

第6回 今後の介護人材養成の在り方に関する検討会

議 事 次 第

日 時 平成22年10月29日(金)
10:00～12:00
場 所 航空会館7F大ホール

1 開会

2 議事

- より高い知識・技術をもつ介護福祉士の養成について
- 介護福祉士に至るまでのキャリアパスの在り方について
- その他

3 自由討議

4 閉会

【配付資料】

- 座席表
- 資料1 より高い知識・技術をもつ介護福祉士の養成の在り方に関する論点
- 資料2 介護職員の方々からのヒアリングについて
- 資料3 介護福祉士に至るまでのキャリアパスの在り方に関する論点
- 資料4 第5回今後の介護人材養成の在り方に関する検討会議事録
- 参考資料

- 石橋委員提出資料
- ヒアリング出席者提出資料

より高い知識・技術をもつ介護福祉士の養成の在り方に関する論点

① 介護福祉士と比較した「より高い知識・技術」の育成の方向性(ジェネラリスト型かスペシャリスト型か)についてどのように考えるか。

(前回の検討会で出た主な意見) ※事務局において適宜要約したもの

- 資格取得後は多様な生活障害をもつ利用者に、予防から看取りまで幅広く対応できる方向で育成し、その後は重度の認知症や各種の障害などに対応できる人材を育成してはどうか。
- 幅広く対応できるというジェネラリスト型の方向性は、介護福祉士の新カリキュラムが目指す方向に一致しているのではないか。
- 介護の幅は広いので、高齢者への対応、障害児者への対応という形で、スペシャリスト型で検討していくべきではないか。
- スペシャリスト型は将来的にはあり得るが、現時点では障害・対象別に数百時間の研修を組み立てるだけの研究・教育の蓄積が少ないため、現時点では、まずはジェネラリスト型で検討すべきではないか。

② 「より高い知識・技術」をもつ介護福祉士が提供する介護サービスの質(アウトカム)や、チームケアにおいて担うべき役割をどのように考えるか。

(前回の検討会で出た主な意見) ※事務局において適宜要約したもの

- 「より高い知識・技術」をもつ介護福祉士には、チーム内における介護技術等の指導という役割を担ってもらうのが妥当ではないか。
- 現場では、介護技術等の指導や個別ケアを実現するためのチームケアのマネジメントができる人が求められている。
- 現場では、より知識があり、実践・検証・指導ができる人が求められている。

③ ②を体現するために、「より高い知識・技術」をもつ介護福祉士は、どのような分野(テーマ)についての研修が必要か。

また、「より高い知識・技術」の認定方法や更新の必要性について、どのように考えるか。

さらに、これらの仕組みを構築・運営して上での職能団体の役割について、どのように考えるか。

(前回の検討会で出た主な意見) ※事務局において適宜要約したもの

- 考える介護福祉士として、介護過程の思考方法を現場でのフィールドワークと教育との循環のなかで育成すべきではないか。
- 認知症ケア、医療的ケア、精神・知的障害者のケア、重度心身障害児のケアについての研修が必要ではないか。
- 資格取得後の一定の実務経験を経た者を認定する仕組みとしてはどうか。
- 現場で働きながら受講できるようにすることが必要ではないか。
- 3~5年程度の実務経験の人が次のステップとして取り組めるようにすべきではないか。
- 看護師が認定看護師等の制度を作ってきた取組に学ぶべきではないか。
- 介護福祉士会が主体的に役割を果たしていくのが自然であり、事業者団体としても協力していきたい。
- 制度の具現化にあたり、職能団体である介護福祉士会の会員数、組織率を高めるべき。

これまでの指摘等

【「社会福祉士及び介護福祉士法」一部改正法衆議院厚生労働委員会附帯決議(平成19年11月)】

- 社会的援助を必要とする者が増加していることにかんがみ、重度の認知症や障害を持つ者等への対応、サービス管理等の分野において、より専門的対応ができる人材を育成するため、専門社会福祉士及び専門介護福祉士の仕組みについて、早急に検討を行うこと。また、介護福祉士をはじめ、関連分野専門職が社会福祉士となるための必要な履修認定等について検討すること。

【社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針(平成19年8月)】

- 国家資格等の有資格者について、さらに高い専門性を認証する仕組みの構築を図るなど、従事者の資質向上に取り組むこと。(職能団体、養成機関の団体その他の関係団体等)

【介護人材の養成の在り方に関する検討会中間まとめ(平成22年8月)】

- 介護福祉士資格取得後のさらなるキャリアアップの仕組みとして、専門介護福祉士(仮称)等について次の意見があった。
 - ・ 医療的ケア、認知症ケア、障害への対応、サービス管理等のマネジメント等も含め専門介護福祉士(仮称)について検討すべき。
 - ・ 介護福祉士の上位の研修を設け、キャリアデザインを描ける仕組みとすることが必要。
 - ・ 小規模チームで情報を共有し、介護人材を育成・マネジメントできるリーダーや管理者の育成が急務であり、ここに一定の支援や評価が必要。

他資格の例①（看護師）

資格	専門看護師	認定看護師
目的	複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して、水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の看護分野の知識及び技術を深め、保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上を図る。	特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い看護実践ができ、看護現場における看護ケアの広がりや質の向上を図る。
役割	特定の看護分野における卓越した看護実践能力で6つの役割を果たす。①実践②相談③調整④倫理調整⑤教育⑥研究	特定の看護分野における熟練した看護実践能力で3つの役割を果たす。①実践②指導③相談
認定要件	<ul style="list-style-type: none"> ①日本国の保健師、助産師及び看護師のいずれかの免許を有すること ②看護系大学院修士課程修了者で日本看護系大学協議会専門看護師教育課程基準の所定の単位(総計26単位)を取得 ③実務研修が通算5年以上。そのうち3年間以上は専門看護分野の実務研修(うち、6ヶ月は修士課程修了後) ④書類審査および筆記試験 ※認定後5年ごとに更新審査を実施。	<ul style="list-style-type: none"> ①日本国の保健師、助産師及び看護師のいずれかの免許を有すること ②実務研修5年以上(うち3年以上は認定分野の研修) ③日本看護協会が認定する認定看護師教育課程修了(6ヶ月・600時間以上) ④筆記試験 ※認定後5年ごとの更新審査を実施。
認定人数	451名(2010年4月現在)	7,363名(2010年7月現在)
分野	がん看護、精神看護、地域看護、老人看護、小児看護、母性看護、慢性疾患看護、急性・重症患者看護、感染症看護、家族支援の10分野(2010年2月現在)	救急看護、皮膚・排泄ケア、集中ケア、緩和ケア、がん化学療法看護、がん性疼痛看護、訪問看護、感染管理、糖尿病看護、不妊症看護、新生児集中ケア、透析看護、手術看護、乳がん看護、摂食・嚥下障害看護、小児救急看護、認知症看護、脳卒中リハビリテーション看護、がん放射線療法看護、慢性呼吸疾患看護、慢性心不全看護の21分野(2010年2月現在)
教育機関	60大学院 154課程(2010年4月現在)	44機関 81課程(2010年7月現在)
認定機関	日本看護協会	日本看護協会

出典：(社)日本看護協会のホームページより、福祉基盤課にて作成。

認定分野別の認定看護師数と教育機関数

認定分野	認定看護師数(2010年10月現在)	教育機関数(2010年4月現在)
救急看護	507	6
皮膚・排泄ケア	1,391	12
集中ケア	537	4
緩和ケア	919	9
がん化学療法看護	627	11
がん性疼痛看護	460	4
感染管理	1,180	10
糖尿病看護	248	3
不妊症看護	100	1
新生児集中ケア	193	2
透析看護	115	1
手術看護	179	1
訪問看護	198	4
乳がん看護	135	1
摂食・嚥下障害看護	233	3
小児救急看護	111	1
認知症看護	122	2
脳卒中リハビリテーション看護	79	4
がん放射線療法看護	30	2
合計	7,364名	81機関

出典：(社)日本看護協会のホームページより、福祉基盤課にて作成

認定看護師の教育課程

教育期間: 6か月以上(連続した昼間の教育) * 通常6か月間で週5日(平日)の開講。
授業時間数: 総時間 600時間以上
教員要件: 専任教員は、当該分野の認定看護師または関連分野の専門看護師資格を有し、その分野において教育上の能力があると認められる者。または、上記と同等以上の能力があると認められる者。

<認定看護師教育標準カリキュラム(皮膚・排泄ケアの例)>

科目	内容	時間数
共通科目 (105時間(+45時間))	<必須> 1. 看護管理 2. リーダーシップ 3. 文献検索・文献購読 4. 情報管理 5. 看護倫理 6. 指導 7. 相談	小計 105
	<選択> 8. 対人関係 9. 臨床薬理学 10. 医療安全管理	小計 45
専門基礎科目 (90時間)	1. 皮膚・排泄ケア概論	30
	2. リハビリテーション概論	15
	3. 病態栄養学	15
	4. アプライアンス	30
	[ストーマケア論]	
	1. ストーマケア総論	30
	2. ストーマケア各論	30
	[創傷ケア論]	
	3. 創傷ケア総論	30
	4. 創傷ケア各論 I	15
5. 創傷ケア各論 II	15	
専門科目 (165時間)	[失禁ケア論]	
	6. 失禁ケア総論	15
	7. 失禁ケア各論 I	15
	8. 失禁ケア各論 II	15
学内演習／実習 (255時間)	1. 臨地実習	180
	2. 演習	75
総時間数 615時間(+45時間)		

出典: (社)日本看護協会のホームページ及び平成21年度看護白書(日本看護協会編)より、福祉基盤課にて作成。

認定看護師の認定審査

<認定審査>

審査方法: 筆記試験(マークシート式・四肢択一)120分

審査料: 5万円 ※審査は年1回実施

認定料: 5万円(認定審査合格後) ※認定の有効期間は5年

- 受験資格: ①日本国の保健師、助産師及び看護師のいずれかの免許を有すること。
 ②保健師、助産師及び看護師の資格取得後、実務研修が通算5年以上であること。
 そのうち通算3年以上は特定の認定看護分野の実務研修をしていること。
 ③日本看護協会が認定した「認定看護師教育課程」を修了していること。

出題方式	出題数	配点	出題範囲
問題1 客観式一般問題	20問	50点	共通科目を含めた、各認定看護分野の教育基準カリキュラム
問題2 客観式状況設定問題	20問	100点	
計	40問	150点	

<更新審査>

審査方法: 書類審査

審査料: 3万円

認定料: 2万円(認定更新審査合格後)

- 受験資格: ①日本国の保健師、助産師及び看護師のいずれかの免許を有すること。
 ②申請時において、認定看護師であること。
 ③申請時において、過去5年間に下記の看護実践と自己研鑽の実績があること。
 ・看護実践時間が2,000時間以上に達していること。
 ・制度委員会で定めた学会及び研究会等への参加や発表、または雑誌発表等自己研鑽の実績が規定の内容で50点以上に達していること。
 ※ 例えば、学会に参加し、筆頭者として研究発表した場合には10点が付与される。

認定看護師制度と診療報酬について

年	制度	追加された分野(抜粋)	診療報酬
1995年	制度発足	救急看護、皮膚・排泄ケア	
1997年	第1回認定審査	集中ケア	
1998年		緩和ケア、がん化学療法看護、 がん性疼痛看護、感染管理	
2001年		新生児集中ケア	
2003年		乳がん看護	
2004年		摂食・嚥下障害看護、 小児救急看護	緩和ケア診療加算: 緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行う場合の評価 ➤ 緩和ケア、がん性疼痛看護、がん化学療法、乳がん看護の認定看護師
2006年			褥瘡患者ハイリスク加算: 褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に 対し、適切な褥瘡予防・治療のための予防治療計画に基づき総合的な褥瘡対策を継続して実施した場合の評価 ➤ 皮膚・排泄ケアの認定看護師
2008年		がん放射線療法看護	➤ 緩和ケア診療加算の算定要件に、がん放射線療法看護の認定看護師が追加 感染防止対策加算: 感染防止対策のチームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬 の適正使用、職員の感染防止等を行うことで、院内感染防止を 行うことを評価 ➤ 感染管理認定看護師
2010年			がん患者カウンセリング料: がんの診断及び治療方針の説明を行う際に、当該患者 に対して多面的に配慮した環境で丁寧な説明を行った 場合の評価 ➤ 緩和ケア、がん性疼痛看護、がん化学療法、がん放射線療法、乳がん看護、 摂食・嚥下障害看護、皮膚・排泄ケアの認定看護師 呼吸ケアチーム加算: 一般病棟において、医師、看護師、臨床工学技士、理学療法 士などからなるチームにより、人工呼吸器の離脱に向け、適 切な呼吸器設定や口腔状態の管理等を総合的に行う場合の 評価 ➤ 集中ケア、新生児集中ケア、救急看護、小児救急看護の認定看護師

2009年認定看護師新規認定者活動状況調査結果（抜粋）

<在学中の勤務形態>

出張 47.5% 研修 31.1%
休職 13.0% 退職 3.9% その他 4.5%

<給与の支給状況>

全額支給 28.6% 基本給のみ支給 54.9%
一部支給 7.0% 無給 7.5% その他 1.9%

<所属施設による入学金や研修費など学費援助の有無>

支給なし 54.1% 全額支給あり 29.8% 一部支給あり 16.0%

<資格取得後の変化>

○所属施設

同じ 93.4% 同一設置主体内で転勤 3.0% 転職 3.7%

○勤務条件・給与待遇の変化

変化なし 63.9%

職位のみ上がる 1.4% 職位が上がり、それに伴う昇給がある 4.4%

定期外昇給がある 0.7% 認定看護師として手当がつく 15.0%

認定分野の活動がしやすい部署へ異動 9.5%

認定分野の活動と直接関係ない部署へ異動 0.7%

その他 4.5%

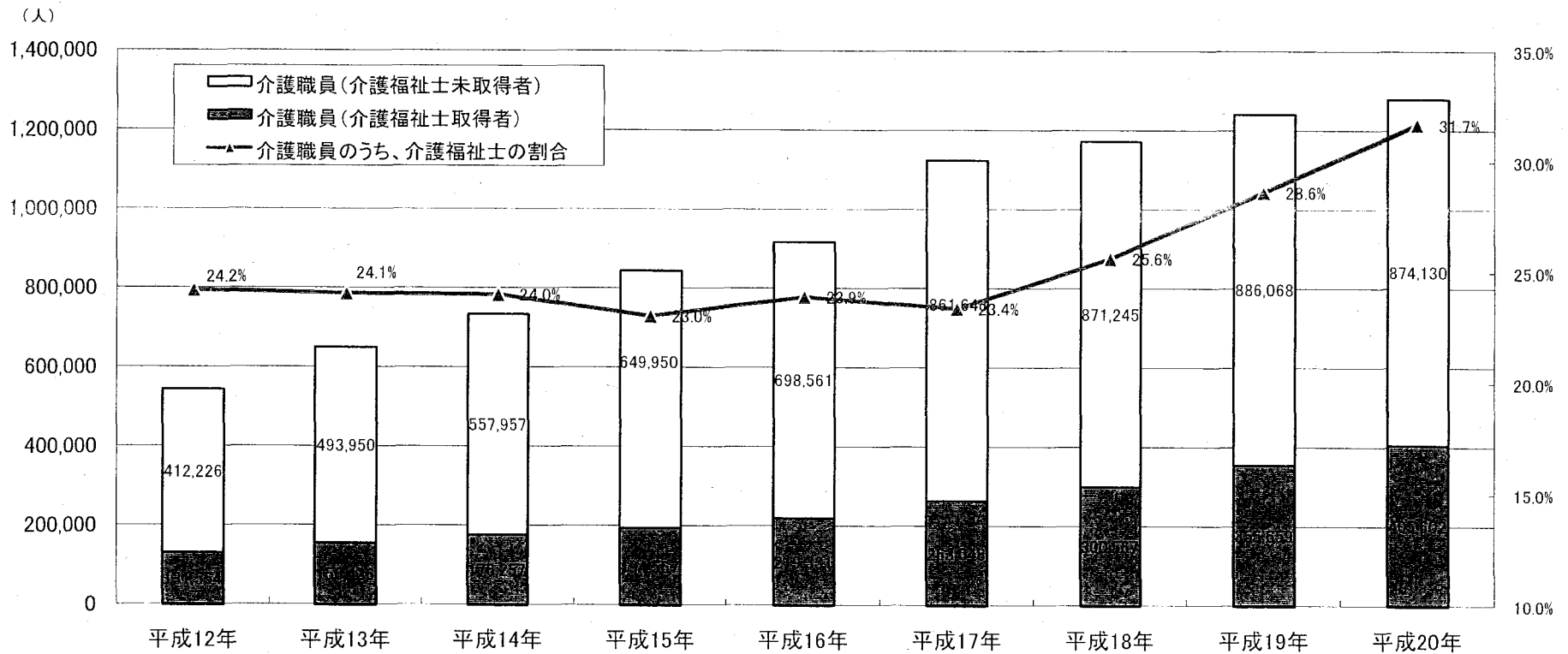
他資格の例②（社会福祉士）【検討中】

	認定社会福祉士(仮称)	認定専門社会福祉士(仮称)
活動	<ul style="list-style-type: none"> ・所属組織における相談援助部門のリーダー ・高齢者福祉や医療等の専門分野における支援方法や既存制度の活用に関する実践的な知識を持ち、他職種と連携して、複雑な生活課題のある利用者に対して的確な相談援助を実践 	<ul style="list-style-type: none"> ・所属組織のリーダーとしての活動に加えて、地域活動にも積極的に従事(地域包括支援センター運営協議会、障害者自立支援協議会、要保護児童対策協議会への参加等) ・関係機関と協働し、地域における権利擁護の仕組みづくりや新たな福祉サービスの開発に積極的に関与 ・体系的な理論と臨床経験に基づき人材を育成・指導
役割	<ul style="list-style-type: none"> ①複数の課題のあるケースへの対応 ②職場内のリーダーシップ、実習指導 ③地域や外部機関との窓口、緊急対応、苦情対応 ④他職種連携、職場内コーディネート等 	<ul style="list-style-type: none"> ①指導・スーパービジョン ②苦情解決、リスクマネジメントなど組織のシステムづくりや改革 ③地域の機関間連携のシステムづくり、福祉政策形成への関与 ④科学的根拠に基づく実践の指導、実践の検証や根拠の蓄積
認定要件	<ul style="list-style-type: none"> ①社会福祉士資格 ②認められた職能団体の正会員 ③相談援助実務経験5年以上 ④認められた機関での研修の受講(30単位以上) ⑤定められた実績(研修受講履歴、実務経験の実績評価) ⑥試験に合格 <p>※5年で更新制</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①社会福祉士資格 ②認められた職能団体の正会員 ③認定社会福祉士取得後相談援助実務経験5年以上 ④認められた機関での研修の受講(30単位以上) ⑤定められた実績(研修受講履歴、実務経験の実績評価) ⑥試験に合格 ⑦基準を満たした論文の発表または認められた学会発表 <p>※5年で更新制</p>
認定人数	平成24年度より制度試行予定	平成24年度より制度試行予定
分野	高齢分野、障害分野、児童分野、医療分野、地域社会・他文化分野等	自らの分野における実践に加え、複数の分野にまたがる地域の課題について実践・連携・教育
教育機関	職能団体、養成機関等	職能団体、養成機関等
認定機関	第三者機関(登録は日本社会福祉士会)	第三者機関(登録は日本社会福祉士会)

※平成24年度制度試行予定であり、今後変更があり得る。

出典:「専門社会福祉士認定システム構築に向けた基礎研究事業報告書」((社)日本社会福祉士会)より、福祉基盤課にて作成。

介護職員に占める介護福祉士の割合の推移（実人員）



単位：人(実数)

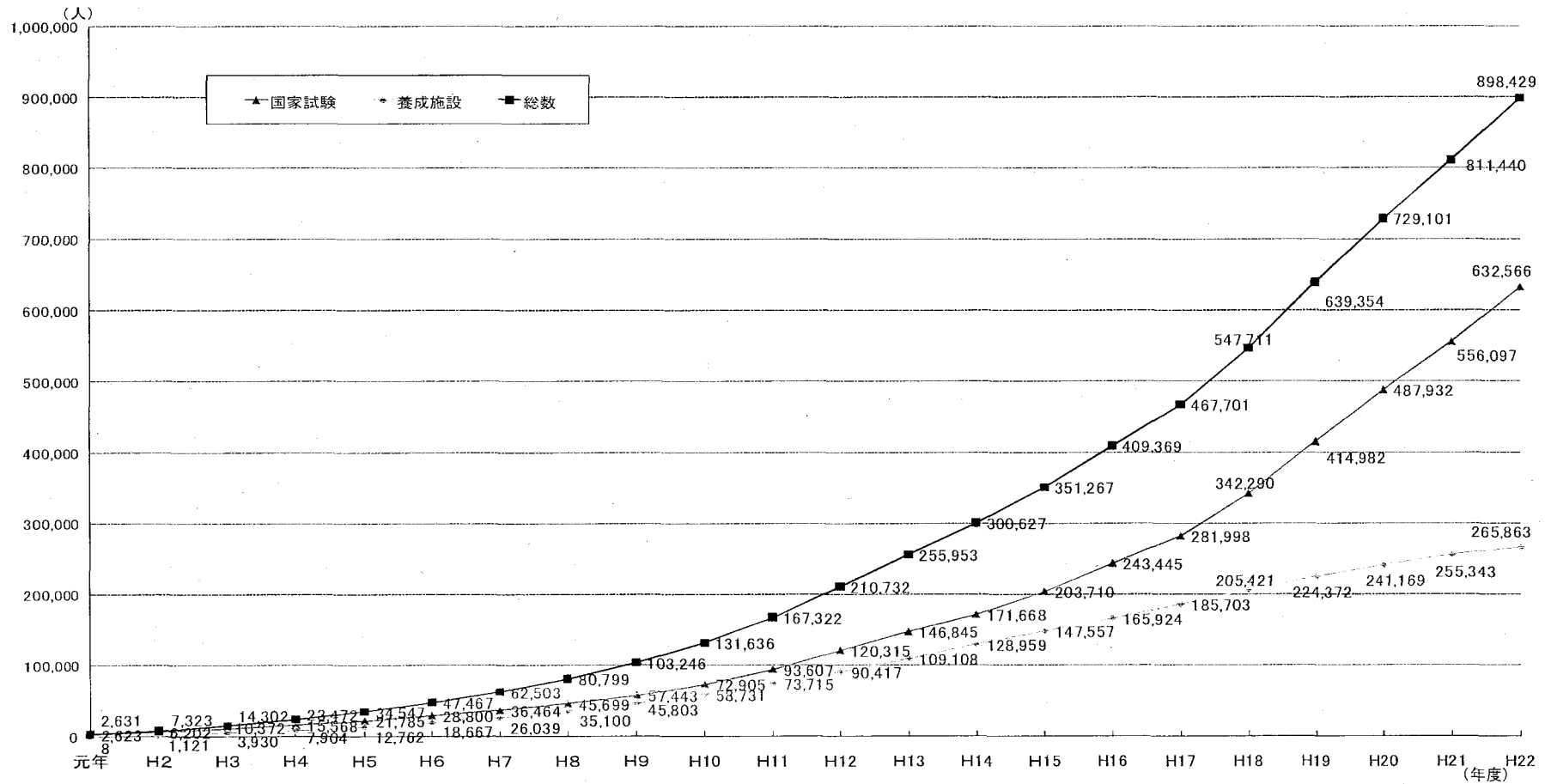
		平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年度
合 計	【介護職員】	548,924	661,588	755,810	884,981	1,002,144	1,124,691	1,171,812	1,241,727	1,279,732
	《介護職員》(介護福祉士数把握可能な施設・サービスのみ)[a]	543,780	650,386	734,214	844,517	917,892	1,124,691	1,171,812	1,241,727	1,279,732
	(うち介護福祉士数)[b]	131,554	156,436	176,257	194,567	219,331	263,048	300,567	355,659	405,602
	介護職員のうち、介護福祉士の割合 [b/a*100]	24.2%	24.1%	24.0%	23.0%	23.9%	23.4%	25.6%	28.6%	31.7%

※介護職員数は実人員。

※平成19年以降の在宅サービスには、「夜間対応型訪問介護」、「認知症対応型通所介護」、「小規模多機能型居宅介護」、「地域密着型特定施設入居者生活介護」、「地域密着型介護老人福祉施設」に勤務する介護職員数を含む。

資料出所：「介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省大臣官房統計情報部)

介護福祉士登録者の推移



	元年	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22
国家試験	2,623	6,202	10,372	15,568	21,785	28,800	36,464	45,699	57,443	72,905	93,607	120,315	146,845	171,668	203,710	243,445	281,998	342,290	414,982	487,932	556,097	632,566
単年度増加数	2,623	3,579	4,170	5,196	6,217	7,015	7,664	9,235	11,744	15,462	20,702	26,708	26,530	24,823	32,042	39,735	38,553	60,292	72,692	72,950	68,165	76,469
養成施設	8	1,121	3,930	7,904	12,762	18,667	26,039	35,100	45,803	58,731	73,715	90,417	109,108	128,959	147,557	165,924	185,703	205,421	224,372	241,169	255,343	265,863
単年度増加数	8	1,113	2,809	3,974	4,858	5,905	7,372	9,061	10,703	12,928	14,984	16,702	18,691	19,851	18,598	18,367	19,779	19,718	18,951	16,797	14,174	10,520
総数	2,631	7,323	14,302	23,472	34,547	47,467	62,503	80,799	103,246	131,636	167,322	210,732	255,953	300,627	351,267	409,369	467,701	547,711	639,354	729,101	811,440	898,429
単年度増加数	2,631	4,692	6,979	9,170	11,075	12,920	15,036	18,296	22,447	28,390	35,686	43,410	45,221	44,674	50,640	58,102	58,332	80,010	91,643	89,747	82,339	86,989

注: 人数は、各年度9月末の登録者数。

介護職員の方々からのヒアリングについて

1. ヒアリング事項

（これまでのキャリア等）

- ① 自己紹介（氏名、勤務先など）
- ② これまでの職歴や、受けたことがある主な研修
併せて、今後のキャリア形成（目標）に関する具体的な考え

（介護福祉士の資格取得について）

- ③ 今後、介護福祉士の試験を受験するために、6月（600時間）以上の研修を受けなければならなくなる点について
- ④ 介護職員の方々、働きながらも6月（600時間）以上の研修を受けられるようにするために必要と考える支援策

2. 本日御意見をいただく介護職員の方々（五十音順）

い 井 伊 江梨子 様 （宇和島介護保険事業所）

さわ 澤 田 裕 太 様 （特別養護老人ホーム 江戸川光照苑）

ふじ 藤 澤 美 樹 様 （豊玉北デイサービスセンター）

まつ 松 岡 泉 様 （和の輪）

むら 村 田 茂 様 （グループホーム麻生）

介護福祉士に至るまでのキャリアパスの在り方に関する論点

- 介護福祉士に至るまでのキャリアパスの在り方を検討していく上では、多様な経歴の人々が介護の仕事に参入できるよう間口を維持しつつ、段階的な技能形成を可能にすることで、量の確保と資質の向上が両立できるようにすることを基本とする。
- その上で、以下の点について、どのように考えていくべきか。
 - ① 介護職員が働きながら段階的にステップアップできるような研修受講が可能となるような研修体系の在り方
(具体例)
 - ア 6月研修(いわゆる600時間課程)、介護職員基礎研修、訪問介護員養成研修(ホームヘルパー研修)等の関係の整理
 - イ 各段階の介護職員の役割、求められる能力、キャリア等の関係の整理
 - ② 介護職員が身近な地域で無理なく効率的に学習できるような仕組みづくり
(具体例)
 - ア 多様な教育資源を活用した、多様な方法で学習できる方策(学習効果を確保しつつ、無理のない学習方法の開発)
 - イ 一定の要件を満たす研修受講歴を読み替える仕組み(「一定の要件」の考え方)

今後の介護人材養成の在り方に関する検討会 中間まとめ概要

～現任介護職員が介護福祉士受験資格を取得するための養成の在り方等に関する意見の要点と今後の検討の方向性について～

(平成22年8月13日)

1. 検討の背景

- 介護福祉士の資格取得方法については、その資質向上を図る観点から、平成19年度に法改正を行い、実務経験ルート(改正前は実務3年+国家試験)に6月(600時間)以上の課程を新たに義務付け、平成24年度より施行することとされたところ。
- しかしながら、これによる資質向上が期待される一方、現在の介護分野においては、離職率が高く、地域によっては人手不足が生じている等の課題があり、介護人材の量的な確保に向けた見直しが必要との意見がある。
- このため、資質向上と量的確保が可能な限り両立されるよう、介護分野の現状に即した介護福祉士養成の在り方について検討を行うとともに、介護職員全体のキャリアラダー構築に資するため、介護人材養成の今後の具体像も併せて検討を行うもの。

2. 検討にあたっての調査の実施等について

- 介護職員研修等実施状況調査の結果について
- 介護福祉士の資格取得方法の見直しに関するご意見募集の結果について

3. 意見の要点と今後の検討の方向性について

【介護福祉士資格取得までの養成の在り方について】

- 多様な経歴の人々が介護の仕事へ参入できるよう間口を維持しつつ、段階的な技能形成を可能にすることで、量の確保と資質の向上が両立できるようにすることが必要。
- 現状での支援策等を前提とする限り、今回の介護職員研修等実施状況調査の結果を踏まえると、600時間課程を平成24年度から予定どおり施行することに対応できない事業者、従事者が多数である。
- 実務者が介護福祉士資格取得に至るプロセスの検討にあたっては、600時間課程、介護職員基礎研修、ホームヘルパー2級研修等との関係を見直し、従事者が働きながら段階的にステップアップができる研修受講が可能となるよう、研修体系を再編することが必要。
その際、新しい研修体系の中においても、現行のホームヘルパー2級相当の介護職員の導入的な研修は維持すべき。
- その体系の再編にあたっては、各段階の介護職員の役割、求められる能力、キャリア等との関係を明確にし、段階的な技能形成とキャリアラダーの構築を図ることが必要。
- 介護福祉士に至るまでの教育の在り方については、600時間程度の研修が必要という意見と、600時間課程は現実的ではないとする意見があるが、介護福祉士取得段階の到達目標としては、利用者が望む質の高いサービスが提供できるよう、専門性の向上、根拠に基づく介護の計画的な実施、医療職等との連携、未経験者等への指導を行うことができることとすべき。
- さらに、現在、介護職員のたんの吸引等の医療的ケア実施にかかる検討が行われており、このことは介護福祉士の教育内容とも密接にかかわることから、その議論を踏まえつつ、介護福祉士の実務経験ルートの内容の在り方についても見直しを検討すべき。

【研修の実施方法について】

- 実務者が身近な地域で、無理なく、効率的に学習できるよう、多様な教育資源を活用し、多様な方法で学習できる方策や一定の要件を満たす研修受講歴を読み替える仕組み等を講ずるべき。

【研修の受講支援策等について】

- 利用者に質の高いサービスを提供するために、従事者は自ら資質の向上に努めること、事業者は従事者の研修機会の提供・確保に努めるとともに、従事者の資質向上に応じた処遇改善に努めること、養成関係者は多様な学習プログラム・方法の開発に努めることが必要。
- 国及び地方公共団体は、実務者の学費負担の軽減、事業者の代替職員確保に対する支援策を講ずる等、介護職員が研修に参加しやすい環境整備に努めるべき。
- 国は介護職員の資質向上の努力を促進する報酬体系等のあり方について検討すべき。

【施行時期等について】

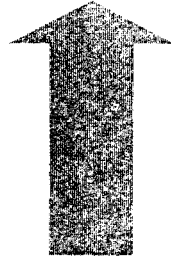
- 医療的ケア実施に係る教育内容等の検討、介護福祉士資格取得に至るまでの研修体系の再編と施行準備に時間を要するため、介護福祉士の実務経験ルートについては見直したうえで、その施行は平成24年度から3年程度延期すべき。なお、実務経験ルートの教育課程の再編にあたっては、事業者、従事者が対応できるものとすべき。
- 養成施設ルートへの国家試験受験義務付けの施行時期についても、併せて見直しを検討すべき。

今後の介護人材養成体系のイメージ

(注)働きながらステップアップをしていく場合のイメージである。

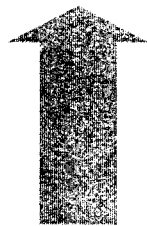
さらに一定の
実務経験後

より高い知識・技術
をもつ介護福祉士



実務3年程度

介護福祉士



従事者が働きながらス
テップアップができるよ
う、研修体系を整理

就業時

ホームヘルパー2級等

【求められる介護福祉士像】

1. 尊厳を支えるケアの実践
2. 現場で必要とされる実践的能力
3. 自立支援を重視し、これからの介護ニーズ、政策にも対応できる
4. 施設・地域(在宅)を通じた汎用性ある能力
5. 心理的・社会的支援の重視
6. 予防からリハビリテーション、看取りまで、利用者の状態の変化に対応できる
7. 多職種協働によるチームケア
8. 一人でも基本的な対応ができる
9. 「個別ケア」の実践
10. 利用者・家族、チームに対するコミュニケーション能力や的確な記録・記述力
11. 関連領域の基本的な理解
12. 高い倫理性の保持



○在宅・施設で働く上で必要となる基本的な知識・技術を習得し、指示を受けながら、介護業務を実践

訪問介護員（ホームヘルパー） 1 級研修課程

区分	科目	時間数	備考
講義	老人保健福祉に係る制度及びサービスに関する講義	10時間	演習を行う。
	障害者福祉に係る制度及びサービス並びに社会保障制度に関する講義	7時間	演習を行う。
	社会保障制度に関する講義	3時間	
	介護技術に関する講義	28時間	事例の検討に関する講義は4時間以上
	主任訪問介護員が行う他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携等に関する講義	20時間	事例の検討に関する講義を行う。
	医学等の関連する領域の基礎的な知識に関する講義	16時間	
演習	居宅介護支援に関する演習	6時間	
	介護技術に関する演習	30時間	
	処遇が困難な事例に関する演習	20時間	
	福祉用具の操作法に関する演習	6時間	
実習	介護実習	76時間	認知症の症状を呈する老人等に対する介護実習、主任訪問介護員が行う他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携等に関する実習、老人デイサービスの業務に関する実習、訪問看護に関する実習及び地域包括支援センター又は老人介護支援センターの業務に関する実習並びに実習終了後の事例報告の検討を行う。
	福祉事務所、保健所等の老人保健福祉に係る公的機関の見学	8時間	
合計		230時間	

※講義（84時間）うち72時間までは通信により受講可能

訪問介護員（ホームヘルパー）2級研修課程

区分	科 目	時間数	備 考
講義	社会福祉の基本的な理念及び福祉サービスを提供する際の基本的な考え方に関する講義	6時間	
	老人保健福祉及び障害者福祉に係る制度及びサービス並びに社会保障制度に関する講義	6時間	
	訪問介護に関する講義	5時間	訪問介護員の職業倫理に関する講義は2時間以上
	老人及び障害者の疾病、障害等に関する講義	14時間	
	介護技術に関する講義	11時間	事例の検討に関する講義は4時間以上
	家事援助の方法に関する講義	4時間	
	相談援助に関する講義	4時間	
	医学等の関連する領域の基礎的な知識に関する講義	8時間	
演習	福祉サービスを提供する際の基本的な態度に関する演習	4時間	
	介護技術に関する演習	30時間	
	訪問介護計画の作成等に関する演習	5時間	
	レクリエーションに関する演習	3時間	
実習	介護実習	24時間	特別養護老人ホーム等における介護実習及び訪問介護に関する実習を行う。
	老人デイサービスセンター等のサービス提供現場の見学	6時間	
合 計		130時間	

※講義（58時間）のうち52時間までは通信により受講可能

介護職員基礎研修の概要

研修の目的・概要

○ 目的

介護職員基礎研修は、介護職員として介護サービスに従事しようとする者を対象とした基礎的な職業教育として、対人理解や対人援助の基本的な視点と理念、専門的な職業人としての職務にあたる上での基本姿勢、基礎的な知識・技術等を修得させるとともに、介護職員については将来的には、任用資格は介護福祉士を基本とすべきであることを踏まえて、より専門的な知識・技術を修得するための機会とすることを目的とする。

○ 実施主体

介護職員基礎研修の実施主体は、都道府県知事又は都道府県知事の指定した者とする。

○ 対象者

介護福祉士資格を所持しない者で、今後介護職員として従事しようとする者若しくは現任の介護職員とする。

○ 研修科目及び研修時間数等

別表の通り

○ その他

- ・ 平成18年度に創設
- ・ 訪問介護員養成研修修了者については、受講科目を一部免除。
- ・ 各科目ごとに研修機関が修得度を評価。
- ・ 研修事業者が教育体制（講師、設備等）等の情報項目を開示。
- ・ 認知症高齢者へのケアや医療・看護との連携等に関する内容を充実。
- ・ 講義と演習を一体的に実施。

別表 < 500時間 >

基礎理解とその展開 (360時間)

— 講義・演習を一体的に実施 —

1. 生活支援の理念と介護における尊厳の理解 (30H)

2. 老人、障害者等が活用する制度及びサービスの理解 (30H)

3. 老人、障害者等の疾病、障害等に関する理解 (30H)

4. 認知症の理解 (30H)

5. 介護におけるコミュニケーションと介護技術 (90H)

6. 生活支援と家事援助技術 (30H)

7. 医療及び看護を提供する者との連携 (30H)

8. 介護における社会福祉援助技術 (30H)

9. 生活支援のためのアセスメントと計画 (30H)

10. 介護職員の倫理と職務 (30H)

※165時間/360時間は通信課程により実施可能

実習 (140時間)

※ 指定研修事業者数 284事業者 (平成21年10月1日現在)
 研修修了者数 6,453人 (平成21年3月31日現在)
 従事者数 2,317人 (平成19年10月1日現在)

訪問介護員養成研修課程修了者が介護職員基礎研修の通信課程を受講する場合のカリキュラム

〔 1 実務経験が1年以上の訪問介護員養成研修2級課程修了者 〕

科 目	通信時間	総時間
1. 生活支援の理念と介護における尊厳の理解	15時間	30時間
8. 介護における社会福祉援助技術		
4. 認知症の理解	15時間	30時間
5. 介護におけるコミュニケーションと介護技術	10時間	30時間
7. 医療及び看護を提供する者との連携	15時間	30時間
9. 生活支援のためのアセスメントと計画	15時間	30時間
合 計	70時間	150時間

〔 2 実務経験1年未満の訪問介護員養成研修2級課程修了者 〕

1. 生活支援の理念と介護における尊厳の理解	15時間	30時間
8. 介護における社会福祉援助技術		
4. 認知症の理解	15時間	30時間
5. 介護におけるコミュニケーションと介護技術	30時間	90時間
7. 医療及び看護を提供する者との連携	15時間	30時間
9. 生活支援のためのアセスメントと計画	15時間	30時間
合 計	90時間	210時間

〔 3 実務経験1年以上の訪問介護員養成研修1級課程修了者 〕

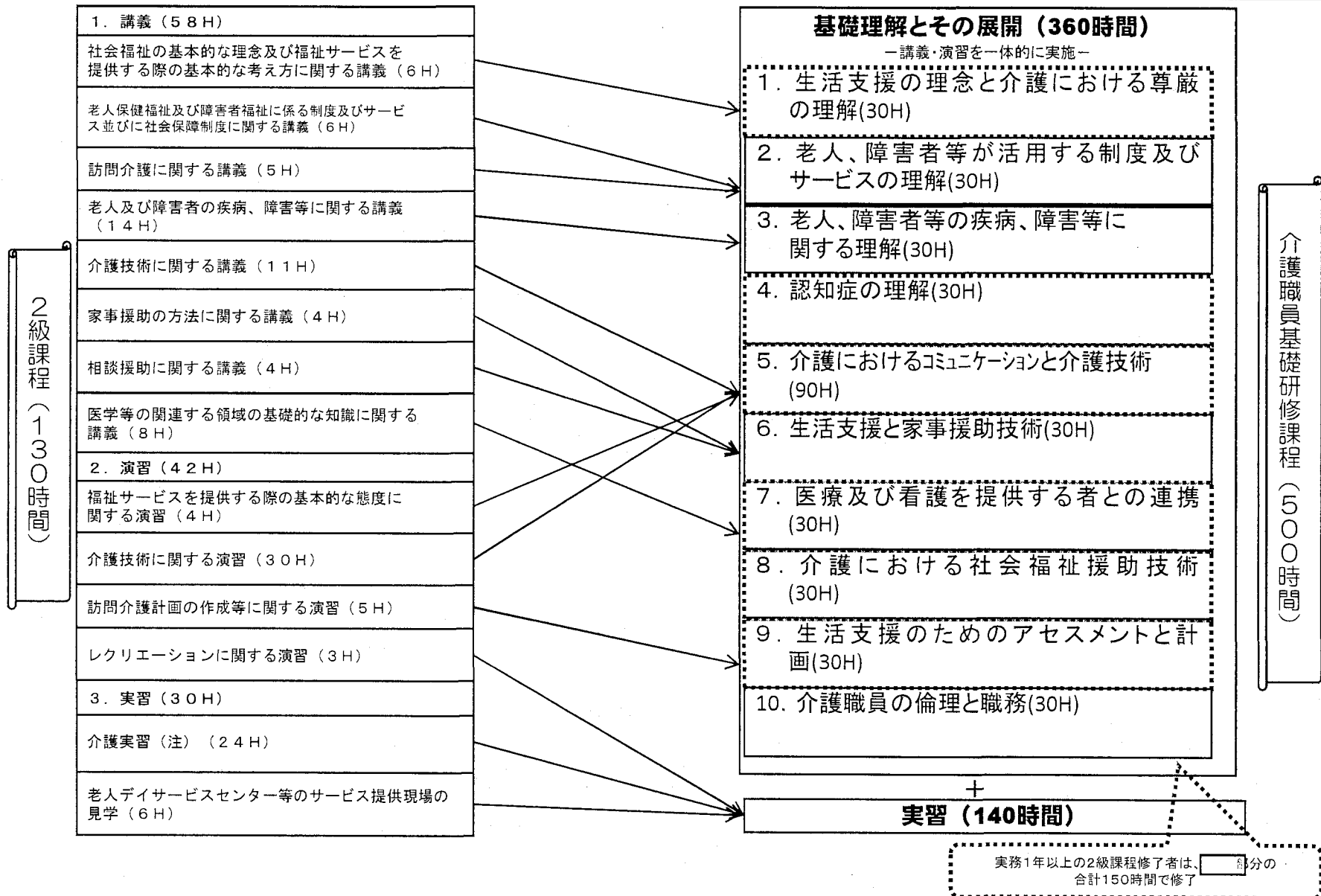
科 目	通信時間	総時間
1. 生活支援の理念と介護における尊厳の理解	15時間	30時間
8. 介護における社会福祉援助技術		
7. 医療及び看護を提供する者との連携	15時間	30時間
合 計	30時間	60時間

〔 4. 「その他の者」(実務経験1年以上) 〕

1. 生活支援の理念と介護における尊厳の理解	15時間	30時間
2. 老人、障害者等が活用する制度及びサービスの理解	15時間	30時間
3. 老人、障害者等の疾病、障害等に対する理解	15時間	30時間
4. 認知症の理解	15時間	30時間
5. 介護におけるコミュニケーションと介護技術	10時間	30時間
6. 生活支援と家事援助技術	15時間	30時間
7. 医療及び看護を提供する者との連携	15時間	30時間
8. 介護における社会福祉援助技術	15時間	30時間
9. 生活支援のためのアセスメントと計画	15時間	30時間
10. 介護職員の倫理と職務	15時間	30時間
合 計	145時間	300時間

訪問介護員養成研修2級課程（130時間）と介護職員基礎研修（500時間）のカリキュラム比較

介護職員基礎研修は、ヘルパー2級研修のカリキュラムと比較して、認知症の理解や医療・看護の連携といった科目を創設し、介護技術に関する科目について大幅に時間数を伸ばしている。



社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律の概要 (平成19年12月5日公布)

1 定義規定の見直し

- ① 介護福祉士の業務:「入浴、排せつ、食事その他の介護」から「心身の状況に応じた介護」に改正する。
- ② 社会福祉士の業務: 福祉サービスを提供する者又は医師等の保健医療サービスを提供する者その他の関係者との連絡・調整を明確化する。

2 義務規定の見直し

- ① 個人の尊厳を保持し、その有する能力・適性に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、常にその者の立場に立って、誠実に業務を行わなければならない。
- ② 介護福祉士は 認知症等の心身の状況等に応じ、社会福祉士は 地域に即した創意と工夫を行い、業務を行わなければならない。
- ③ サービスが総合的かつ適切に提供されるよう、福祉サービス提供者、医師等の保健医療サービス提供者その他の関係者との連携を保たなければならない。
- ④ 資格取得後も、社会福祉・介護を取り巻く環境の変化に適應するため、知識・技能の向上に努めなければならない。

施行期日

公布日: 定義規定・義務規定の見直し、社会福祉士の任用資格としての位置付けの拡大(1、2及び4②)
平成21年4月1日: 介護福祉士の教育内容の充実、社会福祉士の資格取得方法の見直し(3②・④及び4①)
平成24年4月1日: 介護福祉士の資格取得方法の見直し
(3①・③) * 平成25年1月試験から実施

3 資格取得方法の見直し

【介護福祉士】

- ① 「養成施設」卒業者は、資格を取得するためには、新たに国家試験を受験する仕組みとする。
- ② 「福祉系高校」について、教科目・時間数だけでなく新たに教員要件、教科目の内容等にも基準を課すとともに、文部科学大臣・厚生労働大臣の指導監督に服する仕組みとする。
- ③ 「実務経験」(3年以上)に加え、新たに6月以上の養成課程(通信等)を経た上で国家試験を受験する仕組みとする。

【社会福祉士】

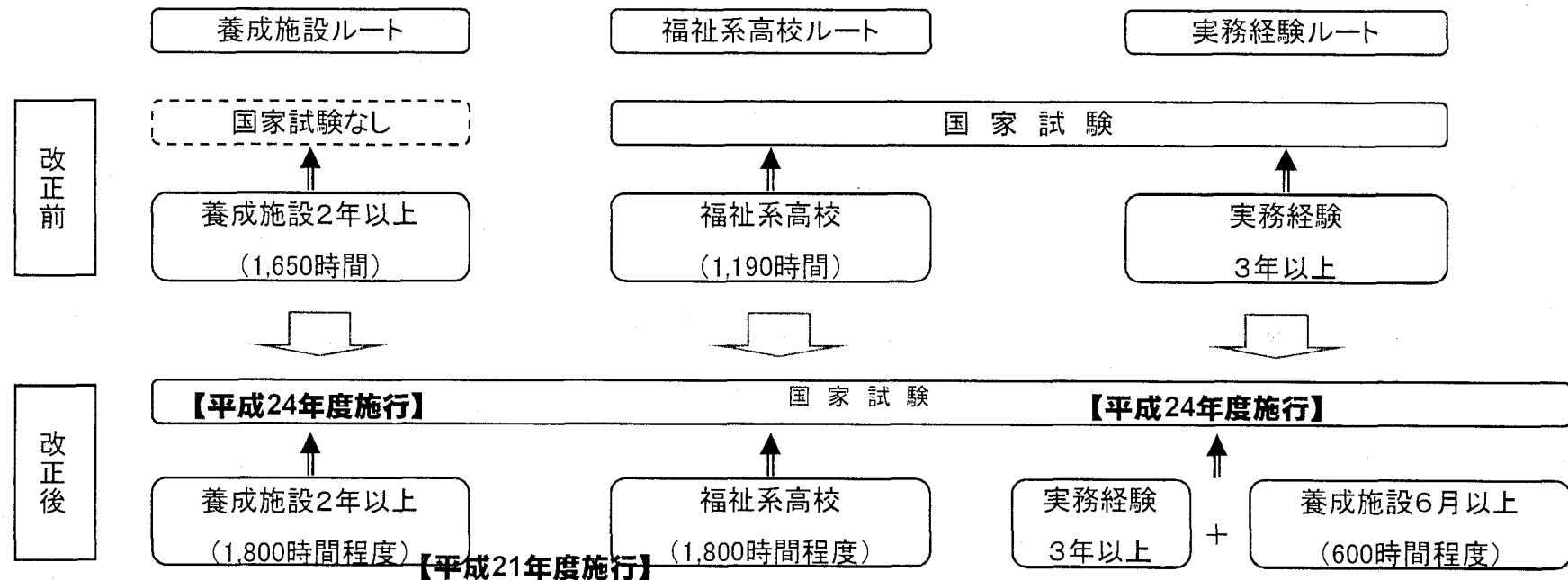
- ④ 「行政職」経験に加え、新たに6月以上の養成課程を経た上で国家試験を受験する仕組みとする。

4 社会福祉士の任用・活用の促進

- ① 社会福祉主事養成課程を修了後、2年以上の実務経験を有し6月以上の養成課程を経たものに、新たに国家試験の受験資格を付与する。
- ② 身体障害者福祉司、知的障害者福祉司等の任用資格として、社会福祉士を位置付ける。

介護福祉士の資格取得方法の見直し

平成19年の「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正により、すべての者は一定の教育プロセスを経た後に国家試験を受験するという形で、資格取得方法の一元化が図られたところ。



【参考】現行の資格取得者数等の状況

	平成21年度資格取得者	これまでの資格取得者数の累計
養成施設ルート	約1.1万人(約13.9%)	約26.5万人(約32.2%)
福祉系高校ルート	約0.5万人(約6.3%)	
実務経験ルート	約6.3万人(約79.8%)	約55.7万人(約67.8%)
合計	約7.9万人	約82.2万人

* 平成21年度の国家試験の状況

- ・受験者数 約15.4万人
- ・合格者数 約7.7万人
(合格率約50.2%)

第5回今後の介護人材養成の在り方に関する検討会議事録

1. 日 時：平成22年10月12日（火） 16:28～18:18
2. 場 所：全国都市会館 3階第2会議室
3. 議 事
 - 介護福祉士によるたんの吸引等について
 - 今後の介護人材養成体系について
 - より高い知識・技術をもつ介護福祉士の養成について
 - その他
4. 議事の内容

○駒村委員長 こんにちは。定刻より少し早いですけれども、今日出席予定の委員の方全員そろいましたので、ただいまより、第5回「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」を開催いたします。

委員の先生方におかれましては、御多用のところ御出席いただきまして、大変ありがとうございます。

まず、本日の委員の出欠状況について、事務局より御報告をお願いいたします。

○事務局 本日は、川原委員、是枝委員、樋口委員及び堀田委員が御欠席との御連絡をいただいております。また、中尾委員の代理といたしまして、全国ホームヘルパー協議会の高橋副会長に、平川委員の代理といたしまして、介護老人保健施設グリーンガーデン橋本の光山理事長にお越しいただいております。

なお、事務局の方で異動がございましたので、紹介をさせていただきます。

まず、寺尾総務課長でございます。寺尾につきましては、今回から新たに出席させていただきたいと存じます。

定塚福祉基盤課長でございます。

川又振興課長でございます。

続きまして、本日配付いたしております資料の確認をさせていただきます。

本日は、資料1から資料5及び参考資料1、2を配付させていただいております。欠けている資料等ございましたら、事務局までお申し出ください。

なお、机上のファイルは前回までの資料でございます。乱丁、落丁ございましたら、併せて事務局までお申し出ください。

以上でございます。

○駒村委員長 それでは、議事に入りたいと思います。本日は、議事1、「介護福祉士によるたんの吸引等について」、議事2、「今後の介護人材養成体系について」及び「より高い知識・技術をもつ介護福祉士の養成について」議論していきたいと思います。

まず、議事1について、資料に関する説明を事務局からお願いいたします。

○泉福祉人材確保対策室長 それでは、資料1と資料2について説明をさせていただきますので、お手元にお開きください。

まず、資料1についてでございます。「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会スケジュール（案）」としてでございます。今後の予定について、こういうことではどうかということを並べておりますので、御確認をいただきたいと思います。

まず、本日10月12日でございますが、第5回検討会としまして、今、座長から御紹介ありましたように、「介護福祉士によるたんの吸引等について」議論いただき、その後、「今後の介護人材養成体系について」、全体の在り方について御確認をいただいた後、「より高い知識・技術をもつ介護福祉士の養成について」、論点について御議論賜ればと考えております。

その後、10月下旬には、第6回検討会といたしまして、今日に引き続き、「より高い知識・技術をもつ介護福祉士の養成について」議論いただき、また、新たな議題として、「介護福祉士に至るまでのキャリアパスの在り方について」御議論いただければと思います。

この第6回検討会につきましては、後ほどご案内させていただきますけれども、29日（金）午前中ではどうかと考えているところでございます。

11月には、第7回検討会を開催し、「介護福祉士に至るまでのキャリアパスの在り方について」、2回目の御議論をお願いできればと思っております。

その後、第8回検討会におきまして、「報告書案について」御議論いただき、可能であれば、この時点で報告書の取りまとめをいただければと思っております。

なお、それでまとまらない場合におきましては、第9回もあり得るということで考えているところでございます。

スケジュールの方、よろしければ、たんの吸引に関します御議論をお願いできればと思いますので、資料2をお開きいただきたいと思います。たんの吸引につきましては、本日御議論いただきたいのは、1ページ目に書いてございます、論点としてあるところでございますが、その前に、このたんの吸引に関しますこれまでの経緯について、資料の2ページ目以降、かいつまんで御紹介したいと思います。

資料2の2ページ目をお開きいただければと思います。A4横の表になっておりますが、「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」でございます。当検討会におきましても、たんの吸引の検討会における議論があるということは御紹介したと思っておりますけれども、改めて、今の現状どうなっているかということを簡単に御紹介したいと思っております。

趣旨でございますが、「これまで、当面のやむを得ず必要な措置として、在宅・特別養護老人ホーム・特別支援学校において、介護職員等がたんの吸引・経管栄養のうちの一定の行為を実施する

ことを運用によって認めてきた。しかしながら、こうした運用による対応については、そもそも法律により位置づけるべきではないか、あるいはグループホーム・有料老人ホームや障害者施設等においては対応できていないのではないか、在宅でもホームヘルパーの業務として位置づけるべきではないか等の課題が指摘されている。こうしたことから、たんの吸引等が必要な者に対して、必要なケアをより安全に提供するため、介護職員等によるたんの吸引等の実施のための法制度の在り方等について、検討を行う」としてあるところでございます。

「検討課題」は、資料にありますような3つの視点で検討課題をいただくということになっております。

「構成員」につきましては、ここに御出席の方の中にもこちらの介護人材養成検討会の委員と重なっておられる方がいらっしゃいます。因先生、中尾先生、河原先生、榎田先生は、このたんの吸引検討会にも御出席をいただいておりますので、内容については御存じのことかと思えます。

このたんの吸引検討会は、一番下にありますように、7月5日から8月9日に至るまで4回ほど開催されまして、今後、試行事業を行い、その実施と検証を踏まえた後、年度内に制度の在り方について取りまとめを行うということになっております。

3ページ目に、現状について書いてございます。試行事業を実施しようとしているわけですが、その試行事業の実施に当たっての考え方ということで、事務局の方で取りまとめました資料がこの3ページ目でございます。上の黄色い四角のところに書いてありますとおり、「以下の基本的考え方等の議論を踏まえ、特定の者を対象とする場合を含め、試行事業を実施し、研修の効果や医療安全の確保などについて検証を行う。具体的な制度、教育・研修の在り方については、試行事業の実施状況も踏まえ、更に検討を行う」としてあるところでございます。

左下の方、【基本的な考え方】では、「必要な人に必要なサービスを安全に提供。医行為に関する現行の基本的な考え方の変更を行うような議論は、当検討会の役割ではなく、現行の在り方の中で、年度内のできるだけ早い時期に結論。現在検討中の具体案と現行の医事法制との整理については、引き続き、議論」とされております。

そのほか、【主として考慮すべき事項】としまして、右側の方ですが、不利益な変更が生じないようにする。あるいは介護職員等の処遇改善に資する方向で議論する。あるいは、安全の確保について納得できる仕組みにする。教育・研修の在り方については、不特定多数の者を対象とする安全性を標準とするけれども、特定の者を対象とする場合については区別して扱う。あるいは、医療・介護サービス、その連携、報酬等の在り方については、当検討会、当検討会というのはたんの吸引検討会ですが、としても、引き続き意見交換を行い、必要に応じて提言するとされておるわけでございます。

4ページ目以降、更に詳細に、どのような範囲で行うのか、あるいは、どのような職員の範囲にこれを認めていくのか、あるいは、こうしたたんの吸引、経管栄養実施可能な場所についてどのような考え方であるべきか。

また、5ページ目にいきまして、医療関係職との連携体制をどのように確保していくのか、また、教育・研修の在り方についての考え方、一定程度、資料に記載されたような議論がなされているわ

けであります。

この中で特に御注目いただきたいのは、4ページ目の中ほど、【実施可能な介護職員等の範囲】という部分でございます。一定の追加的な研修を修了した介護職員等を対象に、たんの吸引、あるいは経管医療を認めていってはどうかという議論がなされているわけであります。しかし、当人材検討会の方でも少し議論になっていたと存じますが、介護職員がたんの吸引を実施するための制度の在り方について具体的方向を示されているわけですが、介護福祉士の養成カリキュラムでたんの吸引をどのように扱うべきかといった議論には、まだたんの吸引検討会においては至っていないという状況でございます。

ということがございますので、願わくば、この介護人材養成検討会におきましてどのような扱いとすべきかについて御議論いただき、また、たんの吸引検討会において御議論いただけるようにということで投げかけをしていただければどうかというのがこの1ページ目の資料でございます。

資料2の1ページ目に戻って、ご覧いただきたいと思います。冒頭でございますように、「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」において、介護職員等がたんの吸引等を実施するための制度の在り方の具体的方向を示されたが、介護福祉士がたんの吸引等を実施する場合、以下の点についてどのように考えるか、ということでございます。

この場で、下の2つの論点について御議論いただけないかと思っているわけですが、まず、「介護福祉士資格におけるたんの吸引等の位置付け」。今後養成される介護福祉士には、生活支援の一環としてたんの吸引等を実施することが求められる。そのため、介護福祉士の養成カリキュラムの中に、たんの吸引等に関するカリキュラムを追加することとしてはどうか、あるいはしないのかということだと思えます。

ただし、既に介護福祉士の資格を取得している者については、一定の追加的な研修を修了した場合に限り、たんの吸引等を認めることとしてはどうか。

更に、一番下、②「介護福祉士が実施できるたんの吸引等の範囲・条件」としてございます。まずは、一般介護職員等と同じ範囲・安全確保の要件の下でたんの吸引等を実施できるようにしてはどうか。

資料の上ではこのように書かせていただいております。この辺りにつきまして、皆様のご意見を賜ればと思っている次第でございます。

○駒村委員長 資料の説明、ありがとうございます。

それでは、介護福祉士によるたんの吸引等について、この1ページの論点①で御紹介されましたカリキュラム、研修等について、委員の皆様からの御意見をいただきたいと思えます。よろしくお願いたします。

石橋委員、お願いたします。

○石橋委員 今、介護を必要とする人たちの多くは、何らかの医療ニーズを要しているわけですので、介護福祉士としての役割として、幅広く生活支援行為をこれから行い得るようになるためには、今、検討されておりますたんの吸引等、いわゆる軽微の医行為については、介護福祉士としての業務の一つとしてきちんと位置づけるようにすることが必要であると思っておりますし、

また、それに併せて、社会福祉士及び介護福祉士法の改正等も行うということも視野に入れていただき、当然ながら、介護福祉士の養成カリキュラムの中に、たんの吸引等のカリキュラムについては追加すべきだと思っています。

また、既に介護福祉士の資格を取得している人に対しては、一定の追加的な研修を修了した場合に限り、たんの吸引などについては認めるべきだと思っています。

あと、②「介護福祉士が実施できるたんの吸引等の範囲・条件」で、「まずは、一般介護職員等と同じ範囲・安全確保の要件の下でたんの吸引等を実施できるようにしてはどうか」ということをございですが、これについてはもう少し説明していただきたいと思っております。一般の介護職員と同等でいいのかということですが。

○駒村委員長 わかりました。では、事務局から、この②の方、少しかみ砕いた御説明をいただきたいと思います。

○泉福祉人材確保対策室長 現在、たんの吸引の検討会の議論の中では、モデル事業をして安全確保を確認しようではないかという議論になり、その試行のための準備が進められているところをございます。そういう意味では、一般介護職員の方々がたんの吸引、経管栄養する場合についての安全確保の要件につきましては、モデル事業のもとで確保・確認ができるということだと思います。

ただ、それより、仮に範囲が広いとか、あるいは安全確保の要件が違うということであるとすれば、また新たな試行事業、安全確保の実証をする手順、作業が必要になるのではないかと、そういった問題意識から、将来において同じ範囲でやるか、また、安全確保の要件になるかというのは別として、当面は同じ要件、また同じ範囲、安全確保の要件のもとで実施すべきではないか、あるいはそうではないという御意見もあろうかと思いますが、そのような問題意識のもとに書かせていただいております。

○駒村委員長 石橋委員、よろしいですか。

○石橋委員 はい。

○駒村委員長 榎田委員、お願いします。

○榎田委員 特別養護老人ホームの場合ですと、今、看取り介護というのが非常に重要な要素を占めてきています。その中で、やはり喀たん吸引とか胃ろうの処置という部分が、夜間等の問題でかなり行き詰まってきたと。今回、この22年4月から、特別養護老人ホームの場合は介護職員で認められると。一定の条件を満たしての話ですけれども、で、介護福祉士の子たちが養成校を出てくる場合にその段階はやはりクリアしてきてほしい。カリキュラムの中でちゃんと教えていただいて、基礎的な知識を持って現場に入ってくるというのが必須条件に変わっていくと思うのですね。

今、現場ニーズに合った養成というのをお願いしたいということになると、後から研修ではなくて、先にもうちゃんと研修を行ってくる。それともう一つは、今、資格を持っている方、試行事業等でやられていますけれども、やはり今までの経験の部分とか、今回、例えば特別養護老人ホームの場合ですと14時間ですけれども、それなりの研修をしている。やはり介護福祉士の今までの経験の部分というのは、時間的に認められる部分は認めていただいて、時間短縮もしてもいいのでは

ないか。

今、試行事業、50時間ですけれども、その50時間のうち何時間かは短縮が可能でないか。全体的に、たんの吸引の場合、介護福祉士限定という部分は難しいかもしれませんが、介護福祉士の場合、養成校を出てくる場合はちゃんともうOKですよ。今まで、先に資格を取った方はある程度その部分を見てあげた体系につくってあげる。絶対的にも介護福祉士が生活支援の中でたんの吸引とか胃ろうの処置、これから拡大していくと思うのですけれども、家族が行っている医行為について、徐々にOKにしていけないと、やはり介護として生活支援もしていく上ではできない部分があるといけないのではないかと。医行為全部という話ではなくて、やはり家族が行える行為については徐々に、それは介護の中に必要条件として認めていくという方向性が要ると思うのです。

前回の検討会で、カリキュラムを変えた2006年のときに、医学的な知識の分、心と体の部分というのはかなり変わりましたが、やはり法的に触れる部分というのはできないということで、関連の部分というのは学習の中に少し入っても、それが主体として入ってなかった。

ですから、今回、この2006年7月5日の検討会の報告のときに、適時見直していくと。1つは、10年というスパンも書かれていますけれども、今、時代の流れというのは、介護に求められている部分が専門性の部分とともに、生活支援の部分というのはかなり枠が広がってきている。その部分、やはりちゃんと介護福祉士が行っていただける部分として必要でないかと思っております。

○駒村委員長 ほかの委員の皆さん、いかがですか。

それでは廣江委員、田中委員の順番でお願いいたします。

○廣江委員 私どもとしては、まず、この行為が医行為なのか医行為ではないのかという、医行為という範囲で、無資格者は医行為は禁止だけれども、研修等をやることによって許容範囲を限定して許可するのか、または、一般家庭における家族間で行われる医行為については医行為から除外した上でやるのか、これをまずはっきりさせていただかないと、その後のフォローアップがおかしくなってくるので、これをまずはっきりさせていただきたいということが私どもの第一歩。私どもとしては、医行為から外していただいた上で、ただ、業として実施する場合には一定の研修の義務づけをして、規制範囲の限定というような形で行為をさせていただくようにさせていただきたいと思っております。

そして、その上で、先ほどもございましたように、現場からの介護福祉士の養成カリキュラムの中で3年間の研修にも入れていただいて、結果として、資格を取ったときには医行為実施をその介護福祉士に認めていくというような方向で検討いただけたらいいなと思っておりますので、この検討会の中からたんの吸引の委員会の方にそういう提言を是非していただきたいと思っております。

以上です。

○田中委員 介護福祉士の業務として、この2つの医行為に介護福祉士がどう思うかということでございますけれども、我々養成校としましては、今、検討されていますたんの吸引等の業務につきましては介護福祉士の業務内に含めていくということで検討しております。つきましては、これをどのように養成のシステムの中で考えるかということでございますけれども、この提案の①でございますね。カリキュラムの中で実施し、卒業と同時にその要件を満たすということで検討してい

たいと思っております。

と申しますのは、法律では1,800時間が養成課程の最低基準の授業時間数でございますけれども、もう既に養成校では2,000時間という学校がほぼ多数でありまして、どの程度のボリュームになるかでございますけれども、十分カリキュラムの中で消化できると思っております。

それから3点目ですけれども、これはたんの吸引等の検討への要望でございますけれども、十分具体的なことを理解したということで申し上げているわけではないですが、いろいろいただいた資料を検討しますと、常にか、医療職がかかわるということでございます。これは医療行為ですから当然のことでございますけれども、現実問題として、もう少し包括的に介護福祉士がこの業務ができるということになった場合には考えていただきたいと思っております。そのためにはしっかりと研修を、あるいはトレーニングをするということが前提でございますけれども、包括的と申しますのは、常に医療職がついていろんなことをやっていくということではなくて、一定のところは任せられるということを前提にやっていただければと思っております。

○駒村委員長 因委員、お願いいたします。

○因委員 基本的に介護福祉士がこの行為を行うということについては、全く異存がありません。むしろ介護福祉士がするべきだろうと思っております。1つ目の○ですけれども、実は私ども、ヘルパー協会ですが、ヘルパーの報酬単価が身体介護と生活援助ということで行われていまして、○の1行目に、「生活支援の一環」の「生活支援」という言葉がちょっとまぎらわしいところがあって、違和感を感じる場所です。反対するところではありませんが、もっといい表現がないだろうかと思っております。

それから、カリキュラムに追加することについては大賛成です。ただし、私も学校で養成に携わっておりましたので、いかに介護福祉士の養成が厳しいかという、夏休みも春休みもなく実習に追われているような状況の中で追加するということがどうなのだろうというのは思うのですけれども、カリキュラムの中に入れるべきだということに対して反対ではありません。ただ、前回も言ったと思うのですが、2年で果たしていいのか、3年の養成ということもそろそろ考えていいのではないかと思っています。

○の2つ目ですが、既に資格を取っている人については追加研修でということについても賛成です。以上です。

○駒村委員長 ありがとうございます。では、河原委員、お願いいたします。

○河原委員 因委員と同じように現場からの意見ですが、①、②も基本的には賛成です。ただ、私が知る限りは、施設と在宅でいくと、どちらかという在宅の方がこういった医行為のことについて非常に消極的であります。したがって、いろんな場面を想定しますと、何か事が起こったときに、施設では対応型がわりとできる環境があるにもかかわらず、在宅ではなかなか対応しにくいという、そういったことに恐怖感を覚えているのではないかと思います。

したがって、基本的には賛成ですけれども、カリキュラムの追加の中で、技術的なこととか知識の獲得以外にも、そういった緊急事態を想定できるような内容について、いろいろ教えていただくとか教育していただくということも是非追加していただいて、在宅の者も安心してこうい

ったものにかかわれるようにしてほしいというのが希望でございます。

それから○の2つ目ですけれども、「追加的な研修を修了した場合に限り」、これはいいですが、この追加的な研修というのは、いわゆる介護福祉士を持っている方はすべからくそうしなさいという義務にしようとしているのか。あるいは、その中でも恐らく多くの方たちは、たんの吸引だとか胃ろうのことについては想定してないでこういう資格を取って、今、働いていらっしゃると思いますので、ひょっとしたら、言い方はよくないですけれども、希望者だけにするのか、あるいは全員、やはりこれは持つておかなければいけないということで全員の方にされるのか、確認をさせていただければと思います。以上です。

○駒村委員長 今の点は、事務局は、これは選択制なのか、それとも義務制、今のお話はそういうことだと思いますけれども、この辺、ちょっと考え方を教えてください。

○泉福祉人材確保対策室長 既に介護福祉士の資格を取得されている方が追加的な研修をすることを義務とするべきか否かというのは、大変大きな政策的な判断の分かれ目だろうと思います。ただ、御指摘のとおり、介護福祉士の資格を今まで既に取得された方は、医行為をすることなどを念頭なく取得されておられますので、義務づけるというのは若干、いろんな意味で無理な点も多いかもしれません。ただ、今後の有識者の方々の御議論を是非いただきたいところだとは思っております。

○駒村委員長 では、とりあえずそこはオープンになっているということです。

馬袋委員、お願いします。

○馬袋委員 今回、論点の中で出されている内容については、基本的に賛成です。介護福祉士の資格について、やはり新しく養成されるには研修が必要であるし、そのことを持っているということがこれから医療との連携の中では重要であると。

それから、この介護福祉士を、今、持っている人に対する研修は当然でありますし、それを認める場合にそういうことは必要であろうと思います。

1点、表現の中で、因委員もおっしゃっていましたが、①の「生活支援の一環」というのは、やはりちょっと誤解を招く部分がありますので、これについては言葉を整理していただきたいと思っております。

重要なのは、できるということについての確認と、できる養成をすること、そしてできる体制をつくるという、もう一つは支援する体制をつくるということが重要ではないかと思っております。今、介護福祉士等、例えばたんの吸引の場合、対個人の契約ということで、本来、介護保険等の事業については、事業者と利用者の契約行為によって行われている行為であります。よって、起きるリスクに対しては事業者がとるという内容であるからゆえに請負という契約行為であるわけです。すなわち、たん吸引を行うメンバーに対して、個々のリスクに対する体制をどのようにつくるかということもしなければ、やれるということと、やった後のリスクに対しての支援体制をしっかりと整備して契約行為と個人の技量で行うリスクというところを整理すべきであろうと思います。

○駒村委員長 ありがとうございます。山田委員、お願いいたします。

○山田委員 私も、この御提案には基本的に賛成です。ただ、今の介護保険の話为例にとりますと、

中・重度の対象者については、いずれ介護福祉士の業務独占を希望するところですが、そういう点からもカリキュラムの中に中・重度の方への医行為というのは当然入るべきだと思います。

ただ、介護福祉士以外の方も7割程度、実際介護現場で働いておられるということです。その辺りとの差別化というのですか、介護福祉士に関してはもう少し高度な部分まで拡大していいのかどうか、この辺は是非検討されたらどうかと思います。

それからあと、介護福祉士が医行為をする場合に、ここに書いてある①の1つ目の○、お二人の委員から、「生活支援の一環」という表現に対して表現上の課題をおっしゃられました、急性期、あるいは24時間医療管理が必要な施設における医行為ではないという意味だと思うのです。暮らしの場面での医行為という、やはりそこに限定というのですか、これはかなり大きなポイントだと思っていて、表現としてはともかく、やはりそういう場面での医行為ということをやかなりしっかりと位置づけた方がいいかと思っています。

それと、石橋委員もおっしゃいましたけれども、単にこういうことを勉強した介護福祉士というのにとどまらず、これが介護福祉士の仕事なのだとことをはっきりと位置づけるべきではないかなと考えています。以上です。

○駒村委員長 ありがとうございます。ほかにございますか。

北村委員、お願いします。

○北村委員 たんの吸引に対しましては、私も、基本的に異論はないところであります。介護福祉士から介護職員等に広がった場合のこのモデル事業後の話のところは、当然、検討会の方でも検討されていくと思うのですが、今のモデル試行事業の中ではこのボリュームでしょうけれども、実態的にやる場合、どのように考えるかというところがとても大切なのだろうと思います。特に実施研修機関であったり、在宅でサービス実施の場合ということも踏まえて、その辺のイメージもつくりつつ、全体の対利用者といいますか、対象者に対してのサービスはどうなるかというボリュームを含めて検討していくべきだと考える次第です。その中で、当然、先行して介護福祉士ということになっていくのだと思います。是非、そのキャバ、ボリュームも、検討会の方でも十分に検証いただいて、中身を後で精査いただくということが必要だと思っています。

単純に実証実験する中で、当然、様々な対象の方がいらっしやると考えられ、介護職が受け入れるということになると思いますので、その状況もちゃんと検証していくべきだと思っております。以上です。

○駒村委員長 ありがとうございます。高橋委員、お願いします。

○高橋委員代理 私たちのホームヘルパーは在宅になりますので、御家族が留守の間にこのたんの吸引を希望されることがほとんどであるため、消極的になるところがあるかと思っております。私も、実際に業務として携わるとしても大変不安になる部分も大きいかと思っております。ですが、現在の状況におきましては、ホームヘルパーも業としてやっていくべきだとは思っております。

その場合、研修を充実させていただいた上でしっかりやっつけていかなければいけない状況かとは思っております。養成校のカリキュラムの中に入る分には、在学中に受けてこられるのでいいかと思っておりますが、一方で、実務経験によって介護福祉士を受験するための研修の中にそのカリキュラムが

追加されて入ってくると、さらに研修時間が増え、事業所の運営面から考えますと、人材が不足する時間がまた増えるのではないかと懸念もありますので、介護福祉士合格後にしっかりと研修を受けるといった方法もいいのではないかなと思っております。そして、現在の有資格者に関しては、試行事業の中で出ているような十分な研修が受けられる体系は、義務と言っては現場としてはこれも厳しいとは思いますが、何とかやっていかないとついていけない状況かなと半分は思っております。

○駒村委員長 よろしゅうございますか。

では、石橋委員。

○石橋委員 もう一点だけ。先ほど廣江委員の方から、たんの吸引等は医行為から外したらどうかという御意見がありましたが、そのことについては、たんの吸引等在り方検討会でこれから議論されると思えますけれども、私としては、逆にそれを外してしまいますと誰でもできるということになりますので、そうすると一定の資格とか研修も必要なく、安全性が逆に担保できないということにもつながりかねないので、それについては反対いたします。

○廣江委員 まったく研修をやらないのではなしに、法改正ではなく、政省令とか局長通知のようなもので、業としてやるのなら一定の研修を受けなさいということをごきちんとして外すということですか。

○駒村委員長 はい。次のステップもあり、また議論もありますので、とりあえずここでまとめさせていただきたいと思えます。資料2にございますように、たんの吸引等については介護福祉士の業務として位置づけていきたいと。その上でカリキュラムに追加をしていくということと、既に資格を持っている方については、研修を修了した場合に限りというようにこれを認めていく。最後のところは、原案どおりのことで、少なくとも一般介護職員と同じ範囲、安全確保の要件のもとで吸引等を実施することができる。これをこの委員会としては、まず先方の在り方検討会の方に委員会の要望として出させていただくと。

ただ、今、御議論がありました、「生活支援の一環として」という表現ぶりについては、御発言のあった委員と事務局と私で後ほど調整させていただくということでございます。そのほか、カリキュラムの内容とか選択制という点、それからリスク対策という点については次のステップだと思いますので、これについては今回はもう少し議論を深めてと思えます。

更にその向こうの段階として、もう少し言ってしまう段階としては、医行為なのかどうなのか、業務独占にするのかどうなのかというのはまた更なる次のステップでございますので、これはまた今後の議論ということでございますので、最初にまとめさせていただいた範囲において、事務局と、それからその表現ぶりについては、御意見あった先生等含めて、調整を私に御一任させていただきたいと思えます。

この意見書を11月開催の「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」に提出したいと思えますけれども、よろしゅうございますでしょうか。

柘田委員、よろしくお願ひします。

○柘田委員 ②の問題で、まずは「一般介護職員等と同じ範囲」云々という表現ですけれども、こ

ここで意味している部分は、今回ですと、いわゆるモデル事業で、研修を受けた介護職員を指すべきだと思うのです。このままですと、何か普通の介護職員と全く同じという表現が、たんの吸引等ができる云々という問題からちょっと外れ過ぎているので、条件的な部分をつけておいた方がいいのではないかと。

あと、「同じ範囲・安全確保の要件」の「同じ範囲」という部分は少し議論すべきではないか。後で、専門性の問題の部分のいわゆる専門介護福祉士云々等のときに、やはり少しその部分は検討すべきではないか。普通の状態ではそのままでもいいのですけれども、ちょっとその部分が今ひっかかっていますので。

○駒村委員長 事務局、②については、今の御意見、どういたしましょうか。

○泉福祉人材確保対策室長 ①と②と大きく分けさせていただきましたけれども、もし②について、なお検討、議論が必要ということであれば、当面、①について、合意いただける範囲でおまとめいただくというのも一法かとは思いますが。

○駒村委員長 田中委員、今の点に関して。

○田中委員 いいえ、違います。

○駒村委員長 ではちょっと待ってください。では、この②については少しもう一回整理させていただく。少なくとも①の方は、先ほど申し上げたように、検討委員会の方に出させていただきます。田中委員、これに関してですか。

○田中委員 はい、①の方。

○駒村委員長 お願いいたします。

○田中委員 先ほど意見を申し上げたのですけれども、実際現場で医療職との連携ということが、現実問題、出てくるわけですけれども、そのときに、私、包括的という言葉をしめたけれども、なるべく、ある一定の範囲において介護福祉士が現場で混乱のないような業務の仕方を考えていただきたい。それは、加えて、非常に現場の混乱ということもさることながら、言葉が適切かどうかわかりませんが、ある程度主体的にこの行為ができるような枠組みを考えていただいたらどうかと思っております。

○駒村委員長 この原案自体には問題なく、その次のステップとして体制の問題でございますね。

○田中委員 はい。

○駒村委員長 わかりました。では、これは次回というか、今後、体制の話について議論を進めたいと思います。

それでは、今の①を中心にしたものを11月の検討会の方に出させていただきます。また、たんの吸引等に関する検討会の意見の提出に際しては、私が意見を申し上げていきたいと思っております。ただ、たんの吸引等の検討会と当検討会では幾人か委員が重なっております、できましたら、私ももう一人、御同行いただける委員がいらっしゃればと思っております、できましたら、勝手なのですが、藤井先生にお願いできればと思っております。よろしくごさいますでしょうか。

○藤井委員 はい。

○駒村委員長 では、この議論については、文面についてはまた事務局と調整させていただいて、

皆さんの方に御確認させていただきたいと思っております。

続きまして、議事2の「今後の介護人材養成体系について」及び「より高い知識・技術をもつ介護福祉士の養成について」の議論に移りたいと思います。事務局から、資料説明をお願いいたします。

○泉福祉人材確保対策室長 それでは、資料3と資料4の説明をさせていただきます。

まず資料3をごらんいただきたいと思います。「今後の介護人材養成体系のイメージ」という図であります。この三角形の図は、類似した図をこれまでの検討会でも提示させていただきました。まず、一番下に、就業時、ホームヘルパー2級等とございますが、ホームヘルパー2級程度の知識・技術をお持ちであると。横にごらんいただきますと、黄色い枠の中に小さく、「在宅・施設等で働く上で必要となる基本的な知識・技術を習得し、指示を受けながら、介護業務を実践」としてございます。それが実務3年程度、少し上に上がりますと介護福祉士になるということですが、このところ、「従事者が働きながらステップアップできるよう、研修体系を整理」、その必要があるということにしております。

そして、介護福祉士から更に上昇いたしますと、更に一定の実務経験後、「より高い知識・技術をもつ介護福祉士」というのがあえて想定されるのではないかと考えてございます。【求められる介護福祉士像】ですが、この図の右側の方に黄色い字の枠で囲ってございます。12点のポイントが並んでおります。実はこれは、平成18年、先ほど梶田先生からも御指摘がありました、「介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会」の報告の中で、12点、ポイントが提示されているわけでありまして。

人材養成における目標という整理でございますが、尊厳を支えるケアの実践、現場で必要とされる実践的能力、自立支援を重視し、これからの介護ニーズ、政策にも対応できる、あるいは施設・地域（在宅）を通じた汎用性ある能力、心理的・社会的支援の重視、予防からリハビリテーション、看取りまで、利用者の状態の変化に対応できる、多職種協働によるチームケア、一人でも基本的な対応ができる、「個別ケア」の実践、利用者・家族・チームに対するコミュニケーション能力や的確な記録・記述力、関連領域の基本的な理解、高い倫理性の保持、こういった内容が【求められる介護福祉士像】として提示されており、当検討会におきましても、恐らく大方、御同意いただけるのではないかと考えて、改めてここに提示させていただきました。

資料3の2ページ目以降は、現行のホームヘルパー1級研修課程、2級研修課程、更には介護職員基礎研修、その他、このカリキュラムがどうなっているかということについて整理させていただいた資料でございますので、後でお目通しいただければと存じます。

こうした今後の介護人材養成体系のイメージを前提として、資料4をごらんいただければと思います。表題が「より高い知識・技術をもつ介護福祉士の養成の在り方に関する論点」としてございます。まず、論点を御紹介する前に、今までの指摘がどうであったのか、また、他職種においてどのような事例があるのかということをご簡単に伺っていただければと思います。

資料4の2ページ目をごらんください。「これまでの指摘等」と表題してございますが、まず、一番上の枠に社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正法が議論されましたときの国会の附帯決議

を載せてございます。国会の文章でございますので、そのまま読ませていただきます。

「社会的援助を必要とする者が増加していることにかんがみ、重度の認知症や障害を持つ者等への対応、サービス管理等の分野において、より専門的対応ができる人材を育成するため、専門社会福祉士及び専門介護福祉士の仕組みについて、早急に検討を行うこと。また、介護福祉士をはじめ、関連分野専門職が社会福祉士となるための必要な履修認定等について検討すること」。幾つかあるポイントの中の一つとして、この専門介護福祉士が取り上げられているということになります。

2 ページ目の真ん中には、人材確保のための基本的な指針が 19 年に出ておりますが、その 19 年の指針の中でも、「国家資格等の有資格者について、更に高い専門性を認証する仕組みの構築を図るなど」という記述がございます。そして、「介護人材の養成の在り方に関する検討会」の 8 月にいただきました中間まとめでは、専門介護福祉士等について、次の意見があったということでございます。

「医療的ケア、認知症ケア、障害への対応、サービス管理等のマネジメント等も含め専門介護福祉士について検討すべき。介護福祉士の上位の研修を設け、キャリアデザインを描ける仕組みとすることが必要。小規模チームで情報を共有し、介護人材を育成・マネジメントできるリーダーや管理者の育成が急務であり、ここに一定の支援や評価が必要」というおまとめをいただいているところでございます。

それから他職種の例を 3 ページ目と 4 ページに載せておりますので、ごらんいただきたいと思っております。まず、3 ページ目は、日本看護協会様が任命しておられます認定看護師、あるいは専門看護師の認定資格の例でございます。詳細は、ここで触れるのが趣旨ではございませんので、概略の紹介にとどめさせていただきますが、「役割」のところをごらんいただきますと、認定看護師は、実践、指導、相談という 3 つの役割を特定の看護分野において果たされる。専門看護師につきましては、実践、相談、調整、倫理調整、教育、研究という役割を特定の看護分野において果たされるとしております。

「分野」は、そこに掲載されておりますように、基本的には診療科別の構成になっているように見受けられます。「認定機関」はあくまでも日本看護協会様ということでございます。

めくっていただきまして 4 ページ目、介護福祉士と同じ法律の上に規定されている社会福祉士の例でございますが、資料を記載いたしました。4 ページの一番下を書いてございますように、平成 24 年度制度試行予定ということで伺っておりますので、今後変更があり得るという前提でございますが、現在、このようにおまとめになっていると伺っております。

まずは、左側、認定社会福祉士。所属組織における相談援助部門のリーダーということで位置づけてはどうか。それから「認定要件」につきましては、社会福祉士資格、あるいは相談援助実務経験 5 年以上、あるいは認められた機関での研修の受講、実績、そして試験に合格といった要件を構想されているようでございます。「分野」も、高齢、障害、児童、医療、地域社会、あるいは他文化分野等。社会福祉士の皆様が常時活躍されておりますそれぞれの分野ごとに認定社会福祉士を構想するというところをお考えのようであります。

4 ページ目の右側の方、認定専門社会福祉士になりますと、「活動」としましては、それぞれの

リーダーとしての活動に加えて、地域活動にも積極的に従事されるということを念頭に置いているということで、「役割」としては、指導やスーパービジョンといったものが大きな役割になると構想されておられるようであります。その他「認定要件」、一定程度、認定社会福祉士よりは厳しい要件を設けているということでもあります。

そのようなことで、社会福祉士においても、専門、あるいは認定と言われる仕組みを職能団体の方で構想しておられるということでございます。

そうした類似例を見た上で、今回御議論いただきたい論点を提示しておりますので、資料4の1ページ目にお戻りいただきたいと思っております。

まず、①といたしまして、介護福祉士と比較した「より高い知識・技術」をどのように考えるかということでございます。

介護現場では、多様な利用者に多様なサービスを提供することが求められております。そうであるならば、特定分野に特化した形での高度化・専門化を追求していくのではなくて、多様な生活障害を持つ利用者に幅広く対応できるといった専門職を構想すべきかどうか。その辺り、第1点。

②といたしまして、「より高い知識・技術」をもつ介護福祉士が提供する介護サービスの質（アウトカム）や、チームケアにおいて担うべき役割をどのように考えるか。

③といたしまして、②を体現するために、「より高い知識・技術」をもつ介護福祉士は、どのような分野（テーマ）についての研修が必要か。また、「より高い・技術」の認定方法や更新の必要性について、どのように考えるか。更に、これらの仕組みを構築・運営していく上での、看護師、社会福祉士の例では職能団体が御活躍されておられるわけですが、この介護福祉士においては職能団体の役割について、どのように考えるか。

このような論点について御議論賜ればありがたいと思っております。

○駒村委員長 資料の御説明、ありがとうございました。

それでは、「今後の介護人材養成体系について」及び「より高い知識・技術をもつ介護福祉士の養成について」、各委員の御意見、御認識、お考えをいただきたいと思っております。資料4の特にこの論点、重要なことが書かれておりますので、皆様の意見をいただきたいと思っております。よろしく願いいたします。石橋委員。

○石橋委員 毎回最初で申し訳ありませんが、早速ですけれども、まず、介護福祉士の資格取得時というのは、新カリキュラムに基づくと、介護福祉士の国家資格は「介護を必要とする幅広い利用者に対する基本的な介護を提供できる能力」を有する資格と位置づけられております。したがって、その段階から徐々に、さまざまな介護現場での経験を積み上げて、尊厳ある介護とか予防からターミナルまで状態に応じた介護ができること等、先ほど説明がありました、求められる介護福祉士像ですね。これらを目指して、介護福祉士としての力量を高めていくということが必要かと思っております。

更にその上に、今、求められるさまざまな専門的な介護に対応できるような介護福祉士を目指していく。重度の認知症とか障害等の分野において、より専門的に対応できる人材の養成というのがやはり必要ではないかと思っております。

ただ、専門性を身につけるということは、知識の習得だけではなくて、技術をしっかりと身につけなければいけないと思っていますし、その技術を身につけるということは、できるということであり、そのためには一定の現場経験というのはどうしても必要になってくると思います。そのため、資格取得後、一定の実務経験を踏まえながら、介護の専門職として求められる共通した分野については、職能団体などの研修で一定の高い知識・技術を身につけて、介護福祉士としての基礎力をしっかりと向上させる。そして、ここにも書いてありますが、多様な生活障害を持つ利用者など幅広く対応できるようになるという段階を踏まえ、更に、その上にそれぞれの自職場の領域に通じる、例えば重度の認知症の高齢者とか障害者等の特定分野の専門性を更に高めて、その介護分野において熟練した介護技術と知識を用いて介護実践ができ、他の介護福祉士のケアの技術の向上に資することができるような、そういう専門的な介護福祉士の養成というところまで視野に入れなければいけないと思っております。

併せて、認定制度の確立と更新制度に関しましては、先ほど資料の中で説明がありましたように、職能団体の役割だと思っておりますので、これは日本介護福祉士会がしっかりと認定していくべきだと思っておりますし、また更新研修なども担っていきたくと考えているところでございます。

○駒村委員長 河原委員。

○河原委員 私も、石橋委員と同じようなことになるかもしれませんが、資料3の中に「求められる介護福祉士像」と書いてありますが、これだけでも相当なレベルの話以上のものを求められるということですから、介護の世界ではこれ以上はないというものを求められているのかなと思います。とするならば、今おっしゃったように、医療的ケアだとか認知症ケアだとか障害者。障害者も、精神、身体、知的、すべて含んだ、そういった重度化、専門的な対応が適切にできる方というイメージを持ちますので、そういったものをこれからつくり上げていくことは、私も、ある面では賛成でございます。

今おっしゃったように、これは現場の人と話したのですけれども、大切なことは、より知識のある人と、これが実践できるという方、更に、これは間違っているのか間違っていないのか検証できる人、それから最後に、これをまた指導できる人、こういった方が求められるのではないかと思います。

それから1つ、これまた質問になってしまうのですけれども、私は、認定方法等に非常に興味を持っております。更新の必要性も私は要るだろうと思っておりますけれども、片一方で、例の段位制の話がございますね。実践キャリアアップ戦略ということで、キャリア段位制度の推進がなっておりますけれども、基本的には、ちょっとここでは理由はあれですけれども、私も、いいことだなと思っておりますけれども、その段位制のことと、ここでより高い知識・技術の認定方法と絡み合うと思っておりますが、この辺の絡み合いのことについてはどう考えられているのかなという、これは質問でございます。

○駒村委員長 ではちょっと事務局から、この段位制について補足説明をお願いいたします。

○泉福祉人材確保対策室長 キャリア段位制についてですけれども、失礼いたしました。参考資料2で若干の資料を用意しておりますので、今日も時間がない中ですので、恐縮ながら、かいつまん

で御説明をさせていただければと思います。

経緯から御説明をさせていただきたいと思います。参考資料2とあって、更にもその中に資料2と書いてあってまぎらわしいですが、『キャリア段位』制度について平成22年8月31日 内閣府」としてある内閣府の資料からの抜粋でございます。

開いていただきますと、鳩山前内閣総理大臣指示というのが平成22年4月26日に出ております。その中で、点線で囲まれた一番下の行だけ見ていただければと思いますが、「社会全体で『実践的な職業能力』の育成、評価を行う体制づくりを検討していきたい」という総理大臣の指示がございました。

それを受けまして、次のページ、緊急雇用対策本部「実践キャリア・アップ戦略推進チーム」（平成22年5月25日）が設置されまして、実践的なキャリア・アップをする戦略プロジェクトを推進するということになったわけでありまして、事務局は、厚生労働省ではなくて、内閣府の方に置かれております。

更に5ページ目ですが、「実践キャリア・アップ戦略」の中で、こうしたキャリア段位制度が設けられるべきということになっております。「5か年目標」の骨子というところがございます。

まず、戦略分野を選定して、職業能力評価制度（キャリア段位）を導入する。日本版NVQの創設としてございます。実践的な職業能力を明確化し、教育・能力開発と結びつけ、能力を客観的に評価する「キャリア段位」制度を導入すべきであるということが、この5月25日の「実践キャリア・アップ戦略」構想の中で取り上げられております。

その後、更に飛びまして、7ページ目、今度は6月18日に行われました閣議決定の中で、「新成長戦略～『元気な日本』復活のシナリオ～」としてございますが、その新成長戦略の中でキャリア段位制度というのがうたわれております。これも書いてあるとおりでございますが、実践的な職業能力育成・評価を推進する「実践キャリア・アップ制度」では、介護、保育、農林水産、環境・エネルギー、観光など新たな成長分野を中心に、英国の職業能力評価制度を参考とし、既存のツールを活用した「キャリア段位」を導入・普及すると書いてございます。

そうしたものを受けまして、11ページ目に飛んでいただきたいのですが、この一連の流れの中で、実践キャリア・アップ制度「第一次プラン対象業種」（案）としてございます。これは、右肩に※印でございますけれども、実践キャリア・アップ戦略推進チームの専門タスクフォースというのが内閣府で運営されておまして、そこで提出された資料から抜粋しております。

こうした実践キャリア・アップ制度をつくる上で、第一次プラン、すなわち、幾つもの産業分野がある中で、まずはこの分野、産業について実践キャリア・アップ制度をつくりましょうというその対象業種がこの11ページに載っている3つの分野でございます。「介護・ライフケア」分野、「環境・エネルギー」分野、「食・観光」分野それぞれについて、評価基準と育成プログラムを作成しようではないかということになっているわけでありまして。

更におめくりいただきまして12ページ目は、内閣府の事務局の方でまとめました介護人材に関する現状と課題でございます。

そして、13 ページ目、「進め方のポイント」ということですが、「幅広い人材を育成・確保する観点から、在宅介護、施設介護を通じた汎用性のある職業能力評価を目指す」としてございます。そして、資格制度等との連動を検討。特に介護福祉士の養成課程との整合性、ホームヘルパー研修の一部免除、専門学校・大学の教育課程との連動を検討、そして、企業の取組インセンティブ付与を検討としてございます。

現状におきまして、この検討状況として御説明できる内容は以上でございます。今後、内閣府のキャリア・アップ戦略推進チーム、その他の場におきまして、この内容についてなお検討が進められていくものと伺っております。そちらの方の検討状況も、当介護人材養成検討会の検討内容と非常に密接にかかわることは間違いございませんので、このキャリア段位制度の動きについても随時この場で御報告するようにし、もし必要があれば必要な調整をさせていただければと思っております。

ただ、実践キャリア・アップ制度、あるいはキャリア段位制度について、現状検討されているのはここまでということになるようでございます。

○駒村委員長 ありがとうございます。すり合わせはこれからだということだと思います。まだ両方も両立してやっているという状態だと思いますので、河原委員、よろしゅうございますか、今の御説明で。

○河原委員 1点だけ。ということで、まだスタートし出したということですが、おっしゃったように、今後の介護人材養成の体系についてということにも本当に密接に関係がございますし、私は、見ていますと、施設から在宅へ、在宅から施設へ、あるいは同じ介護の中でも、A会からB会社に転職するとかいろいろなケースがございますけれども、それぞれ培ってきたものとか、持っている知識とか、持っている資格だとかいうものが違うところにいってしまったら、また違う評価をされるということが往々にしてございますので、公的にそういったものを認定されるような仕組みがあればいいなとは思っていたのです。ただ、今ここで検討することと段位制というのがうまく絡み合っていないと、またややこしくなってしまうということにならなければいいなと思います。

いずれにしても、これは内閣府というところで議論されるということですね。密接に関係もありますので、できる限りいいものだけをきちんとやってもらって、複雑怪奇にならないように望みたいなと思います。

○駒村委員長 河原委員御指摘のとおりだと思いますので、ちょっとここから先の動きは情報を共有しながら、調整しながらと。これは事務局にもよろしくお願ひしたいと思います。ほかの委員。田中委員。

○田中委員 介護福祉士をより専門的に考えていく資格というか、ステータスを設定するということについて、賛成であります。介養協としても随分とこのことについては懸案の事項でございました。私どもは、高校を卒業して入学してくる非常に若い人たちが多うございます。そういうことで、将来このような目標ができるということは、介護福祉士を志す人にとって一つの希望になるということで、大変ありがたいことだと思っております。

それから2点目は、これは現場の方の方がよく御存じだと思いますが、この資格を持った人が特に何をするのか、仮に資格となったら何をするのかといったときに、特に中堅の職員がなかなか育たないということを現場の方から我々聞いておりました、そういう中堅を育てるという意味で、これを是非、職能資格というものとリンクさせてお考えいただいたらどうかと思っております。この資格と職場でこれをどのように生かしていくのか。職場では、なかなか役職というものは少ないものですから、管理的な仕事ができるのですよという意味で、こういった職能資格がそれにリンクすることが大事ではないかということでもあります。それは賛成ということでもあります。

それから最後に、これは専門性ということが議論されるわけですが、多様な生活障害を持つ利用者に幅広く対応できると。異論ないわけですが、昨年実施されました新しいカリキュラムは、介護福祉士の専門性というのは、介護課程の中で生活支援技術を使って介護するという、つまり、より活動と参加というものをどういうものを増やしていくかという、ここに尽きるわけですが、それを突き詰めていきますと、特定のものというのは当然あるわけですね。したがって、是非とも専門性ということにつきましては少し議論を今後継続してやっていただきたいと思っております。

○駒村委員長 ありがとうございます。ほかの御意見、いかがでしょう。因委員。

○因委員 最初は質問なのですが、資料3の1ページで、三角になったのがありますね。【求められる介護福祉士像】の横ですが、そこにヘルパー2級から介護福祉士、そして「より高い知識・技術を持つ介護福祉士」となっているのですが、その介護福祉士の横に「実務3年程度」とありますが、この「程度」には何か意味があるのでしょうか。実務3年以上でないのかなというのが質問の1つで、あと意見を続けて言ってもよろしいでしょうか。

○駒村委員長 どうぞ先にお答えを。

○泉福祉人材確保対策室長 実務3年以上という認識で「程度」と書かせていただいております。

○因委員 わかりました。それでは、次が、資料4の1ページのところを、今、議論していると思っておりますが、「介護福祉士と比較した、『より高い知識・技術』をどのように考えるか」ということですが、その2つ目のところに、「特定分野に特化した形での高度化・専門化を追求していくのではなく」と。ここは大きく議論するべきところかなと思っております。

私は、介護というのは分野が広過ぎると思っております。例えば医師という国家資格があって、外科や内科やいろいろ専門が分かれているように、介護も分野別に分かれるべきではないかと思っております。児童から高齢者、在宅から施設、さまざまありますが、私、ホームヘルパーは20年しましたが、個別対応するのですね、ヘルパーの場合は利用者宅に行き1対1で介護しますが、私の能力でもって、例えば重症心身障害児施設に行っても、私は通用しないような気がするのです。ですから、それぞれより高い専門性を深めていこうとすれば、利用者にあった専門性が必要ではないかなと思っております。まずそこまで。

○駒村委員長 これは非常に重要な論点でありまして、特定分野の深さをやるのか、それとも広さで考えるのかというのは話の分かれ目ですので、この辺についても、まだ何度か議論の機会がありますので、議論を深めていただきたいと思っております。これは因委員の御指摘のとおりだと思っ

ております。続けてございますでしょうか。まずとおっしゃったのは、意見としてはこれと。

○因委員 はい。

○駒村委員長 これに関する議論でも結構ですし、とりあえず今日は初回でございますので。先ほど光山委員代理、手を挙げられていましたが。

○光山委員代理 全老健、平川常務理事の代理で来ました光山でございます。

今回の「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」ということで代理を仰せつかったわけですが、過去の議事録を読み解く中で、今回の介護人材養成体系のイメージの中で、就業以前のキャリア教育について触れられてないということにちょっと気がつきまして、その辺り、どのように考えていらっしゃるのかということのをまずお聞きしたいなと思っております。

実は、議事録を読み解く中で藤井委員のキャリアアンカーのくだりを見まして、介護職にはキャリアアンカーを持ってない方が非常に多いと。そういった中で、早期のキャリア教育がそういったキャリアアンカーを持ついい機会ではないかなと私も考えております。実は、私が所属しております和歌山県の老人保健施設協会と共同研究でやっております、老人保健健康増進等事業、いわゆる老健事業をちょうだいいたしまして、和歌山県のすべての高校2年生に対してアンケート調査を準備しております。簡単に言えば、高校2年生、いわゆる高校在学中に介護職に対しての就業意向について今回アンケートをとって、業界団体としてどのように教育に携わっていけるかということをお考えしております。

そういった中で、いろいろヒアリング等を進めていく中で、そういったキャリア教育をする立場である指導教員等の介護に対する知識のなさに非常に残念に思っている次第です。できましたら、管轄としましては文科省との兼ね合いもございますでしょうけれども、そういう省を超えた考え方で何か我々職能団体がかかわっていけないかなと考えております。皆さんの御意見をお伺いしたいと思います。

○駒村委員長 藤井委員、これについては御意見はいかがでしょうか。

就業以前のそもそも、もっと入り口のことについても、両省庁、協力してやってもらいたいという御意見、これについては、一度、最初のときの段階でこういう議論も藤井委員からあったわけでございますので、今日はどちらかという上の方の話になってきてしまっておりますけれども、さっきの因委員の話もございます。

では、藤井委員、お願いいたします。

○藤井委員 この資料4の①「より高い知識・技術」についてどう考えるかという点で意見を述べたいのですが、スペシフィックな分野で考えていくのか、それともジェネラルな、ジェネリックな部分で考えるのかということで分けられると資料に書かれているのだと思います。これはこのとおりだと思います。で、どちらかを選択しなければいけないだろうということもそのとおりだと思います。

そのときに幾つか考えなければいけないのは、我々、ここに集まっておりますのは、介護の質をよくしたい、そのために、介護職員の介護福祉士を中心とした資格体系をつくっていききたいということでありまして、その中で、やはり現状がどうなのか、今後どうしていくのかという現実論に立

たざるを得ないところがあると思います。

そういう意味では、現在、国家資格の上位資格としてどういったものが創られ機能しているかも念頭にいれる必要があると思います。例えば、栄養士には、管理栄養士が上の段階として法律で位置づけられておりますが、今や管理栄養士が一般的な資格になっており専門職としては、栄養士が、いわば中2階的な位置づけになっているのかもしれませんが。それから、御紹介いただいた看護師については、法的な位置づけはありませんが、認定看護師というのは診療報酬の中で幾つか取り入れられる中で、特に意味を持ってきている、意義を持ってきていると思います。人数もかなり増えてきている。しかし、数の面では看護師のごく一部ですし、まさに、「専門」というのにふさわしい状況にある。

法的に位置づけられているという点では、調理師に対して専門調理師・調理技能士という資格があり、養成もなされていますが、これは、我々がここで考えようとしているものとは違っている。

今、介護福祉士の上に何かつくっていくというのは、あくまで受ける国民の側の目線にある程度立たなければいけない。それからもう一点は、今、介護福祉士、あるいは介護技術というものがどのレベルにあるかということだと思えるのです。以前申し上げましたけれども、やはり専門性、専門職を考えると、石橋委員のおっしゃったことと重なりますが、技術そのものを「勉強する」部分と、それから実際に「できる」という部分ですね。私、サイエンスとクラフトという言葉を使いましたけれども、残念ながら、介護の学問のサイエンスというのが、今のところ、私はまだまだこれからではないか、むしろ今後期待したいという状況にあると思えるのです。

今、スペシフィックなものをつくっていきますと、例えば看護師の中にも、資料にあるように、皮膚・排泄ケアとか、摂食・嚥下障害看護とか、認知症看護とかございます。これはたしか何年かに一回見直してどんどん増えております。この中にいろんなものが出てきたときに、例えば障害児の話とか、そういったことが出てくるかもしれない。そのときに、今、介護の方でスペシフィックなものに突っ込んでいったときに、結局、看護でやられているものを、相当中途半端にしたようなものになりはしないかと。介護福祉学の専門性が十分確立していない中で、対象や方法を狭めたスペシフィックな制度を創ることが、果たして、我々が望む、国民が望むような介護が構築されていくだろうかということだと思えるのです。私は、現時点での介護学、あるいは介護技術の体系から言えば、当面はジェネリックなものをベースにしてはどうかと。

因委員のおっしゃるように、将来的にはスペシフィックなものも当然求められていくのだろうと思いますけれども、現状及び、それから看護という近接分野があるということにかんがみて、スペシフィックというのは、どうなのだろうか。また、因委員のおっしゃったことはもっともなのでございますが、私は、認知症を専門にしていながら認知症の高齢者のところに行けませんとか、私は摂食・嚥下のことがわかりませんということが言えないのが介護福祉士のいいところではないかなあと思っていたりもするものですから、そういう意味では、ジェネリックなもので2階をつくるという方がいいのではないかと考えています。

以上です。

○駒村委員長 今日結論が出るわけではないですけれども、大いに議論すればいいと思います。

よろしく申し上げます。

○因委員 誤解のないように言っておかないと。私も、ヘルパーをしていたので、さっきは、重身の施設では介護がちょっと自信ありませんと言いましたが、できないわけではないのですよ。多分、どこに行ってもできると思います。介護福祉士は。だけど、より質の高いものができるかということ、私はもうちょっとその分野で特化したものが必要と言っただけですので。介護福祉士は一応、どこに行っても仕事ができると思っています。それを追加しておきます。

○駒村委員長 藤井委員。

○藤井委員 追加を念のためしておきますが、ここにもありますように、認定看護師というのが600時間というものでございます。我々、これぐらいのものをやはり考えるだろうと思うのですね。そのときに、今の介護の現状において、介護福祉士の上に分野別に設けて、数百時間の研修を組み立てるのか、この現実論もあるように思うのですね。そういう意味でも、私は、とりあえずはジェネリックなもので、特に個別ケアが進んでいく中に、小規模のチームでケアを行っていくための資質を認定していったらどうかと。

先ほど、田中委員がおっしゃった、管理職、中間層的な人間がなかなか育たないというのはまさに、その小規模なチームで責任を任せられる人間がなかなか育ってこないということでもありますし、そういった人たちをイメージしたジェネリックな介護福祉士の専門版、認定版というものの方が現実性があるのではないかと。因委員のおっしゃっていること、全く否定する気ではなくて、将来そうならなければいけないと思うのですが、現に今、我々が考えていくのはジェネリックの方がいいのではないかなと思います。

○駒村委員長 では、廣江委員、榎田委員の順でお願いいたします。

○廣江委員 私は、今、藤井委員もおっしゃいましたように、介護というのがまだ学問的にきちんと検証されてない部分と申しますか、または論文だとかいろいろなものが看護に比べたら格段の差があると思います。これを何とか少しでも縮めていくことがまず一つの方向としてあるのではないかと。そのためには、大学関係者の方に誠に申し訳ないですが、東大と京大ぐらいに1個ぐらいずつ専門の大学院をつくったらいいのではないのかと言っていましたけれども、また、そういうことを言うとなかなか実現できませんので、社会事業大学に専門的なものでもつくっていただいて、そこがきちんとしたシンクタンクのような形で、学問的なエビデンスを持ったり、主張するようなところをつくっていく。そして、そこでできないものをまた専門性を持った介護福祉士にフィードバックして行って、今、言ったような総合的な力を持ったような介護福祉士をつくってほしい。

それからもう一つ、大前提として、専門学校に通うということはなかなか不可能ですので、現場で働きながら単位を取ってきて試験が受けられるようなシステムにしていかなければいけない。

それからもう一点は、今度は介護福祉士会さんがいらっしゃいますけれども、ここを強化していかないと、看護協会のような会員数とか組織力を持ってやらないのに、これを今ここで幾ら議論しても、はっきり申し上げて、誠に申し訳ございませんけれども、我々も努力が足りないこともありますけれども、介護福祉士会が弱過ぎる。これを徹底的にやはり強化していかなければ。私どもも経営者協議会としても、何とかここは我々の力で強化していくことが私たちの職場の活性化にもつな

がるので、できるだけ私たちも一緒になってやりたいということを何回も申し上げています。ということで、是非そういうことを考えていかないと、これが具現化、うまくいかないのではないだろうかと思っております。

○駒村委員長 では、榊田委員。

○榊田委員 今、介護の現場で、介護福祉士さんがいわゆる介護の対象とする方というのは限定的ではないですね。どうしても、高齢者であれば高齢者ですけれども、認知症の方もおれば身体的機能の弱い方もおる。現場で求めている専門性の高い方というのは、ほかの介護職員さんはある程度指導できる立場のリーダー的な方が、今、求められている。そうすると、今すぐに専門性の高いという部分で、例えば認知症ケアを突き詰めていくという方、その方が求められるよりも、もう少し幅広くいろんな知識を持って新しい職員を養成する、指導するという立場の人がまず一番現場でも求められてくる。

そうすると、ある程度範囲は広くても、実務経験を積んで、次の研修ステップを踏んで、リーダー的な部分の専門性を持ってくる。その中で、例えば障害者の場合と高齢者の場合とは違いますが、それは当然分けて考えるべきと思うのですけれども、専門介護福祉士、認定介護福祉士等のごく範囲の狭い部分の究極の専門性というのを今すぐ求めて、それができるものでもないだろうと。ですから、研修体系もとりあえずは、今の現場の3年ないし5年ぐらいの実務経験の方が取り組めるだろうという実態の部分を考えるべきだろうと。

例えば1年間学校に通って認定何とかかんとかという形ですとなると、実際に行ける方というのはすごく限定されてしまうと思うのですね。それよりも、働きながら次のステップに上がっていきける形の、キャリアラダーを構築できる形の専門介護福祉的な部分をまずつくって、それが定着した段階でその上のステップの部分も考えていくべきでないか。できる限り、今の介護福祉士さんが、私も頑張ったら大丈夫だという程度の部分でまずスタートを切るべきでないのかなと思っております。

○駒村委員長 いろいろな両論、今、出ておりますし、ステップをどう考えるのかという議論もありますけれども、今の深さか広さかについて、ほかの御意見ございますでしょうか。ほかの方はいかがでございますでしょうか。

事務局、あとのこの問題で2回議論ができると思っていてよろしいのでしょうか。今後の審議予定スケジュールを見ますと。

○泉福祉人材確保対策室長 今回を入れて2回を想定しておりましたが、勿論、議論の進展によっては当然伸縮あり得べしとは思っておりますが、今回と第6回の、その時点で議論が収束すればありがたいかなと思っております。勿論、最後、第8回の辺りで報告書案をまとめることになりますので、その時点でまた皆様の御意見の御確認は当然できると思えます。

○駒村委員長 資料1にあるように、高い知識の議論というのは今回と次回ということでございますけれども、今のところ、今日の議論を見てわかりますように、2つに意見が分かれておりますので、またいろいろ資料も、もしございましたら、次回、それぞれの委員から、現実はどうなっているんだとか議論がございましたら、また用意していただいて議論を深めていただければと思います

けれども、このところは大変重要な話の分かれ目でございますので、少し議論を深めておきたいと思えます。ほかの委員の皆さん、いかがでしょうか。では、馬袋委員、お願いします。

○馬袋委員 議論している中で、やはり先輩から学ぶということをした方がいいのかなと思っています。看護協会の中で、認定看護師、研修にこの600時間を取られている。また、勤めながら実際にそれがどのように行われているのか、その現状を確認することが大切だろうと思うのです。看護師も足りない中で、そしてこの認定を取っていかれているというその在り方、それに対する体制、それに対する内容はどのようになっているのかというのがまず1つあるべき姿だろうと。

では、現状の介護福祉士のメンバーが、一足飛びにはそれはできないけれども、段階的にこのようになった過去の歴史の中でどういう段階で進めていったというところを、先輩から学び、そして、ここまで体制をとってでもやれているというところの実態を理解し今、私たちの現実との比較を試みてきたところで、一つのやり方としての示唆があるのではないかと思います。是非そこについては事務局の方で調べていただいて、御提案いただければと思います。

○駒村委員長 これは事務局の方から、認定看護師の600時間、どのようにやっているのかという状況の報告を、次回、資料を用意していただきたいと思えます。ほかの委員、いかがでしょうか。北村委員、お願いいたします。

○北村委員 専門性については深さ、広さと両方必要なのだと思いつつ、2つ目にあります、最終的にサービスの質のアウトカム、評価という話になります。報酬もそうですし、今の様々なサービスも、当然、サービスの質の向上という言葉を使うたびに、その評価軸、指標が必要だということになります。そこは学問的、学術的にも多分今ないというような状況で、先ほどのキャリア段位、一番最後のページにもありますような、現在の職業能力評価基準が各サービス別にあって、初級、中級、上級とか、それなりにマネジメント力とか、指導ができるとか、教育ができるというパターンに押さえはつくってあるという状況です。それらを踏まえて、より高い技術・知識というのを介護福祉士に限定して、その上に乗せるというのは、現状のサービスの中で一応そういった指標はあるのですが、それ以上のものを求めるとなると、特にチームケアのマネジメント力とか、それから管理能力を含めて考えるとそこの質の評価みたいなものの軸も、もう一度ここでつくる、検討という意味になると思えます。そこは逆に、深さ、広さを論ずるときに、最終的に何か評価する指標が必要で、看護師でしたら、テストが、筆記試験があるとか、研修だけ終われば良いということを含めて、筆記試験で何を求めているかというところがはっきりしていると思えます。例えば介護の場合は何を明確にさせてテストすればいいのかというところを踏まえて考えていかななくてはいけないのと、現状は単純な顧客満足度であったり、個々の技術面は、できるできないとか、標準化はできると思うのですが、それ以上のところの評価というのは今までも難しいという状況だと思えます。そのあたりを見極めていく、そこを是非つくっていくべきだと思っています。この在り方検討会の中でもう少しまた、ワーキングでもつくりながら、各先生方にも御努力いただきながらつくっていくということが必要なのだなという気がしております。

○駒村委員長 この介護サービスの質というのは、指標は何なのかというのはずっと議論になっている問題でありますし、看護や医療と違って、科学性、学問性というところがまだまだの中で、客

観的な指標というのはできるのかどうなのか。ここを深めていくと大変な作業になっていくだろうと思います。

ただ、これは事務局としては、そこまでこの時点で深めていくのか、そのところはもう少し待たなければいけない部分があるので、先ほど藤井委員からあったように、今つくるとすれば、適用範囲の広さ、さまざまな状況に対する対応力や職場におけるリーダー経験からのリーダーシップがとれるかというようなところをこの原案は意識していたのではないかと考えております。

勿論、そうではなくて、専門性というのは深めるべきだという見方もあるかもしれませんが、この辺については、まだ次回以降議論がありますので、先ほど申し上げたように、資料等、もしあればどんどん出していただいて議論していきたいと思いますが、北村委員のおっしゃることはそのとおりだと思います。ワーキングというところまでいくとまた非常に深い話になってきますし、学問的な部分のサイエンスの部分がまだのところでございますので、この検討会だけでできるかなというのはなかなか難しいところかなと思います。

ほかの委員の方、いかがでございましょうか。この分野、あるいは深さ、広さだけではなくて、②、③についても、もし御意見があれば、今日、御準備なれば、また次回以降でも結構でございますけれども。

では藤井委員、お願いいたします。

○藤井委員 何度も申し訳ありません。今、北村委員がおっしゃった質の関係に関しては、介護保険については、質に関する検討会が老健局の方で設けられてもう2年目でございます、恐らくそっちの方からどういうことが出てくるのか、あるいはそれをもとに制度化はどう考えておられるのかというのを是非事務局の方に資料としてお出しただければいいのかなと考えております。

それに関してですが、質ということを考えると、介護の場合は、365日、24時間で動かす話でございますので、一人すぐれた人間がいたからといっていい質が保てるわけではありません、駒村委員長が言っていたように、リーダーシップとか、あるいはチームで動くということが非常に重要になってくるわけございまして、現時点でそういう意味で、一つ一つの専門をきちんと知っているというよりは、チームできちんとした介護ができるようにしているというものの方が、専門という意味で受ける側にとって説得力があるのかなという気がいたしております。

それから、先ほど認定看護師の件で、どのようにやっているのかというのを是非次回という話がございました。私も是非聞きたいのですが、一つ、私が知っている範囲で申し上げますと、例えばこの中で言うと、皮膚・排泄ケアの認定看護師が一番多かったと思いますが、これもたしか全国で10もやってないぐらいのオーダーだったと思います。それぐらい、一つひとつこれで専門をつくりますと、それを教えられる場所とか養成施設が限られてまいります。これが現実論として大きいだろうということだと思います。

もう一つは、さっき600時間と申し上げましたが、今、介護でこういう専門的なものをつくった場合、例えば障害でも認知症でもいいのですけれども、もっと時間が短くなりやしないかといいますか、それぐらいなら全部学んでもらった方がいいのではないかなかなるのではないかなという気がします。そうすると、スペシフィックなものをまとめて専門というよりは、やはり小規模チームを

動かす際の、よいケアを、個別ケアを実施していくためのリーダーとなり得る人を養成しているのだと言っていった方がわかりやすいですし、また働く側もわかりやすい、それからサービスの受け手の側もその方が安心と安全があるのではないかという気がいたしております。以上です。

○駒村委員長 廣江委員、お願いします。

○廣江委員 私の方の経験からしますと、私がかもし介護福祉士だと、今、私どもの法人の職員も、非常に勉強したいと、もっと学んでいきたいという、自分で勉強していきたい、スキルアップしていきたいという気持ちが職場風土として非常に強くなってきております。皆さん方のところも同じだと思います。その中で、その人たちの念願をかなえてあげるような組織をまずつくらなければいけない。システムをつくらなければいけない。その中でも、リーダーになって、施設長でも、頑張っていて、キャリアを上げていきたいとか、または、自分は認知症なり何なり専門に特化していきたいとか、いろんな職員がいると思います。それらいろいろなタイプがあってよろしいと思います。介護福祉士になったらキャリアアップしていけるということを、この制度をうまく使いながら引っ張って行って、魅力をもたせ、職場に来たいという人たちをたくさんつくっていききたい、いわゆるすそ野を広げていく一つの要因にもなればよいなと思います。

といいますのは、最近私ども、2年目ぐらいの職員だったと思うのですが、介護ってこんな楽しいものだねということをお自分たちの後輩に教えたいということで、自主的に高校回りをし出したのです。時間を1時間ぐらいとってもらって、スライドをつくって、つたない話かも知れませんが、そんなこと言ったらしかられますけれども、自分たちで一生懸命に話をしている、私もこういう仕事がやりたいのだという誘因をつくることのできるのです。そういうことをやっていく、そしてすそ野を広げていく、そしてまた、ここに来たらキャリアをちゃんと目指すことができる、介護福祉士で終わりでないのだということをやはり職員にわかってもらうことが、またこの業界のすそ野を広げていく、職員の数を増やしていく大きな礎になるのではないかと思うので、この制度そのものを本気で慎重につくっていただきたい。そしてそれが目に見えた形で介護職員たちにインパクトを与えていく、次に続く若い人たちにインパクトを与えていくような力になればと、そういうものを是非つくってほしいなと私は思っています。

○駒村委員長 わかりました。インセンティブの部分ということだと思います。また、事務局は、資料としては、老健局が検討されている介護の質に関する検討状況については、次回、今、藤井委員から御指摘のあった部分については御用意いただけますでしょうか。

○泉福祉人材確保対策室長 はい。老健局と相談しまして、どのような資料がお出しできるか相談したいと思います。

○駒村委員長 ほかの委員の皆様、いかがでございましょう。今日の時点で特段、もう一回ございますので、まだ議論は今後続くと思いますけれども。では、榎田委員、お願いします。

○榎田委員 認定看護師の資料を出していただくときに、この認定看護師がいることによって、診療報酬上の評価という部分も同時に資料としてつけていただけませんか。職場で働いている人を研修に送る、例えば600時間研修に送るとなると、それなりの評価があるから事業者の方も送る意欲というものが出てくると思うのです。何もなしに、個人だけのレベルアップのためにとって

くると、いわゆる年休を使って600時間研修受けることは不可能ですので、職場として送り出せる体制づくりというのをどう構築していくかというのが非常に大きなウエートを占めると思いますので、その資料、お願いいたします。

○駒村委員長 では、用意をお願いいたします。

藤井委員、お願いいたします。

○藤井委員 樹田委員のおっしゃること、事業を経営しておられる側の立場でもっともだと思いますが、看護の認定看護師というのはもともと診療報酬がついて始まったものではございません。看護協会が自分たちで質のいい看護を提供していこうというもとの、きちんと質を高めていくという努力のもとにこういうものを養成なさっておられたと。そこに対して後づけで制度が評価していただいたということですから、やはりこれは国民目線に立っていただいて、今、認定介護福祉士なり専門介護福祉士をつくってどのような質の高いサービスが提供できるのか、それをきちんと養成していくとそれが最終的には制度として評価されるといいねという考え方を私たちは持つべきではないのかなあと。最初から、介護報酬で評価があるから養成しようという形では、今の時代、国民の理解は得にくいと思いますので、その点を踏まえた御議論を皆さん方をお願いできればと思います。事務局みたいなことを言いましたけれども、失礼しました。

○廣江委員 私もそう思います。同感です。

○駒村委員長 ほかに。

○馬袋委員 実は専門の部分の中で、先ほど看護のところで学びたいといった中に、もう一つは、現場でやっていて、専門介護福祉士であるとか、そういったプライオリティが働いていて、すごくモチベーションも上がるという内容と、もう一つは、そういったものをつくるマネジメントの体制がしっかりしていないと、資格あれどもマネジメントが何も聞いてあげなければ効果がないので、多分、今、私たち、現場も含めてやらないといけないのは、専門性をつくるとともに、その専門性なり、またマネジメントを生かす体制の一体的なケアのパッケージというのでしょうか、ケアマネジメントを入れた介護の在り方ということの中に専門的な要素がかなり入って行って、介護福祉士は専門的な人があるんだよねという内容に持っていく途上にあるのではないかなあと。そこが介護の幅広い面でとらえながら、支援をしていく業務の新しい分野だととらえてもいいのかなと思います。是非そこは議論しながら、専門性とマネジメントという大局観をどういう内容で引いていくのかというところになるのではないかと思います。これは意見です。

○駒村委員長 山田委員、どうぞ。

○山田委員 これからも、高齢者、また介護の必要な方が、どんどん増えていく中で、言われているように、雇用は拡大していくことが求められます。今回の中間まとめでも、「多様な経歴の人々が介護の仕事へ参入できるよう間口を維持しつつ」というくだりがあります。藤井委員がおっしゃったように、新しく就業する人たちというのはケアの現場で働き始めるわけですがけれども、今は在宅でも施設でも、やはり対象者の個別性に着目した支援ということを中心に小さなチームで支えていくというのが一般的になってきている。

そのときに、新たに就業した人たちが、自分がどういうケアをすればいいのかということの評価

してくれる人、そして、自分の同僚、仲間がどういうケアをしていくのか、そのチームで実現していくようなことをやはりマネジメントできる人のもとにつかないと、なかなか定着しないし、やりがいも見えない。

そういう意味では、一人の専門職が知識、技術を高めるという側面と同じぐらい重要なのが、今のようなチームマネジメントができる人、そして、そういうチームマネジメントができることで初めて自分のやりたいケアというのが大きなスケールで実現できるということですから、そういうマネジメントができるということをインセンティブとして持たせる、こういうことがケアの現場で今一番求められているような気がします。そういう意味では、自分がやっている行為とか知識、これを新しい人たちや自分のチームの人に言語化できる、説明できるという、そのような能力なども大変大事だと思います。

それから、また別の話としては、この介護の仕事というのが一般的に普遍化してまだ日が浅いわけです。ですから、先ほど介護福祉士会の組織率の話も出ましたが、これからの課題はあると思うのですけれども、しかし、これを大変魅力ある仕事にしなければいけないということだけは、ここに集まっている方たちは皆思っているわけです。そういう意味では、今、介護の仕事についている人、あるいはこれからつく方がやはり目指したいものですね。そういうものをしっかりとつくっていくということ、これも大きなポイントではないかと思えます。

そういう意味では、ここに書かれているような、介護福祉士のもう一段上のところをはっきりした形で見えるような仕組みをつくって、やはり尊敬もされ、自分のやりたいケアが実現できるような、そういうことと、憧れになるような魅力のある仕事という両面で是非こういうものはつくっていったらいいなと考えています。

○駒村委員長 では、石橋委員、お願いいたします。

○石橋委員 今回、より高い知識・技術をもつ介護福祉士の在り方に関する論点をお話しいただいておりますけれども、これは廣江委員も先ほどおっしゃっておられましたように、やはり介護の現場で働く者が生涯意欲を持って働けるような仕組みづくり、いわゆるキャリア・アップの仕組みをつくっていくということが何より大切なのではないかなと思っています。キャリア・アップをしていくためにはそれなりの能力を身につけることが必要であり、その能力を養うための研修の仕組みというの、併せてこれから確立していかなければいけないと思っています。

私たち日本介護福祉士会におきましては、そういう意味におきまして、介護福祉士の資格を取った後のキャリア・アップに応じた生涯研修というのも実際に行っているところであります。

先ほどから議論がありましたところですが、チームリーダーとなる、また初任者の指導係などの介護業務の中心的な役割を担う介護福祉士を養成することとして、いわゆるファーストステップの研修を平成 18 年度から行っています。この研修については、今、検証しているところではございますけれども、受講生並びに介護現場においても効果がある、という実績がありますので、本会が行っているこれらの生涯研修を活かし、次の段階で、先ほどから議論がありますような、もう少し多様で幅広い介護ができる、応用ができるような認定介護福祉士みたいなものをきちんと位置づけて、それから更に、いわゆる専門領域における専門介護福祉士の養成など、そういう道筋ができる

ようなことが望ましいキャリア・アップの仕組みであると思っているところでございます。

○駒村委員長 では、因委員、お願いします。

○因委員 専門介護福祉士構想というのはもう随分、たしか平成 16 年ぐらいから、つくるのが望ましいみたいなことをいろんな文章の中で見ているところです。現場の人たちは、業務の大変さ、どういう専門性を高めればもっといい仕事ができるかということを考えている人がたくさんいます。ですから、こういう専門介護福祉士ができるというような情報を大変期待しながら、いつできるのと言っている方たちもたくさんいらっしゃることは事実です。その方たちが、社会福祉士を取ったり、精神保健福祉士を取ったりして、介護福祉士だけではない、例えば看護師にも挑戦したりしていますし、だから、決して意欲がないわけではなく、600 時間どうして取るんだという以上のことをやっている人たちもたくさんいるのだということをつけ加えておきたいと思います。

○駒村委員長 では、田中先生。

○田中委員 先ほど養成のところ、できるだけ現場の方がそういう資格を取れるような道筋をという御意見があったと思うのですが、全く異論ございません。ただ、我々、この新カリで 2 年目になりますけれども、1 つ、わかりやすい言葉で申し上げますと、考える介護福祉士ということを標榜しておりまして、自分でデータをもらって、そしてアセスメントをして、そして生活支援技術をどのように使っていくか、それによって日常生活の活動がどのように高まるか、あるいは活動が、参加が高まっていくかと、こういうことをパッケージで教えていこうということをしているわけですが、我々、そういう思考方法を教えることが一番大事だと思っております。

したがいまして、この新しい、もし上位といいますか、次の目標の資格ができるということになった場合に、是非ともそのような人材を現場で育てていただきたいということでありまして、それには、この養成にはフィールドワークが非常に大事だという認識を持っております。したがいまして、そのフィールドワークについては、勿論、現場と一緒にやっていかなければいかんわけですが、是非とも教育という視点でそういう枠組みをつくっていただきたいと思っております。

○駒村委員長 ほかに皆様、御意見よろしゅうございますか。

そうしましたら、やや時間も余っておりますけれども、今日のところはここで締めさせていただきます。

最後に、事務局より次回の日程について報告をお願いいたします。

○事務局 次回、第 6 回の日程でございますが、10 月 29 日金曜日、午前を予定してございます。詳細につきましては、追って連絡させていただきます。よろしくをお願いいたします。

以上です。

○駒村委員長 第 6 回においては、本日いただいた御意見を事務局に整理していただき、より高い知識・技術をもつ介護福祉士の養成について及び介護福祉士に至るまでのキャリアパスの在り方について議論したいと思います。

それでは、これで「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」の第 5 回会議を閉会いたします。長時間にわたる議論、ありがとうございました。

平成21年度厚生労働省老人保健事業推進費等
補助金(老人保健健康増進等事業分)

介護保険制度の適正な運営・周知に寄与する調査研究事業

介護サービスの質の評価のあり方に係る
検討に向けた事業報告書

平成22年3月

財団法人 日本公衆衛生協会

はじめに

これから本格的な高齢化社会を迎えるわが国では、更なる要介護高齢者の増大が予測され、介護サービスの供給について一層の量的拡充を図ると共に、介護サービスの質的充実が大きな課題となっている。

質の高い介護サービスとは、「利用者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすること」という介護保険の理念の実現に資するものであるべきだという点においては多くの関係者の意見が一致するところである。しかし、多面的・多義的な側面を有する介護サービスの質について、どの側面を重視して評価を行うべきか、またどのような方法により評価を実施すべきであるかといった具体的な点については専門家の間でも意見が分かれるところである。

平成 21 年度介護報酬改定を審議した社会保障審議会介護給付費分科会においても、介護サービスの質の評価の在り方について議論が重ねられ、現状では質の高いサービスを測る確立した客観的な指標がないなか、介護従事者の専門性の適切な評価や、キャリアアップの促進を図るため、「介護福祉士の割合」、「常勤職員の割合」、「一定以上の勤続年数の職員の割合」の 3 つの指標を暫定的に用いたサービス提供体制強化加算が導入された。一方で同分科会の審議報告においては、介護サービスの質の評価が可能と考えられる指標について早急に検討を進めるとの結論がまとめられた。

上記の状況を踏まえた上で、本事業では検討委員会を設置し、介護サービスの質の評価の在り方についての調査研究を行い、今後の制度改正や介護報酬改定等に反映させるための基礎資料とすることを目的に議論を行った。本報告書は、本検討委員会での検討結果を取りまとめたものである。また、参考資料として、報告書の取りまとめにあたって参考とした、市町村を対象としたアンケート調査の結果と、検討委員により執筆された報告を掲載している。

本調査研究の実施にあたり、ご協力をいただいた検討委員各位、アンケート調査にご協力をいただいた関係者の皆様にこの場を借りて深く感謝を申し上げます。

目 次

I. 平成21年度検討委員会 報告書 1

- 第1章 背景と経緯 1
- 第2章 介護サービスの質の評価に関連する既存の取り組みについて 3
- 第3章 介護サービスの質の評価の目的、方法等 10
- 第4章 質の評価の3要素によるアプローチについて 21
- 第5章 介護報酬において活用可能な評価項目について 27
- 第6章 結語 29

II. 参考資料 31

- 資料1. 介護サービスの質の評価に対する意向調査結果報告 31
- 資料2-1. 介護サービスにおける質の評価と課題 87
小坂健
- 資料2-2. 要介護高齢者の状態の経年的変化による「角度指標」を用いた介護サービスの質の評価 95
筒井孝子
- 資料2-3. イギリスにおけるケアの質向上策—評価を中心に 109
近藤克則
- 資料2-4. 米国のナーシングホームにおけるケアの質マネジメントシステムの形成過程 141
澤田如（研究協力者）、近藤克則
- 資料2-5. 介護サービスの質確保に向けた事業者の取組み事例から 163
堀田聡子

I. 平成21年度検討委員会 報告書

第1章 背景と経緯

わが国の65歳以上の人口は、平成17年には総人口の20%を超え、本格的な高齢化社会を迎えている。戦後一貫して増加傾向が続いていた総人口も、少子化などにより減少に転じている。

このような急速な高齢化・少子化の進展に伴い、高齢者を中心とした医療費の急激な増加、介護や年金に対する将来不安など、高齢者の保健福祉を巡って、我が国は大きな課題を抱えている。

とりわけ、高齢化に伴って重度介護者、認知症の高齢者が増える中で、高齢者の単独・夫婦のみの世帯が増加するなど、介護問題は、高齢者の生活に係る大きな不安要因となっている。

平成12年度に、介護が必要な高齢者の尊厳を保持し、能力に応じて自立した日常生活を営むことが出来るよう支援することを基本理念として掲げた介護保険制度が高齢者福祉の柱として導入されてから、丸10年が経過したところであるが、この間、民間事業者を中心に介護サービス事業所数は着実に増加しており、介護サービスの供給量は、地域的な課題やサービスの種類ごとの課題はあるものの、概ね順調に増加してきたと言えよう。

今後も、高齢化が進行し、要介護高齢者の増大が予想される中、介護サービスの供給について一層の量的拡充を図ることが求められているが、同時に、介護サービスの質的充実が大きな課題となっている。

介護サービスの質の確保のための取組としては、これまでも都道府県による指導・監査、情報公表制度、都道府県や民間団体等が実施する第三者評価、事業者の自主的活動（自己評価や利用者満足度調査の実施、ISO9001の取得、TQM活動等）など様々な取組が実施され、一定の効果をあげてきたところであるが、これらの取組が必ずしも相互調整がなされず有機的連携を欠いた状況で実施されていることなどが課題として指摘されている。

また、審議会等においては、以下のように、サービスの質に着目した介護報酬の在り方を検討することが求められている。

(1) 社会保障審議会介護給付費分科会における指摘

近年、介護サービスをめぐっては、介護従事者の離職率が高く、事業者の人材確保が困難であるといった実態が明らかになり、平成20年5月に「介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律」が成立している。

このような状況を踏まえ、社会保障審議会介護給付費分科会において、平成21年度介護報酬改定について、特に介護従事者の処遇改善に資するものとなるよう、ひいては利用者が質の高いサービスを安心して安定的に利用できるようにするという観点から議論が行われた。

介護給付費分科会での審議を踏まえ、平成21年度介護報酬改定においては、介護従事者の人材確保・処遇改善を基本的な視点の一つとして、介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価（「特定事業所加算」「サービス提供体制強化加算」）等が行われたが、同分科会の審議報告においては、本来は、質の高いサービスを提供する事業所への適切な評価を行う

ことにより、処遇改善を推進するべきとの指摘がなされ、今後の方向性について、「介護サービスの質の評価が可能と考えられる指標について、検討を行うこと」とされた。

(2) 地域包括ケア研究会の指摘

平成 20 年度に開催された地域包括ケア研究会（座長：田中滋慶應義塾大学大学院教授）においては、団塊の世代が 75 歳以上となり高齢化がピークとなる 2025 年を目標として、あるべき地域包括ケアの方向性と、その姿を実現するために解決すべき課題の検討が行われた。

本研究会の報告書では、「地域包括ケアシステム」について、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義した上で、「地域包括ケアシステムの構築」という観点から、今後の検討のための論点整理が行われている。

報告書の中では、介護報酬の在り方についても触れられており、「介護報酬とは、本来、利用者に対して良質なサービスが提供されるよう、サービス提供の対価として事業者に支給されるものである」が、現行の報酬体系では、必ずしも良質なサービスの提供につながらない可能性があるとの指摘した上で、「個々人のニーズに応じて医療・介護等の様々なサービスとを適切に提供することを目的とした地域包括ケアシステムを構築するためには、サービスの質に着目して介護報酬を支給する体系とすべきではないか」と提言された。

本検討委員会においては、上記の状況を踏まえた上で、介護サービスの質の評価の在り方についての調査研究を行い、今後の制度改正や介護報酬改定等に向けた検討に資する基礎資料とすることを目的に議論を行ってきた。

以下、その検討結果を報告する。

第2章 介護サービスの質の評価に関連する既存の取り組みについて

介護サービスの質の評価に関連する取組としては、既に、

- ①介護保険法第115条の35の規定に基づき、全ての介護サービス事業者を対象に実施されている「介護サービスの情報公表」
- ②「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」第72条第2項等の規定に基づき、小規模多機能型居宅介護事業者及び認知症対応型共同生活介護事業者に義務付けられている自己評価・外部評価
- ③「福祉サービス第三者評価事業に関する指針について」に基づき、都道府県が実施する「福祉サービスの第三者評価」
などが実施されているところである（図表1参照）。

これらは、根拠規定、主目的、評価（報告）項目、評価（報告）方法等はそれぞれ異なっているものの、いずれの制度も各事業所等が提供するサービスについて利用者等への情報提供、質の改善に資する取組として運用され、一定の効果をあげてきた。

また、介護報酬上は、質の評価に関連する加算として、

- 1) サービス提供体制強化加算
- 2) 特定事業所加算
- 3) 在宅復帰支援機能加算

等の評価が行われている（図表2参照）。

なお、診療報酬においても、診療の質を確保する試みとして、

- 1) 在宅復帰率等を評価する「回復期リハビリテーション病棟入院基本料1」
- 2) 療養病棟入院基本料を算定する病棟におけるQ I（Quality Indicator）の測定・評価等が導入されている（図表3参照）。

図表 1 介護サービスの質の評価に関連する既存制度

	「介護サービスの情報公表」制度	指定地域密着型サービスの自己評価・外部評価	福祉サービスの第三者評価事業
根拠規定	介護保険法第115条の35	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)第72条第2項等	社会福祉法第78第1項及び2項
制度の概要	介護サービスの内容や運営状況に関する報告をすべての介護サービス事業者に義務づけ、都道府県知事が一部を調査したうえで公表するもの	事業者が、自ら提供するサービスの質の評価(自己評価)を行うとともに、外部のものによる評価(外部評価)を受け、それらの結果を公表し、サービスの質の改善をめざすもの	社会福祉法人等の提供する福祉サービスの質を事業者及び利用者以外の公正・中立的な第三者機関が専門的かつ客観的な立場から評価を行うもの
制度の実施主体	都道府県 (指定調査機関及び指定情報公表センターを指定して行うことが可能)	都道府県	都道府県推進組織
対象となる介護サービス	介護保険法で定める全てのサービス事業者(平成21年度から)	<ul style="list-style-type: none"> ・指定小規模多機能型居宅介護事業者 ・指定認知症対応型共同生活介護事業者 ・指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業者 ・指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者 	<p>社会福祉事業の経営者が行う福祉サービス(都道府県によって異なる)</p> <p>(高齢者福祉施設のみならず、児童福祉施設、障害者施設を対象)</p>
実施の義務	対象となる介護サービスの全事業者に義務づけ	対象となる介護サービスの全事業者に義務づけ	任意
背景・趣旨	利用者の権利擁護、サービスの質の向上等に資する情報提供の環境整備を図るため、事業者に対し、「介護サービス情報」(介護サービスの内容及び運営状況に関する情報であって、介護サービスを利用し、又は利用しようとする要介護者等が適切かつ円滑に当該介護サービスを利用する機会を確保するために公表されることが必要なもの)の公表を義務づけるもの	自己評価は、サービス水準の向上に向けた自発的努力と体制づくりを誘導し、その内容及び範囲において、これらの指定基準を上回るものとして設定されるものであり、外部評価は、第三者による外部評価の結果と、当該評価を受ける前に行った自己評価の結果を対比して両者の異同について考察した上で、外部評価の結果を踏まえて総合的な評価を行うこととし、これによって、サービスの質の評価の客観性を高め、サービスの質の改善を図ることを狙いとするもの	社会福祉法の成立により、措置制度から利用者の選択による利用制度に移行したことから、事業者と対等な立場でサービスが選択できるようにするもの。

	「介護サービスの情報公表」制度	指定地域密着型サービスの自己評価・外部評価	福祉サービスの第三者評価事業
期待される効果	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が主体的に適切な介護サービス事業所を選択することができる。 ・サービスの質による競争が機能することによって、介護サービス全体の質の向上が期待される。 	<ul style="list-style-type: none"> ・外部評価の結果と自己評価の結果を対比し、外部評価の結果をふまえて総括的な評価を行い、サービスの質の評価の客観性を高め、サービスの質の改善を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の事業者が事業運営における問題点を把握し、サービスの質の向上に結びつける ・評価を受けた結果が公表されることにより、結果として利用者の適切なサービス選択に資するための情報となる
調査・評価等を行う主体	<p>「基本情報」と「調査情報」の2本立て</p> <p>「基本情報」は、事業者が提供するサービスや経営状況等に関する客観的な事実について、事業者自らが報告。</p> <p>「調査情報」は、都道府県知事（指定調査機関に委託可能）が事実かどうかの客観的な調査を実施。</p>	<p>「自己評価」と「外部評価」の2本立て</p> <p>「自己評価」は、各事業者が自らサービスの評価・点検する</p> <p>「外部評価」は、都道府県が選定した評価機関の評価調査員が第三者の観点からサービスの評価を実施</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県が認証した第三者機関（評価機関）の評価者が評価を実施。 ・「書面調査」及び「訪問調査」により実施。 ・「書面調査」は各事業者が自らサービスの評価・点検する。 ・「訪問調査」は都道府県推進組織が認定した評価機関の評価調査者が第三者の観点からサービスの評価を実施。 ・第三者評価とあわせ利用者の意向を把握する為「利用者調査」の実施が望ましいとされている。
情報公表の方法等	各都道府県の「介護サービス情報公表システム」のサイトで公表	(独)福祉医療機構が運営する「福祉保健医療情報ネットワークシステム(WAM NET)」を利用して公表	各都道府県推進組織、WAM及び評価機関のホームページ上で公表 (事業者の同意を得ていない第三者評価結果は公表しない)
公表・評価等の項目と特徴	<p>「基本情報」と「調査情報」の項目は、介護保険法施行規則で規定（全国一律）</p> <p>事業所の評価、格付け、画一化を目的とするものではなく、公表の対象は、誰でも比較可能な客観的情報に限る。</p> <p>「調査情報」は、チェックリスト形式。</p>	<p>評価項目は、各都道府県で策定（評価項目の例を課長通知で提示）</p> <p>各評価項目に対する回答は主として記述式。</p>	<p>国がガイドラインを示し、都道府県はそれを参考に評価項目や評価方法をそれぞれで定めている。</p> <p>評価結果については、レーダーチャートによる評点表示、到達の度合の多段階評価(ABC)、記述式評講の表示など、様々な表示がなされる</p>

図表2 介護報酬上の質の評価の取り組み

在宅復帰支援機能加算(介護老人保健施設) 15単位/日、5単位/日

【平成21年度改定での対応】

在宅への退所者の割合に応じた段階的な評価に見直しを行った。

在宅復帰支援機能加算 10単位/日 ⇒
※在宅復帰率が50%以上

- ・ 在宅復帰支援機能加算(Ⅰ) 15単位/日
※在宅復帰率が50%以上
- ・ 在宅復帰支援機能加算(Ⅱ) 5単位/日
※在宅復帰率が30%以上

事業所評価加算(介護予防通所リハ・介護予防通所介護) 100単位/月

【平成21年度改定での対応】

事業者の目標達成に向けたインセンティブを高め、利用者により適切なサービスを提供する観点から、要支援状態の維持をより高く評価する方向で算定要件の見直しを行った。

要支援度の維持者数
+1ランク改善者数×5
+2ランク改善者数×10

要支援度の維持者数
+改善者数×2

>2 ⇒

>0.7

運動機能向上サービス、栄養改善サービスまたは口腔機能向上サービスを利用後に更新・変更認定を受けた者の数

運動機能向上サービス、栄養改善サービスまたは口腔機能向上サービスを利用後に更新・変更認定を受けた者の数

介護報酬上の質の評価の取り組み

特定事業所加算(訪問介護) 所定単位数の10%、20%

【平成21年度改定での対応】

○ 訪問介護員等及びサービス提供責任者について、介護職員基礎研修の受講、介護福祉士の資格取得など段階的なキャリアアップを推進する観点から、特定事業所加算について、要件を見直した。

- ・ 特定事業所加算(Ⅰ)(体制、人材(①及び②)、重度要介護者等対応要件のいずれにも適合) : 所定単位数の20%
- ・ 特定事業所加算(Ⅱ)(体制、人材(①又は②)要件のいずれにも適合) : 所定単位数の10%
- ・ 特定事業所加算(Ⅲ)(体制、重度要介護者等対応要件のいずれにも適合) : 所定単位数の10%

【要件見直しの内容】

○ 「体制要件」については、現行の要件に、「緊急時における対応方法の明示」を追加した。

○ 「人材要件」については、

① 「介護福祉士30%以上」を、「介護福祉士30%以上又は介護福祉士、介護職員基礎研修修了者又は1級課程の訪問介護員の総数が50%以上」と規定。

② 「すべてのサービス提供責任者が5年以上の実務経験を有する介護福祉士」を「すべてのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する介護職員基礎研修修了者若しくは1級課程の訪問介護員」とする。ただし、サービス提供責任者を複数配置しなければならない事業所においては、2人以上を常勤とした。

○ 「重度要介護者等対応要件」については、

・ 「要介護4及び要介護5である者の総数が20%以上」を「要介護4、要介護5及び認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者の総数が20%以上」とした。

【特定事業所加算(訪問介護)の算定要件】

<体制要件>

- ① すべての訪問介護員等に対して個別の研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定していること。
- ② 利用者に関する情報、サービス提供に当たっての留意事項の伝達又は訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。
- ③ サービス提供責任者が、訪問介護員等に利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を文書等の確実な方法により伝達してから開始し、終了後、適宜報告を受けていること。
- ④ すべての訪問介護員等に対し、健康診断等を定期的実施していること。
- ⑤ 緊急時等における対応方法が利用者に明示されていること。

<人材要件>

- ① 訪問介護員等の総数のうち介護福祉士が30%以上、又は介護福祉士・介護職員基礎研修課程修了者・1級訪問介護員の合計が50%以上であること。
- ② すべてのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する介護職員基礎研修課程修了者・1級訪問介護員であること。ただし、居宅サービス基準上、1人を超えるサービス提供責任者を配置しなければならない事業所については、2人以上のサービス提供責任者が常勤であること。

<重度要介護者等対応要件>

前年度又は前3月の利用者のうち、要介護4～5・認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者の総数が20%以上であること。

介護報酬上の質の評価の取り組み

特定事業所加算(居宅介護支援) 500単位/月、300単位/月

【平成21年度改定での対応】

事業所の独立性・中立性を高める観点から、実態に即し段階的に評価する仕組みに見直しを行った。

【要件見直しの内容】

中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、計画的な研修の実施等を行う事業所を評価した。

特定事業所加算(Ⅰ)
500単位/月

- ① 主任介護支援専門員を配置していること。
- ② 常勤かつ専従の介護支援専門員を3名以上配置していること。
- ③ 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催すること。
- ④ 算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護3～要介護5である者の割合が5割以上であること。
- ⑤ 24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること。
- ⑥ 介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。
- ⑦ 地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、居宅介護支援を提供していること。
- ⑧ 地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること。
- ⑨ 適当基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと。
- ⑩ 介護支援専門員1人当たりの利用者の平均件数が40件以上でないこと。

特定事業所加算(Ⅱ)
300単位/月

特定事業所加算(Ⅰ)の③、⑤、⑨及び⑩を満たすこと、主任介護支援専門員等を配置していること並びに常勤かつ専従の介護支援専門員を2名以上配置していること。

介護報酬上の質の評価の取り組み

サービス提供体制強化加算(平成21年度改定で導入)

【平成21年度改定での対応】

○ 現状では、質の高いサービスを測る客観的な指標として確立したものがないことから、暫定的に以下の職員割合を用いて、介護従事者の専門性等に係る適切な評価及びキャリアアップの推進を図ることとした。

- ① 介護福祉士の割合
- ② 常勤職員の割合
- ③ 一定以上の勤続年数の職員の割合

5

サービス提供体制強化加算の算定要件と単位数

サービス	要件	単位
訪問入浴介護	○ 研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が30%以上配置されていること。	24単位/回
夜間対応型訪問介護	② 介護福祉士及び介護職員基礎研修修了者の合計が50%以上配置されていること。	12単位/回 (包括型 84単位/人・月)
訪問看護	○ 研修等を実施しており、かつ、3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	6単位/回
訪問リハビリテーション	○ 3年以上の勤続年数のある者が配置されていること。	6単位/回
通所介護 通所リハビリテーション 認知症対応型通所介護	次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が40%以上配置されていること。 ② 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	①:12単位/回 ②:6単位/回 ※介護予防通所介護・介護予防通所リハビリ 要支援1は ①:48単位/人・月 ②:24単位/人・月 要支援2は ①:96単位/人・月 ②:48単位/人・月
療養通所介護	3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	6単位/回
小規模多機能型居宅介護	○ 研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が40%以上配置されていること。 ② 常勤職員が60%以上配置されていること。 ③ 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	①:500単位/人・月 ②・③:350単位/人・月
認知症対応型共同生活介護 地域密着型介護老人福祉施設 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 短期入所生活介護 短期入所療養介護	次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が50%以上配置されていること。 ② 常勤職員が75%以上配置されていること。 ③ 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	①:12単位/人・日 ②・③:6単位/人・日

6

図表3 質の評価に係る取り組み —医療保険—

回復期リハビリテーション病棟入院基本料1

- 回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADL能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリを集中的に行うための病棟。
- これらの目的を達成するための診療の質を確保する試みとして、平成20年度診療報酬改定において、回復期リハ病棟入院基本料1を算定する場合は、以下の施設基準を満たすこととされた。
 - ① 新規入院患者のうち、15%が重症の患者であること
 - ② 退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が6割以上であること
- こうした施設基準については、試行的に導入されたものであり、中医協の検証部会において、影響を検証することとしている。

7

質の評価に係る取り組み —医療保険—

療養病棟入院基本料を算定する病棟における治療・ケアの質の評価の仕組み

- 療養病棟入院基本料を算定する療養病棟については、平成20年度診療報酬改定より、「治療・ケアの内容の評価表」として、QI(Quality Indicator)を測定・評価し、病棟に備え付けることとなったが、保険者への提供が義務付けられているものではない。
- 治療・ケアに問題のある可能性の患者に対しては、「治療・ケアの確認リスト」に基づいて治療・ケアの内容を確認することが求められている(15ページ参照)。

【治療・ケアの内容の評価表】

	① 該当患者数	③ 継続入院患者数	①÷③
	②*		②÷③

ADL区分1・2の患者における褥瘡
褥瘡
ADL区分3の患者における褥瘡

ADLの低下(「支援のレベル」の合計点が2点以上増加)

尿路感染症

身体抑制

※ 当該病棟(診療所)内で新規に発生した数(再掲)

8

第3章 介護サービスの質の評価の目的、方法等

本章においては、介護サービスの質の評価システムについて、誰を当事者として、いずれのサービス類型を対象として、何のために（目的）、誰が（評価者）、どのように（評価手法）、評価を行うか、といった論点等について整理する。

1. 介護サービスの質の評価の当事者

介護保険サービス事業者にとって、良質な介護サービスの提供が求められていることは論をまたないが、一口に「介護サービスの質」といっても、質についてイメージする内容や、何をもちて良質と判断するのかの価値基準は、当事者としての立場や個人によって大きく異なり、質は多面的・多義的な側面を有していると言える。

介護サービスにおいては、サービス利用者本人や家族、サービス提供者（管理者、従事者）、保険者、地域住民等の様々な利害関係者が存在するが、介護サービスの質の評価の実施に当たっては、誰を当事者と位置づけるかによって、評価結果の活用方法は異なるし、また、具体的に評価すべき内容等も異なりうることに留意が必要である。

例えば、介護サービスの質の評価について、サービス利用者にとっては、サービス提供を受けている又は今後受ける予定の事業所において専門性の高いサービスが提供されているかが関心事項であり、評価の結果が利用者にとって理解しやすい形で公表されれば、利用者による事業者選択の支援につながる事となる。サービス提供者（管理者）は、サービス水準の向上に向け有用なデータを得ることに関心を持ち、質の評価の結果は、サービス水準の向上に向けた事業者の自発的努力の誘導につながる事が期待される。

現在、わが国においては、介護職員の処遇改善や人材確保が重要な政策課題となっているが、従事者がやりがいを感じる職場であるか、といった従事者の立場からの質の評価も求められている。

また、保険者は、介護保険制度の持続可能性の維持について関心が高く、給付の適正化という観点からも介護サービスの質の評価に期待を寄せていると考えられる。一方で、介護サービスの事業所は、地域包括ケアシステムの担い手として期待されており、地域住民にとっては事業所が地域包括ケアの推進に貢献しているかどうか、といった観点から、事業所において提供される介護サービスの質を捉える事となる。

このような多様な当事者にとっての様々な目的の全てを満たす質の評価システムを構築するのは困難であるが、本検討委員会としては、利用者や地域住民を一義的な当事者とし、第3節で検討するように、サービス提供事業者において「利用者のQOLの確保」及び「地域包括ケアの推進」の達成に向けたサービス展開が図られることを質の高いサービスと位置づけ、併せて、管理者や従事者、保険者等の当事者にとってもメリットを有するような評価システムの構築を目指すべきと考える。

2. 質の評価の対象となるサービス類型

介護保険においては、様々なサービスが提供されており、質の評価システムを検討する際には、いずれのサービス類型を質の評価の対象とするかについての整理が必要である。

介護サービスについては、現状では施設系サービスと居宅系サービスに大別されており、施設サービスについては、従来は基本的にほぼ全てのサービスが単一事業所により提供されていることから、施設入所者の状態等は当該施設のサービス提供の結果とみなすことが可能である。

一方、居宅系サービスについては、サービス提供主体が複数事業所にまたがること、地域ごとの事業所整備状況やケアプラン、家族によって提供される介護も利用者の心身の状況等に一定の影響を与えることから、個別の事業所単位ごとのサービスの質の評価が困難である。

また、介護保険制度においては、介護支援専門員（ケアマネジャー）がサービス計画（ケアプラン）の作成や実施状況の把握・評価、事業者との連絡調整等のケアマネジメント業務を担っており、介護保険の利用者が自立した生活を送るためには、個々の事業所によって提供されるサービスの品質に加えて、複数のサービスを組み合わせるコーディネートの適切さについても着目する必要がある。

ケアマネジメントのコーディネート面の評価においては、利用者の特性やライフスタイルが大きな影響を及ぼすため、平成21年度地域包括ケア研究会報告書で指摘されているように、地域住民一人一人に提供されたサービスのパフォーマンスを評価するシステムを構築する必要がある。このような観点から、将来的には利用者特性・ニーズとケアプランの内容の合致を見る指標の開発や、その結果としての利用者の主観的健康感や満足度などの精神的な側面についても評価を行うことを検討する必要があると考えられる。

いずれにしても、介護サービスの質の評価に当たっては、サービス類型ごとに機能や利用者の特性、提供されるサービス内容等が異なることから、サービス類型の違いによって、質を評価する際に重視すべき内容や項目は異なることに留意の上、それぞれのサービス類型に応じ、特に重視すべき評価項目を選定すべきであるが、評価システムの全体像を検討する際には、全ての介護サービスの類型において適用することを目指し、評価の目的等について検討すべきであると考えられる。

3. 質の評価の目的

(1) 質の評価の目的と介護保険の理念

介護保険が提供するサービスについては、介護保険法第1条に規定された介護保険の理念（利用者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすること）を実現することが求められる。すなわち、介護サービスの質の評価の究極的な目的は介護保険の理念の実現であり、介護保険給付により提供される介護サービスの質の評価の実施に当たっては、介護保険の理念の実現を常に念頭に置くことが重要である。

これに基づき、質の評価の階層図を作成した（図表4及び5）。

（2）質の評価の階層図

この階層図では、介護保険の理念の実現を、介護サービスの質の評価の究極的な目的として位置づけている。

そして、「介護保険の理念の実現」という究極的な目標に対し、それを達成するための下位の目標として、サービス提供事業者が達成すべき具体的な目標を設定した。

さらに、事業者が目標を達成するために、質の確保・向上に取り組むべき分野を設定し、当該分野ごとに、個別具体的な評価項目を検討することとした。

（3）事業所が達成すべき具体的な目標

「介護保険の理念の実現」という究極的な目標に対し、それを達成するための下位の目標である「事業者が達成すべき具体的な目標」として、「利用者のQOLの確保」及び「地域包括ケアの確立」の2項目を設定した。

さらに、各事業者において「利用者のQOLの確保」及び「地域包括ケアの確立」を図るためには、効率的かつ健全な経営を行っていることが前提となることから、この2項目を下支えする項目として、「適切な事業運営の確保」を設定した。

1) 利用者のQOLの確保

利用者の生活の質（QOL）を確保するためには、安全かつ専門性の高い介護技術を提供するとともに、介護サービス利用前と同様のその人らしい生活を実現できるよう、利用者個人の状況に応じたきめの細かいサービスを提供することが必要である。

このようなことから、「利用者のQOLの確保」という目標を達成するために事業者が取り組むべき分野として、「①安全かつ専門的技術の提供」及び「②利用者の生活の継続に向けた工夫」を設定した。

「①安全かつ専門的技術の提供」で評価すべきことは、事業所の各専門職等（看護職員、介護職員、リハビリ専門職員、栄養・調理職員等）が、安全で専門性の高いサービスを提供していることであり、具体的な評価項目の例を図表6に示した。

評価項目は、基本的に、事業所において提供される技術水準の高さを評価するものであり、良質であることの判断基準・評価尺度は比較的明確で、標準化しやすいものである。

「②利用者の生活の継続に向けた工夫」の分野は、利用者個人のライフスタイルや嗜好などを踏まえたその人らしい生活の確保、利用者の精神的な満足の確保などを評価するものである。なお、この分野は、多分に個々人の価値判断に左右されるため標準化が困難であり、量的な評価が困難な領域であることに留意が必要である。

2) 地域包括ケアの確立

今後、さらなる高齢者の進展に対応するため、それぞれの地域において、「自助・互助・共助・公助」の役割分担を確立し、地域全体で高齢者を支える仕組み（地域包括ケアシステム）を構築することが求められている。個々の利用者のニーズに応じたサービスを提供するためには、単一事業所でサービス提供を完結するのではなく、日頃から、地域の保健・医療・

福祉サービスを提供する専門機関等と連携を強化しておくことが必要である。

また、地域包括ケアシステムの実現に向け、住民や、専門職、ボランティア、民生委員等の職種や所属を超えた「ケアの提供に係る学びのプロセス」を確保することが重要であり、この点、介護サービス事業所が、地域住民の介護力強化に向け主導的役割を果たすなど、地域社会に積極的に貢献することが求められている。

このようなことから、「地域連携の推進」という目標を達成するために事業者が取り組むべき分野として、「③地域の保健・医療・福祉資源の活用と連携」及び「④地域社会への貢献」を設定した。

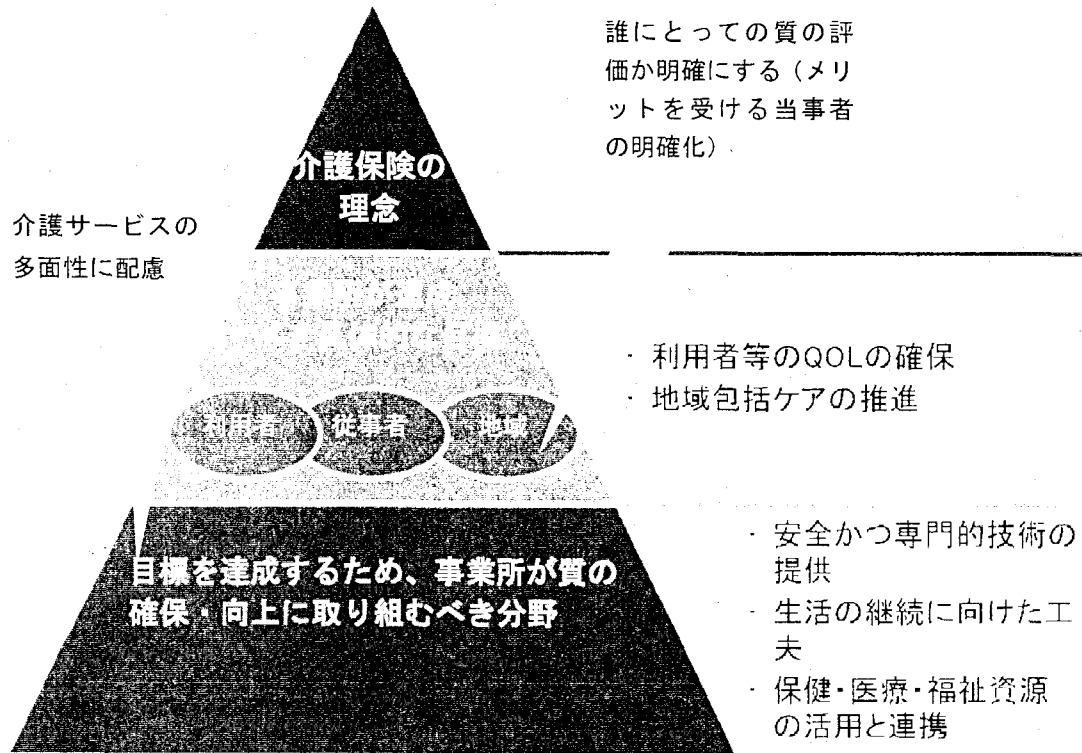
3) 適切な事業運営の確保

「利用者のQOLの確保」及び「地域包括ケアの推進」という具体的目標を達成するために、適切な事業運営を確保するための経営資源（ヒト、モノ、カネ、情報）として、「⑤従事者がやりがいを感じる職場づくり」「⑥適切な施設・設備の管理」「⑦適切な財務管理」「⑧情報を活用した事業戦略」の4分野を、各事業者が基盤的に取り組むべき事項として設定した

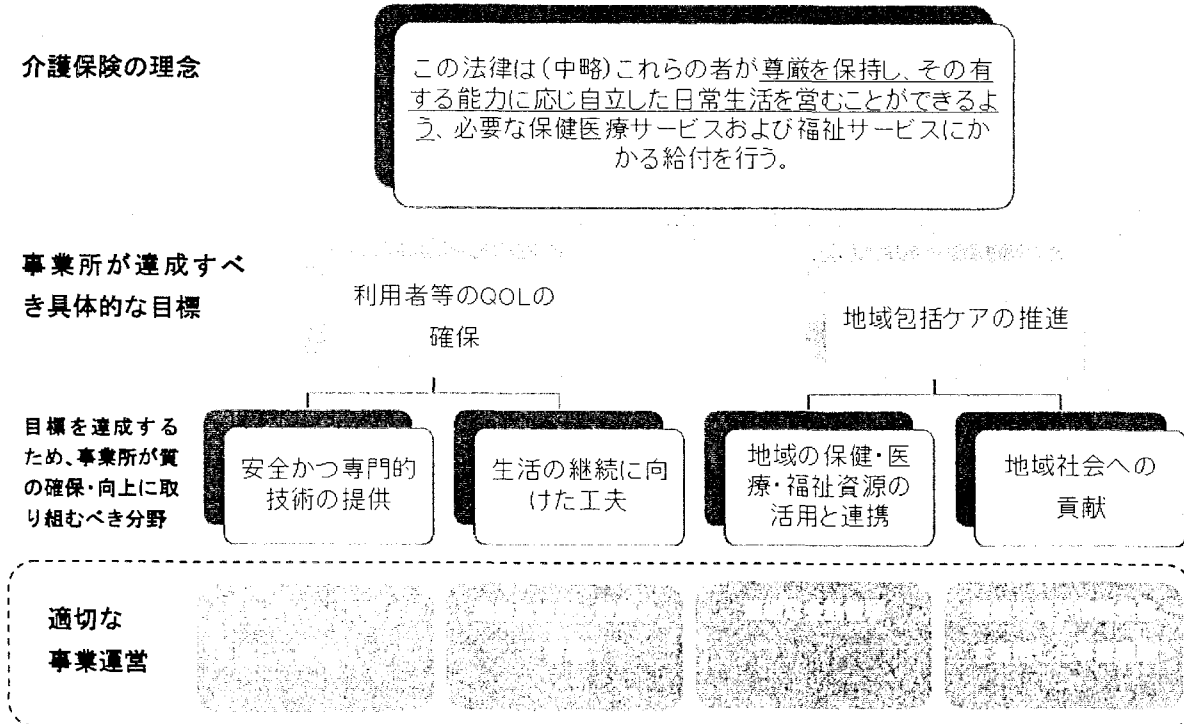
なお、適切な事業運営を確保するための経営資源の1つがヒト（人材）であり、「従事者がやりがいを感じる職場づくり」は重要な課題である。とりわけ、現在、わが国においては、介護職員の処遇改善や人材確保が重要な政策課題となっており、各事業所において、ES（Employee Satisfaction）を高めるための取組の充実が求められている。

なお、介護サービスの質の評価の主要目的の1つは、利用者の満足度（CS：Customer Satisfaction）の向上を図ることであり、ESとCSの関係が問題となる。この点、ESとCSは直接比例しないとの指摘もあるが、少なくともESはCSの前提条件と考えられており、利用者に対し良質なサービスを提供する上で、事業所において、従事者がやりがいを感じる職場づくりに取組むことが重要である。

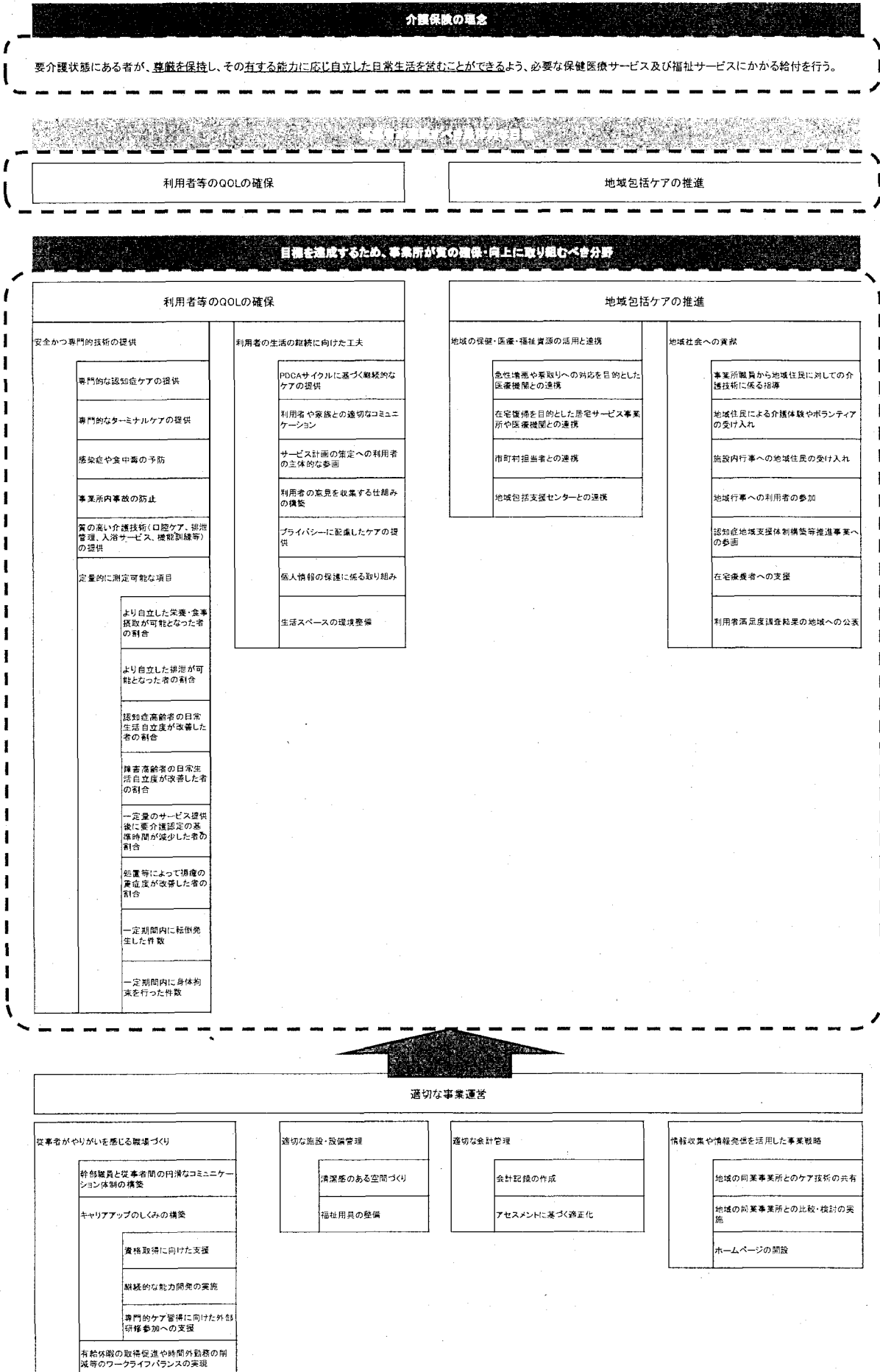
図表4 質の評価の階層図（基本的なイメージ）



図表5 質の評価の階層図（詳細なイメージ）



図表6 質の評価の階層図に基づく評価項目の例示



4. 質の評価の評価主体

質の評価方法について、誰が実際に評価作業を実施するか、という観点から分類した場合、

- (1) 事業者自ら実施する評価（自己評価）、
- (2) 利用者による評価（利用者評価）、
- (3) 評価機関等による外部評価（第三者による評価）、
- (4) 同業者等による評価（ピアレビュー）、

などに大別できる。また、これらの評価方法を組み合わせた評価制度も存在する。

(1) 自己評価

自己評価については、事業所にとって経済的負担が軽く、その繰り返しによって、質改善の仕組みの定着が期待できるというメリットがあるが、評価の方法によっては、不都合な事実については評価を行わないという選択が可能のため、改善点の洗い出しが不十分になりやすいというデメリットがある。

また、自己評価の結果に対し、何らかの経済的インセンティブが生じる制度を構築する場合、事実と異なる虚偽の報告がなされる可能性が否定できないことから、評価結果を確認するための監査や、虚偽の報告を行った場合には強いペナルティを与えることなどにより、評価の客観性を担保する仕組みも考慮する必要があると考えられる。

(2) 利用者評価

利用者重視のサービス提供という観点から、一部の医療機関や介護サービス事業者においては、利用者満足度調査の実施などにより、利用者によるサービスの質の評価が行われている。利用者評価の実施により、利用者の目線で事業所が抱える課題を抽出し、事業者にとってサービスの質の改善につなげることが可能であるというメリットがある。

しかしながら、利用者による評価では、提供されるケア技術の専門性の高さを客観的に評価することは困難であり、接遇や環境面に偏りがちになることが問題点として挙げられる。また、利用者の価値観や、他の利用者との関係など多様な要因により利用者満足度は影響を受けるものであることにも留意が必要である。

(3) 第三者による評価

評価機関等の第三者が評価を行う場合には、評価の安定性や妥当性を確保した上で、他事業所との比較に資する客観的な評価結果が得られるというメリットがある。ただし、良質な外部評価を実施するためには、高い専門性や経験を有する評価機関・評価者を一定程度確保し、評価機関・評価者の質が均質化されていることや、Q I・QMのような量的尺度の確立が前提となる。

この点、既存の評価制度において指摘されているように、介護サービスの評価について適切な知識や技術を有する評価機関の整備状況は地域間で大きく異なり、また、個々の評価者においても専門性や経験にばらつきが見られることから、外部評価システムを適切に運用するためには、良質な評価機関・評価者を確保するための研修制度などの体制整備が不可欠である。

また、外部評価には、評価者の事業所訪問や評価実施に係る人件費や出張費用等の経費が発生し、自己評価と比べて、評価に要する費用が高くなるというデメリットが存在する。

(4) 同業者等による評価

介護サービス事業者にとって、地域の同業者と交流する機会を持ち、相互訪問等の活動を行うことは、事業者間の連携の強化につながるとともに、自らの抱える課題を容易に把握でき、サービスの質の向上を図る上でも有効であると考えられている。

このようなことから、同業者や事業者団体によるサービスの質の評価（ピア・レビュー）の意義を指摘する意見もある。

5. 質の評価の評価方法

評価の方法については、

- ①記述式（評価項目に係る状況を自由記載）
- ②多段階評価方式（評価項目に対し A、B、C などの多段階による評価）
- ③チェックリスト方式（評価項目に該当する場合にチェックマークを記入）
- ④数値指標による方式

（アウトカム、アウトプットなど数値化できる情報を評価項目として活用）
など、様々な方式が存在する。

わが国の介護サービスの質の評価に関連する既存の制度においては、当該制度の目的等に応じ、これらの方式のいずれかを単独で、又は、組み合わせて使用し評価が行われているが、それぞれの評価方法は、それぞれメリット、デメリットを有している（図表7参照）。

【図表7】 質の評価の評価方式のメリット・デメリット

	メリット	デメリット
記述式	・事業所の創意工夫を反映した評価結果の明示が可能。	・評価者に一定の文章力等が要求される。 ・評価者の主観的判断による結果のばらつきが生じやすい。
多段階評価方式	・一定の評価基準に基づいてその達成度合いを評価し、認証を行ったり、事業所の格付けを行うことが可能。	・事業者の取組の改善が進み、評価すべき状況がひとたび達成されてしまうと、更なる改善が誘導されない。 ・事業者の創意工夫により、評価項目に列記された内容以外の望ましい取組が行われている場合において、かかる取組について

		<p>適切な評価が不可能。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 評価者の主観的判断により、結果のばらつきが生じやすい。
チェックリスト方式	<ul style="list-style-type: none"> ・ 評価の基準や尺度が明確であり、評価者の主観的判断による結果のばらつきを避けることが可能。 ・ 事業所間の比較が容易である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多段階評価方式のデメリットに同じ。
数値指標による方式		<ul style="list-style-type: none"> ・ 数値化困難な評価項目については、評価不可能。 ・ データの収集に一定の手間が生じる

6. 質の評価システムの検討に当たっての留意点等

本章では、介護サービスの質の評価システムについて、誰を当事者として、何のために（目的）、何を（評価項目）、誰が（評価者）、どのように（評価手法）、評価を行うかといった論点について整理してきたが、質の評価に関するその他の論点（留意点等）について列記する。

（1）利用者や事業者理解され、受け入れられる評価であること

評価の対象とする内容や項目を慎重に選定しなければ、利用者や事業者にとってメリットが感じられず、事業者にとって単に負担感のみが感じられる作業になりかねない点に留意が必要である。

このため、事業者のコストや労力を極力抑えつつ、介護サービスの質の確保・向上に直接つながる必要最小限な評価項目を設定し、かつ、評価項目については、利用者や事業者理解され、受け入れられるものでなければならない。

なお、評価項目には、事業者の努力により容易に改善が可能なものと、事業者の努力では改善が困難なものが存在するが、後者を評価項目として採用するのは不適當であり、事業者の努力を反映できる項目に限って評価を実施することが適當である。

（2）質の評価の費用負担について

質の評価については、データの収集・解析等にコストや労力を要し、さらに外部評価を実施する場合には、評価者の作業費用（人件費、出張経費等）も発生し、これらの必要を誰が負担すべきかについて慎重な検討が必要である。

通常は、事業者の費用負担により質の評価が実施されるが、質の評価の結果、良質な介護サービスが確保されれば利用者が直接的メリットを受けることから、質の評価のコストを利用者に転嫁することを正当化しうると言えよう。このような観点から、仮に介護報酬において、質の評価に係る加算を新たに設けた場合、質の高い事業者のサービスの利用者に対し、当該加算に係る自己負担が新たに課されることは合理的であると考えら

れる。しかしながら、質の評価に係る加算を新たに設けた場合に、自己負担が過重等の理由で、良質のサービスを提供する事業者の利用が回避される事態が生じることについて、考慮が必要である。

一方、質の評価の実施により、事業者による地域社会への貢献が進む、あるいは介護給付の適正化（介護保険料の低下）が見込まれる場合には、地域住民や保険者及び被保険者が質の評価によるメリットを享受することとなり、このような場合には、質の評価のコストを公費で負担することも考えられる。

（３）PDCAサイクルによる継続的な質改善プロセスの必要性

介護サービスの継続的な質改善プロセスのためには、PDCAサイクルを確立し、評価結果を継続的に把握するモニタリング体制を構築することが不可欠である。

なお、質の評価は、サービスの質向上を目的とするものであるが、不適切な評価が行われた場合、現場への負担やケアの歪み等の諸問題が惹起されるが、適切なモニタリングを実施することにより、このような問題の発生を予防し、現実の問題が発生した場合には、評価システムや評価項目の見直し、改善を図ることが可能となる。

（４）P4PとP4R

米国などでは、医療報酬の支払い方式として、質パフォーマンス指標を用いて病院をベンチマークし、成績上位の病院に割増支給を行うP4P（Pay for Performance：医療の質に基づく支払い方式）が試みられている。一方、質パフォーマンスを報告することについてインセンティブを与える方法については、P4R（Pay for Reporting）と呼ばれている。

米国等で試みられているP4Pについては、短命に終わっているものや、質の向上効果が認められなかったとする報告や副作用の指摘も少なくないことから、わが国の介護サービスに対し、P4Pを拙速に導入するのは適当ではないと考えられる。一方、質を評価するために事業者がデータを提出し、評価の結果をPDCAサイクルを回すことに活用することは、質改善を進めるに当たって有意義であることから、介護サービスの質の評価においてP4Rの考え方を検討する必要がある。

（５）金銭的インセンティブ以外の質向上の誘導方策について

質の評価の結果を質向上につなげるためには、介護報酬による加算・減算や助成金の交付等の金銭的インセンティブを付与する方法が一般に有効とされているが、同時に、情報公開（ポジティブリスト、ネガティブリスト）等、金銭的インセンティブ以外の方法も考慮が必要である。

例えば、質向上のための取組を積極的に実施する事業者に対する表彰制度を設けることにより、事業者の自主的な質改善の取組を誘導することが可能である。また、サービスの質に問題がある事業者に対し、ネガティブ情報の公表、罰則や改善命令、報酬減算等の懲罰的アプローチではなく、質の改善につながるような技術的指導を実施する仕組みを英国に倣って構築することも今後検討が必要である。

このように金銭的インセンティブのみならず、金銭的インセンティブ以外の方法も同時に実施することにより、一部の優良事業者のみならず、地域における事業者全体の質の向上（底上げ）につながるものと期待される。

(6) 地域サービスの評価の必要性

本検討委員会においては、主として、個別の事業者・事業所を評価するシステムの検討を行ってきたが、今後、様々な生活支援システムを地域で適切に提供していくための地域包括ケアシステムの構築を目指すのであれば、個別事業者が提供するサービスの質の評価だけでなく、地域包括ケア圏域において提供されるサービスの質の評価についても検討が必要であると考えられる。

地域サービスの評価としては、適切な地域包括ケアの実施により、日常生活圏域において、ケアを巡る環境がどれだけ改善され、地域力がどれだけ増大したか、といった点から評価を行うものであり、今後、具体的な評価の在り方について検討を進めることが望まれる。

第4章 質の評価の3要素によるアプローチについて

医療や保健医療政策の分野における質の評価においては、アベティス・ドナベディアンが提唱したストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトカム（結果）の3要素によるアプローチが一般に用いられており、本検討委員会においても、ドナベディアンの3要素によるアプローチを前提して、評価項目等を検討することとする。

一般に、工業分野の品質管理においては、プロセス面の保証が重視されてきた。工業製品などにおいては、製造工程などが標準化されていることから、プロセスの標準化・画一化が確保されていれば、必然的に製品の品質（アウトカム）が担保されると考えられている。しかし、プロセスの標準化が困難な分野においては、プロセスの保証が必ずしもアウトカムを保証することはならないことに留意が必要である。この点、医療や介護などのヒューマン・サービスについては、プロセスの標準化が困難な分野であり、質の確保を図る上で、プロセス面を評価するだけでは不十分であり、アウトカム評価が重要であるとの指摘がある。

本章においては、ドナベディアンの3要素によるアプローチについての議論等を踏まえ、アウトカム評価のメリット・デメリットについて整理する。

1. ドナベディアンの3要素アプローチ

米国の医師・公衆衛生学者であるアベティス・ドナベディアンは、医療の質について論じた1980年の著書において、他の研究者による評価手法の分類などを解釈した上で、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの3要素によるアプローチが妥当であると論じている。

ストラクチャーとは、医療を提供するのに必要な人的、物的、財政的資源であり、専門職の数や分布、資格、あるいは医療機関の数、規模、施設、さらには医療提供体制や医療保険制度などが該当するが、ドナベディアンは、プロセスやアウトカムと比較すると、ストラクチャーは医療の質の指標としての有用性は低いと指摘している。

プロセスは、医療従事者と患者の間の相互作用を評価するものであり、治療内容の適切性、医療従事者の患者に対する接遇などが該当する。

アウトカムは、医療によって患者にもたらされた健康状態の変化であるが、身体的生理的側面のみならず、社会的心理的側面の改善や患者の満足度なども評価の対象となる。

ドナベディアンは、プロセスとアウトカムの関係について、いずれも長所と短所を有するものの、質の評価にあたっては、プロセスとアウトカムの両者を同時に活用することが重要であると述べている

2. わが国におけるこれまでの質の評価と3要素アプローチ

介護報酬の各種加算については、基本的に、介護サービスの質の確保に資する取組を評価したものであると言えるが、図表8は、現行の介護報酬上の加算の例を挙げ、ストラクチャー・プロセス・アウトカムのいずれに該当するかを分類したものである。

わが国ではこれまで、介護サービスの質の評価として、主にストラクチャーやプロセスに着目した取組が行われ、アウトカムに着目した評価については、指標の設定が困難であるこ

となどから、限定的な活用に留まっている。ストラクチャーやプロセスに着目した従来の質の評価は、各事業所において提供される介護サービスの質の確保を図る上で大きな役割を果たしてきたが、更なる質の向上を図るためには、諸外国の取組や評価指標などを参照して、わが国においても、アウトカム評価を積極的に推進すべきとの意見が見受けられるところである。

一方、アウトカムに着目した評価といっても、多様な側面があり様々な評価項目が想定され、定量的・客観的な把握が困難な項目と、定量的に把握可能な項目が存在する。

図表 8 現行の介護報酬の加算における質の評価の例

	施設系サービス	訪問通所系サービス
構造 (structure) 評価	<p>【介護保健施設サービス費】 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) サービス提供体制強化加算(Ⅱ) サービス提供体制強化加算(Ⅲ)</p> <p>介護福祉士割合が50%以上、常勤職員割合が75%以上又は勤続年数3年以上の者が30%以上</p> <p>【介護福祉施設サービス費】 看護体制加算(Ⅰ) 看護体制加算(Ⅱ)</p> <p>常勤の看護師の配置や手厚い看護職員の配置等に対する評価</p>	<p>【通所リハビリテーションサービス費】 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)</p> <p>介護福祉士割合が40%以上又は勤続年数3年以上の者が30%以上</p> <p>【通所介護費】 個別機能訓練加算(Ⅰ) 個別機能訓練加算(Ⅱ)</p> <p>個別ニーズに対応する機能訓練の体制及びサービス提供方法に着目した評価</p>
過程 (process) 評価	<p>【介護保健施設サービス費】 経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ) 経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ)</p> <p>多職種協働で、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に経口維持計画を作成した上で、管理栄養士等が経口摂取を進めるための特別な管理を行った場合に算定。</p>	<p>【通所リハビリテーション費】 リハビリテーションマネジメント加算</p> <p>多職種協働で、リハビリテーション実施計画を作成した上で、PDCAサイクルに基づいたマネジメントを行った場合に算定。</p>
結果 (outcome) 評価	<p>【介護保健施設サービス費】 在宅復帰支援機能加算(Ⅰ) 在宅復帰支援機能加算(Ⅱ)</p> <p>一定割合以上の者が在宅復帰した介護老人保健施設において算定。</p>	<p>【介護予防通所リハビリテーション費】 事業所評価加算</p> <p>利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合に算定。</p>

3. アウトカム評価のメリット

定量的に把握可能なアウトカム指標については、次のようなメリットがある。

- ①評価の基準や尺度が明確であり、アウトカムを客観的数値として明示することが可能である。
- ②従って、評価者の主観的判断による評価のばらつきを避けることが可能である。
- ③また、質改善の目標値を設定することが容易であり、目標値と実際のアウトカムとを比較することにより、各事業者においては提供するサービスの課題を把握し、質改善に向けたPDCAサイクルにつなげることが可能である。
- ④二時点間のアウトカムを比較することにより、質改善の状況をモニタリングすることが可能であり、サービスの継続的質向上につなげやすい。
- ⑤他の事業所のアウトカムと比較するためのベンチマークとして利用でき、同業者間における自らのサービス水準の位置づけを知ることが可能である。

4. 医療の質の評価で指摘されてきたアウトカム評価のデメリット

一方で、病院における医療の質の評価に関する研究を通じ、次のような問題点や限界が指摘されている。

- ①アウトカム指標を用いた評価を導入することにより、成果が出やすい軽度の高齢者をケアの対象とし、改善が期待しにくい重度の高齢者の受け入れを事業者が拒む（クリーム・スキミング）といった弊害や、評価指標を用いることについて視野狭窄、局部的最適化など様々な問題点が指摘されている（図表9参照）。
- ②データの収集等に多大な時間や労力、コストがかかるが、必ずしも作業に要したコスト等に見合う質の改善効果が得られるとは限らない。
- ③アウトカム指標により評価できる質の内容には制約があり、アウトカム指標では多面的な品質の一面しか評価できない場合がある。
- ④このようなことから、アウトカム指標を偏重しすぎると、事業者の質改善へのモチベーションを損なう恐れがある。
- ⑤また、改善しない患者が非難される事態（Victim blaming）が生じ得る。

【図表9】評価指標の利用における問題点

<p>1) Tunnel vision (視野狭窄)</p>	<p>評価指標となるデータ改善のみに集中し、その背景や目標を正しく理解しない現象。英国ではウエイティング・リスト上の待ち人数を減らすために、簡単な手術を先に行い、病院での長期療養が必要となる重症患者を後回しにするという行動が発覚している。視野の狭い対応が全体の効率性を害する例である。</p>
<p>2) Sub-optimization (局部的最適化)</p>	<p>病院管理者が狭い部分的な目標に過度に集中し、病院組織全体としての最適な運営を行わないこと。例えば、NHSにおいては、日帰り手術の実施率が高いことは効率的と評価される。しかし日帰り手術は、医師への特別な訓練や専用の医療機器が必要なため、医療資源の負担が大きい。この時、日帰り手術を推進するあまり、病院全体としての医療資源の配分が歪められる可能性がある。</p>
<p>3) Myopia (近視眼的対応)</p>	<p>目の前の短期的な目標を追求するあまり、長期的な見地に立った運営を行わないこと。例えば、短期的な収支改善に目標を集中し、長期的な設備投資や教育投資を怠る等の問題点が指摘されている。</p>
<p>4) Mis-representaion (不実表示)</p>	<p>評価指標がその対象とする病院活動を完全に表現できないため、その不完全さを突いて病院管理者が、データの改ざんや虚偽の報告を行う現象。</p>
<p>5) Gaming (戦略的対応)</p>	<p>病院管理上で、評価指標における評価で優位に立つために、評価指標の操作のために戦略的な行動を取る現象。例えばラケット・エフェクトと言われる現象は、翌年の目標値が今年度の達成度を基に設定される制度では、今年度の実績を必要以上に高く上げないという戦略的な対応を招くことが知られている。</p>
<p>6) Mis-interpretation (誤解釈)</p>	<p>データ分析や評価指標の解釈を行う人材不足等により、データの正しい評価が行われず、又は誤った評価が下される現象。例えば、平均入院日数が優れていても再入院率が高ければ、十分な治療を行わずに早期退院をさせている可能性がある。この時、平均入院日数のみで病院の評価を行うと、実情を見誤る可能性が高い。</p>
<p>7) Ossification (骨化)</p>	<p>一度設定された評価指標が硬直化し、政策目標や外部環境が変化しても、見直されないままになる現象。</p>

5. 介護の質の評価で懸念されるアウトカム評価の問題点

アウトカム評価を介護サービスの質の評価に導入するに当たっては、以下のような点についても考慮が必要である。

- ①病院における医療の質としては、「死亡率」や「合併症率」などの項目をアウトカム評価の項目として用いることについて社会的合意を形成するのが容易であるが、介護サービスについては、どのような内容をアウトカム評価の項目として設定すべきかの判断が、社会的・文化的価値観の違いや個人の人生観や思想信条の相違に左右されることから、評価項目の設定についてコンセンサスを得るのが困難である。
- ②米国におけるQ Iを指標としたアウトカム評価は、臨床的なデータに偏重しており、多面的な側面を有する介護サービスの一側面しか捉えていないのではないかと指摘がある。
- ③高齢者は身体・精神機能の悪化・改善を繰り返すことが多く、評価する時点によって全く異なった判定となりうることから、評価時点の設定が困難である。
- ④事業所の努力や責任の及ばない要因の影響（例えば、家族や本人の努力）により、高いアウトカムが得られることがあり、アウトカムが事業所のサービスの質を反映しているとは限らない。
- ⑤居宅系介護サービスの利用者は、様々なサービスを組み合わせて利用している場合が多く、要介護度や自立度などの指標が改善したとしても、提供される介護サービスの中のどのサービスが効果的であったかの判断が困難である。

第5章 介護報酬において活用可能な評価項目について

第3章第2節で整理した評価項目のうち、いずれの項目を介護報酬における評価の対象として活用することが可能であるか、について整理した。

整理に当たっては、評価項目について、

- i) ストラクチャー、プロセス、アウトカムのいずれに属するか、
 - ii) データはとりやすいか、
 - iii) 利用者・保険者にとって理解しやすいもの、受け入れやすいもの、合理的なものであるか、
- といった観点に留意した。

各評価項目についての考え方は、以下のとおりである（図表8参照）。

(1) 安全かつ専門的技術の提供

この分野の評価項目には、定量的な把握が可能なものと、定量的な把握が困難なものが存在するが、前者の定量的な把握が可能な評価項目については、アウトカム評価の実施が利用者にも受け入れやすいものであり、介護報酬上の質の評価を行う場合には中核的な位置づけになるものと考えられる。

一方、定量的な評価が困難な項目については、特に重要な評価項目に限って、事業者における取組のプロセスを評価することが考えられる。

(2) 利用者の生活の継続に向けた工夫

この分野の評価項目は、標準化が困難なものが多く、一般に、定量的な評価になじまないものであり、アウトカム評価が困難である。従って、事業者における取組のプロセスを評価することが考えられるが、標準化が困難な事項について、介護報酬における評価を実施することの是非を含め、具体的な評価方法等については、更に検討が必要である。

(3) 地域の保健・医療・福祉資源の活用と連携

この分野の評価項目については、現時点では定量的な把握が困難であると考えられることから、保健・医療・福祉資源との連携によって対応することが望ましい状況について、事業所ごとに、これら専門機関との連携計画を整備する過程に着目したプロセス評価を検討することが適当である。

(4) 地域社会への貢献

地域社会の潜在的な介護力の掘り起こしに向けたサービス等について、事業者と協力して取り組みを行っている自治体の実態を参考にしつつ、ストラクチャーやプロセスに着目した評価を検討することが適当である。

ただし、事業所のサービス利用者が直接的な利益を感じにくいものであることから、現時点において介護報酬上の評価を行うことについては、慎重な検討が必要であると考えられる。

(5) 適切な事業運営を確保するための経営資源の評価

「利用者のQOLの確保」及び「地域包括ケアの確立」の実現に必要な事業運営を確保するための経営資源（ヒト、モノ、カネ、情報）は、介護サービスの質の向上を図る上で基盤となる要素であるが、必ずしも利用者が直接利益を享受できるものではなく、また、定量的な把握が困難であることから、原則として、介護報酬以外の制度において、ストラクチャー又はプロセスに着目した評価を検討することが適当である。

ただし、「⑤従事者がやりがいを感じる職場づくり」については、現在、重要な政策課題となっている介護職員の処遇改善や人材確保に直接資するものであり、現行の介護報酬における「サービス提供体制強化加算」の算定要件の考え方と関連する項目も含まれることから、今後、サービス提供体制強化加算の要件等を見直す際に留意すべき項目であると考えられる。

第6章 結語

介護サービスの質の評価は、その実施によって、ケアの質の向上につなげ、ひいては、介護保険の理念（利用者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすること）の実現を目指して実施するべきものであるという点については、委員全員の見解が一致した。

しかしながら、多面的な側面を有する介護サービスの質について、どの側面を重視して評価を行うべきか、またどのような方法により評価を実施すべきであるか、という点については必ずしも意見の一致を見ていない。

中でも、米国などで用いられている定量的な臨床指標を、わが国の介護サービスの質の評価において活用することの妥当性については、検討委員会において大きな議論となった。客観的に把握可能であり、かつ、わが国において妥当と考えられるアウトカム評価の指標を早急に確立すべき（確立が可能である）との指摘がなされる一方、臨床指標については、多面的な介護サービスの一側面のみを捉えるものに過ぎず、量的アウトカム評価に偏重しない質の評価システムの構築を目指すべきとする意見もみられたところである。

いずれにしても、1～2年といった短期間では、体系的な評価システムを構築することは困難であるため、平成24年度介護報酬改定においては、データの取り易さ、理解し易さ、受け入れられ易さの観点から、限定的な項目における質の評価の実施に向けて検討を続ける必要があると考えられる。

今後の介護人材養成の在り方に関する検討会提出資料

日本介護福祉士会における生涯研修の推進と
「介護福祉士ファーストステップ研修」

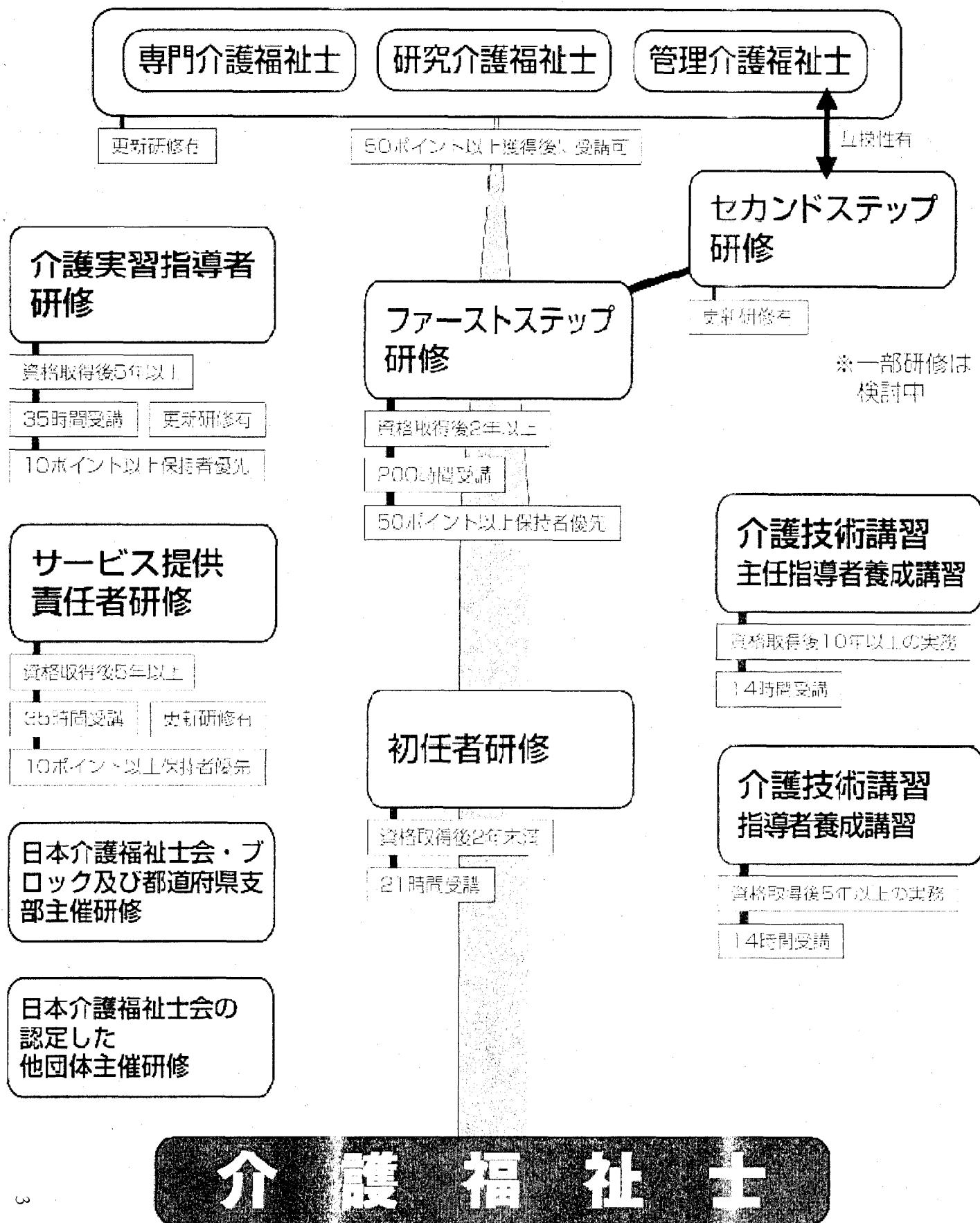
社団法人 日本介護福祉士会 会長 石橋 真二
平成22年10月29日

日本介護福祉士会における生涯研修体系の検討と推進

- 1999(平成11)年 「介護福祉士の生涯教育体系の提案」
- 2004(平成16)年 「介護福祉士における専門性のあり方と研修体系に関する研究」事業報告書
 - 日本介護福祉士会生涯研修制度として、共通コースとしての「基礎研修プログラムⅠ(初任者研修)」「基礎研修プログラムⅡ」「基礎研修プログラムⅢ(実務者レベル研修)」と、次のステップとしての「管理者」、「特定領域スペシャリスト」、「教育者・研究者」コースを体系づけ。
- 2006(平成18)年 生涯研修制度見直し(次頁図参照)
 - 全社協「介護サービス従事者の研修体系のあり方に関する研究会」(委員長・堀田力さわやか福祉財団理事長)により議論された、介護職員の能力開発とキャリア開発を支援する研修体系のあり方の内容は、本会がこれまで提案してきた生涯研修体系に沿っており、本会の研修体系のなかファーストステップ研修・セカンドステップ研修を位置づけることとし、再整理を行った。
 - 上位研修等では、「(仮称)認定専門介護福祉士(認知症)」のモデル事業、「訪問介護サービス提供責任者研修」「介護実習指導者研修」等の実施、制度上の「認定・認証」の検討、他団体との連携(研修認定)等を検討・実施している。また、2007(平成19)年には、「生涯研修手帳」を発行して研修履歴とポイントの管理を行い、制度の普及に努めている。

日本介護福祉士会生涯研修制度図

(平成19年10月)



日本介護福祉士会における「介護福祉士ファーストステップ研修」の取り組み

- 平成18年度、静岡県支部で初の試行事業として取り組みを行い、その後、カリキュラムの再検討、講師養成など実施。
- 本会では、今年度も全国展開できるよう普及促進に取り組んでいる。(平成21年度 17支部で実施)

	18年度	19年度	20年度	21年度
日本介護福祉士会支部	1	9	12	17
他団体(老施協支部等)		6	7	9
実施団体計	1	15	19	26

「介護福祉士ファーストステップ研修」の概要

「ファーストステップ研修」は、実務経験2年程度～(基礎的な業務に習熟した介護福祉士)の者を対象。的確な判断や対人理解に基づく「尊厳を支えるケア」が実践でき、小規模チームのリーダーや初任者等の指導係として任用されることを期待。そのための知識、技術、視点が学べる研修。

「ファーストステップ研修」の意義

⇒介護職員としてスタートした時点での経験・能力の違いをこの研修で補完し、介護職員としての「共通の能力基盤」を確立する。

⇒仲間との学習を通し介護福祉士としてのキャリア形成について展望がもてるようにする。

⇒介護福祉士として働く誇りを確認し、早期の離職を防ぐことに貢献する。

ファーストステップ研修の枠組・特色

①3つの領域で構成され、「講義・演習」と「自職場課題」で構成。

「ケア」領域
(72時限)

「連携」領域
(48時限)

「運営管理基礎」領域
(80時限)

- ②研修内容は「ファーストステップ研修ガイドライン」に標準として「行動目標」「経験目標」「到達目標」「修了評価のポイント」を明示し、必要な知識、技術が提供され、実践者に役立つ。
- ③全国画一の内容ではなく研修実施機関の創意工夫が活かされる。
- ④研修時間200時限(1時限を45分とすることができる)のうち100時限(各領域の時限数の半分程度)を「自職場等課題」とし、「講義・演習」の事前、事後に自習課題等を設けることで、自職場の事例や諸課題等も用いた実践的な研修が可能。

3つの領域を研修し、得られる「知」

「ケア」領域 (72時限)

1. 利用者の全人性・尊厳の実践的理解と展開 (16)
2. 対人援助の倫理の実践的理解と展開 (16)
3. コミュニケーション技術の応用的な展開 (16)
4. ケア場面での気づきと助言 (24)

「連携」領域 (48時限)

5. 家族や地域の支援力の活用と強化 (16)
6. 職種間連携の実践的展開 (16)
7. 観察・記録の的確性とチームケアへの展開 (16)

「運営管理基礎」 領域(80時限)

8. 中堅職員としてのリーダーシップ (16)
9. セーフティマネジメント (16)
10. 問題解決のための思考法 (16)
11. 介護職員の健康・ストレスの管理 (16)
12. 自職場の分析 (16)

ファーストステップ研修が期待する研修の効果

知の統合化

- 対人援助職としての「ものの捉え方」「思考枠組み」が形成される

キャリア形成・生涯学習促進の仕組み

- 講義・演習
- 受講者同士の学び
- 実践との循環
- 実践の省察ーふりかえり、自己評価、見直し



エンパワメント

- 実践での躓きへの手当てができる
- 仕事の深みが発見できる
- 意欲・自信が維持、向上する
- 実践・学習課題を明確化できる

実践の「基盤となる力」の涵養

- 「観」や「信念」が形成される
- 粘り強く工夫・努力する姿勢を獲得する
- 言語化、記述力、指導力を獲得する
- 学び続ける習慣が身につく

実践行動の変容

- 的確に状況を理解し、判断、行動できる
- 他者に説明できる

介護保険制度とリンクしたキャリア支援

介護保険制度上の評価・位置づけの明確化によるキャリア形成のバックアップ(提案)

介護職員のキャリア形成支援の促進には、介護保険制度上の評価とつながることが重要です。それが「介護サービスの質の向上」「介護職員の労働環境の向上」をもたらします。

- 「個室・ユニットケア」を行う介護保険施設や「地域密着型サービス(認知症対応型生活介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護等)」の小チーム・ユニットごとに1名以上のファーストステップ研修修了者を常勤配置化に。
- ケアの個別化、小規模化を進め、質の向上を図る一環として、従来型の介護保険施設、通所系サービス、特定施設入所者生活介護などでも、ファーストステップ研修修了者をチームリーダーとして任用、常勤配置し、報酬上評価へ。
- 訪問介護事業のサービス提供責任者に、ファーストステップ研修修了者を常勤で配置し、報酬上評価へ。

平成22年10月29日

600時間研修に対する職員からの意見

グループホーム麻生 村田 茂

○グループホームの介護従業者を中心にアンケート調査を実施。

※一部重複意見はまとめてあります。

（質問）今後、介護福祉士の試験を受験するためには、6月(600時間)以上の研修を受けなければなりません。このことについて、あなたはどのように考えますか。

- ・ またか、という感じで、介護職のやる気をなくす。
- ・ 福祉という業界の壁が厚くなる感じがする。
- ・ 現場はヘルパーで充分機能している。現場の実際の介護に関係するとは思えない。
- ・ そこまでしなければいけないのなら、もう他の仕事をします。
- ・ 現実的な拘束時間ではない。
- ・ 600時間掛けて何をやるのですか？中身について詳しいことが全然分からない。
- ・ 実務経験の3年では何故いけないのですか？お年寄りとの継続的な関わりや信頼関係の構築、家族との関わり等、実際の介護で本当に大切になる事は現場で仕事をして初めて経験できるものです。学校を出て試験に受ければそれで介護福祉士になれる、という事の方が間違っていると思います。
- ・ 介護福祉士じゃないと出来ない仕事が、介護には何かあるのですか？
- ・ それで給料が上がるのですか？
- ・ 何でそんな事をするのか理解できない。
- ・ それなら受験やめます。これを聞いて、何かもうどうでもいい、って気持ちにさせられました。
- ・ 資格を取るのが大変になる、という以外の詳しい内容が全然分からない。とにかく今のうちに取っておいたほうが良い、と聞かされただけ。
- ・ 敷居が高くなる。
- ・ 今だって行きたい研修があっても勤務の都合でなかなか行けないのに、600時間とかあり得ない。
- ・ 自分が受験した当時にこの研修があったら、多分受験そのものをあきらめていた。仮に今から介護福祉士の資格を取らなければならないとしたら、多分資格は取りません。
- ・ 研修の期間の給与が保障されないのなら、生活出来ないので受けられません。
- ・ 6ヶ月も現場を空けたら、きっと認知症のお年寄りは自分のことを忘れてしまうと思います。復職したらまた1から皆との関係を作り直さなければならないと思うと、現実的には考えられません。
- ・ 今後受験しようと思っていたが、600時間で実費も掛かると聞いて気持ちが萎えた。

- ・ 受講費用の2~30万円は誰が出してくれるのでしょうか？自腹は絶対無理です。会社で出して貰えるのでしょうか？
- ・ 介護福祉士だからといって、実際の業務で何か無資格者と違いがある訳ではないと思います。逆に福祉で凝り固まった人よりも、余程未経験や他業種から転職した等の新人の方が真っ当な考え方や接し方をしてくれたりします。
- ・ 研修の間は仕事も出来ないし、研修費も払う余裕はないし、経済的に無理です。この研修が始まる前に是が非でも合格するしか選択肢はないですね。
- ・ 自分から勉強をする方ではないので、改めて勉強をする機会が与えられるのであればそれは有り難いが、それと受験資格のためだけの研修とは違うと思う。受験のための研修なんて、受験が終わればきれいさっぱり忘れます。
- ・ 研修に行かれてしまうとその間の職員確保はどうなるのか？頭数さえいけば良い、という仕事ではありませんので。
- ・ 所詮名称独占でしょ。そこまでして受ける価値はない。
- ・ 介護の世界で働きたいと思う人が更にいなくなるだけだと思う。
- ・ いずれは・・・と思ってはいたが、そんなに大変なら資格いりません。無くても別に困らないし。
- ・ 決まりごとばかりが次々に増えて、お年寄りと向き合う時間がどんどん削られていく気がする。もっと楽しい仕事だと思っていたが、どんどん難しく、つまらなくなってきた。

以上