

社会保障審議会介護保険部会（第34回）議事次第

平成22年10月7日（木）

15：00～18：00

於：砂防会館

議 題

これまでの議論の整理について

介護保険部会での議論の整理

※この資料は部会でいただいた委員からの意見を、論点の明確化やさらなる議論のために事務局において整理したもの。また、介護報酬や通知等で対応すべき論点もあるが、法律改正事項を中心に整理している。

部会で提示した論点	意見／提言
<p>給付の在り方（施設、住まい） （１）今後の介護保険施設の機能や在り方 【介護拠点の整備方針について】</p> <p>○できる限り住み慣れた地域で暮らせるよう、高齢者本人の選択により、在宅・施設サービスを利用できるようにすべきである。特別養護老人ホームの入所申込者が42.1万人、そのうち、在宅で要介護4、5の方が6.7万人いる中で、現在進めている施設の緊急整備に加えて、在宅サービスの充実強化及び高齢者住宅の供給を推進する必要があるのではないか。</p> <p>○介護保険施設の整備、在宅サービスの充実、高齢者の住まいの供給やそれぞれのバランスについては、地域の高齢者ニーズを把握のうえ、自治体において地域の実情に応じてどのように進めていくべきか。</p> <p>○施設入所者が重度化し、医療ニーズが高まる一方、補足給付を受ける低所得者が特養では約8割いる中で、今後、施設入所者像をどのように考えるか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症があっても、ひとり暮らしでも、希望する自宅で、また施設でも安心して暮らせる制度とすべき。自宅や地域で暮らし続けたいという認知症を持っている人が見守られ、そして必要なサービスを受けられる、在宅により重きを置いた制度に改正すべき。 ・胃ろうなど医療的ケアを必要とする方が増加する中で、在宅サービスのみで対応することは困難であり、施設サービスを充実する必要がある。 ・特別養護老人ホームは利用者の重度化が進んでいるが、従来、地域で生活できない人の生活の場の提供という機能を果たしてきたところが、今はそれが果たし切れなくなっている。 ・介護職員、看護職員、介護支援専門員等について、ニーズに応じたサービスができるような人員配置を行う必要がある。 ・要介護のタイプ別にどのような施設、あるいは在宅で生活が送れるようにするといったメリハリを付けてもいいのではないか ・入所者像ごとに、在宅での暮らしを重視するのか、施設サービスで生活するようにするのかといったことを考えてもいいのではないか。 ・特別養護老人ホームの入所申込者について、実態把握の在り方を考えるべきではないか。 ・高専賃などの高齢者住宅の整備も推進すべき。

<p>【ユニット型個室と多床室について】</p> <p>○国としては原則ユニット型個室を基本に整備を進める方針を再確認すべきではないか。</p> <p>○ユニット型個室の補足給付の在り方についてどう考えるか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ユニット型個室を大事に考えていくことが、日本の高齢者福祉の基本であり、今後もユニット型個室の推進は必要。特養の多床室化は時代に逆行している。 ・生活保護の方も含めた低所得者がユニット型個室を利用可能にできるような環境整備をしていくべき。 ・特養の従来型整備やユニット型を併設した施設整備について、地方の判断による柔軟な対応ができるようにすべき。 ・ユニット型個室の整備は推進しつつ、緊急措置として、多床室も認め、合築も可能にしていくべきではないか。 ・ユニット型施設の推進にあたっては、新設だけではなく、立て替えの際の支援も必要ではないか。 ・老健施設は終の棲家ではなく、在宅復帰を目的としたものであることから、混合型を認めるべき。 ・個室ユニットに限らず、個室というものは重視しながら、さまざまなバリエーションというものがあってもいいのではないか。 ・ユニット型個室の補足給付については持続可能な制度設計に向けて合意形成を図っていく必要がある。
<p>【施設タイプの在り方について】</p> <p>○特養の入所申込者の増加等もあり、老人保健施設の入所期間が長期化し、機能が特養化しているとの指摘がある中で、本来のリハビリなどの在宅復帰支援機能が十分に果たされていないのではないか。</p> <p>○現行制度では、介護保険施設タイプによって、医療サービス等が規定され、外部からのサービス提供に制約があるが、入居者の状態像の変化に合わせて、柔軟に医療サービス等を提供できるようにすべきとの指摘があるが、どう考えるか。</p> <p>○施設における医療サービスについては、職員配置の実態を踏まえた上で 内付けで行うべきものか、外付けで行うことが可能なものか、再整理が必要 ではないか。例えば、特養に</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・どの施設にいても入居者の個々の状態に着目して訪問看護などの医療系サービスが提供できる仕組みを検討すべきではないか。 ・特養に関わる医師については、専門的な知識を持つこと、研修を受けることが必要ではないか。 ・入所者の重度化・高齢化により、特養や老健などの施設間の状態像の差はなくなってきており、施設基準等との実態の乖離が生じている。 ・施設のタイプはサービスの濃淡により類型化されるべきだが、老健の入所期間が長期化しているのは、地域の受け皿の整備が十分でないためにやむを得ず受け入れることによるものである。 ・施設の入所者が重度化しているということは、基本的には入所者と施設のタイプがマッチしていないのではないか。 ・施設の持っている機能を生かして在宅の拠点を作ることが必要なのではないか。

<p>おける医師配置については実態を踏まえ、医師の必置規制を緩和し、配置医師がいない場合には、外部のかかりつけ医の診療を認めることとしてはどうか。</p>	
<p>【その他】</p> <p>○規制・制度改革に係る対処方針（平成 22 年6月 18 日 閣議決定）において、特別養護老人ホームへの社会医療法人参入を可能とする方向で検討し、結論を得ることとされている。また、「社会福祉法人と同程度の公益性及び事業の安定性・継続性を持つ法人の参入を可能とすることの是非について検討する」こととされている。公益性、安定性、継続性の観点から、どのような法人を比較・検討の対象としていくべきか。</p> <p>○また、介護療養病床型施設からの転換が進まないなかで、</p> <p>i 介護療養型病床からの転換先として、転換型介護老人保健施設と同様に、医師、看護師配置を行う特養類型を作り転換を進めていくべきか。</p> <p>ii 介護療養病床からの受け入れ先を拡大するため、転換を決めた医療法人については、特養の設置を認めていくことも必要か。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険事業を行う社会福祉法人のあるべき姿というのを議論すべきではないか。 ・医師、看護師が配置されている療養病床を廃止し、配置されていない特養に医師、看護師を配置するのはおかしいのではないか。 ・療養病床の転換型として、新しい類型をつくるということは利用者にはますますわからないことになるのではないか。 ・特養の設置主体について、公益性の高い社会福祉法人ですら不祥事を起こしている現状があるなかで、医療法人にまで拡大することがふさわしいのか疑問。
<p>（2）有料老人ホーム及び生活支援付き高齢者専用賃貸住宅の在り方</p> <p>○特に、高齢者の住まいについては、国際的に比較して不足している現状を踏まえ、どのように供給を促進していくか。</p> <p>○生活支援付き高齢者専用賃貸住宅について、医療・介護サービスをどのようにパッケージ化すべきか。</p> <p>○一方、未届有料老人ホームについて、防火安全体制の確保や、</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・高専賃などの高齢者住宅の整備も推進すべき。 ・高齢者の居住環境を今後質量ともに充実させていくのが課題であり、その場合には、社会福祉法人と民間事業者の役割分担をしていくことが重要ではないか。 ・高齢者向け住宅については、サービスの質の確保を行う必要がある。 ・高専賃等を整備するにあたって、医療への理解が必要ではないか。

<p>入居一時金 の保全など、入居者保護をどのように図るか。</p> <p>○有料老人ホームと生活支援サービス付き高齢者専用住宅について、どのよう に整合性を取っていくか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・有料老人ホームは、都道府県知事が立入検査、業務改善命令などの権限があるが、高専質にはその権限がないことが問題。届け出と情報開示の義務付けが必要。
<p>(3) 低所得者への配慮（補足給付）の在り方</p> <p>○居住費に係る利用者負担が重いユニット型個室入所者の負担軽減について どう考えるか。</p> <p>○補足給付の支給については、その必要性を厳密に確認する方法を検討すべきではないか。</p> <p>○補足給付について、公平な制度とする観点から、その必要性を厳密に確認する方法を検討すべきではないか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険は介護サービスの必要性に対する保険制度なのに、所得に対する援助である補足給付を保険財政で出しているのはおかしい。補足給付等については公費負担化すべき。 ・ただし、補足給付の堅持が必要という意見もあった。 ・資産、家族の負担能力なども考えて、対象者の審査を厳密に行うことなく補足給付が行われている現状を放置したまま、これを保険給付として継続することには反対。 ・資産調査については、制度としての実現可能性について事務的には課題があるのではないか。 ・補足給付を公費負担化し、また、生活保護受給者のユニット型個室入所を認める際にも生活扶助で対応することで、介護保険制度における財源を確保すべき。 ・介護保険制度の外に、公費でより普遍的な高齢者に特化した住宅支援の仕組みをつくっていくべき。 ・グループホームあるいは高齢者専用賃貸住宅の方にも補足給付すべき。
<p>(4) 療養病床再編成について</p> <p>○介護療養病床の転換については、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・転換後の患者の望ましい居場所が確保できるのかということについて懸念する声がある。 ・一方、仮に転換を凍結した場合、本来介護保険施設において処遇されるべき患者が療養病床で処遇される、いわゆる「社会的入院」につながるおそれがある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・廃止という一定の結論を出していたにも関わらず、今回の調査の結果、方針を変えて延期等の結論を出すことは、行政への不信につながる。 ・介護療養病床から介護保険施設への転換は進んでおらず、転換した介護療養病床の多くは医療療養病床に転換している状況。医療から介護を取り出すという介護保険制度創設時の理念と逆行していないか利用者へのケアの観点と社会的費用の観点から検証が必要。 ・介護療養のようなタイプの施設が必要なら、介護療養は残すべき。 ・少し立ちどまって時間をかけて考えるべき

給付の在り方（在宅・地域密着）

（１）在宅サービスの在り方（訪問看護等医療系サービスを含む。）

○新成長戦略等を踏まえ、介護と医療・看護との連携を図りつつ、24時間地域巡回型訪問サービスの創設、レスパイトケアの拡充（宿泊付デイサービスの創設等）、小規模多機能型居宅介護の普及、複合型事業所の創設等を行っていくべきではないか。【新成長戦略において決定】

○在宅中重度要介護者の増加や在宅看取りを推進するため、訪問看護の提供量の確保が重要であり、サービス必要量の見込みを勘案し、地域ごとに必要な看護師確保することが必要ではないか。

○訪問看護ステーションは、経営安定化・効率化のため、大規模化を図る必要があるのではないか。

○訪問看護と介護の連携を進めるべきではないか。

○中重度者に対する、宿泊サービスの提供について検討してはどうか。

○訪問リハビリテーションは十分に提供されているか。また、適切に通所リハビリテーションを提供するためには、通所介護と通所リハビリテーションの再編を図る必要があるのではないか。

【24時間訪問サービス、小規模多機能】

- ・24時間地域巡回型訪問サービスは、短時間で認知症のケアには適していないのではないか。
- ・24時間地域巡回型訪問サービスは、普及を図っていくべき。
- ・訪問看護と身体介護は一体化すべき。
- ・24時間365日の在宅療養体制を構築するため、医療依存度の高い方に対する24時間の訪問看護を確保する必要がある。
- ・24時間地域巡回型訪問サービスの人員配置は働く介護職員の労働条件に配慮した人員配置等とすべき。人材確保が課題。
- ・「24時間365日短時間巡回型」サービスの介護報酬を包括報酬とすることについて、毎月の利用者負担額を予測することができるので利用者にとっては望ましい。
- ・小規模多機能は都会では整備が進んでいない。訪問看護をはじめ他のサービスを提供できるよう柔軟化を図ってもいい。
- ・在宅介護にとって重要な小規模多機能の利用形態を弾力的に考えていくべき。
- ・医療依存度の高い在宅療養者を支援する医療系サービスに係る小規模多機能型サービスの創設を提案したい。

【レスパイトケア、複合型事業所】

- ・短期入所サービスの利用上の課題として、現状では半年前から予約しないと入れないような状況。有床診療所を活用できるようにしたが、手続きが複雑であると言われるので、簡略化を図るべき。
- ・レスパイトケアの拡充というのであれば、宿泊付デイサービスの拡充ではなく、緊急ショートの拡充等を行うべき。
- ・家族介護支援のために、宿泊付デイサービスなどレスパイトケアの拡充は賛成。
- ・急に何か事態が発生して入居しなければいけない方々がショートステイをうまく使えるようにする仕組みが必要である。

【医療との連携】

- ・看取りを支えていく上で、訪問看護について薬局の医療資材の提供や、24時間型の訪問介護との連携を検討すべき。
- ・医療ニーズの高い人が緊急的に泊まる場所がなく、ショートステイがあまり活用されていない

	<p>ことは問題。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在の介護報酬でも退院直後の短期集中リハはあるが、在宅療養中にレベルがダウンするケースに十分対応できておらず、改善が必要。 ・医療・介護・看護の連携の下、在宅療養を整備していくことが必要。看護師の確保が必要。 ・特養・老健がバックアップしないと、療養通所介護を普及するのは難しい。 ・訪問・通所・短期入所・入所等によるリハビリテーションを包括的に提供できる体制の整備が必要。
<p>(2) 要支援者等に対する生活援助等のサービスの在り方</p> <p>○前回改正において、要支援者に対する予防給付及び特定高齢者対策としての介護予防事業が創設されたが、これらをどう評価するか。</p> <p>○軽度者について、生活機能向上に資する生活支援へのニーズをどう考えるのか。また、軽度者への支援について、介護保険給付、地域支援事業、介護保険外サービスの役割をどう考えるのか。</p> <p>○要支援者等の軽度者へのサービスについては、現行どおり保険給付として充実すべきとの指摘がある一方、制度の持続可能性確保の観点から保険給付は重度者に特化すべきとの指摘があることについて、どう考えるか。</p> <p>○見守り・配食サービス、生きがい推進サービス等の要支援者、介護予防事業対象者向けの総合的なサービスを検討すべきではないか。また、保険者の判断により様々な生活支援サービスを提供できるような枠組みが考えられないか。</p>	<p>【生活援助、家事援助について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活援助は保険から外すべきではない。公費にすると利用にブレーキがかかるおそれがある。 ・軽度者の方が、生活援助のサービス提供時間が長くなっている。中重度者が増えていくことを考えれば、持続可能な介護保険制度とするため、「選択と集中」を図るべき。保険給付はポイントを絞って投入すべき。 ・軽度者の生活援助についても、費用対効果という観点から、議論の俎上に載せる必要がある。 ・要支援者等に対する生活援助は、引き続き保険給付とすべき。ただし、本来は地域福祉で行うべきであり、軽度者向けの特定財源が確保され、新たなサービス体系が構築できるのであれば、見直しの議論も考え得る。 ・見守りサービス等は、介護保険において実施するのではなく、民間の自発的な活動によるべきではないか。 ・生活援助は身体介護と一体化すべき。大事なサービスであるのに、予防給付により限定的な給付となっている。 ・軽度者に対する生活援助によって、重度化が防がれている。 ・軽度者への生活援助は不要とは言えない。生活援助についても専門性が求められる。ただし全てを介護保険によって対応することは不可能である。 ・軽度者に対する生活援助の見直しについては、地域の実情を勘案して行うべきであり、軽度者の生活援助サービスを一律に保険給付の対象外とするのは適切ではないが、「軽度者に対する予防・生活支援のための総合的なサービス」については進めていくべき。 ・「軽度者に対する予防・生活支援のための総合的なサービス」については、ベストプラクティスと

	<p>して、広げていくべき。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ Pay As You Go 原則に則りつつ、介護給付の拡充を図っていくためには、給付範囲を見直して、財源を確保することが必要。要介護1・2、要支援者向けの生活援助について、見直しの対象とすることはあり得る。
<p>(3) 地域支援事業の在り方（介護予防事業の見直し、地域包括支援センターの機能強化。）</p> <p>【介護予防事業の見直しについて】</p> <p>○介護予防事業を介護保険の対象から外すべきとの指摘がある。</p> <p>○しかしながら、介護予防は介護保険制度の根幹をなすものであり、早急に介護予防事業の効果を適切に検証した上で、より効果的な介護予防事業の在り方を検討すべきではないか。（転倒防止などニーズの高いプログラム、閉じこもり、うつ高齢者への対応の充実、配食、見守りを含めた総合的な生活支援サービスの検討）</p> <p>○地域支援事業の役割や今後の在り方をどう考えるか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域支援事業、介護予防事業は世界に誇るべきもの。 ・ 地域包括の機能強化は大事。地域のソーシャルワークの中心。要支援者のケアマネジメントは地域包括ではなく、居宅介護支援事業所で行うべき。 ・ 要支援者と要介護者で利用者のケアプランの作成主体を分けるのは良くない。 ・ 介護予防については、事業の性質上、短期間では効果は現れにくい。継続的に介護予防の効果検証を行っていくべきではないか。 ・ 介護予防事業は、現在、必須事業とされているが、これを任意事業とすべき。必須事業は包括的支援事業だけでよい。 ・ 介護予防事業は、保険給付と両輪をなす制度。任意事業ではなく、介護保険の義務的事業として位置付けていくことが必要。 ・ 介護予防事業について、「介護支援ボランティア制度」などの地域での実践例を集めて紹介することも効率的な事業実施に役立つことから市町村への支援もお願いしたい。 ・ 介護保険に特化しすぎの部分もあり、老人福祉、保健、インフォーマルサービスの役割・機能についても議論が必要。 ・ ボランティアよりも、公的なサービスを切れ目なく提供していくことが先決。 ・ 保険給付は保険事故に限るという観点から、地域支援事業で行っている介護予防事業は保険外で行うべき。

<p>【地域包括支援センターの機能強化について】</p> <p>○地域包括支援センターについては、その重要性に鑑みて、以下のような機能強化を図る必要があるのではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・委託型の地域包括支援センターの運営にあたり、保険者が運営方針を明示 ・医療機関、インフォーマルケア等も含め、地域包括支援センターによるネットワーク構築が円滑に実施されるよう環境整備 ・保険外サービス等も含めた地域でのネットワークの構築を推進 ・介護予防事業対象者向けの予防ケアプランを原則不要とするとともに、介護予防支援業務（要支援者に対するケアプラン作成）について市町村・地域包括支援センターの主体的判断に基づき、委託可能とすることで、ケアマネ支援などセンターの本来業務に十分機能を発揮 	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村の中で最低1つの地域包括支援センターについては、直営とすべき。 ・地域包括支援センターの運営を、必ずしも市町村が行う必要は無いのではないか。民間の主体が行っていくので良いのではないか。 ・地域包括支援センター職員の負担軽減のため、人員配置を厚くするべき。 ・地域包括支援センターの役割・機能について、現在の予防も含めた2枚看板でよいのか議論が必要。 ・地域包括は障害者の施設から地域への移行や自殺予防など、他制度でも活用したいという声がある。
<p>(4) 家族介護者への支援の在り方</p> <p>○家族介護者への支援の在り方について、介護者の高齢化や仕事との両立等を含めて、どう考えるか。</p> <p>○家族介護者への支援という観点から、レスパイトケアの拡充（宿泊付デイサービスの創設等）、地域包括支援センターにおける相談支援の充実等を図るべきではないか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・現行の地域支援事業による家族介護支援事業だけでは、不十分。レスパイトケアの拡充は必要 ・相談の充実、無理なく家族介護を行える体制の整備、就労支援といったことを考えていくべき。インフォーマルケアも含めて考えていかないといけない。 ・地域支援事業による家族介護者支援事業は、半数以上の市町村が実施していない。もっと実施すべき。
<p>(5) 認知症者への支援の在り方</p> <p>○認知症を有する者ができる限り住み慣れた地域で暮らすことができるよう、必要な在宅・施設サービスが適切に確保されるとともに、医療や介護、さらには日常生活における支援が有機的に結びついた支援体制を構築する必要があるのでは</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の早期発見、早期診断の取組は非常に重要であり、それに本気で取り組むなら、国としてきちんと財源措置して地域包括支援センターに認知症連携担当者を配置すべき。医師会等医療機関との連携をしっかりとほしい。 ・在宅で暮らす認知症の方に対しては声かけ、誘導、生活援助は大切であり、地域で認知症の方の

<p>はないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症コーディネーターの配置 ・ 認知症者に対するサービスの充実 ・ 認知症者の日常生活における支援の強化 ・ 精神病床において長期入院している認知症者への対応 <p>○認知症を有する者のニーズ把握と計画的なサービスの確保を図るためには、介護保険事業計画において認知症に関する項目を盛り込む必要があるのではないか。</p> <p>○認知症高齢者の増加や一人暮らし高齢者等の増加を踏まえると、日常生活にかかわりの深い身上監護に係る成年後見の必要性が高まる。今後は専門職に加え、身上監護を中心とした市民後見人による権利擁護の推進を図っていく必要があるのではないか。</p>	<p>わずかな変化を見守っていく事が重要である。そういった観点から認知症サポーターの養成も充実させていくべき。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症介護実践研修が在宅サービスの従事者がより受講できるようそのあり方の検討や、量的・質的な充実を図るべき。 ・ 認知症は早期の把握が大事であり、予防事業の充実が必要である。また、認知症は生活を通じての支援が大切であり、軽度の認知症の人への生活を支える支援を充実させる必要がある。 ・ 市民後見は成年後見を普及させるいい試みだが、金銭管理の監督についてどのように担保させるかが重要である。
<p>(6) 要介護認定について (区分支給限度基準額を含む。)</p> <p>○要介護認定については、保険者が保険給付認定を行うものであり、不可欠な制度であるとの指摘がある一方で、認定事務が繁雑であり簡素化すべき、認定区分の簡素化や廃止を検討すべきなどの指摘があることについてどう考えるか。</p> <p>○要介護認定に係る事務の簡素化については、更新申請の際に要支援・要介護をまたぐ場合の認定有効期間の取扱や、認定の有効期間の延長などをどう考えるか。</p> <p>○重度化しても在宅で住み続けることができるためには区分支給限度基準額の引上げを検討すべきとの指摘についてどう考えるか。</p> <p>○また、訪問看護やリハビリテーションについて上限の算定から外すべきではないかとの指摘や、医療保険と介護保険の給付対象の整理を見直すべきとの指摘があるが、これについて</p>	<p>【要介護認定について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 半年、1年で要介護認定の更新をするのが事務の負担となっているのであれば、事務手続き面での合理化は必要であれば行うべき。 ・ 要介護認定は廃止すべき。 ・ 現行の要介護認定の7区分は複雑であるため、簡素化するのが望ましい。将来的には撤廃をにらみつつ、現実的には3区分に簡素化すべき。 ・ 要介護認定は7段階が定着してきており、要介護認定の廃止や認定区分の簡素化は反対である。 ・ 認定区分の見直しが軽度者切りにつながるのであれば、現行区分のままでも良い。 ・ 介護保険は保険事故に対する給付であり、要介護認定制度や区分支給限度基準額などの上限をルーズにすると保険として維持できなくなる。これらは介護保険制度の根幹なので、慎重な議論が必要。 ・ 要介護認定と区分支給限度額は、制度を維持すべき。要介護認定の区分を簡素化しても、事務の簡素化にはつながらない。

<p>どう考えるのか。</p> <p>○一方、区分支給限度基準額の見直しは保険財政への影響もあり得ることから、見直しに当たっては慎重な検討が必要との指摘がある。</p> <p>○このため、限度額を超えて利用している者の状態像やサービス利用等の実態を把握した上で、検討すべきではないか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定は、完璧な制度ではあり得ないのだから、常に見直すという姿勢が必要であり、常設の専門委員会の設置など、時間をかけて検討すべき。 ・要介護認定制度は、全国一律な客観的な基準に基づいて行う判定であり、サービスの公平な配分を担保する仕組み。 ・アルツハイマー等は、要介護認定上その介護にかかる手間がきちんと評価されていない。認定調査員から見ても、日々の本人の状況は非常にわかりづらいので、認定調査の際にその点に気をつけるようにすべき。 <p>【区分支給限度基準額について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療依存度が高く、要介護度4又は5で独居の方は在宅では支えることができない。在宅・重度の方については区分支給限度額を見直しが必要。 ・区分支給限度基準額を引き上げるべき。現在の水準では在宅介護ができず、家族に大きな負担がかかる。 ・介護保険は区分支給限度基準額があるため、介護とリハビリとの選択にケアマネが悩んでいる。リハビリは区分支給限度基準額から外すか、医療保険から提供できるようすべき。 ・区分支給限度額の10割負担部分について段階的に負担をしていくよう弾力的な方法をとる必要がある。 ・区分支給限度額について、財源を踏まえて検討することが重要であり、サービスを利用する人と利用しない人のバランスを考える必要がある。 ・事業所加算など、要件を満たしていても、利用者負担の増加を懸念して算定を見送る事業者もある。限度額や利用者負担の枠から外すことも検討してほしい。 ・支給限度額の引き上げは慎重に考えるべきだが、医療と介護の整理をした上で、医療サービスを支給限度額の外枠にすることについては賛成。
<p>(7) ケアマネジャーの在り方</p> <p>○ケアマネジャーの資質の向上、中立性・独立性の確保の在り方について、どう考えるか</p> <p>○複数サービスを必要とする重度者に対して適切にケアマネジメントを行うという観点から、ケアマネジャーの資質の向上</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援に向けた目標指向型であるとともに、リハビリの重要性を理解し、医療と介護との適切なマッチングを行うことのできるケアマネジャーが必要。 ・保有資格が介護福祉士に偏り、医療的ケアへの知識が十分ではない。ケアマネの研修体系の見直しを検討すべき。

<p>を図るべきではないか。特に、重度者は医療ニーズが高いことから、医療ニーズも汲み取ったケアマネジメントを推進すべきではないか。</p> <p>○一方、軽度者については、予防に向けたケアマネジメントの推進を図るべきではないか。</p> <p>○施設等におけるケアマネジャーの配置や役割について、どう考えるか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現行の集中減算で十分な中立性が確保できるかどうか再考すべき。 ・ 「機能的」な点で中立性・独立性がどのように担保されているか見るのが重要。中立性・独立性を確保するためには、報酬の引き上げが必要。 ・ 適切なサービス（自立支援）利用を阻害、介護サービスの増大へ繋がるため、1割負担の導入には断固反対。 ・ セルフケアプランを促進した結果、ケアマネによるケアプラン作成は不要であるという雰囲気醸成されるのは問題だと思っている。 ・ 施設ケアマネについて、支援相談員、生活相談員との役割の明確化が必要。また、50対1でケアマネを専従配置している施設を評価すべき。 ・ 福祉用具貸与に限定されているケアマネジメントは、居宅介護支援の対象から外して、ケアマネ資格のある福祉用具関係者が行っていく仕組みにしてはどうか。 ・ ケアマネジメントのあり方について、施設のケアマネはどうか、現場に即して議論が必要。 ・ 独立の方向性を支援する仕組みが不十分。 ・ 施設ケアマネは100:1配置では、PDCAの確保あるいは利用者の尊厳の保持の面からしても、適切なマネジメントができない。ケアマネジャーを利用者が選択できるようにすべき。
<p>給付と負担の在り方</p> <p>（1）負担の在り方</p> <p>○第五期には、高齢化による自然増に加えて、処遇改善交付金や介護基盤の緊急整備の影響を介護報酬に反映させれば保険料や公費の増が必要となるが、介護保険制度を今後とも持続可能なものとしていくことがまず重要ではないか。</p> <p>○そのためには、財源の在り方について検討すべきではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 1号保険料、2号保険料の在り方 ・ 公費負担割合 ・ 利用者負担の在り方 ・ 財政安定化基金の見直し 	<p>【公費負担（調整交付金外枠化含む）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 公費負担割合は現行の5割から6割に引き上げるべき。また、介護保険財政の無駄を削減することが必要。 ・ 介護保険制度は保険料を支払うことでサービスを受ける権利が担保される制度。保険料を支払うことが前提であり、要であるという認識を徹底すべき。公費負担を増やすと税財源が必要となるが、勤労者に負担を求めることになる。また、公費に頼ることは、介護保険財政に対する財政当局からの圧力が強まることを意味する。 ・ 公費負担を引き上げることにより一時的に保険料が下がるが、あくまで保険料の上昇を先延ばしにしているだけであり、抜本的な解決にならない。抜本的な解決のためには、給付の見直しが必要。例えば、生活援助の対象を絞ったり、補足給付を外枠化したり。 ・ 調整交付金を国庫負担25%と別のもので外枠化すべき。 ・ 給付増が見込まれる中、消費税を含む歳入改革の実施により、公費負担割合を引き上げるべき。

- ・公費負担の引き上げを行う場合は、国だけでなく、地方にも負担を求めるべき。その際は地方消費税の拡充を行うなど、引き上げに当たっては、十分な考慮が必要。
- ・年々介護の費用負担が上がっていく中、財政基盤の弱い市町村は制度が維持できるか危惧している。国と地方の負担のあり方も含めて議論が必要。

【保険料について】

- ・低所得者の保険料軽減策に公費を導入すべき。
- ・三重県内の市町の7割が保険料負担は5,000円が限界という認識。
- ・資産割を含め、負担能力に応じた賦課方式を採用することが重要。
- ・保険料の資産割は国民の理解が得にくい。
- ・協会健保と健保組合の負担に差があるため、国保や高齢者医療と同様に、2号保険料への総報酬割の導入を検討すべき。
- ・介護予防事業と同様、包括的支援事業に対しても、2号保険料を投入すべき。
- ・地域支援事業について、市町村の自主性を尊重するというなら、2号保険料は投入すべきではないのではないか。

【利用者負担について】

- ・利用者負担1割を堅持し、軽度者の利用料を2割とすべきではない。低所得者には軽減措置を講じるべき。
- ・高齢者の全てが低所得者ではなく、現役世代の負担も重くなっていることを考えれば、高齢者の自己負担のあり方を見直すことや、給付の重点化が必要である。

【給付の範囲、被保険者範囲拡大】

- ・被保険者範囲の拡大については、今後の検討課題とすることを確認すべき。
- ・障害福祉法制の対象外となる全ての要介護者を介護保険給付の対象とすべき。
- ・被保険者範囲の拡大は障害者福祉の動向を考えると難しいのではないか。
- ・被保険者範囲の拡大については、若年者の理解を得ることが困難であり、慎重な検討が必要。

【財政安定化基金】

	<ul style="list-style-type: none"> ・財政安定化基金の積み立てが過度に積み立てられているのであれば、その分は有効活用を図るべき。 ・財政安定化基金は保険財政の収支のバランスをとる最終手段であり、制度の安定的運営には必要不可欠。給付費が増大している中で、今後は貸付が見込まれる。財政安定化基金の適正規模を検討していく必要がある。
<p>(2) 給付と負担のバランス</p> <p>○軽度者への支援、介護予防事業、補足給付など現行の介護保険給付の在り方について、どう考えるか。〔再掲〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・給付改善は保険料負担及び公費負担の引き上げにつながることであり、給付を単純に拡充していく議論には自ずと一定の制約があるべきであり、全ての保険者及び被保険者の納得を得る必要がある。このため、現実的で着実な制度見直しを行うべき。 ・持続可能な制度とする観点から、保険料負担が厳しく、財源も限られている中で、給付の選択と集中を進める必要がある。具体的には、重度者への対応にシフトしていくべき。 ・在宅介護推進の観点からは、在宅の低所得者に対する支援策の充実が必要。 ・政策について議論するためには財源の裏付けが必要であり、国民の負担に対するコンセンサスが必要。保険で賄う範囲については、例えばドイツと比較すると、日本は給付の対象範囲が広く、限度額も高いといった指摘もある。 <p>(地域支援事業)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・3%枠の拡充も含めた地域支援事業の充実を図り、地域の自主的な給付を拡大すべき。 ・地域支援事業は制度発足から日が浅く、評価をするにはまだ早い。一定期間は実施すべき。
<p>保険者の果たすべき役割</p> <p>(1) 介護保険事業計画の充実と介護基盤の計画的整備(参酌標準廃止と総量規制)</p> <p>○日常生活圏域ごとの高齢者ニーズ調査を実施して地域の実情に応じた介護拠点の計画的整備を進めることとして</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者は、地域住民の意見を聞きながら給付と負担のバランスをとっており、総量規制が廃止された場合、保険者が想定していない給付の増加を招くこととなる。そのような事態を避けるために、総量規制は必要である。 ・質の悪い事業者が淘汰されて優良な事業者のみ参入できる仕組みが必要。

<p>いる。</p> <p>○次期計画では、医療との連携、住まい整備との連携、認知症サービスの充実についても保険者が重点分野として選択して記載できることとし、他の計画との整合性を図る。</p> <p>※なお、参酌標準の撤廃については規制改革及び新成長戦略において決定されている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供体制を整えるために、介護保険事業計画の策定の際には、ニーズ調査の実施は重要である。その際、住民の医療依存度を把握し、それに基づく在宅医療・看護の整備目標量を盛り込むべきである。 ・今後の介護保険事業計画策定において重要なことは、保健医療計画や住宅整備との連携を図ること、給付と負担のバランスに配慮すること。 ・介護保険事業計画の作成にあたって、ニーズを把握するとともに、住民から寄せられる苦情等も分析する必要がある。 ・市町村が実情に応じた基礎的なサービスを提供し、広域行政組織である都道府県は人材の確保や事業者の指導を担うべき。
<p>(2) 必要なサービスを確保するための方策</p> <p>○保険者が現在不足している小規模多機能や24時間対応サービスなどの介護基盤を政策的に整備促進するための方策についてどう考えるか。</p> <p>○こうした地域密着型サービスの整備を促進するとともに、サービスの質を確保するため、保険者が主体となって日常生活圏域ごとにサービス拠点を整備できるようにすることについて、どう考えるか。</p> <p>○圏域内に既に相当量が確保されているサービスについて、例えば、事業者や住民団体との協議を行い圏域毎の今後の整備方針について情報共有を図るなど、ニーズに合致するサービス確保方策をどう考えるか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活圏域単位での介護サービスの提供に当たっては地域密着型サービスが重要であり、拠点整備の促進を図る必要がある。ただし、拠点の整備により給付が増えて保険料が増大するため、事業計画策定段階で住民への説明が必要。 ・24時間対応の在宅サービスを提供するためには事業所に一定程度の規模が必要。 ・小規模多機能や24時間サービスの事業者の公募に関しては、顧客が一定の地域（日常生活圏域）に限られることとの関係で整理が必要。 ・地域支援事業における国の関与を最小限にとどめ、保険者機能を十分発揮できるよう裁量範囲を広げるべき。 ・介護保険事業計画を策定する際、地域住民と双方向で意見交換できる環境を整備する必要がある。
<p>介護人材の確保と処遇の改善策</p> <p>(1) 介護人材の確保と処遇改善の推進方策</p> <p>○効果を検証しつつ、財源の制約も考慮しながら、これまで講じてきた施策の取扱いを検討すべきではないか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護人材の質を上げるべき。 ・サービスの質に着目した質の高い従事者を確保することが必要。 ・平成21年の補正予算で現任介護職職員の研修が行われることとなったが、時限措置である。事

<p>○就業形態・事業所・地域ごとの差異等に応じた対応を講ずるべきではないか。</p> <p>○事業者による人材育成・雇用管理の取組を促進すべきではないか。</p> <p>○事業者における人材育成や雇用管理の取組を促進するという観点から、介護事業者の規模の拡大を図ることについて、どう考えるか。</p> <p>○中核的な役割を担うことを希望する介護職員がキャリアアップできるようにすべきではないか。</p> <p>○人材の量的確保と資質向上を同時に達成するため、間口を広く保ち労働力確保を図りつつ、希望する者がキャリアアップできる仕組みの構築が必要ではないか。</p> <p>○医療・介護人材の役割分担の在り方を検討すべきではないか。</p>	<p>業所任せではなく、どのような人材を育成すべきか国も考えて欲しい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人材の役割分担を見直すべき。例えば、認知症ケアを強化する観点から、専門職の配置を求めるよう見直すべき。 ・報酬3%改定や処遇改善の影響は調査して議論していく必要がある。 ・賃金について、どの程度の水準が良いのかという認識を政労使で共有することが必要。 ・人材確保については、まず潜在有資格者の活用から考えるべき。 ・「賃金を全産業平均並みにすべき」という意見は論理的に正しいとは言えない。利用者が払っても良い価格を聞いた上で、それに応じて給与水準を考えてはどうか。 ・営利法人等については規模の拡大が図りやすい。一方、公的な性格を持つ法人については、単純に規模拡大ができないこともある。規模が大きくなるほど人材育成の取組等が行いやすいところであり、現在の小規模事業所ばかりという状態は打開することが必要。 <p>(処遇改善交付金)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・処遇改善交付金が時限的公費により行われていることにより経営者は不安定な状態に置かれており、恒久化をお願いしたい。 ・処遇改善交付金の分を全て保険料に回されてしまっただけでは、事業主・加入者の負担が重くなる。負担をトータルで考えるべきであり、公費による配慮を一定程度行うことも検討すべきではないか。 ・消費税を含む財源改革が実施されるまで、処遇改善交付金は公費により実施すべき。 ・処遇改善交付金について、緊急のことであり理解はしているが、本来、賃金は労使の協議に基づいて決められるべきものであり、やはり直接労働者に交付するのではなく、介護報酬に組み込むべきである。
<p>(2) 労働法規遵守、キャリアアップ等の促進策</p> <p>○介護サービス事業所の労働法規遵守やキャリアアップ等の促進方策としてどのようなことが考えられるのか。</p> <p>○事業者における雇用管理の取組を促進するという観点から、介護サービス事業者の労働法規遵守のための具体的な仕組みを、どのように考えるか。</p> <p>○事業者によるキャリアアップの取組み（キャリアパスの設</p>	<p>(労働法規について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護サービスの質の高さは、専門性だけでなく、人を人として扱う人間性が関係する。介護従事者が未来に志を持てるような環境整備が大事。 ・介護事業所は小規模で労働者の流動性も高いので、企業内だけでなく、社会的なキャリアパス形成が大事。研修費用や研究期間中の生活費を支援するなど、包括的な支援が必要。 ・事業所における労働法規非遵守の問題に当たっては、要求されているサービス水準に対して十分な介護報酬の設定がなされているか検証が必要。

<p>定等)の充実・強化策を検討すべきではないか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員処遇改善に当たっては、今以上に労働法規の遵守を徹底するべきであり、労働法規遵守のために介護報酬を引き上げるのは筋違い。 ・多くの者は、労働条件の明示すらされていない状況。より良いサービスの提供のため、労働環境の整備が必要であり、労働環境整備のための検討を進めるべき。 ・悪いことをした事業所は市場から退場させるような制度が必要ではないか。 ・経営者による労働法規の遵守を推進すべき。介護保険法と労働法規の整合性を図ることについて、検討を行うべき。 <p>(キャリアアップについて)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・キャリアパスのシステムを事業所が作らないという問題がある。キャリアパスについて取り組んでいる事業所を評価するような仕組みが必要。 ・キャリアパス要件が設定され、体制整備は進んでいるが、今後は、事業者規模や勤務形態に応じたキャリアパスの設定が必要ではないか。 ・キャリア段位制度の紹介がされたが、これまで培われたスキルを在宅・施設・職場が変わっても評価されるような仕組みが必要だと考えており、賛成。 ・事業者内のキャリアアップも大事だが、別の会社に移ることもあるので、日本版 NVQ のように社会的なキャリアアップの制度が必要。
<p>(3) 介護職員等によるたんの吸引等の実施</p> <p>○「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」における議論を踏まえて、在宅等において介護職員等がたんの吸引等を実施できるようにされた場合、介護職員等が実施するたんの吸引等についても、介護保険法上の位置づけを明確にすべきでないか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医療ニーズの高い人へのケアを適切に行うため、たんの吸引等の基礎的な医療的ケアを介護福祉士が実施できるようにすることが必要。こうした観点から、社会福祉士及び介護福祉士法の改正が必要。 ・介護職員等によるたんの吸引等の実施を目的とした新たな資格の創設は行うべきではない。 ・介護職員についても業務独占的な性格を持たせるべき。介護職員に対する医療行為の解禁は業務独占的な性格を持たせることになる。長期的ビジョンにたった専門性の構築が必要。 ・人材の不足感について、特に看護職員の確保が難しい。たんの吸引等のほか、訪問入浴における健康確認などの看護業務を介護職員に担当させられないか。また、それに応じた人員基準の見直しも検討すべき。

<p>○情報公表制度については、一定の情報公表は必要であるが、次期制度改正時に手数料負担を廃止することを含め、抜本的に見直しを行うことが適当ではないか。具体的な見直しの方向性について、どのように考えるか。あわせて、より使いやすい制度にすべきではないか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・情報公表制度はほとんど利用されておらずサービスの選択に資していないことから、現在のままで継続するならば、廃止すべき。 ・介護サービス情報の公表制度において、職員の人材育成に関する事項を追加し、事業者に義務付けるべき。 ・事業所の情報に虚偽があれば速やかに対応し、悪質な事業所を排除する仕組みを作ってほしい。 ・情報公表の手数料を廃止するという今回の改革案については賛成。 ・消費者の立場から見ると、利用者がサービスを選択できるようにすることが重要であり、情報公表は必要。利用を支援するための努力が不足しているとみるべき。 ・現行の情報公表制度は「存在を知らない」「比較検討しにくい」などの理由により活用されていない。事業者が負担しているにもかかわらず活用されておらず、制度を抜本的に見直す必要がある。 ・病院への評価については、任意の参加となっており、かなりの費用負担をした上で参加している。介護の情報公表についても現場に裁量が欲しい。 ・情報公表制度・外部評価・第三者評価を一本化して欲しい。
<p>○サービスの質の向上を図る観点から、事業所の指導・監査のあり方をどう考えるか。</p> <p>○都道府県の指導監督体制を整備する観点から、実地指導の一部を指定法人に委託できるよう制度の拡充を行うことにより、その活用を図ることを検討してはどうか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・監査指導について、利益優先で事業を行っている業者があり、より一層の強化が必要だが、自治体は職員の確保が困難。 ・自治体からの指導について、少しでも落ち度があれば介護報酬の自主返還を求めることとしている自治体もある。指導はあくまで指導であり、その標準化が必要。 ・自治体による監査は非常に大切。指定法人への指導の委託については良いと思うが、委託法人に任せきりにするのではなく、ガバナンスできる仕組みや委託費用が適正かどうかチェックする仕組みが必要。

特別養護老人ホームの入所申込者及び待機者(優先入所申込者)の状況

○調査の対象及び方法

入所基準に基づいて待機者(優先入所申込者)を適切に把握している特別養護老人ホーム15施設に対して、施設からみた待機者数及びその判断基準等について調査を実施。

○調査結果の概要 (別紙「特別養護老人ホームの入所申込者及び待機者(優先入所申込者)の状況について」参照)

・入所申込者に占める待機者の割合は、約1～76%とばらつきがあるが、平均では22.5%となっている。

・施設からみた待機者の判断基準として、国の指針で示している「介護の必要の程度」、「家族の状況」、「居宅サービスの利用に関する状況」はほとんどの施設で用いられており、その他として「認知症の状況」が8割、「虐待のケース」が3割程度の施設で用いられている。

・待機者の待機場所としては、自宅37.2%であり、自宅以外が62.8%(老健施設21.7%、医療機関28.8%)である。

・待機者の要介護度としては、要介護4以上が64.7%を占めており、要介護3以下は35.3%である。

○今後の対応

今回の調査はサンプル数が少ないため、平成22年度老人保健健康増進等事業で400～500施設を対象に、新たに待機者に関する実態調査を実施し、今年度末を目途に取りまとめを行う予定。

特別養護老人ホームの入所申込者及び待機者(優先入所申込者)の状況について

(平成22年9月調査)

	所在地	入所定員				入所申込者数	申込者名簿のメンテナンス	待機者(優先入所申込者)数	待機者(優先入所申込者)の割合	施設からみた待機者(優先入所申込者)の判断基準						待機者(優先入所申込者)の待機場所				待機者(優先入所申込者)の要介護度					
		ユニット個室	従来型個室	多床室	合計					介護の必要の程度	家族の状況	居宅サービスの利用状況	認知症の状況	虐待のケース	待機期間	その他	自宅	老健施設	医療機関	その他	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1	北海道	88	0	62	150	437	年1回	26	5.9	○	○	○	○	○			9	5	10	2	0	0	7	11	8
2	福島県	0	0	80	80	237	年4回	2	0.8	○	○	○		○			1	1	0	0	0	0	0	2	0
3	千葉県	0	4	52	56	98	毎月1回	34	34.7	○	○	○	○				12	11	9	2	3	2	7	13	9
4	神奈川県	85	0	100	185	639	毎月1回	117	18.3	○	○	○			・長期入院後の再入所 緊急性		41	68	4	4	0	0	22	62	33
5	新潟県	55	0	45	100	429	随時	46	10.7	○	○	○	○				22	4	20	0	0	0	10	18	18
6	静岡県	50	10	20	80	91	年6回	43	47.3	○	○		○				22	2	10	9	8	7	7	12	9
7	三重県	0	8	122	130	659	年1回	190	28.8	○	○	○	○	○			58	29	82	21	0	3	26	82	79
8	京都府	0	0	30	30	738	随時	16	2.2	○	○	○		○			10	3	3	0	0	0	8	6	2
9	兵庫県	100	0	0	100	406	年7回	150	36.9	○	○	○	○	○			55	32	42	21	0	0	0	101	49
10	鳥取県	90	0	0	90	247	毎月1回	65	26.3	○	○	○	○				13	17	33	2	0	1	3	28	33
11	広島県	10	0	74	84	325	年4回	191	58.8	○	○	○	○	○			93	10	46	42	40	49	44	37	21
12	香川県	0	14	46	60	306	年6回	8	2.6	○	○	○	○		○		2	1	2	3	0	1	3	2	2
13	福岡県	0	0	50	50	142	年2回	108	76.1	○	○	○	○				23	30	37	18	15	23	37	18	15
14	大分県	57	0	19	76	131	年5回	40	30.5	○	○	○	○		緊急度		8	9	8	15	0	0	8	12	20
15	宮崎県	0	24	76	100	346	年1回	140	40.5	○	○	○	○				69	33	33	5	21	18	42	24	35
合	計	535	60	776	1,371	5,231		1,176	22.5	15	15	14	12	5	3	2	438	255	339	144	87	104	224	428	333

(構成比) 39.0 4.4 56.6

37.2 21.7 28.8 12.2 7.4 8.8 19.0 36.4 28.3

○指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準
(平成11年3月厚生労働省令)

第7条第2項

指定介護老人福祉施設は、入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超えている場合には、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案し、指定介護福祉施設サービスを受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めなければならない。

○「指定介護老人福祉施設の入所に関する指針」(平成14年8月老健局計画課長通知)における

入所の必要性を判断する基準

(1) 基準省令に挙げられている勘案事項

- ・ 「介護の必要の程度」については、要介護度
- ・ 「家族の状況」については、単身世帯か否か、同居家族が高齢又は病弱か否かなど

(2) その他の勘案事項

- ・ 居宅サービスの利用に関する状況

特別養護老人ホームの入所申込者の状況

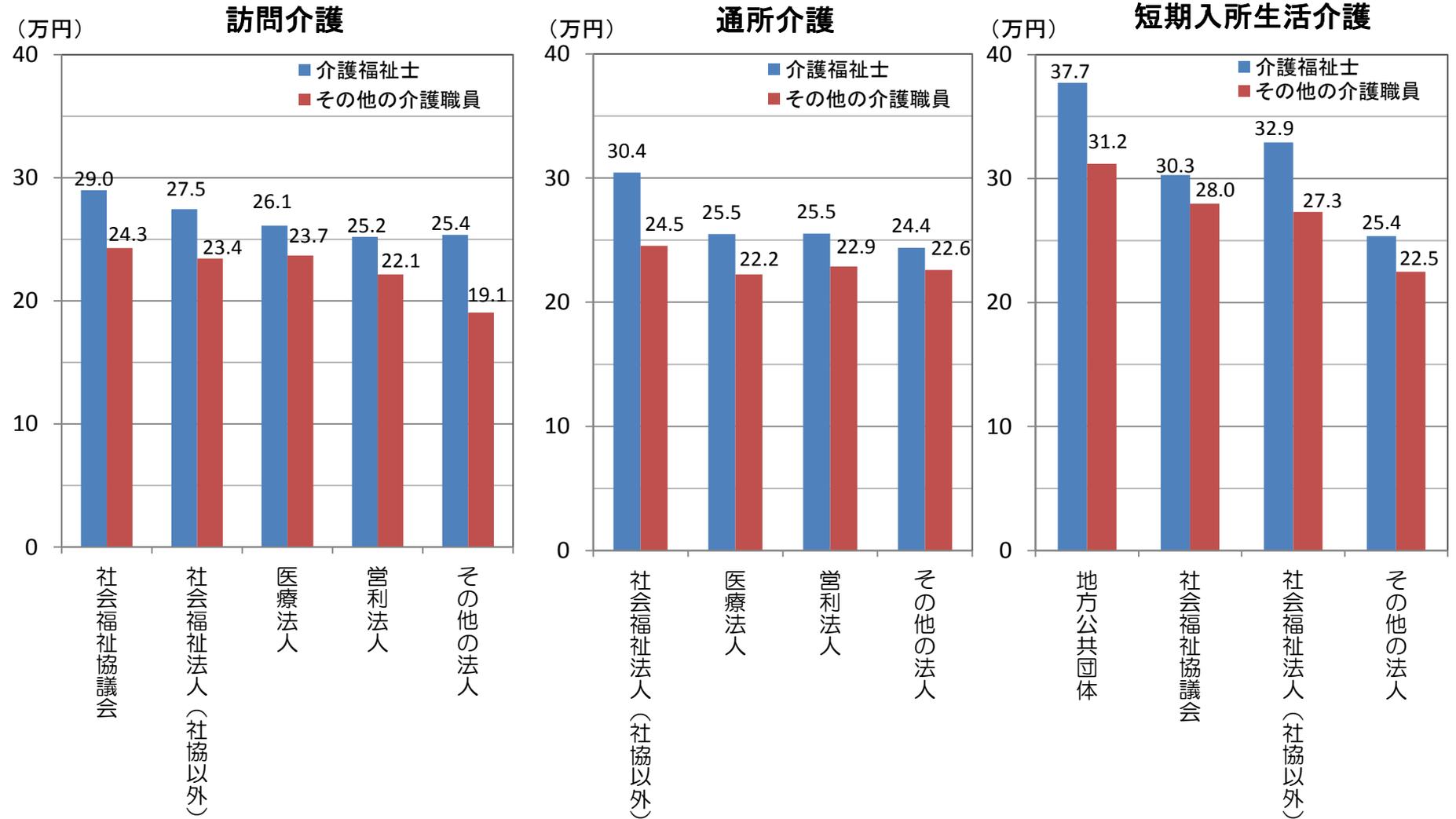
特別養護老人ホームの入所申込者42.1万人のうち、在宅で要介護度が重い申込者が6.7万人。要介護度3以下の申込者が24.3万人おり、在宅でない申込者も22.2万人いる。

単位：万人

	要介護1～3	要介護4～5	計
全体	24.3 (57.6%)	17.9 (42.4%)	42.1 (100%)
うち在宅の方	13.1 (31.2%)	6.7 (16.0%)	19.9 (47.2%)
うち在宅でない方	11.1 (26.4%)	11.1 (26.4%)	22.3 (52.8%)

※各都道府県で把握している特別養護老人ホームの入所申込者の状況を集計したもの。(平成21年12月集計。調査時点は都道府県によって異なる。)

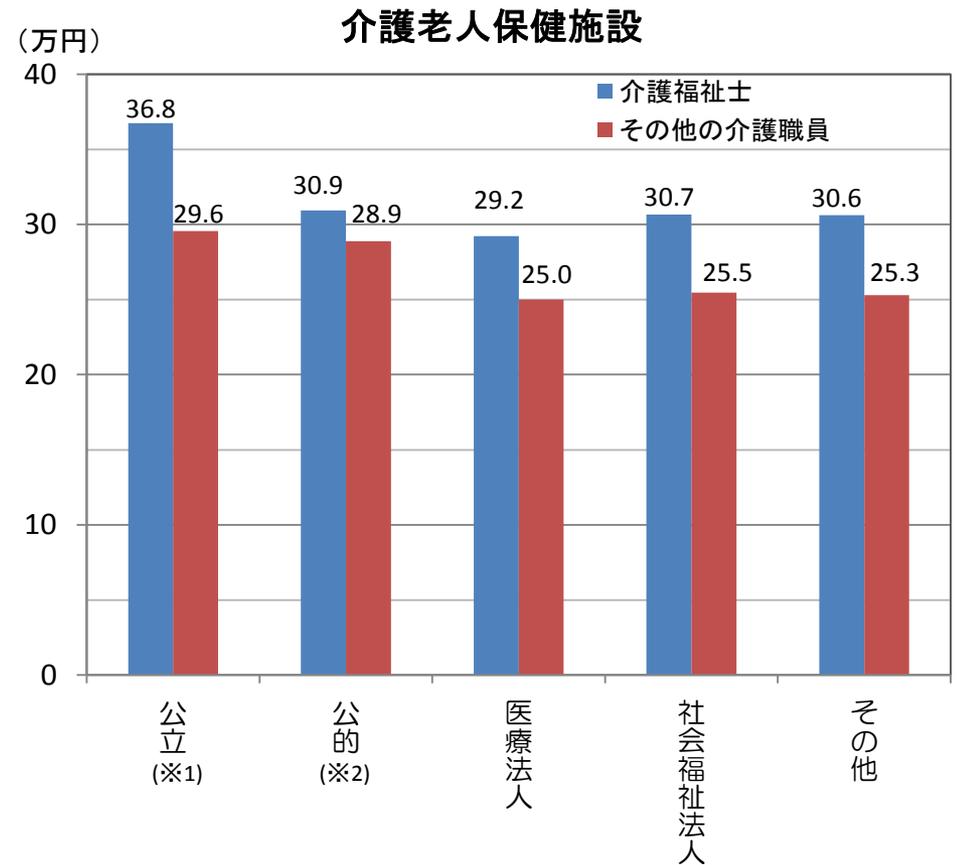
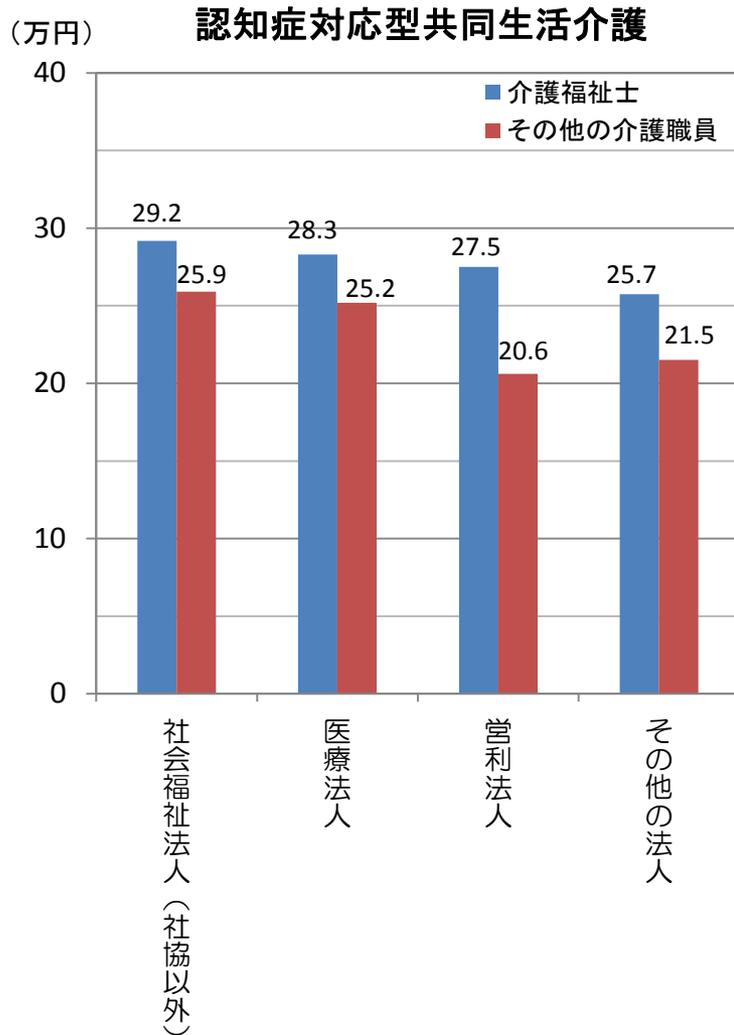
開設主体別の介護職員の賃金の状況①



(注)金額については、常勤換算一人当たり給与額(賞与等含む)である。

資料出所:「平成20年介護事業経営実態調査」

開設主体別の介護職員の賃金の状況②



(※1)「公立」とは、都道府県、市町村、広域連合、一部事務組合など。

(※2)「公的」とは、赤十字、社会保険関係団体など。

(注)金額については、常勤換算一人当たり給与額(賞与等含む)である。

資料出所:「平成20年介護事業経営実態調査」

一部ユニット型施設の基準等に関する

審議のとりまとめ

平成 22 年 9 月 21 日
社会保障審議会介護給付費分科会

平成 22 年 5 月に厚生労働省が行った調査により、11 都県 35 施設において、「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について」（平成 12 年 3 月 17 日老発第 214 号）、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準について」（平成 12 年 3 月 17 日老企第 43 号）及び「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について」（平成 12 年 3 月 17 日老企 44 号）における解釈と異なる解釈で一部ユニット型施設が指定され、当該施設のユニット部分にユニット型介護福祉施設サービス費又はユニット型介護保健施設サービス費が支給されていたことが明らかになった。

当分科会は、7 月 29 日に上記厚生労働省による調査結果について報告を受け、8 月 20 日には関係する地方公共団体や有識者等に対しヒアリングを行った。さらに 9 月 6 日と本日 21 日に、それまでの審議を踏まえ、今後の一部ユニット型施設に関する議論を行った。

以上 4 回の、短期・集中的に行った審議において挙げられた諸点を踏まえ、一部ユニット型施設の今後の取扱いについて、以下のとおり結論をとりまとめた。

1. 基本的な考え方

介護老人福祉施設は、在宅介護が困難な要介護高齢者が、常時介護を受けつつ日常生活を送る場であり、要介護高齢者の尊厳保持の観点から、新設の施設については個室とすることが必要である。厚生労働省においては、「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」（平成 18 年 3 月 31 日厚生労働省告示第 314 号）（以下、「基本指針」という。）において、施設に入所した場合は、施設での生活を居宅での生活に近いものとしていくことが必要であるという観点から、平成 26 年度の介護老人福祉施設の入所定員の合計数のうちのユニット型施設の入所定員の合計数が占める割合を 70%以上とすることを目標として設定している。現在、平成 21 年度から平成 23 年度の 3 年間で 16 万床を目標とする介護基盤の緊急整備を進めているところであり、この目標の達成に資するよう、計画中・建築中の施設は多床室もやむを得ないが、今後、新設を計画する介護老人福祉施設については、基本的に多床室ではなくユニット型施設の整備とすべきである。

このため、ユニット型施設の推進方策の強化を下記のとおり図る必要がある。

- ①地域主権改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律案（以下、「地域主権改革推進一括法案」という。）の成立・施行後においては、生活保護受給者も入所できるような実態となることを前提に、「参酌すべき

基準」と整理されている介護老人福祉施設の居室定員について、省令基準においては「1名」とするよう検討すべきである。

- ②介護老人福祉施設の整備に係る助成をユニット型施設に重点化すべきである。
- ③平成24年度以降、介護老人福祉施設の施設整備助成はユニット型施設に限定して行うことを検討すべきである。
- ④ユニット型施設の介護報酬について、次期介護報酬改定の際には、介護給付費分科会において、ユニット型施設の整備推進の方針を踏まえて検討を行うべきである。
- ⑤低所得者がユニット型施設に入居しやすくなるよう、社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度の推進方策を検討すべきである。
- ⑥⑤の制度により、生活保護受給者もユニット型施設に入居しやすくなるよう、支援の在り方について検討すべきである。
- ⑦低所得者の居住費負担の軽減策について、補足給付の在り方は介護保険部会の議論を踏まえる必要があるが、低所得者のユニット型施設の利用対策については、公費負担であれ、保険給付であれ、施設類型・所得段階ごとの公平性を踏まえながら介護給付費分科会で検討することが必要である。

当分科会としては、7月29日、厚生労働大臣からの諮問に対して答申した居室面積基準の引下げによるユニット型施設の供給促進効果に加え、上記のユニット型施設を基本とする方針を踏まえた施設整備の支援や介護報酬における対応、ユニット型施設に係る利用料負担の軽減策を併せ講じることにより、今後新設の多床室を計画・整備する必要性は乏しいものと考えている。上記の支援策を踏まえたユニット型施設及び多床室それぞれの施設整備状況については、継続的に検証を行うこととする。

2. ユニット型施設の推進方策の強化

厚生労働省は、居室面積をある程度引き下げても、ユニット型施設の整備促進に資するよう、介護給付費分科会の審議を経て、基準改正を行うことを決めるなど、ユニット型施設の整備を推進してきたところであるが、今後さらにユニット型施設の整備推進を強化するため、以下の案について検討を進めるべきである。

- (1) 地域主権改革推進一括法案の成立・施行の後、下記の施策を講じることと併せて、特に生活保護受給者も入所できるような実態となることを前提に、「参酌すべき基準」と整理されている介護老人福祉施設の居室定員について、省令基準においては「1名」とするよう検討すべきである。(既存多床室についての経過規定は必要。)
- (2) 施設整備に係る助成について
 - ① 介護老人福祉施設の整備に係る助成をユニット型施設に重点化すべきである。

② 平成21年度から平成23年度の3年間で16万床を目標に、介護基盤の緊急整備に取り組んでいる地方公共団体の整備計画に影響を与えることは避ける必要があるが、平成24年度以降引き続き介護基盤の整備に対し国からの助成が行われる場合には、介護老人福祉施設の整備についてはユニット型施設のみ助成を行うことを検討すべきである。

(3) ユニット型施設に係る介護報酬について

要介護高齢者の尊厳保持の観点から、新設の施設としては個室が望ましいと考えており、次期介護報酬改定の際には、ユニット型施設の介護報酬については、その方針も踏まえて介護給付費分科会において検討を行うべきである。

(4) ユニット型施設入居者に係る低所得者対策について

① 現在行われている社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度について、国、自治体、社会福祉事業の主たる担い手たる社会福祉法人は、低所得者もユニット型施設に入所できるよう、実施率100%を目標に、その推進方策について検討すべきである。

② 生活保護制度において、生活保護受給者のユニット型施設への入所に関しては、介護保険施設の居室のうち、多床室が大半を占めると考えられること、居住費の負担が求められることなどから、生活保護受給者以外の低所得者との公平性に鑑み、当面、一定の要件に該当する場合に限定されている。

国、自治体、社会福祉法人は、①の制度により、生活保護受給者もユニット型施設への入所が可能となるよう、支援制度のあり方について検討すべきである。その際、老健局においては、社会・援護局と密接に連携をとりつつ、その実現に向けて取り組むべきである。

③ 低所得者の居住費負担の軽減策について、補足給付の在り方は介護保険部会の議論を踏まえる必要があるが、低所得者のユニット型施設の利用対策については、公費負担であれ、保険給付であれ、施設類型・所得段階ごとの公平性を踏まえながら介護給付費分科会で検討することが必要である。

3. 一部ユニット型に係る規定の整理について

ユニットケアは、居宅に近い居住環境の下で、居宅における生活に近い日常の生活の中でケアを行うこと、すなわち、生活単位と介護単位を一致させたケアを行うことを特徴としている。

厚生労働省は、基本指針において、介護保険施設については、重度の要介護者に重点を置き、施設に入所した場合は、施設での生活を居宅での生活に近いものとしていくことが必要であるという観点から、平成26年度の介護老人福

祉施設の入所定員の合計数のうちのユニット型施設の入所定員の合計数が占める割合を70%以上、平成26年度の介護保険施設の入所定員の合計数のうちのユニット型施設の入所定員の合計数が占める割合を50%以上とすることを目標として設定するなど、ユニット型施設の整備を進めてきたところである。

また、一部ユニット型施設は、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準の一部を改正する省令（平成15年厚生労働省令第30号）、特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準の一部を改正する省令（平成15年厚生労働省令第33号）により（介護老人保健施設及び指定介護療養型医療施設については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令（平成17年厚生労働省令第139号）により）ユニット型施設が位置づけられた際に、同時に位置づけられたものである。この一部ユニット型という類型は、改正当時の考え方としては、あくまで経過的な類型として設けられた類型である。

加えて、平成22年9月21日時点で国会において継続審議中である地域主権改革推進一括法案の成立・施行後は、介護老人福祉施設等の人員、設備及び運営に関する基準については、人員配置基準・居室面積基準・入所者の処遇に直接かかわる基準を除き、国が定める基準は参酌すべき基準となる。参酌すべき基準となる一部ユニット型施設という類型を省令上存置し、地方公共団体がそれぞれ国と異なる基準を条例により定めることとなった場合、混乱の再燃が懸念される。

以上の点を踏まえ、ユニット型施設とユニット型施設以外の施設（以下、「従来型施設」という。）の併設施設の取扱いは、以下の通りとする。

(1) 指定介護老人福祉施設及び指定地域密着型介護老人福祉施設について

① 施設類型上の取扱い

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）に規定される一部ユニット型介護老人福祉施設、特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第46号）に規定される一部ユニット型特別養護老人ホーム及び一部ユニット型地域密着型特別養護老人ホーム並びに指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）に規定される一部ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設を廃止し、省令及びその解釈通知から削除する。

② ユニット型施設と従来型施設の併設施設についてのケアの分離の原則

当面、地方公共団体が地域の实情に応じてやむを得ずユニット型施設と従来型施設を併設した施設については、ユニット型施設部分と従来型施設部分のそれぞれで適切なケアが行われるよう、別施設として指定を行うこととし、入所者のケアはそれぞれの施設の介護職員により別々に行われることとなる。

③ 人員に関する基準

(i) 介護職員及び看護職員について

ユニット型施設と従来型施設を併設した施設のうち、ユニット型施設の介護職員については、併設された従来型施設の介護職員との兼務を認

めない。

ユニット型施設と従来型施設を併設した施設のうち、ユニット型施設において介護職員と同様にケアを行う看護職員については、兼務を認めない。

- (ii) 施設長、管理者、医師、生活相談員、介護支援専門員、栄養士、機能訓練指導員、調理員及び事務員その他の従業者について

上記(ii)の各従業者については、ユニット型施設の入居者及び併設された従来型施設の入所者の処遇に支障がない場合、兼務を認めることとする。

④ 設備に関する基準

施設の設備については、居室、共同生活室、洗面設備、便所を除き、ユニット型施設部分の入居者及びそれ以外の部分の入所者へのサービス提供に支障がない場合、ユニット型施設・従来型施設の併用を認めることとする。

⑤ 附則（施行期日及び経過措置等）

新設される施設については、平成22年11月から12月に予定される省令改正の公布・施行の日より、新基準が適用されることとなる。

国の解釈通知に沿って指定が行われ、報酬が支払われていた一部ユニット型施設については、平成23年4月（予定）以降の指定更新の際に、ユニット型施設部分と従来型施設部分をそれぞれ別施設として、順次指定の変更を行うこととする。

国の解釈通知に反して平成15年4月2日以降に一部ユニット型施設として新設・指定され、ユニット部分にユニット型介護福祉施設サービス費が支払われていた施設については、平成23年3月末（予定）までに、新たな基準に基づき、ユニット型施設部分と従来型施設部分をそれぞれ別施設として指定することとする。

また、ユニット型施設及び従来型施設それぞれの施設整備状況の検証結果を踏まえ、必要があればその後の対応を検討することとする。

- ⑥ 以上について、省令に明記する。

(2) 介護老人保健施設等

① 施設類型上の取扱い

介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）等に規定される一部ユニット型介護老人保健施設等を廃止し、省令及びその解釈通知から削除する。

- ② ユニット型施設と従来型施設の併設施設についてのケアの分離の原則
指定介護老人福祉施設と同様の取扱いとする。

③ 人員配置基準

(i) 介護職員について

ユニット型施設と従来型施設を併設した施設のうち、ユニット型施設の介護職員については、併設された従来型施設の介護職員との兼務を認めない。

- (ii) 管理者、医師、看護職員、薬剤師、支援相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、介護支援専門員、調理員、事務員その他の

従業者について

上記(ii)の従業者については、ユニット型施設の入居者及び併設された従来型施設の入所者の処遇に支障がない場合、兼務を認めることとする。

④ 設備基準

施設の設備については、療養室(病室)、共同生活室、洗面設備、便所を除き、ユニット型施設の入居者及びそれ以外の部分の入所者へのサービス提供に支障がない場合、ユニット型施設部分・従来型施設部分の併用を認めることとする。

⑤ 施行期日及び経過措置について

指定介護老人福祉施設と同様の取扱いとする。

⑥ 以上について、省令に明記する。

4. ユニット型施設の今後の検討項目

上記1～3の考え方、施策の進捗状況、介護保険施設の機能等を踏まえた上で、ユニット型施設の施設類型の一層の明確化、整備目標、人員配置、ユニットの定員数などについても、介護給付費分科会で検討する必要がある。

5. 介護報酬の返還について

介護報酬については、解釈通知に沿って支払うことが適切である。

しかしながら、国の解釈通知に反して平成15年4月2日以降に新設された一部ユニット型施設については、

① 解釈通知について、国と地方に意思疎通が不足したことにより、現場に混乱をもたらしてきた経緯がある

② 介護報酬は介護に要する費用の額を勘案して設定しているものであり

実態として個室ユニットケアが行われ、個室ユニットケアの介護報酬が支払われている場合がある

という事情を十分踏まえた対応を行う必要がある。

したがって、介護報酬の返還については、まず、指定権者である都道府県、保険者である市町村、施設において、個室ユニットケアが行われているかの確認を行うこととする。その上で、ユニット部分について個室ユニットケアがなされていることを前提に、地域の実情、利用者への影響などを含め、三者で相談することとし、それを踏まえ、保険者が介護報酬の返還を求めないという判断も可能とする。

医療ニーズの高い要介護（支援）者への 支援体制構築に向けた提言書

平成 22 年 10 月 7 日
社会保障審議会介護保険部会
委員 井部 俊子
(日本看護協会副会長)

急速な高齢化や病院の在院日数短縮化にともない、在宅や介護施設において医療ニーズの高い要介護（支援）者が増えています。また、今後は施設や在宅での「看取り」のニーズも増大します。介護保険サービスの利用者が、終の棲家と定めた場所で安全・安心な生活を継続できるよう、24 時間 365 日対応可能な看護の体制を整え、サービスを安定的に供給していく必要があります。

生活の場での療養を支える地域包括ケアシステムの中で、看護が十分に機能を発揮できるよう、以下の事項についてご検討をお願い申し上げます。

1. 医療ニーズの高い要介護（支援）者への支援体制の充実
 - 1) 医療依存度の高い在宅療養者を支援する小規模多機能型居宅介護の創設
 - 2) 訪問看護と訪問介護を一体的に提供する事業形態の創設
 - 3) 訪問看護は区分支給限度基準額の枠外に
 - 4) 特別養護老人ホームにおける看護職員配置の引き上げ
2. 訪問看護の安定的な提供体制の確保
 - 1) 訪問看護ステーションの規模拡大に向けた支援
 - 2) サテライト事業所の設置促進
3. 訪問看護の業務効率化に向けた支援
 - 1) 衛生材料等の取扱いに関する運用ルールの整備

1. 医療ニーズの高い要介護（支援）者への支援体制の充実

1) 医療依存度の高い在宅療養者を支援する小規模多機能型居宅介護の創設

【別添資料参照】

現行の在宅介護サービス体系では、医療ニーズの高い在宅療養者への24時間の対応が必要になった場合、介護負担の増大によって家族が疲弊し、やむなく在宅療養を中断したり、入院して最期を迎える状況があります。

こうした医療ニーズの高い在宅療養者の場合、訪問看護や訪問介護が一日の限られた時間に訪問して「点」で支えるだけでは、在宅療養継続は困難です。従来の訪問・通いの在宅サービスに加え、病態の変動時や家族のレスパイトに対応できる、宿泊の機能を併せ持つサービスの充実に図ることが不可欠です。また、在宅生活を継続するためには、療養上の不安や疑問について気軽に相談できる場を、利用者の身近な地域に整備する必要があります。

医療ニーズの高い人々に24時間の在宅療養支援を行うために、小規模多機能型居宅介護と訪問看護を一体的に提供できるような、訪問看護・訪問介護・通所・宿泊・相談の多面的な機能を備えたあらたな類型の創設を要望します。

2) 訪問看護と訪問介護を一体的に提供する事業形態の創設

介護保険制度では、要介護度の変化に応じてケアプランが変更され、在宅サービスの内容も変更されます。しかし、現状では訪問看護と訪問介護がそれぞれ別事業所から、別時間に訪問してケアを提供する形態が多く、要介護度と必ずしもリンクしない医療ニーズの変化や、利用者の在宅環境の変化に細かく対応して、提供するサービスを調整することは困難です。

一人一人の利用者に合わせた柔軟なサービス提供と、医療処置の必要な在宅療養者に安全にケアを提供するという点でも、訪問看護と訪問介護を組み合わせる事業形態の創設を要望します。

3) 訪問看護は区分支給限度基準額の枠外に

要介護度の高さと医療ニーズの高さは必ずしも一致しないため、区分支給限度基準額との関連で、医療ニーズの高い在宅療養者に訪問看護が必要な回数提供できない場合があります。

在宅療養を継続するためには、介護サービスで食事、入浴、排泄など生活の基盤をしっかり整えた上で、訪問看護で病状の悪化予防や急変対応を行うことが必要です。区分支給限度基準額との関連で訪問看護の利用抑制が働くことは、結果として、在宅療養の中断や入院につながるおそれがあります。

訪問看護が必要な人に適切に提供されるよう、訪問看護に係る給付については限度額の管理対象外とし、在宅療養者が1割負担で利用できるよう要望します。

4) 特別養護老人ホームにおける看護職員配置の引き上げ

入所者の高齢化・重度化が進む特別養護老人ホーム（以下;特養）においては、たん

の吸引や経管栄養などの医療ニーズの高い入所者への対応とともに、施設内での「看取り」への対応が課題となっています。

現行の特養の看護・介護体制では、これらの入所者に対して安全かつ適切なケアを提供することは非常に困難であり、医療ニーズの高い要介護者の受入拒否、夜間の症状変化への対応や看取りの体制が十分とれないことによる救急搬送や入院が発生しています。

特養が終の棲家として最期まで入所者を支えるためには、特養の看護・介護体制の再構築と、それに見合う報酬上の評価が必要です。

看護・介護の人員配置を引き上げ、医療ニーズや看取りに対応できる施設の増加、特に夜間における看護師の複数配置が進むよう、人員基準や報酬上の評価について見直しを要望します。

2. 訪問看護の安定的な提供体制の確保

1) 訪問看護ステーションの規模拡大に向けた支援

9月10日閣議決定の「日本を元気にする規制改革100」において、今後の検討項目の1つとして「訪問看護ステーションの開業要件の緩和」が挙げられ、訪問看護の事業形態や看護師等の人員基準を含め、訪問看護ステーションの在り方を検討することとなっております。このことに関連して、現行の訪問看護ステーションの人員基準2.5名を1名に緩和するよう求める動きがあります。

しかし、小規模な訪問看護ステーションほど24時間対応や看取りの実績が少なく、経営基盤が不安定であるなど、サービスの安定的な提供が困難であることは、これまでの調査等により明らかです。現行の人員基準2.5名を1名に緩和することは、サービスの質、経営基盤、訪問看護師の労働環境などの低下につながり、訪問看護を利用する国民の安全・安心を十分保障できなくなるおそれがあります。

訪問看護を拡充するためには、個々のステーションが規模を拡大し、経営の安定化・効率化、サービスの質の維持向上を図ることが必要です。訪問看護ステーションの多機能化・業務効率化に対する支援とともに、訪問看護師の養成プログラムを実施する教育機関や、潜在看護師を受け入れ研修・教育を担う訪問看護ステーションへの支援を進めるべきです。

2) サテライト事業所の設置促進

地域に広く訪問看護を普及するための方策として、「サテライト事業所」のさらなる設置促進を要望します。

サテライト事業所設置により、事務の集約化や移動時間の短縮につながり、結果として地域のより多くの利用者に訪問看護を提供することが可能になります。既にサテライト事業所設置に対する交付金を設け、設置促進に取り組んでいる自治体もあります。今後より多くの自治体でサテライト事業所の活用が図られるよう、設置要件や業務内容について正しく情報周知することが必要です。

3. 訪問看護の業務効率化に向けた支援

1) 衛生材料等の取扱いに関する運用ルールの整備

訪問看護が在宅療養者を24時間365日安定して支えるためには、ガーゼ、脱脂綿、注射器・針、カテーテル類などの衛生材料・保険医療材料が常に不足なく供給されていることが必要です。

訪問看護の利用者に対し衛生材料等を必要十分量供給することは、主治医が「在宅療養指導管理料」を算定する場合の要件となっています。しかし、利用者の状態悪化等による夜間・緊急時訪問も多い訪問看護では、必要時にその都度、医師から衛生材料等が十分支給されることは困難です。

訪問看護が24時間365日利用者の安全を支えるためには、医師による衛生材料等の供給の徹底とともに、訪問看護ステーションにおいて、一定程度の衛生材料や医薬品、医療機器を一時的に保管できる仕組みが必要です。

訪問看護が夜間や緊急時に必要な処置を行うために使用する衛生材料等の保管が可能となるよう、運用ルールを整備し、周知普及を図ることを要望します。

平成 22 年 10 月 7 日

社会保障審議会介護保険部会
部会長 山崎 泰彦 殿

介護支援専門員、生活相談員・支援相談員の役割 に係る規定の整理のお願い

社会保障審議会介護保険部会委員
木村 隆次
(一般社団法人日本介護支援専門員協会会長)

介護保険施設におけるケアマネジメントの必要性については、介護保険部会の議論においても異論がないところだと認識しています。

施設内のケアマネジメントに関することとして、介護老人福祉施設、介護老人保健施設における介護支援専門員の役割に係る規定が資料として提示されました（平成 22 年 7 月 30 日・第 28 回本部会。別添 1）。更に確認してみると、支援相談員が行う業務の条項には、例えば「入所者及び家族の処遇上の相談」や「市町村との連携」等、介護支援専門員が行う業務と重複している業務があります。

利用者にとって適切なケアマネジメントが継続して行えるよう、入所者のケアマネジメントは基準省令・解釈通知の通り、介護支援専門員が実施できる体制を整えるべきだと考えます。

以上のことから、施設介護支援専門員がケアマネジメントの全てのプロセスに専念できるよう、規定の整合性を図っていただくことを要望いたします。

1. 支援相談員が行う業務の条項のうち介護支援専門員が行う業務と重複している規定

下記規程の下線部が、介護支援専門員が行う業務と重複していると思われます。

介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について
(解釈通知)

第二 人員に関する基準（基準省令第二条）

4 支援相談員

(1) 支援相談員は、保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、次に掲げるような入所者に対する各種支援及び相談の業務を行うのにふさわしい常勤職員を充てること。

- ① 入所者及び家族の処遇上の相談
- ② レクリエーション等の計画、指導
- ③ 市町村との連携
- ④ ボランティアの指導

参考資料として、介護老人福祉施設における介護支援専門員と生活相談員の役割に係る規定、介護老人保健施設における介護支援専門員と支援相談員の役割に係る規定を区分して列記したものを添付いたします。（別添 2）

2. 規定の整理について

施設内のケアマネジメントは、介護支援専門員が行うこととされている基準省令・解釈通知の通りに実施できるように、規定の整理をお願いいたします。

介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設における 介護支援専門員の役割に係る規定について

1 介護老人福祉施設

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成十一年三月三十一日厚生省令第三十九号)

第十二条 指定介護老人福祉施設の管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

第二十二條の二 計画担当介護支援専門員は、第十二条に規定する業務のほか、次に掲げる業務を行うものとする。

- 一 入所申込者の入所に際し、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握すること。
- 二 入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討すること。
- 三 その心身の状況、その置かれている環境等に照らし、居宅において日常生活を営むことができると認められる入所者に対し、その者及びその家族の希望、その者が退所後に置かれることとなる環境等を勘案し、その者の円滑な退所のために必要な援助を行うこと。
- 四 入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携すること。
- 五 第十一条第五項に規定する身体的拘束等の態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。
- 六 第三十三条第二項に規定する苦情の内容等を記録すること。
- 七 第三十五条第三項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。

2 介護老人保健施設

介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成十一年三月三十一日厚生省令第四十号)

第十四条 介護老人保健施設の管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

第二十四条の二 計画担当介護支援専門員は、第十四条に規定する業務のほか、次に掲げる業務を行うものとする。

- 一 入所申込者の入所に際し、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握すること。
- 二 入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討し、その内容等を記録すること。
- 三 入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携すること。
- 四 第三十四条第二項に規定する苦情の内容等を記録すること。
- 五 第三十六条第二項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。

介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設における 生活相談員、支援相談員の役割に係る規定について

1 生活相談員に係る規定

介護老人福祉施設

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成十一年三月三十一日厚生省令第三十九号)

第七条

4 指定介護老人福祉施設は、入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討しなければならない。

5 前項の検討に当たっては、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等の従業者の間で協議しなければならない。

2 支援相談員に係る規定

介護老人保健施設

介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成十一年三月三十一日厚生省令第四十号)

第八条

4 介護老人保健施設は、入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討し、その内容等を記録しなければならない。

5 前項の検討に当たっては、医師、薬剤師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等の従業者の間で協議しなければならない。

介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設における介護支援専門員、別添2 生活相談員・支援相談員の役割に係る規定について

【 介護老人福祉施設（特養） 】

介護支援専門員

- 基準省令「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」
- 解釈通知「指定介護老人福祉施設の人員、施設及び運営に関する基準について」

生活相談員

●基準省令 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準 (入退所) 第七条

- 3 指定介護老人福祉施設は、入所申込者の入所に際しては、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等(法第八条第二十一項に規定する指定居宅サービス等をいう。以下同じ。)の利用状況等の把握に努めなければならない。
- 4 指定介護老人福祉施設は、入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討しなければならない。
- 5 前項の検討に当たっては、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等の従業者の間で協議しなければならない。
- 6 指定介護老人福祉施設は、その心身の状況、その置かれている環境等に照らし、居宅において日常生活を営むことができると認められる入所者に対し、その者及びその家族の希望、その者が退所後に置かれることとなる環境等を勘案し、その者の円滑な退所のために必要な援助を行わなければならない。
- 7 指定介護老人福祉施設は、入所者の退所に際しては、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対する情報の提供に努めるほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

●基準省令 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準 (施設サービス計画の作成) 第一二条

指定介護老人福祉施設の管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

- 2 施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員(以下「計画担当介護支援専門員」という。)は、施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて施設サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

●基準省令 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準 (入退所) 第七条

- 3 指定介護老人福祉施設は、入所申込者の入所に際しては、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等(法第八条第二十一項に規定する指定居宅サービス等をいう。以下同じ。)の利用状況等の把握に努めなければならない。
- 4 指定介護老人福祉施設は、入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討しなければならない。
- 5 前項の検討に当たっては、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等の従業者の間で協議しなければならない。
- 6 指定介護老人福祉施設は、その心身の状況、その置かれている環境等に照らし、居宅において日常生活を営むことができると認められる入所者に対し、その者及びその家族の希望、その者が退所後に置かれることとなる環境等を勘案し、その者の円滑な退所のために必要な援助を行わなければならない。
- 7 指定介護老人福祉施設は、入所者の退所に際しては、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対する情報の提供に努めるほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

- 3 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。
- 4 計画担当介護支援専門員は、前項に規定する解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、入所者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。
- 5 計画担当介護支援専門員は、入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、指定介護福祉施設サービスの目標及びその達成時期、指定介護福祉施設サービスの内容、指定介護福祉施設サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。
- 6 計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議(入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供に当たる他の担当者(以下この条において「担当者」という。)を召集して行う会議をいう。以下同じ。)の開催、担当者に対する照会等により、当該施設サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。
- 7 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得なければならない。
- 8 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入所者に交付しなければならない。
- 9 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握(入所者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。
- 10 計画担当介護支援専門員は、前項に規定する実施状況の把握(以下「モニタリング」という。)に当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。
 - 一 定期的に入所者に面接すること。
 - 二 定期的モニタリングの結果を記録すること。
- 11 計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。
 - 一 入所者が法第二十八条第二項に規定する要介護更新認定を受けた場合
 - 二 入所者が法第二十九条第一項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

12 第二項から第八項までの規定は、第九項に規定する施設サービス計画の変更について準用する。

●基準省令 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準
(計画担当介護支援専門員の責務)第二二条の二

計画担当介護支援専門員は、第十二条に規定する業務のほか、次に掲げる業務を行うものとする。

- 一 入所申込者の入所に際し、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握すること。
- 二 入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討すること。
- 三 その心身の状況、その置かれている環境等に照らし、居宅において日常生活を営むことができると認められる入所者に対し、その者及びその家族の希望、その者が退所後に置かれることとなる環境等を勘案し、その者の円滑な退所のために必要な援助を行うこと。
- 四 入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携すること。
- 五 第十一条第五項に規定する身体的拘束等の態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。
- 六 第三十三条第二項に規定する苦情の内容等を記録すること。
- 七 第三十五条第三項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。

○解釈通知 指定介護老人福祉施設の人員、施設及び運営に関する基準について
第四 運営に関する基準

5 入退所

- (3) 同条第三項は、基準省令第一条(基本方針)を踏まえ、入所者の家族等に対し、居宅における生活への復帰が見込まれる場合には、居宅での生活へ移行する必要性があること、できるだけ面会に来ることが望ましいこと等の説明を行うとともに、入所者に対して適切な指定介護福祉施設サービスが提供されるようにするため、入所者の心身の状況、生活歴、病歴、家族の状況等の把握に努めなければならないことを規定したものである。
また、質の高い指定介護福祉施設サービスの提供に資することや入所者の生活の継続性を重視するという観点から、指定居宅サービス等の利用状況等の把握に努めなければならないものとしたものである。
- (4) 同条第四及び第五項は、指定介護老人福祉施設が要介護者のうち、入所して介護を受けることが必要な者を対象としていることにかんがみ、退所して居宅において日常生活を営むことができるかについて定期的に検討しなければならないこととしたものである。
なお、前記の検討は、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等により行うこと。

○解釈通知 指定介護老人福祉施設の人員、施設及び運営に関する基準について
第四 運営に関する基準

6 入退所

- (3) 同条第三項は、基準省令第一条(基本方針)を踏まえ、入所者の家族等に対し、居宅における生活への復帰が見込まれる場合には、居宅での生活へ移行する必要性があること、できるだけ面会に来ることが望ましいこと等の説明を行うとともに、入所者に対して適切な指定介護福祉施設サービスが提供されるようにするため、入所者の心身の状況、生活歴、病歴、家族の状況等の把握に努めなければならないことを規定したものである。
また、質の高い指定介護福祉施設サービスの提供に資することや入所者の生活の継続性を重視するという観点から、指定居宅サービス等の利用状況等の把握に努めなければならないものとしたものである。
- (4) 同条第四及び第五項は、指定介護老人福祉施設が要介護者のうち、入所して介護を受けることが必要な者を対象としていることにかんがみ、退所して居宅において日常生活を営むことができるかについて定期的に検討しなければならないこととしたものである。
なお、前記の検討は、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等により行うこと。

(5) 同条第六項は、第四項の検討の結果、居宅での生活が可能と判断される入所者に対し、退所に際しての本人又は家族等に対する家庭での介護方法等に関する適切な指導、居宅介護支援事業者等に対する情報提供等の必要な援助をすることを規定したものである。なお、容易に施設側の理由により退所を促すことのないよう留意するものとする。

また、退所が可能となった入所者の退所を円滑に行うために、介護支援専門員及び生活相談員が中心となって、退所後の主治の医師及び居宅介護支援事業者等並びに市町村と十分連携を図ること。

(5) 同条第六項は、第四項の検討の結果、居宅での生活が可能と判断される入所者に対し、退所に際しての本人又は家族等に対する家庭での介護方法等に関する適切な指導、居宅介護支援事業者等に対する情報提供等の必要な援助をすることを規定したものである。なお、容易に施設側の理由により退所を促すことのないよう留意するものとする。

また、退所が可能となった入所者の退所を円滑に行うために、介護支援専門員及び生活相談員が中心となって、退所後の主治の医師及び居宅介護支援事業者等並びに市町村と十分連携を図ること。

○解釈通知 指定介護老人福祉施設の人員、施設及び運営に関する基準について
第四 運営に関する基準

10 施設サービス計画の作成

基準省令第十二条は、入所者の課題分析、サービス担当者会議の開催、施設サービス計画の作成、施設サービス計画の実施状況の把握など、施設サービスが施設サービス計画に基づいて適切に行われるよう、施設サービス計画に係る一連の業務のあり方及び当該業務を行う介護支援専門員(以下「計画担当介護支援専門員」という。)の責務を明らかにしたものである。なお、施設サービス計画の作成及びその実施に当たっては、いたずらにこれを入所者に強制することとならないように留意するものとする。

(1) 計画担当介護支援専門員による施設サービス計画の作成(第一項)

指定介護老人福祉施設の管理者は、施設サービス計画の作成に関する業務の主要な過程を計画担当介護支援専門員に担当させることとしたものである。

(2) 総合的な施設サービス計画の作成(第二項)

施設サービス計画は、入所者の日常生活全般を支援する観点に立って作成されることが重要である。このため、施設サービス計画の作成又は変更に当たっては、入所者の希望や課題分析の結果に基づき、介護給付等対象サービス以外の、当該地域の住民による入所者の話し相手、会食などの自発的な活動によるサービス等も含めて施設サービス計画に位置付けることにより、総合的な計画となるよう努めなければならない。

(3) 課題分析の実施(第三項)

施設サービス計画は、個々の入所者の特性に応じて作成されることが重要である。このため計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に先立ち入所者の課題分析を行わなければならない。

課題分析とは、入所者の有する日常生活上の能力や入所者を取り巻く環境等の評価を通じて入所者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握することであり、入所者の生活全般についてその状態を十分把握することが重要である。

なお、課題分析は、計画担当介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、入所者の課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければならないものである。

○解釈通知 指定介護老人福祉施設の人員、施設及び運営に関する基準について
第四 運営に関する基準

10 施設サービス計画の作成

(4) 課題分析における留意点(第四項)

計画担当介護支援専門員は、解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、必ず入所者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、入所者やその家族との間の信頼関係、協働関係の構築が重要であり、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。なお、このため、計画担当介護支援専門員は面接技法の研鑽に努めることが重要である。

(5) 施設サービス計画原案の作成(第五項)

計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画が入所者の生活の質に直接影響する重要なものであることを十分に認識し、施設サービス計画原案を作成しなければならない。したがって、施設サービス計画原案は、入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果による専門的な見地に基づき、入所者の家族の希望を勘案した上で、実現可能なものとする必要がある。

また、当該施設合サービス計画原案には、入所者及びその家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針並びに生活全般の解決すべき課題に加え、各種サービス(機能訓練、看護、介護、食事等)に係る目標を具体的に設定し記載する必要がある。さらに提供される施設サービスについて、その長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期等を明確に盛り込み、当該達成時期には施設サービス計画及び提供したサービスの評価を行い得るようにすることが重要である。

なお、ここでいう指定介護福祉施設サービスの内容には、当該指定介護福祉施設の行事及び日課等も含むものである。

(6) サービス担当者会議等による専門的意見の聴取(第六項)

計画担当介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い施設サービス計画とするため、施設サービスの目標を達成するために、具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、施設サービス計画原案に位置付けた施設サービスの担当者からなるサービス担当者会議の開催又は当該担当者への照会等により、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要である。なお、計画担当介護支援専門員は、入所者の状態を分析し、複数職種間で直接に意見調整を行う必要の有無について十分見極める必要があるものである。

なお、同項で定める他の担当者とは、医師、生活相談員、介護職員、看護職員、機能訓練指導員及び栄養士等の当該入所者の介護及び生活状況等に関係する者を指すものである。

(7) 施設サービス計画原案の説明及び同意(第七項)

施設サービス計画は、入所者の希望を尊重して作成されなければならない。このため、計画担当介護支援専門員に、施設サービス計画の作成に当たっては、これに位置付けるサービスの内容を説明した上で文書によって入所者の同意を得ることを義務付けることにより、サービスの内容への入所者の意向の反映の機会を保障しようとするものである。

(6) サービス担当者会議等による専門的意見の聴取(第六項)

計画担当介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い施設サービス計画とするため、施設サービスの目標を達成するために、具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、施設サービス計画原案に位置付けた施設サービスの担当者からなるサービス担当者会議の開催又は当該担当者への照会等により、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要である。なお、計画担当介護支援専門員は、入所者の状態を分析し、複数職種間で直接に意見調整を行う必要の有無について十分見極める必要があるものである。

なお、同項で定める他の担当者とは、医師、生活相談員、介護職員、看護職員、機能訓練指導員及び栄養士等の当該入所者の介護及び生活状況等に関係する者を指すものである。

なお、当該説明及び同意を要する施設サービス計画の原案とは、いわゆる施設サービス計画書の第1表及び第2表(「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」(平成十一年十一月十二日老企第二九号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)に示す標準様式を指す。)に相当するものを指すものである。

また、施設サービス計画の原案について、入所者に対して説明し、同意を得ることを義務づけているが、必要に応じて入所者の家族に対しても説明を行い同意を得ることが望ましいことに留意されたい。

(8) 施設サービス計画の交付(第八項)

施設サービス計画を作成した際には、遅滞なく入所者に交付しなければならない。

なお、交付した施設サービス計画は、基準省令第三十七条第二項の規定に基づき、二年間保存しておかなければならない。

(9) 施設サービス計画の実施状況等の把握及び評価等(第九項)

計画担当介護支援専門員は、入所者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であり、施設サービス計画の作成後においても、入所者及びその家族並びに他のサービス担当者と継続して連絡調整を行い、施設サービス計画の実施状況の把握(入所者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。)を行い、入所者の解決すべき課題の変化が認められる場合等必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。

なお、入所者の解決すべき課題の変化は、入所者に直接サービスを提供する他のサービス担当者により把握されることも多いことから、計画担当介護支援専門員は、他のサービス担当者と緊密な連携を図り、入所者の解決すべき課題の変化が認められる場合には、円滑に連絡が行われる体制の整備に努めなければならない。

(10) モニタリングの実施(第十項)

施設サービス計画の作成後のモニタリングについては、定期的に入所者と面接して行う必要がある。また、モニタリングの結果についても定期的に記録することが必要である。

「定期的に」の頻度については、入所者の心身の状況等に応じて適切に判断するものとする。

また、特段の事情とは、入所者の事情により、入所者に面接することができない場合を主として指すものであり、計画担当介護支援専門員に起因する事情は含まれない。

なお、当該特段の事情がある場合については、その具体的な内容を記録しておくことが必要である。

(11) 施設サービス計画の変更(第十二項)

計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を変更する際には、原則として、基準省令第十二条第二項から第八項に規定された施設サービス計画作成に当たっての一連の業務を行うことが必要である。

なお、入所者の希望による軽微な変更を行う場合には、この必要はないものとする。ただし、この場合においても、計画担当介護支援専門員が、入所者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であることは、同条第九項((9)施設サービス計画の実施状況等の把握及び評価等)に規定したとおりであるので念のため申し添える。

○解釈通知 指定介護老人福祉施設の人員、施設及び運営に関する基準について
第四 運営に関する基準

21 計画担当介護支援専門員の責務

基準省令第二十二條の二は、指定介護老人福祉施設の計画担当介護支援専門員の責務を定めたものである。

計画担当介護支援専門員は、基準省令第十二條の業務のほか、指定介護老人福祉施設が行う業務のうち、基準省令第七條第三項から第七項まで、第十一條第五項、第三十三條第二項及び第三十五條第二項に規定される業務を行うものとする。

介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設における介護支援専門員、生活相談員・支援相談員の役割に係る規定について

【 介護老人保健施設 】

- 基準省令「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」
- 解釈通知「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について」

介護支援専門員

支援相談員

● 基準省令 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（入退所）第八条

- 3 介護老人保健施設は、入所申込者の入所に際しては、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等（法第八条第二十一項に規定する指定居宅サービス等をいう。以下同じ。）の利用状況等の把握に努めなければならない。
- 4 介護老人保健施設は、入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかについて定期的に検討し、その内容等を記録しなければならない。
- 5 前項の検討に当たっては、医師、薬剤師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等の従業者の間で協議しなければならない。
- 6 介護老人保健施設は、入所者の退所に際しては、その者又はその家族に対し、適切な指導を行うとともに、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対する情報の提供に努めるほか、退所後の主治の医師に対する情報の提供その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

● 基準省令 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（入退所）第八条

- 3 介護老人保健施設は、入所申込者の入所に際しては、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等（法第八条第二十一項に規定する指定居宅サービス等をいう。以下同じ。）の利用状況等の把握に努めなければならない。
- 4 介護老人保健施設は、入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかについて定期的に検討し、その内容等を記録しなければならない。
- 5 前項の検討に当たっては、医師、薬剤師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等の従業者の間で協議しなければならない。
- 6 介護老人保健施設は、入所者の退所に際しては、その者又はその家族に対し、適切な指導を行うとともに、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対する情報の提供に努めるほか、退所後の主治の医師に対する情報の提供その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

● 基準省令 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（施設サービス計画の作成）第一四条

介護老人保健施設の管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

- 2 施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員（以下「計画担当介護支援専門員という。）は、施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて施設サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。
- 3 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題を明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

- 4 計画担当介護支援専門員は、前項に規定する解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、入所者及びその家族に面会して行わなければならない。この場合において、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。
- 5 計画担当介護支援専門員は、入所者の希望、入所者についてのアセスメントの結果及び医師の治療の方針に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、介護保健施設サービスの目標及びその達成時期、介護保健施設サービスの内容、介護保健施設サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。
- 6 計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議(入所者に対する介護保健施設サービスの提供に当たる他の担当者(以下この条において「担当者」という。)を招集して行う会議をいう。以下同じ。)の開催、担当者に対する照会等により、当該施設サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。
- 7 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得なければならない。
- 8 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入所者に交付しなければならない。
- 9 計画担当介護支援専門員は、施設サービスの作成後、施設サービス計画の実施状況の把握(入所者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。
- 10 計画担当介護支援専門員は、前項に規定する実施状況の把握(以下「モニタリング」という。)に当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行われなければならない。
 - 一 定期的に入所者に面接すること。
 - 二 定期的にモニタリングの結果を記録すること。
- 11 計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。
 - 一 入所者が法第二十八条第二項に規定する要介護更新認定を受けた場合
 - 二 入所者が法第二十九条第一項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合
- 12 第二項から第八項までの規定は、第九項に規定する施設サービス計画の変更について準用する。

● 基準省令 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準
(計画担当介護支援専門員の責務)第二十四条の二

計画担当介護支援専門員は、第十四条に規定する業務のほか、次に掲げる業務を行うものとする。

- 一 入所申込者の入所に際し、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握すること。
- 二 入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討し、その内容等を記録すること。
- 三 入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携すること。
- 四 第三十四条第二項に規定する苦情の内容等を記録すること。
- 五 第三十六条第二項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。

○ 解釈通知 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について

第二 人員に関する基準(基準省令第二条)

4 支援相談員

- (1) 支援相談員は、保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、次に掲げるような入所者に対する各種支援及び相談の業務を行うのにふさわしい常勤職員を充てること。
 - ① 入所者及び家族の処遇上の相談
 - ② レクリエーション等の計画、指導
 - ③ 市町村との連携
 - ④ ボランティアの指導

○ 解釈通知 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について

第四 運営に関する基準

6 入退所

- (4) 同条第四項及び第五項は、入所者について、その病状及び身体の状態に照らし、退所して居宅において生活ができるかどうかについて定期的に検討しなければならないこととされたものであること。医師、薬剤師(配置されている場合に限る。)、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等による居宅における生活への復帰の可否の検討は、入所後早期に行うこと。また、その検討は病状及び身体の状態に応じて適宜実施すべきものであるが、少なくとも三月ごとには行うこと。これらの定期的な検討の経過及び結果は記録しておくとともに、基準省令第三十八条第二項の規定に基づきその記録は二年間保存しておくこと。

○ 解釈通知 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について

第四 運営に関する基準

6 入退所

- (4) 同条第四項及び第五項は、入所者について、その病状及び身体の状態に照らし、退所して居宅において生活ができるかどうかについて定期的に検討しなければならないこととされたものであること。医師、薬剤師(配置されている場合に限る。)、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等による居宅における生活への復帰の可否の検討は、入所後早期に行うこと。また、その検討は病状及び身体の状態に応じて適宜実施すべきものであるが、少なくとも三月ごとには行うこと。これらの定期的な検討の経過及び結果は記録しておくとともに、基準省令第三十八条第二項の規定に基づきその記録は二年間保存しておくこと。

- (5) 同条第六項は、入所者の退所に際しての、本人又は家族等に対する家族での介護方法等に関する適切な指導、病院又は診療所の医師及び居宅介護支援事業者等に対する情報提供について規定したものであること。また、退所が可能になった入所者の退所を円滑に行うために、介護支援専門員及び支援相談員が中心となって、退所後の主治の医師及び居宅介護支援事業者等並びに市町村と十分連携を図ること。

- (5) 同条第六項は、入所者の退所に際しての、本人又は家族等に対する家族での介護方法等に関する適切な指導、病院又は診療所の医師及び居宅介護支援事業者等に対する情報提供について規定したものであること。また、退所が可能になった入所者の退所を円滑に行うために、介護支援専門員及び支援相談員が中心となって、退所後の主治の医師及び居宅介護支援事業者等並びに市町村と十分連携を図ること。

○解釈通知 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について

第四 運営に関する基準

12 施設サービス計画の作成

基準省令第十四条は、入所者の課題分析、サービス担当者会議の開催、施設サービス計画の作成、施設サービス計画の実施状況の把握など、施設サービスが施設サービス計画に基づいて適切に行われるよう、施設サービス計画に係る一連の業務のあり方及び当該業務を行う介護支援専門員（以下「計画担当介護支援専門員」という。）の責務を明らかにしたものである。なお、施設サービス計画の作成及びその実施に当たっては、いたずらにこれを入所者に強制することとならないように留意するものとする。

(1) 計画担当介護支援専門員による施設サービス計画の作成(第一項)

介護老人保健施設の管理者は、施設サービス計画の作成に関する業務の主要な過程を計画担当介護支援専門員に担当させることとしたものである。

(2) 総合的な施設サービス計画の作成(第二項)

施設サービス計画は、入所者の日常生活全般を支援する観点に立つて作成されることが重要である。このため、施設サービス計画の作成又は変更に当たっては、入所者の希望や課題分析の結果に基づき、介護給付対象サービス以外の、当該地域の住民による入所者の話し相手、会食などの自発的な活動によるサービス等も含めて施設サービス計画に位置付けることにより、総合的な計画となるよう努めなければならない。

(3) 課題分析の実施(第三項)

施設サービス計画は、個々の入所者の特性に応じて作成されることが重要である。このため計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に先立ち入所者の課題分析を行わなければならない。

課題分析とは、入所者の有する日常生活上の能力や入所者を取り巻く環境等の評価を通じて入所者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握することであり、入所者の生活全般についてその状態を十分把握することが重要である。

なお、課題分析は、計画担当介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、入所者の課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければならないものである。

○解釈通知 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について

第四 運営に関する基準

12 施設サービス計画の作成

(4) 課題分析における留意点(第四項)

計画担当介護支援専門員は、解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、必ず入所者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、入所者やその家族との間の信頼関係、協働関係の構築が重要であり、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。なお、このため、計画担当介護支援専門員は面接技法等の研鑽に努めることが重要である。

(5) 施設サービス計画原案の作成(第五項)

計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画が入所者の生活の質に直接影響する重要なものであることを十分に認識し、施設サービス計画原案を作成しなければならない。したがって、施設サービス計画原案は、入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果による専門的見地並びに介護老人保健施設の医師の治療方針に基づき、入所者の家族の希望を勘案した上で、実現可能なものとする必要がある。

また、当該施設サービス計画原案には、入所者及びその家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針並びに生活全般の解決すべき課題に加え、各種サービス(医療、リハビリテーション、看護、介護、食事等)に係る目標を具体的に設定し記載する必要がある。さらに提供される施設サービスについて、その長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期等を明確に盛り込み、当該達成時期には施設サービス計画及び提供したサービスの評価を行い得るようにすることが重要である。

なお、ここでいう介護保健施設サービスの内容には、当該介護老人保健施設の行事及び日課を含むものである。

(6) サービス担当者会議等による専門的意見の聴取(第六項)

計画担当介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い施設サービス計画とするため、施設サービスの目標を達成するために、具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、施設サービス計画原案に位置付けた施設サービスの担当者からなるサービス担当者会議の開催又は当該担当者への照会等により、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要である。なお、計画担当介護支援専門員は、入所者の状態を分析し、複数職種間で直接に意見調整を行う必要の有無について十分見極める必要があるものである。

なお、同項で定める他の担当者とは、医師、理学療法士、作業療法士、看護・介護職員及び栄養士等の当該入所者の介護及び生活状況等に関係する者を指すものである。

(7) 施設サービス計画原案の説明及び同意(第七項)

施設サービス計画は、入所者の希望を尊重して作成されなければならない。このため、計画担当介護支援専門員に、施設サービス計画の作成に当たっては、これに位置付けるサービスの内容を説明した上で文書によって入所者の同意を得ることを義務づけることにより、サービスの内容への入所者の意向の反映の機会を保障しようとするものである。

なお、当該説明及び同意を要する施設サービス計画の原案とは、いわゆる施設サービス計画書の第1表及び第2表(「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」(平成十一年十一月十二日老企第二九号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)に示す標準様式を指す。)に相当するものを指すものである。

また、施設サービス計画の原案について、入所者に対して説明し、同意を得ることを義務づけているが、必要に応じて入所者の家族に対しても説明を行い同意を得ることが望ましいことに留意されたい。

(8) 施設サービス計画の交付(第八項)

施設サービス計画を作成した際には、遅滞なく入所者に交付しなければならない。

なお、交付した施設サービス計画は、基準省令第三十八条第二項の規定に基づき、二年間保存しておくなければならない。

(9) 施設サービス計画の実施状況等の把握及び評価等(第九項)

計画担当介護支援専門員は、入所者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であり、施設サービス計画の作成後においても、入所者及びその家族並びに他のサービス担当者と継続して連絡調整を行い、施設サービス計画の実施状況の把握(入所者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。)を行い、入所者の解決すべき課題の変化が認められる場合等必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。

なお、入所者の解決すべき課題の変化は、入所者に直接サービスを提供する他のサービス担当者により把握されることも多いことから、計画担当介護支援専門員は、他のサービス担当者と緊密な連携を図り、入所者の解決すべき課題の変化が認められない場合には、円滑に連絡が行われる体制の整備に努めなければならない。

(10) モニタリングの実施(第十項)

施設サービス計画の作成後のモニタリングについては、定期的に、入所者と面接して行う必要がある。また、モニタリングの結果についても定期的に記録することが必要である。

「定期的に」の頻度については、入所者の心身の状況等に応じて適切に判断するものとする。

また、特段の事情とは、入所者の事情により、入所者に面接することができない場合を主として指すものであり、計画担当介護支援専門員に起因する事情は含まれない。

なお、当該特段の事情がある場合については、その具体的な内容を記録しておくことが必要である。

(11) 施設サービス計画の変更(第十二項)

計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を変更する際には、原則として、基準省令第十四条第二項から第八項に規定された施設サービス計画作成に当たっての一連の業務を行うことが必要である。

なお、入所者の希望による軽微な変更を行う場合には、この必要はないものとする。ただし、この場合においても、計画担当介護支援専門員が入所者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であることは、同条第九項((9)施設サービス計画の実施状況等の把握及び評価等)に規定したとおりであるので念のため申し添える。

○解釈通知 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準
について

第四 運営に関する基準

21 計画担当介護支援専門員の責務

基準省令第二十四条の二は、介護老人保健施設の計画担当介護支援専門員の責務を定めたものである。

計画担当介護支援専門員は、基準省令第十四の業務のほか、介護老人保健施設が行う業務のうち、基準省令第八条第三項から第六項まで、第三十四条第二項及び第三十六条第二項に規定される業務を行うものとする。

議論の整理にあたって

平成 22 年 10 月 7 日
社会保障審議会介護保険部会
委員 齊藤 秀樹
(全国老人クラブ連合会)

●制度創設 10 年の総括が必要

- ・ 国民（第 1 号・第 2 号被保険者・利用者本人・利用者家族別に）の評価、保険者の評価を踏まえ、国として制度 10 年の総括がまず必要と考える。
- ・ その評価軸は、「介護の社会化」、「高齢者の自立支援」、「自己決定権」、「普遍的な社会保障制度」等、制度設立当初に掲げた理念に対する評価が重要。
- ・ そのうえで、「負担と給付」の関係がわかる将来の介護ビジョン（※いくつかの選択肢）を示し、国民にその方向性を問うべきと考える。

（※例えばサービス水準：①現状維持 ②デンマークのレベル ③選択と集中）

●地域包括ケアシステムの方向性について

- ・ 「地域包括ケア研究会」報告書は、今後の介護環境を整備するうえで示唆に富んだ内容となっている。本部会としてこの方向性について意見整理を図るべきと考える。
- ・ そのうえで、365 日 24 時間、概ね 30 分以内に必要なサービスを提供するシステムの実現に向け、特に介護保険制度で担う範囲（あるべき姿）と費用見通しを明らかにすべきではないか。

●当面の財政条件下で実現すべき具体策について

- ・ 医療と介護の連携、24 時間地域巡回型訪問サービスや宿泊付きデイサービスなど、在宅支援の新たなサービスの創設は必要と考える。一方、在宅支援の先行サービスである「小規模多機能居宅介護」は伸び悩んでいる。
- ・ 今後、地域包括ケアシステムの構築を前提に、地域の介護環境を整備するとした場合、市町村の果たすべき役割と責任は大きなものがある。
- ・ これら市町村の進める介護環境づくりを支援するため、地域支援事業が有効に活用されるよう裁量範囲を拡大し、柔軟な用途を可能にする方策を講じるべきと考える。

介護保険制度改革における考え方について

- 介護保険制度改革に当たっては、財政運営戦略の「ペイアズユーゴー原則」に基づき、国費中立であることが必要。
 - 介護保険制度内で恒久的な財源を確保できない限り、給付の充実や介護職員の処遇改善など、国費増を伴う改革を行うことはできない。
- ⇒「給付の充実」と「財源の確保方策」を、セットで議論することが必要

給付の充実等

- 給付の充実
- 低所得者に対する配慮
- 平成24年度以降の介護職員処遇改善の取組(介護報酬に吸収する)
- 保険料の軽減

検討すべき財源確保方策

- 給付範囲の見直し
 - ・ 重度者への重点化
- 利用者負担の見直し
 - ・ 高所得者の利用者負担の見直し
 - ・ 居宅介護支援への利用者負担の導入
- 総報酬割への移行
- 被保険者・受給者の年齢引下げ

介護保険制度見直しに関する意見書

平成 22 年 10 月 7 日

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会

介護保険制度は、公的保険制度として国民の理解を得たものであり、国民の拠出する保険料と 2 分の 1 の公費により運営されるものであり、あくまでも「公」の責任において国民の生活を守る「公助」の制度であることは明らかなです。

公益社団法人全国老人福祉施設協議会は、介護保険制度見直しに際し、将来にわたって「豊かな高齢期の生活」を実現するため、以下のことを提言します。

1. 現実を直視した介護保険事業計画の策定と遂行が必要

(入所待機者解消：特養ホーム 20 万床の緊急整備)

- 特養入所待機者 42 万 1 千人という数字は、介護に対する不安を表したものであり、国民ニーズとして踏まえるべき数字である。
- 在宅によるサービスのみでは、「老々介護」「認々介護」の進む高齢者の生活は守れない。「地域の安心の砦」として、地域ケアの拠点となり得る必要数の特養の整備を緊急に進めるべきである。
- 「全室個室ユニット」以外認めないという施設整備方針は、地域の実情や高齢者の実態（所得と負担能力及び重度化に伴うケア）と乖離している。地域性等を踏まえ、事業者の判断において、「全室個室ユニット」以外の特養整備についても認められるよう柔軟な対応を図るべきである。
- 施設整備を行う際、その経済効率から考えて、既存施設の増床による整備を推進すべきである。
- 「市街化調整区域における開発行為の許可」等、施設整備推進の障害となっている現状についても、見直しを図るべきである。

2. 低所得高齢者、社会的弱者の生活権を守る

- 食費・居住費に対する「補足給付（特定入所者介護サービス費）」については、他の制度での対応とした場合の財源の安定的確保、低所得者に対するミーンズテストに対するスティグマ、利用手続き負担のはん雑さ等の観点から、従来どおり、介護保険制度内での対応を堅持すべきである。また補足給付費に関わる財源については公助の制度として、公費負担分により確保されるべきである。
- 「個室ユニット」による居住環境の改善を優先するためには、生活保護を含むすべての高齢者が利用できることが大前提である。また、現状の多床室部分については、はめ込み式家具等による間仕切りで個人の生活空間を確保するなど、準個室化に向けた改修を促進する緊急整備を図るよう国としても支援策を講じるべきである。
- 養護老人ホーム・軽費老人ホーム・ケアハウスにおいても、近年、要介護者が増えており、低所得者の生活施設として、国・都道府県・市町村の高齢者施策及び介護保険事業推進の中で位置づけを強化推進すべきである。

3. 介護職の地位向上、更なる処遇改善を：介護職を人が羨む職業に

- 将来にわたる介護福祉の担い手の量的確保と質の担保のためには、介護福祉従事者の更なる処遇改善が必要である。
- 介護福祉従業者の処遇改善を時限的措置とするものではなく継続的に推進していくために、少なくとも、介護サービスに従事する全ての職種を対象とするとともに、国費によって「処遇改善交付金」を継続することが必要である。
- 介護の専門性を高め、介護職の地位向上・社会的評価の確立を図るための施策が必要である。
- 介護福祉士養成過程において、生活関連医行為（喀たん吸引・経管栄養・じょく創処置等）を介護福祉士の職務範囲として行えるよう位置づけるべきである。
- 最先端科学技術を活用した生活支援ロボットの開発、介護機器等を生かした「負担の少ない介護」作りについて国は積極的に支援を行い、介護環境の改善を図るべきである。

4. 介護保険制度改革の課題

- 要介護認定にかかる負担の軽減と見直しを図ることが必要である。
要介護認定区分を、7段階から要介護度を3段階に簡素化する。認定審査の負担軽減を図るために、認定期間（現行：新規等6ヶ月、基本12ヶ月、最長24ヶ月）を見直し、より長期の認定期間の設定を可能とし、二次判定のあり方を見直しをすることなどにより、認定審査事務の簡素化を図るべきである。
- 施設介護給付の公費負担割合の是正が必要である。
現行の施設給付費における国の負担率は居宅給付費より5%低く設定されており、都道府県負担が大きくなっているために施設整備が抑制されている。国の負担率を一律25%に是正すべきである。
- 区分支給限度基準額の設定については、加算等による「一物多価」の現状から、基本単価のみによる積算方法に改めるべきである。
- 在宅介護サービス利用により「できる限り在宅での暮らし」を継続するために、ケアマネジメントを精査・評価する仕組みを地域包括支援センターの役割として位置づけ、区分支給限度額を超えるケースに個別判断の上、介護給付を可能とするよう検討すべきである。

5. 地域包括支援センターの機能強化・再構築を

- 地域包括支援センターの役割を、高齢者・障がい者に関わる総合相談援助機関として再構築し、地域におけるワンストップサービス体制の確立を図るべきである。
- 介護予防マネジメントについては、更なる簡素化を行ない、居宅介護支援事業に収れんすべきである。
- 地域包括支援センターの行政責任を明確化し、基幹型センターと地域センターの連携によるネットワークを構築すべきである。その際、地域センターにおける人的体制を強化するとともに、地域で活動する在宅介護支援センターの活用についても積極的に図るべきである。

2010年10月7日

社会保障審議会介護保険部会

淑徳大学准教授
結城 康博

今後の報告書づくりの論点について

今後、報告書をまとめるにあたって以下の論点が重要と考える。

1. 介護保険制度10年が過ぎて

介護保険制度が創設されて10年が過ぎ、家族（独居高齢者などの増大）や地域（民生委員後継者問題など地域互助組織の希薄化）といった社会情勢の変容を考慮する必要がある。また、昨今、格差社会と言われる社会的背景も視野に入れていくべきである。

2. 介護保険制度における社会保障制度上の意義

介護保険制度は社会保険制度であるが、現行では「保健制度」「福祉制度（救貧対策、地域福祉、老人福祉など）」の機能を有している。そのため、純粋にリスクや負担に応じて給付するといった論理だけで議論を展開するのは難しいと考える。

3. 競争原理（擬似的）の問題を考える

介護保険制度は競争原理（擬似的）の機能を用いて、サービス向上や資源の分配などを目指したものであるが、必ずしもこれらが機能していない側面を考えるべきである。

4. 契約主義の問題を考える

介護保険制度は、利用者と事業所の契約に基づいてサービスが展開されるが、昨今、社会の現状を考えると契約行為自体が機能しにくい側面を考えていくべきである。

5. 老人福祉制度を中心とした周辺制度の論点

介護保険制度に福祉サービスの側面が備わっているが、養護老人ホームや軽費老人ホームなどといった老人福祉制度に基づくサービスも視野に入れて議論すべきである。

6. 社会保障審議会介護保険部会における議論

本部会でまとめる報告書は、できる限り実現可能な内容とすべきであるが、財政的側面や政治情勢を考えると課題が山積している。しかし、本部会の議論の段階では、例えば「おカネがないから」サービスを抑制するといった実行性のみの議論ではなく、「介護現場はこれだけのサービスが必要である」といった提言的なスタンスも重要である。

その意味では、どうしても各論で結論に至らない場合には、両論併記的なまとめ方もありうると考えられる。

以上