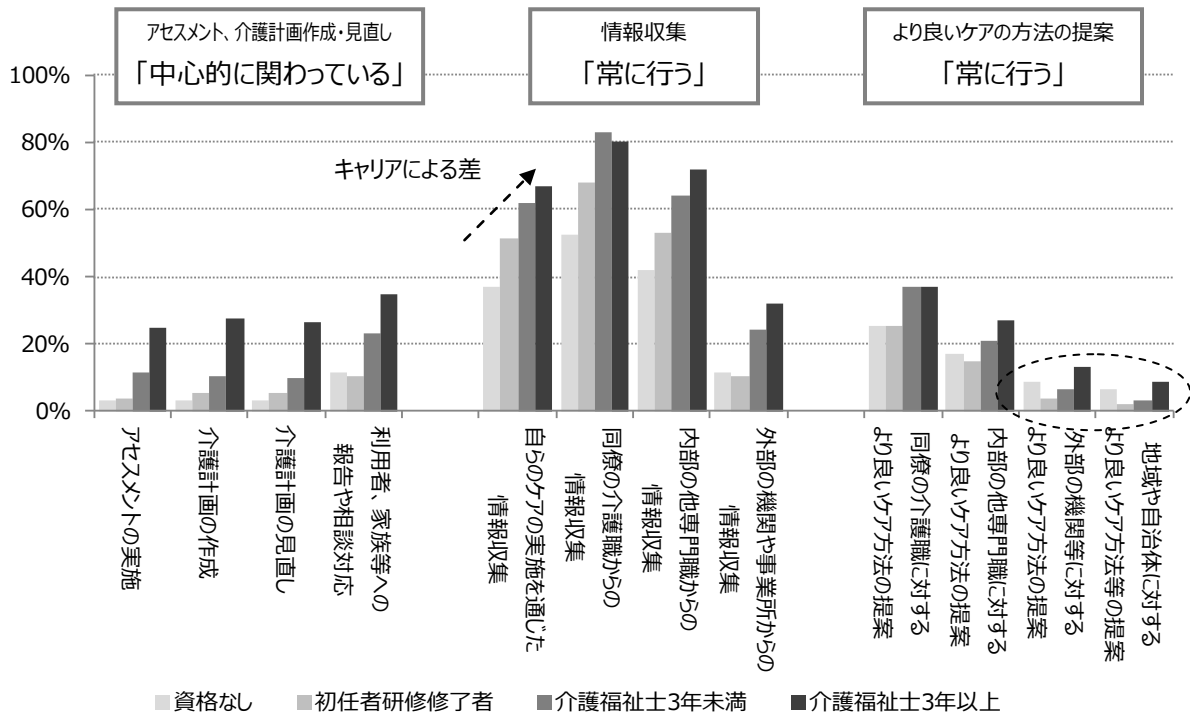
図表 01-25 訪問介護の業務実施状況（※「中心的に関わっている」「常に行う」の割合）



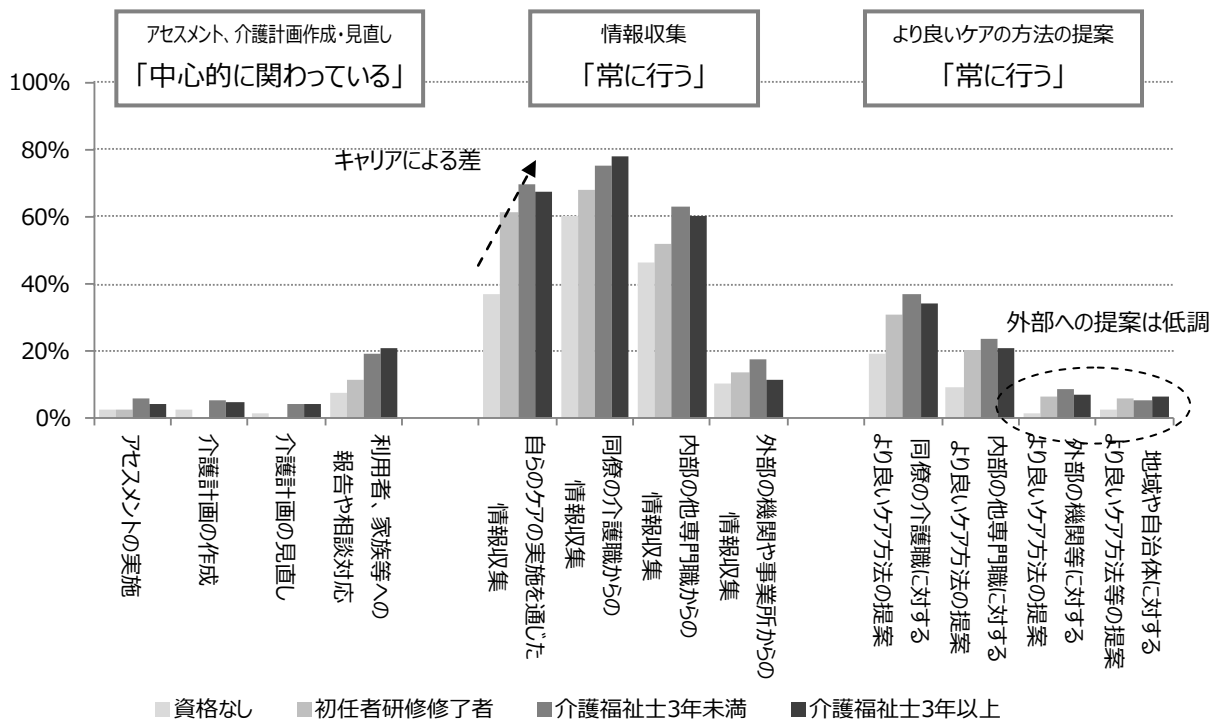
図表 01-26 定期巡回の業務実施状況（※「中心的に関わっている」「常に行う」の割合）



図表 01-27 通所介護の業務実施状況（※「中心的に関わっている」「常に行う」の割合）

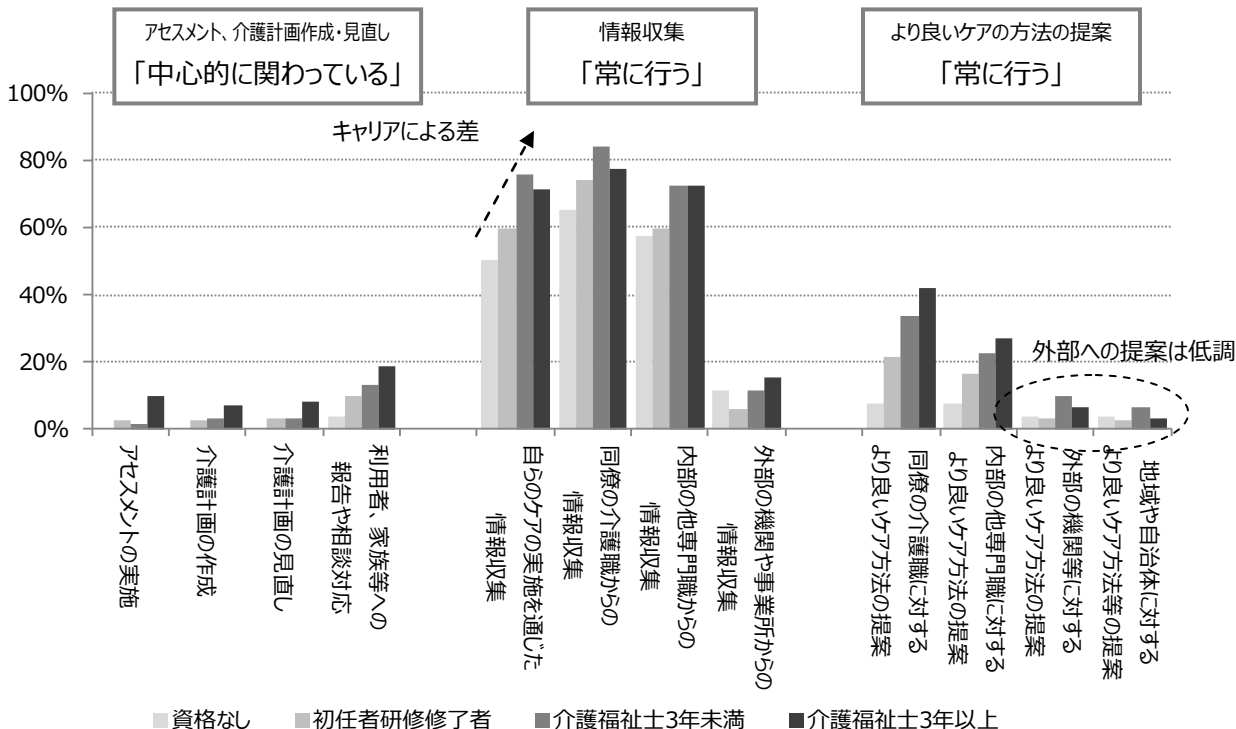


図表 01-28 小規模多機能型居宅介護の業務実施状況（※「中心的に関わっている」「常に行う」の割合）

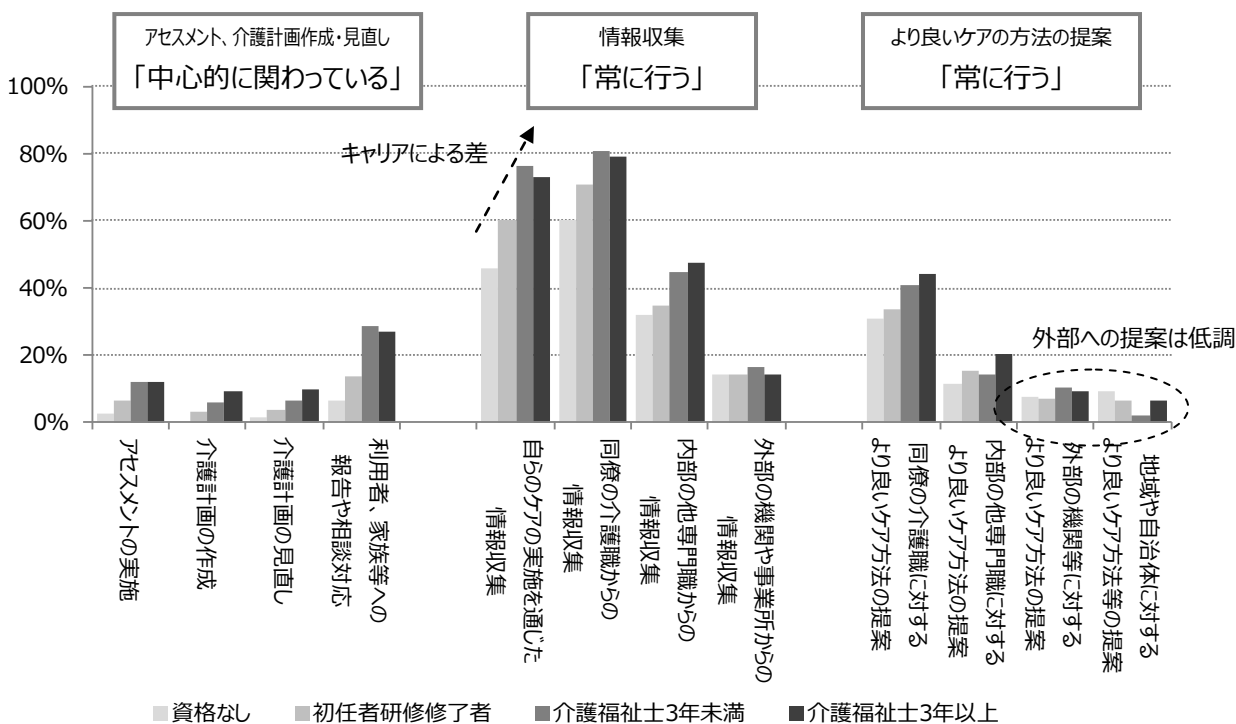


【調査研究事業のまとめ】

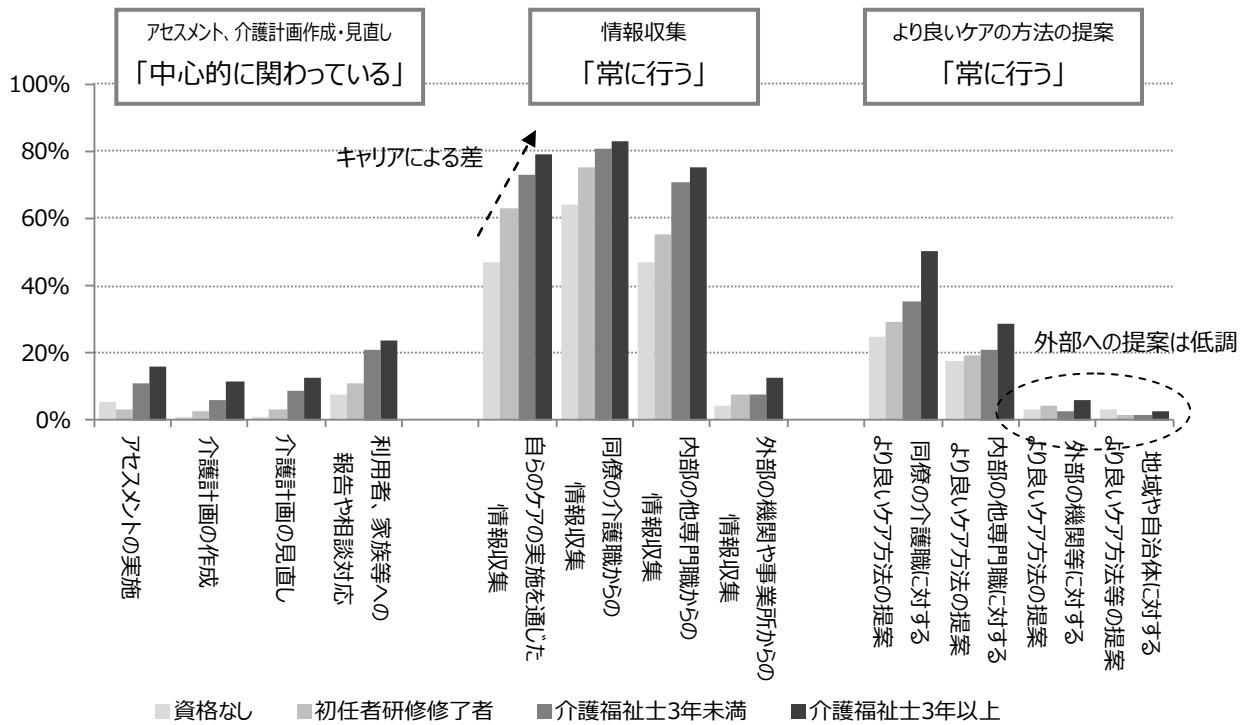
図表 01-29 看護小規模多機能型居宅介護の業務実施状況（※「中心的に関わっている」「常に行う」の割合）



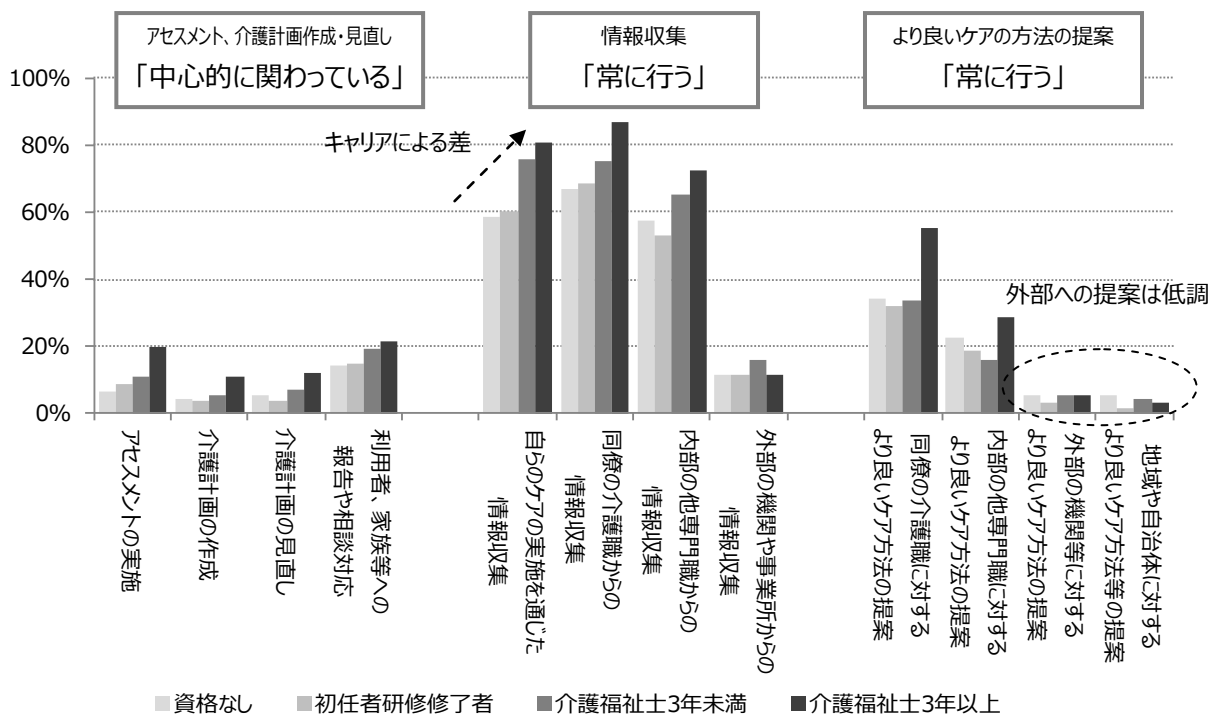
図表 01-30 認知症対応型共同生活会との業務実施状況（※「中心的に関わっている」「常に行う」の割合）



図表 01-31 介護老人保健施設の業務実施状況（※「中心的に関わっている」「常に行う」の割合）

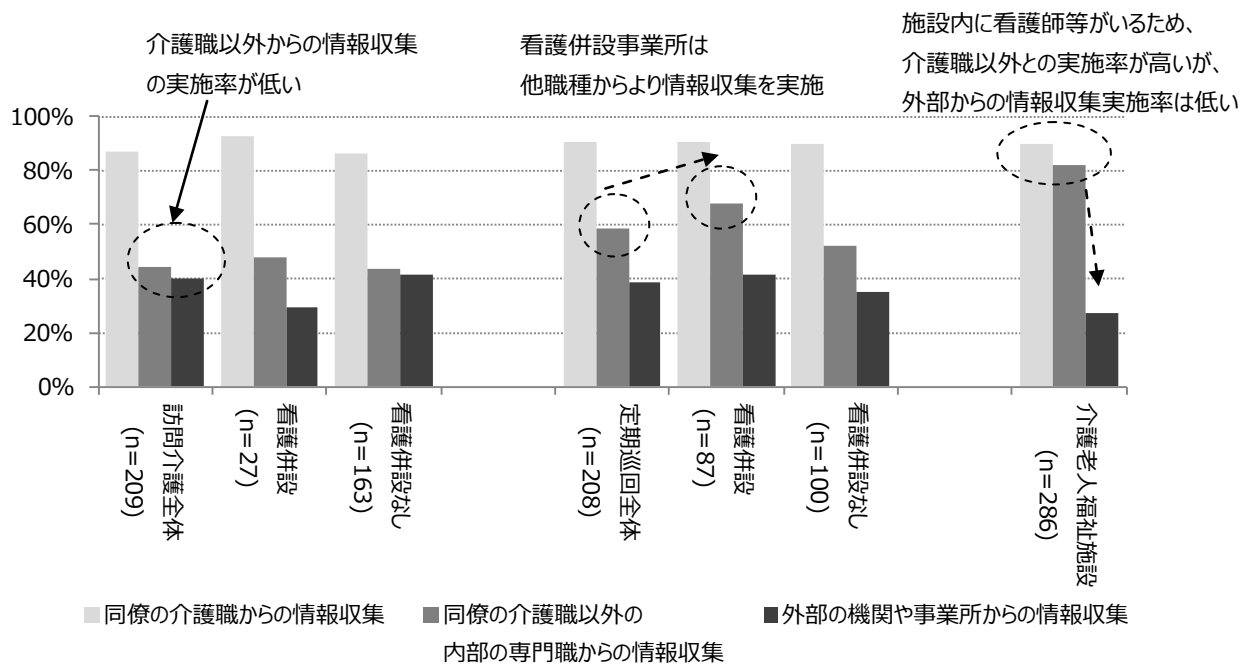


図表 01-32 介護老人福祉施設の業務実施状況（※「中心に関わっている」「常に行う」の割合）



【調査研究事業のまとめ】

図表 01-33 「介護計画の作成」に「中心的に関わっている」職員の情報収集状況



(4) 特定ケア（認知症や終末期などの医療ニーズの高い利用者に対する身体介護）の実施状況

- 「認知症の周辺症状にある利用者への身体介護の提供」「終末期の利用者への身体介護の提供」「たんの吸引」について、「主な役割として実施」している職員は、「初任者研修修了者」→「介護福祉士3年未満」→「介護福祉士3年以上」のキャリアに従って、実施割合が高くなる傾向があり、キャリアによる一定の機能分化がみられた。
- 一方で、介護福祉士にスキルアップして欲しい能力として、「認知症の周辺症状を軽減できる能力」は、いずれのサービスにおいても、7割以上の施設・事業所の管理者が介護福祉士にスキルアップして欲しい能力と回答していた。
- また、「終末期における心理的ケアを実践できる能力」は、特に、看護小規模、介護老人福祉施設において、7割の施設・事業所の管理者がスキルアップして欲しい能力と回答しており、中重度者（要介護3以上）が50%以上の定期巡回でも、8割弱の事業所がスキルアップして欲しい能力と回答していた。

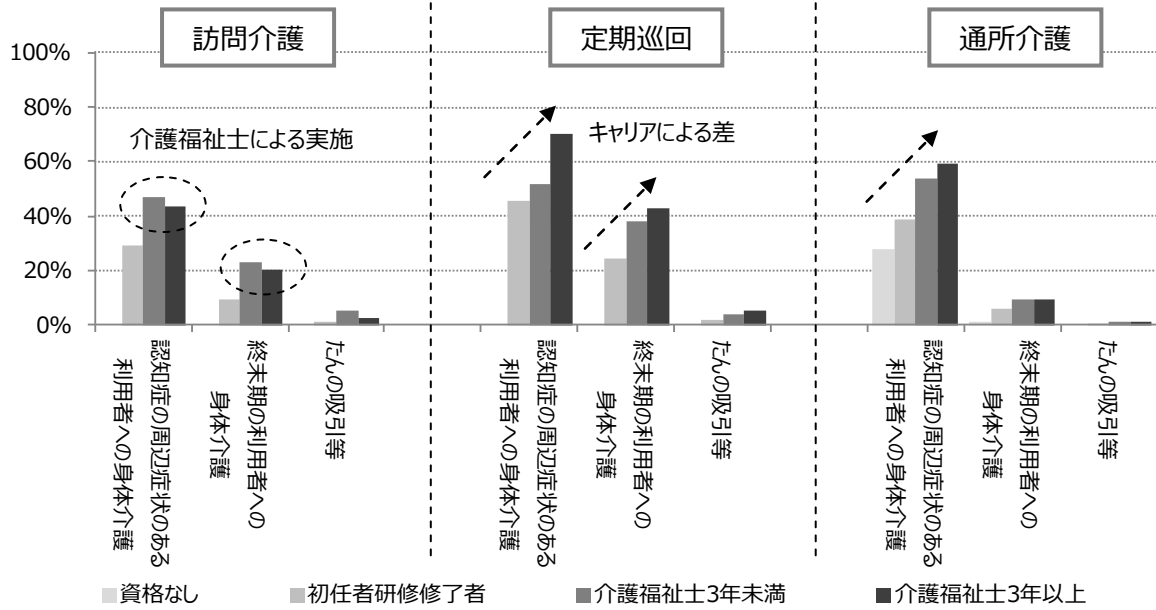
【今後検討すべき課題】

- 施設・事業所の管理者は、「介護福祉士」以上の業務であるとの認識であり、今後の認知症者や在宅看取りが増えていく事を想定すると、介護福祉士の中核的業務として位置付けた上で、資格取得後の知識、能力の向上を図る仕組みの検討が必要ではないか。
- また、検討会では、「介護福祉士を取得後の能力の高度化には、「継続教育」が重要であり、現場とリンクした教育システムとすべき」との意見もあった。
- 参考事例では、地域ぐるみで人材育成に取り組むことで、地域全体の「ベクトル合わせ」（ケア方針の統一）やネットワーク形成が図られており、法人・機関等の垣根を取り払った人材育成の重要性を示唆するものと言える。

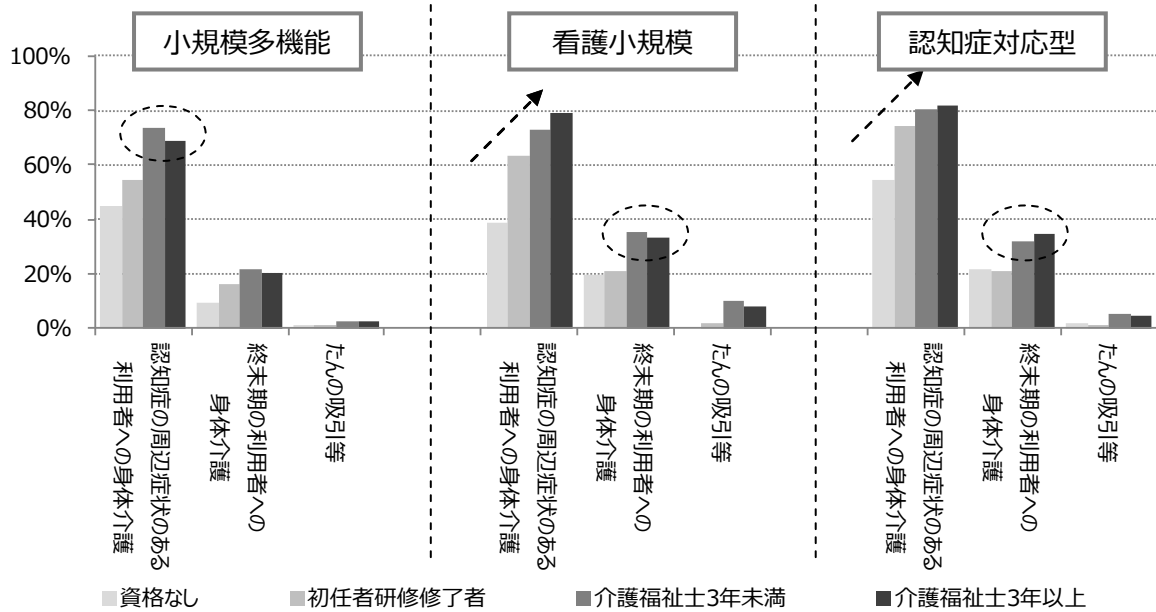
【ヒアリング調査からの参考事例】

- 「専門職だけでなく、地域全体で認知症の人を支える」というまちづくりの方針を市が明示し、地域ぐるみの人材育成として「認知症コーディネーター養成研修」を実施。また、地域内に同じ意識・考えを持つ人材のネットワークができることで、法人・機関等が垣根なく連携できる体制につながっている（福岡県大牟田市）。
- 研修では、本人本位・自立支援のケアを実践するだけでなく、ケアのあり方を事業所内の職員に波及させたり、地域づくりに貢献できる人材を育成することを目的として、ファシリテーションやサーバントリーダーの研修、研修レビューを重視している（福岡県大牟田市）。

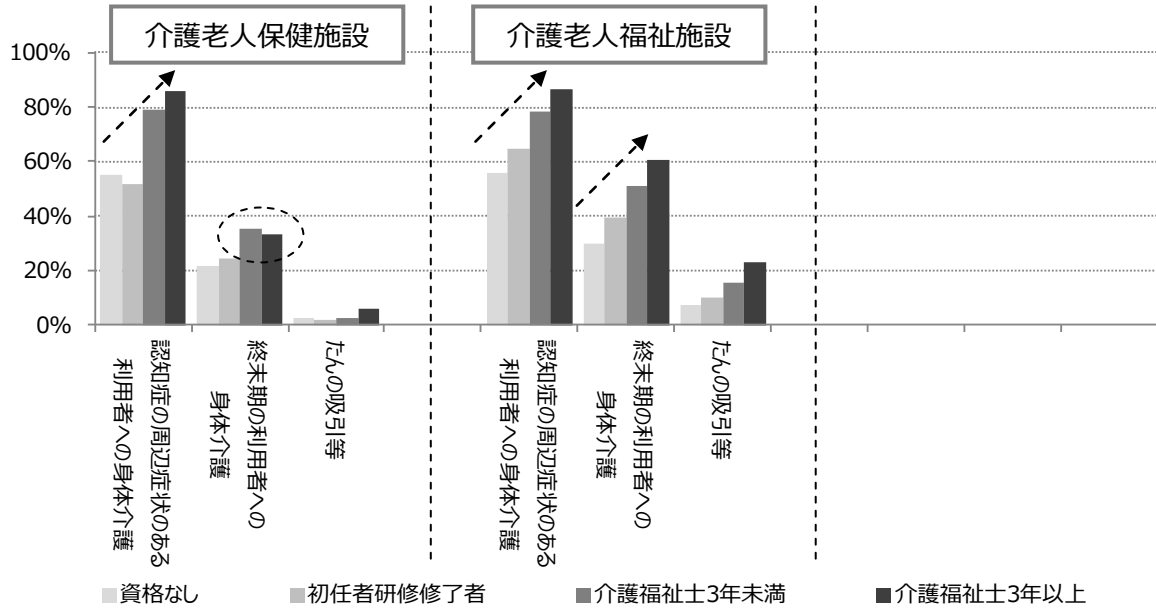
図表 01-34 特定ケアの業務実施状況①（※「主な役割として実施」の割合）



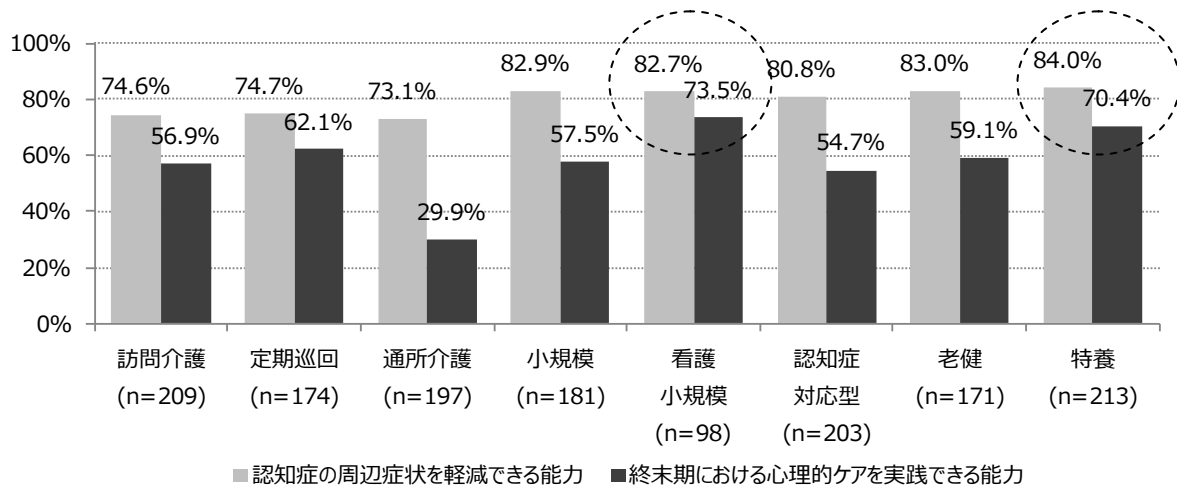
図表 01-35 特定ケアの業務実施状況②（※「主な役割として実施」の割合）



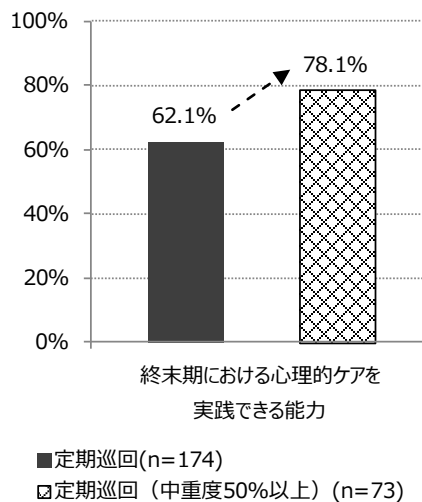
図表 01-36 特定ケアの業務実施状況③（※「主な役割として実施」の割合）



図表 1-37 介護福祉士にスキルアップして欲しい能力



図表 1-38 介護福祉士にスキルアップして欲しい能力_中重度 50%以上の定期巡回



【調査研究事業のまとめ】

4. 介護職のチームリーダーに求められる能力

施設・事業所管理者の考える介護職のチームリーダーに求められる能力と、実際の発揮状況は以下の通りであった。

- 施設・事業所の管理者に対し、「介護職のチームリーダーに求められる能力」と、「その能力の現在の発揮状況」について聞いたところ、チームケアとして質の高いケアを実践するために求められる「チーム内の介護職の方向性を統合できる能力」では、9割以上の施設・事業所が、介護職のチームリーダーに求められる能力である、との回答であった。
- また、地域包括ケアを実践していく上で求められる「介護職以外が行う他のサービスとの組合せなど、利用者の生活支援をコーディネートすることができる能力」では、7～8割の施設・事業所が、介護職のチームリーダーに求められる能力である、との回答であった。
- 介護サービスの提供の過程において重要となる「介護職チーム内の人材を教育・指導することができる能力」「個々の介護職の適正に応じた業務を与えることができる能力」では、9割以上の施設・事業所が、介護職のチームリーダーに求められる能力である、との回答であった。
- 一方で、「求められる能力である」とした施設・事業所のうち、「十分に発揮できている」とした施設・事業所の割合は低く、いずれの能力においてもギャップが生じていた。

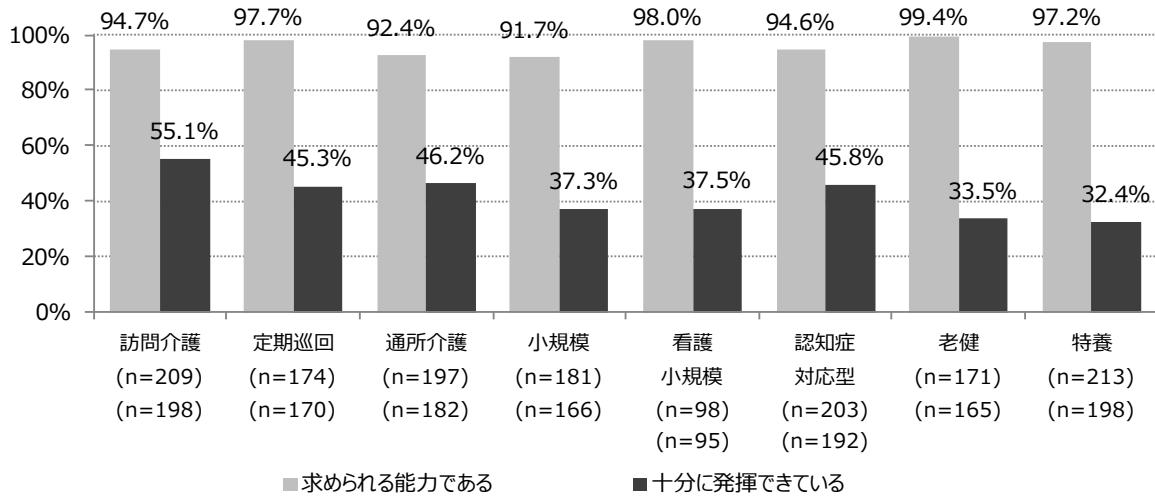
【今後検討すべき課題】

- 検討会では、「アセスメント等にて情報収集をおこない、同職種、他職種にケア方法等を提案することが、チームリーダーの求められる役割として必要であるが、現時点で十分に教育されておらず、また、日々の業務でもそれらの能力は高まっていなのではないか」といった指摘もあり、養成プログラムと現場の育成の関係性など、介護福祉士の養成・育成の在り方についての見直しの検討も必要ではないか。
- 職員の指導・教育については、参考事例として、介護手順書や同行訪問を活用して職員を教育している事例もあり、こうした事業所の取組事例を収集し、情報発信することも有効ではないか。
- チームの方向性の統合については、参考事例では、ケア方針の明示や徹底した共有、協働型のマネジメントなど、組織としての体制づくりを行っている。チームマネジメントにおいては、職員のスキルアップだけでなく、それを支える組織体制づくりも重要と考えられる。

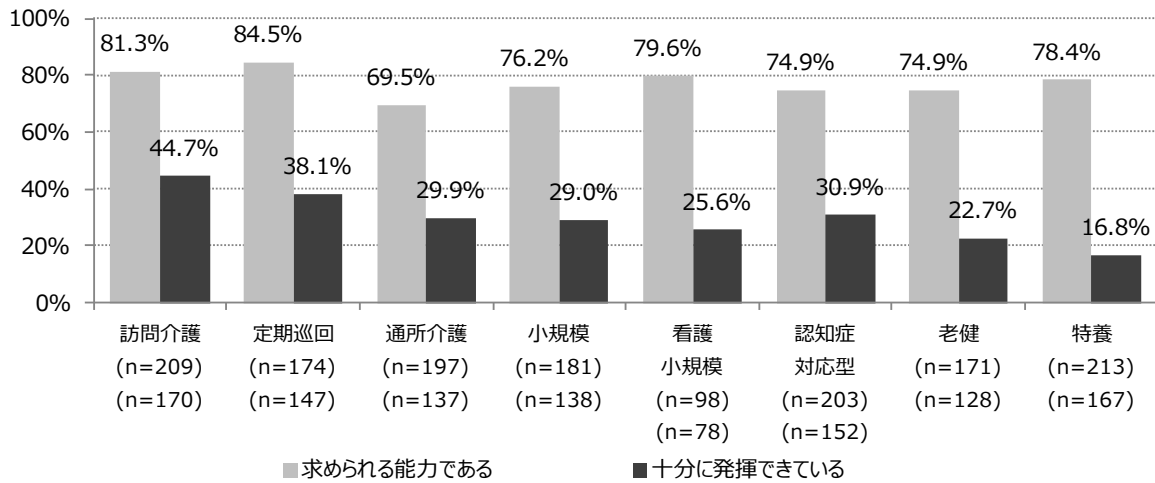
【ヒアリング調査からの参考事例】

- 自立支援の考え方や観察のポイントをヘルパーに徹底するため、計画作成責任者・サービス提供責任者が介護手順書を作成している。また、ヘルパーに同行訪問して、観察のポイントや心身のアセスメント（できることの見極め）を現場で指導している（株式会社グッドライフケア）。
- 法人のケアの基本方針として「あすなら10の基本ケア」を明示、月1回の職員全体会議（登録ヘルパーも含む）等で繰り返し伝えることで、事業所間のケアのばらつきを是正を図っている。（社会福祉法人協同福祉会）。
- 大規模多機能型でサービスを展開し、サービス単位ではなく「在宅」単位で主任を配置することで、複数サービスを利用する場合でも一体的な提供を実現。在宅主任は3名配置されており、何らかの判断が必要な場合は、一人で判断せず、ケアマネジャーも含め、必ず相談しながら意思決定することで、複数の職員の協働でケアマネジメントを行っている。（社会福祉法人協同福祉会）。

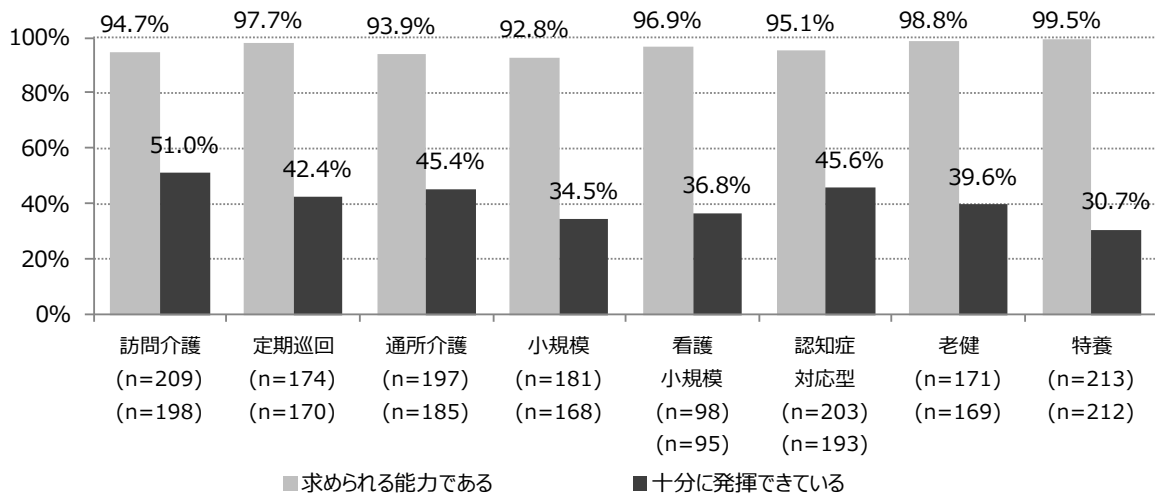
図表 01-39 チーム内の介護職の方向性を統合できる能力



図表 01-40 介護職以外が行う他のサービスとの組合せなど、利用者の生活支援をコーディネートすることができる能力



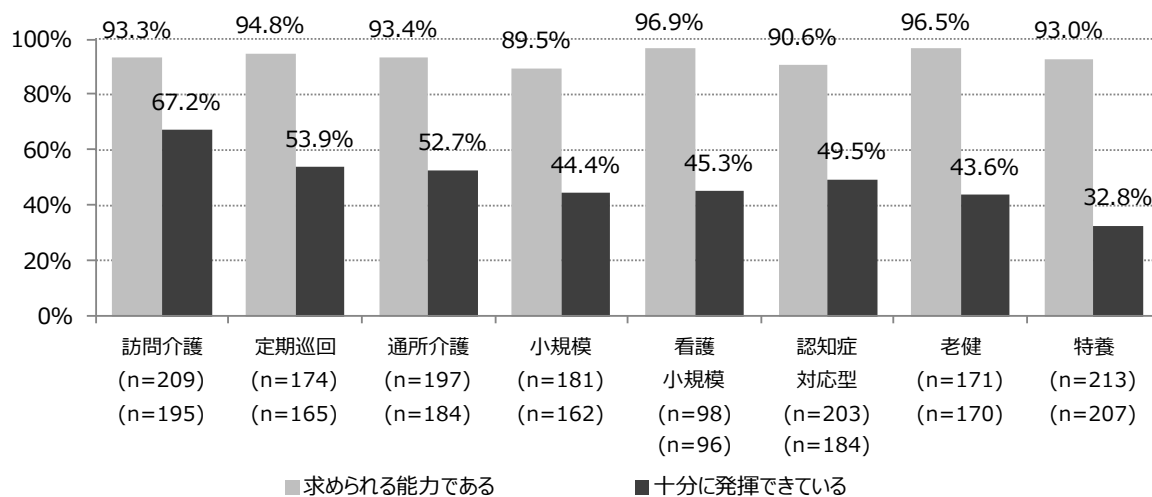
図表 01-41 介護職チーム内の人材を教育・指導することができる能力



※上記グラフ n 数：(上段)「求められる能力である」をみる場合の n 数、(下段)「十分に発揮できている」をみる場合の n 数
 ※「十分に発揮できている」の割合は、各能力について、「求められる能力である」と回答した施設・事業所のうち、「十分に発揮できている」と回答した施設・事業所の割合である。

【調査研究事業のまとめ】

図表 01-42 個々の介護職の適正に応じた業務を与えることができる能力



※上記グラフ n 数：(上段)「求められる能力である」をみる場合の n 数、(下段)「十分に発揮できている」をみる場合の n 数
 ※「十分に発揮できている」の割合は、各能力について、「求められる能力である」と回答した施設・事業所のうち、「十分に発揮できている」と回答した施設・事業所の割合である。

【調査編】

第1章 本調査研究の実施概要

1. 調査の目的

地域包括ケアシステム構築に向けて最も重要なパーツの一つとなる「介護人材」について、その中心的な担い手となる生産年齢人口が減少局面であることを背景に、増加する要介護者への対応や、高度化・多様化する介護ニーズへの対応について、質、量ともに介護人材の具体的な確保方策の提示が喫緊の課題となっている。

平成27年3月に取りまとめられた報告書「2025年に向けた介護人材の確保」（社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会）では、「参入促進」、「労働環境・処遇の改善」を図ることにより、介護人材の量的確保を進める一方で、今後の高度化・複雑化する介護ニーズに対応するためには、介護人材の質的確保・向上の推進が必要であり、人材需給が逼迫する中で、限られた人材をより有効に活用するには、多様な人材層を類型化した上で、機能分化を進め、それぞれの人材層の意欲・能力に応じた役割・機能、必要な能力、教育、キャリアパスの在り方に応じた具体的な方策が求められる、としている。

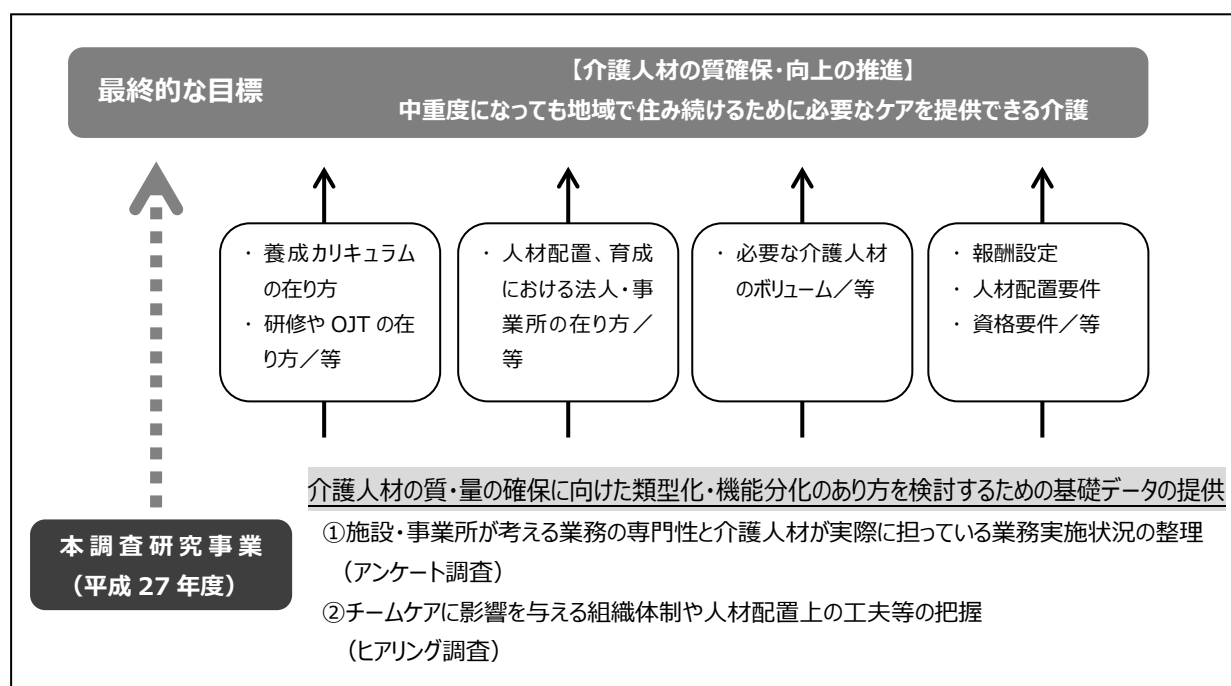
本調査研究事業は、上記の背景を踏まえ、地域包括ケアにおいてチームケアにより発揮すべき機能・役割・業務について既存調査、ヒアリング調査より整理をおこない、施設・事業所が考える業務の専門性と介護人材が実際に担っている業務の実施状況について比較・整理することで、将来の介護人材の質・量の確保に向けた類型化・機能分化のあり方を検討するための基礎データの提供をおこなうことを目的として実施した。

2. 本調査研究事業の全体像

(1) 本調査研究事業の位置付け

本調査研究事業は、次年度以降に向けて、介護人材の質・量の確保に向けた類型化・機能分化のあり方を検討するための基礎データの提供をおこなうことを目的として実施した。本調査研究事業の位置付けは以下の通りである。

図表 1-1 本調査研究事業の位置付け



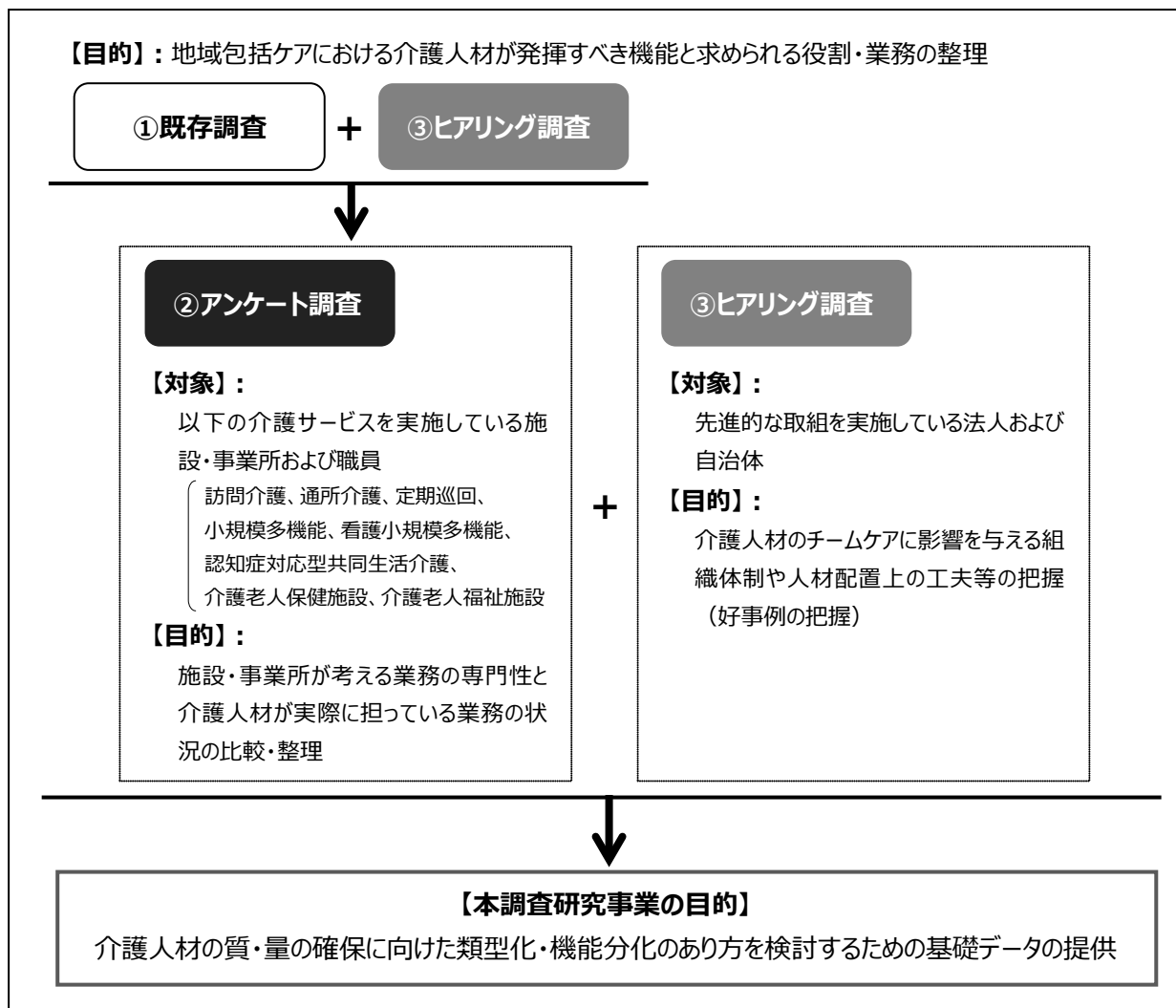
(2) 全体構成

本調査研究事業の全体構成は、以下の通りである。

地域包括ケアにおいてチームケアにより介護人材が発揮すべき機能と求められる役割や業務について、既存調査、ヒアリング調査より整理をおこなった上で、アンケート調査にて、施設・事業所が考える業務の専門性と介護人材が実際に担っている業務の状況について比較・整理をおこなった。

また、ヒアリング調査にて、介護人材のチームケアに影響を与える組織体制や人材配置上の工夫等の把握をおこなった。

図表 1-2 全体構成



(3) 実施スケジュール

本調査研究事業の実施スケジュールは、以下の通りである。

図表 1-3 実施スケジュール

	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
(1) 介護人材の役割・業務の整理									
既存調査/ヒアリング調査整理	—————→								
(2) アンケート調査									
調査票設計				↓	—————→				
調査実施（配布、回収）						↑	←————→		
データ入力、集計、分析								—————→	
(3) ヒアリング調査									
ヒアリング調査実施		←————→							
(4) 検討会									
検討会の開催	①						②		③

3. 各調査の実施概要

(1) 介護人材の役割・業務の整理

① 調査の目的

介護人材の類型化・機能分化を議論するためには、まずは介護人材が担う役割・業務の整理が必要である。そこで、地域包括ケアに資するケアを実践する上で、介護人材にどのような役割・業務が求められるかを把握するため、既存調査の整理を行った。

② 調査方法

介護人材が担うべき役割・業務について調査している既存の文献・資料を収集し、共通するキーワードを抽出した上で分類を行った。なお、文献・資料の収集にあたっては、地域包括ケアの観点から、介護予防・重度化予防、チームケア（統合的なケアの提供）、在宅における中重度者への支援、在宅看取り等をキーワードに、介護人材の役割・業務に関するあるべき姿を論じているものを収集した。

(2) アンケート調査

① 調査目的

アンケート調査では、施設・事業所が考える業務の専門性と介護人材が実際に担っている業務の状況について比較・整理をおこなうことを目的として、施設・事業所および、職員を対象として調査を実施した。

② 調査対象、抽出方法、調査対象数

i) A. 施設・事業所票

調査対象となるサービス種別、各サービスの抽出方法、対象数は以下の通りである。

「介護サービス情報公表システム」にて公表されている介護事業所情報（H27.1.5～H27.1.15）にてリストを作成し、4,285件の施設・事業所の抽出をおこなった。

なお、リストの作成にあたっては、東日本大震災による被災地（避難指示区域 12 市町村）、平成 27 年台風第 18 号等による大雨に係る災害救助法適用地域（26 市町）、平成 27 年台風第 21 号等による大雨に係る災害救助法適用地域（1 町）の施設・事業所を除いた。

図表 1-4 リスト件数、調査対象、抽出方法、調査対象数

対象サービス	リスト件数	抽出方法	調査対象数
訪問介護	29,938 件	無作為抽出（2.0%）	599 件
通所介護	38,961 件	無作為抽出（1.5%）	584 件
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	544 件	悉皆	544 件
小規模多機能型居宅介護	4,525 件	無作為抽出（13.0%）	588 件
看護小規模多機能型居宅介護	214 件	悉皆	214 件
認知症対応型共同生活介護	11,785 件	無作為抽出（5.0%）	589 件
介護老人保健施設	3,875 件	無作為抽出（15.0%）	581 件
介護老人福祉施設	6,894 件	無作為抽出（8.5%）	586 件
		合計	4,285 件

ii) B. 職員票

上記した 8 つのサービス種別について、回答する対象職員を以下のように指定し、1 施設・事業所あたり、6～10 名の職員の回答が得られるよう対象職員数を設定した。

なお、回答する職員の抽出は、各施設・事業所の管理者に選定を依頼した。

図表 1-5 職員票の回答者設定

対象サービス	対象職員	対象職員数
訪問介護	a. サービス提供責任者等のリーダー格	2名
	b. 訪問介護員 (a.以外) (正規職員/経験年数が長い/介護福祉士/等の方)	2～4名
	c. 訪問介護員 (a.以外) (非正規職員/経験年数が短い/初任者研修修了/等の方)	2～4名
通所介護	a. 介護職員 (リーダー格)	2名
	b. 介護職員 (a.以外) (正規職員/経験年数が長い/介護福祉士/等の方)	2～4名
	c. 介護職員 (a.以外) (非正規職員/経験年数が短い/初任者研修修了/等の方)	2～4名
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	a. 計画作成責任者	1名
	b. 訪問介護員 (リーダー格)	1名
	c. 訪問介護員 (b.以外) (正規職員/経験年数が長い/介護福祉士/等の方)	2～4名
	d. 訪問介護員 (b.以外) (非正規職員/経験年数が短い/初任者研修修了/等の方)	2～4名
小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護	a. 介護支援専門員 (計画作成担当者)	1名
	b. 介護従事者 (リーダー格)	1名
	c. 介護従事者 (b.以外) (正規職員/経験年数が長い/介護福祉士/等の方)	2～4名
	d. 介護従事者 (b.以外) (非正規職員/経験年数が短い/初任者研修修了/等の方)	2～4名
認知症対応型共同生活介護	a. 介護支援専門員 (計画作成担当者)	1名
	b. 介護職員 (リーダー格)	1名
	c. 介護職員 (b.以外) (正規職員/経験年数が長い/介護福祉士/等の方)	2～4名
	d. 介護職員 (b.以外) (非正規職員/経験年数が短い/初任者研修修了/等の方)	2～4名
介護老人保健施設 介護老人福祉施設	a. 介護支援専門員	1名
	b. 介護職員 (リーダー格)	1名
	c. 介護職員 (b.以外) (正規職員/経験年数が長い/介護福祉士/等の方)	2～4名
	d. 介護職員 (b.以外) (非正規職員/経験年数が短い/初任者研修修了/等の方)	2～4名

③ 調査方法

郵送配布、郵送回収

④ 調査実施時期

アンケート調査の実施時期は以下の通りである。

なお、回収率向上のため、対象となる施設・事業所全数に対し、督促状の送付をおこなった。

図表 1-6 調査実施時期

調査実施期間	平成 28 年 1 月 26 日 (火) ~平成 28 年 2 月 24 日 (水)
(督促状発送)	平成 28 年 2 月 9 日 (火)

⑤ 回収状況

A. 施設・事業所票の回収票数は、1,446 件（不明を除く）であり、有効回収率は 33.7%であった。また、B. 職員票の回収数は 9,028 件（不明を除く）であり、1 施設・事業所当たりの職員票の回収数は、平均 6.2 件であった。

図表 1-7 回収状況

サービス種別	配布事業所数	不達事業所数	回収票数 (A票)	有効回収率 (A票)	回収票数 (B票)
訪問介護	599 件	11 件	209 件	35.5%	1,048 件
通所介護	584 件	8 件	197 件	34.2%	1,027 件
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	544 件	12 件	174 件	32.7%	970 件
小規模多機能型居宅介護	588 件	1 件	181 件	30.8%	1,172 件
看護小規模多機能型居宅介護	214 件	0 件	98 件	45.8%	701 件
認知症対応型共同生活介護	589 件	3 件	203 件	34.6%	1,377 件
介護老人保健施設	581 件	1 件	171 件	29.5%	1,208 件
介護老人福祉施設	586 件	0 件	213 件	36.3%	1,525 件
不明	—	—	17 件	—	158 件
合計 (不明を除く)	4,285 件	36 件	1,446 件	33.7%	9,028 件

⇒ 1 事業所当たりの回収職員票数：6.2 件

【調査編】

(3) ヒアリング調査

① 調査の目的

地域包括ケアに資するケア方針を明示している法人を調査対象として、そのケア方針（チームケアで果たす機能）と、それを実現するための組織体制等（人材配置、人材育成、情報共有の仕組みなど）を把握することを目的として実施した。

② 調査対象

「重度化予防」「中重度の在宅支援」「在宅看取り」をキーワードに地域包括ケアに資するケアを実践しており、かつ、組織体制等に特徴がみられる対象候補を抽出した。

組織体制は、法人が展開するサービス種類によって異なることを想定し、施設居住系の有無、定期巡回・小規模多機能の有無、単品サービスの有無による違いを把握できるよう調査対象先を選定した。

図表 1-8 ヒアリング調査対象

対 象	ヒアリング対象先の特徴
社会福祉法人 協同福祉会 (奈良県大和郡山市)	<ul style="list-style-type: none"> ・特養、小規模多機能、定期巡回、訪問介護、通所介護、ショート ・最後まで在宅で暮らし続けられる仕組みのモデル「あすなら安心システム」づくりを推進し、法人内地域包括ケアシステムの構築を実践。 ・方針共有を目的とした「あすなら安心ケアシステム会議」に全員参加
【対象サービス】	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 5px; padding: 2px 5px;">特養</div> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 5px; padding: 2px 5px;">小規模</div> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 5px; padding: 2px 5px;">定期巡回</div> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 5px; padding: 2px 5px;">訪問介護</div> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 5px; padding: 2px 5px;">通所介護</div> </div>
株式会社 グッドライフケア ホールディングス (東京都中央区)	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護・訪問看護の単体サービスから定期巡回に参入。退院支援や終末期のケースにも対応 ・ICTを活用し、職員間のリアルタイムでの情報共有を図っている ・利用者に配食サービスの利用を勧める等、生活援助の効率化に取り組んでいる
【対象サービス】	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 5px; padding: 2px 5px;">定期巡回</div> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 5px; padding: 2px 5px;">訪問介護</div> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 5px; padding: 2px 5px;">訪問看護</div> </div>
社会福祉法人 恵仁福祉協会 (長野県上田市)	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種協働による重度化予防を重視したケアを実践 ・「総合福祉施設」として、特養、ショート、デイ、訪問介護、訪問看護、訪問入浴といった複数サービスを展開 ・各地区に認知症対応型（GH）、小規模多機能を整備し、「総合福祉施設」から各地区のGH・小規模多機能・在宅に対し、訪問系サービス+配食サービスを展開
【対象サービス】	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 5px; padding: 2px 5px;">特養</div> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 5px; padding: 2px 5px;">認知症 対応型</div> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 5px; padding: 2px 5px;">小規模</div> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 5px; padding: 2px 5px;">訪問介護</div> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 5px; padding: 2px 5px;">訪問看護</div> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 5px; padding: 2px 5px;">通所介護</div> </div>
大牟田市および 大牟田市内の小規模多 機能事業所 (福岡県大牟田市)	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の対応について、小規模多機能を中核に保険者レベルで実施 ・認知症コーディネーター養成研修を実施（履修期間2年間／計386時間） ・小規模多機能型居宅介護に地域の交流拠点を設置し、認知症コーディネーターを配置
【対象サービス】	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 5px; padding: 2px 5px;">小規模</div> <div style="margin-left: 10px;">+ 大牟田市の取組み</div> </div>

③ 調査実施時期

平成27年8月～12月

4. 実施体制

(1) 検討会

① 委員構成

検討会委員およびオブザーバーは、以下の通りである。

i) 検討会委員

図表 1-9 検討会委員

氏名	現職
内田 千恵子	公益社団法人日本介護福祉士会 副会長
浦野 正男	社会福祉法人 全国社会福祉協議会 全国社会福祉法人 経営者協議会 協議員
川越 雅弘	国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部長
小林 光俊	公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会 会長（※第1回検討会）
高橋 是司	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 介護人材対策委員会 副委員長
田中 博一	公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会 参与（※第2回、第3回検討会）
中井 孝之	民間介護事業推進委員会 委員長
平川 博之	公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長
藤井 賢一郎	上智大学 総合人間科学部社会福祉学科 准教授
◎堀田 聡子	国際医療福祉大学大学院 教授
山岸 暁美	国立大学法人浜松医科大学 地域看護学講座 准教授
山田 尋志	特定非営利活動法人介護人材キャリア開発機構 理事長

◎座長

(五十音順、敬称略)

ii) オブザーバー

図表 1-10 オブザーバー

氏名	現職
榊原 毅	厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課 福祉人材確保対策室 室長
関口 彰	厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課 福祉人材確保対策室 室長補佐
川島 英紀	厚生労働省 老健局 振興課 課長補佐
松下 能万	厚生労働省 社会・援護局 総務課 社会福祉専門官
岸 英二	厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課 福祉人材確保対策室 マンパワー企画係長
二渡 努	厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課 福祉人材確保対策室 主査

(敬称略)

【調査編】

② 開催日時、開催場所、検討テーマ

開催日時、開催場所、検討テーマは、下記の通りである。

図表 1-11 開催日時、開催場所、検討テーマ

	開催日時	開催場所	検討テーマ
第1回	平成 27 年 7 月 28 日	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 19 階会議室	○調査の全体像、調査設計・ 手法等について
第2回	平成 28 年 1 月 12 日	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 14 階会議室	○調査の全体像について ○アンケート調査票案について ○事例調査について
第3回	平成 28 年 3 月 8 日	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 19 階会議室	○アンケート調査結果について ○事例調査について ○論点整理

(2) 担当研究員体制

担当研究員体制は、以下の通りである。

図表 1-12 担当研究員体制

氏名	所属・役職
清水 孝浩	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 経済社会政策部 主任研究員
岩名 礼介	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 経済社会政策部 主任研究員
齋木 由利	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 経済社会政策部 副主任研究員
窪田 裕幸	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 経済社会政策部 研究員

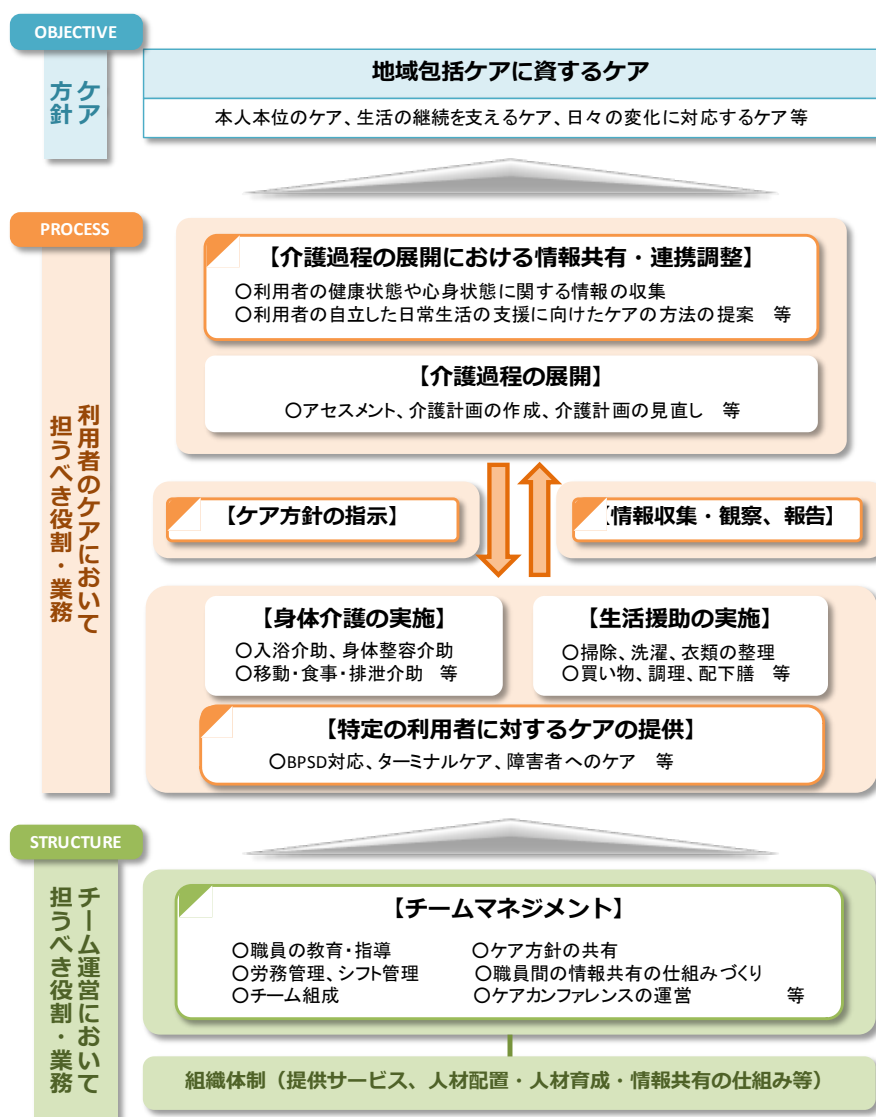
第2章 介護人材の役割・業務の整理

1. 地域包括ケアに資するケアにおける介護人材の役割・業務

介護人材の類型化・機能分化を議論するためには、現状の介護人材が担っている役割・業務ではなく、地域包括ケアにおいて介護人材が担うべき役割・業務を整理する必要がある。地域包括ケアが目指す住み慣れた地域での生活の継続という観点からは、介護予防・重度化予防、チームケア（統合的なケアの提供）、在宅における中重度者への支援、在宅看取り等が重要になると考えられる。そこで、地域包括ケアの観点から介護人材が担うべき役割・業務を調査した既存文献を収集し、共通するキーワードから整理を行った。

既存文献において整理されている役割・業務は、①利用者のケアに関するもの（アセスメント、身体介護、観察等）と②チーム運営に関するもの（教育、シフト管理、チーム統制等）の2つに概ね分類することができたため、次のように構造化を行った。

図表 2-1 介護人材の役割・業務の整理



【調査編】

(1) 利用者のケアに関する役割・業務

利用者のケアに関する役割・業務は、「身体介護の実施」、「生活援助の実施」、「特定の利用者に対するケアの提供」、「ケア方針の指示」、「情報収集・観察、報告」、「介護過程の展開」、「介護過程の展開における情報共有・連携調整」で、概ね整理することができた。地域包括ケアに資するケアを実践する上で特に重要なものとしては、「特定の利用者に対するケアの提供」「介護過程の展開における情報共有・連携調整」が挙げられる。

「特定の利用者に対するケアの提供」は、BPSDのある利用者、ターミナルの利用者、障害をもつ利用者などへの身体介護・生活援助の提供を指す。こうしたケアは、これまで施設・居住系サービスを中心に提供されてきたが、今後、在宅で生活する中重度の要介護者が増加することを想定すると、施設・在宅に関わらず介護人材の重要な役割・業務になると考えられる。

地域包括ケアにおいては、生活の継続に資するケアが重要となるため、例えば、アセスメントでは、利用者の生活リズムや生活行為が難しくなっている原因、起こりうる心身の変化やその兆候等を把握しておくことが求められる。こうしたアセスメントを行うためには、医療・看護も含め、利用者に関わるあらゆる関係者から情報を収集することが必要である。また、利用者の変化を早期に察知し対応するためには、職員間の情報共有や連携した対応が重要となる。利用者が複数のサービスを利用している場合や、サービスが切り替わる場合は、ケア方針や留意点についてサービス間の調整が行われる必要がある。このような、「介護過程の展開における情報共有・連携調整」は、提供されるケアの質を高めることにつながるため、重要な役割・業務の一つと考えられる。

また、情報共有・連携調整による効果を実際のケアに反映させるためには、職員間でケア方針を統一するための「ケア方針の指示」や、ケアを行う職員が収集した情報を介護計画に反映するための「情報収集・観察、報告」も適切に行われる必要がある。

(2) チーム運営に関する役割・業務

チーム運営に関する役割・業務は、管理側と実働側で異なるが、ここではチームケアを運用するための役割・業務を把握するため、管理側の視点で整理を行った。

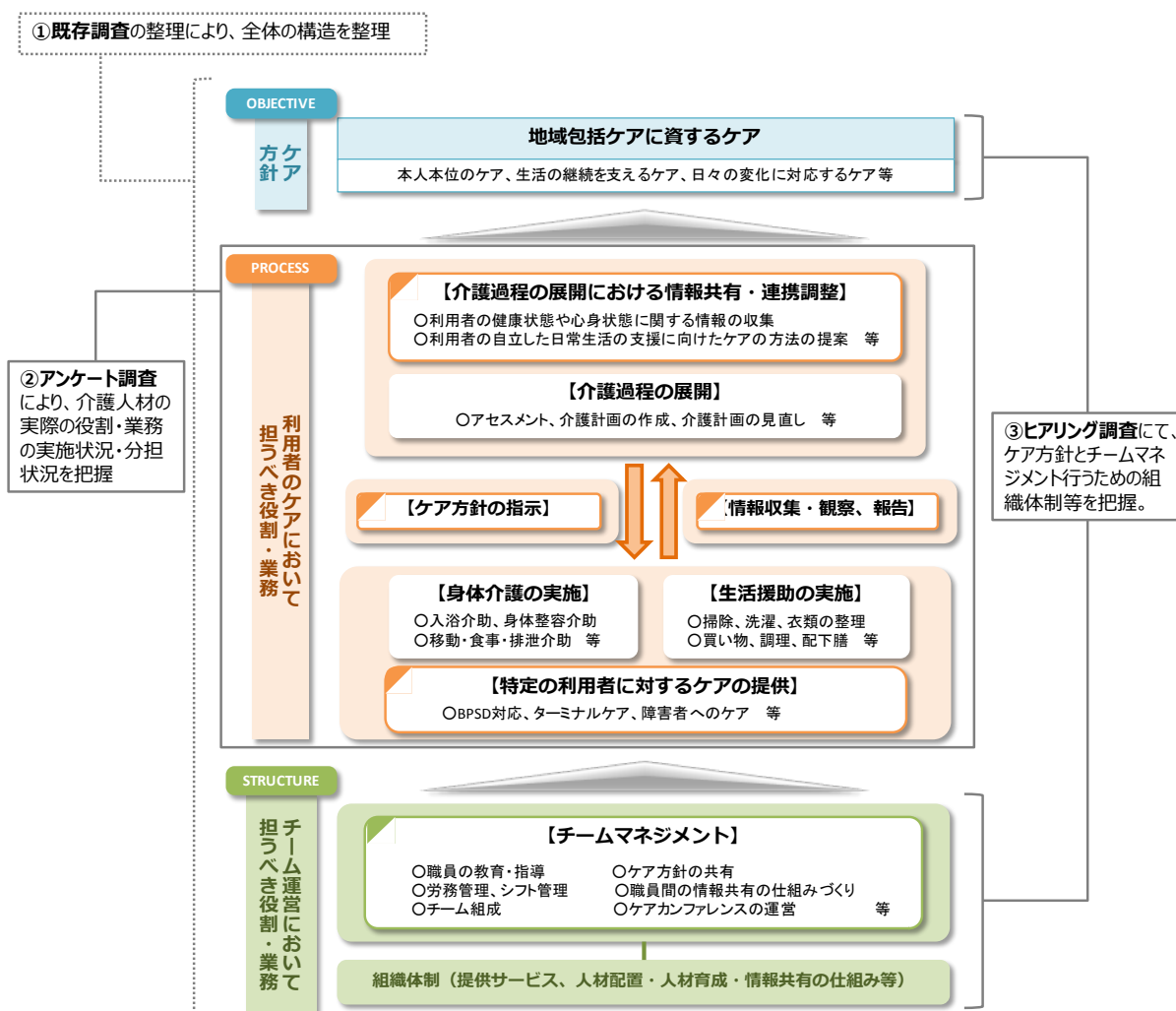
職員の教育・指導、労務管理、シフト管理、チーム組成等は、一般的なマネジメント職と同様の役割・業務と考えられる。一方で、ケア方針の共有、職員間の情報共有の仕組みづくり等は、チームケアとして方向性を統合する上で重要な役割・業務であるが、実際には、事業所・法人をまたいで複数のサービスが提供されることも多いため、組織の垣根を越えたマネジメントが求められることになる。

また、チーム運営に関する役割・業務は、職員自身の知識・技術だけでなく、組織体制（法人としての人材配置や人材育成の仕組み等）が大きく影響すると考えられる。そのため、これらの役割・業務の発揮のためには、法人・事業所としての取組が重要になる。

2. 調査の全体像との関係性

既存調査の整理にて把握した全体の構造に基づき、アンケート調査では、利用者のケアに置いて担うべき役割・業務を中心に、介護職員の実際の実施・分担状況を把握した。また、ヒアリング調査では、法人としての取組事例を収集するため、チームマネジメントを行うための組織体制や利用者のケアを高めるための取組等について、法人としてのケア方針と関連付けて聞き取りを行った。

図表 2-2 調査の全体像との関係性



第3章 アンケート調査結果

1. 法人及び施設・事業所の概要

(1) 回答施設・事業所の分布

① 各サービスの法人種別比較

回答のあった施設・事業所について、各サービスの法人種別を全国調査と比較すると、以下の通りであり、本調査の施設・事業所抽出による回答施設・事業所の大きな偏りはみられなかった。

図表 3-1 法人種別比較（本調査/全国調査）

全体	営利法人	社会福祉法人（社会福祉協議会以外）	社会福祉協議会	医療法人	NPO（特定非営利活動法人）	その他	無回答
訪問介護（n=209）	52.6%	17.2%	8.1%	8.1%	6.2%	7.2%	0.5%
全国調査	64.4%	19.6%		6.2%	5.4%	4.4%	0.0%
定期巡回（n=174）	48.3%	28.7%	1.7%	13.2%	0.6%	7.5%	0.0%
全国調査	48.6%	29.2%		17.1%	2.0%	3.0%	0.0%
通所介護（n=197）	49.7%	22.8%	6.6%	8.1%	5.6%	5.6%	1.5%
全国調査	58.4%	27.7%		6.4%	4.3%	3.3%	0.0%
小規模（n=181）	42.5%	28.2%	1.7%	14.4%	4.4%	7.7%	1.1%
全国調査	45.9%	31.6%		13.2%	6.3%	2.9%	0.0%
看護小規模（n=98）	39.8%	21.4%	1.0%	25.5%	5.1%	7.1%	0.0%
全国調査	42.2%	20.4%		25.2%	5.4%	6.8%	0.0%
認知症対応型（n=203）	45.8%	24.1%	2.0%	18.7%	3.9%	3.9%	1.5%
全国調査	53.1%	24.1%		17.0%	4.6%	1.2%	0.0%
老健（n=171）	0.0%	22.2%	0.0%	67.3%	0.0%	9.4%	1.2%
全国調査	-	15.6%	-	74.3%	-	9.9%	0.0%
特養（n=213）	0.0%	94.4%	0.9%	0.5%	0.0%	4.2%	0.0%
全国調査	-	93.8%	0.1%	0.0%	-	6.0%	0.0%

※全国調査：「介護・施設サービス事業所調査」（H26年度，厚生労働省）

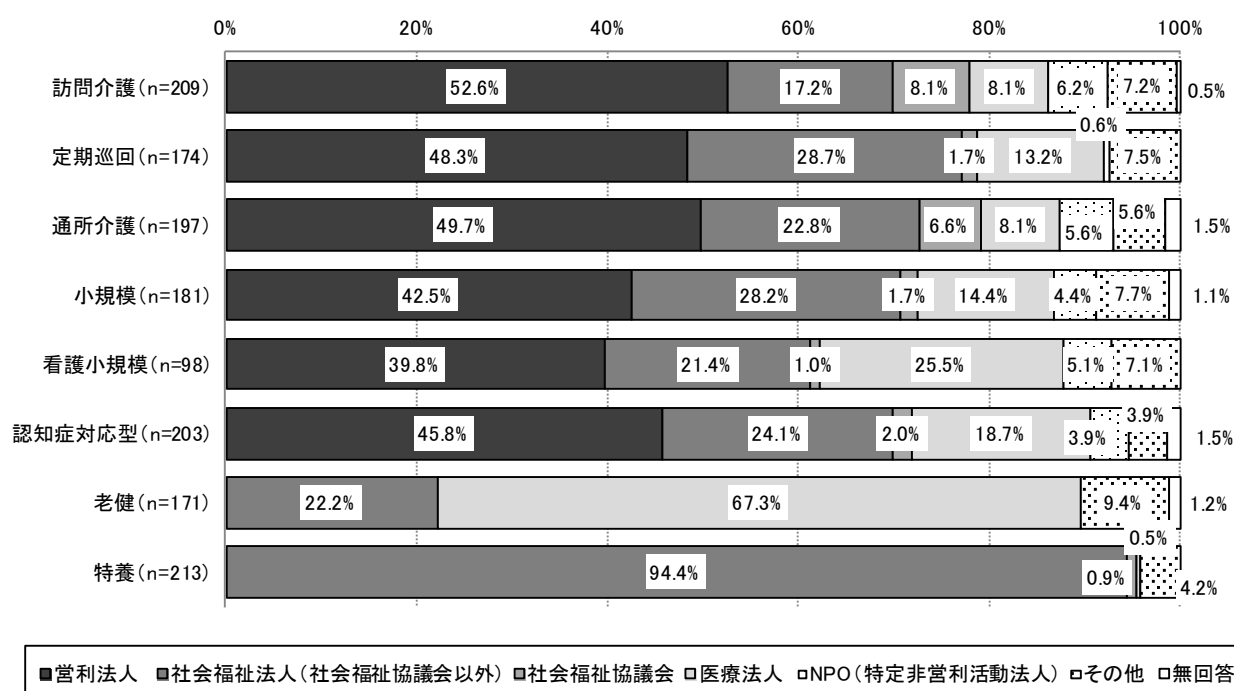
(2) 法人概要

① 法人種別

法人種別をみると、訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護（以下、定期巡回）、通所介護、小規模多機能型訪問介護（以下、小規模）、看護小規模多機能型訪問介護（以下、看護小規模）、認知症対応型共同生活介護（以下、認知症対応型）では、「営利法人」の割合が最も高かった。

介護老人保健施設（以下、老健）では「医療法人」の割合が 67.3%、介護老人福祉施設（以下、特養）では、「社会福祉法人」の割合が 94.4%と最も高かった。

図表 3-2 法人種別



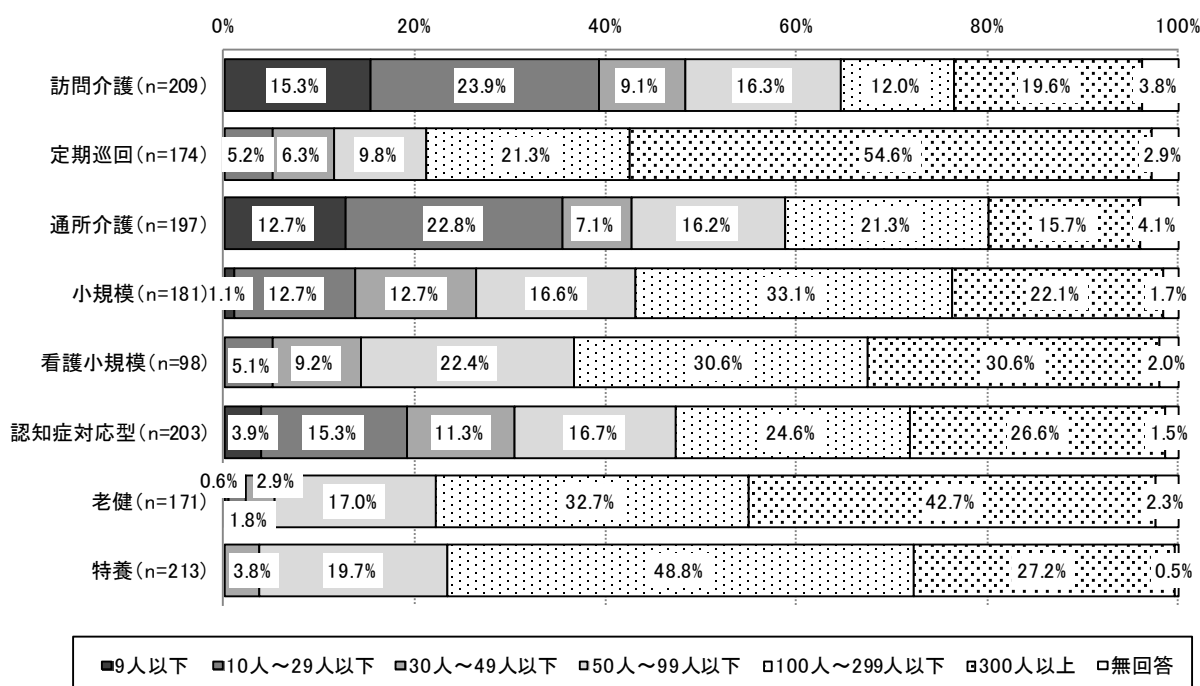
② 法人全体の従業員数

訪問介護では、法人全体の従業員数が「10人～29人以下」が 23.9%と最も高く、99人以下の法人が 6割以上を占めていた。また、通所介護も「10人～29人以下」が 22.8%と最も高く、99人以下の法人が 6割程度を占めていた。

定期巡回では、「300人以上」が 54.6%と半数以上を占めており、100人以上の法人が 8割程度を占めていた。小規模、看護小規模、認知症対応型についても、100人以上の法人が 5割以上を占めていた。また、老健、特養では、100人以上の法人が 8割程度を占めていた。

【調査編】

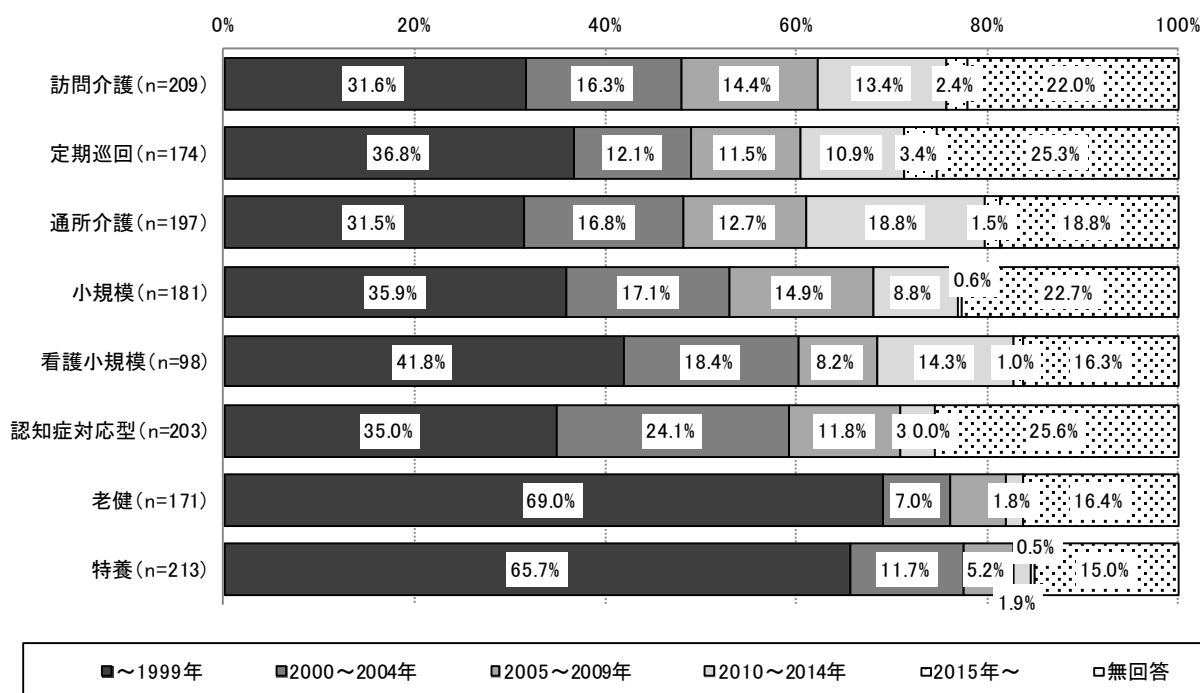
図表 3-3 法人全体の従業員数



③ 法人の開設年

いずれのサービス種別も 1999 年以前の開設とした割合が最も高かった。
老健、特養では、1999 年以前の開設とした割合が 6 割以上を占めていた。

図表 3-4 法人の開設年



④ 法人が提供しているサービス（MA）

訪問介護では、通所系サービスを提供している法人が 53.6%、施設系サービスを提供している法人が 22.5%であった。

一方で定期巡回では、通所系サービスを提供している法人が 75.3%、施設系サービスを提供している法人が 38.5%、また、居住系サービスを提供している法人が 50.0%、医療サービスを提供している法人が 24.7%と、いずれも訪問介護と比べ割合が高かった。

図表 3-5 法人提供しているサービス

	包括系サービス	訪問系サービス	通所系サービス	居住系サービス	施設系サービス	医療サービス	無回答
訪問介護 (n=209)	13.4%	99.0%	53.6%	19.6%	22.5%	9.6%	0.5%
定期巡回 (n=174)	93.1%	92.5%	75.3%	50.0%	38.5%	24.7%	0.0%
通所介護 (n=197)	17.3%	57.4%	98.5%	25.9%	23.4%	11.7%	0.5%
小規模 (n=181)	95.6%	65.2%	66.9%	56.4%	32.6%	17.1%	0.6%
看護小規模 (n=98)	98.0%	83.7%	72.4%	43.9%	34.7%	29.6%	0.0%
認知症対応型 (n=203)	33.5%	53.2%	62.6%	92.6%	35.0%	21.2%	2.5%
老健 (n=171)	13.5%	74.3%	89.5%	35.7%	98.8%	69.6%	1.2%
特養 (n=213)	19.2%	74.2%	91.1%	42.3%	99.1%	12.7%	0.5%

※割合が 50.0%以上に網掛け

※上記集計表にて示したサービスの内容は以下の通りである

- ・包括系サービス（定期巡回型、小規模多機能型、看護小規模多機能型、夜間対応型）
- ・訪問系サービス（訪問介護、訪問入浴、訪問看護、訪問リハ、居宅介護支援）
- ・通所・入所系サービス（通所介護、通所リハ、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護／療養介護）
- ・居住系サービス（特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護）
- ・施設サービス（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）
- ・医療サービス（病院、診療所）

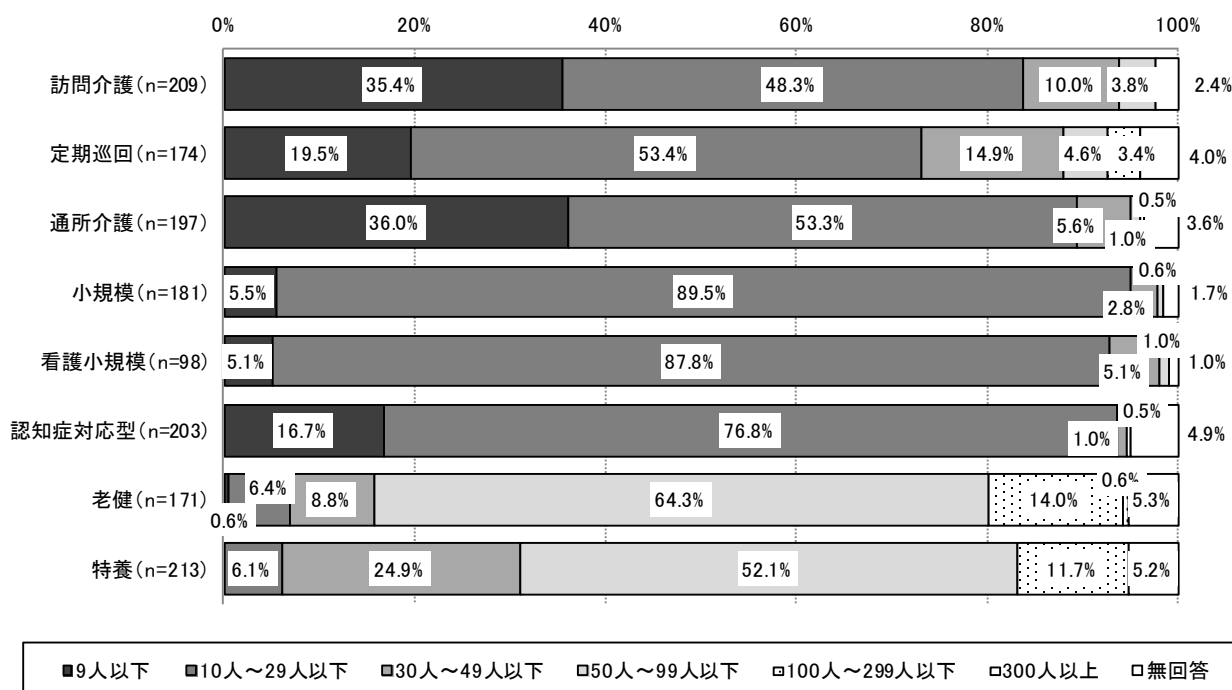
(3) 施設・事業所の概要

① 施設・事業所の従業員数

訪問介護では、従業員数「10人～29人以下」が48.3%と最も高く、29人以下の事業所が8割以上を占めていた。通所介護も同様に、「10人～29人以下」が53.3%と最も高く、29人以下の事業所が8割以上を占めていた。

老健、特養では、「50人～99人以下」の施設が最も高く、老健では64.3%、特養では52.1%を占めていた。

図表 3-6 施設・事業所の従業員数分布



② 利用者数・入所者数

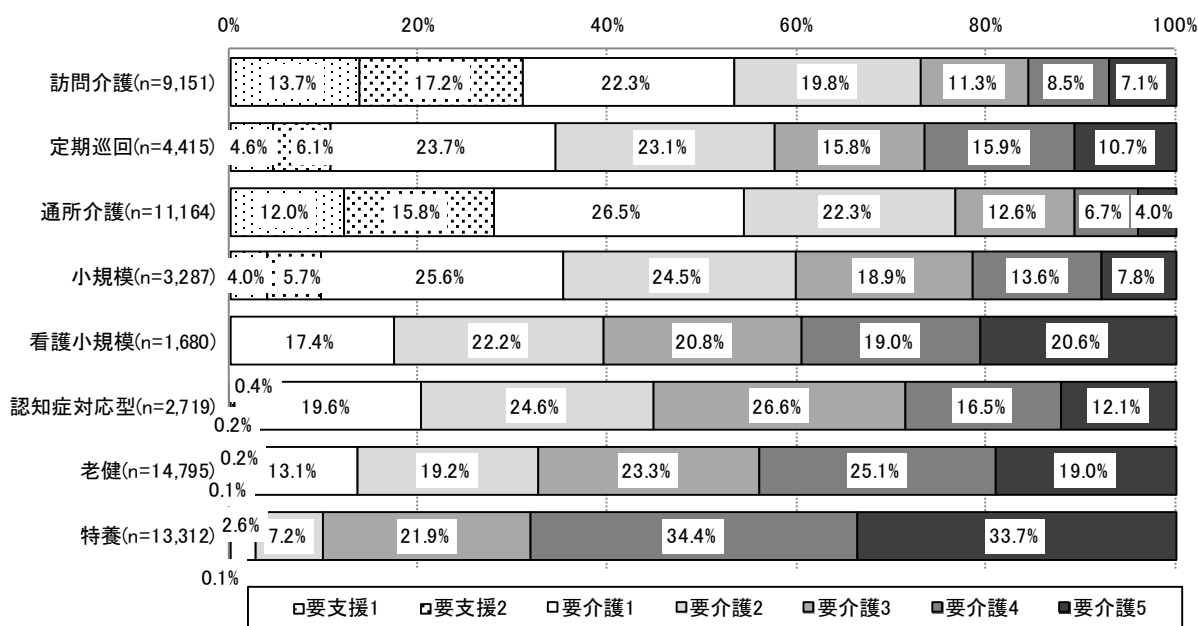
施設・事業所の平均利用者数・入所者数および、平均要介護度は以下の通りであった。

図表 3-7 平均利用者数・入所者数／平均要介護度

	平均利用者数・入所者数	標準偏差	平均要介護度
訪問介護(n=9151)	48.7人	40.3	1.8
定期巡回(n=4415)	27.8人	41.9	2.4
通所介護(n=11164)	61.7人	66.3	1.7
小規模(n=3287)	19.3人	7.3	2.3
看護小規模(n=1680)	18.1人	6.4	3.0
認知症対応型(n=2719)	14.2人	5.9	2.8
老健(n=14795)	96.7人	196.1	3.2
特養(n=13312)	73.1人	27.0	3.9

※平均要介護度は、要支援1・2=「0.375」として算出

図表 3-8 利用者の要介護度分布



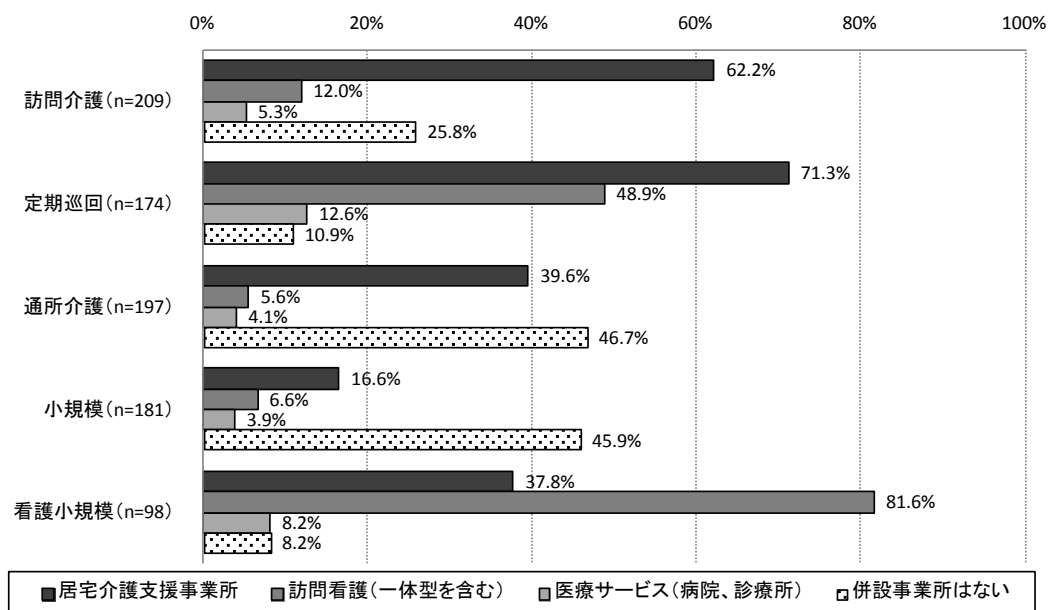
③ 事業所に併設しているサービス

(訪問介護、定期巡回、通所介護、小規模多機能、看護小規模多機能事業所のみ回答)

訪問介護では、「居宅介護支援事業所」を併設している事業所が 62.2%、「訪問看護（一体型を含む）」併設は 5.3%であり、「併設事業所はない」とした事業所が 25.8%と約 1/4 を占めていた。

通所介護、小規模多機能では、「併設事業所はない」とした事業所の割合が最も高く、と約半数を占めていた。定期巡回では、「居宅介護支援事業所」併設が 71.3%と高く、「訪問看護（一体型を含む）」併設も 48.9%と約半数を占めていた。看護小規模では、「訪問看護（一体型を含む）」併設事業所が 81.6%と最も高かった。

図表 3-9 事業所に併設しているサービス

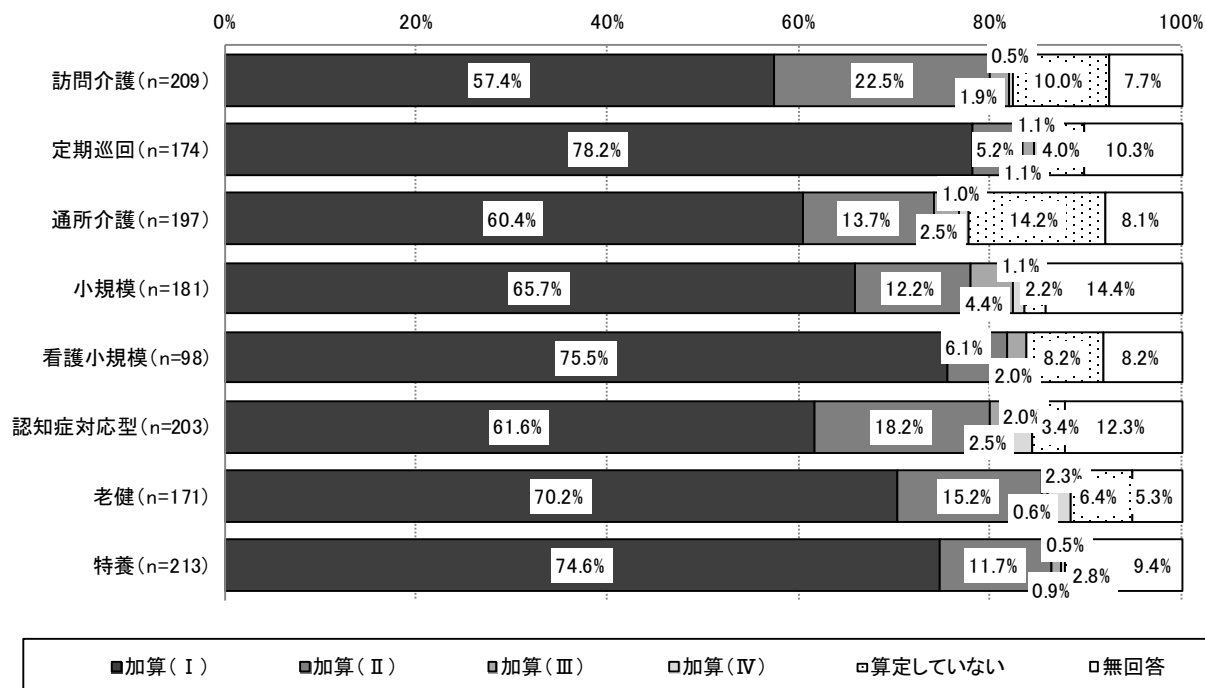


【調査編】

④ 介護職員処遇改善加算の算定状況

いずれのサービス種別でも「加算（Ⅰ）」の割合が最も高かったが、訪問介護が57.4%、通所介護が60.4%と6割程度であるのに対し、定期巡回、看護小規模、老健、特養では、「加算（Ⅰ）」が7割以上を占めていた。

図表 3-10 介護職員処遇改善加算の算定状況

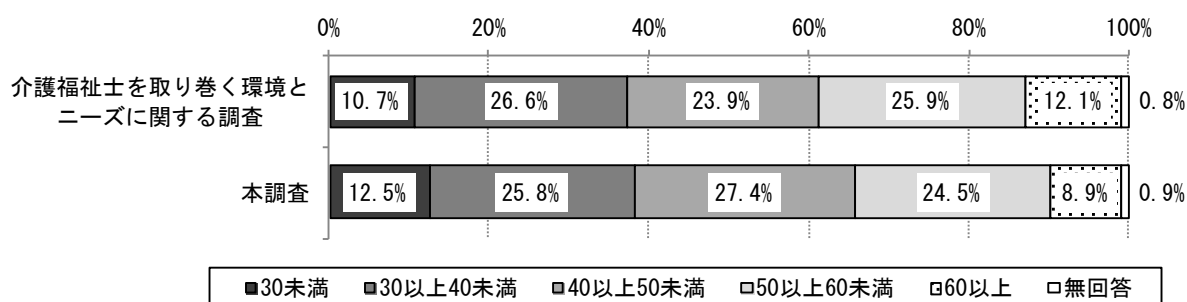


2. 回答職員の属性

本調査の職員回答は、介護職員の業務実施状況について分析することを目的としており、回答職員の属性は、介護職員の業務実施状況を分析するための軸として設定したものである。

以下、各サービスにおける回答職員の属性を示しているが、各サービスにて回答者の設定および、施設・事業所による回答者の抽出（p. 32：「図表 1-5 職員票の回答者設定」を参照）をおこなっていることから、各施設・事業所の職員全体の回答ではないことに留意が必要である。ただし、回答のあった介護福祉士の年齢構成について全国調査と比較したところ、特に差はみられなかった。

図表 3-11 介護福祉士の年齢区分（全国値との比較）



※全国調査：「介護福祉士を取り巻く環境とニーズに関する調査」（H25年度、日本介護福祉士会）」

（1）基本属性

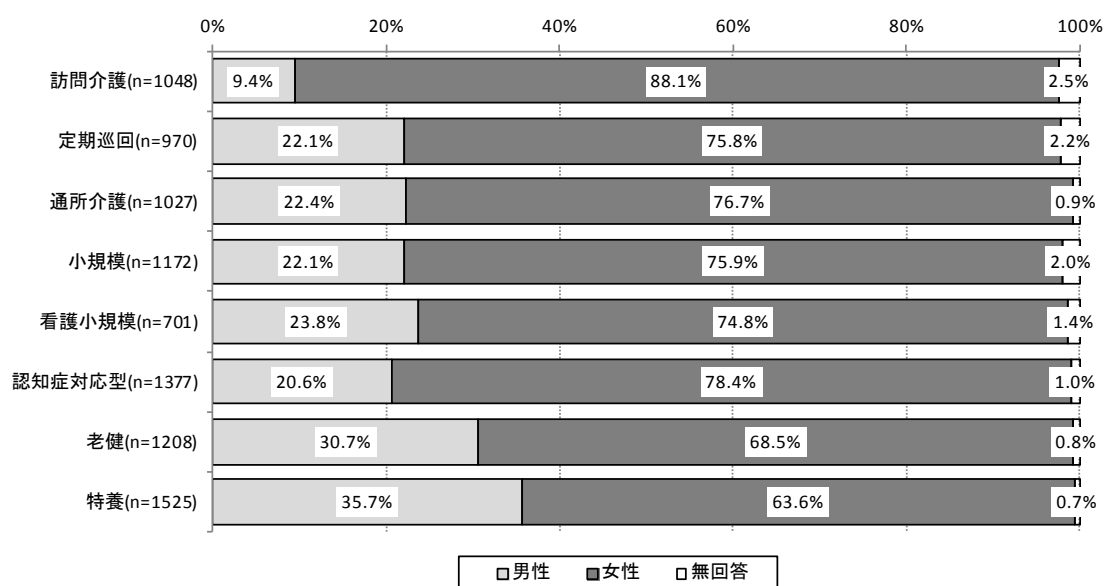
① 性別

回答のあった職員の各サービスにおける性別は以下の通りであった。

訪問介護では、女性が88.1%に対し、男性が9.4%と1割以下であった。

老健、特養では、男性の割合が3割以上を占めており、他サービスに比べ高い割合を示していた。

図表 3-12 性別



【調査編】

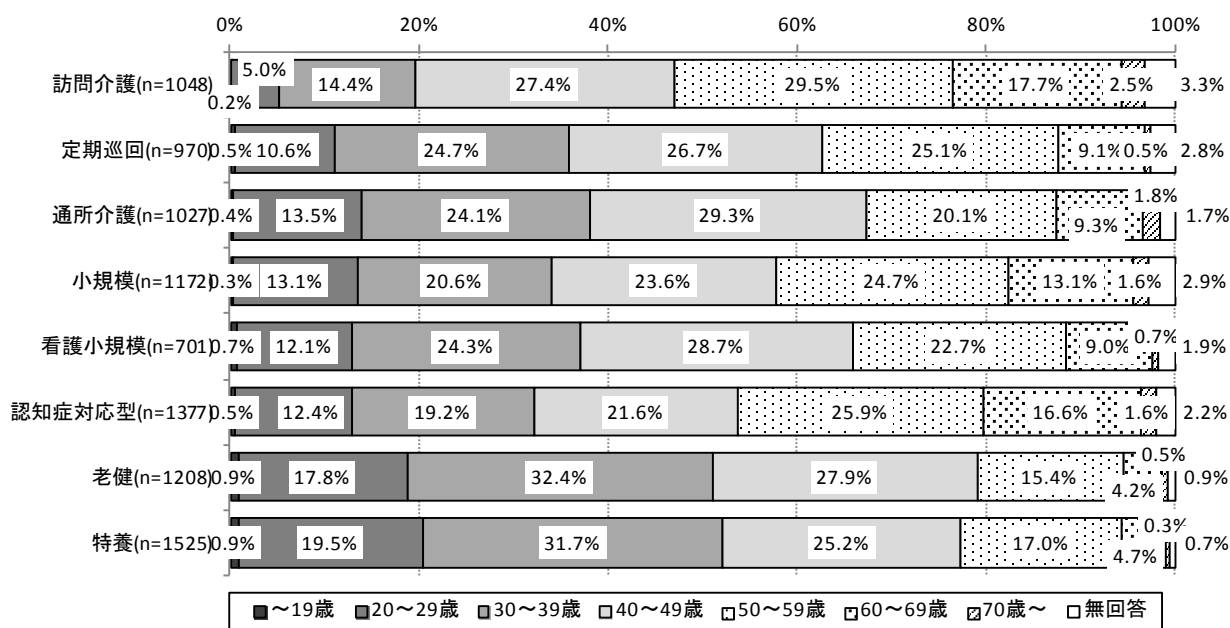
② 年齢区分

回答のあった職員の各サービスにおける年齢区分は以下の通りであった。

介護福祉士の年齢区分をみると、訪問介護では「50～59歳」が32.4%と最も高く、次いで「40～49歳」が29.7%であった。

一方で、定期巡回、看護小規模、老健、特養では、「30～39歳」の割合が最も高かった。

図表 3-13 年齢区分



i) 介護福祉士

図表 3-14 年齢区分 (介護福祉士)

	合計	~19歳	20~29歳	30~39歳	40~49歳	50~59歳	60~69歳	70歳~	無回答
訪問介護	491	2	31	76	146	159	68	4	5
	100.0%	0.4%	6.3%	15.5%	29.7%	32.4%	13.8%	0.8%	1.0%
定期巡回	395	1	52	117	114	82	22	4	3
	100.0%	0.3%	13.2%	29.6%	28.9%	20.8%	5.6%	1.0%	0.8%
通所介護	578	0	69	153	169	147	32	3	5
	100.0%	0.0%	11.9%	26.5%	29.2%	25.4%	5.5%	0.5%	0.9%
小規模	447	1	68	109	118	102	42	2	5
	100.0%	0.2%	15.2%	24.4%	26.4%	22.8%	9.4%	0.4%	1.1%
看護小規模	290	4	34	91	77	69	14	0	1
	100.0%	1.4%	11.7%	31.4%	26.6%	23.8%	4.8%	0.0%	0.3%
認知症対応型	534	1	63	124	125	156	49	7	9
	100.0%	0.2%	11.8%	23.2%	23.4%	29.2%	9.2%	1.3%	1.7%
老健	652	2	113	260	178	83	14	1	1
	100.0%	0.3%	17.3%	39.9%	27.3%	12.7%	2.1%	0.2%	0.2%
特養	790	3	169	299	176	127	14	1	1
	100.0%	0.4%	21.4%	37.8%	22.3%	16.1%	1.8%	0.1%	0.1%

ii) 正規職員

図表 3-15 年齢区分（正規職員）

	合計	～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳～	無回答
訪問介護	512	2	39	88	157	154	59	6	7
	100.0%	0.4%	7.6%	17.2%	30.7%	30.1%	11.5%	1.2%	1.4%
定期巡回	595	2	105	162	179	108	33	2	4
	100.0%	0.3%	17.6%	27.2%	30.1%	18.2%	5.5%	0.3%	0.7%
通所介護	691	4	87	194	187	180	30	0	9
	100.0%	0.6%	12.6%	28.1%	27.1%	26.0%	4.3%	0.0%	1.3%
小規模	749	3	119	178	186	197	52	6	8
	100.0%	0.4%	15.9%	23.8%	24.8%	26.3%	6.9%	0.8%	1.1%
看護小規模	489	4	69	124	155	113	19	1	4
	100.0%	0.8%	14.1%	25.4%	31.7%	23.1%	3.9%	0.2%	0.8%
認知症対応型	907	4	133	205	208	254	89	5	9
	100.0%	0.4%	14.7%	22.6%	22.9%	28.0%	9.8%	0.6%	1.0%
老健	986	8	164	346	282	157	24	3	2
	100.0%	0.8%	16.6%	35.1%	28.6%	15.9%	2.4%	0.3%	0.2%
特養	1139	9	238	382	293	190	24	0	3
	100.0%	0.8%	20.9%	33.5%	25.7%	16.7%	2.1%	0.0%	0.3%

iii) 非正規職員

図表 3-16 年齢区分（非正規職員）

	合計	～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳～	無回答
訪問介護	474	0	10	60	122	142	114	20	6
	100.0%	0.0%	2.1%	12.7%	25.7%	30.0%	24.1%	4.2%	1.3%
定期巡回	396	2	30	80	113	96	54	13	8
	100.0%	0.5%	7.6%	20.2%	28.5%	24.2%	13.6%	3.3%	2.0%
通所介護	247	1	14	45	67	57	56	5	2
	100.0%	0.4%	5.7%	18.2%	27.1%	23.1%	22.7%	2.0%	0.8%
小規模	373	1	29	60	80	84	99	11	9
	100.0%	0.3%	7.8%	16.1%	21.4%	22.5%	26.5%	2.9%	2.4%
看護小規模	188	0	13	45	41	43	41	4	1
	100.0%	0.0%	6.9%	23.9%	21.8%	22.9%	21.8%	2.1%	0.5%
認知症対応型	431	3	34	59	81	100	132	13	9
	100.0%	0.7%	7.9%	13.7%	18.8%	23.2%	30.6%	3.0%	2.1%
老健	201	2	48	42	51	28	26	2	2
	100.0%	1.0%	23.9%	20.9%	25.4%	13.9%	12.9%	1.0%	1.0%
特養	362	3	57	98	90	64	45	4	1
	100.0%	0.8%	15.7%	27.1%	24.9%	17.7%	12.4%	1.1%	0.3%

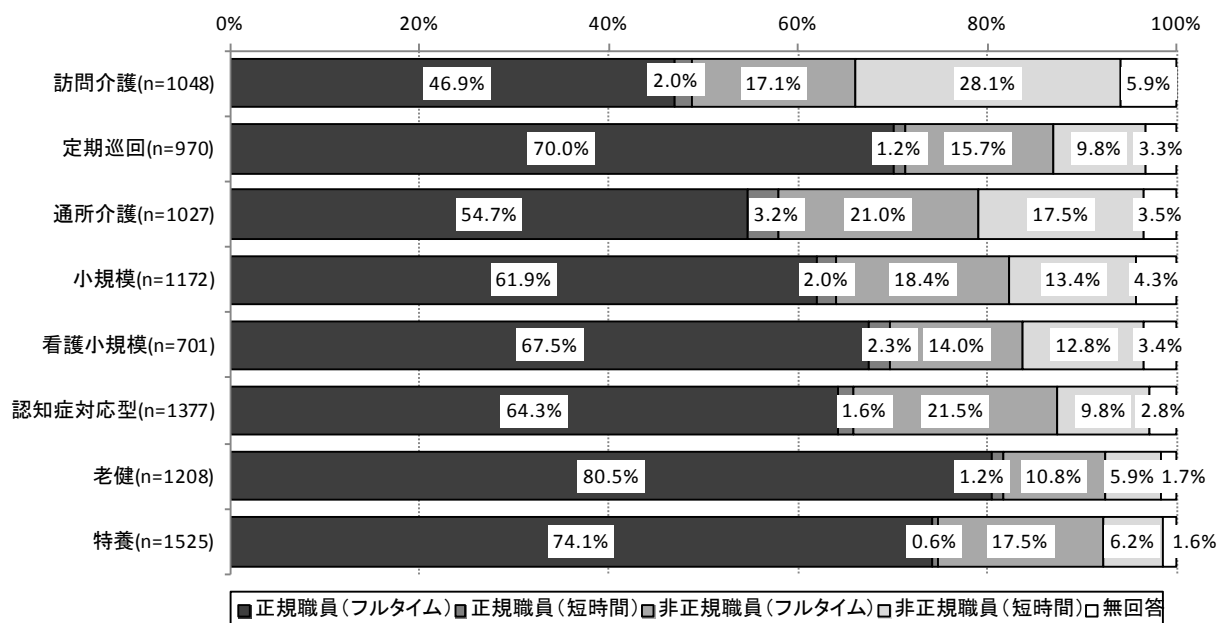
【調査編】

③ 就業形態

回答のあった職員の各サービスにおける就業形態は以下の通りであった。

いずれのサービスも「正規職員（フルタイム）」の割合が最も高いが、訪問介護では「非正規職員（短時間）」が28.1%と他のサービスに比べ高い割合を示していた。一方で、定期巡回は、老健、特養と同様の傾向を示しており、「正規職員（フルタイム）」の割合が70.0%と高く、「非正規職員（短時間）」の割合は9.8%と1割以下であった。

図表 3-17 就業形態

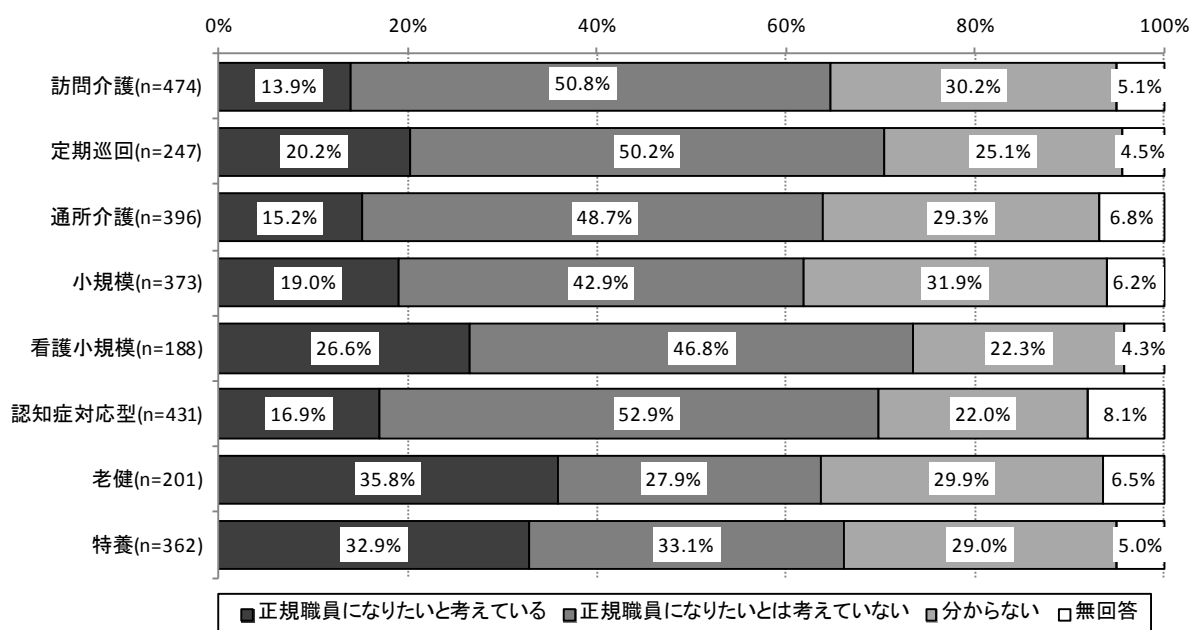


i) 将来の正規職員への希望（非正規職員のみ回答）

老健、特養の非正規職員にて「正規職員を希望」する割合が3割以上と他のサービスよりも高い傾向がみられた。

また、非正規職員（フルタイム）／非正規職員（短時間）別に将来の正規職員への希望をみると、いずれのサービスでも、非正規職員（フルタイム）の場合、将来、正規職員を希望するとの回答した割合が非正規職員（短時間）と比べ高いが、特に、老健、特養では、将来、正規職員を希望するとの回答した非正規職員（フルタイム）の割合が46.9%（老健）、37.1%（特養）と高かった。

図表 3-18 将来、正規職員への希望（非正規職員のみ回答）



ii) 将来の正規職員への希望（非正規フルタイム／短時間別）

図表 3-19 将来、正規職員への希望（非正規フルタイム／短時間別）

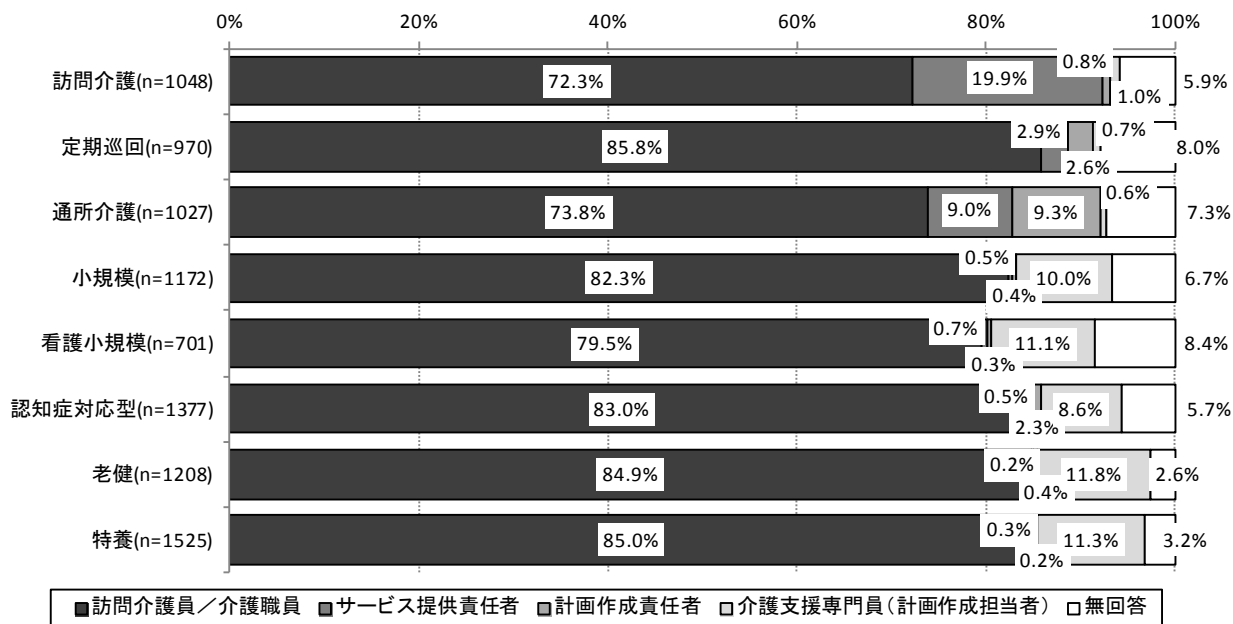
		合計	正規職員に なりた いと考 えている	正規職員に なりた いと考 えてい ない	分から ない	無回 答
訪問介護	非正規職員（フルタイム）	179	39	76	51	13
		100.0%	21.8%	42.5%	28.5%	7.3%
訪問介護	非正規職員（短時間）	295	27	165	92	11
		100.0%	9.2%	55.9%	31.2%	3.7%
定期巡回	非正規職員（フルタイム）	152	37	61	47	7
		100.0%	24.3%	40.1%	30.9%	4.6%
定期巡回	非正規職員（短時間）	95	13	63	15	4
		100.0%	13.7%	66.3%	15.8%	4.2%
通所介護	非正規職員（フルタイム）	216	44	87	65	20
		100.0%	20.4%	40.3%	30.1%	9.3%
通所介護	非正規職員（短時間）	180	16	106	51	7
		100.0%	8.9%	58.9%	28.3%	3.9%
小規模	非正規職員（フルタイム）	216	55	83	62	16
		100.0%	25.5%	38.4%	28.7%	7.4%
小規模	非正規職員（短時間）	157	16	77	57	7
		100.0%	10.2%	49.0%	36.3%	4.5%
看護小規模	非正規職員（フルタイム）	98	33	37	21	7
		100.0%	33.7%	37.8%	21.4%	7.1%
看護小規模	非正規職員（短時間）	90	17	51	21	1
		100.0%	18.9%	56.7%	23.3%	1.1%
認知症対応型	非正規職員（フルタイム）	296	60	142	62	32
		100.0%	20.3%	48.0%	20.9%	10.8%
認知症対応型	非正規職員（短時間）	135	13	86	33	3
		100.0%	9.6%	63.7%	24.4%	2.2%
老健	非正規職員（フルタイム）	130	61	28	30	11
		100.0%	46.9%	21.5%	23.1%	8.5%
老健	非正規職員（短時間）	71	11	28	30	2
		100.0%	15.5%	39.4%	42.3%	2.8%
特養	非正規職員（フルタイム）	267	99	81	71	16
		100.0%	37.1%	30.3%	26.6%	6.0%
特養	非正規職員（短時間）	95	20	39	34	2
		100.0%	21.1%	41.1%	35.8%	2.1%

【調査編】

④ 職種

回答のあった職員の各サービスにおける職種は以下の通りであった。

図表 3-20 職種

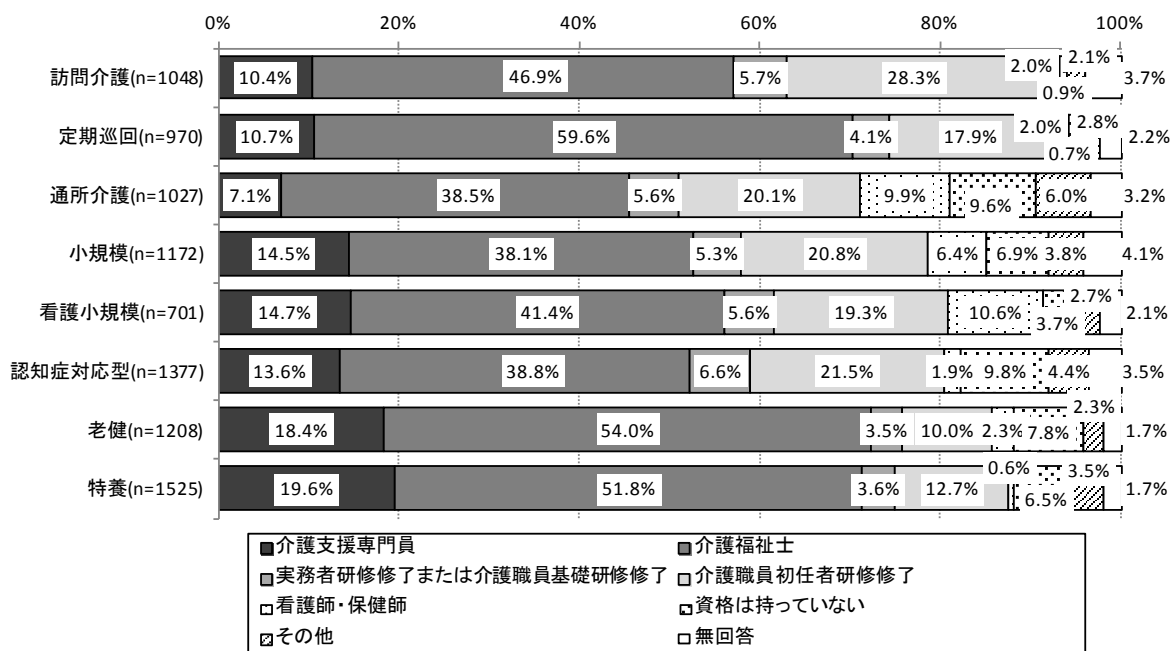


⑤ 保有資格

回答のあった職員の各サービスにおける保有資格は以下の通りであった。

介護福祉士を取得してからの年数をみると、老健、特養では9年以上の職員の割合が4割以上と他のサービスと比べ高く、介護福祉士としての経験の長い職員が多い傾向がみられた。

図表 3-21 保有資格

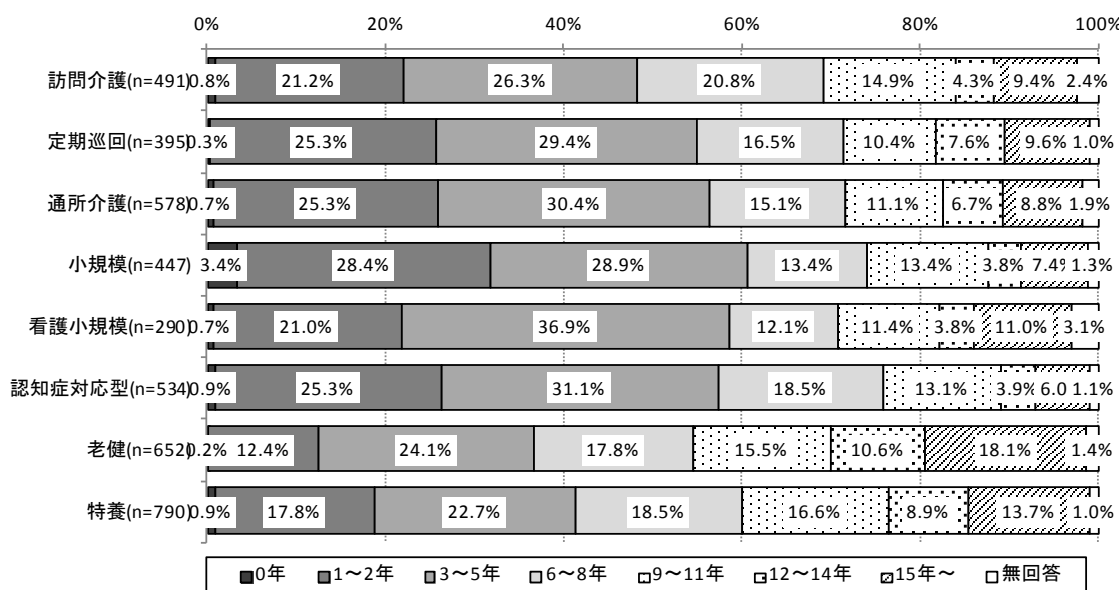


※介護支援専門員、介護福祉士、実務者研修修了（基礎研修修了）、介護職員初任者研修修了について、複数選択の場合、上位の資格保有として集計した。

※介護支援専門員、介護福祉士、実務者研修修了（基礎研修修了）、介護職員初任者研修修了について、看護師・保健師の選択がある場合、看護師・保健師として集計し、介護職の選択から除外して集計した。

i) 介護福祉士を取得してからの年数

図表 3-22 介護福祉士取得年数



【調査編】

⑥ 今後、取得したい資格

i) 介護職員初任者研修修了者

現在、介護職員初任者研修修了の資格保有者について、今後、取得したい資格をみると、訪問介護以外のサービスでは、「介護福祉士」を今後取得したい資格とした割合が最も高かったが、訪問介護では、「特に資格の取得は考えていない」が40.1%と最も高かった。

図表 3-23 今後、取得したい資格（介護職員初任者研修修了者）

	合計	介護支援 専門員	介護福祉 士	実務者研 修修了ま たは介護 職員基礎 研修修了	認定特定 行為業務 従事者と なるため の研修修 了	認知症介 護実践研 修修了	社会福祉 士	看護師・ 保健師	特に資格 の取得は 考えてい ない	その他	無回答
訪問介護	297 100.0%	22 7.4%	116 39.1%	16 5.4%	4 1.3%	17 5.7%	1 0.3%	1 0.3%	119 40.1%	3 1.0%	38 12.8%
定期巡回	174 100.0%	17 9.8%	104 59.8%	27 15.5%	3 1.7%	8 4.6%	9 5.2%	3 1.7%	40 23.0%	2 1.1%	18 10.3%
通所介護	206 100.0%	16 7.8%	120 58.3%	27 13.1%	2 1.0%	11 5.3%	13 6.3%	7 3.4%	51 24.8%	3 1.5%	20 9.7%
小規模	244 100.0%	29 11.9%	132 54.1%	32 13.1%	5 2.0%	18 7.4%	19 7.8%	3 1.2%	62 25.4%	4 1.6%	30 12.3%
看護小規模	135 100.0%	16 11.9%	98 72.6%	20 14.8%	3 2.2%	11 8.1%	6 4.4%	3 2.2%	22 16.3%	2 1.5%	7 5.2%
認知症対応型	296 100.0%	31 10.5%	136 45.9%	25 8.4%	5 1.7%	15 5.1%	13 4.4%	2 0.7%	96 32.4%	9 3.0%	35 11.8%
老健	121 100.0%	16 13.2%	85 70.2%	22 18.2%	3 2.5%	10 8.3%	6 5.0%	1 0.8%	21 17.4%	3 2.5%	10 8.3%
特養	193 100.0%	26 13.5%	136 70.5%	22 11.4%	1 0.5%	11 5.7%	15 7.8%	2 1.0%	31 16.1%	4 2.1%	16 8.3%

ii) 介護福祉士

現在、介護福祉士の資格保有者についてみると、訪問介護、認知症対応型、老健では、「特に資格の取得は考えていない」の割合が最も高く、その他のサービスでは、「介護福祉士」を今後取得したい資格とした割合が最も高かった。

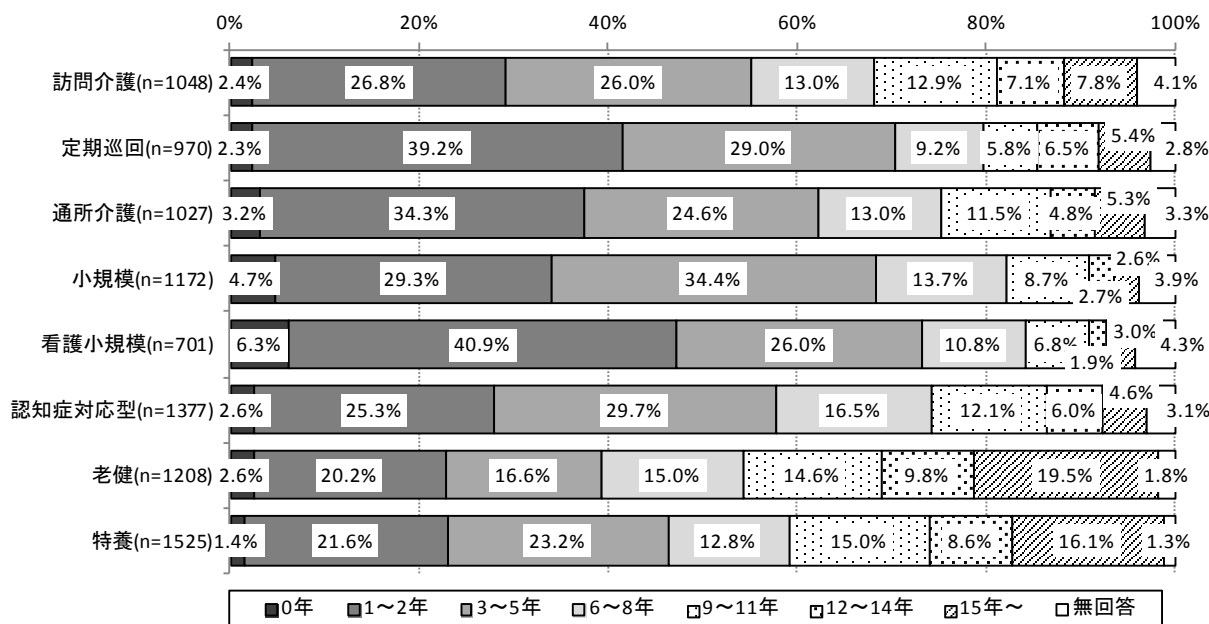
図表 3-24 今後、取得したい資格（介護福祉士）

	合計	介護支援 専門員	認定特定 行為業務 従事者と なるため の研修修 了	認知症介 護実践研 修修了	社会福祉 士	看護師・ 保健師	特に資格 の取得は 考えてい ない	その他	無回答
訪問介護	491 100.0%	151 30.8%	9 1.8%	35 7.1%	33 6.7%	2 0.4%	228 46.4%	12 2.4%	64 13.0%
定期巡回	578 100.0%	272 47.1%	14 2.4%	63 10.9%	43 7.4%	9 1.6%	192 33.2%	21 3.6%	56 9.7%
通所介護	395 100.0%	146 37.0%	9 2.3%	54 13.7%	32 8.1%	12 3.0%	126 31.9%	19 4.8%	60 15.2%
小規模	447 100.0%	188 42.1%	7 1.6%	49 11.0%	43 9.6%	9 2.0%	137 30.6%	20 4.5%	54 12.1%
看護小規模	290 100.0%	127 43.8%	9 3.1%	44 15.2%	19 6.6%	9 3.1%	79 27.2%	9 3.1%	37 12.8%
認知症対応型	534 100.0%	196 36.7%	8 1.5%	35 6.6%	32 6.0%	9 1.7%	211 39.5%	17 3.2%	76 14.2%
老健	652 100.0%	242 37.1%	16 2.5%	52 8.0%	37 5.7%	16 2.5%	252 38.7%	25 3.8%	77 11.8%
特養	790 100.0%	364 46.1%	25 3.2%	64 8.1%	81 10.3%	12 1.5%	255 32.3%	32 4.1%	87 11.0%

⑦ 現在の法人に就職してからの年数

回答のあった職員の各サービスにおける現在の法人での勤務年数は以下の通りであった。
老健、特養では9年以上の職員の割合が4割以上と他のサービスと比べ高かった。

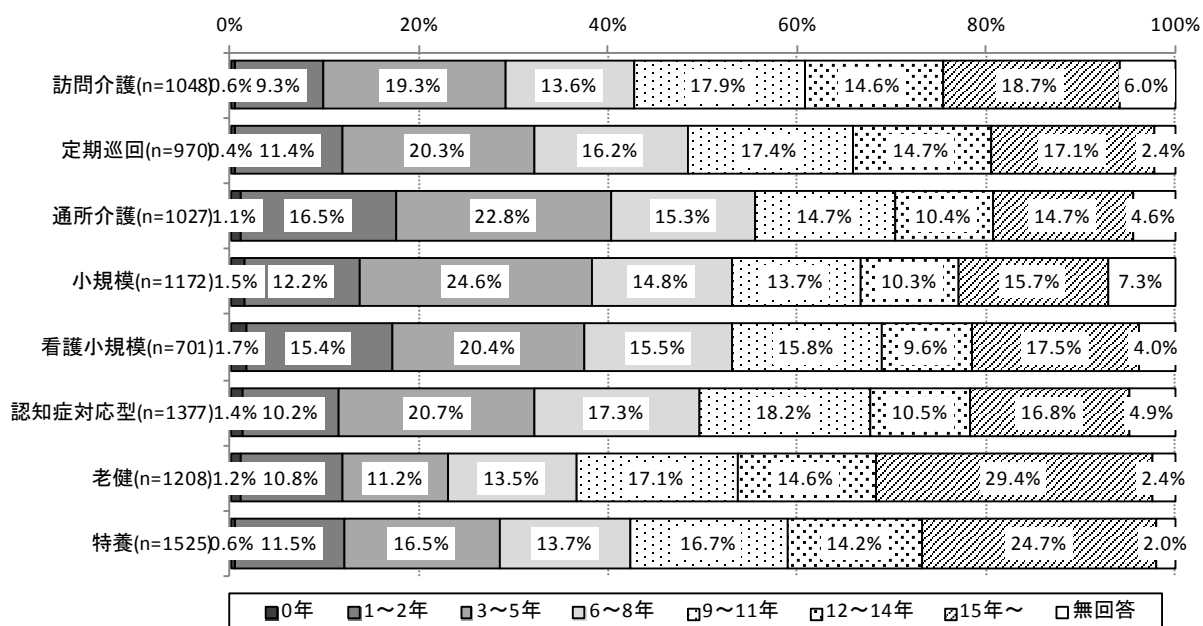
図表 3-25 現在の法人に就職してからの年数



⑧ 介護・福祉関係に従事している年数

回答のあった職員の各サービスにおける介護・福祉関係に従事している年数は以下の通りであった。

図表 3-26 介護・福祉関係に従事している年数



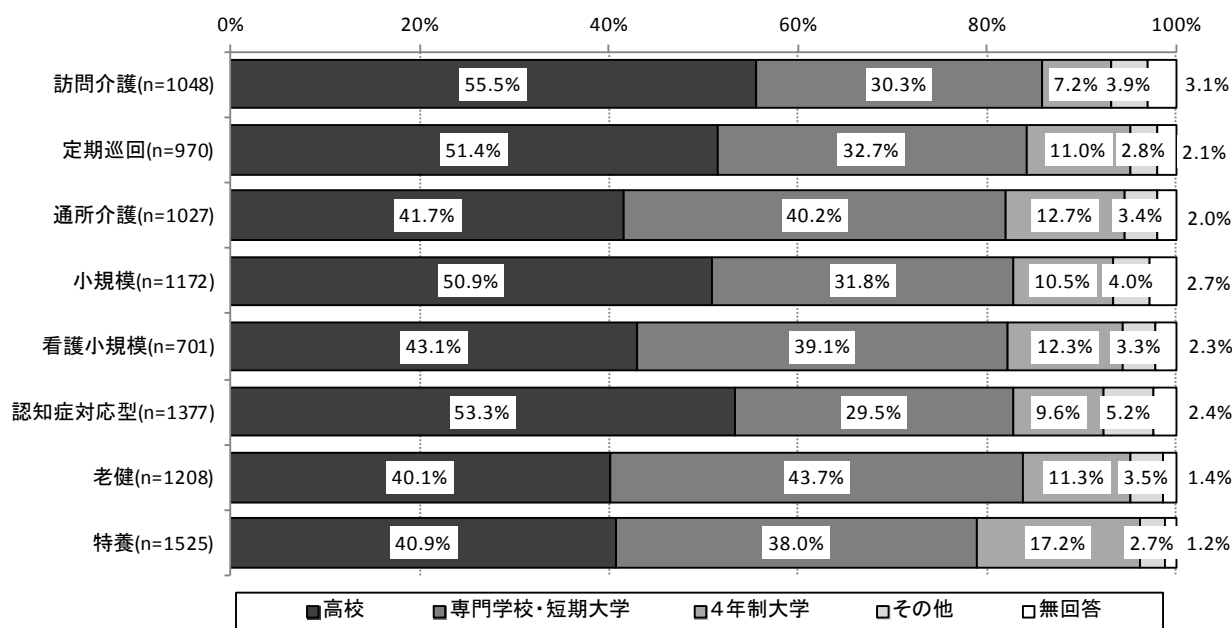
【調査編】

⑨ 最終学歴

回答のあった職員の各サービスにおける最終学歴は以下の通りであった。

介護福祉士についてみると、通所介護、看護小規模、老健、特養では、「専門学校、短期大学」とした割合が高く、訪問介護、定期巡回、小規模、認知症対応型では「高校」とした割合が5割以上を占めていた。

図表 3-27 最終学歴



i) 介護福祉士

図表 3-28 最終学歴 (介護福祉士)

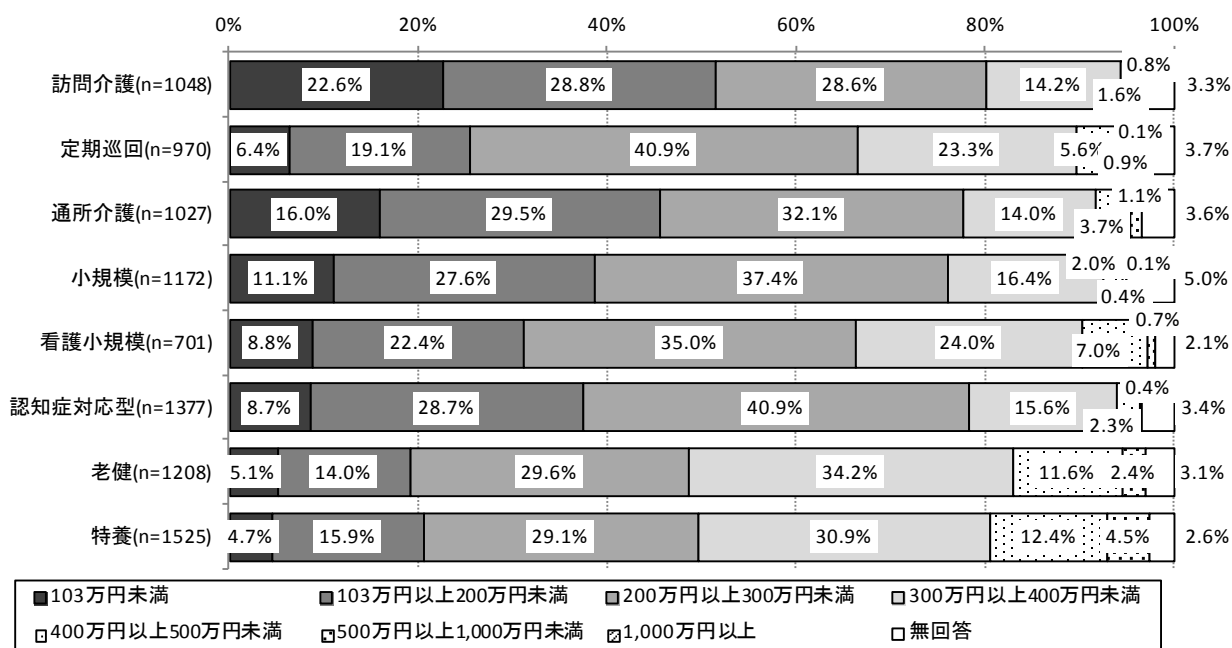
	合計	高校	専門学校・短期大学	4年制大学	その他	無回答
訪問介護	491	278	159	40	9	5
	100.0%	56.6%	32.4%	8.1%	1.8%	1.0%
定期巡回	578	298	216	48	12	4
	100.0%	51.6%	37.4%	8.3%	2.1%	0.7%
通所介護	395	163	170	47	10	5
	100.0%	41.3%	43.0%	11.9%	2.5%	1.3%
小規模	447	239	152	44	7	5
	100.0%	53.5%	34.0%	9.8%	1.6%	1.1%
看護小規模	290	125	128	29	6	2
	100.0%	43.1%	44.1%	10.0%	2.1%	0.7%
認知症対応型	534	279	188	44	15	8
	100.0%	52.2%	35.2%	8.2%	2.8%	1.5%
老健	652	230	351	49	16	6
	100.0%	35.3%	53.8%	7.5%	2.5%	0.9%
特養	790	301	367	102	14	6
	100.0%	38.1%	46.5%	12.9%	1.8%	0.8%

⑩ 2015年（2015.1.1～2015.12.31）の年収

回答のあった職員の各サービスにおける年収は以下の通りであった。

介護福祉士についてみると、老健、特養では、年収が「300万円以上400万円未満」の割合が最も高かったが、その他のサービスでは「200万円以上300万円未満」が最も高かった。

図表 3-29 2015年（2015.1.1～2015.12.31）の年収



i) 介護福祉士

図表 3-30 2015年（2015.1.1～2015.12.31）の年収（介護福祉士）

	合計	103万円未満	103万円以上200万円未満	200万円以上300万円未満	300万円以上400万円未満	400万円以上500万円未満	500万円以上1,000万円未満	1,000万円以上	無回答
訪問介護	491	64	130	178	99	11	3	0	6
	100.0%	13.0%	26.5%	36.3%	20.2%	2.2%	0.6%	0.0%	1.2%
定期巡回	578	22	85	271	151	30	2	1	16
	100.0%	3.8%	14.7%	46.9%	26.1%	5.2%	0.3%	0.2%	2.8%
通所介護	395	38	98	154	78	12	4	0	11
	100.0%	9.6%	24.8%	39.0%	19.7%	3.0%	1.0%	0.0%	2.8%
小規模	447	27	99	226	73	7	1	0	14
	100.0%	6.0%	22.1%	50.6%	16.3%	1.6%	0.2%	0.0%	3.1%
看護小規模	290	22	47	125	77	17	0	0	2
	100.0%	7.6%	16.2%	43.1%	26.6%	5.9%	0.0%	0.0%	0.7%
認知症対応型	534	24	114	276	100	9	0	0	11
	100.0%	4.5%	21.3%	51.7%	18.7%	1.7%	0.0%	0.0%	2.1%
老健	652	16	64	219	260	74	8	0	11
	100.0%	2.5%	9.8%	33.6%	39.9%	11.3%	1.2%	0.0%	1.7%
特養	790	18	90	243	293	103	24	0	19
	100.0%	2.3%	11.4%	30.8%	37.1%	13.0%	3.0%	0.0%	2.4%

【調査編】

3. 各業務の専門性と業務実施状況

以下では、施設・事業所が考える業務の専門性および、介護職員の実際の業務実施状況について集計をおこなった。

【施設・事業所が考える業務の専門性】

施設・事業所が考える業務の専門性については、各施設・事業所にて「各業務を実際に誰が担っているのか」ではなく、「各業務に求められる専門性」の観点からの回答を求めた。

【介護職員の業務の実施状況】

生活援助、身体介護の直接ケアの提供について、介護職員の業務の実施状況をみる場合、業務全体の効率性や、サービスや事業所の特徴を踏まえた介護職員の業務分担の実行性の観点から、以下の点に留意する必要があるとの意見が検討会にて出された。

【介護職員の業務の実施状況をみる際の留意点（検討会意見）】

- 小規模の事業所では、職員数が少ないため、実際に業務を分担できる人材がそもそもいない場合があること
- 訪問介護、定期巡回の訪問系サービスは、移動時間が発生することから、一度に複数の業務を実施することで効率化を図っている場合があること
- 訪問介護、定期巡回の訪問系サービスは、介護職員による単独でのサービス提供が基本であり、対利用者とのマッチングによる業務分担はすでに実施されている場合があること
- 通所系サービス、施設サービスでは、起床、食事、就寝等の業務のピークタイムが存在し、キャリアによらず介護職員全員がチームで複数の利用者にケアを提供する場合があること

介護職員の業務の実施状況については、キャリアによる業務実施状況の差の把握が目的であることから、業務の発生頻度が異なるサービス種別間の比較は特に実施していない（ただし、業務の発生頻度が同程度と想定される業務については比較をおこなった）。

また、訪問介護員/介護職員のキャリアの区分については、「初任者研修修了者」、「介護福祉士3年未満」、「介護福祉士3年以上」の3区分にて分析をおこなっているが、介護福祉士の経験年数について、さらに「3年以上5年未満」「5年以上10年未満」「10年以上」の業務実施状況をみたら、経験年数による傾向の差はみられなかったことから、本報告書上は、「介護福祉士3年以上」にて分析をおこなった。（介護福祉士「3年以上5年未満」「5年以上10年未満」「10年以上」の業務実施状況については、別冊の「集計編」に記載している）

なお、以降の「介護職員の業務の実施状況」における各サービスのキャリア別のn数は以下の通りである。以下のn数を母数として、各キャリアにおける業務実施割合を算出した（各サービスのキャリア別で母数となるn数が異なり、各表内に記載することが難しいことから、一括して以下に示す）。

図表 3-31 各サービスのキャリア別のn数

キャリア別n数		資格なし	訪問介護員/介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
			初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1	訪問介護	—	281	75	229	209
	軽度 50%以上	—	133	31	110	114
	中重度 30%以上	—	88	24	78	56
2	定期巡回	—	167	129	286	90
	中重度 50%以上	—	78	72	135	41
3	通所介護	95	198	95	260	—
	軽度 50%以上	37	77	35	116	—
	中重度 30%以上	28	84	43	93	—
4	小規模	78	242	136	285	117
5	看護小規模	26	132	62	211	78
6	認知症対応型	129	283	134	351	118
7	老健	92	120	82	546	143
8	特養	97	185	146	622	172

【調査編】

(1) 生活援助に該当する行為

① 施設・事業所が考える業務の専門性

生活援助に該当する業務の専門性は、居宅、施設のサービス類型によらず、いずれの業務も「介護に関する知識、技術をそれほど有しない者」「介護職としての基本的な知識、技術を備えた者」が適当と認識している施設・事業所の割合が高く約9割を占めていた。

訪問介護では、いずれの業務も「介護職としての基本的な知識、技術を備えた者」が適当と認識している事業所の割合が6割を超えているが、老健、特養の施設サービスでは、いずれも業務も「介護に関する知識、技術をそれほど有しない者」が適当と認識している割合が高かった。

また、訪問介護、通所介護について、利用者全体に占める軽度者（要支援1～要介護1）の割合が50%以上の事業所をみたところ、特に傾向の差は見られなかった。

なお、通所介護では「無回答」の割合が高いが、生活援助を提供する機会自体がないことが想定される。

図表 3-32 掃除、洗濯、衣類の整理、ベッドメイク

(01) 掃除、洗濯、衣類の整理、ベッドメイク		介護に関する知識、技術をそれほど有しない者	介護職としての基本的な知識、技術を備えた者	介護福祉士	より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等	医療、看護、相談職等の他職種が対応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	19.6%	67.0%	10.0%	1.0%	0.0%	2.4%
	軽度 50%以上(n=96)	16.7%	74.0%	7.3%	1.0%	0.0%	1.0%
2	定期巡回(n=174)	28.2%	61.5%	5.2%	1.1%	0.0%	4.0%
3	通所介護(n=197)	46.2%	35.5%	4.1%	0.0%	0.5%	13.7%
	軽度 50%以上(n=88)	43.2%	36.4%	5.7%	0.0%	0.0%	14.8%
4	小規模 (n=181)	47.0%	48.6%	1.7%	1.1%	0.6%	1.1%
5	看護小規模 (n=98)	36.7%	57.1%	5.1%	1.0%	0.0%	0.0%
6	認知症対応型(n=203)	46.3%	49.3%	3.0%	0.5%	0.0%	1.0%
7	老健(n=171)	57.3%	37.4%	2.3%	0.0%	0.0%	2.9%
8	特養(n=213)	56.8%	38.0%	4.2%	0.0%	0.0%	0.9%

図表 3-33 買い物

(02) 買い物		介護に関する知識、技術をそれほど有しない者	介護職としての基本的な知識、技術を備えた者	介護福祉士	より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等	医療、看護、相談職等の他職種が対応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	21.5%	65.1%	8.6%	2.4%	0.0%	2.4%
	軽度 50%以上(n=96)	21.9%	66.7%	8.3%	2.1%	0.0%	1.0%
2	定期巡回(n=174)	30.5%	58.6%	5.7%	0.0%	0.0%	5.2%
3	通所介護(n=197)	40.6%	36.5%	3.0%	0.5%	1.0%	18.3%
	軽度 50%以上(n=88)	40.9%	35.2%	3.4%	1.1%	1.1%	18.2%

(02) 買い物		介護に関する 知識、技術を それほど有し ない者	介護職として の基本的な 知識、技術を 備えた者	介護福祉士	より専門性の 高い知識、 技術を有する 介護福祉士 等	医療、看護、 相談職等の 他職種が対 応する業務	無回答
4	小規模 (n=181)	44.8%	50.8%	1.7%	0.6%	0.6%	1.7%
5	看護小規模 (n=98)	36.7%	57.1%	5.1%	1.0%	0.0%	0.0%
6	認知症対応型(n=203)	45.8%	47.3%	4.4%	0.5%	0.0%	2.0%
7	老健(n=171)	48.5%	39.8%	2.3%	0.6%	3.5%	5.3%
8	特養(n=213)	54.9%	36.2%	6.1%	0.0%	0.9%	1.9%

図表 3-34 調理

(03) 調理		介護に関する 知識、技術を それほど有し ない者	介護職として の基本的な 知識、技術を 備えた者	介護福祉士	より専門性の 高い知識、 技術を有する 介護福祉士 等	医療、看護、 相談職等の 他職種が対 応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	10.5%	71.8%	9.1%	3.3%	0.5%	4.8%
	軽度 50%以上(n=96)	11.5%	74.0%	6.3%	5.2%	0.0%	3.1%
2	定期巡回(n=174)	23.6%	62.6%	8.0%	0.0%	0.6%	5.2%
3	通所介護(n=197)	32.0%	40.6%	4.6%	1.5%	4.6%	16.8%
	軽度 50%以上(n=88)	35.2%	40.9%	3.4%	1.1%	2.3%	17.0%
4	小規模 (n=181)	36.5%	55.2%	4.4%	1.1%	0.6%	2.2%
5	看護小規模 (n=98)	31.6%	60.2%	4.1%	3.1%	0.0%	1.0%
6	認知症対応型(n=203)	30.5%	60.6%	6.4%	1.0%	0.0%	1.5%
7	老健(n=171)	37.4%	37.4%	6.4%	2.9%	8.8%	7.0%
8	特養(n=213)	41.8%	39.9%	4.7%	2.3%	8.0%	3.3%

図表 3-35 配下膳

(04) 配下膳		介護に関する 知識、技術を それほど有し ない者	介護職として の基本的な 知識、技術を 備えた者	介護福祉士	より専門性の 高い知識、 技術を有する 介護福祉士 等	医療、看護、 相談職等の 他職種が対 応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	23.9%	63.2%	9.1%	1.0%	0.0%	2.9%
	軽度 50%以上(n=96)	21.9%	66.7%	8.3%	1.0%	0.0%	2.1%
2	定期巡回(n=174)	33.3%	54.6%	7.5%	0.0%	0.0%	4.6%
3	通所介護(n=197)	47.2%	35.5%	5.1%	0.0%	0.0%	12.2%
	軽度 50%以上(n=88)	50.0%	27.3%	8.0%	0.0%	0.0%	14.8%
4	小規模 (n=181)	45.9%	49.2%	1.7%	1.1%	0.6%	1.7%
5	看護小規模 (n=98)	38.8%	54.1%	6.1%	1.0%	0.0%	0.0%
6	認知症対応型(n=203)	39.9%	54.2%	3.4%	0.5%	0.0%	2.0%
7	老健(n=171)	45.6%	45.6%	5.8%	0.6%	0.6%	1.8%
8	特養(n=213)	50.2%	42.3%	4.7%	0.5%	0.9%	1.4%

【調査編】

② 実際の業務実施状況（※各サービスのキャリア別のn数は、図表3-31を参照のこと）

「掃除、洗濯、衣類の整理、ベッドメイク」「配下膳」について、業務を「ほぼ毎回（毎日）行う」とする割合をみると、訪問介護員/介護職員である「介護福祉士3年以上」「介護福祉士3年未満」「初任者研修修了者」と「資格を持たない者」が実施している割合は同程度であった。

「買い物」について、訪問介護、定期巡回の実施状況をみると、訪問介護、定期巡回では「買い物」が同程度の頻度で発生すると考えられるが、訪問介護では、「介護福祉士3年以上」「介護福祉士3年未満」「初任者研修修了者」の訪問介護員が「ほぼ毎回（毎日）行う」とした割合が、定期巡回と比べ高かった。

同様に、「調理」について、訪問介護、定期巡回の実施状況をみると、訪問介護では、「介護福祉士3年以上」が「ほぼ毎回（毎日）行う」とした割合が33.2%であり、定期巡回の「介護福祉士3年以上」の割合と比べ高かった。

また、訪問介護、通所介護について、「軽度者（要支援1～要介護1）」の割合が50%以上の事業所の業務実施状況をみると、キャリアによる傾向の差はみられなかった。

図表 3-36 掃除、洗濯、衣類の整理、ベッドメイク（※ほぼ毎回（毎日）行う）

(01) 掃除、洗濯、衣類の整理、ベッドメイク		資格なし	訪問介護員/介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
			初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1	訪問介護	-	64.4%	74.7%	65.9%	48.8%
	軽度50%以上	-	62.4%	71.0%	63.6%	52.6%
2	定期巡回	-	59.3%	57.4%	53.1%	27.8%
3	通所介護	32.6%	35.4%	38.9%	32.3%	-
	軽度50%以上	32.4%	33.8%	25.7%	29.3%	-
4	小規模	52.6%	66.1%	66.9%	61.8%	7.7%
5	看護小規模	61.5%	62.9%	59.7%	69.7%	11.5%
6	認知症対応型	75.2%	81.3%	77.6%	83.8%	47.5%
7	老健	58.7%	48.3%	63.4%	57.3%	5.6%
8	特養	58.8%	65.4%	63.7%	63.3%	4.1%

図表 3-37 買い物（※ほぼ毎回（毎日）行う）

(02) 買い物		資格なし	訪問介護員/介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
			初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1	訪問介護	-	21.0%	18.7%	16.6%	12.0%
	軽度50%以上	-	21.8%	22.6%	20.0%	14.0%
2	定期巡回	-	8.4%	8.5%	4.9%	5.6%
3	通所介護	1.1%	1.0%	0.0%	1.2%	-
	軽度50%以上	0.0%	2.6%	0.0%	1.7%	-
4	小規模多機能	2.6%	3.3%	7.4%	3.9%	0.9%
5	看護小規模多機能	0.0%	3.0%	4.8%	3.8%	1.3%
6	認知症対応型	10.9%	5.3%	11.2%	10.8%	4.2%
7	老健	0.0%	0.0%	1.2%	0.5%	1.4%
8	特養	2.1%	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%

図表 3-38 調理（※ほぼ毎回（毎日）行う）

(03) 調理		資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
			初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1	訪問介護	－	35.2%	26.7%	33.2%	29.7%
	軽度 50%以上	－	39.1%	29.0%	37.3%	30.7%
2	定期巡回	－	16.8%	20.9%	9.8%	13.3%
3	通所介護	7.4%	6.6%	1.1%	1.9%	－
	軽度 50%以上	5.4%	5.2%	0.0%	3.4%	－
4	小規模多機能	16.7%	14.0%	11.0%	15.1%	1.7%
5	看護小規模多機能	19.2%	7.6%	12.9%	10.9%	5.1%
6	認知症対応型	42.6%	47.0%	44.0%	50.1%	23.7%
7	老健	1.1%	2.5%	2.4%	0.5%	0.7%
8	特養	5.2%	6.5%	3.4%	4.3%	1.2%

図表 3-39 配下膳（※ほぼ毎回（毎日）行う）

(04) 配下膳		資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
			初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1	訪問介護	－	44.5%	46.7%	42.4%	24.9%
	軽度 50%以上	－	33.1%	38.7%	23.6%	17.5%
2	定期巡回	－	62.3%	67.4%	64.3%	43.3%
3	通所介護	43.2%	53.5%	68.4%	58.5%	－
	軽度 50%以上	27.0%	44.2%	54.3%	54.3%	－
4	小規模多機能	74.4%	72.7%	76.5%	80.7%	28.2%
5	看護小規模多機能	69.2%	79.5%	87.1%	84.8%	25.6%
6	認知症対応型	78.3%	85.5%	88.8%	88.3%	55.1%
7	老健	87.0%	89.2%	89.0%	88.5%	9.8%
8	特養	87.6%	84.3%	94.5%	92.4%	14.0%

【調査編】

(2) 身体介護に該当する行為

以下、身体介護に該当する業務について、施設・事業所が考える業務の専門性および、介護職員の実際の業務実施状況をみた。

介護職員の実際の業務実施状況では、通所介護、小規模、看護小規模、認知症対応型、老健、特養にて、「資格を持っていない者」による提供がおこなわれているが、本調査では、介護人材が各業務の「どの部分を担っているのか」についての把握はおこなっておらず、各業務内の分担状況は把握できていない点に留意が必要である。

これらサービス種別では、入浴や食事などの業務のピークタイムに、介護職員全員で複数の利用者にサービスを提供している場合があり、「資格を持っていない者」が資格保有者の管理、指導のもと身体介護の一部を担っていると考えられる。以下、図表 3-13 に、老計 10 号による各業務の行為区分を示す。

図表 3-40 老計第 10 号による各業務の行為区分

老計第 10 号による各業務の行為区分	
入浴介助	安全確認（浴室での安全）→声かけ・説明→浴槽の清掃→湯はり→物品準備（タオル・着替えなど）→ヘルパー自身の身支度→排泄の確認→脱衣室の温度確認→脱衣→皮膚等の観察→浴室への移動→湯温の確認→入湯→洗体・すすぎ→洗髪・すすぎ→入湯→体を拭く→着衣→身体状況の点検・確認→髪乾燥、整髪→浴室から居室への移動→水分補給→汚れた衣服の処理→浴槽の簡単な後始末→使用物品の後始末→ヘルパー自身の身支度、清潔動作
排泄介助	トイレまでの安全確認→声かけ・説明→トイレへの移動（見守りを含む）→脱衣→排便・排尿→後始末→着衣→利用者の清潔介助→居室への移動→ヘルパー自身の清潔動作
食事介助	声かけ・説明（覚醒確認）→安全確認（誤飲兆候の観察）→ヘルパー自身の清潔動作→準備（利用者の手洗い、排泄、エプロン・タオル・おしぼりなどの物品準備）→食事場所の環境整備→食事姿勢の確保（ベッド上での座位保持を含む）→配膳→メニュー・材料の説明→摂食介助（おかずをきざむ・つぶす、吸い口で水分を補給するなどを含む）→服薬介助→安楽な姿勢の確保→気分の確認→食べこぼしの処理→後始末（エプロン・タオルなどの後始末、下膳、残滓の処理、食器洗い）→ヘルパー自身の清潔動作
移動・移乗介助	車いすの準備→声かけ・説明→ブレーキ・タイヤ等の確認→ベッドサイドで端座位の保持→立位→車いすに座らせる→座位の確保（後ろにひく、ずれを防ぐためあて物をするなど）→フットレストを下げて片方ずつ足を乗せる→気分の確認

① 施設・事業所が考える業務の専門性

「入浴介助、身体整容介助」「排泄介助」「移動・移乗、体位交換」「食事介助」の身体介護に該当する業務をみると、サービス種別によらず、「基本的な知識、技術を備えた者」が適当と認識している施設・事業所の割合が高く、半数以上を占めており、次いで、「介護福祉士」レベルの業務を認識している施設・事業所の割合が高い傾向がみられた。

「体温、血圧等の測定」については、上記身体介護と同様に、「基本的な知識、技術を備えた者」が適当と認識している施設・事業所の割合が最も高いが、通所介護では「医療、看護、相談職等の他職種が対応する業務」の割合が3割程度と他サービスと比べ高かった。

また、訪問介護、定期巡回、通所介護にて、特に、中重度者（要介護3～要介護5）の割合が高い事業所（訪問介護、通所介護は30%以上、定期巡回は50%以上）の事業所の傾向をみても、専門性の認識について傾向の差はみられなかった。

図表 3-41 入浴介助、身体整容介助

(05) 入浴介助、身体整容介助		介護に関する 知識、技術を それほど有し ない者	介護職として の基本的な 知識、技術を 備えた者	介護福祉士	より専門性の 高い知識、 技術を有する 介護福祉士 等	医療、看護、 相談職等の 他職種が対 応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	0.5%	54.5%	30.1%	12.0%	0.5%	2.4%
	中重度 30%以上(n=60)	0.0%	55.0%	31.7%	11.7%	0.0%	1.7%
2	定期巡回(n=174)	0.6%	56.3%	31.0%	9.2%	0.6%	2.3%
	中重度 50%以上(n=73)	0.0%	57.5%	27.4%	13.7%	0.0%	1.4%
3	通所介護(n=197)	2.5%	64.5%	21.3%	6.1%	1.0%	4.6%
	中重度 30%以上(n=62)	1.6%	72.6%	16.1%	8.1%	1.6%	0.0%
4	小規模 (n=181)	2.2%	69.6%	21.0%	5.0%	1.1%	1.1%
5	看護小規模 (n=98)	1.0%	68.4%	24.5%	5.1%	1.0%	0.0%
6	認知症対応型(n=203)	2.0%	67.5%	23.2%	5.9%	0.0%	1.5%
7	老健(n=171)	1.2%	64.9%	29.2%	4.7%	0.0%	0.0%
8	特養(n=213)	0.5%	52.1%	37.1%	9.9%	0.0%	0.5%

図表 3-42 排泄介助

(06) 排泄介助		介護に関する 知識、技術 をそれほど有 しない者	介護職として の基本的な 知識、技術を 備えた者	介護福祉士	より専門性の 高い知識、 技術を有する 介護福祉士 等	医療、看護、 相談職等の 他職種が対 応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	0.0%	55.0%	31.1%	11.0%	0.5%	2.4%
	中重度 30%以上(n=60)	0.0%	53.3%	35.0%	10.0%	0.0%	1.7%
2	定期巡回(n=174)	0.0%	59.8%	31.0%	6.9%	0.6%	1.7%
	中重度 50%以上(n=73)	0.0%	63.0%	27.4%	9.6%	0.0%	0.0%
3	通所介護(n=197)	2.5%	62.9%	24.4%	5.6%	1.0%	3.6%
	中重度 30%以上(n=62)	1.6%	66.1%	22.6%	6.5%	1.6%	1.6%
4	小規模 (n=181)	3.3%	69.1%	19.3%	5.5%	1.1%	1.7%
5	看護小規模 (n=98)	1.0%	67.3%	27.6%	3.1%	1.0%	0.0%
6	認知症対応型(n=203)	2.0%	69.5%	23.2%	3.9%	0.0%	1.5%
7	老健(n=171)	1.2%	66.1%	26.9%	5.8%	0.0%	0.0%
8	特養(n=213)	0.5%	51.6%	39.0%	7.5%	0.9%	0.5%

図表 3-43 移動・移乗、体位交換

(07) 移動・移乗、体位交換		介護に関する 知識、技術を それほど有し ない者	介護職として の基本的な 知識、技術を 備えた者	介護福祉士	より専門性の 高い知識、 技術を有する 介護福祉士 等	医療、看護、 相談職等の 他職種が対 応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	0.5%	51.7%	33.0%	12.9%	0.0%	1.9%
	中重度 30%以上(n=60)	0.0%	50.0%	40.0%	10.0%	0.0%	0.0%
2	定期巡回(n=174)	0.0%	56.3%	32.8%	8.0%	0.6%	2.3%
	中重度 50%以上(n=73)	0.0%	58.9%	27.4%	12.3%	0.0%	1.4%
3	通所介護(n=197)	2.5%	62.4%	23.9%	8.1%	0.5%	2.5%
	中重度 30%以上(n=62)	1.6%	66.1%	19.4%	11.3%	0.0%	1.6%
4	小規模 (n=181)	1.7%	64.6%	23.8%	7.2%	1.1%	1.7%
5	看護小規模 (n=98)	0.0%	66.3%	26.5%	6.1%	1.0%	0.0%
6	認知症対応型(n=203)	2.0%	64.5%	26.1%	6.4%	0.0%	1.0%
7	老健(n=171)	1.2%	57.3%	33.9%	7.6%	0.0%	0.0%
8	特養(n=213)	0.5%	48.4%	39.4%	10.8%	0.5%	0.5%

図表 3-44 食事介助

(08) 食事介助		介護に関する 知識、技術を それほど有し ない者	介護職として の基本的な 知識、技術を 備えた者	介護福祉士	より専門性の 高い知識、 技術を有する 介護福祉士 等	医療、看護、 相談職等の 他職種が対 応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	0.5%	52.6%	29.7%	13.4%	0.5%	3.3%
	中重度 30%以上(n=60)	0.0%	50.0%	35.0%	10.0%	1.7%	3.3%
2	定期巡回(n=174)	1.1%	54.6%	31.0%	10.3%	0.0%	2.9%
	中重度 50%以上(n=73)	1.4%	57.5%	24.7%	15.1%	0.0%	1.4%
3	通所介護(n=197)	3.0%	57.9%	22.8%	8.6%	1.5%	6.1%
	中重度 30%以上(n=62)	3.2%	64.5%	19.4%	9.7%	1.6%	1.6%
4	小規模 (n=181)	2.8%	66.9%	19.9%	6.6%	2.2%	1.7%
5	看護小規模 (n=98)	1.0%	60.2%	28.6%	9.2%	1.0%	0.0%
6	認知症対応型(n=203)	2.5%	65.0%	23.2%	7.9%	0.0%	1.5%
7	老健(n=171)	1.2%	62.0%	29.8%	6.4%	0.6%	0.0%
8	特養(n=213)	0.0%	52.6%	33.8%	12.2%	0.5%	0.9%

図表 3-45 体温、血圧等の測定

(09) 体温、血圧等の測定		介護に関する 知識、技術を それほど有し ない者	介護職として の基本的な 知識、技術を 備えた者	介護福祉士	より専門性の 高い知識、 技術を有する 介護福祉士 等	医療、看護、 相談職等の 他職種が対 応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	3.8%	53.6%	27.3%	8.6%	3.8%	2.9%
	中重度 30%以上(n=60)	6.7%	55.0%	26.7%	6.7%	1.7%	3.3%
2	定期巡回(n=174)	4.0%	54.0%	28.7%	6.3%	4.6%	2.3%
	中重度 50%以上(n=73)	1.4%	60.3%	24.7%	6.8%	5.5%	1.4%
3	通所介護(n=197)	7.1%	46.7%	10.7%	4.6%	28.4%	2.5%
	中重度 30%以上(n=62)	11.3%	38.7%	9.7%	6.5%	32.3%	1.6%
4	小規模 (n=181)	8.8%	55.2%	19.3%	5.5%	8.8%	2.2%
5	看護小規模 (n=98)	5.1%	49.0%	22.4%	9.2%	12.2%	2.0%
6	認知症対応型(n=203)	9.9%	57.6%	22.2%	4.9%	3.4%	2.0%
7	老健(n=171)	1.8%	42.1%	28.1%	9.9%	18.1%	0.0%
8	特養(n=213)	0.9%	44.1%	31.0%	8.5%	14.1%	1.4%

② 実際の業務実施状況（※各サービスのキャリア別の n 数は、図表 3-31 を参照のこと）

「入浴介助、身体整容介助」について、通所介護、小規模、看護小規模、老健、特養では、初任者研修修了者」の実施に比べ、「介護福祉士」が実施する割合が高い傾向がみられたが、介護福祉士のキャリアによる傾向の差はみられなかった。

「排泄介助」「移動・移乗、体位交換」について、訪問介護では、初任者研修修了者」の実施に比べ、「介護福祉士」が実施する割合が高い傾向がみられたが、その他サービスではキャリアによる傾向の差は見られなかった。

「食事介助」については、定期巡回、小規模多機能にて「初任者研修修了者」の実施に比べ、「介護福祉士」が実施する割合が高い傾向はみられたが、介護福祉士のキャリアによる傾向の差はみられなかった。

また、通所介護、小規模、看護小規模、認知症対応型、老健、特養では、「資格を持たない者」による実施割合についても「初任者研修修了者」と同程度であった。

「体温、血圧等の測定」の業務については、小規模、看護小規模、特養にて、「初任者研修修了者」の実施に比べ、「介護福祉士」が実施する割合が高い傾向はみられたが、介護福祉士のキャリアによる傾向の差はみられなかった。

図表 3-46 入浴介助、身体整容介助（※ほぼ毎回（毎日）行う）

(05) 入浴介助、身体整容介助	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員	
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上		
1	訪問介護	—	24.2%	32.0%	34.1%	18.2%
	中重度 30%以上	—	39.8%	50.0%	47.4%	21.4%
2	定期巡回	—	31.1%	35.7%	40.6%	18.9%
	中重度 50%以上	—	29.5%	36.1%	46.7%	12.2%

【調査編】

(05) 入浴介助、身体整容介助	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
3 通所介護	48.4%	58.1%	69.5%	65.8%	－
	中重度 30%以上	60.7%	69.0%	76.7%	72.0%
4 小規模	42.3%	41.7%	53.7%	50.2%	11.1%
5 看護小規模	50.0%	48.5%	59.7%	58.8%	9.0%
6 認知症対応型	48.1%	47.7%	52.2%	57.3%	28.8%
7 老健	57.6%	54.2%	69.5%	70.7%	4.9%
8 特養	61.9%	60.5%	72.6%	71.1%	4.7%

図表 3-47 排泄介助（※ほぼ毎回（毎日）行う）

(06) 排泄介助	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1 訪問介護	－	35.2%	57.3%	48.5%	34.0%
	中重度 30%以上	－	59.1%	87.5%	70.5%
2 定期巡回	－	74.3%	81.4%	80.4%	55.6%
	中重度 50%以上	－	84.6%	87.5%	89.6%
3 通所介護	60.0%	76.8%	85.3%	81.2%	－
	中重度 30%以上	75.0%	86.9%	95.3%	88.2%
4 小規模	84.6%	84.3%	91.2%	90.5%	35.9%
5 看護小規模	80.8%	93.9%	93.5%	92.4%	21.8%
6 認知症対応型	83.7%	89.8%	94.0%	92.0%	55.9%
7 老健	90.2%	93.3%	97.6%	96.2%	13.3%
8 特養	88.7%	90.3%	97.3%	94.5%	8.7%

図表 3-48 移動・移乗、体位交換（※ほぼ毎回（毎日）行う）

(07) 移動・移乗、体位交換	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1 訪問介護	－	37.0%	52.0%	46.7%	25.4%
	中重度 30%以上	－	59.1%	79.2%	70.5%
2 定期巡回	－	68.9%	73.6%	74.8%	47.8%
	中重度 50%以上	－	74.4%	81.9%	82.2%
3 通所介護	71.6%	77.3%	86.3%	83.5%	－
	中重度 30%以上	75.0%	86.9%	97.7%	87.1%
4 小規模	73.1%	80.2%	86.0%	86.0%	35.9%
5 看護小規模	80.8%	89.4%	91.9%	91.5%	25.6%
6 認知症対応型	78.3%	85.9%	86.6%	85.2%	55.9%
7 老健	88.0%	91.7%	97.6%	96.5%	13.3%
8 特養	90.7%	91.4%	99.3%	94.9%	13.4%

図表 3-49 食事介助（※ほぼ毎回（毎日）行う）

(08) 食事介助	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1 訪問介護	—	18.5%	18.7%	24.5%	9.6%
	中重度 30%以上	—	35.2%	45.8%	12.5%
2 定期巡回	—	29.3%	41.9%	39.9%	20.0%
	中重度 50%以上	—	43.6%	54.2%	34.1%
3 通所介護	30.5%	35.9%	41.1%	40.4%	—
	中重度 30%以上	39.3%	44.0%	48.8%	—
4 小規模	47.4%	48.3%	58.8%	56.5%	21.4%
5 看護小規模	46.2%	59.8%	64.5%	66.8%	12.8%
6 認知症対応型	67.4%	67.5%	64.9%	69.8%	44.1%
7 老健	78.3%	80.8%	89.0%	86.8%	13.3%
8 特養	92.8%	83.2%	92.5%	93.6%	18.0%

図表 3-50 体温、血圧等の測定（※ほぼ毎回（毎日）行う）

(09) 体温、血圧等の測定	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1 訪問介護	—	26.0%	22.7%	32.8%	16.7%
	中重度 30%以上	—	40.9%	41.7%	28.6%
2 定期巡回	—	42.5%	36.4%	49.0%	24.4%
	中重度 50%以上	—	47.4%	44.4%	31.7%
3 通所介護	52.6%	43.4%	51.6%	43.8%	—
	中重度 30%以上	32.1%	38.1%	48.8%	—
4 小規模	53.8%	56.6%	74.3%	73.0%	26.5%
5 看護小規模	42.3%	47.7%	64.5%	59.7%	17.9%
6 認知症対応型	49.6%	59.0%	62.7%	67.2%	35.6%
7 老健	22.8%	23.3%	30.5%	28.9%	4.9%
8 特養	36.1%	31.4%	45.9%	40.7%	1.7%

【調査編】

(3) アセスメントの実施、介護計画の作成・見直し、利用者・家族等への相談業務

① 施設・事業所が考える業務の専門性

「アセスメントの実施」「介護計画の作成」「介護計画の見直し」に該当する業務の専門性について、サービス種別によらず、「介護福祉士」「より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等」が適当と認識している施設・事業所の割合が高かった。

訪問介護、定期巡回の訪問系サービスでは、「アセスメントの実施」「介護計画の作成」「介護計画の見直し」のすべての業務において、「介護福祉士」が適当と認識している施設・事業所の割合が高かった。

訪問介護、定期巡回の訪問系サービス以外のサービス種別では、「介護計画の作成」「介護計画の見直し」において、「より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等」が適当と認識している施設・事業所の割合が高かった。

「利用者の家族等への報告や相談対応」についてみると、訪問介護、定期巡回の訪問系サービスでは、「介護福祉士」が適当と認識している施設・事業所の割合が高く、老健、特養では、「医療、看護、相談職等の他職種が対応する業務」とした施設・事業所の割合が高かった。

図表 3-51 アセスメントの実施

(13) アセスメントの実施		介護に関する知識、技術をそれほど有しない者	介護職としての基本的な知識、技術を備えた者	介護福祉士	より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等	医療、看護、相談職等の他職種が対応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	0.5%	14.4%	52.6%	29.7%	1.4%	1.4%
2	定期巡回(n=174)	0.6%	9.8%	45.4%	33.9%	8.0%	2.3%
3	通所介護(n=197)	0.5%	19.8%	34.0%	34.5%	9.6%	1.5%
4	小規模 (n=181)	0.0%	24.9%	30.9%	30.4%	11.6%	2.2%
5	看護小規模 (n=98)	1.0%	16.3%	32.7%	33.7%	15.3%	1.0%
6	認知症対応型(n=203)	1.0%	24.1%	32.5%	33.0%	4.9%	4.4%
7	老健(n=171)	0.6%	19.3%	35.1%	28.7%	12.3%	4.1%
8	特養(n=213)	0.5%	16.4%	37.1%	28.2%	14.1%	3.8%

図表 3-52 介護計画の作成

(14) 介護計画の作成		介護に関する知識、技術をそれほど有しない者	介護職としての基本的な知識、技術を備えた者	介護福祉士	より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等	医療、看護、相談職等の他職種が対応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	0.5%	11.0%	54.1%	31.1%	1.9%	1.4%
2	定期巡回(n=174)	0.6%	4.6%	46.6%	39.1%	6.3%	2.9%
3	通所介護(n=197)	0.0%	14.7%	34.5%	36.5%	12.7%	1.5%
4	小規模 (n=181)	0.0%	14.4%	26.0%	42.0%	14.9%	2.8%
5	看護小規模 (n=98)	0.0%	10.2%	28.6%	41.8%	18.4%	1.0%

(14) 介護計画の作成		介護に関する知識、技術をそれほど有しない者	介護職としての基本的な知識、技術を備えた者	介護福祉士	より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等	医療、看護、相談職等の他職種が対応する業務	無回答
6	認知症対応型(n=203)	0.0%	10.8%	23.2%	54.7%	6.4%	4.9%
7	老健(n=171)	0.6%	12.3%	29.8%	32.7%	20.5%	4.1%
8	特養(n=213)	0.5%	7.5%	30.5%	38.0%	19.7%	3.8%

図表 3-53 介護計画の見直し

(15) 介護計画の見直し		介護に関する知識、技術をそれほど有しない者	介護職としての基本的な知識、技術を備えた者	介護福祉士	より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等	医療、看護、相談職等の他職種が対応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	1.0%	9.6%	54.1%	32.1%	2.4%	1.0%
2	定期巡回(n=174)	0.6%	5.7%	44.8%	40.2%	5.2%	3.4%
3	通所介護(n=197)	0.0%	12.7%	34.5%	38.6%	13.2%	1.0%
4	小規模 (n=181)	0.0%	12.7%	30.4%	39.2%	14.9%	2.8%
5	看護小規模 (n=98)	0.0%	8.2%	32.7%	37.8%	20.4%	1.0%
6	認知症対応型(n=203)	0.0%	12.3%	24.6%	50.2%	6.9%	5.9%
7	老健(n=171)	0.0%	11.7%	29.2%	34.5%	20.5%	4.1%
8	特養(n=213)	0.0%	6.6%	30.5%	39.9%	19.2%	3.8%

図表 3-54 利用者、家族等への報告や相談対応

(16) 利用者、家族等への報告や相談対応		介護に関する知識、技術をそれほど有しない者	介護職としての基本的な知識、技術を備えた者	介護福祉士	より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等	医療、看護、相談職等の他職種が対応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	1.0%	23.0%	41.1%	30.6%	2.9%	1.4%
2	定期巡回(n=174)	1.1%	16.7%	37.4%	35.6%	6.3%	2.9%
3	通所介護(n=197)	1.0%	21.8%	29.4%	29.4%	16.2%	2.0%
4	小規模 (n=181)	1.7%	23.8%	29.8%	30.4%	11.6%	2.8%
5	看護小規模 (n=98)	1.0%	14.3%	24.5%	35.7%	21.4%	3.1%
6	認知症対応型(n=203)	1.5%	24.1%	26.1%	33.0%	10.8%	4.4%
7	老健(n=171)	1.2%	14.6%	19.9%	22.8%	39.8%	1.8%
8	特養(n=213)	0.5%	17.8%	22.1%	26.8%	28.6%	4.2%

【調査編】

② 実際の業務実施状況（※各サービスのキャリア別の n 数は、図表 3-31 を参照のこと）

i) 中心的に関わっている職員／常に行う職員

「アセスメントの実施」「介護計画の作成」「介護計画の見直し」について、「中心的に関わっている」とした介護職員の実際の業務実施状況をみると、「サービス提供責任者」「計画作成責任者」「介護支援専門員」が実施している割合が最も高く、職種役割として実施している傾向がみられた。

一方で、訪問介護員/介護職員の実施状況をみると、「中心的に関わっている」とした割合は低い、「初任者研修修了者」「介護福祉士 3 年未満」「介護福祉士 3 年以上」のキャリアに従って割合は高くなる傾向がみられた。

「利用者、家族等への報告や相談対応」について、「常に行う」とした介護職員の実際の業務実施状況をみると、「サービス提供責任者」「計画作成責任者」「介護支援専門員」が実施している割合が最も高く、職種役割として実施している傾向がみられたが、上記「アセスメントの実施」「介護計画の作成」「介護計画の見直し」に比べ、訪問介護員/介護職員が実施している割合が高い傾向がみられた。また、訪問介護員/介護職員のキャリアによる実施状況については、上記「アセスメントの実施」「介護計画の作成」「介護計画の見直し」と同様、「初任者研修修了者」「介護福祉士 3 年未満」「介護福祉士 3 年以上」のキャリアに従って割合は高くなる傾向がみられた。

図表 3-55 アセスメントの実施（※中心的に関わっている）

(13) アセスメントの実施	資格なし	訪問介護員/介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3 年未満	介護福祉士 3 年以上	
1 訪問介護	—	0.0%	8.0%	8.3%	61.2%
2 定期巡回	—	1.2%	7.0%	10.8%	67.8%
3 通所介護	3.2%	3.5%	11.6%	24.6%	—
4 小規模	2.6%	2.5%	5.9%	4.2%	93.2%
5 看護小規模	0.0%	2.3%	1.6%	9.5%	89.7%
6 認知症対応型	2.3%	6.4%	11.9%	12.0%	87.3%
7 老健	5.4%	3.3%	11.0%	15.8%	72.7%
8 特養	6.2%	8.6%	11.0%	19.8%	84.3%

図表 3-56 介護計画の作成（※中心的に関わっている）

(14) 介護計画の作成	資格なし	訪問介護員/介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3 年未満	介護福祉士 3 年以上	
1 訪問介護	—	0.0%	5.3%	10.0%	72.2%
2 定期巡回	—	0.6%	7.8%	11.2%	82.2%
3 通所介護	3.2%	5.1%	10.5%	27.7%	—
4 小規模	2.6%	0.4%	5.1%	4.6%	89.7%
5 看護小規模	0.0%	2.3%	3.2%	7.1%	84.6%
6 認知症対応型	0.0%	3.2%	6.0%	9.1%	92.4%
7 老健	1.1%	2.5%	6.1%	11.7%	75.5%
8 特養	4.1%	3.8%	5.5%	11.1%	89.5%

図表 3-57 介護計画の見直し（※中心的に関わっている）

(15) 介護計画の見直し	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1 訪問介護	－	0.0%	5.3%	8.3%	65.1%
2 定期巡回	－	0.6%	7.8%	9.8%	72.2%
3 通所介護	3.2%	5.1%	9.5%	26.5%	－
4 小規模	1.3%	0.4%	4.4%	4.2%	88.9%
5 看護小規模	0.0%	3.0%	3.2%	8.1%	84.6%
6 認知症対応型	1.6%	3.9%	6.7%	10.0%	92.4%
7 老健	1.1%	3.3%	8.5%	12.5%	73.4%
8 特養	5.2%	3.8%	6.8%	11.9%	90.1%

図表 3-58 利用者、家族等への報告や相談対応（※常に行う）

(16) 利用者、家族等への報 告や相談対応	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1 訪問介護	－	8.5%	20.0%	22.3%	46.9%
2 定期巡回	－	12.0%	12.4%	23.8%	61.1%
3 通所介護	11.6%	10.1%	23.2%	35.0%	－
4 小規模	7.7%	11.6%	19.1%	20.7%	93.2%
5 看護小規模	3.8%	9.8%	12.9%	18.5%	96.2%
6 認知症対応型	6.2%	13.8%	28.4%	26.8%	79.7%
7 老健	7.6%	10.8%	20.7%	23.8%	72.0%
8 特養	14.4%	14.6%	19.2%	21.5%	68.0%

【調査編】

ii) 情報提供を通じて部分的に関わっている職員／場合によっては行う職員

「アセスメントの実施」「介護計画の作成」「介護計画の見直し」について、「情報提供を通じて部分的に関わっている」とした介護職員の実際の業務実施状況を見ると、「初任者研修修了者」に比べ、「介護福祉士3年未満」「介護福祉士3年以上」の割合が高い傾向がみられた。

特に、定期巡回では、「介護福祉士3年以上」が情報提供を通じて部分的に関わっている割合が、他のキャリアと比べ高い傾向がみられた。

図表 3-59 アセスメントの実施（※情報提供を通じて部分的に関わっている）

(13) アセスメントの実施	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1 訪問介護	－	15.7%	26.7%	24.5%	16.7%
2 定期巡回	－	18.6%	26.4%	33.6%	17.8%
3 通所介護	18.9%	23.2%	30.5%	26.9%	－
4 小規模	25.6%	22.3%	31.6%	33.7%	3.4%
5 看護小規模	19.2%	27.3%	48.4%	32.2%	5.1%
6 認知症対応型	22.5%	20.1%	32.8%	32.8%	5.9%
7 老健	19.6%	16.7%	36.6%	35.7%	9.1%
8 特養	24.7%	18.9%	32.9%	32.3%	8.7%

図表 3-60 介護計画の作成（※情報提供を通じて部分的に関わっている）

(14) 介護計画の作成	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1 訪問介護	－	12.1%	29.3%	18.3%	12.0%
2 定期巡回	－	15.6%	17.8%	25.9%	8.9%
3 通所介護	8.4%	14.6%	24.2%	23.8%	－
4 小規模	14.1%	18.2%	30.1%	29.1%	5.1%
5 看護小規模	11.5%	18.9%	38.7%	30.8%	9.0%
6 認知症対応型	15.5%	17.0%	31.3%	30.5%	0.8%
7 老健	13.0%	18.3%	39.0%	35.0%	4.9%
8 特養	24.7%	21.1%	32.9%	33.4%	5.2%

図表 3-61 介護計画の見直し（※情報提供を通じて部分的に関わっている）

(15) 介護計画の見直し	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1 訪問介護	－	13.9%	26.7%	24.9%	19.1%
2 定期巡回	－	18.6%	20.2%	29.7%	17.8%
3 通所介護	10.5%	13.6%	24.2%	24.2%	－
4 小規模	23.1%	18.6%	30.1%	34.0%	6.0%
5 看護小規模	11.5%	18.9%	40.3%	37.4%	9.0%
6 認知症対応型	17.8%	18.4%	32.1%	31.3%	0.8%
7 老健	12.0%	18.3%	40.2%	35.9%	7.0%
8 特養	23.7%	23.8%	34.9%	35.9%	5.2%

③ 「介護計画の作成」における情報収集、ケアの方法の提案の状況

i) 利用者の健康状態や心身状態に関する情報の収集

「介護計画の作成」に対して「中心的に関わっている」職員について、「利用者の健康状態や心身状態に関する情報の収集」を「常に行う」とした割合についてみると、「同僚からの情報収集」は、サービス種別によらず、9割程度が実施していた。

一方で、「同僚の介護職以外（看護師等）からの情報収集」では、看護師等の他の専門職を内包しているサービス種別の割合が8割程度と高い傾向があり、特に看護小規模多機能は9割以上が介護職以外からの情報収集を実施していた。

また、定期巡回をみると、看護併設（一体型）の事業所では、併設なしの事業所に比べ、「介護職以外（看護師等）からの情報収集」の割合が高い傾向がみられ、看護師との物理的な距離の差による傾向の差がみられた。

「外部の機関や事業所からの情報収集」では、特に、特養にて実施しているとした割合が3割弱と最も低い割合となっていた。

図表 3-62 介護計画の作成（※中心的に関わっている）×情報収集（※常に行う）

(14) 介護計画の作成 (中心的に関わっている)		同僚の介護職からの 情報収集	同僚の介護職以外（看護 師等）からの情報収集	外部の機関や事業所からの 情報収集
1	訪問介護(n=209)	87.1%	44.5%	40.2%
	看護併設(n=27)	92.6%	48.1%	29.6%
	看護併設なし(n=163)	86.5%	43.6%	41.7%
2	定期巡回(n=208)	90.9%	58.2%	38.5%
	看護併設(n=87)	90.8%	67.8%	41.4%
	看護併設なし(n=100)	90.0%	52.0%	35.0%
3	通所介護(n=197)	88.3%	78.7%	53.8%
4	小規模(n=153)	91.5%	80.4%	51.6%
5	看護小規模(n=99)	93.9%	91.9%	58.6%
6	認知症対応型(n=232)	92.2%	63.8%	38.8%
7	老健(n=226)	91.2%	86.7%	32.7%
8	特養(n=286)	90.2%	81.8%	26.9%

ii) より良いケアの方法の提案

「介護計画の作成」に対して「中心的に関わっている」職員について、「より良いケアの方法の提案」を「常に行う」とした割合についてみると、「同僚の介護職以外（看護師等）に対するより良いケアの方法の提案」は、通所介護、看護小規模多機能、介護老人保健施設で4割以上を占めていた。

また、定期巡回では、看護併設（一体型）の事業所では、併設なしの事業所に比べ、「介護職以外（看護師等）以外に対するより良いケアの方法の提案」の割合が高い傾向がみられ、「情報の収集」と同様に、看護師との物理的な距離の差による傾向の差がみられた。

「外部の機関や事業所に対する提案」「地域や自治体に対する提案」をみると、特に、特養にて実施しているとした割合が1割弱と最も低い割合を示していた。

【調査編】

図表 3-63 介護計画の作成（※中心的に関わっている）×より良いケアの方法の提案（※常に行う）

(14) 介護計画の作成 (中心的に関わっている)		同僚の介護職以外（看護師等）に対するより良いケアの方法の提案	外部の機関や事業所に対するより良いケアの方法の提案	地域や自治体に対するより良いケアの方法や地域づくりのあり方等の提案
1	訪問介護(n=209)	23.0%	21.1%	12.0%
	看護併設(n=27)	18.5%	18.5%	7.4%
	看護併設なし(n=163)	22.7%	20.9%	11.7%
2	定期巡回(n=208)	26.9%	18.8%	12.5%
	看護併設(n=87)	32.2%	18.4%	13.8%
	看護併設なし(n=100)	23.0%	20.0%	14.0%
3	通所介護(n=197)	46.2%	24.9%	13.2%
4	小規模(n=153)	37.9%	20.9%	16.3%
5	看護小規模(n=99)	50.5%	31.3%	21.2%
6	認知症対応型(n=232)	37.1%	22.4%	19.4%
7	老健(n=226)	43.4%	16.4%	9.3%
8	特養(n=286)	31.1%	9.1%	4.9%

(4) 特定ケア（認知症や終末期などの医療ニーズの高い利用者に対する身体介護）の提供

① 施設・事業所が考える業務の専門性

「認知症の周辺症状にある利用者への身体介護の提供」について、施設・事業所の業務専門性の認識状況をみると、「基本的な知識、技術を備えた者」から「より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等」まで、サービス種別によって、施設・事業者が認識する業務の専門性の回答に幅がみられた。

一方で、定期巡回では、「介護福祉士」が実施することを想定する割合が最も高く、特に、中重度の利用者が多い事業所では、「より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等」の実施を想定する割合が4割弱と最も高かった。また、老健、特養では、「介護福祉士」以上の業務を想定する割合が高い傾向がみられた。

「終末期の利用者への身体介護の提供」についてみると、「介護福祉士」「より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等」を想定する事業者が6割以上を占めており、特に、特養では、7割以上が「介護福祉士」以上の業務を想定していた。

「たんの吸引」についてみると、「認知症の周辺症状にある利用者への身体介護の提供」「終末期の利用者への身体介護の提供」よりも、よりレベルが高い業務と認識されており、「より専門性の高い介護福祉士」もしくは「医療、看護、相談職等の他職種が対応する業務」とした割合が高かった。

図表 3-64 認知症の周辺症状のある利用者への身体介護の提供

(10) 認知症の周辺症状のある利用者への身体介護の提供		介護に関する知識、技術をそれほど有しない者	介護職としての基本的な知識、技術を備えた者	介護福祉士	より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等	医療、看護、相談職等の他職種が対応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	0.5%	31.6%	31.1%	30.6%	2.4%	3.8%
	中重度 30%以上(n=60)	0.0%	33.3%	28.3%	33.3%	1.7%	3.3%
2	定期巡回(n=174)	0.0%	29.9%	35.1%	30.5%	1.1%	3.4%
	中重度 50%以上(n=73)	0.0%	24.7%	32.9%	38.4%	2.7%	1.4%
3	通所介護(n=197)	1.0%	34.0%	33.0%	26.9%	2.5%	2.5%
	中重度 30%以上(n=62)	0.0%	37.1%	27.4%	32.3%	1.6%	1.6%
4	小規模 (n=181)	0.0%	39.2%	37.6%	18.2%	3.3%	1.7%
5	看護小規模 (n=98)	0.0%	33.7%	38.8%	24.5%	2.0%	1.0%
6	認知症対応型(n=203)	1.5%	40.4%	30.0%	24.6%	2.5%	1.0%
7	老健(n=171)	0.6%	22.2%	37.4%	38.0%	1.2%	0.6%
8	特養(n=213)	0.5%	16.9%	43.7%	36.2%	2.3%	0.5%

【調査編】

図表 3-65 終末期の利用者への身体介護の提供

(11) 終末期の利用者への身体介護の提供		介護に関する知識、技術をそれほど有しない者	介護職としての基本的な知識、技術を備えた者	介護福祉士	より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等	医療、看護、相談職等の他職種が対応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	0.5%	20.1%	20.6%	41.1%	12.4%	5.3%
2	定期巡回(n=174)	0.0%	16.7%	29.9%	38.5%	11.5%	3.4%
3	通所介護(n=197)	0.5%	11.2%	20.3%	30.5%	27.9%	9.6%
4	小規模 (n=181)	0.6%	19.3%	28.7%	23.2%	23.2%	5.0%
5	看護小規模 (n=98)	0.0%	18.4%	27.6%	27.6%	25.5%	1.0%
6	認知症対応型(n=203)	1.0%	16.3%	22.7%	30.5%	23.2%	6.4%
7	老健(n=171)	0.6%	15.2%	21.1%	44.4%	17.0%	1.8%
8	特養(n=213)	0.5%	10.8%	35.7%	39.4%	12.7%	0.9%

図表 3-66 たんの吸引等（たんの吸引、経管栄養）

(12) たんの吸引等（たんの吸引、経管栄養）		介護に関する知識、技術をそれほど有しない者	介護職としての基本的な知識、技術を備えた者	介護福祉士	より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等	医療、看護、相談職等の他職種が対応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	1.0%	4.8%	9.6%	36.4%	34.4%	13.9%
2	定期巡回(n=174)	0.0%	4.0%	8.0%	40.2%	34.5%	13.2%
3	通所介護(n=197)	0.5%	3.6%	7.6%	27.4%	51.8%	9.1%
4	小規模 (n=181)	0.6%	3.3%	7.7%	35.4%	43.6%	9.4%
5	看護小規模 (n=98)	0.0%	4.1%	12.2%	35.7%	43.9%	4.1%
6	認知症対応型(n=203)	0.0%	3.0%	8.9%	31.0%	47.8%	9.4%
7	老健(n=171)	0.0%	2.3%	5.3%	48.5%	42.7%	1.2%
8	特養(n=213)	0.0%	2.3%	14.1%	60.1%	22.5%	0.9%

② 実際の業務実施状況（※各サービスのキャリア別のn数は、図表3-31を参照のこと）

「認知症の周辺症状にある利用者への身体介護の提供」について、「主な役割として実施」している職員の実際の業務実施状況をみると、サービス種別によらず、「初任者研修修了者」に比べ、「介護福祉士3年未満」「介護福祉士3年以上」の割合が高い傾向がみられるが、認知症対応型では、「初任者研修修了者」「介護福祉士3年未満」「介護福祉士3年以上」の割合について、他サービスほど差がみられなかった。

また、訪問介護について、中重度の利用者が多い事業所（中重度30%以上）をみると、「介護福祉士3年未満」の割合が7割強と最も高いが、定期巡回にて中重度の利用者が多い事業所をみると、「介護福祉士3年以上」が実施している割合が最も高く、差がみられた。

「終末期の利用者への身体介護の提供」についてみると、「初任者研修修了者」に比べ、「介護福祉士3年未満」「介護福祉士3年以上」の割合が高い傾向がみられた。特に、特養では、「介護福祉士3年未満」の5割、「介護福祉士3年以上」の6割が、主な役割として実施しているとの回答であった。

「たんの吸引」についてみると、主な役割として実施している割合自体が小さいが、特養では、「介護福祉士3年未満」の15.1%、「介護福祉士3年以上」の23.2%が、主な役割として実施しているとの回答であり、業務として発生する頻度が他のサービスと比べ高く、「介護福祉士3年以上」の約1/4が主な役割として実施していた。

図表 3-67 認知症の周辺症状のある利用者への身体介護の提供（※主な役割として実施）

(10) 認知症の周辺症状のある利用者への身体介護の提供	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修修了者	介護福祉士3年未満	介護福祉士3年以上	
1 訪問介護	—	28.8%	46.7%	43.7%	45.0%
	中重度 30%以上	—	46.6%	75.0%	55.4%
2 定期巡回	—	45.5%	51.9%	69.9%	52.2%
	中重度 50%以上	—	53.8%	54.2%	75.6%
3 通所介護	27.4%	38.9%	53.7%	59.2%	—
	中重度 30%以上	28.6%	45.2%	53.5%	58.1%
4 小規模	44.9%	54.5%	73.5%	68.4%	32.5%
5 看護小規模	38.5%	63.6%	72.6%	78.7%	26.9%
6 認知症対応型	54.3%	74.2%	80.6%	81.8%	66.1%
7 老健	55.4%	51.7%	79.3%	85.7%	12.6%
8 特養	55.7%	64.3%	78.1%	86.5%	11.6%

【調査編】

図表 3-68 終末期の利用者への身体介護の提供（※主な役割として実施）

(11) 終末期の利用者への身 体介護の提供	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1 訪問介護	－	9.3%	22.7%	20.1%	25.4%
2 定期巡回	－	24.0%	38.0%	43.0%	41.1%
3 通所介護	1.1%	5.6%	9.5%	9.6%	－
4 小規模	9.0%	16.1%	21.3%	20.0%	14.5%
5 看護小規模	19.2%	21.2%	35.5%	33.2%	19.2%
6 認知症対応型	21.7%	21.2%	32.1%	34.8%	34.7%
7 老健	21.7%	24.2%	35.4%	33.5%	5.6%
8 特養	29.9%	39.5%	50.7%	60.8%	9.3%

図表 3-69 たんの吸引等（たんの吸引、経管栄養）（※主な役割として実施）

(12) たんの吸引等 (たんの吸引、経管栄養)	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1 訪問介護	－	1.4%	5.3%	2.6%	2.4%
2 定期巡回	－	1.8%	3.9%	5.2%	5.6%
3 通所介護	0.0%	0.5%	1.1%	0.8%	－
4 小規模	1.3%	0.8%	2.2%	2.5%	5.1%
5 看護小規模	0.0%	1.5%	9.7%	7.6%	11.5%
6 認知症対応型	1.6%	1.1%	5.2%	4.6%	5.9%
7 老健	2.2%	1.7%	2.4%	5.7%	4.9%
8 特養	7.2%	9.7%	15.1%	23.2%	2.3%

(5) 利用者の健康状態や心身状態に関する情報の収集

① 施設・事業所が考える業務の専門性

「自らのケアの実施を通じた情報収集」「同僚の介護職からの情報収集」については、「介護職として基本的な知識、技術を備えた者」「介護福祉士」による業務実施を想定する施設・事業所の割合が高く、いずれのサービスも8割程度を占めていた。

「同僚の介護職以外の内部の専門職（看護師等）からの情報収集」や「外部の機関や事業所からの情報収集」については、訪問介護、定期巡回の訪問系サービスでは、「介護福祉士」以上の業務として想定する割合が高い傾向がみられた。

「外部の機関や事業所からの情報収集」は、看護小規模、老健、特養では、「医療、看護、相談職等の他職種が対応する業務」とした割合が最も高く、その他訪問介護、定期巡回、通所介護、小規模、認知症対応型では、「より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等」の割合が最も高かった。

図表 3-70 自らのケアの実施を通じた情報収集

(17) 自らのケアの実施を通じた情報 収集		介護に関する 知識、技術を それほど有し ない者	介護職として の基本的な 知識、技術を 備えた者	介護福祉士	より専門性の 高い知識、 技術を有する 介護福祉士 等	医療、看護、 相談職等の 他職種が対 応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	2.4%	35.4%	43.5%	15.8%	0.5%	2.4%
2	定期巡回(n=174)	0.6%	41.4%	35.1%	20.1%	0.6%	2.3%
3	通所介護(n=197)	4.1%	44.2%	31.5%	14.2%	4.1%	2.0%
4	小規模 (n=181)	4.4%	48.1%	23.2%	16.6%	5.0%	2.8%
5	看護小規模 (n=98)	2.0%	42.9%	35.7%	9.2%	8.2%	2.0%
6	認知症対応型(n=203)	4.9%	44.8%	29.1%	15.8%	1.5%	3.9%
7	老健(n=171)	0.6%	39.8%	34.5%	17.0%	5.8%	2.3%
8	特養(n=213)	0.5%	35.7%	41.3%	18.3%	2.3%	1.9%

図表 3-71 同僚の介護職からの情報収集

(18) 同僚の介護職からの情報収集		介護に関する 知識、技術を それほど有し ない者	介護職として の基本的な 知識、技術を 備えた者	介護福祉士	より専門性の 高い知識、 技術を有する 介護福祉士 等	医療、看護、 相談職等の 他職種が対 応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	2.4%	34.9%	42.6%	17.7%	1.0%	1.4%
2	定期巡回(n=174)	0.6%	40.8%	36.2%	19.0%	0.6%	2.9%
3	通所介護(n=197)	4.6%	45.2%	30.5%	14.7%	3.0%	2.0%
4	小規模 (n=181)	6.1%	49.2%	23.2%	16.0%	3.9%	1.7%
5	看護小規模 (n=98)	3.1%	45.9%	29.6%	15.3%	4.1%	2.0%
6	認知症対応型(n=203)	4.9%	47.8%	26.1%	16.3%	1.5%	3.4%
7	老健(n=171)	1.2%	40.4%	36.3%	15.8%	4.1%	2.3%
8	特養(n=213)	1.9%	35.2%	39.9%	18.3%	2.3%	2.3%

【調査編】

図表 3-72 同僚の介護職以外の内部の専門職（看護師等）からの情報収集

(19) 同僚の介護職以外の内部の 専門職（看護師等）からの情 報収集		介護に関する 知識、技術を それほど有し ない者	介護職として の基本的な 知識、技術を 備えた者	介護福祉士	より専門性の 高い知識、 技術を有する 介護福祉士 等	医療、看護、 相談職等の 他職種が対 応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	1.0%	18.2%	39.2%	31.6%	5.3%	4.8%
	看護併設(n=25)	0.0%	20.0%	40.0%	32.0%	8.0%	0.0%
2	定期巡回(n=174)	0.0%	24.1%	36.8%	29.9%	6.9%	2.3%
	看護併設(n=85)	0.0%	20.0%	37.6%	30.6%	9.4%	2.4%
3	通所介護(n=197)	2.5%	31.0%	28.4%	23.4%	12.7%	2.0%
4	小規模 (n=181)	1.7%	35.9%	30.9%	17.7%	12.2%	1.7%
5	看護小規模 (n=98)	2.0%	32.7%	26.5%	24.5%	12.2%	2.0%
6	認知症対応型(n=203)	2.5%	30.0%	31.0%	26.1%	7.4%	3.0%
7	老健(n=171)	0.6%	28.1%	36.3%	21.6%	11.1%	2.3%
8	特養(n=213)	0.5%	19.7%	41.3%	27.7%	8.9%	1.9%

図表 3-73 外部の機関や事業所からの情報収集

(20) 外部の機関や事業所からの情 報収集		介護に関する 知識、技術を それほど有し ない者	介護職として の基本的な 知識、技術を 備えた者	介護福祉士	より専門性の 高い知識、 技術を有する 介護福祉士 等	医療、看護、 相談職等の 他職種が対 応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	1.0%	15.8%	36.8%	39.2%	4.8%	2.4%
2	定期巡回(n=174)	0.6%	9.8%	35.1%	40.2%	11.5%	2.9%
3	通所介護(n=197)	1.5%	14.7%	24.9%	33.5%	21.8%	3.6%
4	小規模 (n=181)	0.6%	16.6%	23.8%	33.1%	24.3%	1.7%
5	看護小規模 (n=98)	1.0%	10.2%	21.4%	30.6%	32.7%	4.1%
6	認知症対応型(n=203)	1.0%	20.7%	21.7%	39.9%	12.8%	3.9%
7	老健(n=171)	0.0%	12.9%	15.8%	21.6%	45.6%	4.1%
8	特養(n=213)	0.5%	7.5%	20.7%	33.3%	35.2%	2.8%

② 実際の業務実施状況（※各サービスのキャリア別のn数は、図表3-31を参照のこと）

「自らのケアの実施を通じた情報収集」「同僚の介護職からの情報収集」について、「常に行う」とした職員の実施状況をみると、「初任者研修修了者」に比べ、「介護福祉士3年未満」「介護福祉士3年以上」の割合が高い傾向がみられるものの、キャリアによらず、半数以上の介護職員が実施していた。

一方で、訪問介護では「初任者研修修了者」の実施割合が他サービスと比較して低い傾向がみられた。

「同僚の介護職以外の内部の専門職（看護師等）からの情報収集」については、訪問介護、定期巡回の訪問系サービス、認知症対応型以外は、キャリアによらず、半数以上の介護職員が実施していた。また、訪問介護、定期巡回を比較すると、定期巡回は「常に行う」とした介護職員の割合が、キャリアによらず訪問介護より高い傾向がみられ、特に、訪問看護を併設している事業所では、「介護福祉士3年以上」で53.7%、計画作成責任者で75.0%と高い割合を示していた。

「外部の機関や事業所からの情報収集」については、サービス提供責任者、計画作成責任者、介護支援専門員の実施割合が高い傾向がみられるが、小規模、看護小規模では約6割の介護支援専門員（計画作成担当者）が外部からの情報収集を実施しているのに対し、訪問介護、老健、特養では、4割未満にとどまっていた。

図表 3-74 自らのケアの実施を通じた情報収集（※常に行う）

(17) 自らのケアの実施を通じた情報収集	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1 訪問介護	—	43.8%	70.7%	65.9%	82.8%
2 定期巡回	—	61.7%	66.7%	76.6%	80.0%
3 通所介護	36.8%	51.5%	62.1%	66.9%	—
4 小規模	37.2%	61.6%	69.9%	67.7%	82.9%
5 看護小規模	50.0%	59.8%	75.8%	71.1%	78.2%
6 認知症対応型	45.7%	60.4%	76.1%	72.9%	86.4%
7 老健	46.7%	63.3%	73.2%	79.3%	49.7%
8 特養	58.8%	60.5%	76.0%	80.7%	51.7%

図表 3-75 同僚の介護職からの情報収集（※常に行う）

(18) 同僚の介護職からの情報収集	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1 訪問介護	—	37.0%	70.7%	62.9%	83.3%
2 定期巡回	—	70.1%	69.0%	79.4%	96.7%
3 通所介護	52.6%	68.2%	83.2%	80.0%	—
4 小規模	60.3%	67.8%	75.0%	78.2%	89.7%
5 看護小規模	65.4%	74.2%	83.9%	77.3%	96.2%
6 認知症対応型	60.5%	70.7%	80.6%	79.2%	93.2%
7 老健	64.1%	75.0%	80.5%	83.2%	84.6%
8 特養	67.0%	68.6%	75.3%	86.7%	91.3%

【調査編】

図表 3-76 同僚の介護職以外の内部の専門職（看護師等）からの情報収集（※常に行う）

(19) 同僚の介護職以外の内 部の専門職（看護師 等）からの情報収集	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1 訪問介護	－	17.8%	36.0%	33.6%	39.2%
看護併設	－	25.0%	28.6%	44.0%	45.8%
2 定期巡回	－	33.5%	40.3%	45.5%	64.4%
看護併設	－	41.3%	37.3%	53.7%	75.0%
3 通所介護	42.1%	53.0%	64.2%	71.9%	－
4 小規模	46.2%	51.7%	63.2%	60.0%	78.6%
5 看護小規模	57.7%	59.8%	72.6%	72.5%	93.6%
6 認知症対応型	31.8%	35.0%	44.8%	47.6%	62.7%
7 老健	46.7%	55.0%	70.7%	75.3%	81.8%
8 特養	57.7%	53.0%	65.1%	72.7%	86.0%

図表 3-77 外部の機関や事業所からの情報収集（※常に行う）

(20) 外部の機関や事業所か らの情報収集	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1 訪問介護	－	6.4%	22.7%	17.5%	34.9%
2 定期巡回	－	12.0%	17.1%	22.0%	42.2%
3 通所介護	11.6%	10.1%	24.2%	31.9%	－
4 小規模	10.3%	13.6%	17.6%	11.2%	59.8%
5 看護小規模	11.5%	6.1%	11.3%	15.2%	61.5%
6 認知症対応型	14.0%	14.1%	16.4%	14.0%	44.9%
7 老健	4.3%	7.5%	7.3%	12.8%	35.0%
8 特養	11.3%	11.4%	15.8%	11.4%	33.1%

(6) 利用者の自立した日常生活の支援に向けた、より良いケアの方法の提案

① 施設・事業所が考える業務の専門性

「利用者の自立した日常生活の支援に向けた、より良いケアの方法の提案」について、施設・事業所が考える業務の専門性をみると、「同僚の介護職に対する、より良いケアの方法の提案」では、「介護福祉士」「より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等」の割合が高い傾向がみられた。

「同僚の介護職以外の内部の専門職（看護師等）に対するより良いケアの方法の提案」「外部の機関や事業所に対する、より良いケアの方法の提案」については、「より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等」の割合が、サービス種別によらず最も高かった。

「地域や自治体に対する、より良いケアの方法や地域づくりのあり方等の提案」については、看護小規模、老健、特養では、「医療、看護、相談職等の他職種が対応する業務」が実施する業務と想定する施設・事業所の割合が最も高く、その他のサービスでは、「より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等」の割合が最も高かった。

図表 3-78 同僚の介護職に対する、より良いケアの方法の提案

(21) 同僚の介護職に対する、より良いケアの方法の提案		介護に関する知識、技術をそれほど有しない者	介護職としての基本的な知識、技術を備えた者	介護福祉士	より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等	医療、看護、相談職等の他職種が対応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	1.0%	23.0%	43.1%	30.6%	1.0%	1.4%
2	定期巡回(n=174)	0.6%	21.8%	36.2%	37.4%	2.3%	1.7%
3	通所介護(n=197)	2.5%	26.4%	33.0%	33.0%	3.0%	2.0%
4	小規模 (n=181)	2.8%	25.4%	35.4%	32.0%	2.8%	1.7%
5	看護小規模 (n=98)	1.0%	21.4%	37.8%	33.7%	5.1%	1.0%
6	認知症対応型(n=203)	2.5%	25.6%	38.9%	28.1%	1.5%	3.4%
7	老健(n=171)	0.6%	14.6%	39.2%	39.8%	3.5%	2.3%
8	特養(n=213)	0.5%	10.8%	42.3%	40.8%	3.8%	1.9%

図表 3-79 同僚の介護職以外の内部の専門職（看護師等）に対するより良いケアの方法の提案

(22) 同僚の介護職以外の内部の専門職（看護師等）に対するより良いケアの方法の提案		介護に関する知識、技術をそれほど有しない者	介護職としての基本的な知識、技術を備えた者	介護福祉士	より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等	医療、看護、相談職等の他職種が対応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	1.0%	12.4%	33.0%	41.1%	8.1%	4.3%
2	定期巡回(n=174)	0.6%	10.3%	24.7%	47.7%	13.2%	3.4%
3	通所介護(n=197)	2.0%	15.7%	19.3%	42.1%	17.8%	3.0%
4	小規模 (n=181)	0.0%	16.0%	27.1%	39.8%	15.5%	1.7%
5	看護小規模 (n=98)	1.0%	12.2%	26.5%	34.7%	24.5%	1.0%
6	認知症対応型(n=203)	1.0%	16.7%	22.7%	40.9%	14.3%	4.4%
7	老健(n=171)	0.0%	9.9%	25.1%	48.5%	14.6%	1.8%

【調査編】

(22) 同僚の介護職以外の内部の 専門職（看護師等）に対す るより良いケアの方法の提案	介護に関する 知識、技術を それほど有し ない者	介護職として の基本的な 知識、技術を 備えた者	介護福祉士	より専門性の 高い知識、 技術を有する 介護福祉士 等	医療、看護、 相談職等の 他職種が対 応する業務	無回答
8 特養(n=213)	0.5%	6.1%	23.5%	51.2%	16.9%	1.9%

図表 3-80 外部の機関や事業所に対する、より良いケアの方法の提案

(23) 外部の機関や事業所に対す る、より良いケアの方法の提案	介護に関する 知識、技術を それほど有し ない者	介護職として の基本的な 知識、技術を 備えた者	介護福祉士	より専門性の 高い知識、 技術を有する 介護福祉士 等	医療、看護、 相談職等の 他職種が対 応する業務	無回答
1 訪問介護(n=209)	0.5%	9.1%	34.9%	48.8%	5.3%	1.4%
2 定期巡回(n=174)	0.6%	5.7%	25.3%	54.6%	10.9%	2.9%
3 通所介護(n=197)	1.5%	7.1%	20.3%	45.2%	23.9%	2.0%
4 小規模 (n=181)	0.6%	11.0%	19.9%	40.9%	24.9%	2.8%
5 看護小規模 (n=98)	0.0%	7.1%	22.4%	35.7%	32.7%	2.0%
6 認知症対応型(n=203)	0.0%	12.8%	22.2%	47.8%	13.3%	3.9%
7 老健(n=171)	0.0%	5.3%	14.6%	40.4%	36.8%	2.9%
8 特養(n=213)	0.0%	4.7%	9.4%	52.6%	31.5%	1.9%

図表 3-81 地域や自治体に対する、より良いケアの方法や地域づくりのあり方等の提案

(24) 地域や自治体に対する、より良 いケアの方法や地域づくりのあり 方等の提案	介護に関する 知識、技術を それほど有し ない者	介護職として の基本的な 知識、技術を 備えた者	介護福祉士	より専門性の 高い知識、 技術を有する 介護福祉士 等	医療、看護、 相談職等の 他職種が対 応する業務	無回答
1 訪問介護(n=209)	1.0%	11.5%	27.8%	49.3%	7.2%	3.3%
2 定期巡回(n=174)	0.6%	5.2%	14.9%	58.0%	17.8%	3.4%
3 通所介護(n=197)	2.5%	7.6%	14.7%	45.7%	26.4%	3.0%
4 小規模 (n=181)	0.0%	12.2%	14.9%	44.2%	27.1%	1.7%
5 看護小規模 (n=98)	0.0%	5.1%	18.4%	35.7%	37.8%	3.1%
6 認知症対応型(n=203)	0.0%	13.8%	17.2%	47.3%	17.7%	3.9%
7 老健(n=171)	0.0%	5.3%	11.1%	33.3%	48.5%	1.8%
8 特養(n=213)	0.0%	3.3%	10.3%	39.9%	43.7%	2.8%

② 実際の業務実施状況（※各サービスのキャリア別のn数は、図表3-31を参照のこと）

「同僚の介護職に対する、より良いケアの方法の提案」について、「常に行う」とした職員の実施状況をみると、老健、特養では、「介護福祉士3年以上」が実施している割合が最も高く、5割以上を占めていた。一方で、訪問介護、定期巡回、小規模、看護小規模、認知症対応型では、サービス提供責任者、計画作成責任者、介護支援専門員の実施割合が高かった。

「同僚の介護職以外の内部の専門職（看護師等）に対するより良いケアの方法の提案」について、「常に行う」とした職員の実施状況をみると、「同僚の介護職に対する、より良いケアの方法の提案」と同様、サービス提供責任者、計画作成責任者、介護支援専門員の実施割合が高い傾向がみられるが、看護小規模で5割弱、その他のサービスでは2割から3割と、常に実施している割合は低くなっていた。また、介護福祉士3年以上の割合をみると、いずれのサービス種別でも3割未満であった。

「外部の機関や事業所に対する、より良いケアの方法の提案」をみると、看護小規模では、介護支援専門員（計画作成担当者）が実施している割合が34.6%と他のサービスと比べ高く、特養では1割以下であった。また、介護福祉士3年以上の割合をみると、いずれのサービス種別でも1割程度と低かった。

「地域や自治体に対する、より良いケアの方法や地域づくりのあり方等の提案」をみると、「外部の機関や事業所に対する、より良いケアの方法の提案」と同様の傾向を示しており、看護小規模では、介護支援専門員（計画作成担当者）の約1/4が実施しており、他のサービスと比べ高いが、特養では5.2%であった。また、介護福祉士3年以上の割合をみると、いずれのサービス種別でも1割未満と低かった。

図表 3-82 同僚の介護職に対する、より良いケアの方法の提案（※常に行う）

(21) 同僚の介護職に対する、より良いケアの方法の提案	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1 訪問介護	—	16.4%	36.0%	31.9%	63.2%
2 定期巡回	—	25.7%	26.4%	35.3%	62.2%
3 通所介護	25.3%	25.3%	36.8%	36.9%	—
4 小規模	19.2%	30.6%	36.8%	34.0%	49.6%
5 看護小規模	7.7%	21.2%	33.9%	41.7%	64.1%
6 認知症対応型	31.0%	33.9%	41.0%	44.4%	67.8%
7 老健	25.0%	29.2%	35.4%	50.5%	40.6%
8 特養	34.0%	31.9%	33.6%	55.1%	42.4%

図表 3-83 同僚の介護職以外の内部の専門職（看護師等）に対するより良いケアの方法の提案（※常に行う）

(22) 同僚の介護職以外の内部の専門職（看護師等）に対するより良いケアの方法の提案	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1 訪問介護	—	7.1%	20.0%	15.7%	18.7%
2 定期巡回	—	10.2%	10.9%	15.4%	28.9%
3 通所介護	16.8%	14.6%	21.1%	26.9%	—
4 小規模	9.0%	20.2%	23.5%	20.7%	36.8%

【調査編】

(22) 同僚の介護職以外の内部の専門職（看護師等）に対するより良いケアの方法の提案	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
5 看護小規模	7.7%	16.7%	22.6%	27.0%	47.4%
6 認知症対応型	11.6%	15.5%	14.2%	20.2%	38.1%
7 老健	17.4%	19.2%	20.7%	28.6%	32.9%
8 特養	22.7%	18.9%	15.8%	28.5%	27.9%

図表 3-84 外部の機関や事業所に対する、より良いケアの方法の提案（※常に行う）

(23) 外部の機関や事業所に対する、より良いケアの方法の提案	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1 訪問介護	－	3.6%	8.0%	10.5%	17.7%
2 定期巡回	－	2.4%	3.9%	8.7%	16.7%
3 通所介護	8.4%	3.5%	6.3%	13.1%	－
4 小規模	1.3%	6.2%	8.8%	7.0%	20.5%
5 看護小規模	3.8%	3.0%	9.7%	6.2%	34.6%
6 認知症対応型	7.8%	7.1%	10.4%	9.1%	23.7%
7 老健	3.3%	4.2%	2.4%	6.0%	17.5%
8 特養	5.2%	3.2%	5.5%	5.5%	9.9%

図表 3-85 地域や自治体に対する、より良いケアの方法や地域づくりのあり方等の提案（※常に行う）

(24) 地域や自治体に対する、より良いケアの方法や地域づくりのあり方等の提案	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1 訪問介護	－	1.4%	2.7%	7.0%	7.7%
2 定期巡回	－	1.8%	1.6%	4.5%	12.2%
3 通所介護	6.3%	2.0%	3.2%	8.5%	－
4 小規模	2.6%	5.8%	5.1%	6.3%	16.2%
5 看護小規模	3.8%	2.3%	6.5%	3.3%	24.4%
6 認知症対応型	9.3%	6.4%	2.2%	6.3%	19.5%
7 老健	3.3%	1.7%	1.2%	2.4%	11.9%
8 特養	5.2%	1.6%	4.1%	3.2%	5.2%

(7) 間接業務

① 施設・事業所が考える業務の専門性

「シフト管理」について、施設・事業所が考える業務の専門性をみると、訪問介護では「介護福祉士」が実施する業務と想定する割合が最も高いが、その他のサービスでは、「より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等」とする割合が最も高かった。

「介護保険請求事務」についてみると、訪問介護、定期巡回では、「より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等」の割合が最も高かったが、通所介護、小規模、看護小規模、老健、特養では、「医療、看護、相談職等の他職種が対応する業務」の割合が最も高かった。

図表 3-86 シフト管理

(25) シフト管理		介護に関する知識、技術をそれほど有しない者	介護職としての基本的な知識、技術を備えた者	介護福祉士	より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等	医療、看護、相談職等の他職種が対応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	3.3%	19.1%	38.3%	35.4%	1.9%	1.9%
2	定期巡回(n=174)	5.7%	13.2%	23.0%	48.3%	6.9%	2.9%
3	通所介護(n=197)	11.7%	15.2%	17.8%	31.0%	21.8%	2.5%
4	小規模 (n=181)	6.1%	11.6%	17.1%	38.1%	23.8%	3.3%
5	看護小規模 (n=98)	0.0%	3.1%	18.4%	43.9%	33.7%	1.0%
6	認知症対応型(n=203)	4.9%	13.8%	19.7%	41.9%	15.3%	4.4%
7	老健(n=171)	5.8%	5.8%	14.6%	46.8%	25.1%	1.8%
8	特養(n=213)	6.6%	11.3%	20.2%	39.0%	20.2%	2.8%

図表 3-87 介護保険請求事務

(26) 介護保険請求事務		介護に関する知識、技術をそれほど有しない者	介護職としての基本的な知識、技術を備えた者	介護福祉士	より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等	医療、看護、相談職等の他職種が対応する業務	無回答
1	訪問介護(n=209)	9.1%	22.0%	27.3%	32.1%	8.6%	1.0%
2	定期巡回(n=174)	11.5%	13.8%	13.2%	40.2%	17.2%	4.0%
3	通所介護(n=197)	12.2%	16.8%	13.2%	23.9%	32.5%	1.5%
4	小規模 (n=181)	7.7%	7.2%	8.8%	33.7%	39.2%	3.3%
5	看護小規模 (n=98)	2.0%	4.1%	8.2%	35.7%	48.0%	2.0%
6	認知症対応型(n=203)	7.9%	9.4%	10.8%	38.4%	29.1%	4.4%
7	老健(n=171)	9.9%	7.6%	2.9%	9.9%	67.3%	2.3%
8	特養(n=213)	10.8%	6.6%	5.6%	16.9%	57.7%	2.3%

【調査編】

② 実際の業務実施状況（※各サービスのキャリア別のn数は、図表3-31を参照のこと）

「シフト管理」について、「主な役割として実施」している職員の実施状況をみると、訪問介護、定期巡回では、「サービス提供責任者」「計画作成責任者」が実施するとした割合が最も高く、訪問介護で54.1%、定期巡回で41.1%であった。知症対応型も同様に、「介護支援専門員（計画作成担当者）」が実施するとした割合が36.4%と高かった。

一方で、老健、特養では、「介護福祉士3年以上」の介護職員の実施割合が最も高かった。

「介護保険請求」については、小規模、看護小規模では、「介護支援専門員（計画作成担当者）」が実施するとした割合が約6割と他のサービスと比べ高かった。一方で、認知症対応型、特養では、「介護支援専門員（計画作成担当者）」が実施するとした割合は2割未満、老健では2.8%と低かった。

図表 3-88 シフト管理（※主な役割として実施）

(25) シフト管理	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1 訪問介護	－	1.1%	1.3%	11.4%	54.1%
2 定期巡回	－	1.8%	5.4%	9.4%	41.1%
3 通所介護	2.1%	6.1%	6.3%	10.0%	－
4 小規模	1.3%	3.7%	6.6%	9.1%	20.5%
5 看護小規模	0.0%	2.3%	4.8%	8.1%	19.2%
6 認知症対応型	1.6%	2.5%	8.2%	7.7%	36.4%
7 老健	0.0%	0.8%	6.1%	18.9%	11.2%
8 特養	3.1%	2.2%	8.9%	22.5%	15.7%

図表 3-89 介護保険請求事務（※主な役割として実施）

(26) 介護保険請求事務	資格なし	訪問介護員／介護職員			サ責 計画作成責任者 介護支援専門員
		初任者研修 修了者	介護福祉士 3年未満	介護福祉士 3年以上	
1 訪問介護	－	1.1%	2.7%	4.8%	26.8%
2 定期巡回	－	0.0%	1.6%	2.1%	34.4%
3 通所介護	3.2%	2.0%	5.3%	7.7%	－
4 小規模	0.0%	0.8%	1.5%	1.1%	59.0%
5 看護小規模	0.0%	0.8%	0.0%	0.5%	61.5%
6 認知症対応型	0.0%	0.7%	0.7%	2.3%	16.9%
7 老健	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.8%
8 特養	0.0%	1.6%	0.0%	1.0%	19.8%

③ 1か月間の業務時間全体に占め割合

「シフト管理」「介護保険請求業務」について、「主な役割として実施」している職員の1か月の業務全体に占める割合をみると、「シフト管理」では、訪問介護で平均4.5割と最も高く、特養が2.6割と最も低かった。

「介護保険請求業務」では、訪問介護、定期巡回、通所介護、小規模、看護小規模にて、全体に占める割合の平均が2割以上であったが、老健、特養では1割未満であった。

図表 3-90 ③ 1か月間の業務時間全体に占める「シフト管理」の割合（※主な役割として実施）

		業務全体に占める シフト管理の 割合（平均）
1	訪問介護(n=111)	4.5割
2	定期巡回(n=74)	3.5割
3	通所介護(n=87)	3.7割
4	小規模(n=56)	3.3割
5	看護小規模(n=38)	2.9割
6	認知症対応型(n=92)	3.0割
7	老健(n=121)	2.9割
8	特養(n=167)	2.6割

図表 3-91 ③ 1か月間の業務時間全体に占める「介護保険請求業務」の割合（※主な役割として実施）

		業務全体に占める 介護保険請求業務 の割合（平均）
1	訪問介護(n=87)	2.3割
2	定期巡回(n=57)	2.3割
3	通所介護(n=69)	2.1割
4	小規模(n=41)	2.6割
5	看護小規模(n=23)	2.2割
6	認知症対応型(n=63)	1.1割
7	老健(n=56)	0.4割
8	特養(n=65)	0.7割

4. 介護職のチームリーダーに求める能力と現在の発揮状況

(1) チームマネジメント能力

施設・事業所に対して、「介護職のチームリーダーに求められる能力」と「その能力の現在の発揮状況」について聞いたところ、チームケアとして質の高いケアを実践するために求められる「チーム内の介護職の方向性を統合できる能力」では、サービス種別によらず、9割以上の施設・事業所が求められる能力である、と回答したが、一方で、「求められる能力である」とした施設・事業所のうち、「十分に発揮できている」とした施設・事業所の割合は低く、特に特養では3割程度であった。

また、介護サービスの提供の過程において重要となる「介護職チーム内の人材を教育・指導することができる能力」「個々の介護職の適正に応じた業務を与えることができる能力」でも、サービス種別によらず、9割以上の施設・事業所が求められる能力である、と回答したが、「求められる能力である」とした施設・事業所のうち、「十分に発揮できている」とした施設・事業所の割合は低く、特に特養では3割程度であった。

図表 3-92 チーム内の介護職の方向性を統合できる能力

チームリーダーに求められる能力	チーム内の介護職の方向性を統合できる能力	「求められる能力である」と回答した施設・事業所のうち、	チーム内の介護職の方向性を統合できる能力
	【求められる能力である】		【十分に発揮できている】
1 訪問介護(n=209)	94.7%	訪問介護(n=198)	55.1%
2 定期巡回(n=174)	97.7%	定期巡回(n=170)	45.3%
3 通所介護(n=197)	92.4%	通所介護(n=182)	46.2%
4 小規模(n=181)	91.7%	小規模(n=166)	37.3%
5 看護小規模(n=98)	98.0%	看護小規模(n=95)	37.5%
6 認知症対応型(n=203)	94.6%	認知症対応型(n=192)	45.8%
7 老健(n=171)	99.4%	老健(n=165)	33.5%
8 特養(n=213)	97.2%	特養(n=198)	32.4%

図表 3-93 介護職チーム内の人材を教育・指導することができる能力

チームリーダーに求められる能力	介護職チーム内の人材を教育・指導することができる能力	「求められる能力である」と回答した施設・事業所のうち、	介護職チーム内の人材を教育・指導することができる能力
	【求められる能力である】		【十分に発揮できている】
1 訪問介護(n=209)	94.7%	訪問介護(n=198)	51.0%
2 定期巡回(n=174)	97.7%	定期巡回(n=170)	42.4%
3 通所介護(n=197)	93.9%	通所介護(n=185)	45.4%
4 小規模(n=181)	92.8%	小規模(n=168)	34.5%
5 看護小規模(n=98)	96.9%	看護小規模(n=95)	36.8%
6 認知症対応型(n=203)	95.1%	認知症対応型(n=193)	45.6%
7 老健(n=171)	98.8%	老健(n=169)	39.6%
8 特養(n=213)	99.5%	特養(n=212)	30.7%

図表 3-94 個々の介護職の適正に応じた業務を与えることができる能力

チームリーダーに求められる能力		個々の介護職の適正に応じた 業務を与えることができる能力 【求められる能力である】	「求められる能力である」と 回答した施設・事業所のうち、	個々の介護職の適正に応じた 業務を与えることができる能力 【十分に発揮できている】
1	訪問介護(n=209)	93.3%	訪問介護(n=195)	67.2%
2	定期巡回(n=174)	94.8%	定期巡回(n=165)	53.9%
3	通所介護(n=197)	93.4%	通所介護(n=184)	52.7%
4	小規模 (n=181)	89.5%	小規模(n=162)	44.4%
5	看護小規模 (n=98)	96.9%	看護小規模(n=96)	45.3%
6	認知症対応型(n=203)	90.6%	認知症対応型(n=184)	49.5%
7	老健(n=171)	96.5%	老健(n=170)	43.6%
8	特養(n=213)	93.0%	特養(n=207)	32.8%

【調査編】

(2) 多職種との連携能力

地域包括ケアを実践していく上で求められる多職種との連携能力の観点から「介護職以外が行う他のサービスとの組合せなど、利用者の生活支援をコーディネートすることができる能力」について聞いたところ、7～8割の施設・事業所が「チームリーダーに求められる能力」と回答した。

一方で、「求められる能力である」とした施設・事業所のうち、その能力を実際に「十分に発揮できている」とした施設・事業所は、訪問介護、定期巡回で4割程度、特に、特養では2割弱と低かった。

図表 3-95 介護職以外が行う他のサービスとの組合せなど、利用者の生活支援をコーディネートすることができる能力

チームリーダーに求められる能力		介護職以外が行う他のサービスとの組合せなど、利用者の生活支援をコーディネートすることができる能力	「求められる能力である」と回答した施設・事業所のうち、		介護職以外が行う他のサービスとの組合せなど、利用者の生活支援をコーディネートすることができる能力
		【求められる能力である】			【十分に発揮できている】
1	訪問介護(n=209)	81.3%	訪問介護(n=170)	44.7%	
2	定期巡回(n=174)	84.5%	定期巡回(n=147)	38.1%	
3	通所介護(n=197)	69.5%	通所介護(n=137)	29.9%	
4	小規模 (n=181)	76.2%	小規模(n=138)	29.0%	
5	看護小規模 (n=98)	79.6%	看護小規模(n=78)	25.6%	
6	認知症対応型(n=203)	74.9%	認知症対応型(n=152)	30.9%	
7	老健(n=171)	74.9%	老健(n=128)	22.7%	
8	特養(n=213)	78.4%	特養(n=167)	16.8%	

5. 介護福祉士にスキルアップしてほしい能力／今後、介護福祉士に必要と考える知識

(1) 業務の質を高めるために施設・事業者が介護福祉士にスキルアップして欲しい能力

「業務の質を高めるために施設・事業者が介護福祉士にスキルアップして欲しい能力」についてみると、「利用者の状態変化に気づく能力」は、いずれのサービス種別でも、スキルアップして欲しいとの回答が8割以上であった。

「認知症の周辺症状を軽減できる能力」は、いずれのサービス種別でも、スキルアップして欲しいとの回答が7割以上であり、小規模、看護小規模、認知症対応型、老健、特養では8割以上であった。

「終末期における心理的ケアを実践できる能力」は、特に看護小規模、特養にてスキルアップして欲しいとの回答が7割以上であったが、通所介護では3割程度であった。

また、訪問介護、定期巡回、通所介護について、中重度の利用者が多い事業所の回答をみたが、特に傾向の差はみられなかった。

図表 3-96 業務の質を高めるために介護福祉士にスキルアップして欲しい能力

介護福祉士にスキルアップして欲しい能力		利用者の状態変化に気づく能力	重度化予防を 実践する能力	認知症の周辺症状を 軽減できる能力	終末期における 心理的ケアを実践 できる能力
1	訪問介護(n=209)	86.6%	70.3%	74.6%	56.9%
	中重度 30%以上(n=60)	83.3%	66.7%	76.7%	55.0%
2	定期巡回(n=174)	87.4%	66.1%	74.7%	62.1%
	中重度 50%以上(n=73)	91.8%	68.5%	74.0%	78.1%
3	通所介護(n=197)	87.8%	60.9%	73.1%	29.9%
	中重度 30%以上(n=62)	91.9%	66.1%	72.6%	37.1%
4	小規模 (n=181)	80.1%	68.5%	82.9%	57.5%
5	看護小規模 (n=98)	89.8%	62.2%	82.7%	73.5%
6	認知症対応型(n=203)	83.3%	64.5%	80.8%	54.7%
7	老健(n=171)	90.6%	65.5%	83.0%	59.1%
8	特養(n=213)	88.7%	77.0%	84.0%	70.4%

※7割以上について網掛

【調査編】

(2) 今後、介護福祉士に必要と考えられる他領域の知識

施設・事業所に対し、地域包括ケアの実施において「今後、介護福祉士に必要と考えられる他領域の知識」を聞いたところ、「看護師が備える基本的な知識」については、定期巡回で 71.8%と高く、特に、中重度の利用者の割合が 50%以上の事業所では、8割以上が必要との回答であった。また、通所介護事業所のうち、中重度の利用者の割合が 30%以上の事業所でも 73.3%が必要との回答であった。

「PT・OT・ST が備える基本的な知識」については、いずれのサービス種別でも 5割程度の施設・事業所で必要な知識との回答であったが、特に通所介護で中重度の利用者の多い事業所では、6割が必要の知識との回答であった。

「ソーシャルワーカーが備える基本的な知識」については、老健、特養にて 7割以上が必要な知識と回答していた。また、中重度の利用者が多い通所介護、定期巡回事業所でも、7割以上が必要な知識であるとの回答であった。

図表 3-97 今後、介護福祉士に必要と考えられる他領域の知識

今後介護福祉士に必要と考えられる他領域の知識		看護師が備える基本的な知識	PT・OT・ST が備える基本的な知識	ソーシャルワーカーが備える基本的な知識
1	訪問介護(n=209)	59.3%	46.9%	59.8%
	中重度 30%以上(n=60)	60.0%	51.7%	50.0%
2	定期巡回(n=174)	71.8%	47.1%	66.1%
	中重度 50%以上(n=73)	82.2%	53.4%	75.3%
3	通所介護(n=197)	54.3%	50.3%	68.5%
	中重度 30%以上(n=62)	73.3%	60.0%	73.3%
4	小規模 (n=181)	64.1%	45.9%	64.1%
5	看護小規模 (n=98)	64.3%	42.9%	60.2%
6	認知症対応型(n=203)	63.5%	46.3%	60.6%
7	老健(n=171)	63.7%	50.3%	76.0%
8	特養(n=213)	64.8%	50.7%	74.2%

※7割以上について網掛

6. 法人及び施設・事業所が実践している取組

① 法人及び施設・事業所が実践している取組

法人及び施設・事業所が現時点で実施している取組をみると、定期巡回、特養では、以下の取組を実施しているとした割合が、他のサービスと比較して高かった。

定期巡回にて実施している割合の高い取組	特養にて実践している割合の高い取組
<ul style="list-style-type: none"> ○法人のケア方針を共有するための定期的な会議、研修等の開催 ○サービス間の調整・連携に特化した業務を行う職位の設置 ○職員のキャリアパスに応じた法人内部での研修体系の整備 ○介護職員初任者研修の法人開催、または合同開催 ○法人内職員で迅速に情報共有する仕組み・ツールの導入 ○地域ケア会議等への参加 ○記録・事務処理における ICT の活用 	<ul style="list-style-type: none"> ○専門知識を必要としないサービス提供への高齢者等の活用 ○休暇取得率を高めるための制度の導入 ○外部の説明会等への参加や高校・大学等への出張説明会等の実施 ○サービス提供への高齢者等の活用 ○事務処理のアウトソーシングや共同化の実施 ○介護職の負担軽減に資する介護ロボット等の活用

図表 3-98 現時点で実践している取組 (MA)

全体	法人のケア方針を共有するための定期的な会議、研修等の開催	能力評価に基づいた人材配置の実施	サービス間の調整・連携に特化した業務を行う職位の設置	専門知識を必要としないサービス提供への高齢者等の活用	職員のキャリアパスに応じた法人内部での研修体系の整備	休暇取得率を高めるための制度の導入	外部の説明会等への参加や高校・大学等への出張説明会等の実施	介護職員初任者研修の法人開催、または合同開催	法人内職員で迅速に情報共有する仕組み・ツールの導入
訪問介護 (n=209)	82.3%	48.3%	34.0%	15.8%	61.7%	18.7%	25.8%	19.6%	49.3%
定期巡回 (n=174)	87.9%	48.3%	44.8%	14.9%	66.7%	27.0%	42.5%	36.2%	63.8%
通所介護 (n=197)	79.2%	47.2%	34.5%	22.3%	54.3%	21.3%	26.9%	17.3%	43.7%
小規模 (n=181)	81.8%	36.5%	26.0%	28.7%	66.3%	17.1%	35.4%	27.6%	47.0%
看護小規模 (n=98)	82.7%	40.8%	34.7%	20.4%	64.3%	19.4%	35.7%	26.5%	52.0%
認知症対応型 (n=203)	83.3%	49.8%	29.6%	27.1%	63.1%	23.2%	31.0%	20.7%	48.3%
老健 (n=171)	82.5%	53.2%	34.5%	29.2%	61.4%	22.2%	52.6%	23.4%	55.0%
特養 (n=213)	82.6%	47.4%	31.9%	34.7%	62.9%	28.2%	60.6%	24.4%	54.0%

全体	外部の事業所や医療機関などと情報共有する仕組み・ツールの導入	地域住民との交流機会、事業内容周知の取組	地域ケア会議等への参加	事務処理のアウトソーシングや共同化の実施	記録・事務処理における ICT の活用	介護職の負担軽減に資する介護ロボット等の活用	その他	無回答
訪問介護 (n=209)	23.0%	28.7%	46.9%	11.0%	17.2%	0.0%	1.0%	1.9%
定期巡回 (n=174)	29.9%	52.9%	64.9%	13.2%	45.4%	2.3%	0.6%	1.7%
通所介護 (n=197)	20.8%	40.6%	43.1%	13.2%	19.8%	2.0%	0.5%	4.1%
小規模 (n=181)	27.1%	72.4%	53.0%	12.7%	11.6%	1.1%	0.6%	2.2%
看護小規模 (n=98)	33.7%	67.3%	43.9%	11.2%	17.3%	1.0%	0.0%	1.0%
認知症対応型 (n=203)	37.9%	74.4%	44.8%	14.3%	12.3%	3.0%	1.0%	2.5%
老健 (n=171)	25.1%	56.1%	51.5%	11.1%	23.4%	5.8%	1.2%	1.8%
特養 (n=213)	19.7%	62.0%	53.1%	17.4%	31.9%	11.7%	0.9%	3.3%

※各取組について、サービス間で最も割合の高いサービスに網掛（濃）、2番目に高いサービスに網掛（薄）

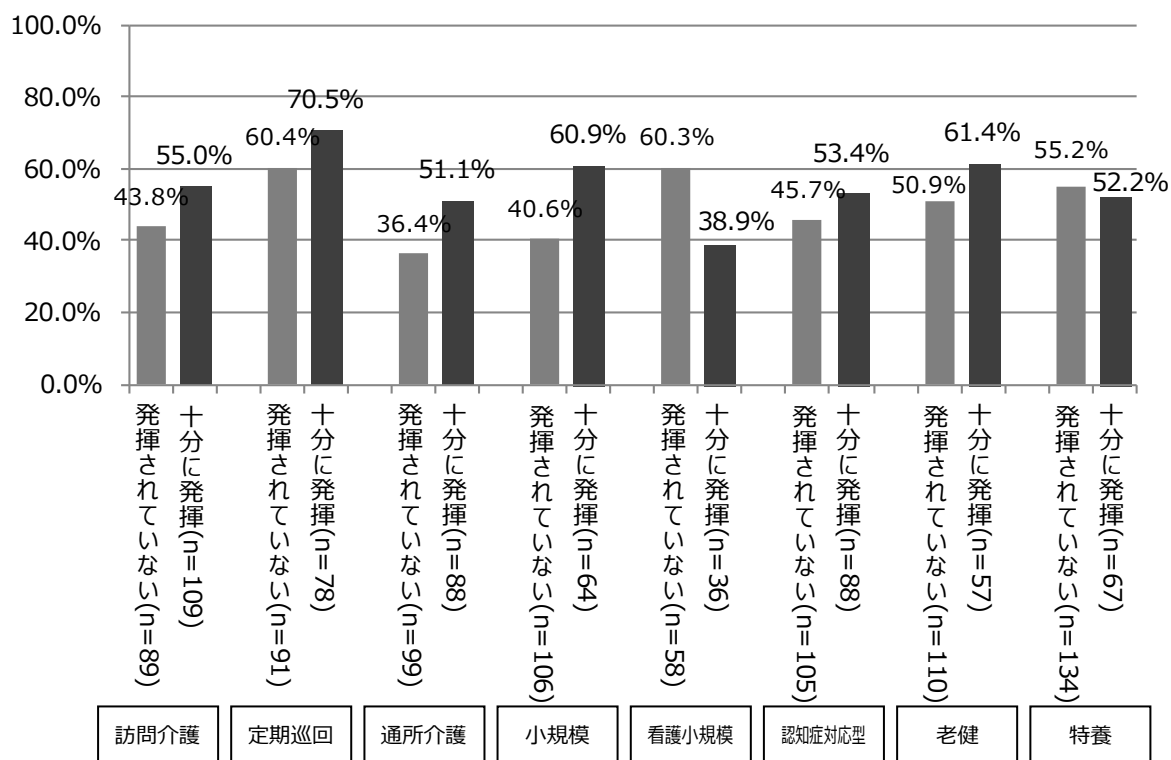
i) 介護職のチームリーダーの「チーム内の介護職の方向性を統合できる能力」の発揮状況別

介護職のチームリーダーの「チーム内の介護職の方向性を統合できる能力」の発揮状況別に、法人および施設・事業所の取組である「法人内職員で迅速に情報共有する仕組み・ツールの導入」の実施状況をみると、「チーム内の介護職の方向性を統合できる能力」を「十分に発揮している」とした施

【調査編】

設・事業所では、看護小規模、特養を除いて、「法人内職員で迅速に情報共有する仕組み・ツールの導入」に取り組んでいる割合が高い傾向がみられた。

図表 3-99 介護職のチームリーダーの「チーム内の介護職の方向性を統合できる能力」の発揮状況別にみた「法人内職員で迅速に情報共有する仕組み・ツールの導入」の実施割合



② 人材配置上の工夫やチーム編成の工夫（自由記載）

人材配置上の工夫やチーム編成の工夫として、以下のような意見があった。

サービス種別	目的	具体的な内容
訪問介護	より高度なケア（ターミナル期、吸引など）の為、常勤者の比率を高くしている	スキル、知識の上昇が図れないため、基本的に生活援助以外では登録ヘルパーを活用しない
通所介護	人件費と事業内容の収支	単純作業等、身体介護を伴わない雑務について、社会福祉協議会のボランティアを活用している
小規模	責任能力別による勤務時間帯の振り分け	個人の責任能力が要求される夜勤帯は正規職員が実施し、日勤帯は主にアルバイト・パートでまかなう
老健	人員不足	朝夕の多忙業務にシルバー人材を活用
老健	人員不足	専門性を問われる業務とその他の業務を分けて、後者には、無資格者や高齢者を配置している
特養	身体介護と生活支援の業務を区別して、適材適所に配属する	生活支援（作業的な業務）の職員、パートはどの部署でも仕事ができる様にする

第4章 ヒアリング調査結果

1. ヒアリング調査結果概要

(1) 事例調査Ⅰ 社会福祉法人 協同福社会（奈良県大和郡山市）

① 法人概要等

法人名	社会福祉法人 協同福社会
法人全体の従業員数	860人（平成28年1月現在）
法人の開設年	1999年
提供サービス	<p>【介護保険サービス】</p> <p>訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、通所介護、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設</p> <p>【その他】</p> <p>サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、配食サービス</p>
法人の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・法人内地域包括ケアシステムの構築を実践 ・定期巡回を核に居宅サービスを統合的に提供

② 具体的な取組

- ケアの基本方針として「あすなら10の基本ケア」を掲げ、事業所間・職員間のケアのばらつきを是正。
- 大規模多機能型でサービスを展開し、マネジメントを行う主任を「サービス」単位ではなく「居宅」単位で配置することで、サービス間の連携やサービスの柔軟な切り替えを実現。
- 「在宅」主任を複数配置し、ケアマネジャーも含めて常に話し合い意思決定することで、協働型のケアマネジメントを行い、マネジメントの質を向上。

【ケア方針】

- ・ケアの基本方針として「あすなら10の基本ケア」を明示。「社会性・暮らしを取り戻すケア（自宅での生活の支援を重視）」「その日の状態への臨機応変な対応」「関わった利用者が亡くなるまでサポートする」というケアを実践。

【生活援助の機能分化・効率化の工夫】

- ・50～60代のボランティアが、デイ・ショートの日中の食事準備を手伝うほか、ユニバーサル就労を支援しており、障害者が掃除、デイサービスの受入、認知症利用者の見守り、食事の準備等を担っている（法人としては地域貢献の趣旨が強いが、結果として機能分化が図られている側面がある）。

【調査編】

【介護過程の展開における情報連携】

- ・大規模多機能型でサービスを展開し、**サービス単位ではなく「在宅」単位で主任を配置**することで、複数サービスを組み合わせて利用する場合でも一体的な提供を実現。
- ・在宅では、主任を3名配置。何らかの判断が必要な場合は、一人で判断せず、ケアマネジャーも含め、必ず相談しながら意思決定することで、**ケアマネジメントを複数の職員の協働で行い、質を高めている。**
- ・これにより、利用者が複数のサービスを利用している場合は、サービスの垣根を越えて利用者の状態をみることができ、サービス間の連携が可能となっている（例：自宅でヘルパーの介助を受けて入浴するための訓練をデイで行う）。また、利用者の状態が変化した時は、迅速にサービスを切り替えることができる（例：通院介助している間に、デイ・ショートの間取りを行う）。さらに、終末期のケースでは、それまでの過程で関わっている場合が多いので、亡くなるタイミングの予測がしやすい。
- ・定期巡回では、**計画作成責任者は事務所に待機**するようにしており、その日の状態に応じたケアプランを毎日作成し発信している。
- ・**職階を重層化せず、施設・事業所の運営方針の決定権を所長・主任に集約**することで、迅速かつ柔軟な動きを可能としている。

【チームマネジメントにおける教育・方向性の統合等】

- ・**「あすなら 10 の基本ケア」が事業所間のケアのばらつきを是正**する働きをしている。**技術より方針・考え方を共有することが重要**と考えられており、月1回職員全体会議（登録ヘルパーも含む）で方針を繰り返し伝えている。
- ・**介護業界にこだわらず、マネジメント経験を持つ職員を採用**（元生協職員）し、職員の働きやすい環境づくり、家族等への対応で能力を発揮している。
- ・主任が、マネジメントしながら、若手の教育等も担うのは負担が大きいため、**人材育成を担当するトレーナーを設置。**
- ・終末期のケースでは、チームを組成する際、利用者に関わりのある職員、看取り技術を持つ職員に加え、教育上看取りの経験をさせたい職員も組成することになっている。
- ・不適切ケアを防ぐという観点から、長時間労働にならないよう労務管理を行っている。

* 社会福祉法人 協同福祉会の「あすなら 10 の基本ケア」について

－ 「あすなら 10 の基本ケア」 －	
①換気をする	⑥座って会話をする
②床に足をつけて座る	⑦町内にお出かけをする
③トイレに座る	⑧夢中になれることをする
④あたたかい食事をする	⑨ケア会議をする
⑤家庭浴に入る	⑩ターミナルケアをする

「あすなら 10 の基本ケア」は、法人が提供するすべてのサービスのケア方針として示されているもので、「介護とは、長寿（75 歳以上）になってもやれる事を増やし、生活・暮らしていけるように、プロの職員がサポート（自立支援）すること（調理人、家政婦にならない）」という考えが基本となっている。

10 項目のケアでは、介護の知識・技術とともに、「社会性、暮らしを取り戻すケアを実践する」「施設に集める介護から、自宅と社会をつなぐ介護に変える」「その日その日の状態に臨機応変に対応する」「一度かかわったら、その人が亡くなるまで家族も含めてサポートする」といった基本的な考えが語られており、考え方の定着が重視されている。

法人内では、「やめる勇気」をもって自立支援以外をやめ、「あすなら 10 の基本ケア」を実践することが重要との教育が行われており、職員会議や研修、カンファレンスなど、あらゆる機会を通じて職員に発信されている。また、「あすなら 10 の基本ケア」は、介護職員が介護を行う上での共通理解となっているだけでなく、事業所内で活動するボランティアやユニバーサル就労の職員などにも、高齢者への基本的な接遇とあわせて説明が行われており、法人内のすべての人材で共有が図られている。

参照資料)大國康夫;人間力回復 地域包括ケア時代の「10 の基本ケア」と実践 100, 株式会社クリエイツかもがわ, 2014

【調査編】

(2) 事例調査Ⅱ (株)グッドライフケア (東京都中央区)

① 法人概要等

法人名	株式会社 グッドライフケアホールディングス
法人全体の従業員数	278人 (平成28年4月1日時点)
法人の開設年	2015年 (前身の株式会社グラフィスは2000年設立)
提供サービス	訪問介護、訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、居宅介護支援
法人の特徴	定期巡回、訪問介護・看護の組み合わせで、在宅の中重度者を支援

② 具体的な取組内容

- 計画作成責任者・サービス提供責任者がケアマネジャーに対し、利用サービスやサービスでの実施内容、随時対応の判断等について提案することで、ケアマネジメントの質を向上。
- 計画作成責任者・サービス提供責任者による介護手順書の作成、訪問介護員への同行訪問により、観察のポイントや自立支援型のケア方法を各職員に指導・普及。
- リアルタイムで情報共有できる ICT ツールを活用し、多職種で活用することで、共有する情報の質を向上するとともに、他専門職とのやりとりを通じて訪問介護員を育成。

【ケア方針】

- ・「利用者本位・自己決定」「自立支援」をケア方針として掲げる。
- ・「利用者本位」については、利用者の表面的な希望を聞くだけでなく、奥にあるニーズを把握することが重要、「自立支援」に資するケアでは、「できること」を伸ばすこと、「その人らしさ」を尊重することが重要との考えが基本となっている。

【生活援助の機能分化・効率化の工夫】

- ・定期巡回では、長時間の生活援助について、湯煎パックの購入や配食サービスの利用を促し、**配膳・温めなど最小限にとどめる工夫**をしている。

【介護過程の展開における情報連携】

- ・アセスメントは、アセスメントの日を決めて行うものではなく、日々サービスに入るたびに、都度、計画に反映すべきものと考えており、職員にもその観点で教育を行っている。
- ・利用者を担当する職員が固定化されると微妙な変化を察知するのが難しいため、**複数の職員が介入できるようシフトを工夫**している。
- ・ケアマネジメントの質を高めるため、サービス提供内容、提供時間、他のサービスとの組み合わせ、随時対応の判断 (訪問すべきかどうかの判断を定期巡回側で行うなど) について、**計画作成責任者・サービス提供責任者からケアマネジャーに意見・提案**している。
- ・**情報共有ツールを連絡ノートから ICT に変更**することで、リアルタイムでの情報共有、利用者の状況の俯瞰的な把握が可能となり、情報の質が向上した。心身面のリスク、観察のポイント、

ケアを実施する上での注意点が共有され、特に看護職・リハ職・ケアマネジャーの異なる観察のポイントを確認できることでヘルパーの育成にもつながっている。

【チームマネジメントにおける教育・方向性の統合等】

- ・ 自立支援の考え方や観察のポイントをヘルパーに徹底するため、**計画作成責任者・サービス提供責任者が介護手順書を作成**している。また、**ヘルパーに同行訪問**して、観察のポイントや心身のアセスメント（できることの見極め）を現場で指導している。
- ・ 看護師との連携では、専門用語がヘルパーには難しい場合もあるため、**計画作成責任者・サービス提供責任者等がヘルパーに分かりやすいように言語化して伝える**ことも行っている。

【その他（看護職との機能分化）】

- ・ 体温や血圧の測定結果の確認・判断は看護師が行うが、**測定自体は必ずしも看護師が行う必要はないとの考えでヘルパーが実施**している。

【調査編】

(3) 事例調査Ⅲ 社会福祉法人 恵仁福祉協会（長野県上田市）

① 法人概要等

法人名	社会福祉法人 恵仁福祉協会
法人全体の従業員数	249人（平成28年3月31日時点）
法人の開設年	1993年
提供サービス	<p>【介護保険サービス】</p> <p>居宅介護支援、訪問介護、夜間対応型訪問介護、訪問入浴、訪問看護、通所介護、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設</p> <p>【その他】</p> <p>配食サービス、宅幼老所</p>
法人の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・地域分散型サテライトケアとして、中核拠点から各地域の自宅・グループホーム等に24時間365日型デリバリサービスを提供 ・施設・グループホーム等では、介護職・看護職との連携で重度化予防を重視したケアを実践

② 具体的な取組

- 同一敷地内で居宅サービス（訪問介護、訪問看護、通所介護、短期入所生活介護など）を展開することで、サービス間の情報共有や相談を密に実施。
- 特養・グループホームで、1週間単位の介護記録を作成し、「居室担当」が週に一度確認して心身の変化に対応した予防的なケアを実践することで、肺炎等による入院が激減。

【ケア方針】

- ・「アザレアン宣言」として、地域のニーズに応える総合的なサービス提供、本人らしい暮らしを継続するための個別的な介護サービスの提供、生活の選択性を重視した介護サービス、在宅の延長となる環境づくり等を掲げている。

【生活援助の機能分化・効率化の工夫】

- ・訪問介護では、すでに雪かきでシルバー人材センターが定着しているため、**シルバー人材センターを活用して生活援助に対応していた。**（ただし、今後は、訪問介護事業所で介護保険外の生活支援サービスを開始する予定。）

【介護過程の展開における情報連携】

- ・同法人で訪問介護・訪問看護・デイ・ショートを展開しており、**各事業所が同一敷地内にあるため、事業所間での情報共有が行いやすい。**訪問介護と訪問看護では、**急変時にはヘルパーと看護師が直接連絡をとりあったり、訪問看護を利用していない利用者も含めてヘルパーが看護師に密に相談している。**また、**ヘルパーが、自身が担当している利用者のデイ・ショートでの**

様子を観察することもある。

- ・居宅サービス利用者の担当者会議は、基本的に利用者宅で開催することになっているため、デイ・ショート職員は、自宅の様子を観察できている。
- ・居宅サービスでは、職員間のケア内容の統一が最重要なため、訪問介護・小規模多機能等では**随時ミニカンファレンスを実施**。利用者に変化があった場合は、ここで情報共有し、ヘルパーの対応を変更すればよいレベルか、ケアプランの変更が必要なレベルかといった検討を行っている。
- ・訪問介護では、退院直後など心身が変化しやすいケースでは、看護職・ケアマネジャーから、水分量・尿量・排便状況といった観察ポイントに関する指示が出ている。
- ・訪問介護のヘルパーは、ケアマネジャーよりも、利用者の状況、家族介護者の実際の介護力、本人・家族の変化を把握しているため、**訪問介護から随時ケアマネジャーに情報提供やケアプランに関する提案を行っている**（例：ADL低下がみられる場合は身体介護の時間拡大を提案する）。
- ・小規模多機能では、通常の介護記録に加え、**利用者固有の記録様式を作成しモニタリング**（排尿コントロールが必要な利用者には、排泄状況のチェック表を追加する等）している。
- ・特養・GHでは、**1週間単位で各利用者の介護記録を作成**（尿量、排便状況、水分量、体位交換の回数、受診状況、機能訓練の実施状況、入浴の状況など）。毎日異なる職員が確認しているのみでは心身の変化に気づきにくいいため、**「居室担当」（各利用者に対し担当職員が決まっている）が1週間毎に確認し、気になる点があればユニットリーダーに相談**。これにより、健康管理、服薬確認、脱水等の早期発見などにより**予防的なケアが可能となり、肺炎等による入院が激減、稼働率が上昇**、また介護職の不安が軽減され離職率の低下にもつながっていると思われる。

【チームマネジメントにおける教育・方向性の統合等】

- ・法人では、**特養で一定期間鍛えた職員を、居宅サービス・小規模多機能・グループホームの管理者として配置**している。特養では、看護師との協働を通じた専門用語の習得、居室担当での家族等への報告等を通じた情報整理・言語化スキルの習得、ユニットケアにおける業務の優先順位の付け方、入所者の生活リズムの把握を通じた「異変」の見分け方等を学ぶことができる。これが、居宅サービス等での個別的な対応・判断に活かされている。
- ・職員は先が見えないと離職する傾向があるため、**入社3年目でキャリアの方向性を提示**（①特養でのステップアップ継続、②認知症特化型（認知症デイ・グループホーム）、③社会福祉士としてのステップアップ）して、5年目で選択するようにしている。
- ・訪問介護や小規模多機能等の**ミニカンファレンスは教育の場**にもなっており、ケア方法の指導、観察ポイントの共有、ヘルパーの困りごとの相談などが行われている。

【調査編】

(4) 事例調査Ⅳ 大牟田市

① 自治体概要

総人口・高齢者数	総人口 119,678 人 高齢者数 40,449 人 (高齢化率 33.8%) ※平成 27 年 10 月 1 日時点 住民基本台帳による
認知症コーディネーター養成研修開始年度	2003 年度 (単発的な研修は 2001 年度から)
研修時間	最長 406 時間 (月 2 時間、8 週間以上の実習、実践学習等を 2 年間)
受講者数	年間 12 人 (累積修了者数は 104 人 ※平成 27 年度時点)
取組の特徴	・地域ぐるみの人材育成として「認知症コーディネーター養成研修」を実施

② 自治体／法人の取組

- 人材育成に市単位で取り組み、介護事業所等への配置を義務付けることで、ケア方針のベクトルを市全体で合わせるとともに、事業所間のネットワークを形成。
- 「地域全体で認知症の人を支える」という方針を市が明示し、周囲の介護人材への波及や地域づくりを重視した人材育成を行うことで、事業所内にとどまらない支援体制づくりを推進。

【認知症コーディネーター養成研修の概要】

(ねらい)

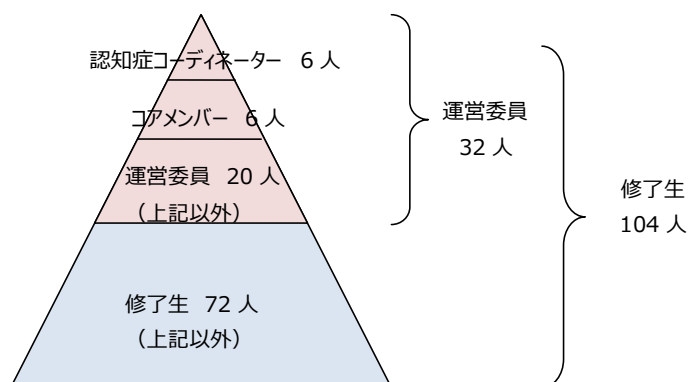
- ・「専門職だけでなく、地域全体で認知症の人を支える」というまちづくりの方針を市が明示し、そのための地域ぐるみの人材育成として「認知症コーディネーター養成研修」を実施している。

(実施概要)

- ・地域包括支援センター、小規模多機能、グループホームに対し、最低 1 名の研修修了者の配置を義務付けている。

(研修終了者の状況)

- ・認知症コーディネーター (6 名)、コアメンバー (6 名)、認知症ライフサポート研究会の運営委員 (20 名)、養成研修修了生 (約 70 名)。(認知症コーディネーターは、修了生 2 名、コアメンバー 4 名)。



- ・修了生は、学んだ知識を活かし事業所内でケアを実践・普及する役割をもつ。これを事業所内に限定せず、地域を基盤に実践する人を「認知症コーディネーター」としているが、市が配置している「認知症コーディネーター」は6名で、地域認知症サポートチームの核として、困難事例への対応、事例検討会、相談窓口などを実施。コアメンバーは取組内容を企画し、主管として役割を担い、運営委員がそれに協力し遂行していく形となっている。
- ・研修では、本人本位・自立支援のケアを実践するだけでなく、**ケアのあり方を事業所内で職員に波及させたり、地域づくりに貢献できる人材を育成することを目的としているため、ファシリテーションやサーバントリーダーの研修、研修レビューを重視**している。

(効果)

- ・研修が、「ベクトル合わせ」となり**地域全体としてケアの考え方が統一**されている。また、**地域内に同じ意識・考えを持つ人材のネットワーク**ができることで、法人・機関等の垣根なく連携できる体制につながっている。

【養成研修のケアにおける効果】

- ・認知症への対応では、医療知識を包括的に持っている必要はないが、**医師や看護師の介入の必要性を判断できる能力**は必要で、研修を受けることで、この判断ができるようになる。
- ・小規模多機能は、包括的なサービスである以上、**ケアが提供されていない空白の時間のリスクを考えた予防的なケア**が重要であり、養成研修を受けることで、そのスキルを身につけることができる。(例：暑い時期は水分補給に気をつける、暖房・冷房の間違いを防ぐ、転倒リスクがある場合は訪問回数を増やすなど)

【養成研修のチームマネジメントにおける効果】

(チーム内)

- ・現場では身に付けた知識と現実が整合しないため、ファシリテーションやサーバントリーダーの研修を取り入れることで、**周囲の職員を批判することなく現場にあったアプローチで実践に結び付けられるよう支援**している。

(地域内)

- ・研修を受けることで、自分だけができるという状況から、**他の職員の動きに目を向けたり、地域ネットワーク構築に向けて具体的にやるべきことがみえてくる**。
- ・研修を受けることで、「個人で対応することの限界」「高齢者を支える社会資源全体」を知ることができる。また、他の法人等にも自分と同じ考えを持つ修了生がいることで、**連携協力が必要なケースでは外部に発信**できるようになる。

【調査編】

2. 各ヒアリング調査結果

(1) 事例調査 I 社会福祉法人協同福祉会（奈良県大和郡山市）

【経営層へのヒアリング】

日時	平成 27 年 9 月 8 日（火） 9:45～10:45
場所	あすなら苑

1. 法人の方針

（採用に対する考え方）

- ・近年は、福祉学科等だけでなく、法学部や経済学部等も採用する方針としている。事業所の教育コストは生じるが、人材を集めるためには必要である。初任給も 20 万円を超え、他の産業と同水準に設定している。
- ・新卒者は 1 カ月間缶詰で研修し、試験に合格出来れば、各サービスに配置するようにしている。
- ・採用する際に重視しているのは意欲である。真面目で前向きであるかどうかを面接時に確認している。

（職員の配置について）

- ・初めは、特養やグループホームで、あすなら苑のケアを身につけてもらい、調整や対人能力に優れている人を、「あすなら安心ケアシステム」へ配置するようにしている。また、その中でも自信を持った人をあすなら安心ケアシステムの主任としている。優秀な人材を前面に配置するという方針を明示している。
- ・**要介護 3 以上でも在宅で支える自信をもってもらうことが重要で、その点では、食事や排泄の介助がカギになる**と考えている。
- ・あすなら苑は、奈良コープが母体であるので、そこから職員を引き抜いてくることもしている。生協の人材は、営業やマネジメント出来る人が多く、あすなら苑の「主任」というポストにはまる場合が多い。
- ・施設長となる人は、一人を除いてケアマネジャーの資格を持っている。
- ・介護福祉士を持っている人と持たない人の差というのはすぐに縮まる。長期的な差についてはその人の資質による影響が大きい。
- ・**ケアの技術は、研修や教育によって高めることができても、マネジメントが出来ない人はいる。マネジメントが出来る人を育てることが課題**となっている。

（主任の配置）

- ・職員 800 人中、マネジメント職は約 20 人で、これが組織の核となっている。主任以上のポストは、約 40 名（うち、所長は 12 名）配置している。
- ・職員の約 3 割が法人の方針を理解していると、組織として動かしやすくなるのではないかと。
- ・以前は、各サービスに主任を配置していたが、**縦割りを避けるため、大きく在宅系と施設系に分**

けて主任を配置するようになった。在宅系では、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、通所介護、短期入所者生活介護の3サービス全体、つまり「あすなら安心ケアシステム」を統括する主任を配置し、「サービス」単位ではなく「在宅」という単位でマネジメントが行われるようにした。主任を縦割り構造で配置すると調整することが多くなる。施設系としては、あすなら苑の特別養護老人ホーム（54床）に主任を2名配置している。職員の15人～20人に約1人は主任である。実質的に、主任が施設長の役割を担っている。

- ・あまり職階を重層的にはしなかった。基本的には施設や事業所の運営においては主任と所長に権限がある。管理者は法令上の登録において必要な数を任命しているが、実質的な権限は与えておらず、主任が中心となって事業を運営している。
- ・全ての職員が地域づくりに関わられるよう、「あすなら安心支援システム」の中で地域の高齢者に関わる業務（要介護認定を受けていない高齢者宅への訪問など）をシフトに組みこんでいる。

（医師との関わり方について）

- ・大和郡山市では、医療介護連携の取組の一環として、医師とケアマネジャーの交流会を行っている。多職種連携、医療連携、教育も含め、まず医師に挨拶するようにしている。利用者が入院したら必ずお見舞いに行き、状況を把握するようにしている。まずは医師との関係を深め、事業所の力がついてくれば、医師も認めてくれるようになる。

【訪問介護事業所へのヒアリング】

日時	平成27年9月8日（火）10:45～12:15
場所	あすなら苑

1. 主任の役割・機能

（主任に求められる能力）

- ・主任候補になりうるのは、職員間のコミュニケーションを図り調整できる人。そのほか、利用者・家族の思いをくみとれること。家族の要望ではなく、利用者のニーズに基づいてケアプランを作成できることも重要ではないか。
- ・あすなら苑におけるケアの方針を、利用者が納得できるよう説明できること。出来ないことは出来ないとはっきり伝えること。やはり、研修で講義内容は理解できても、利用者へ上手く説明出来るということは別のことであり、困難な場合がある。色々な大変な経験をしてきたからこそ多くの引き出しを持っている。個別の対応を柔軟に行うことや、相手が納得するように説明することは、技術としては高いレベルのものであり、主に主任が対応することになる。
- ・また、利用者に必要な支援を、介護保険外の資源も組み合わせ提供できるかも重要である。
- ・あすなら苑のケアは、他の事業者と比べて、「利用者本位」のケアと感じている。
- ・以前は、「あなたは明日から主任ね」と言って決めていた。現在は、主任候補の研修がある。将来マネジメント出来そうだと判断できれば、主任候補の研修を受講させるようにしている。
- ・3人の主任の共通する点は、あすなら苑の経験が短い、マネジメントに関する資質があるとい

【調査編】

うことである。

2. あすなら安心ケアシステム

(チームに対する考え方について)

- ・居宅サービスでは、**訪問介護だけでなく、デイ、ショート、ケアマネの全てを含めてチームだと認識しており、サービスを越えてコミュニケーションをとるべきだが**、全職員にその意識が浸透しているわけではないため、今後全員で同じ考えのチームを作りたいと思っている。
- ・デイを利用している人に対しては、デイの職員を通して情報を共有するというように、利用者が利用するサービスによって、チーム体制が変わるが、人が足りない時は他のサービス職員に応援を頼む。あすなら苑全体のチームで支えていると思っている。
- ・当初は縦割りで各サービス単位で主任を配置していたが、3年前に居宅という単位で複数サービスを管轄する主任を配置することになり、現在は3人配置されている。
- ・こうした主任配置のメリットは判断が早いということである。**3人の主任は、定期巡回、通所介護、短期入所生活介護をそれぞれ主担当としているが、何か判断する時には必ず3人で相談するため、判断が早い。**通院介助している間に、通所介護やショートの段取りもすることができるようになった。サービスの垣根なく相談できる環境をつくったことが最も影響しているのではないか。
- ・主任一人では決定せず、必ず別の主任に相談している。以前は、ケア会議をする日を決めてから相談するという流れであったが、現在はその場で相談することができるようになった。
- ・例えば、60～70歳代の利用者で、定年退職後にやるのが特になく、認知症を患って要介護1になり、自分のことは自分でできる状況であるが、言っていることの意味が分からないと家族から相談を受ける。しかし、出来ることは沢山ある。本人も足が弱って来ているため、いかに外出してもらおうかを考えている。ケアマネジャー、現場の職員も含め、**居宅サービスに関わる職員全員でアイデアを出し、その人の自立を支援する方法を検討**している。
- ・職員は、「**利用者の最期まで支える**」という意識を大切にしており、あすなら安心支援システム等も含め、**利用者の状況に応じて柔軟にマネジメントを行う**ようにしている。
- ・あすなら安心支援システムには、100名超の職員（事務職員も含む）が、高齢者1名に対し職員1名で関わっており、高齢者の状態を大体把握している。利用者は、何かあった時は、あすなら苑があるから安心と感じているのではないか。来る予定の利用者が来なかった場合は、利用者宅に訪問し、様子を見るようにしている。あすなら安心ケアシステムが必要になった場合は、しっかりとピックアップする体制としている。

(利用者の状態を予測する能力について)

- ・利用者の状態変化への対応については、普段、直行直帰をする登録ヘルパーも利用者に変化があれば報告してくれる。月1回、**登録ヘルパーも利用者全体会議に出席させており、そこであすなら苑の方針を伝えている。**
- ・観察ポイントの教育等は行っていないが、相談を受けられる体制としており、実際によく相談に乗っている。

(その他)

- ・在宅の仕事に向いていない人や、自分のことしか考えていない人は辞めていく。10の基本ケアをした後、どのような状態になるのかをイメージできず、10の基本ケアをどうしても納得できない人。

3. マネジメント

(主任のマネジメントについて)

- ・長時間労働は不適切なケアにつながると考えており、あすなら苑では、残業をせず早く帰れるよう、労務管理を行っている。以前は、デイで、送迎をして、入浴介助手伝い、明日の準備や家族対応をしていて長時間労働となっていた。そのため、主任になりたくないという人が多かった。現在の居宅単位での主任の配置は、当初1人であったが、プレッシャーも大きく休むことも出来ない状態であったため、現在は3人に変更した。色々試行錯誤してきている。
- ・本来主任はマネジメントをする人であるにもかかわらず、**マネジメントしながら、若手のトレーニング等もするというのは非常に難しく、現在はトレーナーという役職を設置している。ある程度業務を分化していないと、適切なマネジメントは出来ない。**

4. 人材育成

(ケアマイスター制度について)

- ・マイスターは、10の基本ケア全てできるようになると取得できる。**マイスターの取得が、主任への昇格要件となっている。**例外もあるが。現在、マイスターは4人いる。
- ・Cコースは、経験年数3年以上で受講資格があり、10の基本ケアの1～5まで出来る人。Bコースは1～7まで出来る人。Aコースは1～10まで出来る人である。マイスターは、ケアマネジャーの資格を持っていて、10名以上の職員を集めてマネジメントを出来る人を認定する。

【調査編】

【介護職員へのヒアリング】

日時	平成 27 年 9 月 8 日 (火) 13:00~14:30
場所	あすなら苑

1. マネジメント

(主任のマネジメントについて)

- ・マネジメント出来ないが、ケアの技術が優れている人もいる。**マネジメント能力の半分は資質も重要だが、半分は鍛えることが出来る**と思う。
- ・主任候補の要件をあげるとすれば、**サービスの垣根をこえて利用者を見ることが出来る、対応が早い、周囲の意見をよく聞き自らも積極的に意見を出す、トライ and エラーを繰り返す**、といったことが考えられる。

(元生協職員の主任について)

- ・マネジメントについて、あすなら苑で求められているものは、前職（生協）と大きく変わらないと思うが、**一つの目標に向かってメンバーの力を発揮できるようまとめていくこと**である。
- ・技術・専門的な内容ではなく、**いきいきと働ける環境づくり**をする。今ネックとなっていることが何かを探すということに重点を置いている。
- ・他の主任からみた特徴としては、事務作業が早く、**瞬発力・判断力に優れている**点。社会人としての経験も豊富で、**対人面でも、家族、職員に対して「大人の対応」**ができる。生協勤務時代は、顧客対応する機会があった。

(他法人と比較したあすなら苑のケアの特徴)

- ・他の法人の特養の中には、**ケアの方針が存在せず、むやみに利用者を廃用症候群にさせてしまっている**ところもある。あすなら苑は、苑の方針が明示されており、方針とずれていなければ自由にやらせてもらえるし、意見も聞いてもらえる。

2. 終末期ケア（事例を基に）

(終末期のチーム体制、看取りの手順)

- ・あすなら苑では、看取りの流れ・仕組みが出来上がっている。また、他の法人の介護職員は、利用者が急に亡くなると感じるケースもあると思うが、**あすなら苑の職員は、ずっと看ているので、いつ頃亡くなるのか見当がつく**。
- ・看取りに関してはある程度形が決まっており、段取りが殆ど統一されている。まず、看取り1週間前までに、利用者への思い入れがある人、看取りに必要な技術を持つ人、教育上の観点から看取りの経験をさせたい人を中心に、メンバーを選抜してチームを作る。そこでは、ある程度のマニュアルは作成している。家族を呼ぶ、看護師を呼ぶ、医師を呼ぶタイミングや手順については、**ある程度の時間を設定したマニュアルがあるため、それを適切に実施していく**。医師の対応は、看護師かケアマネジャーが行う。後は泊まるだけという段取りをしている。
- ・看取りに関する意向確認書を実施し、チーム内で共有している。経過とともに、家族の意向も変

わっていくので、定期的に確認するようにしている。

- ・最期の対応は重要で、家族が私たちだけで看取るからといっていても、職員が適切に関与するようにしている。

【特養介護職員・総務へのヒアリング】

日時	平成 27 年 9 月 8 日（火） 14:30～16:30
場所	あすなら苑

1. 人材育成

（ケアマイスター制度）

- ・10の基本ケアは、事業所間のケアのばらつきを是正する働きをもっている。**ケアの技術よりも、ケアの方針や考え方を共有することに意味がある**と考えている。
- ・ケアの考え方を統一するために2014年度にケアマイスター制度を開始した。
- ・ケアマイスター制度に職員に対する手当も反映しようと考えている。職員800名のうち、600名が定時職員となっており、ケアマイスターは定時職員も含めて育成していく方針である。
- ・C級マイスターは、現在14名となっている。

（マネジャー（育成・実践）ゼミナール）

- ・ユニット型のチーム力を上げるためのマネジメント能力を育成するために、実施している。ここでは、**座学ではなく事例研究を通して、個々のケースを「いかにチームで乗り切るか」という観点から研修を行っている**。主任候補を各事業所の主任等が選抜して参加させる。主任候補の人物像は、リーダーシップを取ることができ、報告・連絡・相談が出来る人である。リーダーシップは、必ずしも前面にたつて行う必要はなく、後方支援しながら共有型のマネジメントをする人もいてよいと考えている。

（外部向け講座）

- ・外部に向けた講座を開設しているが、目的は、発表する事で自分に足りないものを発見すること。

2. 主任の役割・機能

- ・54床の特養に2名の主任を配置している。
- ・主任とはどういうものかについて、業務内容等は前任者から引き継いで把握していた。
- ・主任になったことで、職員の色々なことを見なければならぬので、責任感が強くなった。新人がどこまで出来ているのか、主任同士で共有している。また、特養と在宅の主任で話すことは多い。
- ・特養の主任としての仕事は、会議資料作成、**新人の状況把握、職員の仕事ぶりの把握、職員教育、入所者の状況変化があった時の家族対応や医師への相談等**。

(2) 事例調査Ⅱ (株)グッドライフケア (東京都中央区)

日時	平成 27 年 12 月 11 日 9:30~12:00
場所	(株) グッドライフケア東京 東京本社

1. 法人としてのケア方針

- ・「グッドライフケアの基本観」を全職員が持ち歩いている。「**利用者本位・自己決定、自立支援、ケアの専門性を日々研鑽していきます**」が一つの柱になっている。

(利用者本位の考え方)

- ・「利用者本位のケア」は、職種によって考え方が異なるので、研修等を通じて多職種でディスカッションを行い、互いの考えを知ることが重要ではないか。
- ・人間(職員)の主観は消えるものではないので、完璧な「利用者本位のケア」は提供できないと思う。むしろ、「利用者本位のケア」は完璧には提供できないものだとして認識することが重要で、それを教育にも反映させている。
- ・介護職の中には、**利用者の表面的な希望は把握できても、その奥にあるニーズまで分析することはできていない人も**いるのではないだろうか。女性のヘルパーが良いと本人が言っているからといって女性のヘルパーを担当させるのではなく、なぜ女性が良いのかを聞いて、その奥にあるニーズに応じた提案をすることが重要ではないか。「**聞く力**」が何より重要だと思う。
- ・本人が**口に出して言えないこと、心の中にしまっていることを、どのくらい引き出したり、予測したりできるか**が重要である。多くのケアプランは、本人の言葉を聞かず、身体の状態だけを見て作成されているのではないかと思う。家族関係や経済的な状況も含めて、利用者を包括的に理解することが求められる。

(自立支援の考え方)

- ・「自立支援」については、大きく二つの考えを持っている。一つは、**在宅でできることを伸ばす、残存機能の維持(できれば向上)に資するケアを実施する**ということである。アセスメントでは、心身機能の低下やできないことに着目しがちだが、できることに着目することが重要である。もう一つは、**疾患や障害をもつ以前の生活を継続できるように、その人らしい生活を支援すること**である。あまりお風呂に入らなかった人が、サービスが入ることで以前よりも清潔になることは、ある意味その人らしさ、尊厳を壊しているともいえる。その人の生活習慣やリズムにあわせることも重要である。計画作成や職員への指導にあたっては、この2つの観点を重視している。

2. 介護人材の役割

(アセスメント、状態変化への対応)

- ・定期巡回の計画作成責任者と訪問介護のサービス提供責任者は、本来は同レベルの資質を持つべきと考えるが、実際には、アセスメントの質に違いが出ている。**アセスメントというのは、アセスメントする日を決めて行うものではなく、日々サービスに入る時に行い、都度、計画に反**

映すべきものである。定期巡回は介入する頻度が高いためこれが実践できるが、訪問介護では訪問頻度が低く、定期巡回と同じレベルでアセスメントするのは難しい。

- ・アセスメントについては、計画作成責任者やサービス提供責任者が行うだけでなく、**ヘルパー自身も観察・報告できるよう、個々の利用者で観察すべきポイント（インスリン注射をうっているか、血糖値、尿量の確認など）を、計画作成責任者・サービス提供責任者・看護師から伝え、異変がある場合はすぐに報告するように伝えている。**
- ・こうした観察ポイントの共有や報告は、定期巡回や、同社で訪問介護・訪問看護を提供している場合は実施しているが、訪問介護・訪問看護の組み合わせで一方が別法人の場合は難しいケースが多い。
- ・訪問介護事業所の中には、観察・報告という意識が訪問介護員に十分に浸透していないところもあると思われる。また、グッドライフケアでは、**体温や血圧の測定結果の確認・判断は、看護師が行うが、測定そのものは介護職員が実施しても問題ないとの考えでヘルパーが行っている。**これも他の事業所では実施していないところもあると聞く。
- ・訪問介護・訪問看護の組み合わせは、定期巡回と比べて、状態の変化についていくのが難しいのではないだろうか。別法人が提供している場合は、なおさら難しくなる。
- ・利用者の状態変化に対応するためには、複数の目が入ることが重要ではないか。利用者としては、職員を固定することを望まれるが、看護師でも介護職でも、**一人の職員がずっとみているだけでは微妙な変化を察知する事が難しいため、シフト上必ず複数の担当者が入るようにしている。**

(計画作成、ケアマネジャーとの連携)

- ・以前は、ケアマネジャーの意見が強く、訪問介護や定期巡回からサービスに関する提案をしても、なかなか受け入れてもらえなかった。そのため、利用者の生活リズムに合わせるのではなく、サービス調整をして一日・一週間の流れをつくるというケースが多かった。しかし最近では、訪問介護や定期巡回（実際は、珍田氏や濱崎氏など）からケアマネジャーに対し、（自社ケアマネ、外部ケアマネ、問わず）意見や提案を行うことも多くなっている。
- ・利用者の状況を一番よく見ているのは、サービスを提供している事業者であるため、事業者の意見をケアマネジメントに反映することが重要と考えている。**サービス提供内容、提供時間、他のサービスとの組み合わせ、随時対応の判断（訪問すべきかどうかの判断をケアマネジャーではなく定期巡回側で判断するなど）などについて、ケアマネジャーに意見・提案することが多い。**
- ・定期巡回では、**長時間の生活援助**について、湯銭パックの購入や配食サービスの利用を促し、ヘルパーが行うのは、温めや配膳等にとどめる工夫をしている。施設経験のある人が定期巡回をやりたいと応募してくるケースが増えている。
- ・実際のケアプランは、保険者の影響が大きく、保険者としての方針が明確な区と方針がない区、長時間サービスに否定的な区とそうでない区によって、ケアプランの傾向に違いが出ている（5区にまたがって、サービスを提供していることにより、各区の差を把握出来ている）。

(看護師との連携)

- ・どのような利用者でも看護師の視点が入ることが重要である。定期巡回の月1回のアセスメント

【調査編】

はヘルパーの教育にもつながり、サービスの質が向上していくため、大きな意味がある。

- ・看護師と介護職・ケアマネジャーでは、チームケアに対する意識が異なる。看護師は医療機関で一人では何もできないことを理解しチームケアをたたきこまれる。一方、介護職やケアマネジャーは教育課程で、そうした意識を醸成する機会が限られているので、チームケアに対する意識がどうしても低いのではないか。

3. ケア方針を実践するための組織体制等

(情報共有の仕組み)

- ・利用者の状況については、G フォースという ICT ツールで情報共有されている。その利用者に関わる職員は全員閲覧できるようになっている。別法人の職員も閲覧できるようにしてはいるが、あまり活用されていない。
- ・情報共有は、以前は連絡ノートを活用していたが、G フォースを使うようになってから情報の質が向上していると感じる。具体的には、**心身面のリスク、観察のポイント、ケアを実施する上での注意点などが共有されるようになり、特に看護職やリハ職といった他職種やケアマネジャーの異なる観察のポイントが確認できることで職員の育成にもつながっている**。ICT ツールに変えたことで、リアルタイムでの共有、俯瞰して利用者の状況を捉えること、訪問前に状況が分かるため適切に準備できること等が、情報の質の向上に影響しているのではないか。日々の状況を共有することで、ケアマネジメントへの反映も行われている（自社ケアマネ率は東京都内 5 区で平均約 70%）。

(人材配置)

- ・定期巡回と訪問介護のヘルパーに求められる資質の違いは、**定期巡回は、自立支援に向けた声かけや短時間訪問による生活のリズムづくりができること、訪問介護では、生活援助ができること**である。そのため、訪問介護のヘルパーには高齢の女性が多い。定期巡回の計画作成責任者は、約 10 年の特養や施設での介護経験がある人が必ず必要である。
- ・管理者と計画作成責任者・サービス提供責任者の役割の違いは比較的明確となっている。**管理者は、勤務管理など管理業務が主となり、計画作成責任者・サービス提供責任者は、個々の利用者のサービス提供における責任者**となっている。運営推進会議や地域ケア会議には、管理者以上の職位の人が出席することになっている。外と関わることで気づくことがあるため、能力があれば、計画作成責任者・サービス提供責任者にも、出席してもらいたいと思っている。
- ・ヘルパーは、介護や支援を実践する役割だが、計画作成責任者・サービス提供責任者や管理者になると他者に「伝達する」「教える」という業務が多くなる。また、看護師との連携にあたっては、専門用語がヘルパーには難しいため、翻訳して伝えるということも行っている。

(人材育成)

- ・自立支援の考え方や観察のポイントを各職員に徹底するため、計画作成責任者やサービス提供責任者は**介護手順書を作成**している。また、ヘルパーと同行訪問して、**観察のポイントや心身のアセスメント（できることの見極めなど）を現場で指導**している。
- ・グッドライフケアでは、年間 13 の研修を実施している。中級レベルまでは技術力を磨く研修と

- なっており、上級者研修になるとマネジメントと熟練コースに分かれるようになっている。どちらのコースを選んでも、昇格テストをクリアすればサービス提供責任者に昇格することができる。
- ・サービス提供責任者の昇格テストでは、技術力、計画作成、契約の説明をみる。契約の説明では、介護保険制度の説明や当社と他社の違いを説明できるかをみている。
 - ・高校卒業直後に新卒入社した人は、調理のレベルにばらつきがあるため、「調理実習」を研修の中に組み込んでいる。

(チーム組成)

- ・チーム組成においては、利用者の特性に応じてそれに見合う技術力をもつ職員を担当させている（拒否傾向がある場合は、コミュニケーション力の高い職員をつける等）。このマッチングは、3Dで捉える必要があり、非常に難しく、かつ、利用者の満足度を得るのに最も重要な点でもある。
- ・最初のアセスメントでサービス提供責任者がどの程度利用者の状況を把握しているかによって、マッチングの難易度が変わってくる。

【調査編】

(3) 事例調査Ⅲ 社会福祉法人 恵仁福祉協会（長野県上田市）

【訪問介護事業所 管理者へのヒアリング】

日時	平成 27 年 12 月 17 日 9:30～11:30
場所	高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ 会議室

1. 訪問介護事業所の概要

- ・訪問介護の利用者は 56 名、要介護 2・3 が比較的多い。ターミナルの対応もしている。重度になってくると、ショートステイを中心としたサービス利用にシフトする傾向がある。
- ・職員は、常勤職員が 8 名、登録ヘルパーが 11 名。常勤職員 8 名のうち、訪問介護の管理者が 1 名、夜間対応型訪問介護の管理者兼面接相談員が 1 名、訪問介護のサービス提供責任者が 3 名、夜間対応型訪問介護の面接相談員 1 名となっている。
- ・常勤職員は、夜間対応型のオペレーターができるように、全員介護福祉士をもっている。また、ヘルパーとして訪問もしている。
- ・訪問介護計画の作成は、サービス提供責任者と訪問介護員の 2 名体制で作成している。

2. 介護職等の役割・業務とその分担

(常勤ヘルパーと登録ヘルパーの役割分担)

- ・訪問先での業務内容は、常勤ヘルパーは身体介護中心、登録ヘルパーは生活援助中心となっている。常勤ヘルパー 8 名のうち 4 名は、特養での経験がある。登録ヘルパーは高齢で、常勤ヘルパーに比べると身体介護の経験も少ない。

(モニタリング、情報共有)

- ・生活援助を中心に提供している利用者でも、状態の変化をモニタリングするため、月に一度はサービス提供責任者が訪問している。その際、生活援助の提供内容の適切性も確認している。
- ・**退院直後のケース等では心身面のリスクがあるため、看護師・ケアマネジャー（・家族）から、水分・尿量・排便といった観察ポイントに関する指示が出る。**看護師から指示が出るケースは、同法人の場合は看護師→サービス提供責任者、他法人の場合は看護師→ケアマネジャー→サービス提供責任者という流れで指示が出る。

(日々の状況に応じた対応)

- ・ヘルパーが訪問した際、利用者の様子がいつもと違う場合は、ヘルパー→事務職にいる常勤職員→ケアマネジャーのルートで連絡をとる。その場でその日の介護内容を相談して判断し、後でケアプランに反映している（訪問介護計画への反映はその後に対応）。
- ・訪問看護を利用しているケースで、訪問時に利用者の異変がみられた場合は、基本は、ヘルパーから事務所にいる常勤職員に連絡し、訪問看護に相談すべきか判断する。ただし、明らかに様子がおかしいなど**緊急を要する場合は、ヘルパーから（ケアマネジャーをとばして）直接訪問看護に連絡**する。この対応は、訪問看護が他の法人の場合はやりにくさがあるため、急変しやすい

ようなケースは、ケアマネジャーが法人内の訪問介護と訪問看護で組んでいることが多い。

- ・訪問看護との連携は、他法人の訪問看護の場合、訪問看護からの連絡はケアマネジャーを通して
くるため、顔の見える関係が築きにくく、何かあった時に直接は相談しにくい。
- ・サービス提供にあたっては、家族への介護指導（腰に負担のかからない介護方法など）も行っ
ている。また、何かあれば（ケアマネジャーを通さなくてもいいので）直接連絡をしてくださいと
伝えており、それが家族の安心につながっていると思う。

（ケアマネジャーへの情報提供）

- ・ヘルパーは、ケアマネジャーより利用者の状況を把握している。**利用者自身のことだけでなく、
家族介護者の状況（家族の実際の介護力など）、利用者・家族の変化も把握しているので、ケア
マネジャーに情報提供している。**
- ・あわせて、ケアプランに関する提案を行うこともある。ADL の低下を受けた身体介護の時間拡
大、（ケアマネは認識していない）生活援助の必要性などを提案することがある。
- ・他法人のケアマネジャー率は、全体で3割、要介護者のみでは2割程度となっている。

（サービス提供責任者の役割・業務）

- ・サービス提供責任者には、利用者の生活をみる力、伝達する力が求められる。在宅ケアでは、ケ
アの統一が何より重要であるため、得られた情報を、どれだけ正確に、かつ、迅速に伝達でき
るかが重要である。
- ・サービス提供責任者の役割は、日々の介護内容の決定、ケアマネジャーへの連絡、他のサービ
ス事業者（デイ・ショート・訪問看護など）との調整、ヘルパーの割り振り（シフト作成）となっ
ている。
- ・サービス提供責任者に求められる能力は、自分もっている情報の中で必要な分だけを峻別し伝
達できること、また、利用者の様子を観察し気づくことができることである。**訪問看護やケアマ
ネジャーから観察のポイントに関する指示は出ていても、やはり自分自身で気付ける力は必要
である。**
- ・このような能力を身につけるためには、経験と成功体験の共有が必要ではないか。その点では、
随時開催されるミニカンファレンスは、重要な教育の場となっている。その場で、ケアの指導、
観察ポイントの共有、ヘルパーが困っていることの相談などが行われている。
- ・在宅ケアの難しさは、利用者だけでなく、家族や生活環境も影響して、生活の状況に個別性が高
く、また変化していくということ。利用者本人の気持ちだけでは決められないことも多い。

3. ケア方針を実践するための事業所体制

（カンファレンスの開催）

- ・同じ利用者を担当している職員同士がケア内容を統一することが何より重要と考えており、定期
的なカンファレンスに加え、随時ミニカンファレンスも行っている。利用者の状況の変化をふま
え、ヘルパーの対応を変更すれば良いレベルか、ケアプランの変更が必要なレベルかといった検
討も、その場で行っている。

【調査編】

(情報共有の体制)

- ・利用者の状況「日々の変化やケア内容の変更等」については、連絡ノート（利用者別ではない、一冊に集約されたもの）に記載して事務所に置いている。ヘルパーは公用車を使用して訪問することとなっており、基本的に緊急時を除いては直行することはないので、その連絡ノートを確認してから訪問することになっている。
- ・訪問介護と訪問看護の事業所が隣接しているので、同法人の訪問看護を利用している場合は、口頭で情報交換することも多い。また、**訪問看護を利用していない利用者について、看護師に相談することもある**。症状のことは看護師でないと分からないし、看護師に相談できる環境は、ヘルパーの安心感にもつながっているのではないかな。
- ・デイやショートを併用している場合は、各事業所の職員と利用者の情報を共有している（介助の際に見つけた体の傷など）。**デイ・ショートの事業所が同じ敷地内にあるので、デイやショートでの様子をヘルパーが確認することもある**。また、**居宅のサービス担当者会議は、基本的に利用者宅で開催しているため、デイ・ショートの職員も、その時に自宅での様子を確認している**。

(チーム組成)

- ・毎日朝夕 2 回の介護が必要な利用者の場合は、常勤職員 8 名全員で対応、週 1 回程度で生活援助が必要な利用者の場合は、登録ヘルパー 3 - 4 名で対応することが多い。生活援助で薄く入る場合でも、利用者との信頼関係の構築が重要なため、担当のヘルパー数はあまり増やさないようにしている。

(介護保険外サービスの提供)

- ・今般、訪問介護事業所で、保険外の生活支援サービスを提供することになった。通院介助、衣替え、大掃除、買い物などを想定している。保険外サービスのみを担当する職員を新たに採用するほど業務は発生しないと見込んでおり、現状では新たな職員の採用は想定していない。まずは、常勤のヘルパーが対応し、実際のニーズを把握しようと考えている。
- ・なお、これまでは、保険外の生活支援ニーズに対しては、シルバーを利用してきた。この地域では、雪かきでシルバーがすでに定着しているため（個々の高齢者宅の雪かき担当が決まっている）、活用しやすかった。

(夜間対応型訪問介護の提供)

- ・**夜間対応型訪問介護を開始してからは、利用者を 24 時間の視点でとらえることで、夜間コールが発生する予測ができるようになった**。また、（夜間対応型ではなく）訪問介護を利用している場合でも、何かあればコールを受けられ、必要に応じて夜間加算として訪問出来る体制があるので、利用者の安心につながっていると思う。
- ・定期巡回に参入しないのは、事業所からの距離の問題があるためである。片道 30 分かけて移動する訪問先もあるため、現状では定期訪問が組めず、もう 1 ヶ所拠点があれば難しいと考えている。

(人材育成)

- ヘルパーに対する指導は、サービス提供責任者が同行訪問し、仕事の手順等を確認している。ケアの統一を重視しているため、どのサービス提供責任者についても同じように学べるとの考えから、同行するサービス提供責任者はあえて固定していない。

【特養 リーダーへのヒアリング】

日時	平成 27 年 12 月 17 日 11:30～12:30
場所	高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ 会議室

1. 介護老人福祉施設の概要

- 職員は 52 名、うち常勤職員は 46 名程度となっている。看護師は 7 名（常勤 5 名、パート 2 名）となっている。介護職の常勤職員は 41 名程度で、うち 4 名がチーフ（いわゆるユニットリーダー）、1 名がリーダー（チーフのまとめ役）となっている。
- 定員数は、従来型の本体施設 30 名（+ショート 22 名）、ユニット型の横尾サテライト 10 名、大畑サテライト 10 名（+ショート 2 名）となっている。チーフは、本体施設、本体施設のショート、横尾サテライト、ユニット型の大畑サテライトに各 1 名配置されており、本体施設のショートには補佐役としてサブリーダー 2 名が加えて配置されている。
- チーフは、介護福祉士をもっており、職員をまとめられる人が着任している。サテライトのチーフになるためには、日本ユニットケア推進センターが主催するユニットリーダー研修（講義研修 3 日間、実地研修 5 日間）を受講する必要がある。

2. 介護職等の役割・業務とその分担

(非専門職の活用)

- 以前は、配膳から食事介助まですべて職員が行っていたが、衛生面について家族からクレームがはいたり、現在は病院のような配膳ワゴンを使い栄養管理のスタッフが配膳している。その他の非専門職の活用については、ボランティアや入所者家族が不定期に活動している程度で実態はほぼない。

(チーフの役割・業務)

- チーフは、勤務表の作成、月 1 回のユニット会議の資料作成、リーダー+チーフ+施設長での会議内容の伝達を主に担っている。
- チーフの候補者の条件は、感情コントロールのきく人。介護職員は若い世代も多くストレスを抱えやすいため、話を聞いて受け止め、かつ、まとめられる人でないと務まらない。

(介護計画の作成)

- ケアプランは、主にケアマネジャーが作成しているが、入所者のユニットの看護師、歯科衛生士、管理栄養士、居室担当、チーフ、生活相談員も協働している。ケアマネジャーが入所者の目標を

【調査編】

設定し、それに応じたケアの内容は各専門職が提案している。

(看護師への相談、家族への対応)

- ・ **看護師への相談は、特定の職員ではなく全ての職員が随時行っており、こうした経験を通じて看護師が使う専門用語に慣れていく。** 医師への連絡は看護師が担当している。
- ・ 家族との連絡・調整は主に管理者が担っているが、家族の来訪時などは居室担当が対応するため、各入所者の家族の特徴などもふまえて居室担当を決めている。

3. ケア方針を実践するための事業所体制

(居室担当制、介護記録のダブルチェック)

- ・ 特養とショートでは、入所者の急変を未然に防ぐため、看護師の意見を取り入れ、**各入所者のバイタル等の経過を1週間まとめて確認できる様式を活用している。**これを、**居室担当（入所者の担当者）が1週間毎に確認し、気になることがあればチーフに相談することで、早い段階で入所者の状態変化に気付けるため、入院者が激減した。**稼働率が上昇することで、経営面でもプラスになっている。
- ・ 入所者のバイタルは、毎日確認しているが、**毎回確認する職員が異なるため、異変に気付かないことがある。**居室担当という担当者を決めて1週間毎に確認することでダブルチェックの機能が果たされている。また、**入所者によって「普通」（いつもの状態）の状態には違いがある（排泄回数など）ため、担当者を決めることで、その入所者にとって「普通ではない」状態を見極められるようになった。**
- ・ この様式は入所者別となっており、排尿・排便、水分量、体位交換、受診、機能訓練、入浴等の状況が記録されている。以前は、食事・排泄など介護行為ごとに記録が行われており、入所者単位で情報が集約されていなかった。
- ・ この様式を活用することで、例えば熱発していても、記録を見れば、水分量が足りていないからだとか、だから痰が絡みやすいということが分かるようになった。
- ・ 月3回の入居会議の中で、基礎介護や看取りに関する研修を行っており、その中でこの様式の見方についても教育している。
- ・ 以前は、誤嚥性肺炎による緊急入院や、胃ろうで喀痰吸引の必要な入所者の入退院の繰り返しが多かった。特養の職員としては、入院してくれた方がむしろ安心という反応だった。しかし、入所者の重度化に伴い、疾病経過を予測して予防的に対応する介護が求められるようになってきた。看護師が予測して介護職に伝えることで、介護職の不安が軽減され、これが離職率の低さにもつながっていると思う。

(情報共有の体制)

- ・ 利用者に関する情報共有の機会としては、入所者ごとに本人が設定した目標を達成するために、ケアの内容に必要なことは何かを話し合う担当者会議が、認定の更新時期や利用者の状況変化のタイミングで開催されており、本人、家族、チーフ、居室担当、生活相談員、各専門職（看護師、歯科衛生士、管理栄養士）が出席している。そこで挙げた内容が、介護計画に反映されていく。

- ・このほか、毎日の申し送りも行われているが、情報量が多すぎるという課題を抱えている。「特変」（熟発しているなど）に関する情報を共有することにはなっているが、「特変」の定義があいまいなため、不要な情報まで伝達されている場合があり、伝達内容の取捨選択が今後の課題である。

（職員の育成）

- ・新任の職員は、最初の3～4カ月（夜勤者の場合はもう少し長い期間）はエルダー（いわゆるチューターであり、経験年数の目安は3年程度）について業務を覚えていく。**教育では、「なぜその介護を行うのか」「なぜそれを優先するのか」といった根拠を伝えることを重視しており、エルダーは必ず根拠を説明するよう徹底している。また、入所者の生活リズムや、各入所者の「普通」（いつもの状態）を把握できるよう、教育している。**
- ・特養では、着任して最初の3～4カ月はエルダーについての業務となるが、その後は経験年数に関わらず同様の業務をこなすことが求められる。経験年数によって担当するユニットを一人で担当しなくてはならないため、優先順位の付け方も身につく。

（ターミナルケアの体制）

- ・ターミナルのケースでは、まずは、医師から家族に説明を行い、家族が特養での看取りを決めると、会議を開催する。その後、入所者の状況の変化に応じて、随時会議を開催するとともに、状況の変化を家族に伝達し、都度、家族の意思を確認するようにしている。ターミナルでは、家族の意思が揺らぎやすいため、何度も確認するようにしており、一度決めたことが変わっても良いということも家族側にも伝えている。

【小規模多機能型居宅介護事業所 統括リーダーへのヒアリング】

日時	平成 27 年 12 月 17 日 13:30～15:00
場所	高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ 会議室

1. 小規模多機能型居宅介護事業所の概要

- ・小規模多機能型居宅介護の事業所は3箇所、加えてサテライトが1箇所となっている。
- ・各事業所に、管理者は1名ずつ、ケアマネジャーは1-2名ずつ配置されている。

事業所名	利用登録数	合計職員数	職員の内訳
大畑	16	9	管理者1名、ケアマネジャー1名、看護師(パート)1名、常勤介護職6名
国文	16	8	管理者1名、ケアマネジャー2名、看護師(常勤)1名、常勤介護職3名、パート介護職1名
南天	17	8	管理者1名、ケアマネジャー2名、看護師(常勤)1名、常勤介護職3名、パート介護職3名
新田 (南天サテライト)	15	8	ケアマネジャー2名、看護師(パート)1名、常勤介護職2名、パート介護職3名

- ・サービス提供にあたっては、訪問を重視しており、大畑では平均して月25-30回訪問している。中には、訪問だけの利用者もいる。

【調査編】

2. 介護職等の役割・業務とその分担

(常勤介護職とパート介護職の役割分担)

- ・常勤介護職とパート介護職の役割は、基本的には同じだが、小規模多機能の場合、急な延長や訪問といった対応が随時発生するので、それに対応できる人材としてパート介護職を確保している。

(管理者・ケアマネジャー・看護師の役割・業務)

- ・家族との連絡窓口はケアマネジャーと管理者、運営推進会議は管理者、ケアプラン作成や要介護認定の申請はケアマネジャーが、担当している。各職員からの報告は、ケアマネジャーと管理者に行われる。
- ・事業所外との連携としては、訪問看護・訪問リハ・福祉用具などの他の介護サービス事業者、病院の地域連携室、医師等との調整や連絡が発生する。訪問看護との連携はケアマネジャー、管理者、看護師のうち誰がするかは特に固定されていない。他の介護サービス事業者はケアマネジャーか管理者、病院の地域連携室はケアマネジャー、医師はケアマネジャーか看護師、家族からの相談への対応は看護師が主に担っている。
- ・看護師は、体調管理、医療的な処置、服薬確認などについて家族との相談が主な役割となっている。しかし、看護師は、事業所内での看護しかできないため、自宅での看護が必要になると訪問看護の利用につないでいる。
- ・利用者の近隣住民や民生委員等との連絡対応は、ケアマネジャーと管理者が行っている。本人・家族の承諾があれば、近所に名刺を配っている。

(日々の状況に応じた対応)

- ・**利用者の情報は、ケアマネジャーに随時入ってくるので、柔軟な対応が可能**となっている。各ケアマネジャーが担当する利用者は決まってはいるが、事務所に不在のこともあるので、情報を共有し互いにフォローしている。
- ・訪問した際、利用者がいつもと様子が異なる場合は、ヘルパーがケアマネジャーもしくは管理者に連絡して指示をあおいでいる。体調に問題がありそうな場合は看護師の指示を受けて確認を行う。

(退院患者の受け入れ)

- ・退院患者を受け入れる場合は、病院の地域連携室との連絡調整はケアマネジャーが行うが、退院時のカンファレンスには、ケアマネジャー・管理者・看護師の3名が出席する。
- ・退院時の情報提供は、主治医が所属する医療機関とは異なる医療機関に入院していた場合は、十分な情報が得られないことがある。しかし、医療機関側の意識も変わってきており、小規模多機能で行われているサービス内容が分かれば提供すべき情報が分かるのではないかとということで、近日中に、近辺の医療機関が視察に訪れることになっている。なお、小規模多機能の利用者が入院する場合は、食事・入浴・排泄の状況や既往歴などを医療機関に情報提供している。

3. ケア方針を実践するための事業所体制

(情報共有の体制)

- ・介護記録としては、訪問・通い・泊りでの提供内容、家族の状況、地域との関係などを4色で記載する実行表があり（利用者別にはなっていない）、事務所に保管されている。
- ・本人とともに移動する記録としては、連絡帳と利用者固有の記録表の2種類がある。連絡帳は、バイタルや体調など基礎的な情報が記載されており、家族が気になっていることを書き込むことができる。**利用者固有の記録表は、心臓病の場合は血圧等の記録シート、排尿コントロールが必要な場合は排泄シートなど、利用者の疾患・障害に応じた記録表が活用されている。**
- ・事業所の中に、管理者、ケアマネジャー、看護師、介護職がそろっているので、定期的なカンファレンスもあるが、**随時行われていることも多い**。担当職員が不在の際にカンファレンスが行われた場合は、連絡ノートに記載して伝達している。

(担当制)

- ・各利用者に対し、ケアマネジャーと介護職のペアで担当が決まっている。利用者の介護記録は、毎月担当の介護職が確認している。

(職員の採用・育成)

- ・職員採用については、小規模多機能では訪問・通い・泊りに加えて随時対応も頻発するので、ある程度の経験を持つ職員を採用するべきと考えている。

【経営層へのヒアリング】

日時	平成 27 年 12 月 17 日 15:00～16:30
場所	高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ 会議室

1. 介護人材の役割・業務に関する考え

(マネジメント業務と介護提供業務)

- ・確かにマネジメントの業務は重要だが、それを好まない職員もいるため、**マネジメント以外のキャリアパスを用意するなど、適材適所の考えが重要**である。
- ・**マネジメント職につくためには、現場経験は必須**である。生活相談員や社会福祉士の資格取得にも、介護職としての現場経験を要件として加えてもらいたいと考えている。
- ・生活援助は、資格を持たない職員でも実施できる単純な業務ではなく、**生活援助を通じてアセスメントすることが重要**である。

(利用者本位のケア)

- ・利用者本位のケアを行うには、想像力を働かせることが重要と考えている。一度、特養で異食があり、職員会議では、その原因を認知症の症状悪化ではないかと議論していた。しかし、グループホームの職員にたずねたところ、原因は空腹であることが分かり、実際に体重が減少している

【調査編】

ことも確認された。グループホームの職員は生活を見る視点に優れているということだと思ふ。想像力を働かせ、原因を一つ一つつぶしていくことが重要である。

2. 法人のケア方針を実践するための組織体制等

(職員の採用・育成)

- ・職員の新規採用については、毎月採用面接を行っており、今年も 5 名の新規採用が決定している。
- ・職員の人材育成は、まずは特養で鍛えるところからはじまる。特養での介護を経験することで、利用者の変化に気づけるようになる。**特養で鍛えられた職員が、各地区のグループホーム・小規模多機能の管理者になっている。施設は、介護に適した環境が整っていて、専門職のバックアップもあるが、在宅に出ていくと、個別的な対応・判断が求められることになる。**
- ・職員は、身体介護や生活援助を行っている意味や目的、利用者の目標を理解できないと、離職してしまう。**人材育成においては、「なぜその介護をするのか」という理由を説明できることが重要**と考えている。
- ・新人研修は、周辺の法人と協力し、3 法人合同で行っている。ただし、採用は別々に行っている。
- ・新人研修の終了後は、まずは特養で育成するが、3 年目でキャリアの方向性を提示し、5 年目に選択することになっている。キャリアの方向性としては、①特養の中でステップアップしていく、②認知症に特化し、認知症デイやグループホームでステップアップする、③社会福祉士としてステップアップする、の大きく 3 パターンある。職員は先が見えないと辞めてしまうので、3 年目あたりで幾つかの選択肢を示すようにしている。
- ・看護師の確保・育成については、周辺 2 法人との協働で、市内の看護師を対象に、年間 10 回、移乗・移動などの介護、腰痛などの疾患、看取り等に関する講習を行っており、病院・介護老人保健施設、介護施設から参加がある。

(理念の明示、定着に向けた取組)

- ・現在、法人に所属する職員は 200 名、**ケアの方針を定着させるためには明確な理念が必要**と考えている。**恵仁福祉協会では、「アザレアン宣言」を毎月の職員全体会議で復唱したり、その意味を考えたりしている。**
- ・法人の理念は栄養であり、そこで育つ木がチームケアである。多職種協働することで大きな気になることができる。
- ・法人の理念は、先輩の仕事を見ながら学び、皮膚呼吸のようにしみ込んで定着していくものだと思う。
- ・風通しを良くしておくことも重要であり、ヒヤリハットの報告を躊躇なくあげるよう職員を促している。施設長が分析し、毎月の職員会議で報告している。

(居室担当制、介護記録のダブルチェック)

- ・特養の居室担当は、サービス担当者会議の際、利用者・家族に対し、利用者の状況について説明することになっている。**居室担当の経験を通じて、利用者や家族のことをより深く知るとともに、情報の整理や言語化のスキルを身につけていく。**

- ・特養で活用している1週間単位の記録表は、グループホームでも活用している。毎日、職員が目が入っていても、見ている人が毎日異なるため、同じ目でモニタリングする仕組みが必要と考えた。これを活用することで、薬の副作用の確認や入院に至ったケースの原因分析もできるようになった。
- ・この記録表を活用するようになって、**特養3施設では2年7カ月の間、入院者が出ていない。**年間の入院者が200人でも良い方と聞いているので、一般的な特養では考えられない数値と思われる。**日々の健康管理、服薬状況の確認、脱水等への未然の対応ができるようになったことが影響している**と思う。

【調査編】

(4) 事例調査Ⅳ 大牟田市

【大牟田市保健福祉部へのヒアリング】

日時	平成 27 年 8 月 5 日 10:00～12:30
場所	大牟田市役所

1. 認知症コーディネーターの経緯・概要

(認知症に関する取組の経緯・概要)

- ・平成 12 年に介護の質確保として認知症ケア研究会を発足したのが認知症コーディネーター養成研修の始まり。介護の現場から、身体拘束禁止に向けた認知症に対する支援が必要との声が多かった。また、デンマークの認知症ケアを学ぼうと講師を招聘した時に、市内の事業者を集めたのがきっかけとなった。この認知症ケア研究会の発足により、施設ケアから在宅ケアにシフトするようになった。
- ・**認知症の人を支えるのは行政のみでは難しく「まちづくり」として取り組む必要がある。**そのためは、行政と事業者との協働が必要と考えた。**事業者が介護の現場でニーズを把握し、それを受けて行政が仕組みをつくる**という関係を構築していった。
- ・窓口での相談対応で最も多く聞かれたのは、「認知症を診てくれる信頼できる医師がいないのか」という声だった。そのニーズに応えようとする、認知症に関する勉強会だけでなく、地域のあらゆる関係者で支援するためのまちづくりが必要だった。そうした**市としての思いをメッセージとして明確に発信しながら取組を進めてきたことに大きな意味があった**と思う。
- ・初めに着手したのが市民を対象とした実態調査。本人・家族、地域住民、医療機関、介護事業者を対象に実施した。
- ・平成 15 年に認知症ケア研究会、介護サービス事業者、利用者、民生委員、老人クラブ、公民館、小学校、タクシー事業者で認知症に関する勉強会を開催した。地域は、元々、認知症に対する問題意識があり、老人クラブ会長が脱水予防のため、2日に1回高齢者宅に水を届ける活動を行っていたこともあって、抵抗なく参加してもらえた。
- ・このほか、子どもへの教育として絵本づくり、予防的な取組として、ショッピングセンター等を活用した「もの忘れ予防・相談検診」を実施している。

(認知症コーディネーターの養成)

- ・認知症コーディネーターの養成は、認知症に対する支援体制を専門職から広げていくための取組。平成 13、14 年度に単発的に研修を実施したが、体系的に学びたいとの声があがり、平成 15 年度から現在の形態の研修が始まった。
- ・**地域包括支援センターの受託法人、小規模多機能、グループホームの指定を受けている事業者の場合、指定を受けるためには、最低 1 名は、認知症コーディネーター養成講座の修了生を配置しなければならない。**最近では、包括や介護事業者だけでなく、急性期病院の看護師の受講や他の自治体からの受け入れもおこなっている。
- ・目的は本人がより良く生きることであり、目的の共有は常に行っている。知識や技術、情報とい

った専門性は「本人本位」のケアを提供するためのベースに過ぎない。また、自分でできることをサービスで実施する必要はなく、本人本位に向けた支援の仕方、自立支援のあり方が重要となる（ライフサポート）。

- ・ **研修で学んだことを現場に持ち帰り実践する「研修レビュー」を重視**している。現場で実践して研修レビューを記載し、それを持ち寄って意見交換するというサイクルとなっている。
- ・ 市長名の修了証書を授与することで、行政として認めた証としている。**修了して終わりではなく、その後、事業所内でケアを実践しまちづくりに取り組んでもらう。これを事業所内に限定せず地域を基盤に実践する人を「認知症コーディネーター」としている。**単に修了した生徒には、コーディネーターの呼称は認めていない。
- ・ 認知症コーディネーターは現在6名で、認知症サポートチームの核となり、困難事例への対応、事例検討会、なんでも相談窓口などを行っている。

2. ディスカッション

（養成研修の参加状況）

- ・ 受講生の職種としては、看護師が多い。医療的知識が非常に重要なので有利だし、論理的に物事を説明したり記述するトレーニングを元々受けている。最近では社会福祉士も増えてきた。介護職では、小規模多機能や特養が多く、訪問介護員は過去2名（うち1名は同法人が小規模多機能も運営）しかいない。
- ・ 研修の参加条件の中に、認知症介護の経験5年以上を設けている。受講生の所属は、医療機関、介護事業者、社協、包括など。
- ・ 研修の受講生の中には、知識や技術のみを求める人など、趣旨に合わない希望を持つ者もいる。市としては、**知識や技術はあくまで手段と捉えており、学習した後に実践に落とすことやその過程でのディスカッションに重きをおいていた。**それを理解できず、途中でやめる人もいるし、市から辞退するよう伝える場合もある。小規模多機能の事業所には修了者の設置を義務付けているため、モチベーションなく参加するケースもみられる。
- ・ 行政としては、こうしたドロップアウトする研修生について説明を行う責任があり、担当者としては、負担が大きいですが、この部分も重要である。

（養成研修のカリキュラム）

- ・ 養成研修では、**認知症の人を支えるまちづくりの担い手となってもらうことを重視しているため、ファシリテーションの講義などを取り入れている。**
- ・ 研修カリキュラムは、認知症コーディネーターのデンマークのハンドブックを日本語訳したものが、テキストの基本となっており、加えて、外部講師が作成するテキストもある。
- ・ 研修カリキュラムの中に組み込まれている基礎知識は、本来であれば、現場に出る前に資格取得の教育段階で身につけることだと思う。研修カリキュラムも立上当初から変化してきており、疾患に関する講義は比較的短く、ケアマネジメントに関する内容には力をいれるようになってきている。
- ・ 研修時間は現在406時間（2年）であり、以前の研修から時間数は増加してきている。時間数の増加は実地研修部分の増加による。

【調査編】

(研修修了後の現場への波及)

- ・養成研修の修了後に担ってほしい役割については、規定があるわけではないが、学習した成果を現場で他職員に波及させることをねらいとしている点は明示している。
- ・研修修了生の配置による効果としては、認知症の対応力が向上することで、事業所全体の負担感が軽減されるというのはあると思う。
- ・研修修了後に、学習成果を現場にフィードバックする時には、1年目は現場の理解が十分に得られず多くの場合、苦戦している。2年目になってようやく周囲の職員にも理解が広がって、個別事例の対応に反映されていく傾向がある。
- ・修了生も地域づくりに取り組むが、それを常時行う人が認知症コーディネーター。認知症コーディネーターは、委託費として一カ月あたり5万円程度が所属の事業所に支払われており、おおよその目安として月間50時間程度の従事が定められている。研修プログラムの中で、地域づくりを体験する機会を実践学習として取り入れている。
- ・なお、認知症地域支援推進員は行政職員が配置されており、認知症コーディネーターとは一致しない。認知症サポートチームは、厚生労働省のいう「認知症初期集中支援チーム」と同一である。

(小規模多機能への修了生の配置)

- ・小規模多機能の3分の2は医療法人が運営している(1法人1事業所)。3年たっても登録者10名、持ち出しが出て仕方がないと受けとめている法人もある。経営効率がよくないという部分があるが、医療法人が他事業の利益を投入して維持している部分はあると思う。そうしたこともあって、単独の法人が複数の小規模多機能を展開する事例がないのかもしれない。地域交流施設は、(小規模多機能に併設ではなく)単独で設置されているところもあり、1小学校区に2つ程度、計40箇所程度となっている。
- ・養成研修の修了生の配置を小規模多機能に義務づけたのは平成18年度中の事業所指定からなので、配置されていない小規模多機能も少数であるが存在する。

(「高度な人材」に対する考え方)

- ・支援を必要とする人のために、仕組みまで作り上げられる人。次世代の人材も出てきている。地域の関係者と対話しながら認知症カフェをつくるなど、行政が仕組みをつくってあげるのではなく、自分で地域づくりを進められる人ではないか。
- ・また、基盤として、「人間観」が大事。「人は皆、個人価値の高い一人の『人』である」という言葉がすべて。認知症の本当のプロは、行動や症状を客観的に分析して受け止められるということではないか。パーソンセンタードケアの本質は、その人の力を見極めてどう引き出すか、その根本には「同じ人間」との認識が必要である。
- ・地域の中には、リノベーションやまちづくりボランティアに取り組んでいる若者がいる。地域づくりに取り組む人の素質は、郷土愛が根本にあるということではないか。

(大牟田市における人材育成の今後の課題)

- ・養成研修のプログラムは、スポットで参加できるようにしているので、研修プログラムに入らな

くても認知症について学べるようにしている。ヘルパーも参加可能。

- ・認知症コーディネーターの養成で目標としている「本人がもつ力を最大限引き出せるスキル」は大変高度なもので、薄給の人材にはなかなか求められないと思う。養成研修の受講を義務付けている小規模多機能の職員には、行政側から給料を補てんしたいとさえ考えている。養成研修を受けてスキルを身につけても、現場に戻った後に給料が上がらないというのは一つの課題である。
- ・**高度な人材を育成するのみでは不十分であり、現場で役割を発揮できる仕組みを行政がつくる必要がある**と考えている。一方で、修了生が年々増えていけば、彼らの新たな発想で仕組みが作られていくのではないかと楽観視している部分もある。いずれにせよ、行政が、どういうまちをつくりたいか常にメッセージを明確に発信していくことが重要と考えている。
- ・現状では、市職員が多大な手間をかけて養成研修を運営している。この研修の意義や必要性を次世代の市職員が理解して継承できるかが一つの課題である。立ち上げの際の精神や熱意を次の世代に引き継ぐのは難しく、**事業がルーティン化することで、本質的に重要な部分が研修プログラムから欠けていくことを懸念**している。
- ・認知症とは状態像が異なる要介護者への対応としては、和光市のような介護予防ケアカンファレンスを週2回行っている。本人の力を引き出す点では、認知症ケアと共通していると思う。養成研修の内容も、認知症だけでなく介護全般に通じる部分があるので、スポットでも参加してケアに取り入れてもらいたいとは思っている。
- ・ケアマネジャーのレベルアップも今後の課題である。ケアマネ連絡会は、小規模多機能系とそれ以外で二分化している。囲い込みケアマネの排除も必要である。

【社会福祉法人東翔会へのヒアリング】

日時	平成 27 年 8 月 5 日 14:00～16:00
場所	グループホームふぁみりえ

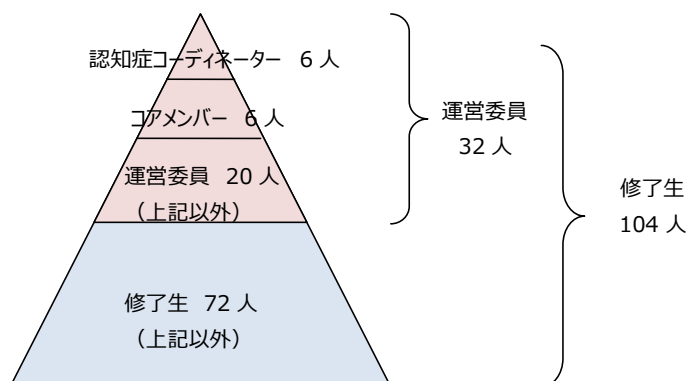
1. 認知症コーディネーター・養成研修の位置付け

- ・介護現場における認知症への対応力を強化するため、市が、認知症コーディネーター養成研修や認知症サポートチームでバックアップしているという構造である。
- ・修了生が各事業所に配置されていることで、小規模多機能のケアの質の向上が図られている。
- ・**認知症コーディネーターの養成は、大牟田市では「ベクトル合わせ」の意味を持つ。**2年間の研修では、知識の習得だけでなく、意識の醸成、特にパーソンセンタードケアの意識が醸成される。また、受講生には、包括や医療機関など様々な所属の人材がいるため、**研修期間中に受講生同士のネットワークが形成され、終了後の実践で活用されている。**実際に、現場に戻った後の個別事例の対応では修了生と出会うことが多いようである。連携先に修了生がいると、ゴールを言わなくても共有できるという印象である。
- ・認知症を地域で支えるまちづくりにおいては、認知症サポートチームや認知症コーディネーターの存在よりも、各事業所や機関に修了生がいて垣根なく連携できる効果の方が重要である。

【調査編】

2. 認知症コーディネーターの取組状況

- ・大牟田市における人材は、上から、**認知症コーディネーター（6名）、コアメンバー（6名）、認知症ライフサポート研究会の運営委員（20名）、養成研修修了生（約70名）**という構造となっている（認知症コーディネーターは、修了生2名、コアメンバー4名）。コアメンバーが取組の内容を検討し、運営委員が動いている。さらに、養成研修に参加可能性のある候補者がその下に、数百人いるのかもしれない。
- ・認知症コーディネーターは、認知症サポートチームとして、認知症の困難事例の対応などに関わって本人・家族の思いを代弁する役割を果たしている。困難事例としては、若年性認知症のケースが多い。
- ・市内の認定者数は7,000人、認知症サポートチームに寄せられる相談件数は昨年度43件であった。認知症サポートチームでは、定例カンファレンスで困難事例の支援方法も検討しているので、介護事業者の安心につながっているのではないかと。
- ・認知症コーディネーターになると、週1回の相談窓口への出向も含め、業務が相当量あるため、修了生なら誰でもなれるわけではない。市の認知症施策の8割程度の業務を委託されているという印象である。地域担当制となっており、北部担当・南部担当で分かれている。
- ・認知症コーディネーターは、相当の頻度でワーキングを行っているため、各々が個別の法人に所属しているという感覚は薄く、市の実働部隊という位置づけ。



3. 認知症コーディネーター養成研修の運用状況

- ・これまでの修了生のうち、看護職と介護職が概ね半々くらいで、中にはOTやPT、通所介護や訪問介護の介護職もいる。ただし、認知症コーディネーター6名は、全員看護師である。コアメンバー・運営委員の中には、介護福祉士やソーシャルワーカーもいる。
- ・本法人の現場の（事務職などを除く）職員は140名中7名が修了生となっているが、小規模の法人では職員十数名に1名修了生がいたりする。市内で最大規模の法人は、組織内の中核的な人材を養成研修に出して、外部機関・団体と連携しやすくするなど戦略的に活用している。
- ・同じ法人から複数の応募がある場合は、絞ることも行っている。
- ・養成研修に参加する際は、参加者が所属する事業所や機関の所長・理事長などが推薦状を書くので、研修の趣旨やねらいとしている効果は、トップも理解した上で参加者が出てきている。
- ・養成研修は、より多くのケアマネに受講してほしいが受けてもらえない。ケアマネのスーパービジョン研修があることや、認知症に限定された研修というイメージがあって、受講するメリットを感じてもらえないのだと思う。

- ・養成研修により人材育成は進んでいるが、事業所等によっては現場に戻った後に人事評価に反映されないという課題がある。市独自の加算をするか、県の認知症介護研修（認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症対応型サービス事業管理者研修）のみなし措置による加算ができるかよい。
- ・今後の展開としては、修了生 100 名が現場で対応した 100 の事例集を作成することで、全体の底上げをねらっている。

4. 養成研修などにおける人材育成の考え方

- ・認知症コーディネーターは、養成研修修了生や運営委員の中から、日頃の活動や連携、認知症支援への姿勢や熱意、仕事ぶりを見ながら選出している。**認知症コーディネーターの能力としては、マネジメント能力が重視されている。**なお、養成研修では、責任者レベルであることが参加条件に含まれており、事業所等でマネジメントの立場にいる人が参加している。
- ・養成研修を修了できない人は、理念の情勢や共通視点の理解や視点の転換が図れない人である。それらは、初期・中間・最終ミーティングにて確認し、評価している。また、研修レビューの中でも評価している。
- ・考え方を理解し、**研修での学習成果を介護現場で実践に落していくと、研修レビューの内容が単なる知識の羅列からケアの各論に変わっていく。**そこで、本人中心のケアを実践に落とす努力をしているかどうか分かる。できているかどうかではなく、努力しているかどうかを重視している。フィードバックを繰り返しながら、実践におとしていく。
- ・**レビューが書ける能力は、研修で理解したことを現場の課題と照らし合わせて実践に落としこむ力と関係しているのではないか。**理解力や伝達力も関係しているか。
- ・必要なのは、考え方を理解した上で、現場に落とせる人、落とせる努力をしている人であり、ベクトル合わせをしながら現場を引っ張っていけるリーダーとなる人である。
- ・修了生に看護師が多いのは、看護師は元々医療と介護をつなげる役割を担っており、医療知識をもっているからではないか。**認知症への対応では、医療知識を包括的に持っている必要はないが、医師や看護師に判断を委ねるべきポイントが分かる能力（医療の介入の必要性を判断できる能力）が必要**である。研修カリキュラムは、2年間修了すれば背景職種に関わらずトリアージはできるようにはなっているが、看護師の方が有利ではある。
- ・他方で、**看護師は、視点が医療面に偏りがちなので、生活・ライフサポートの視点を持つ必要がある。**介護職は言語化が弱い人もいて、カンファレンスでの発言が的を射ていないケースもあるので、それを研修レビューで克服していく。研修生には、2年間同じ運営委員が担当としてついて、研修レビューを評価していく。
- ・従来なら施設入所を考えるパターンが、研修修了生であるケアマネが関わることで本人の希望を尊重して在宅を継続したケースがある。**カギはケアマネで、認知症に関する知識と周囲を説得できる力が大きな要因となった。**また、元々、本人と地域住民の関係が良かったことや、認知症 SOS や模擬訓練により地域内の意識醸成ができていたことが、功を奏したと考えられる。

【調査編】

- ・訪問介護員は訪問したタイミングで仕事をするのみで、その前後関係に意識が向かない傾向がある。**小規模多機能は包括的なサービスである以上、前後関係に対する意識が重要であり、養成研修を受けることで、そうしたスキルを身につけることができる。**
- ・こうした中で、訪問介護が育たない状況となっており、実際に訪問介護の事業所数は少し減少している。認知症への対応力が不十分なため対応できていないケースも多い。小規模多機能を拠点に訪問介護を展開するのが、理想的だとは思う。

5. 養成研修候補者の基準

- ・誠実さ等の人間性、向上心、人に対する気配り、利用者や職員の目に見えないところまで配慮できる気配り、協調性、チーム全体で考える力などが考えられる。
- ・**単純に知識だけを身につけようとする人は、現場に帰った後で身に付けた知識と現実が不整合なため、周囲の職員を批判する立場になってしまい、現場にあったアプローチで実践に結び付けることができない。**上から現場の職員に指図する立場になって、現場とかい離してしまい、退職や起業する人もいる。そうした声を受けて、**ファシリテーションやサーバントリーダーの研修を取り入れるようになった。**
- ・現在、養成研修の候補者レベルに達しない人材を、研修候補レベルに引き上げることで、小規模多機能を中核とするライフサポートを地域全体で実現しやすくなると思う。

【医療法人東翔会へのヒアリング】

日時	平成 27 年 8 月 5 日 16:30～18:00
場所	小規模多機能型居宅介護ぷらいえ

1. 法人（東翔会）の概要

- ・東翔会の医療法人では、老健、通所リハ、認知症デイ、居宅、小規模多機能を運営しているが、経営状況は悪くない。社会福祉法人では、GH、小規模、認知症デイ、ケアハウス、デイ、ヘルプ、看護、居宅を運営している。
- ・医療法人では、事業所間で異動するのは年間 2 名程度である。医療法人の職員数は、介護部門 50-60 名で、医師をいれると 100 名弱。社会福祉法人には、300 名の職員が勤務している。
- ・最近、他施設・法人からの転職が多く、新卒採用は少ない。若手の職員は必要だが、小規模多機能ではベテラン層が主力にならないとケアが成り立たないので人材確保が難しい。

2. 小規模多機能事業所ぷらいえの状況

- ・ぷらいえには、ケアマネ 1 名、看護師 1 名、介護職 6～7 名（うち 2 名が主力）が所属している。
- ・訪問介護＋訪問看護の組み合わせだと、介入する時間が限定され、随時対応も難しい。その点、小規模多機能では、必要に応じた単発での介入や徘徊時の迅速な対応も可能で、認知症を支援する上で利点が多い。
- ・小規模多機能では、**本人のニーズに応じて柔軟にケアを提供できるほか、知っている職員が継続的に関与できる**ため、特に認知症の場合は利用者の安心感につながるのではないかと。
- ・小規模多機能では、ケアマネとケアにあたっている職員の間で利用者の情報を共有しやすい。朝夕のミーティングなどを活用している。
- ・小規模多機能事業所の連絡会では、事業者合同で事例検討会を行っており、知見も共有している。事業所間で利用者を引き継ぐ時も情報共有しやすい関係ができています。

3. 認知症夫婦の対応事例

- ・認知症夫婦を小規模多機能にて支援したケース。要介護 1。
- ・スーパー、郵便局、近隣住民など、周辺の関係者にあらかじめ情報提供することで、何か異変が見られれば小規模多機能に連絡が入るようにしていた。
- ・手帳を活用して本人の思いを確認、ご主人への思いの強さが周辺症状に影響していると分析し、可能な限り一緒に時間をすごせるよう配慮した。
- ・民生委員からの施設入所の勧めに対し、包括、小規模スタッフ、家族とともに話し合い理解を得た。

4. 認知症ケアと介護人材に求められる能力

- ・認知症介護はマニュアル通りには行かないので、頭が固い職員は難しいのではないかと。徘徊があるからといって施錠してしまう等、**職員側の都合で役割や支援をかためてしまうのは好ましくない。**

【調査編】

- ・ 職員の勉強会では、認知症の人がなぜ混乱するのか、自分でよく考えてほしいと伝えている。本人の思いを把握することは手帳などがあれば誰でもできると思うが、それを介護に反映するには一定のスキルが必要である。
 - ・ 認知症のケアでは、本人の思いをくみとる重要性を認識していても、繰り返しの対応に疲弊してしまいやめてしまう職員もいる。利用者の抵抗が強い時などには、経験の長い職員から対応方法を助言することもある。
 - ・ 訪問介護や通所介護は、サービスに入っている間しか見ていない職員もいるが、前後関係をとらえて生活全体を意識したケアを提供できる職員もおり、そういう職員が家族から信頼を得られる。
 - ・ **小規模多機能で、前後関係を意識するスキルを持つ職員が育ちやすいのは、サービス提供上それが求められているから。包括払いによって、24時間365日の在宅生活全体を支えることが契約として意識されているからであり、特に、ケアが提供されていない時間帯に利用者がどういう状態であるかを常に考える習慣があるためだと思う。訪問介護や通所介護では、契約上そうした生活全体をみることを義務付けられていない。職員がどういう機能を発揮するかは、その人の能力だけでなく、どういう契約の業務を行っているかにも大きく左右されるのではないか。**
 - ・ 「前後関係を意識する」「空白の時間を読む」というのは、暑い時期であれば水分補給に確認する、暖房・冷房の間違いに注意する、転倒の可能性があれば訪問回数を増やす or 受診を勧めるといった対応である。
 - ・ 小規模多機能における介護職とケアマネの仕事の違いとしては、家族に対する支援内容を特定するのはケアマネの仕事ではないか。
 - ・ 医療機関の受診時には、本人の情報をケアマネがシートにまとめて、看護師が付き添って補足説明しているが、介護職も同じことができなくてはいけない。
 - ・ **認知症の人を抱える家族は感情が表に出てしまい、本当のニーズが医師に伝わらないことが多いので、そこをいかに正確に伝えるかが重要である。その時にはケアマネだけでなく介護職と連携して情報を整理する必要がある。**
 - ・ 認知症と認知症でないケースでの大きな違いは、本人の意思が明確かどうかである。それにより、ケアの方法も変わってくる。
 - ・ **介護福祉士を持っている人の方が、本人・家族への対応力が高いとは感じる。単純にコミュニケーション能力が高いというより、背景にきちんとした知識があるという印象。介護職としてのつかうべき表現、なすべき態度が養われている。ただし、介護福祉士をもっている、そうしたスキルを持っていない人もいて、その点では、看護師の方が資格の有無がより明確に分かる。**
- ### 5. 認知症コーディネーター養成研修の効果
- ・ 養成研修は、年度によってカリキュラムが異なり、年々時間数が長くなってきているので、修了年度によって見つけたものが異なる。本事業所では、異なる年度で研修を受けた人が複数いるので、ノウハウが蓄積されている。
 - ・ 研修を受けることで、**自分だけができるという状況から、他の職員の動きに目を向けたり、地域ネットワーク構築に向けて具体的にやるべきことがみえてくるのではないか。資質そのもの**

はあまり変わらないかもしれない。

- ・研修を受けたことで、**助けてほしいと外側に発信できるようになったのは大きい。個人で対応することの限界を理解することができた。**
- ・研修を受ける前は、支援方法に「これで良いのか」という気持ちがあったのが、修了後は迷いが減ったという印象がある。**利用者の気持ちにどうこたえるか、どうチームを形成するかを自分で考えて対応できるようになったのではないか。**学校を出ただけでは、管理者やリーダー層になったときに迷うことが多い。研修を受けることで、**介護だけではなく高齢者の生活を支える社会資源全体に視野が広がるのではないか。**
- ・また、研修を通して仲間ができる点は大きい。前後1年を含めると市内で30名の仲間ができることになる
- ・元々、養成研修の受講は本人の申請のみで良かったが、現在は、本人の申請に加え、管理者の推薦状が必要となった。それだけ組織は責任をもって研修参加者を出す環境になっている。

6. 養成研修候補者の基準（管理者が推薦状を書く条件）

- ・**利用者・家族と、単独で（ケアマネもなしで）やりとりできるかどうか**が重要である。自分の確立したやり方というよりも、**相手の状況に応じて、対応方法を柔軟に変えられる資質**が求められる。
- ・**なぜそのケアを行うのか説明できることは最低限必要である。**自分が答えられない部分は、**医師や看護師に確認して返答する**といった切り分けができることも求められる。日頃自分がやっているケアの**視点・目標・考え方**などを説明できなければ、**本人や家族、地域住民、医師の理解も得られない。**施設内で完結している場合は、あまり求められないかもしれないが、在宅では特に求められる。長々と説明しないで簡潔に説明できる力。その点でカリキュラムの研修レビューが役立っていると思う。
- ・また、管理者としては、**受講後に組織内で還元してくれそうな人**を選出したい。
- ・**その人にとっての自立支援は何なのかを考えていくことが重要だが、そのこと自体が難しい。**利用者の思いに応える上で、その支援が利用者や職員にとって本当に実現可能かについては、職員間で議論になることもある。

第5章 検討会

1. 検討会での議論（まとめ）

本調査結果を踏まえ、検討会にて委員より出された意見や議論内容について、以下、整理をおこなった。

図表 5-1 議論内容の整理

テーマ	意見
生活援助	<ul style="list-style-type: none"> ○ 生活援助を通して利用者や家族の状況を把握することで、アセスメントや介護計画の見直し等に繋がっている場合もあり、介護福祉士等が必要に応じて関わる必要があるのではないか ○ 訪問介護における生活援助は、身体介護と同時提供している場合が多く、分けて考えることの不合理性はあるのではないか ○ 訪問介護と定期巡回では、買い物、調理にて提供実態に差が出ており、定期巡回では効率化が図られている可能性がある ○ 今回の調査では、毎日（毎回）実施しているかどうかを聞いており、実施している業務の時間配分は職員によって異なる点は考慮して検討すべきか ○ 業務には一連の流れがあり、トータルで提供した方が、職員の目が統一されるという意味で、分化を図らなくて良いものもあるのではないか ○ 介護人材の資源を有効に活用するという意味では、生活援助を介護福祉士が提供していることに問題があるという論調もありえる。一方で、施設や事業所の職員構成（そもそも介護福祉士が多い／少ない）によっても業務分担の状況は異なるのではないか ○ 介護福祉士に生活援助の知識が不要ということではない点は留意すべき
身体介護	<ul style="list-style-type: none"> ○ 食事、調理、掃除等の業務自体は難しくないが、家族等との関係性の構築や日々の様子の変化の気付きなどは、専門性が求められ、教科書で教えたもので良いというわけではない ○ 重度者の身体介護は、現場で覚えていくのではなく、トレーニング受けた人がやるべきという議論もあり、誰でもやっていいということではない ○ 在宅では難しいが、施設だからこそ分業が可能になっており、無資格の人が多く関わっていると同時に介護福祉士も関わっているという実態があることを示す必要がある
介護職のリーダー	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問介護はサービス提供責任者がリーダー的な存在だが、特養では人材が多岐にわたり、リーダーの意義付けも異なっている。法令上、職員の中にリーダーを配置すべきではないか ○ リーダーは、認知症や看取りとは別の角度で、熟練や能力が必要となるのではないか ○ アセスメント等にて情報収集をおこない、同職種、他職種にケア方法等を提案することが、チームリーダーの求められる役割として必要である。現時点で十分に教育されているというわけではなく、また、日々の業務でもそれらの能力は高まっていないのではないか
養成・育成	<ul style="list-style-type: none"> ○ アセスメントを実施し、介護過程に展開していくことを介護福祉士がやるべきリーダー的役割とすべきではないか。現在の教育の中には入っておらず、人材育成が重要ではないか ○ 資格取得方法が一元化されていないことは課題であり、一定の高等教育が必要であるという視点でなければ、専門職は育たないのではないか ○ 介護福祉士を取得してから高度化して行くときに、「継続教育」は重要である。現場とリンクした教育システムとすべきではないか

【資料編】

1. アンケート調査票（実施要領、A. 施設・事業所票、B. 職員票）

介護人材の役割・業務に関するアンケート調査

【アンケート調査 実施要領】



本調査票は

【

として、ご回答下さい。

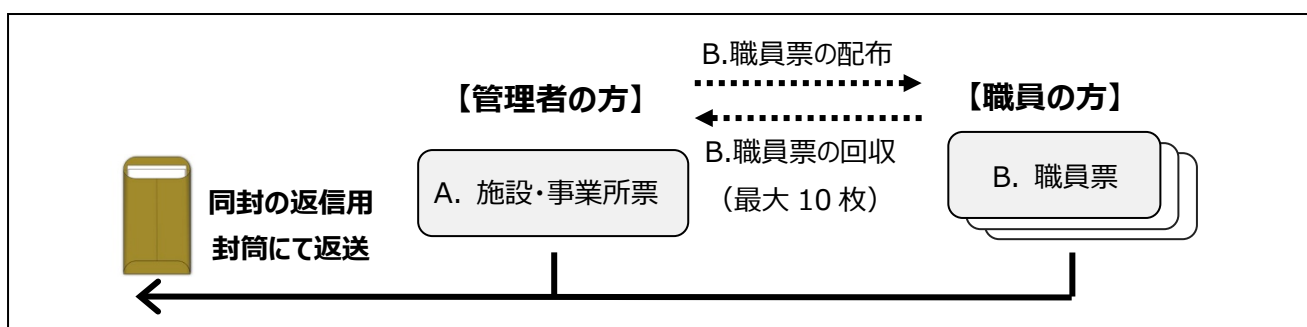
1. 本アンケート調査の構成

アンケート調査票は、「A.施設・事業所票」、「B.職員票」の2種類となります。各調査票の回答条件は以下の通りです。

	回答条件等
A.施設・事業所票	<ul style="list-style-type: none">○施設・事業所の管理職の方がご回答ください。○平成 28 年 1 月 1 日時点で以下の介護サービスを提供している施設・事業所が対象となります。
B.職員票	<ul style="list-style-type: none">○介護サービスに従事している職員の方がご回答下さい。○介護サービスによって、回答対象となる職員、回答職員数が異なります。 詳細については、 裏面「3.」 をご覧ください。

2. 調査票の回答、および返送の手順について

「B. 職員票」については、**管理者の方より該当する職員に配布**をお願いします。回答が終了した「B. 職員票」を回収していただき、同封の返信用封筒にて **2月10日（水）までに**、「A. 施設・事業所票」とともにご返送ください。



3. 「B.職員票」に回答いただきたい職員の方、および回答いただきたい職員数について

「B.職員票」にご回答いただきたい職員の方、および職員数は以下の通りです。対象職員数が「2～4名」の場合は、最大で4名までご回答ください。対象となる職員数が下記の人数に満たない場合は、在籍している職員の範囲でご回答ください。

貴施設・事業所が提供する介護サービス	対象職員	対象職員数
①訪問介護	a.サービス提供責任者等のリーダー格	2名
	b.訪問介護員（a.以外） （正規職員/経験年数が長い/介護福祉士/等の方）	2～4名
	c.訪問介護員（a.以外） （非正規職員/経験年数が短い/初任者研修修了/等の方）	2～4名
②通所介護	a.介護職員（リーダー格）	2名
	b.介護職員（a.以外） （正規職員/経験年数が長い/介護福祉士/等の方）	2～4名
	c.介護職員（a.以外） （非正規職員/経験年数が短い/初任者研修修了/等の方）	2～4名
③定期巡回・随時対応型訪問介護看護	a.計画作成責任者	1名
	b.訪問介護員（リーダー格）	1名
	c.訪問介護員（b.以外） （正規職員/経験年数が長い/介護福祉士/等の方）	2～4名
	d.訪問介護員（b.以外） （非正規職員/経験年数が短い/初任者研修修了/等の方）	2～4名
④小規模多機能型居宅介護 ⑤看護小規模多機能型居宅介護	a.介護支援専門員（計画作成担当者）	1名
	b.介護従事者（リーダー格）	1名
	c.介護従事者（b.以外） （正規職員/経験年数が長い/介護福祉士/等の方）	2～4名
	d.介護従事者（b.以外） （非正規職員/経験年数が短い/初任者研修修了/等の方）	2～4名
⑥認知症対応型共同生活介護	a.介護支援専門員（計画作成担当者）	1名
	b.介護職員（リーダー格）	1名
	c.介護職員（b.以外） （正規職員/経験年数が長い/介護福祉士/等の方）	2～4名
	d.介護職員（b.以外） （非正規職員/経験年数が短い/初任者研修修了/等の方）	2～4名
⑦介護老人保健施設 ⑧介護老人福祉施設	a.介護支援専門員	1名
	b.介護職員（リーダー格）	1名
	c.介護職員（b.以外） （正規職員/経験年数が長い/介護福祉士/等の方）	2～4名
	d.介護職員（b.以外） （非正規職員/経験年数が短い/初任者研修修了/等の方）	2～4名

介護人材の役割・業務に関するアンケート調査

【A：施設・事業所票】

○「アンケート調査 実施要領」の表面、住所記載欄の右上にある番号（4ケタの数字）をご記入ください。

実施要領に記載されている番号（4ケタの数字）	
------------------------	--

○貴施設・事業所名、およびご回答者様のお名前、ご連絡先についてお伺いします。

貴施設・事業所名			
お名前		電話番号	

設 問	選 択 肢 等
平成 28 年 1 月 1 日時点のサービス提供状況についてお伺いします	1. サービス提供を休止している、廃止した →ここまでの回答で結構です。本調査票を同封の返信用封筒にて返送してください。ご協力ありがとうございました。 2. サービス提供中である（※利用者0人の場合も含む） →以下の設問にご回答ください。

1. 貴法人についてお伺いします（※平成 28 年 1 月 1 日時点について）

設 問	選 択 肢 等
Q1. 法人の種別 (ひとつに○)	1. 営利法人 2. 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) 3. 社会福祉協議会 4. 医療法人 5. NPO(特定非営利活動法人) 6. その他()
Q2. 法人全体の従業員数 (ひとつに○)	1. 9 人以下 2. 10 人～29 人以下 3. 30 人～49 人以下 4. 50 人～99 人以下 5. 100 人～299 人以下 6. 300 人以上
Q3.法人の開設年	西暦【 】年
Q4. 法人が提供しているサービス (番号にいくつでも○) ※各選択肢には地域密着型サービスも含まれます	1. 包括系サービス（定期巡回型、小規模多機能型、看護小規模多機能型、夜間対応型） 2. 訪問系サービス（訪問介護、訪問入浴、訪問看護、訪問リハ、居宅介護支援） 3. 通所・入所系サービス（通所介護、通所リハ、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護／療養介護） 4. 居住系サービス（特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護） 5. 施設サービス（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設） 6. 医療サービス（病院、診療所）

2. 貴施設・事業所についてお伺いします（※平成 28 年 1 月 1 日時点について）

設 問	選 択 肢 等
Q5. 貴施設・事業所が実施している介護サービス（ひとつに○） ※従来型/ユニット型の併設の場合はいずれにも○	1. 訪問介護 2. 通所介護 3. 定期巡回随時対応型訪問介護看護 4. 小規模多機能型居宅介護 5. 看護小規模多機能型居宅介護 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 従来型介護老人保健施設 8. ユニット型介護老人保健施設 9. 従来型介護老人福祉施設 10. ユニット型介護老人福祉施設
→Q5で「1」～「5」を選択した方にお伺いします。	
Q5-1. 貴事業所に併設するサービス（いくつでも○）	1. 居宅介護支援事業所 2. 訪問看護(一体型を含む) 3. 医療サービス(病院、診療所) 4. 併設事業所はない ※ここでいう併設とは、同一敷地内もしくは隣接する敷地内とします。

Q6. ※併設サービス含まず 貴施設・事業所の従業員数 (ひとつに○)	1. 9人以下 2. 10人～29人以下 3. 30人～49人以下	4. 50人～99人以下 5. 100人～299人以下 6. 300人以上			
Q7. ※併設サービス含まず 介護保険サービスの利用者実 人数、入所者数(要介護度別) ※H28.1.1時点	要介護1 ()人	要介護2 ()人	要介護3 ()人	要介護4 ()人	要介護5 ()人
	要支援1 ()人	要支援2 ()人	合計(総利用者実人数、総入所者数) ()人		
	Q8. ※併設サービス含まず 介護職員処遇改善加算の 算定状況(ひとつに○)				
1. I (キャリアパス要件①と②+職場環境等要件) 2. II (キャリアパス要件①または②+職場環境等要件) 3. III (キャリアパス要件①または②または職場環境等要件のいずれか) 4. IV (キャリアパス要件①、②、職場環境等要件のすべてを満たさない) 5. 算定していない					

3. 業務の専門性について、貴施設・事業所の考えをお伺いします

Q9. 下記の(01)～(26)は、介護サービス施設・事業所での一般的な業務を記載したものです。 各業務に求められる専門性について、貴施設・事業所の考えに 最も近いものひとつ に○を付けてください。 ※なお、回答は「貴施設・事業所にて実際に誰が担っているか」ではなく、「各業務に求められる専門性」の観点から お答えください。

選択肢 (ひとつに○)					
1. 介護に関する知識、技術をそれほど有しない者でもできる 2. 介護職としての基本的な知識、技術を備えた者であればできる 3. 介護福祉士等、介護職としての基本的な知識、技術以上の教育を受けた者であればできる 4. より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等であればできる 5. 医療、看護、相談職等の他職種が対応する業務					
業 務	選択肢 (ひとつに○)				
1.利用者へのケアの提供 ①生活援助	1. 介護に関する 知識、技術を それほど 有しない者	2. 介護職として の基本的な 知識・技術を 備えた者	3. 介護福祉士 等の教育を 受けた者	4. より専門性の 高い知識・技 術を有する介 護福祉士等	5. 医療、看護、 相談職等の 他職種が対応 する業務
(01)掃除、洗濯、衣類の整理、ベッドメイク	1	2	3	4	5
(02)買い物	1	2	3	4	5
(03)調理	1	2	3	4	5
(04)配下膳	1	2	3	4	5
1.利用者へのケアの提供 ②身体介護等					
(05)入浴介助、身体整容介助	1	2	3	4	5
(06)排泄介助	1	2	3	4	5
(07)移動・移乗介助、体位交換	1	2	3	4	5
(08)食事介助	1	2	3	4	5
(09)体温、血圧等の測定	1	2	3	4	5
1.利用者へのケアの提供 ③特定の利用者に対するケア					
(10)認知症の周辺症状のある利用者 への身体介護の提供	1	2	3	4	5
(11)終末期の利用者への身体介護の提供	1	2	3	4	5
(12)たんの吸引等(たんの吸引、経管栄養) ※所定の研修を修了している者が前提	1	2	3	4	5

選択肢 (ひとつに○)					
1. 介護に関する知識、技術をそれほど有しない者でもできる 2. 介護職としての基本的な知識、技術を備えた者であればできる 3. 介護福祉士等、介護職としての基本的な知識、技術以上の教育を受けた者であればできる 4. より専門性の高い知識、技術を有する介護福祉士等であればできる 5. 医療、看護、相談職等の他職種が対応する業務					
業 務	選択肢 (ひとつに○)				
2.アセスメント、介護計画の作成、介護計画の見直し (※ここでいう介護計画とは、訪問介護計画や通所介護計画等のこと)					
	1. 介護に関する 知識、技術を それほど 有しない者	2. 介護職として の基本的な 知識・技術を 備えた者	3. 介護福祉士 等の教育を 受けた者	4. より専門性の 高い知識・技 術を有する介 護福祉士等	5. 医療、看護、 相談職等の 他職種が対応 する業務
(13)アセスメントの実施	1	2	3	4	5
(14)介護計画の作成	1	2	3	4	5
(15)介護計画の見直し	1	2	3	4	5
3.家族等とのコミュニケーション					
(16)利用者の家族等への報告や相談対応	1	2	3	4	5
4.利用者の健康状態や心身状態に関する情報の収集					
(17)自らのケアの実施を通じた情報収集	1	2	3	4	5
(18)同僚の介護職からの情報収集	1	2	3	4	5
(19)同僚の介護職以外の内部の専門職(看護師等)からの情報収集	1	2	3	4	5
(20)外部の機関や事業所からの情報収集	1	2	3	4	5
5.利用者の自立した日常生活の支援に向けた、より良いケアの方法の提案					
(21)同僚の介護職に対する、より良いケアの方法の提案	1	2	3	4	5
(22)同僚の介護職以外の内部の専門職(看護師等)に対する、より良いケアの方法の提案	1	2	3	4	5
(23)外部の機関や事業所に対する、より良いケアの方法の提案	1	2	3	4	5
(24)地域や自治体に対する、より良いケアの方法や地域づくりのあり方等の提案	1	2	3	4	5
6.間接業務					
(25)シフト管理	1	2	3	4	5
(26)介護保険請求事務	1	2	3	4	5

4. 介護職に求められる能力や知識についてお伺いします

設 問	選 択 肢 等
Q10. Q9の(01)~(26)の業務の質を高めるために、 <u>貴施設・事業所の介護福祉士に対して、スキルアップしてほしいと考える能力</u> (いくつかでも○)	1. 利用者の状態変化に気づく能力 2. 重度化予防を実践する能力 3. 認知症の周辺症状を軽減できる能力 4. 終末期における心理的ケアを実践できる能力 5. その他() 6. 特になし

設 問	選 択 肢 等	
Q11. 以下の(1)～(4)に示す能力について、右記の設問①、②にお答えください (①②それぞれひとつに○)	①介護職のチームリーダーに求められる能力かどうか (ひとつに○)	②貴施設・事業所のチームリーダーが、 <u>現在、十分にその能力を発揮できているかどうか</u> (ひとつに○)
(1)介護職チーム内の人材を教育・指導することができる能力	1. 求められる能力である 2. 求められる能力ではない	1. 十分に発揮できている 2. 十分に発揮できていない
(2)チーム内の介護職の方向性を統合できる能力	1. 求められる能力である 2. 求められる能力ではない	1. 十分に発揮できている 2. 十分に発揮できていない
(3)個々の介護職の適性に合った業務を与えることができる能力	1. 求められる能力である 2. 求められる能力ではない	1. 十分に発揮できている 2. 十分に発揮できていない
(4)介護職以外が行う他のサービスとの組合せなど、利用者の生活支援をコーディネートすることができる能力	1. 求められる能力である 2. 求められる能力ではない	1. 十分に発揮できている 2. 十分に発揮できていない
Q12. 地域包括ケアの実施において、 <u>今後、介護福祉士に必要と考える他領域の知識</u> (いくつでも○)	1. 看護師が備える基本的な知識 2. PT・OT・ST が備える基本的な知識 3. ソーシャルワーカーが備える基本的な知識 4. 特になし	

5. 貴法人及び、施設・事業所が実践している現在の取組や工夫についてお伺いします

設 問	選 択 肢 等
Q13. 現時点で実践している取組 (いくつでも○)	<p>【法人のケア方針】</p> <p>1. 法人のケア方針を共有するための定期的な会議、研修等の開催</p> <p>【人材配置】</p> <p>2. 能力評価に基づいた人材配置の実施 3. サービス間の調整・連携に特化した業務を行う職位の設置 4. 専門知識を必要としないサービス提供への高齢者等の活用</p> <p>【人材育成・定着】</p> <p>5. 職員のキャリアパスに応じた法人内部での研修体系の整備 6. 休暇取得率を高めるための制度の導入</p> <p>【人材確保】</p> <p>7. 外部の説明会等への参加や高校・大学等への出張説明会等の実施 8. 介護職員初任者研修の法人開催、または合同開催</p> <p>【情報共有、連携】</p> <p>9. 法人内職員で迅速に情報共有する仕組み・ツールの導入 10. 外部の事業所や医療機関などと情報共有する仕組み・ツールの導入</p> <p>【地域交流】</p> <p>11. 地域住民との交流機会、事業内容周知の取組 12. 地域ケア会議等への参加</p> <p>【その他の取組み】</p> <p>13. 事務処理のアウトソーシングや共同化の実施 14. 記録・事務処理における ICT の活用 15. 介護職の負担軽減に資する介護ロボット等の活用 16. その他 ()</p>
Q14. 人材配置上の工夫やチーム編成の工夫等があれば、具体的に記載してください。	<p>(工夫の目的)</p> <p>(具体的な工夫の内容)</p>

2. 現在、あなたが実施している業務についてお伺いします。

■ 下記の(01)～(28)は、介護サービス施設・事業所での一般的な業務を記載したものです。

現在、あなたが実施している業務状況として、選択肢のうち、**最も近いもの** ひとつに○を付けてください。

業務	選択肢 (ひとつに○)
1.利用者へのケアの提供 ①生活援助	
(01)掃除、洗濯、衣類の整理、ベッドメイク	1. ほぼ毎回 (毎日) 行う 2. 時々行う 3. ほぼ行わない・全く行わない
(02)買い物	1. ほぼ毎回 (毎日) 行う 2. 時々行う 3. ほぼ行わない・全く行わない
(03)調理	1. ほぼ毎回 (毎日) 行う 2. 時々行う 3. ほぼ行わない・全く行わない
(04)配下膳	1. ほぼ毎回 (毎日) 行う 2. 時々行う 3. ほぼ行わない・全く行わない
1.利用者へのケアの提供 ②身体介護等	
(05)入浴介助、身体整容介助	1. ほぼ毎回 (毎日) 行う 2. 時々行う 3. ほぼ行わない・全く行わない
(06)排泄介助	1. ほぼ毎回 (毎日) 行う 2. 時々行う 3. ほぼ行わない・全く行わない
(07)移動・移乗介助、体位交換	1. ほぼ毎回 (毎日) 行う 2. 時々行う 3. ほぼ行わない・全く行わない
(08)食事介助	1. ほぼ毎回 (毎日) 行う 2. 時々行う 3. ほぼ行わない・全く行わない
(09)体温、血圧等の測定	1. ほぼ毎回 (毎日) 行う 2. 時々行う 3. ほぼ行わない・全く行わない
1.利用者へのケアの提供 ③特定の利用者に対するケア	
(10)認知症の周辺症状のある利用者への身体介護の提供	1. 主な役割として実施 2. 補助として実施 3. 役割ではない
(11)終末期の利用者への身体介護の提供	1. 主な役割として実施 2. 補助として実施 3. 役割ではない
(12)たんの吸引等(たんの吸引、経管栄養)	1. 主な役割として実施 2. 補助として実施 3. 役割ではない
2.アセスメント、介護計画の作成、介護計画の見直し (※ここでいう介護計画とは、訪問介護計画や通所介護計画等のこと)	
(13)アセスメントの実施	1. 中心的に関わっている 2. 情報提供を通じて部分的に関わっている 3. 担当する利用者のアセスメント内容や計画を理解している 4. いずれでもない
(14)介護計画の作成	1. 中心的に関わっている 2. 情報提供を通じて部分的に関わっている 3. 担当する利用者のアセスメント内容や計画を理解している 4. いずれでもない
(15)介護計画の見直し	1. 中心的に関わっている 2. 情報提供を通じて部分的に関わっている 3. 担当する利用者のアセスメント内容や計画を理解している 4. いずれでもない
3.家族等とのコミュニケーション	
(16)利用者の家族等への報告や相談対応	1. 常に行う 2. 場合によっては行う 3. 行わない
4.利用者の健康状態や心身状態に関する情報の収集	
(17)自らのケアの実施を通じた情報収集	1. 常に行う 2. 場合によっては行う 3. 行わない
(18)同僚の介護職からの情報収集	1. 常に行う 2. 場合によっては行う 3. 行わない
(19)同僚の介護職以外の内部の専門職(看護師等)からの情報収集	1. 常に行う 2. 場合によっては行う 3. 行わない
(20)外部の機関や事業所からの情報収集	1. 常に行う 2. 場合によっては行う 3. 行わない
5.利用者の自立した日常生活の支援に向けた、より良いケアの方法の提案	
(21)同僚の介護職に対する、より良いケアの方法の提案	1. 常に行う 2. 場合によっては行う 3. 行わない
(22)同僚の介護職以外の内部の専門職(看護師等)に対する、より良いケアの方法の提案	1. 常に行う 2. 場合によっては行う 3. 行わない
(23)外部の機関や事業所に対する、より良いケアの方法の提案	1. 常に行う 2. 場合によっては行う 3. 行わない
(24)地域や自治体に対する、より良いケアの方法や地域づくりのあり方等の提案	1. 常に行う 2. 場合によっては行う 3. 行わない
6.間接業務	
(25)シフト管理	1. 主な役割として実施 2. 補助として実施 3. 役割ではない
(26)介護保険請求事務	1. 主な役割として実施 2. 補助として実施 3. 役割ではない
(27)介護に関する記録	1. 主な役割として実施 2. 補助として実施 3. 役割ではない
(28)申し送りへの参加	1. 主な役割として実施 2. 補助として実施 3. 役割ではない
1か月の業務時間全体に占める割合	
	おおよそ【 】割
	おおよそ【 】割
	おおよそ【 】割
	おおよそ【 】割

職員票は以上となります。ご多忙の中、ご協力、誠にありがとうございました。

平成 27 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

介護人材の類型化・機能分化に関する調査研究事業

報告書

平成 28 (2016) 年 3 月

発行 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

住所 〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2 オランダヒルズ森タワー

電話：03-6733-1021

FAX：03-6733-1028