

令和3年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

介護サービス情報の公表制度における
調査事務の適切な実施のあり方に関する調査研究事業

「介護サービス情報の公表」制度 解説ブック

制度解説編

一般社団法人 シルバーサービス振興会

令和4(2022)年3月

CONTENTS

第 I 編 介護保険制度の基礎知識

第 1 章	介護保険制度の理解と介護サービス情報の公表	2
1	高齢者を取りまく社会環境の変化と介護保険制度の誕生	2
	1) 人口の高齢化とその特徴	2
	2) 高齢化の要因	3
	3) 介護を必要とする高齢者の増加とその特徴	5
	4) 高齢者介護サービス基盤整備の推進	7
	5) 介護保険制度創設までの経緯	7
2	介護保険制度の理念	8
3	介護保険制度の定着と「介護サービス情報の公表」の必要性	8
4	介護保険制度の理解	10
	1) 保険者と被保険者	10
	2) 保険給付の手続き	11
	3) 要介護認定・要支援認定	11
	4) 保険給付の種類	13
	5) 地域支援事業	19
	6) ケアマネジメントの機能	21
	7) ケアマネジメントの方法論	22
	8) 介護保険サービスの基本的理解	23
第 2 章	調査対象サービスに関する基礎知識	36
1	事業者及びサービスに関する規定	36
2	調査対象サービスの概要	38
	1) 居宅サービス	38
	① 訪問介護	38
	② 訪問入浴介護	38
	③ 訪問看護	39
	④ 訪問リハビリテーション	40
	⑤ 通所介護	40
	⑥ 通所リハビリテーション	41
	⑦ 短期入所生活介護	42
	⑧ 短期入所療養介護	43
	⑨ 特定施設入居者生活介護	43
	⑩ 福祉用具貸与	46
	⑪ 特定福祉用具販売	47
	2) 地域密着型サービス	48
	① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	48

- ② 夜間対応型訪問介護／49
 - ③ 地域密着型通所介護／49
 - ④ 認知症対応型通所介護／50
 - ⑤ 小規模多機能型居宅介護／51
 - ⑥ 認知症対応型共同生活介護／52
 - ⑦ 地域密着型特定施設入居者生活介護／52
 - ⑧ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護／54
 - ⑨ 看護小規模多機能型居宅介護／55
- 3) 居宅介護支援／55
- 4) 施設サービス／57
- ① 介護老人福祉施設／57
 - ② 介護老人保健施設／58
 - ③ 介護医療院／58
 - ④ 介護療養型医療施設／59
- 5) 介護予防サービス／60
- ① 介護予防訪問入浴介護／60
 - ② 介護予防訪問看護／60
 - ③ 介護予防訪問リハビリテーション／61
 - ④ 介護予防通所リハビリテーション／61
 - ⑤ 介護予防短期入所生活介護／62
 - ⑥ 介護予防短期入所療養介護／63
 - ⑦ 介護予防特定施設入居者生活介護／63
 - ⑧ 介護予防福祉用具貸与／65
 - ⑨ 特定介護予防福祉用具販売／66
- 6) 地域密着型介護予防サービス／66
- ① 介護予防認知症対応型通所介護／66
 - ② 介護予防小規模多機能型居宅介護／67
 - ③ 介護予防認知症対応型共同生活介護／68

第Ⅱ編 介護サービス情報の公表の理解

第1章	介護サービス情報の公表の趣旨・目的	74
1	「介護サービス情報の公表」制度化の背景と検討の経緯	74
2	サービスと「評価」のもつ特性	80
1)	「サービス」のもつ特性と情報開示の必要性／80	

2) 「評価」のもつ特性／81	
3 介護・福祉分野におけるこれまでの第三者評価	82
1) これまでの介護サービスの質の確保策（クオリティコントロール）／82	
2) 第三者評価と指導監査の「利用者の選択情報」としての限界／84	
4 介護サービス情報の公表のもつ意義と特性	86
1) 「介護サービス情報の公表」の趣旨・目的／86	
2) 「介護サービス情報の公表」と「指導監査・第三者評価」のアプローチの違い／87	
5 「介護サービス情報の公表」制度の進化と広がり	88

第2章 介護サービス情報の公表の具体的内容

1 基本的な考え方	90
1) 基本的な考え方／90	
2) 公表情報の責任主体／90	
3) 客観性の確保／90	
4) プロセスを通じたサービスの質の改善／91	
2 介護サービス情報の公表の仕組み	91
1) 対象事業所／91	
2) 公表される情報の内容／92	
3) 情報の公表の頻度／92	
4) 公表の方法／92	
5) 情報の公表の計画的な実施／93	
6) 公表情報の修正／93	
7) 訪問調査の人数／93	
8) 訪問調査時の面接調査の方法／93	

第3章 情報項目の理解

1 介護サービス情報の構成	94
1) 「介護サービス情報」の検討における基本方針／94	
2) 「介護サービス情報」の特性／95	
2 基本情報の役割	95
3 運営情報の役割	96
1) 「運営情報」の構成と内容／96	
2) 「運営情報」の特性／99	

第4章 介護サービス情報の公表における調査員の役割

1 組織体制	101
1) 組織体制の全体像／101	

- 2) 指定情報公表センターにかかわる基本的な考え方と要件／102
- 3) 指定調査機関にかかわる基本的な考え方と要件／103
- 4) 調査員にかかわる基本的な考え方と要件、養成方法等／104

第Ⅲ編 調査の実際

第1章	調査実務の理解	111
1	調査実務の例	111
2	調査員の行動規範	112
	1) 調査員としての基本姿勢／112	
	2) 信頼を得るための条件／113	
3	介護サービス情報の公表における調査の実務	116
	【都道府県知事または指定情報公表センターの実務】	
	1) 各都道府県知事による調査計画の策定等／116	
	2) 調査対象事業所への調査票の配布等／116	
	3) 調査対象事業所における調査票の記入及び報告等／116	
	4) 担当指定調査機関等への介護サービス情報の通知／116	
	【担当調査員または担当指定調査機関の実務】	
	1) 事業所把握及び調査票の確認等（事前準備）／117	
	2) 事業所訪問調査の実施／117	
	3) 調査結果の同意／120	
	4) 調査結果についての同意が得られない場合／121	
	5) 調査事務に関する留意点／121	
	6) 調査結果の報告／121	
	7) 訪問調査のプロセス／121	
第2章	調査票の説明と記入方法	124
1	調査票の種類	124
	1) 基本情報調査票／124	
	2) 運営情報調査票／124	
2	事業所における運営情報調査票の記入方法	124
3	調査員における運営情報調査票の記入方法	125
4	運営情報の記入イメージ	126

「介護サービス情報の公表」制度解説ブック【制度解説編】

平成 21 年 4 月改正対応 をお持ちの方へ

上記書籍は、「介護サービス情報の公表」制度についての解説、「介護サービス情報」項目の詳細な解説などを体系的に整理することを目的に、平成 21(2009)年 5 月に発行されました。この間、介護保険制度が改正されてきたことをふまえ、このたび、現行の制度に対応した調査員の養成研修にご活用いただくために、改訂作業を行った次第です。

具体的には、おもに次の内容に関する見直しを図りました。上記書籍に引き続いて本書を活用されるにあたりましては、下記も参考にしながら、読み進めていただければと思います。

第 I 編 介護保険制度の基礎知識

第 1 章	4 - 4) 保険給付の種類	13
	⇒ 現在の介護保険制度に即して記述を見直しました。	
	4 - 5) 地域支援事業	19
	⇒ 介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業、その他の任意事業に関する記述を見直しました。	
	4 - 8) 介護保険サービスの基本的理解	23
	⇒ 現在の介護保険制度に即して記述を見直しました。	
第 2 章	2 - 1) ⑨特定施設入居者生活介護	43
	⇒ サービス付き高齢者向け住宅に関する記述を追加しました。	
	2 - 2) ①定期巡回・随時対応型訪問介護看護	48
	⇒ 項目を追加しました。	
	2 - 2) ③地域密着型通所介護	49
	⇒ 項目を追加しました。	
	2 - 2) ⑨看護小規模多機能型居宅介護	55
	⇒ 項目を追加しました。	
	2 - 4) ①介護老人福祉施設	57
	⇒ サービスの対象者に関する記述を見直しました。	
	2 - 4) ③介護医療院	58
	⇒ 項目を追加しました。	

第Ⅰ編

介護保険制度の基礎知識

本編は、「介護サービス情報の公表」制度の発足当初まとめられたものに、令和3年4月に行われた介護報酬の見直しなどの内容をふまえて、加筆・修正を行いました。なお、「介護サービス情報の公表」制度は平成17年の介護保険法改正によって創設されたものであることから、本編でまとめられているその経緯は、平成17年当時の状況をもとに記述されています。

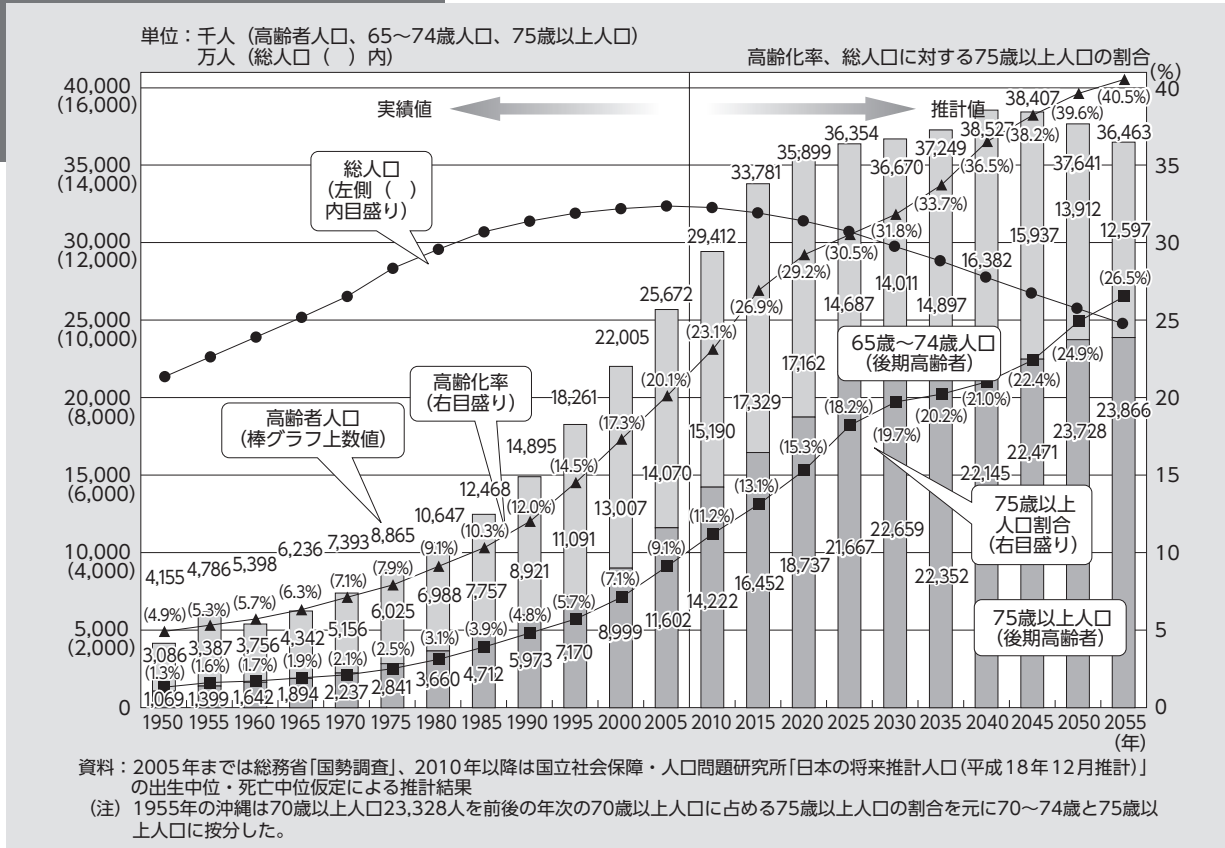
1 高齢者を取りまく社会環境の変化と介護保険制度の誕生

1) 人口の高齢化とその特徴

今から約半世紀前の1950（昭和25）年には、65歳以上の高齢者の人口は416万人、高齢化率¹は4.9%であった。その後、人口の高齢化は進行し、1970（昭和45）年には、65歳以上の高齢者人口は739万人、高齢化率は7.1%となり、介護保険制度が創設された2000（平成12）年には、それぞれ2200万人、17.3%となった（なお、わが国の総人口は2007（平成19）年10月1日現在、1億2777万人である。一方、65歳以上の高齢者人口は、過去最高の2746万人となり、高齢化率も21.5%に上昇している（総務省「推計人口」）。

一般に、高齢化率が7%を超えた社会を「高齢化社会」、14%を超えた社会を「高齢社会」と呼ぶが、「高齢化社会」から「高齢社会」を迎えるまでの期間を他の国と比較すると、フランスが115年、スウェーデンが85年、ドイツが40年、イギリスが47年であるのに対し、

図 I - 1 - 1 高齢化の推移と将来推計



出典：内閣府編『平成20年版高齢社会白書』ぎょうせい，2008，5頁

1 65歳以上人口の総人口にしめる割合。

わが国は1970（昭和45）年に7％を超えると、そのわずか24年後の1994（平成6）年には14％に達しており、日本がいかに短い時間で高齢社会を迎えたのかが分かる。

2) 高齢化の要因

わが国の高齢化の要因には、次の2つがある。1つめが死亡率の低下と平均寿命の伸長であり、2つめが少子化の進行である。

1 死亡率の低下と平均寿命の伸長

戦後、わが国の死亡率²は、生活環境や食生活・栄養の改善、医療技術の進歩等により、乳幼児や青年の死亡率が大幅に低下したため、1947（昭和22）年の14.6から約15年で半減した後、なだらかに低下を続け、介護保険制度がはじまった2000（平成12）年は7.7（死亡数は96万1653人）となった（2006（平成18）年は8.6（死亡数は108万4450人））。

また、死亡数の約4分の3を占める65歳以上の高齢者の死亡率は、戦後一貫して低下傾向にあり、1950（昭和25）年の71.5から、55（1980）年には47.4、2000（平成12）年には34.5となっている（2006（平成18）年は33.8）。

死亡率が低下する一方で、わが国の平均寿命は大幅に伸びており、1947（昭和22）年には男性が50.06年、女性が53.96年であったものが、2000（平成12）年には男性が77.72年、女性は84.60年となった（2006（平成18）年は男性が79.00年、女性は85.81年）。

また、65歳時の平均余命は、1947（昭和22）年には男性が10.16年、女性が12.22年であったものが、2000（平成12）年には男性が17.54年、女性が22.42年となっており（2006（平成18）年は男性が18.45年、女性が23.44年）、男性、女性とも高齢期が長くなっていることが分かる。

2 少子化の進行

戦後の、わが国の出生状況の推移をみると、出生数は、第1次ベビーブーム（1947（昭和22）～1949（昭和24）年）、第2次ベビーブーム（1971（昭和46）～1974（昭和49）年）の2つのピークの後は減少傾向にあり、2000（平成12）年の出生数は119万547人、出生率³は9.5となっていた（2006（平成18）年の出生数は109万2674人、出生率は8.7）。

また、合計特殊出生率⁴は、第1次ベビーブーム以降急速に低下し、1956（昭和31）年に2.22となった後、しばらくは人口を維持するために必要な水準（2.1程度）で推移してきたが、1975（昭和50）年に1.91と2.00を下回ると、さらに1993（平成5）年には1.46と1.50を割り込んだ。その後も低下傾向は続き、2000（平成12）年の合計特殊出生率は1.36であっ

2 人口千人当たりの死亡数。

3 人口千人当たりの出生数。

4 15歳から49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、一人の女性が仮にその年次の年齢別出生率で一生の間に生むとしたときの子供数に相当する。

た（2006（平成18）年の合計特殊出生率は1.32）。

高齢化率とは、すでに述べたように、総人口のうち高齢者がどの程度の割合を占めているのかを示す値である。したがって、これまでにみたように、高齢者人口そのものの増加とともに、それ以外の人口⁵の減少が高齢化率を高める大きな要因となっている。

3 今後の高齢化の状況とその特徴

「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」によれば、総人口が減少するなかで高齢者が増加するため、高齢化率は上昇を続け、2013（平成25）年には25.2%、2035（平成47）年には33.7%に達し、国民の約3人に1人が65歳以上の高齢者という非常に高齢化の進んだ社会が到来すると予想されている。

また、高齢者人口のうち、前期高齢者（65～74歳）人口は2016（平成28）年をピークを迎え、2031（平成43）年まで減少傾向となり、その後再び増加して2041（平成53）年に1669万人に至った後、再度減少に転じると推計されている。一方、75歳以上の後期高齢者人口は増加を続け、2017（平成29）年には前期高齢者人口を上回るものと見込まれており、増加する高齢者数のなかで後期高齢者の占める割合は、いっそう大きなものになるとみられる。

その特徴は、第1次ベビーブームの世代、いわゆる「団塊の世代」が高齢期を迎えることである。この世代は、高度成長期に青年期を過ごしてきたのであり、この世代が高齢期を迎えたときには、その生活様式や考え方、価値観はいっそう多様化することが予想されている。

2つめの特徴は、ひとり暮らし高齢者の増加である。

まず、わが国における高齢者のいる世帯数の今後の推移をみると、高齢世帯（世帯主の年齢が65歳以上である一般世帯）の総数は、2000（平成12）年の1114万世帯から2030（平成42）年には1903万世帯に増加すると見込まれている。これに対して、一般世帯の総数は、2000（平成12）年の4678万世帯から2015（平成27）年に5060万世帯に達し、その後、2030（平成42）年には4880万世帯となると見込まれている。

この結果、一般世帯の総数に占める高齢世帯の割合は、2000（平成12）年の23.8%から2030（平成42）年には39.0%へと上昇することが見込まれている。

一方、高齢世帯数のうち、ひとり暮らしの高齢者の割合は上昇を続け、2030（平成42）年にはもっとも多くなることが予想されている。

5 15歳～64歳までを生産年齢人口といい、0～14歳を年少人口という。

3) 介護を必要とする高齢者の増加とその特徴

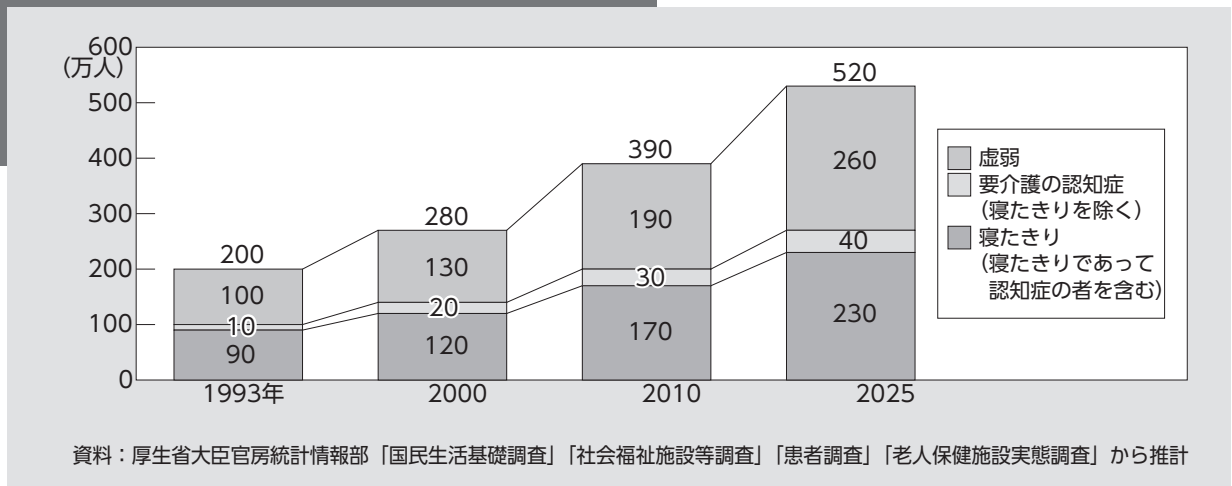
高齢者人口に対して一定の割合で、介護を必要とする高齢者が現れるとしたとき、高齢者人口の増加は、介護を必要とする高齢者の増加につながるということが容易に想像できる。

ここでは介護保険制度創設の背景をみる。

介護保険制度が創設される前の1993（平成5）年には、介護や支援を必要とする高齢者が2000（平成12）年には280万人、2025（平成37）年には520万人に達すると推計されていた（図I-1-2）。また、寝たきりとなっている期間は長期化する傾向にあり、1995（平成7）年の「国民生活基礎調査」によると、3年以上寝たきりとなっている高齢者が、全体の53%と半数以上を占め、1年以上となると約4分の3にのぼることが明らかにされていた（図I-1-3）。

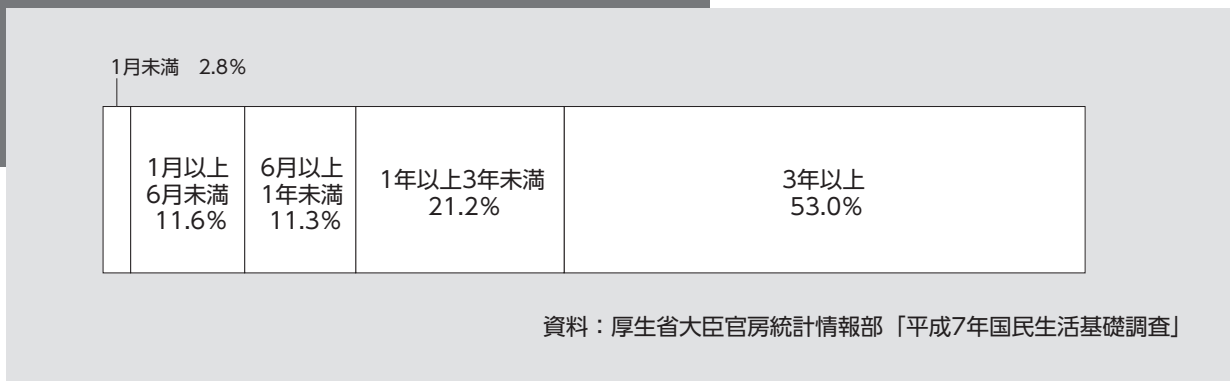
また、当時の高齢者介護は、家族に大きく依存していた。同様に1995（平成7）年の「国

図 I - 1 - 2 寝たきり・認知症・虚弱高齢者の将来推計



出典：厚生省編『平成9年版厚生白書』財団法人厚生問題研究会、1997年、111頁

図 I - 1 - 3 寝たきり期間別にみた寝たきりの高齢者の割合

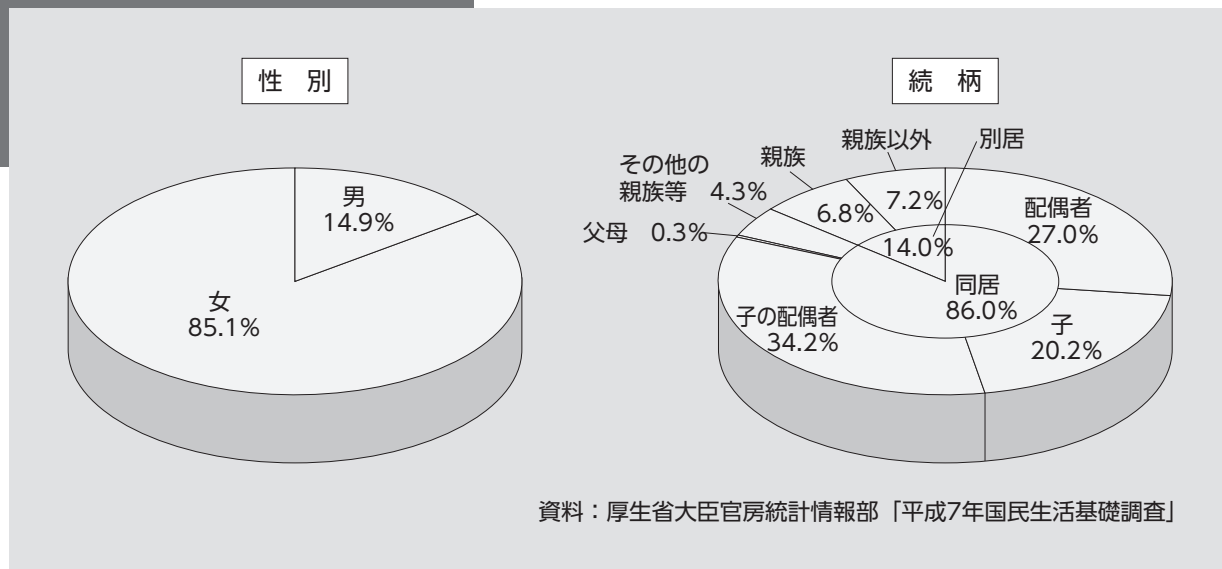


出典：厚生省編『平成9年版厚生白書』財団法人厚生問題研究会、1997年、111頁

「民生生活基礎調査」によると、寝たきりの高齢者を介護している人の85%は女性であり、続柄でみると、「子の配偶者」が34%、次いで「配偶者」が27%であった（図 I - 1 - 4）。さらに、介護をしている人の高齢化も進んでおり、その年齢をみると、60歳を超えた介護者が50%以上を占め、さらに70歳を超える介護者も20%以上となっており、「高齢者が高齢者を介護する」ような場合が増えていることが分かってきていたのである（図 I - 1 - 5）。

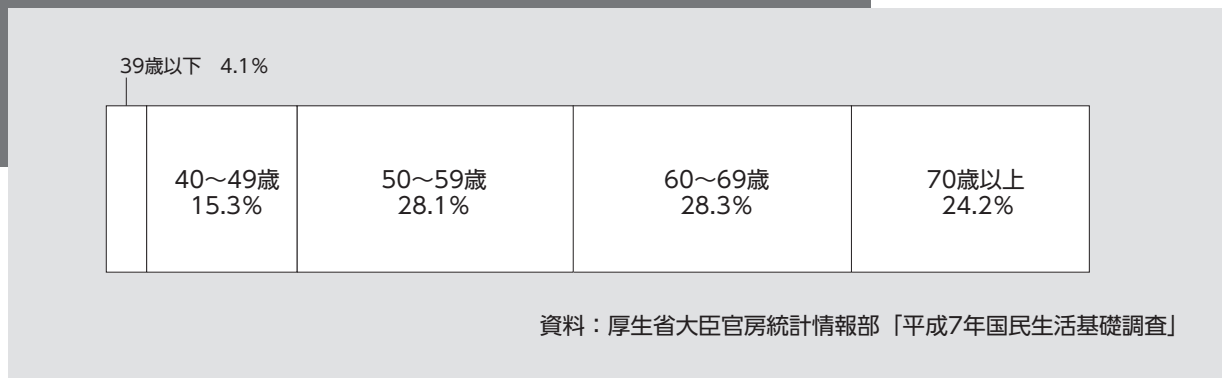
こうした状況のなかで、介護を必要とする高齢者を抱える家族の心身への負担は非常に大きくなってきていた。日本労働組合総連合会（連合）による「「要介護者を抱える家族の実態」に関する調査（1994（平成6）年10～12月調査）」によれば、「要介護者に対し憎しみを感じたことがあるか」との問いに対し、「ある」と回答した者の割合は約3分の1を占め、また、要介護者に対する虐待の有無について、「よくある」と「ときどきある」と答えた者をあわせた割合が16.4%にのぼることが明らかになった。

図 I - 1 - 4 寝たきりの高齢者の介護者



出典：厚生省編『平成9年版厚生白書』財団法人厚生問題研究会、1997年、111頁

図 I - 1 - 5 寝たきりの高齢者の主な介護者（同居）年齢階級別構成割合



出典：厚生省編『平成9年版厚生白書』財団法人厚生問題研究会、1997年、111頁

このように介護問題は老後最大の不安要因となっていた。これに対し、介護保険制度が導入されるまでの高齢者介護に関する制度は医療と福祉という縦割りの制度となっており、サービスが自由に選択できない、サービス利用時の負担に不公平が生じている、介護を理由とする長期入院（いわゆる社会的入院）等医療サービスが不適切に利用されている等の問題が指摘されていた。

こうした不安や問題の解消を図り、今後急速に増加することが見込まれる介護費用を将来にわたって国民全体で公平に賄う新しい仕組みの創設が求められていた。

4) 高齢者介護サービス基盤整備の推進

このような、高齢者をとりまく社会環境の変化と高齢者に対する介護の状況の深刻化のなかで、介護を必要とする高齢者とその家族への支援は大きな課題であった。そのため、国では、1989(平成元)年に「高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)」、1994(平成6)年には、その後継である「新・高齢者保健福祉推進十か年戦略(新ゴールドプラン)」を策定し、介護サービス基盤の拡充を図ってきた。その一方、高齢者への介護をめぐる諸課題に対応するためには、幅広い社会的な支援が必要であることが認識されていた。

サービスの供給量を安定的に確保し、介護ニーズの多様化・高度化に適切に対応していくためには、「自助」「共助」「公助」の重層的で地域における総合的な保健医療福祉システムを確立していくとともに、民間部門の活用を促進することが求められていた。

5) 介護保険制度創設までの経緯

このような背景の下、21世紀に向けた高齢者介護制度のあり方については、1994(平成6)年3月に高齢社会福祉ビジョン懇談会(座長:宮崎勇(大和総研代表取締役理事長))が取りまとめた「21世紀福祉ビジョン」において、誰もが介護を受けることができる新たな仕組みの構築が、また、同年12月には高齢者介護・自立支援システム研究会(座長:大森彌(東京大学教養学部教授))が取りまとめた報告書「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」において、高齢者の自立支援という基本理念の下、介護に関連する既存制度を再編成し、社会保険方式に基礎を置いた新たな仕組みを創設することが提言された。

これらの報告を踏まえ、1995(平成7)年2月から、厚生大臣の諮問機関である老人保健福祉審議会が審議に入り、議論が重ねられ、厚生省は、1996(平成8)年6月に介護保険制度案大綱を同審議会等に諮問し、答申を得た。

その後、地方公聴会を開催するなどして、市町村長や保健・医療・福祉関係者等の意見を聴取し、さらに検討を行った結果、同年9月に、市町村に対する支援の強化や在宅サービスと施設サービスの平成12年度からの同時実施などの修正事項が取りまとめられた。

厚生省ではこれらを踏まえ、介護保険法案を同年11月に第139回臨時国会に提出し、法案は1年余りにわたり国会で審議されたが、衆議院では、介護保険事業計画の策定に当たって被保険者の意見を反映すべきことや、制度全般の見直し時期を明記するといった内容の修正が加えられ、参議院では、国が講ずべき措置として介護サービスの基盤整備に関する

施策を追加する内容の法案修正が行われた。これらの修正が加えられたうえ、1997(平成9)年12月9日、第141回臨時国会において法案は可決・成立し、同月17日に公布され、2000(平成12)年4月1日より施行された。

2 介護保険制度の理念

介護保険法では、制度の目的として、要介護状態または要支援状態になった者が「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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」ことを規定し、「高齢者の自立支援」をその理念として掲げている（介護保険法第1条）。

そして、その保険給付にあたっては、「利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき適切な保健医療サービス及び福祉サービスが多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。」（介護保険法第2条第3項、下線部の「利用者」は法文では「被保険者」とされ、「利用者本位」のサービス提供や「利用者による選択（自己決定）」が基本的な理念として掲げられているのである。

さらに、その理念を支えるサービス提供の具体的プロセスについては、①利用者の状態把握（アセスメント）→②サービスニーズの把握→③計画の作成→④利用者に対する説明と同意→⑤計画にもとづく適切なサービスの提供→⑥成果に対する評価と再アセスメントといった流れがすべてのサービス提供において貫かれているのである。

3 介護保険制度の定着と「介護サービス情報の公表」の必要性

介護保険制度は、利用者の自立を促し、サービスを受ける側である利用者とサービスを提供する側である事業者とが対等な立場に立って、利用者が自らの意思にもとづいて、必要なサービスを選択し、契約できるようにすることが大切な理念となっている。しかしながら、実際には利用者は要介護や要支援の状態等にあり、利用するサービスの情報の入手においても事業者と対等な立場に立つことが困難である。

介護保険制度の理念を、現実のサービス利用の場面において実現するためには、サービスを選べるだけの十分な「量」が確保され、かつ、このサービスが利用者の意思に添うものかどうか判断を下せるだけの「情報」が利用者の元に届けられていなければならない。

「量」の確保については、利用者が個々人の状態像に応じて効果的なサービスを適切に利用できない場合、その心身及び生活機能が低下するおそれがあるとされており、その防止のためにも、サービスの代替性を確保しなければならず、このような視点からも大切である。

この「量」の確保については、おおむね順調に供給されているといえる。

居宅サービスを提供する事業者の指定件数は、2001年5月から2003年4月の間に24%

増加しており（表 I - 1 - 1）、さらに、すでに述べたようにサービスを利用した人数の推移をみると、114%増となっており（図 I - 1 - 6）、制度そのものも利用者間に定着してきたといえる。

一方、サービスの「情報」についてはどうであろうか。私たちが、何かを購入しようとするとき、たとえば食品を買うときには、どのような人が、原材料としてどのようなものを使って、どのような工程でつくったのか分からなければ安心して買うことができないだろう。つまり、私たちは事前に提供されるさまざまな「情報」をもとに判断を行いながら、モノを選択し、購入しているのである。

介護サービスを利用する場合にも、利用者にはさまざまな「情報」が必要であることはもちろんである。特に、介護サービスは、文字どおり「サービス」であり、車や家電製品などの「モノ」（商品）のように事前に形状や材質などを確認したり試用したりすることが難しい（事前視認の困難性）。さらには、一度利用してしまうと、たとえ効果がなかったり、質が気に入らなかったりしても元に戻せない（不可逆性）などの特性をもつ。それだけに、どのような資格や経験をもつ職員が、どのようなサービスを行ってくれるのか、などの「情報」は非常に大切になる（図 I - 1 - 12）。しかしながら、これまで事業者には、事業所の運営規程や職員の勤務体制などサービスの選択に資する重要事項が書かれた文書（重要事項説明書）を、サービスの提供時に交付し、かつ事業所内に掲示するよう求められているものの、その内容や項目などが定められているわけではなかった。これでは、利

表 I - 1 - 1 居宅サービス事業者の指定件数

法人種別		2001年5月	2003年4月	増減
社会福祉 法人	社協以外	15134	16889	12%
	社協	4884	4956	1%
医療法人		42907	51148	19%
民法法人		2666	3005	13%
営利法人		21882	32871	50%
NPO法人		682	1448	112%
農協		952	1081	14%
生協		1401	1705	22%
地方公共団体		5384	5857	9%
(合計)		95892	118960	24%

※WAMNETベース。指定件数については、その他法人、非法人、見なし指定により申請のない事業所を除く。

図 I - 1 - 12 事前の「情報」が大切

介護サービスは、事前にその性質や品質を確認することは不可能。

それだけに、事前の「情報」提供が大切になる。

用者がサービスや事業者を適切に比較したり、検討したりすることはできないだろう。

したがって、要介護高齢者等の介護サービスの適切な利用（契約）のためには、介護サービスにかかわる事前の情報収集及び介護サービス事業所の比較検討が可能となるような選択を支援するための情報提供の環境整備が極めて重要となるのである。こうしたことから、社会保障審議会介護保険部会の『介護保険制度の見直しに関する意見』（平成16年7月30日）においては、「利用者によるサービスの選択を実効あるものとする観点から、全ての介護サービス事業所を対象として、当該事業所が現に行っている事柄（事実）を第三者が客観的に調査・確認し、その結果の全てを定期的に開示する仕組みの導入とそのための開示情報の標準化を進める必要がある。」と指摘されている。

このようなことから、利用者が介護サービスの内容や事業者の運営状況に関する情報のうち、サービスや事業者の選択に資する情報を得られるよう、「介護サービス情報の公表」制度が創設されたのである。

4 介護保険制度の理解

1) 保険者と被保険者

① 介護保険制度の仕組み

介護は限られた人だけに生じるリスクではなく、誰にでも起こりうる深刻なリスクである。したがって、介護保険制度では、国民の連帯と相互扶助を基本とし、保険料の負担と給付の対応関係が明確な「社会保険方式」となっている。

② 保険者

利用者に最も身近な行政主体である市町村と特別区（以下、「市町村」とする）が保険者として介護保険を運営する。そのうえで、国、都道府県、医療保険者、年金保険者が財政面、事務面で市町村を支えることになっている。

③ 被保険者

さらに、被保険者は、①市町村の区域内に住所を持つ65歳以上の高齢者（第1号被保険者）、②市町村の区域内に住所を持つ40歳以上65歳未満の医療保険加入者（第2号被保険者）の2つに区分されている（表I-1-2）。

④ サービスを受けられる者（受給権者）

市町村から、要介護状態（寝たきりや認知症であったり、入浴、排泄、食事など、日常生活を送るうえで基本となる動作について常に介護が必要であったりする状態）、または要支援状態（介護を必要とする状態のその程度を軽減したり、その悪化を防止したりする

表 I - 1 - 2 第1号被保険者と第2号被保険者

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上の人	40歳以上65歳未満の医療保険加入者
受給権者	・要介護者（寝たきり・認知症） ・要支援者（虚弱）	左のうち、初老期における認知症、脳血管障害等の老化に起因する特定の疾病によるもの
保険料負担	市町村が徴収	医療保険者が医療保険料として徴収し、納付金として一括して納付
賦課・徴収方法	・所得段階別定額保険料（低所得者の負担軽減） ・年金額一定額（年額18万円）以上は特別徴収（年金天引き）、それ以外は普通徴収	・健保：標準報酬月額及び標準賞与額×介護保険料（事業主負担あり） ・国保：所得割、均等割等に按分（国庫負担あり）

ために特に支援が必要と考えられる状態、または日常生活を送るのに支障があると見込まれる状態）と認定された場合に保険給付を受けることができる。

なお、要介護状態と認定された人を「要介護者」、要支援状態と認定された人を「要支援者」という。

2) 保険給付の手続き

保険給付を受けるためには、まず要介護（要支援）認定を受ける必要がある。ここで、要介護状態、または要支援状態と認定されれば介護保険のサービスを利用することができる（図 I - 1 - 13）。

次いで、実際にサービスを利用するためには、「居宅サービス計画（ケアプラン）」もしくは「介護予防サービス計画」の策定が必要となる（これについては後出）。

3) 要介護認定・要支援認定

① 要介護認定・要支援認定の理解

要介護状態であるのかどうか、要介護状態であれば介護の必要性はどの程度であるのかを判定するのが「要介護認定」である（要支援状態であるのかどうか、要支援状態であれば支援の必要性はどの程度であるのかを判定する場合には、「要支援認定」。以下、要支援認定を含めて「要介護認定等」という）。要介護と認定されれば、その介護の必要性に応じて「要介護1」から「要介護5」までの5つ（これを「要介護状態区分」という）に、要支援と認定されれば「要支援1」と「要支援2」の2つに区分（これを「要支援状態区分」という）される。要介護・要支援の違いとその区分に応じて、利用できるサービスの種類と量が異なってくる。

要介護認定等は、市町村に設置される介護認定審査会⁶で審査判定を行い、それにもとづき市町村が認定することになっている。介護認定審査会では、これに先立ち市町村によって行われた認定調査と、利用者の主治医による意見をもとに審査判定が行われる。ここではまず、「介護に必要な時間」についての審査が行われ、要介護（要支援）状態にあるかどうかと、その要介護（要支援）状態区分が判定される。

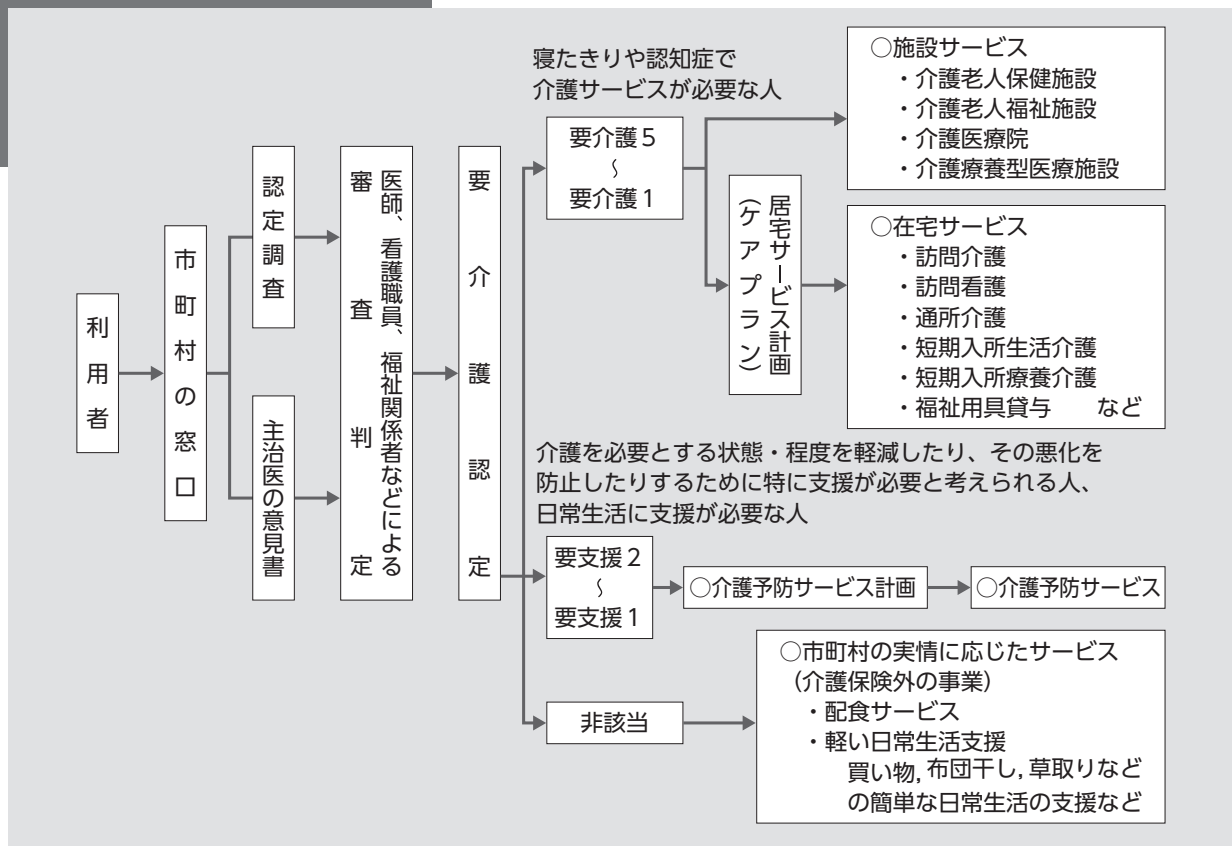
また、介護認定審査会が行う審査判定業務については、複数の市町村による広域的な実施、または都道府県への委託ができる。

2 要介護認定・要支援認定の流れ

前述のように、介護サービスを受けるためには、被保険者はまず要介護認定等の申請を市町村に行い、認定を受けることが必要となる。申請を受けた市町村は被保険者の心身の状況等を調査（これを「認定調査」という）し、この結果と主治医の意見書を踏まえた介護認定審査会における審査判定にもとづき、市町村が要介護認定等を行う。要介護・要支援の申請から認定までの手続きは図のような流れで行われる（図 I - 1 - 14）。

なお、第 2 号被保険者（40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者）が認定を受けるためには、

図 I - 1 - 13 サービス利用の手続き



6 保健・医療・福祉の専門家により構成される第三者機関。

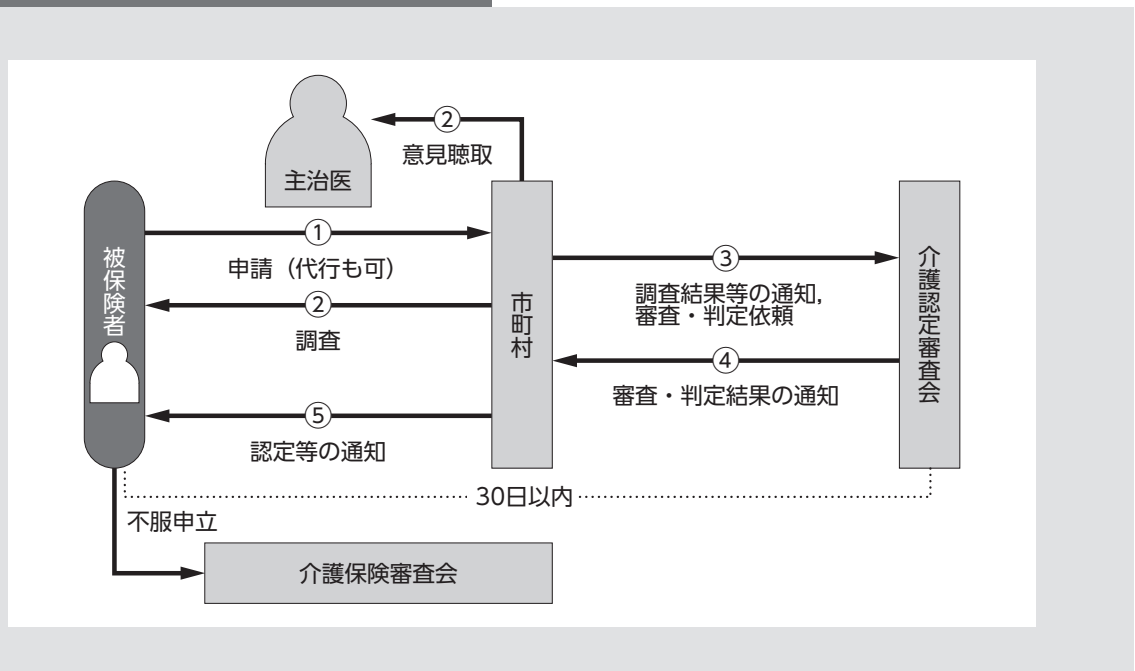
要介護状態（もしくは要支援状態）の原因である身体上または精神上の障害が、加齢に伴って生じる疾病であることが必要になる。この疾病を、「特定疾病」といい、これは介護保険法施行令に定められる、筋萎縮性側索硬化症などの16の疾病⁷である。

4) 保険給付の種類

保険給付には、市町村から要介護者と認定された場合に受けられる「介護給付」、要支援者と認定された場合に受けられる「予防給付」、要介護状態または要支援状態の軽減もしくは悪化の防止、またはその予防を助けるものとして条例で定める「市町村特別給付」の3つがある。

また、「介護給付」「予防給付」「市町村特別給付」には、それぞれ次の表のような種類がある（表 I - 1 - 3）。法律上、介護保険制度では、被保険者が要介護者もしくは要支援者として認定された場合に、介護サービスに要した「費用」を保険給付として受けることができるようになる。つまり、いったん利用者はサービスに要した費用を支払い、その後、市町村から利用者負担を除いた費用を保険給付として受け取るのである（これを償還払いという）。ただし、このうち、「居宅介護サービス費」「地域密着型介護サービス費」「居宅

図 I - 1 - 14 要介護・要支援の申請から認定まで



7 ①がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）②関節リウマチ、③筋萎縮性側索硬化症、④後縦靭帯骨化症、⑤骨折を伴う骨粗鬆症、⑥初老期における認知症、⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病、⑧脊髄小脳変性症、⑨脊柱管狭窄症、⑩早老症、⑪多系統萎縮症、⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症、⑬脳血管疾患、⑭閉塞性動脈硬化症、⑮慢性閉塞性肺疾患、⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

表 I - 1 - 3 「介護給付」「予防給付」「市町村特別給付」の種類

給 付	サービスを受けられる者	種 類
介護給付	要介護者	①居宅介護サービス費 ②特例居宅介護サービス費 ③地域密着型介護サービス費 ④特例地域密着型介護サービス費 ⑤居宅介護福祉用具購入費 ⑥居宅介護住宅改修費 ⑦居宅介護サービス計画費 ⑧特例居宅介護サービス計画費 ⑨施設介護サービス費 ⑩特例施設介護サービス費 ⑪高額介護サービス費 ⑫高額医療合算介護サービス費 ⑬特定入所者介護サービス費 ⑭特例特定入所者介護サービス費
予防給付	要支援者	①介護予防サービス費 ②特例介護予防サービス費 ③地域密着型介護予防サービス費 ④特例地域密着型介護予防サービス費 ⑤介護予防福祉用具購入費 ⑥介護予防住宅改修費 ⑦介護予防サービス計画費 ⑧特例介護予防サービス計画費 ⑨高額介護予防サービス費 ⑩高額医療合算介護予防サービス費 ⑪特定入所者介護予防サービス費 ⑫特例特定入所者介護予防サービス費
市町村特別給付	要介護者または要支援者	介護給付、予防給付のほか、条例で定めるもの

_____は「現物給付」が可能なもの

介護サービス計画費」「施設介護サービス費」「特定入所者介護サービス費」「介護予防サービス費」「地域密着型介護予防サービス費」「介護予防サービス計画費」「特定入所者介護予防サービス費」の9つについては、利用者が支払うべき「費用」を、市町村が利用者に代わって、介護サービス事業者を支払うことができる。つまり、利用者は、介護サービス事業者から直接介護サービスを受けることができることになる（現物給付化）。

1 介護給付

表にあげた介護給付のうち、ここでは、主要な、「居宅介護サービス費」「地域密着型介護サービス費」「居宅介護福祉用具購入費」「居宅介護住宅改修費」「居宅介護サービス計画費」「施設介護サービス費」「高額介護サービス費」を取り上げる。

居宅介護サービス費

次の居宅サービスを、都道府県知事が指定した指定居宅サービス事業者から受けた場合に支払われる費用。

- ①訪問介護
- ②訪問入浴介護
- ③訪問看護
- ④訪問リハビリテーション
- ⑤居宅療養管理指導
- ⑥通所介護
- ⑦通所リハビリテーション
- ⑧短期入所生活介護
- ⑨短期入所療養介護
- ⑩特定施設入居者生活介護
- ⑪福祉用具貸与

地域密着型介護サービス費

次の地域密着型サービスを、市町村長が指定した指定地域密着型サービス事業者から受けた場合に支払われる費用。

- ①定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ②夜間対応型訪問介護
- ③地域密着型通所介護
- ④認知症対応型通所介護
- ⑤小規模多機能型居宅介護
- ⑥認知症対応型共同生活介護
- ⑦地域密着型特定施設入居者生活介護
- ⑧地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- ⑨看護小規模多機能型居宅介護

居宅介護福祉用具購入費

入浴または排泄等に使用する福祉用具（特定福祉用具）を購入した場合の費用。

居宅介護住宅改修費

手すりの取り付け等の住宅改修を行った場合の費用。

居宅介護サービス計画費

都道府県知事が指定した指定居宅介護支援事業者から居宅介護支援を受けた場合の費用。

施設介護サービス費

次の施設サービスを受けた場合に支払われる費用。ただし、居住費、食事の提供に必要な費用、理美容代等、日常生活に要した費用は除く。

- ①指定介護老人福祉施設（介護福祉施設サービス）
- ②介護老人保健施設（介護保健施設サービス）
- ③介護医療院（介護医療院サービス）
- ④指定介護療養型医療施設（介護療養施設サービス）（2024（令和6）年3月末に廃止予定）

高額介護サービス費

利用者の自己負担が著しく高額になる場合に支払われる費用。

2 予防給付

予防給付のうち、ここでは、「介護予防サービス費」「地域密着型介護予防サービス費」「介護予防福祉用具購入費」「介護予防住宅改修費」「介護予防サービス計画費」「高額介護予防サービス費」について取り上げる。

介護予防サービス費

次の居宅サービスを、都道府県知事が指定した指定居宅サービス事業者から受けた場合に支払われる費用。

- ①介護予防訪問入浴介護
- ②介護予防訪問看護
- ③介護予防訪問リハビリテーション
- ④介護予防居宅療養管理指導
- ⑤介護予防通所リハビリテーション
- ⑥介護予防短期入所生活介護
- ⑦介護予防短期入所療養介護
- ⑧介護予防特定施設入居者生活介護
- ⑨介護予防福祉用具貸与

地域密着型介護予防サービス費

次の地域密着型介護予防サービスを、市町村長が指定した指定地域密着型介護予防サービス事業者から受けた場合に支払われる費用。

- ①介護予防認知症対応型通所介護
- ②介護予防小規模多機能型居宅介護
- ③介護予防認知症対応型共同生活介護

介護予防福祉用具購入費

入浴または排泄等に使用する福祉用具（特定介護予防福祉用具）を購入した場合の費用。

介護予防住宅改修費

手すりの取り付け等の住宅改修を行った場合の費用。

介護予防サービス計画費

市町村町が指定した指定介護予防支援事業者から介護予防支援を受けた場合の費用。

高額介護予防サービス費

利用者の自己負担が著しく高額になる場合に支払われる費用。

3 市町村特別給付

市町村は、「介護給付」「予防給付」のほかに条例により独自の保険給付を行うことができる。これを「市町村特別給付」といい、具体的には配食サービス等が考えられる。

4 介護報酬

すでに述べたように、介護保険制度では、介護サービスに要した「費用」を保険給付として受け取ることができる。この、「費用」の額は、サービスの種類ごとに、サービスの内容もしくは要介護状態区分、または要支援状態区分によって決められている単位数に一単位の単価（10円）を掛けて算出される。一単位の単価は基本的に10円となっているが、地域における人件費等を考慮し、サービスの種類ごとに5つの地域区分によって加重された単価が設けられている。なお、この単位数とは厚生労働大臣が定める基準⁸により定められている。この基準にもとづいて事業者が介護サービスを提供した場合に、その対価として支払われる報酬のことを「介護報酬」という。

また、福祉用具購入費及び住宅改修費については、支給限度額（後出）の範囲内で、実際のサービスに要した費用が支給される。なお、実際の介護サービスに要した費用が介護報酬より少ない場合には、実際に必要となった費用が保険給付として支給される。

5 居宅サービスにおける支給限度額

支給限度額とは、保険給付として支給される居宅介護サービス費及び地域密着型介護サービス費の、一か月の総額に上限を設けているものである。これは要介護度ごとに定められており（表I-1-4）、したがって、利用者は一か月に利用することのできる居宅介護

8 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年2月10日厚生省告示第19号）
指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年2月10日厚生省告示第20号）
指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年2月10日厚生省告示第21号）

サービス及び地域密着型サービスのサービス量が決められていることになる。一方で、支給限度額の範囲内であれば、利用者は基本的にこれらのサービスを自由に組み合わせて利用できる。

支給限度額は、サービスの代替性（あるサービスが利用できないときにほかのサービスで代えることができるかどうか）を考えていくつかのサービスがまとめられ、その区分ごとに定められている。具体的には、利用者が、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与及び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、認知症対応型共同生活介護（ただし利用期間を定めて行うものに限る）を利用する場合には、その費用の総額（保険給付と自己負担の合計）、つまり、利用できるサービス量があらかじめ決定されている。

なお、居宅療養管理指導、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、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入所者生活介護については、ほかの代替サービスがないことから、支給限度額は定められていない。

また、居宅介護福祉用具購入費については、同一年度で1種目1回に限り10万円まで、居宅介護住宅改修費については、同一住宅でも20万円までの支給限度額が決められている。

6 介護予防サービスにおける支給限度額

介護予防サービスについても同じように、保険給付として支給される介護予防サービス

表 I-1-4 支給限度額

要介護度	居宅サービスの支給限度額
要介護1	16,765単位/月
要介護2	19,705単位/月
要介護3	27,048単位/月
要介護4	30,938単位/月
要介護5	36,217単位/月

1単位は10～11.4円（地域やサービスにより異なる）

表 I-1-5 支給限度基準額

要介護度	介護予防サービスの支給限度基準額
要支援1	5,032単位/月
要支援2	10,531単位/月

費及び地域密着型介護予防サービス費の総額が決められている（表I-1-5）。支給限度額は、サービスの代替性を考えていくつかのサービスがまとめられ、その区分ごとに定められている。具体的には、利用者が、介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防福祉用具貸与、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護および介護予防認知症対応型共同生活介護（利用期間を定めて行うものに限る）を利用する場合には、その費用の総額（保険給付と自己負担の合計）、つまり、利用できるサービス量があらかじめ決定されている。

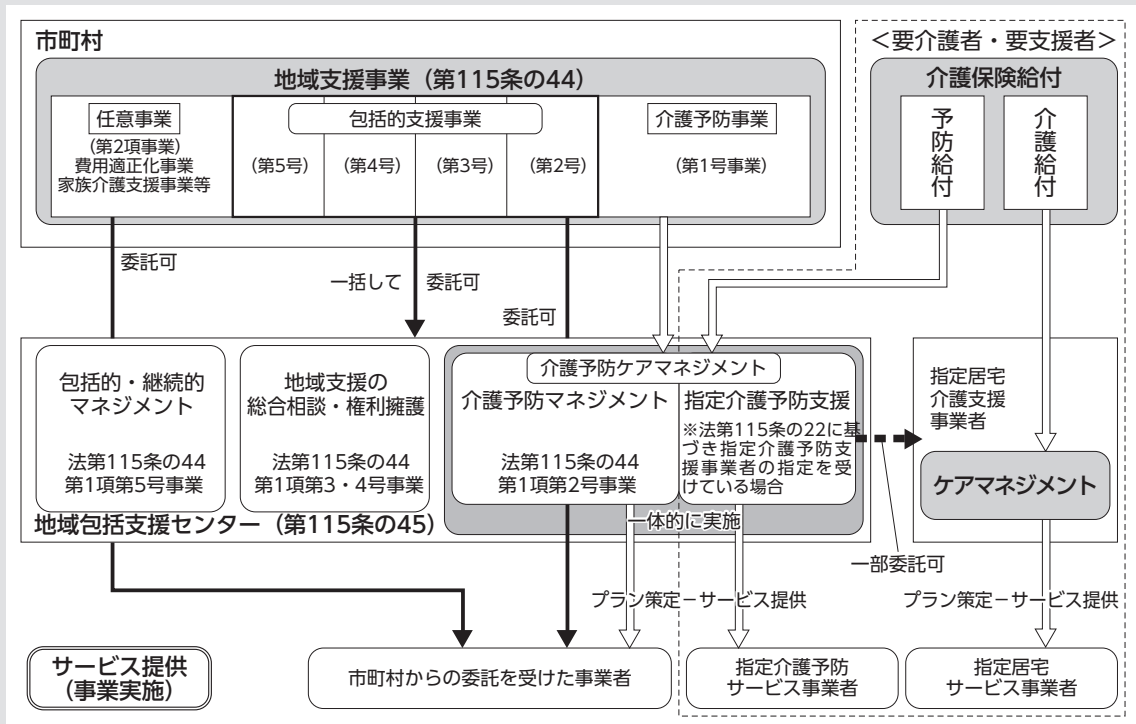
また、介護予防福祉用具購入費については10万円まで、介護予防住宅改修費については20万円までの支給限度基準額が決められている。

5) 地域支援事業

1 目的

利用者が介護を必要とする状態（要介護状態または要支援状態。以下、「要介護状態等」という）となることを防ぎ、また介護が必要となった場合でもできる限り地域で自立した

図 I - 1 - 15 地域支援事業の全体像について（イメージ）



出典：全国介護保険担当課長会議資料（平成17年6月27日）を一部改変

生活を送ることができるよう支援する。

2 実施主体

実施主体は市町村である。ただし、介護予防事業の一部と包括的支援事業（下記）の全部を地域包括支援センターの設置者に委託することができる。

3 事業内容

i) 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

被保険者が要介護状態等になることの予防、また、その軽減や悪化の防止を図る事業のうち、予防給付と重複するものを除いた事業を行う。

ii) 包括的支援事業

① 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

地域のケアマネジメントを総合的に行うために、介護予防ケアマネジメントや総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援などを行う。

② 包括的支援事業（社会保障充実分）

地域包括ケアの実現とその充実・強化の取り組みを、地域支援事業の枠組みを活用し、市町村が推進するとともに地域の力を活用してサービスの多様化を図る。具体的には、①在宅医療・介護連携推進事業、②生活支援体制整備事業、③認知症総合支援事業、④地域ケア会議推進事業を行う。

iii) その他の任意事業

そのほかに、市町村による任意的事業として、介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業などを行うことができる。

4 地域包括支援センター

i) 目的

地域包括支援センターは、地域に、総合的・重層的なネットワークを構築し、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことによって、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設であって、「地域包括ケア」の中核機関に位置付けられる（図 I - 1 - 16）。

ii) 実施主体

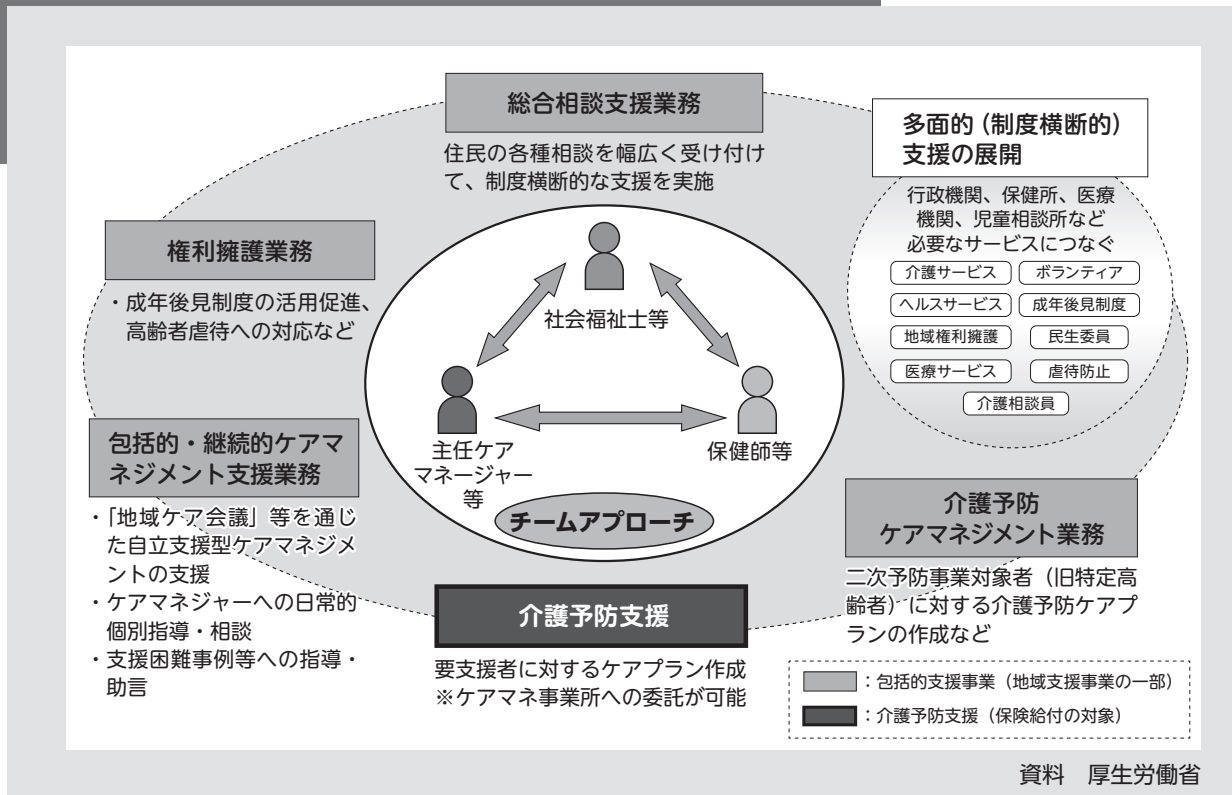
実施主体は、市町村及び、市町村から包括的支援事業の委託を受けた老人介護支援センターの設置者、地方自治法に規定される一部事務組合または広域連合を組織する市町村、医療法人、社会福祉法人などとされている。

iii) 基本機能

① 共通的支援基盤構築業務（②～③の事業を行ううえでの基盤となるものの構築をいう）

② 多様なネットワークを活用した地域の高齢者の実態把握や虐待への対応などを含

図 I-1-16 地域包括支援センター（地域包括ケアシステム）のイメージ



む総合的な相談支援業務及び権利擁護業務

- ③ 高齢者の状態の変化に対応した長期継続的なケアマネジメントの後方支援を行う
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務
- ④ 介護予防支援及び予防給付に関する介護予防ケアマネジメント業務

また、地域包括支援センターは、上記の事業を有効に機能させるために、専門職種（保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員）が職員として配置され、多職種が、その専門知識や技能を互いに活かしながら、連携（チームケア）によって、事業を展開するものである。

6) ケアマネジメントの機能

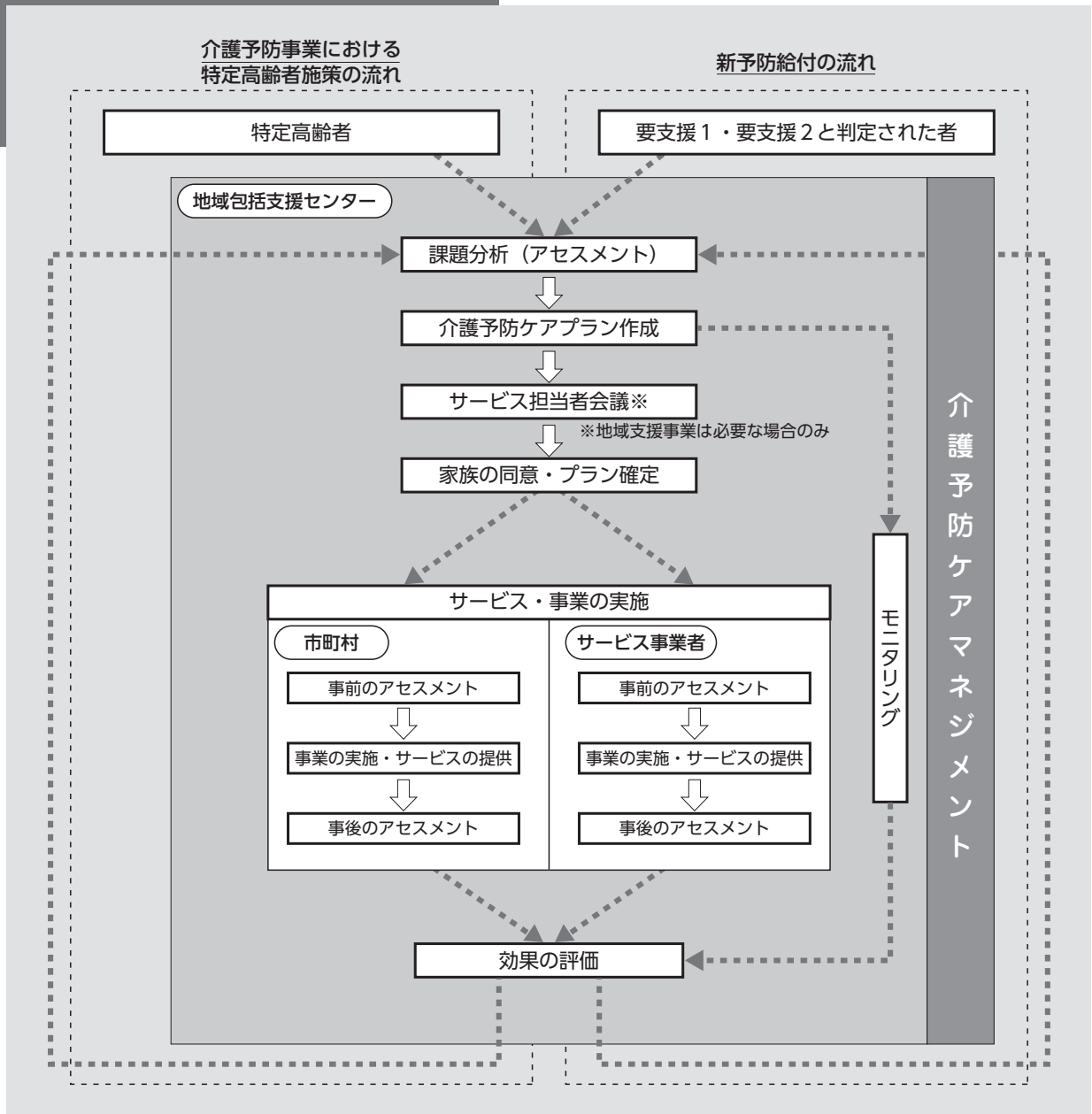
居宅介護支援（ケアマネジメント）とは、利用者の依頼を受けて、心身の状況、生活環境、本人やその家族の希望等を考慮したうえで、介護サービスの種類及び内容等を決定することである。これらを定めた計画を「居宅サービス計画（ケアプラン）」といい、この業務に当たる専門職を「介護支援専門員（ケアマネジャー）」という。

介護保険制度では、その基本理念の1つとして「利用者の選択（自己決定）」があげられている。この基本理念を実現するための手法の1つが「居宅介護支援（ケアマネジメント）」である。

7) ケアマネジメントの方法論

介護サービスを利用するには、居宅サービス計画の作成が必要になる。介護支援専門員は、利用者によるサービスや事業者の選択を助けるため、利用者に、地域でサービス事業者等が実施しているサービスの内容、利用料等の情報を提供し、居宅サービス計画を作成する。その作成の手順は、次のとおりである（図 I - 1 - 18）。まず介護支援専門員は利用者の自宅を訪問し、利用者の心身の状況、生活環境等の評価を通じて、解決すべき課題を把握する。次に、それらにもとづいて居宅サービス計画の原案を作成し、サービス担当者会議⁹において検討を重ね、居宅サービス計画を決定することになる。決定された居宅サ

図 I - 1 - 17 介護予防ケアマネジメントの流れ



サービス計画は、内容、利用料等を利用者またはその家族に説明し、文書により同意を得なければならない。

なお、利用者自らが居宅サービス計画を作成し、介護サービスを受けることもできる。

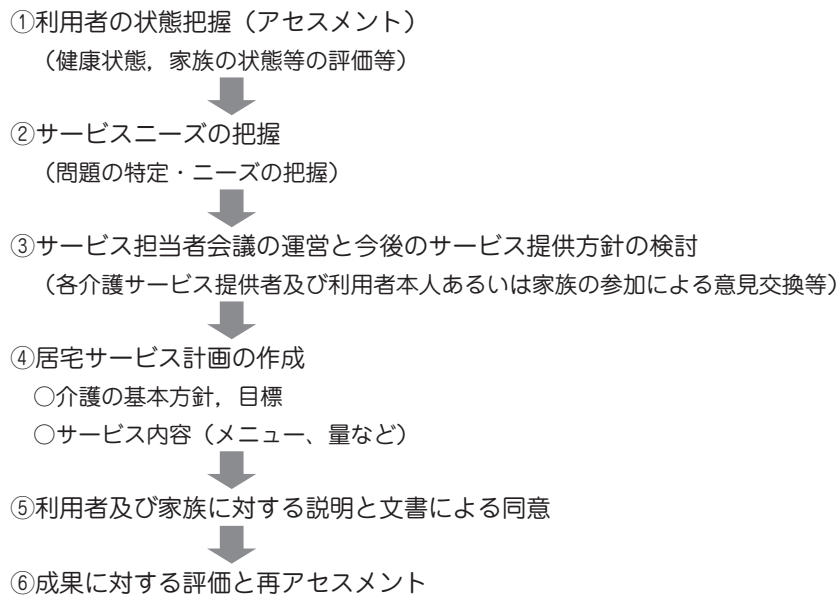
8) 介護保険サービスの基本的理解

1 居宅サービス

保険給付として、その費用が支払われる「居宅サービス」とは、次の12のサービスをいう。

- ① 訪問介護
- ② 訪問入浴介護
- ③ 訪問看護
- ④ 訪問リハビリテーション
- ⑤ 居宅療養管理指導
- ⑥ 通所介護
- ⑦ 通所リハビリテーション
- ⑧ 短期入所生活介護

図 I - 1 - 18 居宅サービス計画作成の手順



9 介護支援専門員が、居宅サービス計画の作成のために、原案に盛り込んだ居宅サービスの担当者を召集して行われる会議。

- ⑨ 短期入所療養介護
- ⑩ 特定施設入居者生活介護
- ⑪ 福祉用具貸与
- ⑫ 特定福祉用具販売

訪問介護

介護福祉士や訪問介護員によって提供される入浴、排泄、食事等の介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスをいう（ただし、「夜間対応型訪問介護」にあたるものを除く）。

訪問介護を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要介護」と認定された利用者である。

訪問入浴介護

居宅を訪問し、持参した浴槽によって行われる入浴の介護をいう。

訪問入浴介護を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要介護」と認定された利用者である。

訪問看護

看護師、准看護師、保健師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が居宅を訪問して行う療養にかかわる世話、または必要な診療の補助を行うサービスをいう。

訪問看護を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要介護」と認定された利用者である。ただし、主治医が、利用者の病状が安定しており、訪問看護が必要と認めた場合に限られる。

訪問リハビリテーション

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士という専門職が、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）を訪問して行われる、心身の機能の維持回復、日常生活の自立を助けることを目的とするリハビリテーションをいう。

訪問リハビリテーションを利用できるのは、居宅で生活を送る、「要介護」と認定された利用者である。ただし、主治医が、利用者の病状が安定しており、サービスの利用が必要と認めた場合に限られる。

居宅療養管理指導

病院や診療所または薬局の医師、歯科医師、薬剤師などによって提供される、療養上の管理及び指導などをいう。

居宅療養管理指導を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要介護」と認定された利用者である。

通所介護

老人デイサービスセンターなどで提供される、入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービス及び機能訓練をいう（ただし、利用定員が19名以上のものに限り、認知症対応型通所介護に当たるものを除く）。利用者は老人デイサービスセンターなどを訪れてこれらのサービスを受けることになる。

通所介護を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要介護」と認定された利用者である。

通所リハビリテーション

介護老人保健施設、病院や診療所で提供される、利用者の心身機能の維持回復、日常生活の自立を助けることを目的とする、リハビリテーションをいう。利用者は介護老人保健施設などを訪れてこれらのサービスを受けることになる。

通所リハビリテーションを利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要介護」と認定された利用者である。ただし、主治医が、利用者の病状が安定しており、サービスの利用が必要と認めた場合に限られる。

短期入所生活介護

特別養護老人ホームなどの施設で短期間、生活してもらい、その施設で行われる、入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービス及び機能訓練をいう。

短期入所生活介護を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要介護」と認定された利用者である。

短期入所療養介護

介護老人保健施設などの施設で短期間、生活してもらい、その施設で行われる、看護、医学的な管理の必要となる介護や機能訓練、そのほかに必要となる医療、日常生活上のサービスをいう。

短期入所療養介護を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要介護」と認定された利用者である。

特定施設入居者生活介護

特定施設に入居している利用者を対象として、その施設が提供するサービスの内容やこれを担当する者などを定めた計画に基づいて行われる入浴、排泄、食事などの介護そのほかの日常生活上のサービスや機能訓練、療養上のサービスをいう。

なお、ここで、「特定施設」とは、有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅（有料老人ホームに該当するもの）をいう（ただし、「地域密着型特定施設」を除く）。

福祉用具貸与

利用者の心身の状況、希望及びその環境をふまえたうえで、適切な福祉用具を選定するための援助、その取付けや調整などを行い、①車いす、②車いす付属品、③特殊寝台、④特殊寝台付属品、⑤床ずれ防止用具、⑥体位変換器、⑦手すり、⑧スロープ、⑨歩行器、⑩歩行補助つえ、⑪認知症老人徘徊感知機器、⑫移動用リフト（つり具の部分を除く）、⑬自動排泄処理装置、の福祉用具を貸し与えることをいう。ただし、要介護1と認定された利用者の場合、利用者の状態像をみてその利用が想定しにくい、①特殊寝台（付属品を含む）、②車いす（付属品を含む）、③床ずれ防止用具及び体位変換器、④認知症老人徘徊感知機器、⑤移動用リフト、⑥自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものは除く）については、一定の例外（たとえば、日常的に起きあがりの困難な利用者が利用する場合の特殊寝台）を除いて保険給付の対象とならない。

福祉用具貸与を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要介護」と認定された利用者である。

特定福祉用具販売

福祉用具のうち、入浴や排泄の際に用いられるなど、貸与にはなじまないもの（これを「特定福祉用具」という）を販売することをいう。具体的には、①腰掛便座、②特殊尿器、③入浴補助用具、④簡易浴槽、⑤移動用リフトのつり具の部分、の5品目である。

特定福祉用具販売を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要介護」と認定された利用者である。

2 地域密着型サービス

保険給付として、その費用が支払われる「地域密着型サービス」とは、次の6つのサー

ビスをいう。「地域密着型サービス」を利用できるのは、原則としてサービスを提供する事業者のある市町村に住む人に限られる（つまり、隣の市町村にある事業所のサービスは、原則として利用できない）。

- ①定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ②夜間対応型訪問介護
- ③地域密着型通所介護
- ④認知症対応型通所介護
- ⑤小規模多機能型居宅介護
- ⑥認知症対応型共同生活介護
- ⑦地域密着型特定施設入居者生活介護
- ⑧地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- ⑨看護小規模多機能型居宅介護

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期的な巡回や利用者からの連絡によって、利用者の居宅を訪問して行われる入浴、排泄、食事などの介護や療養生活を支援するための看護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどをいう。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要介護」と認定された利用者である。

夜間対応型訪問介護

夜間の、定期的な巡回や利用者からの連絡によって、利用者の居宅を訪問して行われる入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどをいう。

夜間対応型訪問介護を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要介護」と認定された利用者である。

地域密着型通所介護

老人デイサービスセンターなどで提供される、入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービス及び機能訓練をいう（ただし、利用定員が19名未満のものに限り、認知症対応型通所介護に当たるものを除く）。利用者は老人デイサービスセンターなどを訪れてこれらのサービスを受けることになる。

地域密着型通所介護を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要介護」と認定された利用者である。

認知症対応型通所介護

認知症にある人が、老人デイサービスセンターなどを訪れて利用する、入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどや機能訓練をいう。認知症対応型通所介護を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームなどの居室も含まれる）で生活を送る、「要介護」と認定された利用者である。

小規模多機能型居宅介護

利用者の居宅で、または利用者がサービス拠点に通ったり、短期間宿泊したりして、提供される入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどや機能訓練をいう。

小規模多機能型居宅介護を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要介護」と認定された利用者である。

認知症対応型共同生活介護

利用者が共同生活を送る住居で提供される入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどや機能訓練をいう。

認知症対応型共同生活介護を利用できるのは、認知症で、かつ「要介護」と認定された利用者である。ただし、認知症の原因となる疾患が急性の状態（症状が急に現れたり、進行したりすること）にない人である。

地域密着型特定施設入居者生活介護

地域密着型特定施設に入居している利用者に対して、その施設が提供するサービスの内容やこれを担当する者などを定めた計画にもとづいて行われる入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどや機能訓練、療養上のサービスをいう。

なお、ここで、「地域密着型特定施設」とは、有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅（有料老人ホームに該当するもの）で、その入居者が「要介護」と認定された人とその配偶者などに限られる施設（「介護専用型特定施設」という）で、そのうち入居定員が29人以下であるものを指す。

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

地域密着型介護老人福祉施設に入所している利用者を対象として、その施設が提供するサービスの内容やこれを担当する職員などを定めた計画（地域密着型施設サービス計画）にもとづいて行われる入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどや機能訓練、療養上のサービスをいう。

なお、ここで、「地域密着型介護老人福祉施設」とは、入所定員が29人以下の特別養護老人ホームであって、「地域密着型施設サービス計画」にもとづいてサービスを提供する施設を指す。

看護小規模多機能型居宅介護

利用者の居宅への訪問、または利用者がサービス拠点に通ったり、短期間宿泊したりして、提供される入浴、排泄、食事などの介護や療養生活を支援するための看護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどや機能訓練をいう。

看護小規模多機能型居宅介護を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要介護」と認定された利用者である。

3 居宅介護支援

居宅サービス、地域密着型サービス、そのほか利用者が日常生活を送るために必要となる保健医療サービスまたは福祉サービスなどを適切に利用することができるよう、利用者の依頼を受けて、その心身の状況、おかれている環境、利用者本人や家族の希望などを考慮したうえで、利用するサービスの種類や内容、これを担当する者などを定めた計画を立案し、その計画にもとづいてサービスが提供されるよう、事業者などと連絡・調整を行うことをいう。

また、利用者が地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設への入所を希望する場合には、それらの施設の紹介や必要な便宜を図る。

居宅介護支援を行う専門職を「介護支援専門員」という。

なお、居宅介護支援を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要介護」と認定された利用者である。

4 介護保険施設

指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、指定介護療養型医療施設をいう。

5 施設サービス

保険給付として、その費用が支払われる「施設サービス」とは、次の4つのサービスをいう。

- ① 介護福祉施設サービス
- ② 介護保健施設サービス
- ③ 介護医療院サービス
- ④ 介護療養施設サービス

指定介護老人福祉施設及び介護福祉施設サービス

介護老人福祉施設とは、特別養護老人ホーム（入所定員が30人以上であるものに限る）であって、その施設が提供するサービスの内容、これを担当する者などを定めた計画（施設サービス計画）にもとづいて、入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービス、機能訓練、健康管理及び療養上のサービスを提供することを目的とする施設である。介護老人福祉施設で提供される、このようなサービスを「介護福祉施設サービス」という。

利用する「介護福祉施設サービス」が保険給付の対象となるには、介護老人福祉施設のうち、都道府県知事が「指定」した介護老人福祉施設（これを「指定介護老人福祉施設」という）から提供される必要がある。

また、指定介護老人福祉施設を利用できるのは、原則として「要介護3以上」と認定された利用者である。ただし、要介護1または2の人であっても、やむを得ない事由により、介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難であると認められる場合、特例的に介護老人福祉施設への入所が認められる。

介護老人保健施設及び介護保健施設サービス

介護老人保健施設とは、その施設が提供するサービスの内容、これを担当する者などを定めた計画（施設サービス計画）にもとづいて、看護、医学的な管理の必要となる介護、機能訓練、そのほかの必要な医療、日常生活上のサービスを提供することを目的とし、所定の要件を満たして都道府県知事の許可をえた施設である。介護老人保健施設で提供される、このようなサービスを「介護保健施設サービス」という。

また、介護老人保健施設を利用できるのは、「要介護」と認定された利用者である。ただし、病状が安定期にあつて、介護老人保健施設でのサービスを必要とする場合に限られる。

指定介護療養型医療施設及び介護療養施設サービス

介護療養型医療施設とは、療養病床などのある病院または診療所で、その施設が提供するサービスの内容、これを担当する者などを定めた計画（施設サービス計画）にもとづいて、療養上の管理、看護、医学的な管理の必要となる介護、そのほかのサービス、機能訓練、そのほかの必要な医療を提供することを目的とした施設である。介護療養型医療施設で提供される、このようなサービスを「介護療養施設サービス」という。

利用する「介護療養施設サービス」が保険給付の対象となるには、都道府県知事が「指定」した介護療養型医療施設（これを「指定介護療養型医療施設」という）から提供される必要がある。

また、指定介護療養型医療施設を利用できるのは、「要介護」と認定された利用者である。ただし、病状が安定期にあつて、介護療養型医療施設でのサービスを必要とする場合に限られる。

なお、介護療養型医療施設は、2024（令和6）年3月末までに廃止されることになっている。

6 介護予防サービス

保険給付として、その費用が支払われる「介護予防サービス」とは、次の10のサービスをいう。

- ①介護予防訪問入浴介護
- ②介護予防訪問看護
- ③介護予防訪問リハビリテーション
- ④介護予防居宅療養管理指導
- ⑤介護予防通所リハビリテーション
- ⑥介護予防短期入所生活介護
- ⑦介護予防短期入所療養介護
- ⑧介護予防特定施設入居者生活介護
- ⑨介護予防福祉用具貸与
- ⑩特定介護予防福祉用具販売

なお、介護予防とは、身体上の、または精神上的の障害があるために、日常生活の基本である入浴や排泄、食事などの動作の全部、もしくはその一部について常に介護が必要である状態であったり、またはそのために日常生活に支障がある状態であったりしたときに、その状態を軽減させたり、その悪化を防止したりすることという。

介護予防訪問入浴介護

介護予防を目的として、利用者の居宅を訪問し、持参した浴槽によって期間を限定して行われる入浴の介護をいう。

介護予防訪問入浴介護を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要支援」と認定された利用者である。

ただし、その利用は疾病などのやむを得ない理由により入浴の介護が必要な場合に限られる。

介護予防訪問看護

介護予防を目的として、看護師、保健師、准看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が一定の期間、居宅を訪問して行う、療養上のサービスまたは必要な診療の補助をいう。介護予防訪問看護を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要支援」と認定された利用者である。ただし、主治医が、利用者の病状が安定期にあって療養上のサービスまたは診療の補助が必要と認めた場合に限られる。

介護予防訪問リハビリテーション

介護予防を目的として、一定の期間、利用者の居宅で提供されるリハビリテーションをいう。介護予防訪問リハビリテーションを利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要支援」と認定された利用者である。ただし、主治医が、利用者の病状が安定期にあって心身機能の維持回復及び日常生活上の自立を図るために、その人の自宅でのリハビリテーションが必要と認めた場合に限られる。なお、このリハビリテーションは診療に基づいて計画的な医学的管理のもとに実施される。

介護予防居宅療養管理指導

介護予防を目的として、病院、診療所または薬局の医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士などによって提供される、療養上の管理及び指導などをいう。

介護予防居宅療養管理指導を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要支援」と認定された利用者である。

介護予防通所リハビリテーション

介護予防を目的として、一定期間、介護老人保健施設、病院、診療所で行われる理学療法、作業療法、そのほかの必要なリハビリテーションをいう。

介護予防通所リハビリテーションを利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要支援」と認定された利用者である。ただし、主治医が、利用者の病状が安定期にあって心身機能の維持回復及び日常生活上の自立を図るために、介護老人保健施設、病院及び診療所で提供されるリハビリテーションが必要と認めた場合に限られる。

介護予防短期入所生活介護

特別養護老人ホームなどの施設で短期間、生活してもらい、介護予防を目的としてその施設で行われる、入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となる支援及び機能訓練をいう。

介護予防短期入所生活介護を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要支援」と認定された利用者である。

介護予防短期入所療養介護

介護老人保健施設、介護療養型医療施設、療養病床をもつ病院・診療所、介護医療院などの施設で短期間、生活してもらい、介護予防を目的としてその施設で行われる、看護、医学的な管理の必要となる介護や機能訓練、そのほかに必要となる医療、日常生活上の支

援をいう。

介護予防短期入所療養介護を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要支援」と認定された利用者である。ただし、利用者の病状が安定期にあってこれらのサービスが必要な場合に限られる。

介護予防特定施設入居者生活介護

特定施設に入居している利用者を対象として、介護予防を目的に、その施設が提供するサービスの内容やこれを担当する者などを定めた計画にもとづいて行われる入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となる支援、機能訓練及び療養上のサービスをいう。

なお、特定施設とは、有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅（有料老人ホームに該当するもの）を指すが、介護予防特定施設入居者生活介護は、特定施設のうち、その入居者が、「要介護」と認定された人とその配偶者に限られる特定施設（これを「介護専用型特定施設」という）で生活する入居者は利用できない。

介護予防福祉用具貸与

福祉用具のうち、介護予防に効果があるとして厚生労働大臣が定めた福祉用具を貸し与えることをいう。具体的な種目は福祉用具貸与の対象となるものと同様であるが、利用者の状態像をみてその利用が想定しにくい、①特殊寝台（付属品を含む）、②車いす（付属品を含む）、③床ずれ防止用具及び体位変換器、④認知症老人徘徊感知機器、⑤移動用リフト、⑥自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く）については、一定の例外（たとえば、日常的に起きあがりの困難な利用者などの場合の特殊寝台）を除いて保険給付の対象とならない。

介護予防福祉用具貸与を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要支援」と認定された利用者である。

特定介護予防福祉用具販売

福祉用具のうち、介護予防に効果のあるものであって、入浴や排泄の際に用いられるなどの理由によって貸与にはなじまないもの（これを「特定介護予防福祉用具」という）を販売することをいう。具体的な種目は特定福祉用具販売の対象となるものと同様である。特定介護予防福祉用具販売を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要支援」と認定された利用者である。

7 地域密着型介護予防サービス

保険給付として、その費用が支払われる「地域密着型介護予防サービス」とは、次の3つのサービスをいう。「地域密着型介護予防サービス」を利用できるのは、原則としてサービスを提供する事業者のある市町村に住む人に限られる（つまり、隣の市町村にある事業所のサービスは利用できない）。

- ①介護予防認知症対応型通所介護
- ②介護予防小規模多機能型居宅介護
- ③介護予防認知症対応型共同生活介護

介護予防認知症対応型通所介護

介護予防を目的として、認知症にある人が、老人デイサービスセンターなどを訪れ、一定期間そこで提供される入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどや機能訓練をいう。

介護予防認知症対応型通所介護を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要支援」と認定された利用者である。

介護予防小規模多機能型居宅介護

利用者の居宅で、または利用者がサービス拠点に通ったり、短期間宿泊したりして、介護予防を目的に提供される入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどや機能訓練をいう。

介護予防小規模多機能型居宅介護を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要支援」と認定された利用者である。

介護予防認知症対応型共同生活介護

介護予防を目的として、利用者が共同生活を送る住居で提供される入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどや機能訓練をいう。介護予防認知症対応型共同生活介護を利用できるのは、「要支援」と認定された人（ただし、厚生労働省令で定める要支援状態区分に当てはまる状態の人に限り）で、認知症にある利用者である。なお、認知症の原因となる疾患が急性（症状が急に現れたり、進行したりすること）の状態にない人である。

8 介護予防支援

介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス及び介護予防に効果のある保健医療サービスまたは福祉サービスを適切に利用することができるよう、利用者の依頼を受けて、

その心身の状況、おかれている環境、利用者本人や家族の希望などを考慮したうえで、利用するサービスの種類や内容、これを担当する人などを定めた計画を立案し、その計画にもとづいてサービスが提供されるよう、事業者などと連絡・調整を行うことをいう。

介護予防支援を行うのは、地域包括支援センターの職員のうち、保健師その他介護予防支援に関する知識をもつ職員である。

なお、介護予防支援を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室も含まれる）で生活を送る、「要支援」と認定された利用者である。

1 事業者及びサービスに関する規定

保険給付は、原則として、居宅サービス及び施設サービスについては都道府県知事から指定を受けた指定居宅サービス事業者及び施設によってサービスを提供された場合に、地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービスについては市町村長から指定を受けた指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型介護予防サービス事業者によってサービスを提供された場合に支払われる（ただし、介護老人保健施設については、都道府県知事の許可）。都道府県知事及び市町村長の指定は、厚生労働大臣が定める基準¹⁰に従い、居宅サービス、介護予防サービス及び地域密着型サービス、地域密着型介護予防サービスの場合は事業を行う者の申請、介護老人福祉施設の場合は入所定員30人以上の特別養護老人ホームの開設者の申請、介護療養型医療施設の場合は療養病床等を有する病院または診療所の開設者の申請、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を行う事業の場合は入所定員29人以下の特別養護老人ホームの開設者の申請により行われる。

ただし、介護保険法による指定を受けずとも、他の法律や規定による指定等がなされたときに、併せて介護保険法にもとづく指定を受けたと「みなされる」場合がある。それは、①健康保険法の規定にもとづく保険医療機関の指定または特定承認保険医療機関の承認があった、病院、診療所による居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び介護予防居宅療養管理指導、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、②健康保険法の規定にもとづく保険薬局の指定があった薬局による居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導、③介護老人保健施設による短期入所療養介護、通所リハビリテーション及び介護予防短期入所療養介護、介護予防通所リハビリテーション、④介護療養型医療施設による短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護、である。また、介護保険法が施行されたときすでに、老人保健法の規定による指定老人訪問看護事業者、及び老人福祉法に規定される特別

10 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（平成11年3月31日厚生省令第37号）指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第38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（平成11年3月31日厚生省令第39号）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3月31日厚生省令第40号）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3月14日厚生労働省令第34号）

指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第35号）

指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第36号）

指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第37号）

養護老人ホームであった場合についても、介護保険法にもとづく指定があったものとみなされる。

「厚生労働大臣が定める基準」には、それぞれのサービス及び施設の特性などに応じて、事業所（施設）ごとにおくべき従業者の数や設備、運営などに関する基準が、必要最低限度の基準として定められている。これを満たさなければサービスを提供するための指定を受けられず、また、運営の開始後、基準に違反することが明らかになった場合には、都道府県知事（地域密着型サービスにあっては市町村長）による指導などの対象となり、この指導などに従わない場合には、これを取り消すことができる。

なお、「厚生労働大臣が定める基準」によって、事業者及び施設に共通して求められる事項として、提供するサービスの質の自己評価、秘密の保持、苦情処理、事故発生時の対応がある。

また、居宅サービス事業者と居宅介護支援事業者、介護予防サービス事業者と介護予防支援事業者については、上記の基準をすべて満たさずとも、市町村がそのサービスが一定水準を満たすと認めた事業者によって提供されるサービスを、「基準該当居宅サービス」として保険給付の対象としている。

2 調査対象サービスの概要

2021(令和3)年12月現在「介護サービス情報の公表」制度の対象となっているサービスについて概要を解説している。

1) 居宅サービス

1 訪問介護

1. サービスの概要

介護福祉士等の訪問介護員が利用者の自宅（養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室を含む。以下同じ）を訪問して行う、入浴、排泄、食事の介護、そのほかの生活全般にわたる援助、もしくは利用者の通院等のための乗車または降車の介助をいう。

2. サービスの内容

介護福祉士等の訪問介護員が、利用者の自宅を訪問し、入浴、排泄、食事等の介護、調理、洗濯、掃除等の家事（利用者が単身生活であったり、同居している家族が病気などであったりするために、自ら行うことが難しい家事であって、利用者が日常生活を送るために必要なもの）、生活等に関する相談及び助言などを提供するサービスをいう。

3. サービスの対象者

訪問介護は、要介護と認定された利用者が利用できるが、このうち、生活援助は利用者が単身であったり、同居している家族に障害があったり、病気であったりするために利用者やその家族自身が家事を行うことが難しい場合に利用できる。

4. その他

訪問介護の実施にあたっては、利用者の日常生活全般の状況及び希望をふまえて、訪問介護の目標、その目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問介護計画が作成されなければならない。訪問介護計画は、事業所ごとに（事業の規模に応じて1人以上）おかれるサービス提供責任者によって作成される。

なお、利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、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入所者生活介護を受けている間は（保険給付の対象となる）訪問介護は利用できない。

2 訪問入浴介護

1. サービスの概要

利用者の自宅に浴槽を持ち込み、看護師（准看護師）、介護職員が行う入浴の介護をいう。

2. サービスの内容

看護師（准看護師）・介護職員が利用者の自宅を訪問し、持ち込んだ浴槽を利用して入

浴の介護が提供される。自宅での入浴の援助を行うことによって、利用者の身体の清潔の保持、心身機能の維持などを図る。

3. サービスの対象者

入浴が困難な利用者がサービスの主な対象者になる。

4. その他

同じ入浴の介護であっても、訪問介護では利用者の自宅にある浴槽に入浴する場合の介護になるが、訪問入浴介護では、訪問入浴車などによって利用者の自宅を訪問し、浴槽を持ち込んだうえで提供される入浴の介護となる。

なお、利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、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入所者生活介護を受けている間は（保険給付の対象となる）訪問入浴介護は利用できない。

3 訪問看護

1. サービスの概要

看護師（准看護師）、保健師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が利用者の自宅を訪問し、療養にかかわる世話、または必要な診療の補助を行うサービスをいう。

2. サービスの内容

具体的には、①病状観察・管理、②清拭等清潔の保持・管理、③褥瘡の処置、④食事介助・栄養管理、⑤カテーテル等の管理、⑥リハビリテーション、⑦ターミナルケア、⑧排泄介助・管理、⑨療養指導を指す。

3. サービスの対象者

利用者の主治医が、（利用者の）病状が安定期にあつて、自宅で、看護師などによる療養にかかわる世話または必要な診療の補助を要すると認めた場合に利用できる。

ただし、末期の悪性腫瘍などの疾病である利用者は利用できない。

4. その他

訪問看護の実施にあたっては、利用者の希望、主治医の指示、及び心身の状況をふまえて、療養上の目標、目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問看護計画が、看護師など（准看護師を除く）によって作成されなければならない。

また、「訪問看護」には、高齢者の医療の確保に関する法律にもとづく訪問看護、健康保険法にもとづく訪問看護もある。介護保険法にもとづく訪問看護は、対象が、要介護者であり、病状も安定期にある場合となっている。

なお、利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、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入所者生活介護を受けている間は（保険給付の対象となる）訪問看護は利用できない。

4 訪問リハビリテーション

1. サービスの概要

理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が、利用者の自宅（養護老人ホームや軽費老人ホーム、有料老人ホームの居室を含む。以下同じ）を訪問して、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるための理学療法、作業療法、その他の必要なリハビリテーションを提供するサービスをいう。

2. サービスの内容

医師の指示及び訪問リハビリテーション計画にもとづいて、理学療法、作業療法その他の必要なリハビリテーションが提供される。

なお、理学療法とは、身体に障害のある利用者に対して、基本的な動作の能力の回復を図るため治療体操その他の運動、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいい、作業療法とは、同じく身体または精神に障害のある利用者に対して、応用的動作能力または社会的適応能力の回復を図るため手芸、工作等の作業を行わせることをいう。

3. サービスの対象者

訪問リハビリテーションは、要介護と認定された者であって、病状が安定期にあること、かつ自宅で、心身の機能の維持回復及び日常生活上の自立を図るために、診療にもとづいて実施される、計画的で、医学的管理の下における理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションが必要と認められた場合に利用できる。

4. その他

訪問リハビリテーションの実施にあたっては、医師の診療にもとづき、利用者の症状、心身の状況、希望及びその環境をふまえて、サービスの目標、目標を達成するための具体的なサービスの内容などを記載した訪問リハビリテーション計画が作成されなければならない。

なお、利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、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入所者生活介護を受けている間は（保険給付の対象となる）訪問リハビリテーションは利用できない。

また、利用者が介護老人保健施設などに通ってリハビリテーションを受ける「通所リハビリテーション」もある。

5 通所介護

1. サービスの概要

利用者が、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、老人福祉センター、地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律第2条第3項第3号に規定する施設または老人デイサービスセンターを訪れ、そこで入浴及び食事の提供、並びに機能訓練など

を受けることをいう。これによる、利用者の社会的な孤立感の解消、心身の機能の維持、利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を目的とする。

また、通所介護には、その一類型として、難病などを抱えるために重度の介護を必要としていたり、がんの末期であったりして、サービスの提供にあたり常に看護師の観察が必要な利用者を対象とする「療養通所介護」がある。療養通所介護の提供に当たっては、利用者の主治医と利用者が利用している訪問看護事業者などとの密接な連携に努めなければならないとされている。

2. サービスの内容

具体的に利用者が受けることになるサービスの内容は、①入浴・食事の提供（これらに伴う介護を含む）、②生活などに関する相談・助言、③健康状態の確認そのほかの必要な日常生活上の世話、④機能訓練である。

3. サービスの対象者

通所介護は、要介護と認定された利用者が利用できる。

なお、療養通所介護の場合は、難病などを抱えるために重度の介護を必要としていたり、がんの末期であったりして、サービスの提供にあたり常に看護師の観察が必要な利用者である。

4. その他

通所介護の実施にあたっては、利用者の心身の状況、希望及びその環境をふまえて、機能訓練の目標、目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画が、事業所ごとにおかれる管理者によって作成されなければならない（療養通所介護についても同様）。

なお、利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、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入所者生活介護を受けている間は（保険給付の対象となる）通所介護は利用できない。

6 通所リハビリテーション

1. サービスの概要

利用者が、介護老人保健施設、病院、診療所を訪れ、それらの施設で、心身の機能の維持回復、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他の必要なりハビリテーションを受けることをいう。

2. サービスの内容

医師の指示及び通所リハビリテーション計画にもとづいて、理学療法、作業療法その他の必要なりハビリテーションが提供される。

3. サービスの対象者

通所リハビリテーションは、要介護と認定された者であって、病状が安定期にあること、かつ介護老人保健施設などで、心身の機能の維持回復及び日常生活上の自立を図るために、

診療にもとづいて実施される、計画的で、医学的管理の下における理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションが必要と認められた場合に利用できる。

4. その他

通所リハビリテーションの実施にあたっては、診療または運動機能検査、作業能力検査などをもとに、利用者の心身の状況、希望及びその環境をふまえて、リハビリテーションの目標、目標を達成するための具体的なサービスの内容などを記載した通所リハビリテーション計画が作成されなければならない。

なお、利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、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入所者生活介護を受けている間は（保険給付の対象となる）通所リハビリテーションは利用できない。

また、理学療法士、作業療法士などが利用者の自宅を訪問してリハビリテーションを行う「訪問リハビリテーション」もある。

7 短期入所生活介護

1. サービスの概要

利用者が、特別養護老人ホーム、養護老人ホームその他これらに準ずる施設または老人短期入所施設に短期間入所し、入浴、排泄、食事などの介護、日常生活上の世話、機能訓練を受けることをいう。これによって、利用者の心身機能の維持や、利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

2. サービスの内容

利用者が老人短期入所施設などの施設に短期間入所して、介護サービスの提供を受ける。具体的なサービスの内容は、入浴、排泄、食事などの介護その他の日常生活上の世話、機能訓練である。

3. サービスの対象者

短期入所生活介護は、要介護と認定された利用者が利用できる。また、利用者自身の心身の状況によって、もしくは家族の疾病、冠婚葬祭、出張などによって、または家族の身体的及び精神的な負担の軽減等を図るために、一時的に自宅で日常生活を送るのに支障があると認められた場合も利用できる。

4. その他

短期入所生活介護を利用する際、利用者は1割の自己負担のほかに、建物及びその付属設備の建設費用、光熱水費及び燃料費などの居住費（滞在費。居住環境によって異なる）と食費（食材料費及び調理にかかる費用）を負担する（「介護療養型医療施設」参照）。

また、短期入所生活介護の実施にあたっては、その心身の状況、希望及びその環境をふまえて、サービスの目標、目標を達成するための具体的なサービスの内容などを記載した短期入所生活介護計画が作成されなければならない。

なお、一時的に施設に入所して利用する介護サービスとしては、この短期入所生活介護

のほかに、短期入所療養介護がある。

8 短期入所療養介護

1. サービスの概要

利用者が、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、療養病床をもつ病院・診療所、老人性認知症疾患療養病棟をもつ病院に短期間入所し、看護、医学的管理の下における介護、機能訓練などを受けることをいう。これによって、療養生活の質の向上や、利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

2. サービスの内容

利用者が、介護老人保健施設などの施設に短期間入所し、看護、医学的管理の下における介護、機能訓練その他の必要な医療、日常生活上のサービスを受ける。

3. サービスの対象者

短期入所療養介護は、要介護と認定された者であって、病状が安定期にあること、かつ介護老人保健施設などで、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練、その他の必要な医療が必要と認められた場合に利用できる。

4. その他

短期入所療養介護を利用する際、利用者は1割の自己負担のほかに、建物及びその付属設備の建設費用、光熱水費及び燃料費などの居住費（滞在費。居住環境によって異なる）と食費（食材料費及び調理にかかる費用）を負担する（「介護療養型医療施設」参照）。

また、短期入所療養介護の実施にあたっては、その心身の状況、病状、希望及びその環境、医師の診療方針をふまえて、サービスの目標、目標を達成するための具体的なサービスの内容などを記載した短期入所療養介護計画が作成されなければならない。

一時的に施設に入所して利用する介護サービスとしては、この短期入所療養介護のほかに、短期入所生活介護がある。

9 特定施設入居者生活介護

1. サービスの概要

有料老人ホーム及び軽費老人ホームなどに入所している、要介護認定を受けた利用者に対して、その施設が提供するサービスの内容などを定めた計画（特定施設サービス計画）にもとづいて行われる入浴、排泄、食事等の介護、洗濯、掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言、日常生活を送るうえで必要となるサービスをいう。

2. 特定施設入居者生活介護を提供できる施設

特定施設入居者生活介護を提供できる施設は有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び高齢者賃貸住宅（一定の居住水準を満たすものに限られる。これを「適合高齢者専用賃貸住宅」という）と定められている（これらを介護保険法では特定施設という）。これら4種類の施設のうち、従事者の数や設備、運営に関する基準を定めた厚生労働省令¹¹を満たして都道府県知事の指定を受けたものが特定施設入居者生活介護を提供できる。

有料老人ホーム

老人福祉法（昭和38年7月11日法律第133号）第29条第1項において、「老人を入居させ、入浴、排せつ若しくは食事の介護、食事の提供又はその他の日常生活上必要な便宜であつて厚生労働省令で定めるもの（以下「介護等」という。）の供与（他に委託して供与をする場合及び将来において供与をすることを約する場合を含む。）をする事業を行う施設であつて、老人福祉施設、認知症対応型老人共同生活援助事業を行う住居その他厚生労働省令で定める施設でないもの」と規定されている施設である。有料老人ホームを設置しようとする場合はあらかじめ、設置しようとする都道府県の知事に届けなければならない。特別養護老人ホームなどとは異なり、民間が主体となって設置・運営する施設で、その設置や運営にあたって公的な支援や補助金はない。そのため、入居の要件やサービス内容、費用の額、その支払方法等は入居者と施設との契約で決定されることになる。なお、費用の支払いについては、入居時に入居一時金として支払うほか、月々の生活費、人件費、運営費などとして、毎月利用料を支払う場合が一般的である。

有料老人ホームは民間の活力と創意工夫により高齢者の多様なニーズに 대응していくことが求められており、一律の規制にはなじまない面があるものの、有料老人ホームが高齢者が長年にわたり生活する場であり、入居者の側からも介護をはじめとするサービスに対する期待が大きいこと、入居にあたり高額の一時金を支払う場合が多いことからサービスの水準を確保するため、行政によって、その地域の実情に応じた関与のなされる必要がある。そのため、建物の規模や構造設備、職員の配置、施設の管理・運営、有料老人ホームの類型・表示事項等を規定した「有料老人ホームの設置運営標準指導指針」¹²が定められている。都道府県ではこの指針を参考として、独自の指導指針を策定し、これにもとづき設置前及び事業の開始後に継続的な指導を行うことになる。

また、利用者の誤解を招くような表示を未然に防止し、利用者の保護を図るため、公正取引委員会では、「不当景品類及び不当表示防止法（昭和37年5月15日法律第134号）」第4条第1項第3号の規定に基づき、「有料老人ホーム等に関する不当な表示」を指定している。

軽費老人ホーム

軽費老人ホームは、老人福祉法第20条の6に規定される老人福祉施設で、その利用対象者によって、A型、B型、ケアハウスの三種類があるが、今後はケアハウスに一元化される。軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準は「軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準」¹³に定められている。

11 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（平成11年3月31日厚生省令第37号）

12 有料老人ホームの設置運営標準指導指針について（平成14年7月18日老発第0718003号）

13 軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準（平成20年5月9日厚生労働省令第107号）

A型は、利用者が生活費に充てることのできる資産、所得、仕送り等またはそれらを合算したものが、基本利用料の2倍に相当する額程度以下の、60歳以上の人（60歳以上の配偶者と共に利用する場合にはこの限りではない）で、①身寄りのない場合、②家庭の事情等によって家族との同居が困難な場合である。なお、A型には給食サービスがつく。

B型は、60歳以上の人（60歳以上の配偶者と共に利用する場合にはこの限りではない）で、家庭環境、住宅事情等の理由により居宅で生活することが困難な人である。ただし、自炊のできない程度の健康状態にある人は除かれる。

ケアハウスは、原則として60歳以上の人（三親等内の親族と共に利用する場合にはこの限りではない）で、自炊のできない程度の身体機能の低下が認められる（そのほかの日常生活の維持は可能であることか、または高齢などの理由によって独立して生活するには不安があり、家族による援助を受けることが困難な人である。なお、ケアハウスでは、利用者の各種相談に応じるとともに適切な助言、食事の提供を行い、利用者の緊急時に対応できる体制がとられている。

養護老人ホーム（養護老人ホームにかかる特定施設入居者生活介護については「介護サービス情報の公表」制度の対象とはならない）

老人福祉法第20条の4に規定される老人福祉施設。65歳以上で、環境上の理由及び経済的理由によって自宅で生活することが難しい場合に、市町村が入所を決定する。

「環境上の理由」とは、①入院しての治療を必要としないこと、②家族や家屋の状態から自宅などで生活することが難しいと認められること、また、「経済的理由」とは、①高齢者のいる世帯が生活保護を受けていること、②市町村民税の所得割の額がないこと、③災害その他の事情により生活の状態が困窮していると認められることとなっている。

サービス付き高齢者向け住宅

サービス付き高齢者向け住宅は、介護・医療と連携し、高齢者の住まいの安定を確保することを目的とした、高齢者単身または高齢者夫婦世帯が安心して居住できる賃貸等の住宅である。2011（平成23）年の「高齢者の居住の安定確保に関する法律」の改正により、それまでの高齢者円滑入居賃貸住宅、高齢者専用賃貸住宅、高齢者向け優良賃貸住宅の制度が廃止されたことに伴って創設された。

サービス付き高齢者向け住宅は、株式会社、医療法人、社会福祉法人等、さまざまな法人や会社が創設しており、年々増加傾向にある。賃貸住宅もしくは有料老人ホームが、規模や設備、サービス、契約等に関する基準を満たして都道府県に登録する。

3. サービスの内容

特定施設入居者生活介護は次の2つに分けられる。

包括型特定施設入居者生活介護

特定施設サービス計画にもとづき、その特定施設の職員によって、入浴、排泄、食事などの介護、その他の日常生活を送るうえで必要となるサービス、機能訓練及び療養上

のサービスが提供される。

外部サービス利用型特定施設入居者生活介護

特定施設の職員は「特定施設サービス計画」の作成、利用者の安否確認、生活相談など（これを「基本サービス」という）を行い、具体的な入浴、排泄、食事などの介護などは、立案された「特定施設サービス計画」に基づいて事業所が委託した外部の介護サービス事業者が提供する。

なお、いずれの場合も、介護サービスの提供にあたっては入居している特定施設が責任をもつ。

4. サービスの対象者

（都道府県の指定を受けて特定施設入居者生活介護が提供される）特定施設に入居している要介護者が対象となる。

5. その他

有料老人ホーム及び軽費老人ホームの居室は介護保険法では居宅として位置づけられている。したがって、都道府県知事の指定を受けていないために特定施設入居者生活介護の事業を行っていない有料老人ホームと軽費老人ホームの入居者は、特定施設入居者生活介護は利用できないものの、それ以外の介護保険の給付対象となる居宅サービスを利用することができる。

なお、特定施設入居者生活介護の事業を行っている有料老人ホームと軽費老人ホームに入居している場合にあっても、特定施設入居者生活介護の代わりに、別の介護保険の給付対象となる介護サービスを利用することもできる。

ただし、特定施設入居者生活介護を受けている利用者は、ほかの（保険給付の対象となる）居宅サービスを利用することはできない。

10 福祉用具貸与

1. サービスの概要

利用者の心身の状況、希望及びその環境をふまえたうえで、適切な福祉用具を選定するための援助、その取付けや調整などを行い、次の福祉用具を貸与することをいう。これによって、利用者が日常生活を送るうえでの便宜を図り、その機能訓練に役立てるとともに、介護者の負担の軽減を目的とする。

2. サービスの内容

福祉用具とは、その研究開発及び普及の促進を目的とした「福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律（平成5年5月6日法律第38号）」において「心身の機能が低下し日常生活を営むのに支障のある老人又は心身障害者の日常生活上の便宜を図るための用具及びこれらの者の機能訓練のための用具並びに補装具をいう」と定義されている。この法律で定められている福祉用具の範囲はきわめて広く、このうち、介護保険法における福祉用具貸与の対象となるものは、①車いす、②車いす付属品、③特殊寝台、④特殊寝台付属品、⑤床ずれ防止用具、⑥体位変換器、⑦手すり、⑧スロープ、⑨歩行器、⑩歩行補助つ

種 目	条 件
車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する場合 1) 日常的に歩行が困難な場合 2) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる場合
特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する場合 1) 日常的に起きあがり困難な場合 2) 日常的に寝返りが困難な場合
床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な場合
認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する場合 1) 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある場合 2) 移動において全介助を必要としない場合
移動用リフト (つり具の部分を除く)	次のいずれかに該当する場合 1) 日常的に立ち上がりが困難な場合 2) 移乗が一部または全介助を必要とする場合 3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる場合

え、⑪認知症老人徘徊感知機器、⑫移動用リフト（つり具の部分を除く）、⑬自動排泄処理装置の13種目である。

なお、要介護1と認定された利用者の場合、その状態像をみてその利用が想定しにくい、

①車いす（付属品を含む）、②特殊寝台（付属品を含む）、③床ずれ防止用具、④体位変換器、⑤認知症老人徘徊感知機器、⑥移動用リフト、⑦自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものは除く）については、原則として保険給付の対象とならない。

ただし、それぞれ次の条件に当てはまる利用者については、保険給付の対象とすることが可能である。

3. その他

利用者が、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、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入所者生活介護を受けている間は（保険給付の対象となる）福祉用具貸与は利用できない。

なお、福祉用具は原則として貸与されることになるが、入浴・排泄などに使用されるため、貸与にはなじまない福祉用具（①腰掛便座、②特殊尿器、③入浴補助用具、④簡易浴槽、⑤移動用リフトのつり具の部分）については、その購入費が支給され、利用者自身で購入することになる。

11 特定福祉用具販売

1. サービスの概要

福祉用具のうち、入浴や排泄の際に用いられるなど、貸与にはなじまないもの（これを「特定福祉用具」という）について、福祉用具専門相談員の助言を受けて行われる販売を

いう。

福祉用具の給付は、対象者の身体の状況、介護の必要度の変化などに応じて用具の交換ができることなどの考え方から原則貸与としており、販売の対象用具は例外的なものであるが、次のような点を判断要素として選定されている。

- ①他人が使用したものを再利用することに心理的抵抗感が伴うもの（入浴・排泄関連用具）
- ②使用により、もとの形態・品質が変化し、再度利用できないもの（つり上げ式リフトのつり具）

販売にあたっては、利用者の心身の状況、希望及びその環境をふまえたうえで、適切な特定福祉用具の選定の援助、取付けや調整などを行い、これによって、利用者の日常生活上の便宜を図り、その機能訓練に役立てるとともに、介護者の負担を軽減することを目的とする。

2. サービスの内容

「特定福祉用具」の具体的な種目は、①腰掛便座、②特殊尿器、③入浴補助用具、④簡易浴槽、⑤移動用リフトのつり具の部分の5種目である。

3. サービスの対象者

特定福祉用具販売は、要介護と認定された利用者が利用できる。

2) 地域密着型サービス

1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

1. サービスの概要

定期的な巡回や利用者からの連絡によって、利用者の居宅を訪問して行われる入浴、排泄、食事などの介護や療養生活を支援するための看護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどをいう。

2. サービスの内容

定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、①定期巡回サービス、②随時対応サービス、③随時訪問サービス及び④訪問看護サービスを適宜適切に組み合わせて、利用者にとって必要なサービスを必要なタイミングで提供し、トータルに利用者の在宅生活の継続を支援する。

3. サービスの対象者

定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、要介護と認定された利用者が利用できる。

4. その他

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の実施にあたっては、利用者の日常生活全般の状況及び希望をふまえて、定期巡回サービス及び随時訪問サービスの目標、その目標を達成するための具体的な定期巡回サービス及び随時訪問サービスの内容等を記載した定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画が作成されなければならない。

なお、利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、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入所者生活介護を受けている間は（介護給付の対象となる）定期巡回・随時対応型訪問介護看護は利用できない。

2 夜間対応型訪問介護

1. サービスの概要

夜間における、定期的な巡回訪問や通報によって、訪問介護員（ホームヘルパー）や介護福祉士が利用者の自宅を訪問して行う、入浴、排泄、食事などの介護、その他の日常生活を送るうえで必要となるサービスをいう。

2. サービスの内容

夜間対応型訪問介護は、①定期的に利用者の自宅を訪問する「定期巡回サービス」、②オペレーションセンターなどからの連絡に応じてその都度訪問する「随時訪問サービス」を提供する。なお、「オペレーションセンター」とは、あらかじめ利用者の心身の状況とその環境などを把握し、利用者からの通報内容をもとに訪問の必要性を判断する役割をもつもので、通常の事業の実施地域内におおむね利用者300人につき1箇所以上を設置しなければならないとされている。

ただし、定期巡回サービスを行う訪問介護員などが利用者からの通報を受けることにより適切に訪問の必要性を判断できる場合には、オペレーションセンターを設置しないことができる。

3. サービスの対象者

夜間対応型訪問介護は、要介護と認定された利用者が利用できる。

4. その他

夜間対応型訪問介護の実施にあたっては、利用者の日常生活全般の状況及び希望をふまえて、定期巡回サービス及び随時訪問サービスの目標、その目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した夜間対応型訪問介護計画が作成されなければならない。夜間対応型訪問介護計画は、オペレーションセンター従業者（オペレーター）によって作成される（オペレーションセンターを設置しない場合には、夜間対応型訪問介護を行う訪問介護員や介護福祉士）。オペレーターは、看護師、准看護師、介護福祉士、医師、保健師、社会福祉士、介護支援専門員でなければならない。

なお、利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、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入所者生活介護を受けている間は（介護給付の対象となる）夜間対応型訪問介護は利用できない。

3 地域密着型通所介護

1. サービスの概要

老人デイサービスセンターなどで提供される、入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービス及び機能訓練をいう（ただし、利用定員が19名未満のものに限り、認知症対応型通所介護に当たるものを除く）。利用者は老人デイサービスセンターなどを訪れてこれらのサービスを受けることになる。

2. サービスの内容

地域密着型通所介護では、通所介護と同様に、送迎、健康チェック、入浴の提供・介助、排泄や食事の介助、レクリエーションなどのサービスを提供する。

3. サービスの対象者

地域密着型通所介護は、要介護と認定された利用者が利用できる。

4. その他

地域密着型通所介護の実施にあたっては、利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境をふまえて、機能訓練等の目標、その目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した地域密着型通所介護計画が作成されなければならない。

なお、利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、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入所者生活介護を受けている間は（介護給付の対象となる）定期巡回・随時対応型訪問介護看護は利用できない。

4 認知症対応型通所介護

1. サービスの概要

認知症のある利用者が、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、老人福祉センター、地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律第2条第3項第3号に規定する施設または老人デイサービスセンターに通い、そこで入浴、排泄、食事などの介護、日常生活上の世話、機能訓練などを受けることをいう。これによる、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持、家族の身体的及び精神的負担の軽減を目的とする。

2. サービスの内容

具体的に利用者が受けることになるサービスの内容は、①入浴、排泄、食事などの介護、②生活などに関する相談・助言、③健康状態の確認その他の必要な日常生活上の世話、④機能訓練である。

また、認知症対応型通所介護は、事業所の形態によって、①単独型、②併設型、③共用型に分けられる。①はその事業所が単独で行っている場合を、②は特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、その他社会福祉法第62条第1項に規定する社会福祉施設及び特定施設に併設している場合をいい、③については、認知症対応型共同生活介護事業所（介護予防認知症対応型共同生活介護事業所）の居間または食堂、地域密着型特定施設（地域密着型介護老人福祉施設）の食堂または共同生活室を用いてこれらの事業所（施設）の利用者や入居者とともに認知症対応型通所介護を行う場合をいう。

3. サービスの対象者

認知症対応型通所介護は、要介護と認定され、かつ、認知症（脳血管疾患、アルツハイマー病そのほかの要因にもとづく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びそのほかの認知機能が低下した状態。ただし、認知症の原因となる疾患が急性の状態にある場合を除く）のある利用者が利用できる。

4. その他

認知症対応型通所介護の実施にあたっては、利用者の心身の状況、その環境及び希望をふまえて、機能訓練などの目標、目標を達成するための具体的なサービスの内容などを記載した認知症対応型通所介護計画が、事業所ごとにおかれる管理者によって作成されなければならない。

なお、利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、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入所者生活介護を受けている間は（保険給付の対象となる）認知症対応型通所介護は利用できない。

5 小規模多機能型居宅介護

1. サービスの概要

利用者の心身の状況やその環境に応じ、利用者の自宅で、または利用者がサービス拠点に通ったり短期間宿泊したりしたうえで提供される入浴、排泄、食事などの介護などをいう。

2. サービスの内容

小規模多機能型居宅介護では、利用者の自宅で（つまり職員が利用者の自宅を訪問して）、または利用者がサービス拠点に通ったり短期間宿泊したりして、入浴、排泄、食事などの介護その他の日常生活を送るうえで必要となるサービス、機能訓練を利用する。つまり、サービス拠点への「通い」を中心に、利用者の様態や希望に応じて、「訪問」や「宿泊」を組み合わせてサービスを提供することにより、利用者の在宅生活の継続を支援するものである。

3. サービスの対象者

小規模多機能型居宅介護は、要介護と認定された利用者が利用できる。

4. その他

小規模多機能型居宅介護には登録者の上限（登録定員）が定められている（25人以下）。登録者とはサービスを利用するために事業所の登録を受けた利用者のことをいう。また、職員が利用者となじみの関係を築きながらサービスを提供できるよう、利用者登録を行うことができる事業所は1箇所とされており、複数の事業所の利用はできない。

小規模多機能型居宅介護の実施にあたっては、利用者の心身の状況、希望及びその環境をふまえて、援助の目標、その目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した小規模多機能型居宅介護計画が作成されなければならない。小規模多機能型居宅介護計

画は、介護支援専門員によって作成される。

なお、利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、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入所者生活介護を受けている間は（介護給付の対象となる）小規模多機能型居宅介護は利用できない。

6 認知症対応型共同生活介護

1. サービスの概要

認知症のある利用者が、共同生活住居（ユニット）で入浴、排泄、食事などの介護その他の日常生活を送るうえで必要となるサービス及び機能訓練を受けることをいう。

2. サービスの内容

認知症のある利用者が、共同生活住居（ユニット）において、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、入浴、排泄、食事などの介護その他の日常生活を送るうえで必要となるサービス及び機能訓練を受けることをいう。

3. サービスの対象者

認知症対応型共同生活介護は、要介護と認定され、かつ認知症である利用者が利用できる。ただし、少人数による共同生活を営むのに支障のない場合とされている。

4. その他

認知症対応型共同生活介護の実施にあたっては、利用者の心身の状況、希望及びその環境をふまえて、援助の目標、その目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した認知症対応型共同生活介護計画が作成されなければならない。認知症対応型共同生活介護計画は、計画作成担当者（1人以上は介護支援専門員）によって作成される。

また、認知症対応型共同生活介護では、「短期利用共同生活介護」を行うことができる。これは、あらかじめ30日以内の利用期間を定めて、共同生活住居（ユニット）の定員の範囲内で、空いている居室などを利用するものである（1ユニット1名）。ただし、認知症対応型共同生活介護事業所がはじめて指定を受けてから3年以上の期間が経過している必要がある。

7 地域密着型特定施設入居者生活介護

1. サービスの概要

「地域密着型特定施設」に入居している利用者に対して、その施設が提供するサービスの内容などを定めた計画（地域密着型特定施設サービス計画）にもとづいて行われる入浴、排泄、食事等の介護、洗濯、掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言、日常生活上の世話をいう。

なお、「地域密着型特定施設」とは、有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅（有料老人ホームに該当するもの）であって、入居者が要介護者とその配偶者などに限られ、入居定員が29人以下であるものをいう。

2. 地域密着型特定施設入居者生活介護を提供できる施設

地域密着型特定施設入居者生活介護を提供できる施設は有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅（有料老人ホームに該当するもの）であって、入居者が要介護者とその配偶者などに限られるもの（介護専用型特定施設¹⁴）のうち、その入居定員が29人以下であるものと定められている（地域密着型特定施設）。これらのうち、従事者の数や設備、運営に関する基準を定めた厚生労働省令¹⁵を満たして市町村長の指定を受けたものが地域密着型特定施設入居者生活介護を提供できる。

有料老人ホーム

44頁参照。

軽費老人ホーム

44頁参照。

養護老人ホーム

45頁参照。

サービス付き高齢者向け住宅

45頁参照。

3. サービスの内容

計画作成担当者によって作成される地域密着型特定施設サービス計画にもとづき、入浴、排泄、食事などの介護、洗濯、掃除などの家事、生活などに関する相談・助言のほか、地域密着型特定施設に入居している利用者が必要とする日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を提供する。

地域密着型特定施設サービス計画には、「その施設が提供する」サービスの内容、これを担当する職員、利用者の健康上及び生活上の問題点、解決すべき課題、提供するサービスの目標とその達成時期ならびにサービスを提供するうえでの留意事項が記載される。

4. サービスの対象者

（市町村長の指定を受けて地域密着型特定施設入居者生活介護が提供される）地域密着型特定施設に入居している要介護者が対象となる。

5. その他

養護老人ホーム、有料老人ホーム及び軽費老人ホームの居室は介護保険法では居宅に位置づけられている。したがって、市町村長の指定を受けていないために地域密着型特定施設入居者生活介護の事業を行っていないこれらの施設の入居者は、地域密着型特定施設入

14 有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅（有料老人ホームに該当するもの）であって、入居者が、①要介護者及びその配偶者、②入居時には要介護者であったがその後要介護者でなくなった者、③入居者である要介護者（②に当てはまる場合を含む）の三親等以内の親族、④特別な事情により入居者である要介護者と同居させることが必要であると認められた者に限られるもの。

15 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3月14日厚生労働省令第34号）

居者生活介護は利用できないものの、それ以外の保険給付の対象となる居宅サービス、地域密着型サービスを利用することができる。

なお、地域密着型特定施設入居者生活介護の事業を行っている場合にあっても、地域密着型特定施設入居者生活介護の代わりに、別の介護保険の給付対象となる居宅サービス、地域密着型サービスを利用することもできる。

ただし、地域密着型特定施設入居者生活介護を受けている利用者は、ほかの（保険給付の対象となる）居宅サービスまたは地域密着型サービスを利用することはできない（居宅療養管理指導を除く）。

8 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

1. サービスの概要

「地域密着型介護老人福祉施設」に入所している利用者に対し、その施設が提供するサービスの内容などを定めた計画（地域密着型施設サービス計画）にもとづいて行われる入浴、排泄、食事などの介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をいう。

なお、「地域密着型介護老人福祉施設」とは、入所定員が29人以下である特別養護老人ホームのことをいう。

2. サービスの内容

可能な限り、居宅での生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事などの介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の提供、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話が、入所者ごとに作成される地域密着型施設サービス計画にもとづいて提供される。

地域密着型施設サービス計画には、提供するサービスの内容、これを担当する者、利用者とその家族の生活に対する意向、利用者の総合的な援助の方針、健康上及び生活上の問題点、解決すべき課題、提供するサービスの目標とその達成時期ならびにサービスを提供するうえでの留意事項が記載される。

3. サービスの対象者

身体上または精神上著しい障害があるために常に介護を必要とし、居宅でその介護を受けることが困難な利用者が対象となる。要介護者が対象であり、要支援者は入所できない。

4. その他

利用者は、介護老人福祉施設（介護福祉施設サービス）と同様、1割の自己負担のほかに、建物及びその付属設備の建設費用、光熱水費及び燃料費などの居住費（滞在費）と、食費（食材料費及び調理にかかる費用）を負担することになっている。その額は居住環境によって異なる（57頁参照）。

また、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の一類型として、「サテライト居住施設」が設けられている。「サテライト型居住施設」とは、本体施設と密接な連携を確保しながら、本体施設とは別の場所で運営される地域密着型介護老人福祉施設をいい、この仕

組みを活用することによって、本体施設のユニット型への改修をすすめることなどが期待されている。

9 看護小規模多機能型居宅介護

1. サービスの概要

利用者の居宅への訪問、または利用者がサービス拠点に通ったり、短期間宿泊したりして、提供される入浴、排泄、食事などの介護や療養生活を支援するための看護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービスなどや機能訓練をいう。

2. サービスの内容

看護小規模多機能型居宅介護では、看護と介護の連携を密接に図りながら、①通いサービス、②訪問サービス（介護サービス・看護サービス）、③宿泊サービスを提供する。

3. サービスの対象者

看護小規模多機能型居宅介護は、要介護と認定された利用者が利用できる。

4. その他

看護小規模多機能型居宅介護の実施にあたっては、利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境をふまえ、援助の目標、その目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した看護小規模多機能型居宅介護計画が作成されなければならない。この計画を基本としつつ、利用者の日々の様態、希望等を勘案し、随時適切に通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを組み合わせた看護及び介護を行わなくてはならない。

看護小規模多機能型居宅介護計画は、介護支援専門員によって作成される。その際、他の看護小規模多機能型居宅介護従事者と協議のうえ作成する。

なお、利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、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入所者生活介護を受けている間は（介護給付の対象となる）定期巡回・随時対応型訪問介護看護は利用できない。

3) 居宅介護支援

1 サービスの内容

自宅で生活を送る利用者が、保険給付の対象となる居宅サービス、そのほか日常生活を営むために必要な保健医療福祉サービスなど（以下、居宅サービスなど）を適切に利用できるよう、利用者の依頼を受けて利用する居宅サービスなどの種類及び内容などを定めた計画（居宅サービス計画（ケアプラン））を作成するとともに、居宅サービス事業者などとの連絡調整を行うことをいい、この業務に携わる専門職を介護支援専門員（ケアマネジャー）という。

2 居宅サービス計画作成の手順

居宅サービス計画作成するには、利用者について、その持っている能力、すでに提供を受けている居宅サービスなど、利用者がおかれている環境などの評価を通じて利用者が抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を送ることができるように支援するうえで解決すべき課題を把握しなければならないとされている。この課題を把握する過程を「アセスメント」という。アセスメントは、利用者の自宅を訪問し、利用者及びその家族に面会して行わなければならない。

また、介護支援専門員はアセスメントの結果にもとづき、利用者の家族の希望とその地域で居宅サービスなどが提供される体制を勘案して、居宅サービス計画の原案を作成する。次いで、サービス担当者会議（介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために居宅サービス計画の原案に位置づけた居宅サービスなどの担当者を招集して行う会議）を開催したり、担当者に照会したりするなどして、居宅サービス計画の原案の内容について、専門的な見地から意見を求める。

その後、介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービスなどについて、保険給付の対象となるかどうかを区分したうえで、居宅サービス計画の原案の内容について利用者またはその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得、居宅サービス計画作成した際には、これを利用者及び担当者に交付する。

さらに、介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。これを「モニタリング」という）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、居宅サービス事業者などとの連絡調整そのほかの便宜の提供を行う。なお、モニタリングは、利用者及びその家族、居宅サービス事業者などとの連絡を継続的に行うこととする。

なお、介護支援専門員は、①要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合、②要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分を変更する認定を受けた場合にはサービス担当者会議、担当者に対する照会などにより、居宅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による意見を求める。

また、利用者が介護保険施設への入所を必要とする場合には、施設の紹介、その他の便宜を提供する。

3 居宅サービス計画の内容

居宅サービス計画は、利用者の心身の状況、そのおかれている環境、利用者自身と家族の希望を勘案して作成される。また、利用する居宅サービスなどの種類及び内容のほか、これを担当する者、利用者及び家族の意向、利用者に対する総合的な援助の方針、健康上及び生活上の問題点及び解決すべき課題、提供される居宅サービスなどの目標及びその達成時期、居宅サービスなどが提供される日時、居宅サービスを提供するうえでの留意事項、利用者の負担額が記入される。

4 サービスの対象者

居宅サービスを利用する要介護者が対象となる。

4) 施設サービス

1 介護老人福祉施設

1. 施設の概要

老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームであって、入所する要介護者に対し、その施設が提供するサービスの内容など定めた計画（施設サービス計画）にもとづいて行われる入浴、排泄、食事の介護などを行う施設。このうち、従事者の数や設備、運営に関する基準を定めた厚生労働省令¹⁶を満たして都道府県知事の指定を受けた指定介護老人福祉施設で行われるサービスが保険給付の対象となる。

2. サービスの内容

可能な限り、居宅での生活への復帰を念頭において、入浴・排泄・食事などの介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の提供、その他の日常生活を送るうえで必要となるサービス、機能訓練、健康管理及び療養上のサービスが、入所者ごとに作成される施設サービス計画にもとづいて提供される。

3. サービスの対象者

身体上または精神上著しい障害があるために常に介護を必要とし、居宅でその介護を受けることが困難な利用者が対象となる。また、2015（平成27）年4月1日から、原則、要介護3以上の認定を受けた利用者が対象である（ただし、要介護1または2の人であっても、やむを得ない事情がある場合には、特例的に入所が認められる）。要支援者は入所できない。

4. その他

利用者は、1割の自己負担のほかに、建物及びその付属設備の建設費用、光熱水費及び燃料費などの居住費（滞在費）と、食費（食材料費及び調理にかかる費用）を負担することになるが、居住環境によってその額は異なる（介護報酬での区分と同様、①ユニット型個室、②ユニット型準個室、③従来型個室、④多床室の4種類に分かれる）。利用者が支払う居住費（滞在費）の範囲は、①ユニット型個室、②ユニット型準個室及び③従来型個室については室料及び光熱水費相当、④多床室については光熱水費相当を基本とし、施設と利用者との契約により定めることになる。

なお、居住費（滞在費）及び食費の支払いを利用者に求めるときには、透明性の確保、利用者保護の観点から、書面による利用者の同意を得ることが必要である。

16 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31日厚生省令第39号）

2 介護老人保健施設

1. 施設の概要

入所する要介護者に対し、その施設が提供するサービスの内容など定めた計画（施設サービス計画）にもとづいて、看護、医学的管理下にある介護及び機能訓練そのほか必要な医療、日常生活を送るうえで必要となるサービスを提供する施設。

2. サービスの内容

医師により、入所者に対して、診察、投薬、注射、検査、処置などの医療ケアが行われる。また、日常動作訓練や離床期・歩行期のリハビリテーション、体位変換・清拭・食事の世話・入浴等の看護・介護サービス、教養娯楽のための催しなどの日常生活にかかるサービスなどが提供される。

3. サービスの対象者

利用者の心身の状況・病状・置かれている環境に照らし、看護、医学的管理下の介護及び機能訓練そのほか医療などが必要であると認められる要介護者であり、要支援者は利用できない。

4. その他

利用者は、1割の自己負担のほかに、建物及びその付属設備の建設費用、光熱水費及び燃料費などの居住費（滞在費）と、食費（食材料費及び調理にかかる費用）を負担することになるが、居住環境によってその額は異なる（介護報酬での区分と同様、①ユニット型個室、②ユニット型準個室、③従来型個室、④多床室の4種類に分かれる）。利用者が支払う居住費（滞在費）の範囲は、①ユニット型個室、②ユニット型準個室及び③従来型個室については室料及び光熱水費相当、④多床室については光熱水費相当を基本とし、施設と利用者との契約により定めることになる。

3 介護医療院

1. サービスの概要

介護医療院は、2017（平成29）年6月に「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が公布され、介護保険法が改正されたことにより、すでに廃止が決まっていた介護療養型医療施設の移行先の一つとして新たに創設された。

介護医療院は、日常的な医学管理を必要とする要介護者の受け入れと、ターミナルケアの実施といった介護療養型医療施設が担ってきた機能の一部を引き継ぐとともに、生活施設としての住まいの機能を兼ね備えたものとなっている。

2. サービスの内容

入所者が可能な限り自立した日常生活を送れるようになることを目指し、施設サービス計画にもとづいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上の世話が提供される。

3. サービスの対象者

病状が安定期にあり、かつ介護医療院において、2のサービスを必要とすると認められた利用者が対象となる。要介護が対象であり、要支援者は利用できない。

4. その他

利用者は、1割の自己負担のほかに、建物及びその付属設備の建設費用、光熱水費及び燃料費などの居住費（滞在費）と、食費（食材料費及び調理にかかる費用）を負担することになるが、居住環境によってその額は異なる（介護報酬での区分と同様、①ユニット型個室、②ユニット型準個室、③従来型個室、④多床室の4種類に分かれる）。利用者が支払う居住費（滞在費）の範囲は、①ユニット型個室、②ユニット型準個室及び従来型個室については室料及び光熱水費相当、④多床室については光熱水費相当を基本とし、施設と利用者との契約により定めることになる。

なお、居住費（滞在費）及び食費の支払いを利用者に求めるときには、透明性の確保、利用者保護の観点から、書面による利用者の同意を得ることが必要である。

4 介護療養型医療施設

1. 施設の概要

療養病床、老人性認知症疾患療養病棟をもつ病院または診療所であって、入所する要介護者に対し、その施設が提供するサービスの内容などを定めた計画（施設サービス計画）にもとづいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他のサービス及び機能訓練、その他の必要な医療を提供する施設。

2. サービスの内容

長期間の療養を必要とする入所者に対し、施設サービス計画にもとづいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他のサービス及び機能訓練、その他の必要な医療が提供される。

3. サービスの対象者

症状が安定期にあり、かつ介護療養型医療施設において、2のサービスを必要とすると認められた利用者が対象となる。要介護者が対象であり、要支援者は利用できない。

4. その他

利用者は、1割の自己負担のほかに、建物及びその付属設備の建設費用、光熱水費及び燃料費などの居住費（滞在費）と、食費（食材料費及び調理にかかる費用）を負担することになるが、居住環境によってその額は異なる（介護報酬での区分と同様、①ユニット型個室、②ユニット型準個室、③従来型個室、④多床室の4種類に分かれる）。利用者が支払う居住費（滞在費）の範囲は、①ユニット型個室、②ユニット型準個室及び③従来型個室については室料及び光熱水費相当、④多床室については光熱水費相当を基本とし、施設と利用者との契約により定めることになる。

なお、居住費（滞在費）及び食費の支払いを利用者に求めるときには、透明性の確保、利用者保護の観点から、書面による利用者の同意を得ることが必要である。

また、療養病床については、医療保険の適用を受けるものと介護保険の適用を受けるも

のとに分けることができるが、いずれにおいても入院患者の状態に変わらないこと、医療の必要性が高い患者はそのうちの一部であること、平均在院日数の長期化を招いていることなどが指摘されていた。そのため、2005（平成17）年12月には、患者の状態に応じた機能の分担を図ることを目的に、その再編を行うことが示された。具体的には、介護療養型医療施設は、2024（令和6）年3月末までに廃止されることになっている。

5) 介護予防サービス

1 介護予防訪問入浴介護

1. サービスの概要

利用者の自宅に浴槽を持ち込み、看護師（准看護師）、介護職員が介護予防を目的として厚生労働省令で定める期間にわたり行う入浴の介護をいう。

2. サービスの内容

看護師（准看護師）、介護職員が利用者の自宅を訪問し、介護予防を目的として、持ち込んだ浴槽を利用して入浴の介護が提供される。自宅での入浴の支援を行うことによって、利用者の身体の清潔の保持、心身機能の維持回復を図る。

3. サービスの対象者

居宅要支援者であって、疾病などやむをえない理由により入浴に介護が必要な場合が対象となる。

4. その他

利用者が介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間は（保険給付の対象となる）介護予防訪問入浴介護は利用できない。

2 介護予防訪問看護

1. サービスの概要

介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり看護師（准看護師）、保健師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が利用者の自宅を訪問し、療養にかかわる世話、または必要な診療の補助を行うサービスをいう。

2. サービスの対象者

居宅要支援者であって、主治医が、（利用者の）病状が安定期にあつて、自宅で、看護師などによる療養にかかわる世話または必要な診療の補助を要すると認めた場合に利用できる。

ただし、末期の悪性腫瘍などの疾病である利用者は利用できない。

3. その他

介護予防訪問看護の実施にあたっては、利用者の病状、心身の状況、その環境及び希望をふまえて、介護予防訪問看護の目標、目標を達成するための具体的なサービスの内容等

を記載した介護予防訪問看護計画が、看護師など（准看護師を除く）によって作成されなければならない。

なお、利用者が介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間は（保険給付の対象となる）介護予防訪問看護は利用できない。

3 介護予防訪問リハビリテーション

1. サービスの概要

介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が、利用者の自宅を訪問して、その心身の機能の維持回復を図り、生活機能の維持または向上を目指す理学療法、作業療法、その他の必要なりハビリテーションを提供するサービスをいう。

2. サービスの内容

医師の指示及び介護予防訪問リハビリテーション計画にもとづいて、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションが提供される。

3. サービスの対象者

介護予防訪問リハビリテーションは、居宅要支援者であって、病状が安定期にあること、かつ自宅で、心身の機能の維持回復及び日常生活上の自立を図るために、診療にもとづいて実施される、計画的で、医学的な管理のもとで提供される理学療法、作業療法その他の必要なりハビリテーションが必要と認められた場合に利用できる。

4. その他

介護予防訪問リハビリテーションの実施にあたっては、利用者の症状、心身の状況、その環境及び希望をふまえて、介護予防訪問リハビリテーションの目標、目標を達成するための具体的なサービスの内容などを記載した介護予防訪問リハビリテーション計画が作成されなければならない。

なお、利用者が介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間は（保険給付の対象となる）介護予防訪問リハビリテーションは利用できない。

また、利用者が介護老人保健施設、病院、診療所に通ってリハビリテーションを受ける「介護予防通所リハビリテーション」もある。

4 介護予防通所リハビリテーション

1. サービスの概要

利用者が、介護老人保健施設、病院、診療所を訪れ、それらの施設で、介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり心身の機能の維持回復を図り、生活機能の維持または向上を目指すために行われる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを受けることをいう。

2. サービスの内容

介護予防通所リハビリテーション計画にもとづいて、理学療法、作業療法等その他の必要なりハビリテーションが提供される。

3. サービスの対象者

介護予防通所リハビリテーションは、居宅要支援者であって、病状が安定期にあること、かつ介護老人保健施設などで、心身の機能の維持回復及び日常生活上の自立を図るために、診療にもとづいて実施される、計画的で、医学的な管理のもとで提供される理学療法、作業療法その他の必要なりハビリテーションが必要と認められた場合に利用できる。

4. その他

介護予防通所リハビリテーションの実施にあたっては、診療または運動機能検査、作業能力検査などをもとに、利用者の心身の状況、希望及びその環境をふまえて、リハビリテーションの目標、目標を達成するための具体的なサービスの内容などを記載した介護予防通所リハビリテーション計画が作成されなければならない。

なお、利用者が介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間は（保険給付の対象となる）介護予防通所リハビリテーションは利用できない。

また、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が利用者の自宅を訪問してリハビリテーションを行う「介護予防訪問リハビリテーション」もある。

5 介護予防短期入所生活介護

1. サービスの概要

利用者が、介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり特別養護老人ホーム、養護老人ホームその他これらに準ずる施設または老人短期入所施設に短期間入所し、入浴、排泄、食事などの介護、日常生活上の支援、機能訓練を受けることをいう。これによって、利用者の心身機能の維持を図り、生活機能の維持または向上を目指すことを目的とする。

2. サービスの内容

利用者が老人短期入所施設などの施設に短期間入所して、入浴、排泄、食事などの介護、日常生活上の支援、機能訓練を受ける。

3. サービスの対象者

介護予防短期入所生活介護は、居宅要支援者が利用できる。また、利用者自身の心身の状況によって、もしくは家族の疾病、冠婚葬祭、出張などによって、または家族の身体的及び精神的な負担の軽減等を図るために、一時的に自宅で日常生活を送るのに支障があると認められた場合も利用できる。

4. その他

介護予防短期入所生活介護を利用する際、利用者は1割の自己負担のほかに、建物及びその付属設備の建設費用、光熱水費及び燃料費などの居住費（滞在費。居住環境によって

異なる)と食費(食材料費及び調理にかかる費用)を負担する。

また、介護予防短期入所生活介護の実施にあたっては、その心身の状況、環境及びその希望をふまえて、介護予防短期入所生活介護の目標、目標を達成するための具体的なサービスの内容などを記載した介護予防短期入所生活介護計画が作成されなければならない。

なお、介護予防短期入所生活介護を受けている間は、(保険給付の対象となる)介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護を利用することはできない。

6 介護予防短期入所療養介護

1. サービスの概要

利用者が、介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり介護老人保健施設、介護療養型医療施設、療養病床をもつ病院・診療所、介護医療院、老人性認知症疾患療養病棟をもつ病院に短期間入所し、看護、医学的管理の下における介護、機能訓練などを受けることをいう。これによって、療養生活の質の向上及び心身機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持または向上を目指すことを目的とする。

2. サービスの内容

利用者が、介護老人保健施設などの施設に短期間入所し、看護、医学的管理の下における介護、機能訓練その他の必要な医療、日常生活上の支援を受ける。

3. サービスの対象者

介護予防短期入所療養介護は、居宅要支援者であって、病状が安定期にあること、かつ介護老人保健施設などで、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練、その他の必要な医療が必要と認められた場合に利用できる。

4. その他

介護予防短期入所療養介護を利用する際、利用者は1割の自己負担のほか、建物及びその付属設備の建設費用、光熱水費及び燃料費などの居住費(滞在費。居住環境によって異なる)と食費(食材料費及び調理にかかる費用)を負担する。

また、介護予防短期入所療養介護の実施にあたっては、その心身の状況、環境及び希望をふまえて、介護予防短期入所療養介護の目標、目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した介護予防短期入所療養介護計画が作成されなければならない。

なお、介護予防短期入所療養介護を受けている間は、(保険給付の対象となる)介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護を利用することはできない。

7 介護予防特定施設入居者生活介護

1. サービスの概要

特定施設に入居している、要支援認定を受けた利用者に対して、介護予防を目的として、その施設が提供するサービスの内容などを定めた計画（介護予防特定施設サービス計画）にもとづいて行われる入浴、排泄、食事等の介護、日常生活上の支援、機能訓練及び療養上の世話をいう。

2. 介護予防特定施設入居者生活介護を提供できる施設

介護予防特定施設入居者生活介護を提供できる施設は有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅（有料老人ホームに該当するもの）と定められている（介護専用型特定施設¹⁷を除く）。これらのうち、従事者の数や設備、運営に関する基準を定めた厚生労働省令¹⁸を満たして都道府県知事の指定を受けたものが介護予防特定施設入居者生活介護を提供できる。

有料老人ホーム

44頁参照。

軽費老人ホーム

44頁参照。

養護老人ホーム

45頁参照。

サービス付き高齢者向け住宅

45頁参照。

3. サービスの内容

計画作成担当者によって作成される介護予防特定施設サービス計画にもとづき、入浴、排泄、食事などの介護、洗濯、掃除などの家事、生活などに関する相談・助言、特定施設に入居している利用者が必要とする日常生活上の支援、機能訓練及び療養上の世話をを行う。

介護予防特定施設サービス計画には、「その施設が提供する」サービスの内容、これを担当する職員、利用者の健康上及び生活上の問題点、解決すべき課題、提供するサービスの目標とその達成時期ならびにサービスを提供するうえでの留意事項が記載される。

4. サービスの対象者

（都道府県知事の指定を受けて介護予防特定施設入居者生活介護が提供される）特定施設に入居している要支援者が対象となる。

5. その他

養護老人ホーム、有料老人ホーム及び軽費老人ホームの居室は介護保険法では居室に位

17 有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅（有料老人ホームに該当するもの）であって、入居者が、①要介護者及びその配偶者、②入居時には要介護者であったがその後要介護者でなくなった者、③入居者である要介護者（②に当てはまる場合を含む）の三親等以内の親族、④特別な事情により入居者である要介護者と同居させることが必要であると認められた者に限られるもの。

18 指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第35号）

置つけられている。したがって、都道府県知事の指定を受けていないために介護予防特定施設入居者生活介護の事業を行っていないこれらの施設の入居者は、介護予防特定施設入居者生活介護は利用できないものの、それ以外の保険給付の対象となる介護予防サービス、地域密着型介護予防サービスを利用することができる。

なお、介護予防特定施設入居者生活介護の事業を行っている場合にあっても、介護予防特定施設入居者生活介護の代わりに、別の介護保険の給付対象となる介護予防サービス、地域密着型介護予防サービスを利用することもできる。

ただし、介護予防特定施設入居者生活介護を受けている利用者は、ほかの（保険給付の対象となる）介護予防サービスまたは地域密着型介護予防サービスを利用することはできない（介護予防居宅療養管理指導を除く）。

8 介護予防福祉用具貸与

1. サービスの概要

介護予防を目的として、福祉用具専門相談員の助言を受けて、福祉用具を貸与することをいう。貸与にあたっては、利用者の心身の状況、希望及びその環境をふまえたうえで、適切な福祉用具の選定の援助、取付けや調整などを行い、これによって、利用者の生活機能の維持または改善を図ることを目的とする。

2. サービスの内容

介護予防福祉用具貸与で貸与される具体的な福祉用具の種目は、福祉用具貸与の対象となるものと同様であるが、利用者の状態像をみてその利用が想定しにくい、①車いす（付属品を含む）、②特殊寝台（付属品を含む）、③床ずれ防止用具、④体位変換器、⑤認知症

種 目	条 件
車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する場合 1) 日常的に歩行が困難な場合 2) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる場合
特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する場合 1) 日常的に起きあがり困難な場合 2) 日常的に寝返りが困難な場合
床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な場合
認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する場合 1) 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある場合 2) 移動において全介助を必要としない場合
移動用リフト (つり具の部分を除く)	次のいずれかに該当する場合 1) 日常的に立ち上がりが困難な場合 2) 移乗が一部または全介助を必要とする場合 3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる場合

老人徘徊感知機器、⑥移動用リフト、⑦自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものは除く）については、原則として保険給付の対象とならない。ただし、それぞれ次の条件に当てはまる利用者については、保険給付の対象とすることが可能である。

3. サービスの対象者

介護予防福祉用具貸与は、居宅要支援者が利用できる。

4. その他

利用者が、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間は（保険給付の対象となる）介護予防福祉用具貸与は利用できない。

9 特定介護予防福祉用具販売

1. サービスの概要

介護予防を目的に、福祉用具のうち、入浴や排泄の際に用いられるなど、貸与にはなじまないもの（これを「特定介護予防福祉用具」という）について、福祉用具専門相談員の助言を受けて行われる販売をいう。

福祉用具の給付は、対象者の身体の状況、介護の必要度の変化などに応じて用具の交換ができることなどの考え方から原則貸与としており、販売の対象用具は例外的なものであるが、次のような点を判断要素として選定されている。

①他人が使用したものを再利用することに心理的抵抗感が伴うもの（入浴・排泄関連用具）

②使用により、もとの形態・品質が変化し、再度利用できないもの（つり上げ式リフトのつり具）

販売にあたっては、利用者の心身の状況、希望及びその環境をふまえたうえで、適切な特定介護予防福祉用具の選定の援助、取付けや調整などを行い、これによって、利用者の心身機能の維持回復を図り、生活機能の維持または向上を目指すことを目的とする。

2. サービスの内容

「特定介護予防福祉用具」の具体的な種目は、①腰掛便座、②特殊尿器、③入浴補助用具、④簡易浴槽、⑤移動用リフトのつり具の部分の5種目である。

3. サービスの対象者

特定介護予防福祉用具販売は、居宅要支援者が利用できる。

6) 地域密着型介護予防サービス

1 介護予防認知症対応型通所介護

1. サービスの概要

認知症のある利用者が、介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、老人福祉センター、地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律第2条第3項第3号に規定する施設または老人デイサ

ービスセンターに通い、そこで入浴、排泄、食事などの介護その他の日常生活上の支援、機能訓練などを受けることをいう。これによる、利用者の心身機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持または向上を目指すことを目的とする。

2. サービスの内容

具体的に利用者が受けることになるサービスの内容は、①入浴、排泄、食事などの介護、②生活などに関する相談・助言、③健康状態の確認その他の必要な日常生活上の支援、④機能訓練である。

また、介護予防認知症対応型通所介護は、事業所の形態によって、①単独型、②併設型、③共用型に分けられる。①はその事業所が単独で行っている場合を、②は特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、その他社会福祉法第62条第1項に規定する社会福祉施設及び特定施設に併設している場合をいい、③については、認知症対応型共同生活介護事業所（介護予防認知症対応型共同生活介護事業所）の居間または食堂、地域密着型特定施設（地域密着型介護老人福祉施設）の食堂または共同生活室を用いてこれらの事業所（施設）の利用者や入居者とともに介護予防認知症対応型通所介護を行う場合をいう。

3. サービスの対象者

介護予防認知症対応型通所介護は、居宅要支援者で、かつ、認知症（脳血管疾患、アルツハイマー病そのほかの要因にもとづく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びそのほかの認知機能が低下した状態。ただし、認知症の原因となる疾患が急性の状態にある場合を除く）のある利用者が利用できる。

4. その他

介護予防認知症対応型通所介護の実施にあたっては、利用者の心身の状況、その環境及び希望をふまえて、介護予防認知症対応型通所介護の目標、目標を達成するための具体的なサービスの内容などを記載した介護予防認知症対応型通所介護計画が、事業所ごとにおかれる管理者によって作成されなければならない。

なお、利用者が介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間は（保険給付の対象となる）介護予防認知症対応型通所介護は利用できない。

2 介護予防小規模多機能型居宅介護

1. サービスの概要

利用者の心身の状況やその環境に応じ、介護予防を目的として、利用者の自宅で、または利用者がサービス拠点に通ったり短期間宿泊したりしたうえで提供される入浴、排泄、食事などの介護などをいう。

2. サービスの内容

介護予防小規模多機能型居宅介護では、利用者の自宅で（つまり職員が利用者の自宅を

訪問して)、または利用者がサービス拠点に通ったり短期間宿泊したりして、入浴、排泄、食事などの介護その他の日常生活を送るうえで必要となるサービス、機能訓練を利用する。

3. サービスの対象者

介護予防小規模多機能型居宅介護は、要支援と認定された利用者が利用できる。

4. その他

介護予防小規模多機能型居宅介護には登録者の上限（登録定員）が定められている（25人以下）。登録者とはサービスを利用するために事業所の登録を受けた利用者のことをいう。また、職員が利用者となじみの関係を築きながらサービスを提供できるよう、利用者登録を行うことができる事業所は1箇所とされており、複数の事業所の利用はできない。

介護予防小規模多機能型居宅介護の実施にあたっては、利用者の日常生活全般の状況、希望をふまえて、介護予防小規模多機能型居宅介護の目標、その目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した介護予防小規模多機能型居宅介護計画が作成されなければならない。介護予防小規模多機能型居宅介護計画は、介護支援専門員によって作成される。

なお、利用者が介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間は（予防給付の対象となる）介護予防小規模多機能型居宅介護は利用できない。

3 介護予防認知症対応型共同生活介護

1. サービスの概要

認知症のある利用者が、介護予防を目的として、共同生活住居（ユニット）で入浴、排泄、食事などの介護その他の日常生活を送るうえで必要となる支援及び機能訓練を受けることをいう。

2. サービスの内容

認知症のある利用者が、共同生活住居（ユニット）において、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、入浴、排泄、食事などの介護その他の日常生活を送るうえで必要となる支援及び機能訓練を受けることをいう。

3. サービスの対象者

介護予防認知症対応型共同生活介護は、要支援2と認定され、かつ認知症である利用者が利用できる。ただし、少人数による共同生活を営むのに支障のない場合とされている。

4. その他

介護予防認知症対応型共同生活介護の実施にあたっては、利用者の日常生活全般の状況、希望をふまえて、介護予防認知症対応型共同生活介護の目標、その目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した介護予防認知症対応型共同生活介護計画が作成されなければならない。介護予防認知症対応型共同生活介護計画は、計画作成担当者（1人以上は介護支援専門員）によって作成される。

また、介護予防認知症対応型共同生活介護では、「介護予防短期利用共同生活介護」を

行うことができる。これは、あらかじめ30日以内の利用期間を定めて、共同生活住居（ユニット）の定員の範囲内で、空いている居室などを利用するものである（1ユニット1名）。ただし、介護予防認知症対応型共同生活介護事業所がはじめて指定を受けてから3年以上の期間が経過している必要がある。

表 I-2-1 事業所数、施設数

		各年10月1日現在			
		令和2年 (2020)	令和元年 (2019)	対前年	
				増減数	増減率 (%)
介護 予 防 サ ー ビ ス	介護予防サービス事業所				
	介護予防訪問入浴介護	1 561	1 626	△ 65	△ 4.0
	介護予防訪問看護ステーション	12 115	11 301	814	7.2
	介護予防通所リハビリテーション	8 274	8 226	48	0.6
	介護予防短期入所生活介護	11 134	11 037	97	0.9
	介護予防短期入所療養介護	5 098	5 101	△ 3	△ 0.1
	介護予防特定施設入居者生活介護	5 033	4 917	116	2.4
	介護予防福祉用具貸与	7 463	7 549	△ 86	△ 1.1
	特定介護予防福祉用具販売	7 506	7 597	△ 91	△ 1.2
	地域密着型介護予防サービス事業所				
介護予防認知症対応型通所介護	3 536	3 664	△ 128	△ 3.5	
介護予防小規模多機能型居宅介護	5 076	5 017	59	1.2	
介護予防認知症対応型共同生活介護	13 612	13 384	228	1.7	
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）	5 249	5 199	50	1.0	
介 護 サ ー ビ ス	居宅サービス事業所				
	訪問介護	35 075	34 825	250	0.7
	訪問入浴介護	1 708	1 790	△ 82	△ 4.6
	訪問看護ステーション	12 393	11 580	813	7.0
	通所介護	24 087	24 035	52	0.2
	通所リハビリテーション	8 349	8 318	31	0.4
	短期入所生活介護	11 668	11 566	102	0.9
	短期入所療養介護	5 220	5 230	△ 10	△ 0.2
	特定施設入居者生活介護	5 454	5 328	126	2.4
	福祉用具貸与	7 545	7 651	△ 106	△ 1.4
	特定福祉用具販売	7 529	7 630	△ 101	△ 1.3
	地域密着型サービス事業所				
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1 099	1 020	79	7.7
	夜間対応型訪問介護	220	228	△ 8	△ 3.5
	地域密着型通所介護	19 667	19 858	△ 191	△ 1.0
	認知症対応型通所介護	3 868	3 973	△ 105	△ 2.6
	小規模多機能型居宅介護	5 556	5 502	54	1.0
	認知症対応型共同生活介護	13 977	13 760	217	1.6
	地域密着型特定施設入居者生活介護	354	352	2	0.6
	複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）	711	588	123	20.9
地域密着型介護老人福祉施設	2 413	2 359	54	2.3	
居宅介護支援事業所	39 284	40 118	△ 834	△ 2.1	
介護保健施設					
介護老人福祉施設	8 306	8 234	72	0.9	
介護老人保健施設	4 304	4 337	△ 33	△ 0.8	
介護医療院	536	245	291	118.8	
介護療養型医療施設	556	833	△ 277	△ 33.3	

注：複数のサービスを提供している事業所は、各々に計上している。

出典：令和2年介護サービス施設・事業所調査

表 I-2-2 利用者数、在所者数

各年10月1日現在

		利用者・在所者数				
		令和2年 (2020)	令和元年 (2019)	対前年		
				増減数	増減率 (%)	
介護 予 防 サ ー ビ ス	介護予防サービス事業					
	介護予防訪問入浴介護	465	391	74	18.9	
	介護予防訪問看護ステーション	94 695	84 082	10 613	12.6	
	介護予防通所リハビリテーション	166 772	172 194	△ 5 422	△ 3.1	
	介護老人保健施設	63 237	67 032	△ 3 795	△ 5.7	
	介護医療院	980	283	697	246.3	
	医療施設	102 555	104 879	△ 2 324	△ 2.2	
	介護予防短期入所生活介護	8 824	10 820	△ 1 996	△ 18.4	
	介護予防短期入所療養介護	1 045	1 261	△ 216	△ 17.1	
	介護老人保健施設	1 015	1 216	△ 201	△ 16.5	
	介護医療院	8	6	2	33.3	
	医療施設	22	39	△ 17	△ 43.6	
	介護予防特定施設入居者生活介護	33 777	33 457	320	1.0	
介護予防福祉用具貸与	632 371	614 580	17 791	2.9		
地域密着型介護予防サービス事業所	介護予防認知症対応型通所介護	973	1 099	△ 126	△ 11.5	
	介護予防小規模多機能型居宅介護	11 725	11 974	△ 249	△ 2.1	
	介護予防認知症対応型共同生活介護	1 215	1 193	22	1.8	
	介護予防支援事業所（地域包括支援センター）	1 190 344	1 139 163	51 181	4.5	
介護 サ ー ビ ス	居宅サービス事業所					
	訪問介護	1 155 110	1 166 630	△ 11 520	△ 1.0	
	訪問入浴介護	66 036	63 288	2 748	4.3	
	訪問看護ステーション	848 317	763 932	84 385	11.0	
	通所介護	1 237 518	1 305 922	△ 68 404	△ 5.2	
	通所リハビリテーション	418 576	437 856	△ 19 280	△ 4.4	
	介護老人保健施設	239 887	249 402	△ 9 515	△ 3.8	
	介護医療院	2 358	759	1 599	210.7	
	医療施設	176 331	187 695	△ 11 364	△ 6.1	
	短期入所生活介護	297 123	332 984	△ 35 861	△ 10.8	
	短期入所療養介護	41 892	50 949	△ 9 057	△ 17.8	
	介護老人保健施設	40 565	49 250	△ 8 685	△ 17.6	
	介護医療院	285	142	143	100.7	
	医療施設	1 042	1 557	△ 515	△ 33.1	
	特定施設入居者生活介護	215 297	207 680	7 617	3.7	
	福祉用具貸与	2 066 635	2 022 517	44 118	2.2	
	地域密着型サービス事業所	定期巡回型・随時対応型訪問介護看護	29 333	24 200	5 133	21.2
		夜間対応型訪問介護	3 790	3 321	469	14.1
		地域密着型通所介護	440 381	467 660	△ 27 279	△ 5.8
		認知症対応型通所介護	55 508	58 888	△ 3 380	△ 5.7
		小規模多機能型居宅介護	100 447	98 850	1 597	1.6
		認知症対応型共同生活介護	205 514	201 338	4 176	2.1
		地域密着型特定施設入居者生活介護	8 028	7 848	180	2.3
		複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）	14 339	11 760	2 579	21.9
		地域密着型介護老人福祉施設	61 158	59 553	1 605	2.7
		居宅介護支援事業所	2 757 558	2 691 276	66 282	2.5
介護保険施設	介護老人福祉施設	552 769	545 735	7 034	12.9	
	介護老人保健施設	330 837	334 212	△ 3 375	△ 1.0	
	介護医療院	31 694	15 085	16 609	110.1	
	介護療養型医療施設	16 274	30 250	△ 13 976	△ 46.2	

注：1) 介護予防訪問看護ステーションは、介護保険法の利用者として「要支援認定申請」を含む。
 2) 介護予防短期入所生活介護と短期入所生活介護は、空床利用型の利用者を含まない。
 3) 介護予防特定施設入居者生活介護は、「要支援認定申請」を含む。
 4) 訪問看護ステーションは、介護保険法・健康保険法の利用者として「要介護認定申請」[定期巡回・随時対応型訪問介護看護との連携]「その他」を含む。
 5) 特定施設入居者生活介護と地域密着型特定施設入居者生活介護は、「要介護認定申請」を含む。
 6) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、連携型事業所の訪問看護利用者を含まない。

出典：表 I-2-1 に同じ。

表 I-2-3 開設主体・経営主体別事業所数及び構成割合

令和2年10月1日現在

	事業所数	実数								
		地方公共団体	公的・社会保険関係団体	社会福祉法人	医療法人	社団・財団法人	協同組合	営利法人(会社)	特定非営利活動法人(NPO)	その他
居宅サービス事業所										
訪問介護	35 063	93	1 573	3 930	1 858	615	689	24 460	1 721	124
訪問入浴介護	1 708	2	274	176	31	8	11	1 199	6	-
訪問看護ステーション	12 393	221	627	744	2 953	483	192	6 935	180	57
通所介護	24 087	91	1 154	7 590	1 837	150	362	12 486	400	16
通所リハビリテーション	8 439	220	97	682	6 507	217	-	4	-	620
介護老人保健施設	3 690	117	68	614	2 742	114	-	-	-	34
介護医療院	70	3	1	-	59	5	-	-	-	1
医療施設	4 589	100	28	68	3 706	98	-	4	-	585
短期入所生活介護	11 668	164	112	9 773	333	8	40	1 175	47	18
短期入所療養介護	5 220	173	82	673	4 038	158	-	-	-	94
介護老人保健施設	4 197	131	74	666	3 156	131	-	-	-	39
介護医療院	312	8	2	-	281	11	-	-	-	9
医療施設	711	34	6	7	601	16	-	-	-	46
特定施設入居者生活介護	5 454	33	13	1 200	346	33	16	3 763	22	29
福祉用具貸与	7 545	1	36	110	101	37	86	7 119	34	20
福祉用具販売	7 529	-	16	96	79	37	85	7 167	32	17
地域密着型サービス事業所										
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1 099	-	7	296	190	20	41	530	11	4
夜間対応型訪問介護	217	1	3	78	16	4	9	104	2	-
地域密着型通所介護	19 667	51	396	1 948	738	191	196	14 914	1 152	82
認知症対応型通所介護	3 868	10	92	1 530	453	40	50	1 465	218	10
小規模多機能型居宅介護	5 556	3	91	1 710	659	33	122	2 609	312	16
認知症対応型共同生活介護	13 977	12	74	3 356	2 216	65	79	7 584	569	22
地域密着型特定施設入居者生活介護	352	-	1	108	61	2	2	171	6	1
複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)	711	-	-	122	174	35	21	336	23	1
地域密着型介護老人福祉施設	2 413	15	20	2 377	-	-	-	-	-	-
介護予防支援事業所(地域包括支援センター)	5 238	1 156	792	2 101	770	201	56	117	32	14
居宅介護支援事業所	39 136	271	1 668	7 919	6 179	809	791	20 046	1 161	291
		構成割合								
	事業所数	地方公共団体	公的・社会保険関係団体	社会福祉法人	医療法人	社団・財団法人	協同組合	営利法人(会社)	特定非営利活動法人(NPO)	その他
居宅サービス事業所										
訪問介護	100.0	0.3	4.5	11.2	5.3	1.8	2.0	69.8	4.9	0.4
訪問入浴介護	100.0	0.1	16.0	10.3	1.8	0.5	0.6	70.2	0.4	-
訪問看護ステーション	100.0	1.8	5.1	6.0	23.8	3.9	1.5	56.0	1.5	0.5
通所介護	100.0	0.4	4.8	31.5	7.6	0.6	1.5	51.8	1.7	0.1
通所リハビリテーション	100.0	2.6	1.1	8.1	77.1	2.6	-	...	-	7.3
介護老人保健施設	100.0	3.2	1.8	16.6	74.3	3.1	-	-	-	0.9
介護医療院	100.0	4.3	1.4	-	84.3	7.1	-	-	-	1.4
医療施設	100.0	2.2	0.6	1.5	80.8	2.1	-	0.1	-	12.7
短期入所生活介護	100.0	1.4	1.0	83.8	2.9	0.1	0.3	10.1	0.4	0.2
短期入所療養介護	100.0	3.3	1.6	12.9	77.4	3.0	-	-	-	1.8
介護老人保健施設	100.0	3.1	1.8	15.9	75.2	3.1	-	-	-	0.9
介護医療院	100.0	2.6	0.6	-	90.1	3.5	-	-	-	2.9
医療施設	100.0	4.8	0.8	1.0	84.5	2.3	-	-	-	6.5
特定施設入居者生活介護	100.0	0.6	0.2	22.0	6.3	0.6	0.3	69.0	0.4	0.5
福祉用具貸与	100.0	...	0.5	1.4	1.3	0.5	1.1	94.3	0.5	0.3
福祉用具販売	100.0	-	0.2	1.3	1.0	0.5	1.1	95.2	0.4	0.2
地域密着型サービス事業所										
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	100.0	-	0.6	26.9	17.3	1.8	3.7	48.2	1.0	0.4
夜間対応型訪問介護	100.0	0.5	1.4	35.9	7.4	1.8	4.1	47.9	0.9	-
地域密着型通所介護	100.0	0.3	2.0	9.9	3.8	1.0	1.0	75.8	5.9	0.4
認知症対応型通所介護	100.0	0.3	2.4	40.0	11.7	1.0	1.3	37.9	5.6	0.3
小規模多機能型居宅介護	100.0	0.1	1.6	30.8	11.9	0.6	2.2	47.0	5.6	0.3
認知症対応型共同生活介護	100.0	0.1	0.5	24.0	15.9	0.5	0.6	54.3	4.1	0.2
地域密着型特定施設入居者生活介護	100.0	-	0.3	30.7	17.3	0.6	0.6	48.6	1.7	0.3
複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)	100.0	-	-	17.2	24.5	4.9	3.0	47.3	3.2	0.1
地域密着型介護老人福祉施設	100.0	0.6	0.8	98.5	-	-	-	-	-	-
介護予防支援事業所(地域包括支援センター)	100.0	22.1	15.1	40.1	14.7	3.8	1.1	2.2	0.6	0.3
居宅介護支援事業所	100.0	0.7	4.3	20.2	15.8	2.1	2.0	51.2	3.0	0.7

出典：表 I-2-1 に同じ。

表 I - 2 - 4 開設主体別施設数及び構成割合

令和2年10月1日現在

	施設数	実 数									
		都道府県	市区町村	広域連合 ・一部 事務組合	日本赤 十字社・ 社会保険 関係団体	社会福祉 協議会	社会福祉 法 人	医療法人	社団・財団 法 人	その他の 法 人	その他
介護保険施設	8 306	32	222	97	8	19	7 927	-	-	-	-
介護老人福祉施設	4 304	-	134	22	74	1	675	3 232	121	42	2
介護老人保健施設	536	1	11	-	4	-	8	485	15	4	8
介護医療院	556	-	37	-	8	-	4	456	9	4	39
		構 成 割 合 (%)									
	施設数	都道府県	市区町村	広域連合 ・一部 事務組合	日本赤 十字社・ 社会保険 関係団体	社会福祉 協議会	社会福祉 法 人	医療法人	社団・財団 法 人	その他の 法 人	その他
介護保険施設	100.0	0.4	2.7	1.2	0.1	0.2	95.4	-	-	-	-
介護老人福祉施設	100.0	-	3.1	0.5	1.7	0.0	15.7	75.1	2.8	1.0	0.0
介護老人保健施設	100.0	0.2	2.1	-	0.7	-	1.5	90.5	2.8	0.7	1.5
介護医療院	100.0	-	6.7	-	1.4	-	0.7	82.0	1.6	0.7	7.0

出典：表 I - 2 - 1 に同じ。

第
Ⅱ
編

介護サービス情報の公表の理解

1 「介護サービス情報の公表」制度化の背景と検討の経緯

「介護サービス情報の公表」制度は、2005（平成17）年の介護保険法改正によって創設され、2006（平成18）年から施行された。本章では、その制度化の背景と検討の経緯について解説し、理解を得る。

介護保険制度は、「利用者本位」、「高齢者の自立支援」、「利用者による選択（自己決定）」を基本理念とし、多様な主体からの介護サービス事業者の参入を前提にしながら、利用者が自ら主体的に事業者を選択し直接契約により利用する仕組みである。利用者がより良い介護サービス事業所を選択することで準市場における競争原理が適正に機能し、介護サービス全体の質や事業の効率化の向上が図られることが期待されている¹⁹。

このように、制度的には、契約の当事者としての「利用者」と「事業者」の対等な関係の構築がめざされているのである。しかしながら、一般的な消費者契約においては、当事者間の「情報の非対称性」²⁰、「交渉力格差」²⁰の存在が指摘されており、とりわけ医療や福祉（介護）サービスの提供場面においては、サービスや利用者の特性に鑑み、こうした問題がますます深刻化することが懸念されていた。

介護保険制度の基本理念を、現実のサービス利用場面において具現化し、真に利用者事業者の対等な関係を実質的に保障していくためには、利用者が選択できるだけのサービス供給量を確保する一方で、利用したいサービスやこれを提供する事業者が自らの希望に沿うものかどうかを主体的に判断できるよう一定の「情報」が利用者の元に届けられる仕組みの構築が求められる。特に今後の利用者の権利意識の高揚や高度な情報通信の活用等を展望すれば、こうした情報提供のための環境整備が大変重要になってくる。

19 1980年代にイギリスのサッチャー政権下で提唱されたニュー・パブリック・マネジメント理論（New Public Management：新公共経営理論）は、主体規制の緩和（市場原理の導入）、利用者主権（選択・自己決定）、情報開示の徹底などを基本的な考え方として、公的部門に民間の経営手法や競争原理を導入することで、サービス全体の質の向上や事業の効率性を追求する考え方であり、介護保険制度もこうした流れを受けて構築されている。今後、社会保険制度の下でサービス提供を行う事業者は、情報の公表（透明性の確保）を求められることとなる（参考：経済財政諮問会議ホームページ）。

20 情報の非対称性と「交渉力格差」について

介護保険制度ではサービスの利用形態が従来の「措置」から「契約」へと移行したことにより、利用者とサービス提供事業者は、契約上において対等な位置づけとなっている。しかしながら、一般的に消費者契約においては、事業者が有する情報と利用者が有する情報との間に、量、内容、精度等において大きな格差があることや、それぞれの利用者が保有する情報の分布や取得方法等においても偏りが生じることなどの問題が指摘されている（「情報の非対称性」）。

さらに、介護保険制度における利用者は高齢者や障害者であり、高齢の夫婦や一人暮らしの高齢者も増加していることなどから、こうした「情報の非対称性」に加えて、サービス利用場面における「交渉力格差」が大きいことも指摘されているのである。

このうち、サービス供給量の確保については、従前の社会福祉法人や医療法人などに加え民間企業やNPO等の参入拡大に伴い、事業所数は急速に増加してきており、介護サービスの供給基盤は急速に整いつつあるといえる。一方、介護サービスの情報提供のための基盤整備については、介護保険法施行後の状況を検証してもなお十分な対応がなされているとは言い難い状況にある。このため、2005（平成17）年の介護保険制度見直しにおいてはサービスや介護サービス事業所の代替性が確保されつつあることを前提として、「利用者の選択」を適正に機能させる環境整備が図られることとなった。

同時に介護サービス全体の質の向上を目指すうえで、介護サービス事業所自らのサービス改善に向けた不断の努力が不可欠であることはいうまでもない。その際、介護サービスに関する情報提供のための環境を整備することによって、こうした事業者側の自主努力が利用者の目に見える形で中立・公正に届けられる仕組みが必要であるという背景も併せて考える必要がある。

こうした介護サービスに関する情報提供のための環境を整備することの必要性については、政府の「高齢社会対策の大綱について」（平成13年12月28日：閣議決定）、「規制改革推進3か年計画（再改定）」（平成15年3月28日：閣議決定）、「高齢者介護研究会報告」（平成15年6月26日：厚生労働省老健局）等においても指摘されている。

このような背景のもと、介護保険制度の基本理念である「利用者本位」、「高齢者の自立支援」、「利用者による選択（自己決定）」を現実のサービス利用場面で保障するための仕組みについての検討の必要性が求められ、平成15年度より厚生労働省の国庫補助事業による調査研究事業として、社団法人シルバーサービス振興会（当時）に設置された調査研究委員会²¹において、検討が行われた結果、利用者による、介護サービスや事業者の適切な選択に資する「情報開示の標準化」の必要性が提言された。これをふまえて、厚生労働省の社会保障審議会介護保険部会（部会長：貝塚啓明 中央大学研究開発機構教授）において、介護保険制度全体の見直しが検討される過程において、介護サービスや事業者の情報開示についても検討されたところである。この検討結果として、2004（平成16）年7月30日に、同部会から『介護保険制度の見直しに関する意見』が報告され、情報開示の徹底と開示情報の標準化を進める必要性が併せて提言された。

21 社団法人シルバーサービス振興会（当時）に設置された調査研究委員会

平成15年度に設置され、次のとおり、毎年度、名称変更を行いながら、継続的に調査研究を実施中である。

本テキストにおいては、当該3つの名称を総称して「調査研究委員会」と表示する。

平成15年度 介護保険サービスの質の評価に関する調査研究委員会

平成16年度 介護サービスの情報開示の標準化に関する調査研究委員会

平成17年度 介護サービス情報の公表に関する調査研究委員会

委員長：大森 彌（東京大学名誉教授）

副委員長：樋口 恵子（高齢社会をよくする女性の会代表）

○高齢社会対策の大綱について（平成13年12月28日閣議決定）― 抜粋 ―

第三 分野別の基本的施策

2 健康・福祉

(3) 介護サービスの充実

イ 介護サービスの質の向上

(略)

利用者が介護サービスを適切に選択し、良質なサービスを利用できるよう、情報通信等を活用した事業者の情報公開等を進める。

(略)

○規制改革推進3か年計画（再改定）（平成15年3月28日閣議決定）― 抜粋 ―

6 福祉等

1 介護分野

(5) 介護サービス事業者の情報公開及び第三者評価の推進

(略)

また、痴呆性高齢者グループホームについては、特に入所者の特性から事業者の評価が重要である点にかんがみ、平成14年度から他の介護サービス事業者に先んじて第三者評価制度が実施されたところであるが、特別養護老人ホームや有料老人ホームなど他の事業者についても、順次第三者評価の推進方策を講ずる。

【平成15年度中に検討（逐次実施）】

○2015年の高齢者介護 ～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～
高齢者介護研究会報告（2003年6月26日）― 抜粋 ―

4. サービスの質の確保と向上

(略)

評価結果を利用者に開示することにより、質の高いサービスを提供する事業者が選択され、事業者自身にも質の改善を促していく仕組みの構築が求められる。具体的には、現在、痴呆性高齢者グループホームについて実施しているような外部評価の仕組みを他のサービスにも早期に導入することが必要である。

○経済財政運営と構造改革に関する基本方針2004(平成16年6月4日閣議決定) — 抜粋 —

5. 「持続的な安全・安心」の確立

(1) 社会保障制度の総合的改革

(略)

(介護保険制度改革)

・給付費の急増を回避し、将来にわたり持続可能な制度となるよう、社会保障制度の総合的改革の観点に立って、平成17年度に改革を行う。給付の実態を精査し、給付の重点化と効率化を図りつつ、制度創設以来の論議を踏まえ、以下の内容を中心とする改革を行う。これによって、保険料負担の上昇を極力抑制する。

(略)

③第三者評価の義務付け等のサービスの質の向上

(略)

○社会保障審議会介護保険部会報告(平成16年7月30日) — 抜粋 —

第2 制度見直しの具体的内容

II. 新たなサービス体系の確立

3. 情報開示の徹底と事後規制ルールの確立

(1) 情報開示の徹底と開示情報の標準化

○利用者によるサービスの選択を実効あるものとする観点から、全ての介護サービス事業所を対象として、当該事業所が現に行っている事柄(事実)を第三者が客観的に調査・確認し、その結果の全てを定期的の開示する仕組みの導入とそのための開示情報の標準化を進める必要がある。

○この仕組みは、

①全ての介護サービス事業所が、サービス種別ごとに予め標準的に作成された「事業所情報開示項目」に必要事項を記入し、これを定期的の開示する、

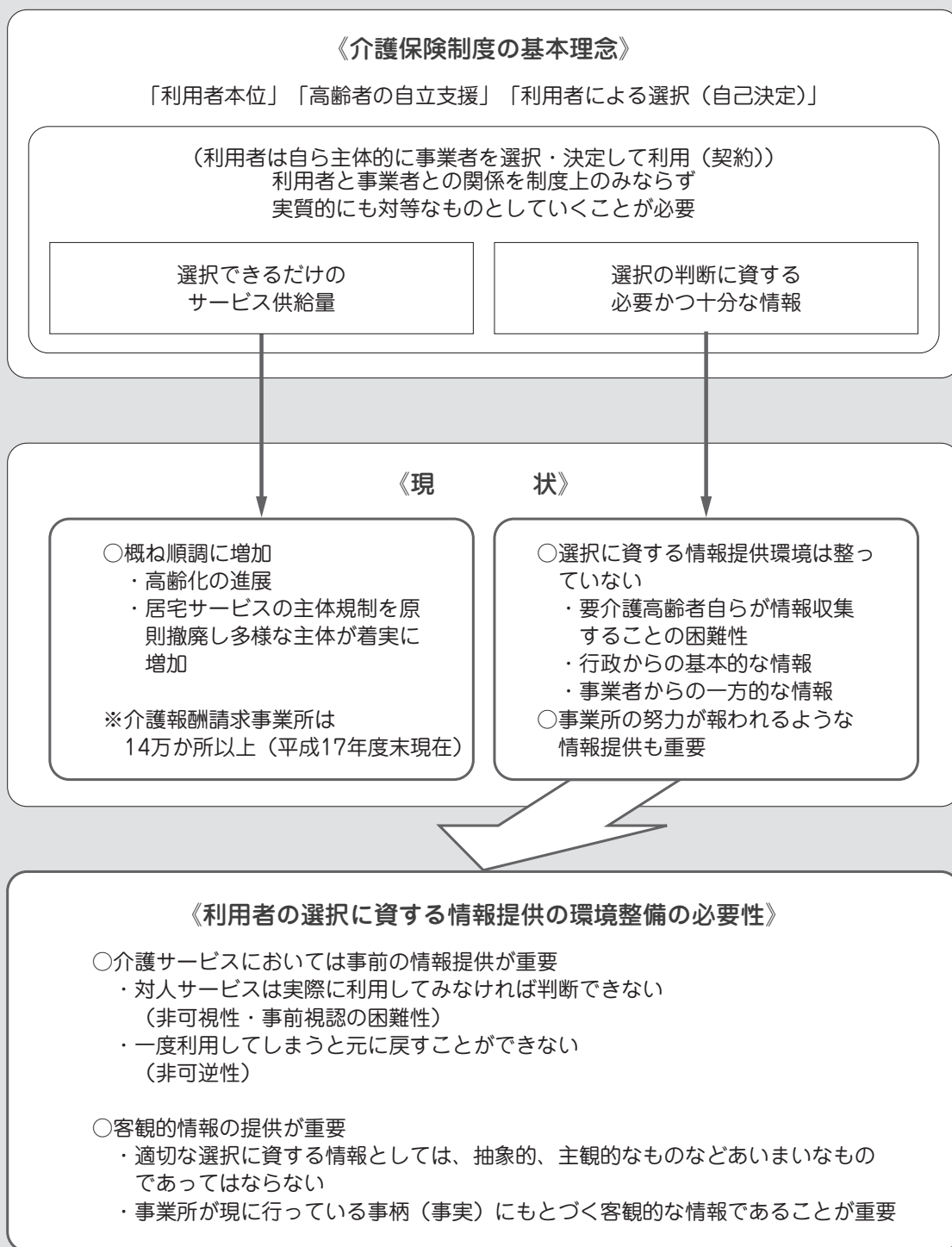
②事業所情報開示項目は、事業所が記入した内容をそのまま開示する「基本情報項目」と、第三者である調査員による事実確認を経て開示される「調査情報項目」により構成する、

③調査の実施主体は都道府県単位を基本とする、

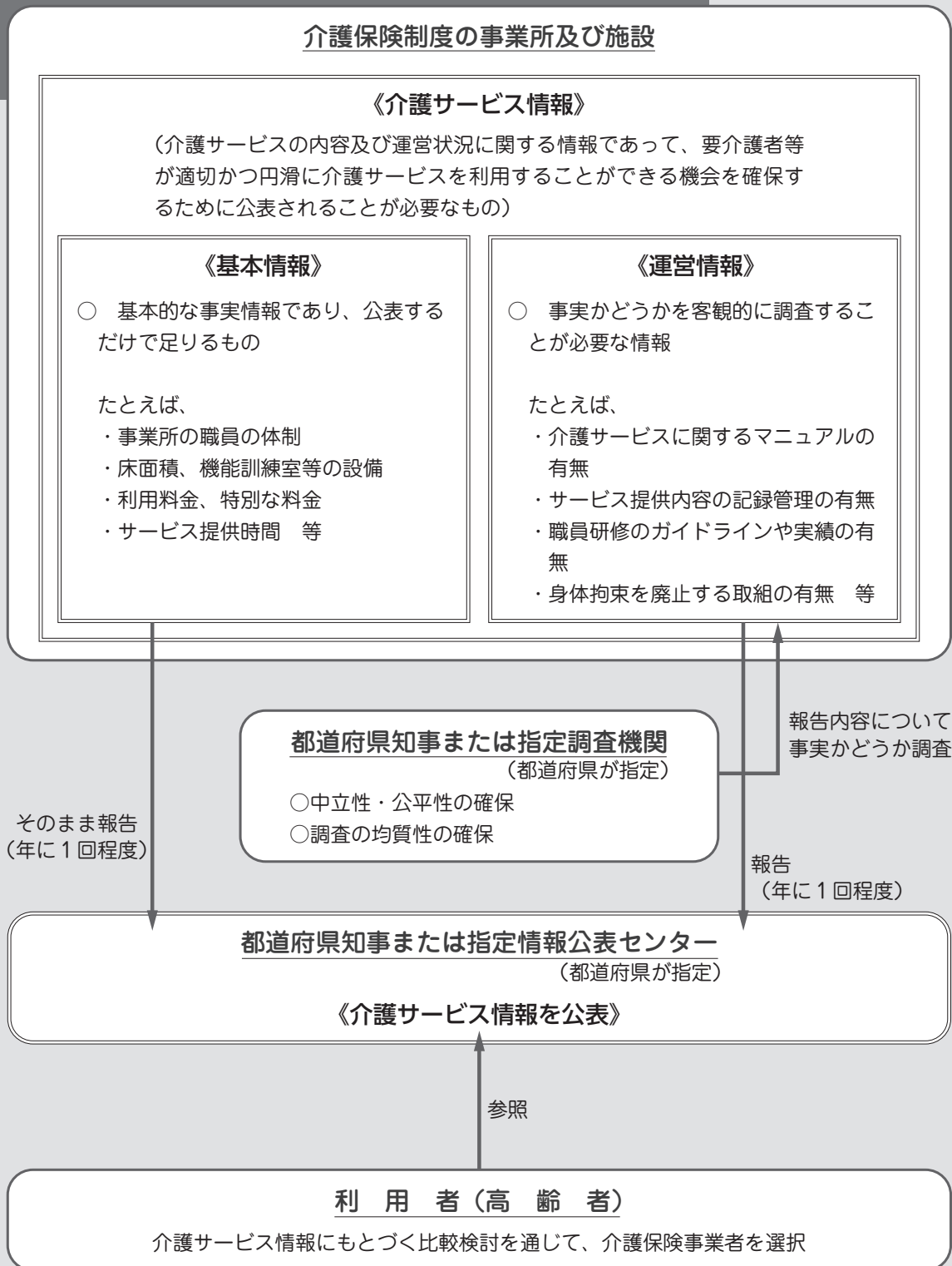
ことを基本的枠組みとする必要がある。

○具体的な開示項目の内容、実施体制、調査員等の人材養成の方法などについては、現在実施中のモデル事業等の結果を踏まえ、早急にその詳細を定める必要がある。

図Ⅱ-1-1 介護保険制度の基本理念を実現する環境整備の必要性



図Ⅱ-1-2 介護サービス情報の公表の仕組み—(改正)介護保険法ベース—



これを受け、2005（平成17）年の介護保険法改正において、「介護サービス情報」（介護サービスの内容及び介護サービスを提供する事業者または施設の運営状況に関する情報であって、介護サービスを利用し、また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情報）の公表を行う「介護サービス情報の公表」が制度化された。

改正後の介護保険法における「介護サービス情報の公表」制度の概要は前頁の図Ⅱ-1-2のとおりである。介護サービス事業者は、都道府県知事または指定情報公表センター（以下、「指定情報公表センター等」という）に対して「介護サービス情報」（「基本情報」と「運営情報」により構成される）を年1回程度報告する。都道府県知事または指定調査機関は、利用者に対して情報を公表するに当たり、客観的な「事実確認」が必要な事項について調査を行う。指定情報公表センター等は、「介護サービス情報」として、「基本情報」と「運営情報の調査結果」とを公表する。ここで行われる調査は、調査された内容の個々の良し悪しについて、判断や評価を行う、いわゆる「第三者評価」といわれる仕組みとは異なる新たな仕組みとされている。

次に、「介護サービス情報の公表」を理解するに当たって、サービス内容や事業所の運営状況等について、行政による「指導監査」や「第三者評価」などの従来の「評価」の手法を分析することで、利用者に対し客観的事実としてサービス情報を提供する「介護サービス情報の公表」制度との違いと、それらは代替をしたり、競い合うものではなく、重層的に機能することで、介護サービスの質の向上に寄与すべきものであることについて解説し、理解を得る。

2 サービスと「評価」のもつ特性

1) 「サービス」のもつ特性と情報開示の必要性

「介護サービス情報の公表」は、医療・福祉・介護サービス分野では新しい仕組みであるが、国民の生活に密着するサービスや商品においては、すでに一定の情報の表示（公表）を義務付けられているなどの例がある。たとえば、「行政機関の保有する情報の公開に関する法律（以下「情報公開法」という。）」の下で行政機関に情報の開示を義務付けることで行政活動を国民に説明する責任を課すというものがあるが、これは情報の公開を求める者（国民）からの開示請求にもとづき行政側の判断を経て公表される。

このほかにも、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（以下「薬機法」という。）」における医薬品の品質、有効性及び安全性に関する表示、「食品表示法」における食品の品質に関する表示など、国民生活の安全性の確保に関する各種の表示制度も法的に義務づけられている。さらに、証券取引法にもとづく有価証券報告書の公開などさまざまな例があるが、これらは、不特定多数の利用者に対して商品やサービスに関する一定の情報をあらかじめ標準化されたルールにもとづき公表（表示）するものである。

いずれの場合にあっても、国民が行政のもつ情報を「知る」ことや、多様に供給される商品やサービスについて「利用者が適切な選択を行う」ことを保障する仕組みとして構築されているものである。

介護保険制度においては、利用者がサービスや介護サービス事業者を自由に選択し、「契約」にもとづきサービスを利用する。これにより利用者は、多様なサービス、介護サービス事業所のなかから個々のニーズにもとづく比較検討を行うこととなる。しかしながら、医療や福祉・介護サービスの分野においては、これまでも利用者事業者との間の「情報の非対称性」が指摘されてきており、介護保険制度施行後の状況をみても、利用者の選択が十分かつ適切に機能しているとは言い難く、前述のとおり利用者による適切な選択を支援する情報提供の環境整備の必要性が指摘されているのである。

これに加えて、介護サービスをはじめとする「サービス」は、商品（物品）のように形状やデザイン及び材質などを事前に見たり触れたりするなどして十分に吟味したうえで利用することが難しい。実際に利用してみなければ内容や良し悪しがわからないのである（不可視性、事前視認の困難性）。また、契約を行ってサービスを利用してしまうと元には戻せない（不可逆性）などの特性もある。したがって、介護サービスの利用に当たっては、とりわけ事前の情報提供が重要となる。また、こうした情報については、利用者が得られた情報にもとづいて適切に判断できるよう「客観的」なものでなければならない。

このように、今後、介護保険制度のもとで介護サービスをより健全に育成・発展させていくための鍵を握るのは、介護サービスや事業所を選択する利用者自身の適切な判断であり、その適切な選択のためにも利用者への客観的な情報の提供は極めて重要となってくるのである。

2) 「評価」のもつ特性

一般的に「評価」を行うためには、あらかじめ対象となる商品やサービスについての評価基準を定めておかなければならない。たとえば、その対象が車やパソコンなどの工業製品であれば分かりやすい。その「評価」（製品の「良し」「悪し」）は、一定の規格や基準値にしたがって製品そのもの、もしくは製造工程を測定し、その結果として得られる数値的なデータ等にもとづき判断されることとなるからである。これはきわめて客観的であるし、また、測定の手法や規格、基準値を標準化しておくことで、評価者による差異を生じにくくさせることができる。これは医療機関で実施される各種検査や食品検査等においても同様な手法で実施されており、利用者側も一定の規格、基準値と対比する形で確認し、判断できることとなる。

一方、介護サービスを対象とした評価においては、客観的な数値や規格の標準化が非常に難しいことや、こうした数値や規格のみによって、その「良し」「悪し」を判断することについての困難性や介護サービス事業者側の抵抗感も大きい。そのため、評価基準は抽象的、主観的な表現とならざるを得ない場合が多い。たとえば、「〇〇が適切に行われている」という基準などが多用されている場合が多いのである。しかし、このような基準の

場合、「適切」かどうかの判断は、その対象に求められるレベル（水準）の設定、判断するための基準、評価方法、判断する材料などの標準化が非常に難しく、各評価実施主体の独自の概念にもとづくものとならざるを得ない。したがって、評価者の専門性や経験則にもとづく判断（主観）によってこれを補完する形での評価が行われることになりがちである。そのため、評価者側に高い専門性や経験が求められるのであり、資格要件や研修などにより（評価者によるばらつきの生じることを避けるため）その均質化を図ることになる。また、このように、評価者側に専門性を内在させるとともに、評価者の均質化や技術の向上等を図ることにより、抽象的、主観的な基準であっても一定の「評価」が可能となるような工夫が行われているのである。しかし、この場合であっても最終的には評価者の主観に拠るところが大きくなるほど、それぞれの判断に差が生じる危険性が高くなることから、「評価の均質性の確保」の課題が常に発生することとなる。

また、評価の実施主体において独自に設定された基準について（評価基準が抽象的・主観的である場合）は、この基準や評価尺度と利用者のそれが必ずしも一致するとは限らないのである（評価者が、「適当」と考えた水準が、ある利用者にとっては満足のいくものではないかもしれないし、ある利用者には十分すぎると思われるかもしれない）。この場合、評価結果そのものに対する信頼度を高め、利用者が安心してその評価結果を活用した判断ができるようにしなければならないのである。

3 介護・福祉分野におけるこれまでの第三者評価

1) これまでの介護サービスの質の確保策（クオリティコントロール）

これまでの介護・福祉分野におけるサービスについては、サービスの提供主体に対して行政による指導監査が行われてきている。これに加え、近年、第三者評価の重要性が指摘され、国や自治体等を中心にさまざまな取り組みが開始されてきている。この分野のサービスについては、その特性に鑑み、行政による措置として実施されていたことから、サービス提供主体の参入規制をはじめとして、直接サービスを提供する従事者の職能としての資格化、具体的なサービス提供手法等についても基準化されるなど、行政の関与が非常に強いなかで提供されてきた。このように、介護サービスの質の確保（クオリティコントロール）に当たっては、サービスの提供主体を行政が適正に指導・管理することを前提として、事業者側に直接的にアプローチする手法が重視されてきたといえる。

したがって、行政による直接的な「指導監査」や、利用者と事業者という当事者以外の第三者（行政やその委託を受けた第三者機関であって、評価対象としての事業者との公正中立を確保できる主体である場合が多い）が、一定の評価基準にもとづきその達成度合いを評価するという「第三者評価」の手法が用いられてきたのである。

近年では、介護相談員やオンブズマン等のように利用者に直接アプローチし、その代理者・支援者的な存在として事業者と向き合いサービス改善を促していくという手法も開始

されている。

1 指導監査

行政による指導監査は、指定権者たる都道府県（地域密着型サービスにあっては市町村）が、介護サービス事業所に対して最低基準としての指定基準を遵守しているか、介護報酬の請求に問題はないかといった現状を確認することに主眼をおいて実施されているものである。

介護サービス事業所の義務として行政の強制力をもって行われる点と、査察的視点で問題点を探す仕組みであるという点に特徴がある。

2 第三者評価

第三者評価は、指定基準の遵守を前提としたうえで、利用者と介護サービス事業所というサービス提供関係の当事者以外の第三者が評価を行うものと一般的には理解されており、介護サービス事業所自身によるサービスの質の向上への取り組みを支援することや、利用者による介護サービス事業所の選択を支えるものとして、都道府県、市町村、民間団体などでの取り組みがはじまっている。

その手法をみると次のように多様である。

改善指導を伴う第三者評価

介護サービス事業所の自主的なサービスの質などの向上への取り組みを支援するため、一定の評価基準にもとづいて、サービスの質などの達成度合いを評価し、改善指導、経営指導などを行う手法がある。

このような第三者評価は、専門性の高い評価員が個別具体的な課題を発見し、改善指導、経営指導などを行うため、サービスの質の向上に直接寄与することが可能である。また、評価結果が開示される場合、利用者はその情報を介護サービス事業所の選択に当たって参考にすることが可能である。

なお、この仕組みでは、介護サービス事業所に評価を受ける意思があること（任意性）が前提になる。また、評価結果の開示については必ずなされるもの、任意であるもの、介護サービス事業所との合意後開示されるものなど、さまざまである。

認証などを行う第三者評価

介護サービス事業所のサービスの質などについて一定の保証を行うため、一定の評価基準にもとづいてサービスの質などの達成度合いを評価し、認証などを行う手法がある。

このような第三者評価は、介護サービス事業所が自らのサービスの質などを確認することができるとともに、利用者が認証などの情報をもとに、一定の信頼をもってサービスを利用することが可能となる。

なお、介護サービス事業所に認証などを受ける意思があること（任意性）が前提になる

とともに、認証がなされた場合における認証などの事実は開示されるが、認証などに至った具体的な評価内容が開示されるとは限らない。また、第三者評価を受け、その結果、認証されなかった介護サービス事業所にはその事実を開示する義務はない。

格付けを行う第三者評価

介護サービス事業所のサービスの質などを定量的に開示するため、一定の評価基準にもとづいて、サービスの質などの達成度合いを評価し、介護サービス事業所の格付けを行うという手法がある。

このような第三者評価は、介護サービス事業所自らのサービスの質などを確認することができるとともに、利用者に分かりやすい表現で介護サービス事業所の評価情報を開示することが可能となる。

なお、介護サービス事業所が任意で評価を受けるものや評価する側が一方的に行うものなどがある。

また、格付け結果は開示されるが、格付けに至った具体的な評価内容が開示されるとは限らない。

そのほかの第三者評価

これら以外にも、介護相談員やオンブズマンなどのように、利用者にアプローチを行い、問題点を明らかにし、それを介護サービス事業所に伝えるなどによりサービスの質などの向上に取り組む第三者的活動がある。

2) 第三者評価と指導監査の「利用者の選択情報」としての限界

これまでに述べたように、指導監査と第三者評価にはそれぞれに目的があり、また、第三者評価には多様な手法がある。それぞれに、サービスの改善に直接寄与するなど一定の意義、役割があるものの、利用者の選択を支える情報としてとらえた場合の限界もある。

① 指導監査の「利用者の選択情報」としての限界 (図Ⅱ-1-3)

行政による指導監査は、都道府県知事（市町村長）が指定基準の遵守状況等を確認するために、事業所に対して行政による強制力をもって実施される。したがって、すべての事業所を対象とした、共通的な評価尺度による評価結果が求められることとなる。しかし、情報の開示は主たる目的ではなく、利用者が指導監査の結果情報を日常的に活用することは予定されていない。また、評価尺度も指定基準に満たない事項の指摘といった査察的視点で問題点を探すことに重点が置かれており、指定基準を遵守したうえでの事業者による自主努力を探す仕組みではないことから、利用者がより自分に合った事業所を積極的に選択するための情報とはなり難い。

図Ⅱ-1-3 指導監査

(目 的)

- 都道府県知事（市町村長）が指定基準の遵守状況等を確認

(特 徴)

- 事業所の義務として行政による強制力をもって行われる
- 査察的観点で問題点を探す

利用者の選択情報としての限界

- 開示を主たる目的としておらず、利用者が指導監査情報を日常的に活用することは予定されていない
- 利用者がより良い事業所を積極的に選択するための情報とはなり難い

図Ⅱ-1-4 第三者評価

利用者と事業者という当事者以外の第三者が評価基準にもとづき、質等の達成度合を評価

改善指導等	認証等	格付け等
<p>(目 的)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○事業所の自主的な質等の向上への取組みを支援 <p>(特 徴)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○専門性の高い評価員が評価し、改善指導を行う <ul style="list-style-type: none"> ・質等の向上に直接寄与 ・結果が開示される場合、事業者選択の参考となる 	<p>(目 的)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○事業所の質等について一定の保証 <p>(特 徴)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○評価主体が定めた評価基準にもとづき評価し、認証等を行う <ul style="list-style-type: none"> ・事業所は質等を確認 ・利用者は一定の信頼のもとに利用 	<p>(目 的)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○事業所の質等を定量的に開示 <p>(特 徴)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○評価主体が定めた評価基準にもとづき評価し、格付け等を行う <ul style="list-style-type: none"> ・事業所は質等を確認 ・利用者にわかり易い表現で評価情報を開示
<p>利用者の選択情報としての限界</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ○事業所の任意性が基本的前提となり比較検討情報として一定の限界 		<ul style="list-style-type: none"> ○認証・格付け等の評価の尺度が利用者が求める評価内容と合致するとは限らない

2 第三者評価の「利用者の選択情報」としての限界 (図Ⅱ-1-4)

任意性の限界

第三者評価の場合、評価を受けることについては、介護サービス事業所の自主性、任意性が基本的な前提となっている。また、評価結果の開示については、介護サービス事業所の同意が必要となることが一般的である。このため、利用者が介護サービス事業所の比較検討にもとづく適切な選択を行おうとする場合、すべての事業所情報を提供するに当たって、任意性の限界が生じる。

評価尺度の不一致の限界

評価の基準や尺度はそれぞれの第三者評価の実施主体が個々に定めているのが一般的であり、利用者が介護サービス事業所の比較検討をもとに選択を行おうとする場合の情報提供としては、それぞれ評価尺度が異なる情報が提供されることになる。また、当該評価尺度と利用者の評価尺度が合致するとは限らない。さらに、評価の結果としての認証や格付けの評点のみで表現する場合も同様に、利用者の求める評価内容と必ずしも合致するとは限らないことや、結果の表示のみで利用者が安易に判断することとなるなど、評価には常に評価尺度の不一致の限界が内在する。

4 介護サービス情報の公表のもつ意義と特性

「介護サービス情報の公表」で行われる情報の提供は、利用者がさまざまなサービスや介護サービス事業者に関する情報について比較検討を行い、そのなかから自らのニーズに合致した事業者を適切に選択することができるよう支援することが目的である。それには、利用者が介護サービス事業所を比較検討できるよう（事業所の任意性を排除するよう）、すべての事業所を対象とする必要がある。また、利用者の適切な選択を支援するための情報としては、抽象的、主観的なものなどあいまいなものであってはならず、介護サービス事業所が現に行っている事柄（事実）にもとづく客観的な情報であることが重要である。

前述のように、「評価」は評価者の主観判断によってその結果にばらつきが出たり、もしくは評価基準が抽象的、主観的になっていたりすると、評価主体の求める水準と利用者の求めるそれとが異なったりする可能性があるため、利用者自らによる適切な選択を支援する「介護サービス情報の公表」においては、「評価」とは異なる手法を用いる必要がある。

なお、「介護サービス情報の公表」制度は、利用者による選択に資する情報を公表する制度であることから、指導監査や第三者評価において調査する事項と重なる事項があり得るが、これらはおのずと趣旨・目的が異なるものである。

1) 「介護サービス情報の公表」の趣旨・目的

介護保険制度において「介護サービス情報の公表」の仕組みを導入する趣旨・目的は、

介護サービス事業所が自らの責任において情報を公表し、利用者がその公表された情報を活用しながら自らの責任において主体的に介護サービス事業所を選択するための環境整備を行うことである。したがって、「介護サービス情報の公表」は、利用者自らによる介護サービス・事業者の評価・選択、自己決定を支援する仕組みとなるものである。

介護保険制度においては、サービス提供主体の規制緩和により営利法人、協同組合、NPO法人などの参入が進んだことで多様化し、量的にも急速に拡大した。このため、すべての介護サービス事業所を対象とした「介護サービス情報の公表」が法律上位置づけられたことは、利用者の評価・選択の支援のみならず、多様なサービス提供主体から提供されるサービスの質を確保していくうえでも有効に機能すると考えられる。

多様なサービス提供主体には、営利・非営利をはじめとするそれぞれの目的に応じた行動原理がある。しかしながら、社会連帯で支えられた介護保険市場に参入する事業者には、介護保険制度の基本理念のもと、利用者に選択されることを通じた競争のなかで、サービスの質の向上が求められる。

介護保険サービスの質は、利用者本位で、高齢者の自立支援に資することである。利用者は、介護サービス事業所におけるサービスの質に関する情報を入手し、介護サービス事業所を選択することが求められる。こうした利用者の選択（自己決定）を適切に機能させることで、介護サービス事業所においてはサービス改善への取り組みが促進され、利用者の支持を得るためのサービスの質による適正な競争が機能する。こうすることで、介護サービス全体の質を向上させることができる。

事業者の立場からみると、それぞれの事業者は、日常的に、介護保険制度の基本理念（高齢者の自立支援等）をふまえたサービスの質の維持・改善に取り組んでおり、このような自主努力の内容が公表されることを通じて、他の事業者との適切な比較が行われ、より良い事業者が選ばれるといった効果が期待される。一方で、一旦公表された情報については、公表情報と実績との乖離があった場合に、利用者などから適切な説明が常に求められることとなるものであり、この趣旨から、事業者には、事実にもとづく情報を真摯に公表するという基本的な姿勢が強く求められる。

「介護サービス情報の公表」は、このように、介護保険制度の当事者である利用者と事業者との適切なサービス利用または提供契約を、制度の理念のみならず、サービス提供の現場において実質的に保障するため、公表情報の標準化と情報の公表のルール化を進めるものであり、介護保険制度を支えるサブシステムとして機能することが期待される。

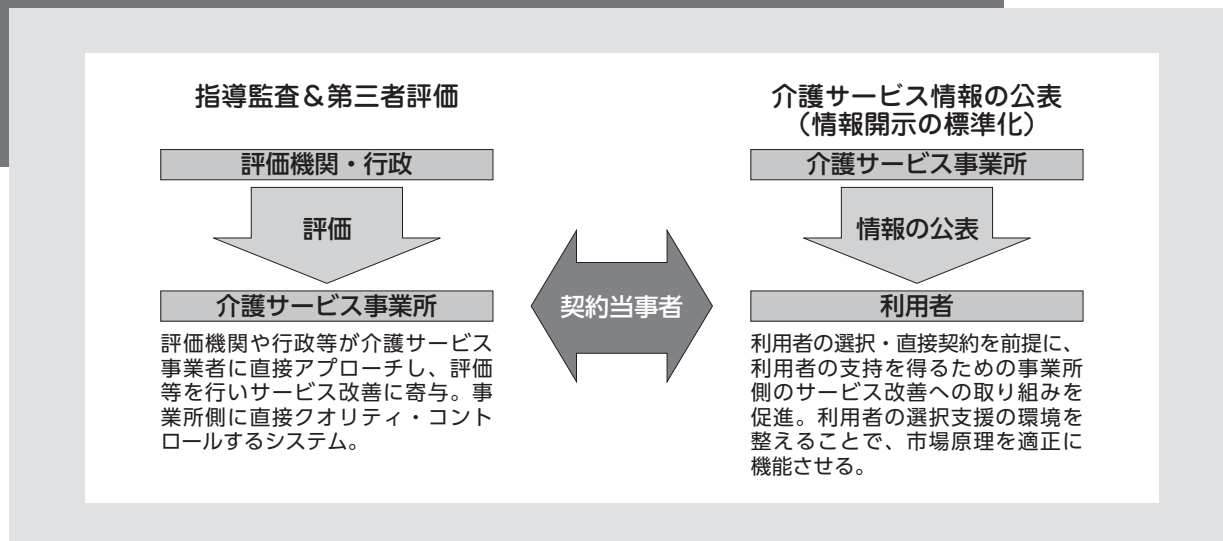
2) 「介護サービス情報の公表」と「指導監査・第三者評価」のアプローチの違い

これまで述べてきたように、「指導監査」、「第三者評価」、「介護サービス情報の公表」のいずれも介護サービス事業所におけるサービス改善に寄与することになる。しかしながら、その手法が異なるだけである。「指導監査」、「第三者評価」は主に介護サービス事業所側に直接アプローチし、サービス内容や運営状況等の良し悪しの判断・評価や改善指導まで踏み込んで行うことによりサービス改善を直接的にうながす仕組みである。これに対

し、「介護サービス情報の公表」は、事業所側がサービス提供場面で現に行っている事柄（事実）を客観的な情報として公表することにより、利用者の選択を適切に機能させることを通じて、多くの利用者から選択されるための事業者側のサービス改善への取り組みを間接的に促進するものであり、利用者の選択支援のための情報提供環境を整える仕組みである。

これらの仕組みは、アプローチの違いこそあれ、いずれも重要な取り組みであり、それぞれが適切に機能することで、介護サービスの質の向上が図られるものである（「介護サービス情報の公表」制度のみで介護サービスの質の向上が図られるものではない）。このように、介護保険制度のもとでの介護サービスの質の向上に当たっては、介護サービス利用の契約の当事者である事業者側、利用者側の双方へアプローチする仕組みを整えることで、「情報の非対称性」を緩和するとともに、契約にもとづく対等な関係の構築を目指していくことが求められているのである（図Ⅱ-1-5）。

図Ⅱ-1-5 介護サービス情報の公表と指導監査・第三者評価のアプローチの違い



5 「介護サービス情報の公表」制度の進化と広がり

介護サービス情報の公表制度は、都道府県・政令市によってそれぞれ運営されているが、厚生労働省が設置した「介護サービス情報公表システム」によって、一元的に全国の介護サービス事業所のサービス内容などの詳細情報を、インターネットを通じパソコンやスマートフォン等を用いて自由に検索・閲覧することができる。また、公表されている介護サービス情報を活用した消費者（利用者）の選択支援を目的として、各種情報の中から選択の目安となるポイントや比較・検討を行う際の事業所間の相違点の読み解き方等について解説した『消費者のための介護サービス情報ガイド』も作成されるなど、この制度の周知はもとより、これを活用するための支援方策も整備されてきている。

また、「官民データ活用推進基本法」に基づき、「介護サービス情報公表システム」の介護事業所データをCSVファイルで公開されている。さらには、当該システムを改修し、地域包括支援センターおよび認知症疾患医療センター等を含む、地域ごとに整備された認知症に関する相談窓口について一元的に公表されるとともに、利用者が介護サービスを選ぶ際に、おおよその料金の目安を試算できるよう「介護サービス概算料金試算」機能が追加されるなど、「介護サービス情報公表システム」が進化してきている。

このほかにも、地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域包括支援センターおよび生活支援等サービスの情報についても一体的に情報発信されている。また、国土交通省においても、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム」が構築されるなど広がりを見せている。

1 基本的な考え方

1) 基本的な考え方

「介護サービス情報の公表」は、介護保険制度の基本理念である「利用者本位」「高齢者の自立支援」「利用者による選択（自己決定）」を現実のサービス利用において保障するための新しい仕組みであり、利用者の選択を支援することを目的として、すべての介護サービス事業所の比較検討が可能となるよう、標準化された項目についての情報が定期的に公表される仕組みである。

このように「介護サービス情報の公表」は、介護サービス事業所の基本的な事項やサービスの内容、運営等に関する取組状況を利用者に対して公表するものであり、これによってその事業所の評価、格付け、画一化などを目的とするものではない。

「介護サービス情報の公表」は、介護保険法にもとづく指定を受けた介護サービス事業所が、指定基準を遵守したうえで、実際に行っている事柄（事実）のうち利用者の選択に役立つ情報を公表する仕組みである。したがって、たとえば現時点では、「介護サービスマニュアルを整備していない」など、公表される内容が実施されていないということをもって行政指導等の対象となるものではなく、公表されたさまざまな情報に対する評価は、利用者自身に委ねられることとなる。

2) 公表情報の責任主体

「介護サービス情報の公表」は、介護サービス事業所自らが、利用者の選択に役立つものとしてあらかじめ標準化された情報を公表するものである。これは、介護サービス事業所の責任において、情報を公表する仕組みであり、したがって、公表された情報の内容がサービス提供の現場で実現されているか否かの責任は、介護サービス事業所が有することになる。

3) 客観性の確保

公表される情報には、公表前に、その情報の根拠となる事実を客観的に確認することが適当である情報があるため、第三者（調査員）による調査を行う仕組みが組み込まれている。調査においては、介護サービス事業所からは、事実誤認以外の意見は求めず、その事実についての良し悪しの判断・評価や改善指導などは行われぬ。このような判断・評価は、調査員ごとの主観によって異なる可能性があるとともに、利用者の主観とも異なる可能性がある。なお、改善指導などは、当然、事実確認のための調査には不要であり、これを行うものではない。

4) プロセスを通じたサービスの質の改善

介護サービス事業所にとっては、自ら公表情報を記入したり、調査員による調査を受けたりといったプロセスを通じて、サービスの質の改善への道筋を見出す効果が期待される。

2 介護サービス情報の公表の仕組み

1) 対象事業所

「介護サービス情報の公表」の目的は、利用者による介護サービス事業所の選択を支援することである。そのため、介護保険法にもとづく指定事業所のうち、いわゆる「みなし指定」扱いとなる病院等であって実際に介護サービスを提供していない事業所は対象としないこととなっている。また、都道府県知事が毎年定める報告に関する計画の基準日前の1年間において、介護報酬の支払いを受けた金額が100万円以下の事業所は対象とならない。

なお、計画の基準日前の1年間において、事業者が「一体的な報告・調査を行うサービス区分」に定める各区分内において、二つ以上のサービスを一体的に運営している場合には、各区分のいずれのサービスについても介護報酬の支払いを受けた金額が100万円を超えない場合を除き、報告の対象となる。

「介護サービス情報の公表」制度の対象とならない介護サービス

- 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「省令」という）第14条第4号に掲げる診療所に係る短期入所療養介護
- 養護老人ホームに係る特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護
- 介護療養型医療施設の入院患者の定員が8人以下である病院又は診療所に係る介護療養施設サービス
- 省令第22条の14第4号に掲げる診療所に係る介護予防短期入所療養介護
- 省令第140条の29第2項に規定されるとおり、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション及び介護予防短期入所療養介護（以下「訪問看護等」という）のうち、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という）第71条第1項本文の規定により居宅サービスに係る法第41条第1項本文の指定があったものとみなされた病院等、法第72条第1項本文の規定により居宅サービスに係る法第41条第1項本文の指定があったものとみなされた介護老人保健施設若しくは介護療養型医療施設、又は法第115条の11において準用する法第71条第1項本文及び法第72条第1項本文の規定により、介護予防サービスに係る法第53条第1項本文の指定があったものとみなされた病院等、介護老

人保健施設若しくは介護療養型医療施設であって、指定があったものとみなされた日から起算して1年を経過しない者によって行われる訪問看護等（ただし、平成21年4月1日に現に通所リハビリテーションに係る法第41条第1項本文又は介護予防通所リハビリテーションに係る法第53条第1項本文の指定を受けている病院等の開設者であって、その後において法第71条第1項本文の規定により指定居宅サービス事業者とみなされた者又は法第115条の11において準用する法第71条第1項本文の規定により指定介護予防サービス事業者とみなされた者については、省令第140条の29第2項の規定は適用しない）

2) 公表される情報の内容

「介護サービス情報」は、利用者本位の視点に立って、サービスごとに厚生労働省令等に規定される。これは、「基本情報」と「運営情報」とで構成される。

3) 情報の公表の頻度

情報の公表の頻度は、都道府県知事が毎年定める報告に関する計画、調査事務に関する計画及び情報公表事務に関する計画にもとづくこととなり、新たに指定を受けた事業所については、介護サービスの提供を開始しようとするとき、それ以外の事業所については年1回となる。

4) 公表の方法

「介護サービス情報」は次による方法によって公表される。

① インターネット（介護サービス情報公表システム）による公表

都道府県内の公表対象事業者の介護サービス情報を公平に公表するとともに、極めて多くの事業者の情報のなかから、利用者が必要な情報を抽出し、適切に比較検討することを支援するため、インターネットによる公表が行われる。

また、指定情報公表センター等は、インターネットによる公表情報が適切に要介護高齢者等である利用者に伝わるよう、利用者の家族、地域、市町村（保険者）、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等に対する本制度の活用についての普及啓発に努める。

② その他の公表方法

利用者等からの要請に応じて、紙媒体による情報提供、閲覧等についても行われる。

③ 事業者による公表

事業者は、公表する介護サービス情報について、介護サービス事業所または施設の見やすい場所に掲示するなど、利用者等への情報提供に努めるものとする。

また、利用者等が希望する場合は、事業者は、利用者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書に、公表する介護サービス情報を添付することが望ましい。

5) 情報の公表の計画的な実施

都道府県単位ですべての介護サービス事業所を対象として行われる報告、調査及び情報の公表は、円滑かつ効率的に行われる必要がある。したがって、事業所が行う報告については、都道府県知事が毎年定める介護サービス情報の報告に関する計画（報告計画）にもとづいて行われる。また、調査についても、指定調査機関を指定して調査事務を行わせる場合、調査機関ごとの調査能力などに応じて計画的に行われる必要があるため、調査事務に関する計画（調査計画）を策定し、これにもとづいて行われる。

さらに、指定情報公表センターを指定して情報公表事務を行わせる場合には情報公表事務に関する計画（情報公表計画）が策定される。

各計画の策定者は都道府県知事であるが、その原案の策定を指定情報公表センターに行わせることもできる。また、報告計画、調査計画及び情報公表計画は一体の計画として策定することが可能である。

なお、介護サービス事業所は基本的に報告を行う時期や調査を受ける時期や情報の公表の時期を自ら決定できないため、その事業所の報告、調査及び情報の公表の時期等については利用者をはじめ広く公表されなければならない。

6) 公表情報の修正

基本情報のうち、連絡先など変更が生じた事実を利用者に速やかに伝える必要がある情報については、速やかに公表される。

7) 訪問調査の人数

訪問調査は、調査員1名以上で実施される。

8) 訪問調査時の面接調査の方法

- ① 2つ以上の介護サービスを一体的に運営している場合には、各区分における介護サービスの公表内容の多くが共通であることから、介護サービス事業所、指定情報公表センター及び指定調査機関の事務負担等に配慮し、一体的に報告及び調査を実施することとされている。
- ② また、調査情報において「確認のための材料」に規定されたマニュアルや規程の有無の確認を行う場合、その存在が確認されたときは、当該調査年度の翌年度以降は、特段の事情がない限りあらためて当該確認済材料の確認を行わなくてもよいこととされている。ただし、当該事業者が報告の対象外となり、あらためて報告の対象となった場合は、この限りではない。

1 介護サービス情報の構成

本制度で公表される「介護サービス情報」は、「基本情報」及び「運営情報」で構成される。

「基本情報」は、介護サービス事業所が記入した内容がそのまま、「運営情報」は、介護サービス事業所が記入した内容について事実確認のための調査を経たものが併せて公表されるものである。

1) 「介護サービス情報」の検討における基本方針

「介護サービス情報の公表」は、利用者による適切な選択を支援することを目的としている。このため、すべての介護サービス事業所を対象として、厚生労働省令等国が定める項目及び都道府県ごとの地域の実情等の必要性をふまえて都道府県が定める項目（以下、「介護サービス情報」という）を指定情報公表センター等に報告することとされている。このうち、「運営情報」については、一定の要件を満たす調査員による事実確認のための調査を行い、「基本情報」と併せて調査結果のすべてを公表する仕組みとされている。なお、介護サービス情報の公表に関する調査研究委員会では、調査員、地域、時期などによって調査結果が異なってはならないことから、次のような基本方針のもとに、「介護サービス情報」の内容が検討された。

- ① 公表項目は、利用者が選択に当たって適切に判断を下せるよう支援する情報であるため、検討に当たっては、利用者の選択に役立つことを前提に、利用者本位の視点に立った組み立てを行うよう配慮するとともに、抽象的、主観的なものを除くなど、できる限りあいまいなものとしなないこと。
- ② 公表項目は、事業者、専門家のそれぞれにおいて、利用者に公表する必要性についての妥当性が認識されるとともに、共有化されていることが重要であること。また、利用者にも共有化されていることが望ましいこと。
- ③ 調査に当たり、専門的な判断が必要と考えられる事柄（事実）については、確認事項や確認のための材料を工夫したうえで、可能な限り「運営情報」に取り入れること。これにより、調査員の専門的判断に対する負担の軽減及び調査の均質性を確保すること。
- ④ 「運営情報」の数については、調査に対する負担の軽減等を考慮して、必要最小限にとどめること。

2) 「介護サービス情報」の特性

介護サービス事業所は、自らが行う事実確認にもとづき「介護サービス情報」の調査票を記入する場面や、調査員が第三者として調査をした結果と対比する場面などにおいて、自らのサービスの現状と向かい合うこととなる。このように、「介護サービス情報の公表」のプロセスを通じて、介護サービス事業所自身によるサービスの質の改善への取り組みが促進されることにより、介護サービス全体の質の向上にも寄与することが期待されている。

また、自らの責任で公表されている事実と、現実のサービス提供場面において行われている事実が、利用者や家族をはじめ関係者によって、あらゆる場面で常にモニタリング（評価）されることになる。つまり、介護サービス事業所は、自らの責任において公表している事実に対して、常に根拠のあるものとして示せるかどうか（立証責任）が問われることとなる。

なお、「介護サービス情報」の内容は固定化したものではなく、制度施行後においても、調査結果などのデータを常に検証するとともに、利用者のニーズをふまえながら必要に応じて見直されていくものである。こうすることによってサービスの水準を向上させていく目標指向の仕組みであるといえる。

2 基本情報の役割

「基本情報」は、サービス従事者の数や料金体系、居室面積などのように介護サービス事業所ごとの具体的数値を記入するものや、個室の有無や業務委託の有無など「ある」・「ない」、「やっている」・「やっていない」などの事実について記入するもの、「サービスの利用を制限する場合がある利用者の状況」のようにあらかじめ利用者に知らせておく必要のあるものなど、公表するだけで足りる事実情報である（表Ⅱ-3-1）。

また、この「基本情報」は、これまで事業所側の判断にもとづくとしてされていたり、利用者側から尋ねないと応えてもらえなかったり、契約時や利用した後には知らされていたようなものについて、あらかじめ利用者に対して公表すべき項目として検討されたものである。「介護老人福祉施設」の場合で例示してみると、施設を運営する法人が都道府県内で行っている介護サービス、従業者の業務経験年数、嘱託医の氏名や診療科、理美容代などの特別な料金体系などを公表することが求められている。また、事業所がその特色等を公表することのできるスペースもあり、利用者介護サービス事業所の基本理念や独創的、先進的な取り組みなどを公表することもできる。

この「基本情報」は、それぞれの介護サービス事業所が記入した内容がそのまま公表される。それぞれの介護サービス事業所が自らの基本的な事実情報を公表することから、事実を公表しなかったり、公表した内容と異なる仕様や対応であったりする場合は、その説明をまずは利用者から問われることになる。

表Ⅱ-3-1 「基本情報」のイメージ

事 項	主 な 内 容
1. 事業所を運営する法人等に関する事項	法人等の名称、所在地、法人種類、設立年月日、代表者名 当該都道府県で実施する介護サービス 等
2. 介護サービスを提供し、又は提供しようとする事業所に関する事項	事業所の名称、所在地、電話番号、管理者名、交通手段、 事業の開始年月日、指定の年月 等
3. 事業所において介護サービスに従事する従業者に関する事項	職種別職員構成、常勤・非常勤職員数、従業者1人当たりの 利用者数、従業者の経験年数 等
4. 介護サービスの内容に関する事項	運営に関する方針、営業日時、サービス提供実績、サービス 提供地域、苦情対応窓口、賠償保険加入状況、特色 等
5. 介護サービスを利用するに当たっての利用料等に関する事項	介護給付以外のサービスに要する費用、キャンセル料、有 料老人ホーム等の一時金 等

3 運営情報の役割

1) 「運営情報」の構成と内容

「運営情報」は、利用者本位のサービス提供の仕組み、職員教育の状況など、介護サービス事業所のサービスの内容、運営等に関する取組の状況を利用者が把握するための情報であって、その事業所が公表しようとする情報に関する根拠資料を調査員が事実確認した後に公表される項目である。

「運営情報」は、大項目、中項目、小項目、確認事項及び「確認のための材料」で構成されており（表Ⅱ-3-2）、調査員が介護サービス事業所を訪問して事実確認を行うことが前提となっている。また、調査結果はそのまますべて公表される。大項目及び中項目は各サービス共通であり、また、小項目についても、必要に応じて各サービス共通項目が設定されている。これ以外の項目については、サービスの特性に応じて設定されている。

【大項目・中項目】大項目は、利用者の視点に立って次の2区分に分類され、中項目は、大項目の分類に応じてそれぞれ5項目ずつに分類されている。

1 介護サービスの内容に関する事項

- ① 介護サービスの提供開始時における利用者等、入所者等又は入院患者等に対する説明及び契約等に当たり、利用者、入所者又は入院患者等の権利擁護等のために講じている措置

- ② 利用者本位の介護サービスの質の確保のために講じている措置
 - ③ 相談、苦情等の対応のために講じている措置
 - ④ 介護サービスの内容の評価、改善等のために講じている措置
 - ⑤ 介護サービスの質の確保、透明性の確保等のために実施している外部の者等との連携
- 2 介護サービスを提供する事業所または施設の運営状況に関する事項
- ① 適切な事業運営の確保のために講じている措置
 - ② 事業運営を行う事業所の運営管理、業務分担、情報の共有等のために講じている措置
 - ③ 安全管理及び衛生管理のために講じている措置
 - ④ 情報の管理、個人情報保護等のために講じている措置
 - ⑤ 介護サービスの質の確保のために総合的に講じている措置

【小項目】 中項目の分類に応じて、各サービスの特性を踏まえ、具体的な取組の状況を利用者が確認するための項目として分類されている。

○確認事項

小項目の分類に応じて、介護サービス事業所が実際に行っている事柄（事実＝取組の状況）であって、調査員による事実確認が必要な事項として標準的に定められた事項。

○確認のための材料

確認事項について、例えば、マニュアルや記録などによりその事実が確認できる具体的な材料であって、事業所が公表しようとする情報の事実を証明するものであり、介護サービス事業所側から提示される（マニュアルなどの具体的な材料そのものを公表するものではなく、当該事実の有無を公表するものである）。

「運営情報」については、調査員が客観的に判定できることが重要であることから、とりわけ「確認事項」や「確認のための材料」については、抽象的、主観的なものなどあいまいなものとされていない（表Ⅱ-3-3及び4）。実際に調査員が調査で確認するのは「確認のための材料」の有無である。こうすることによって、調査の段階で調査員の主観による判定が行われることを排除しているのである。この調査の過程で調査員は、事実確認のみを行うのであって、「確認のための材料」の良し悪しの判断・評価、サービス内容や経営等の改善指導や助言を行うものではない。

表Ⅱ-3-2 「運営情報」のイメージ

大項目	公表情報の利用者の視点に立って分類した次の2項目 ①介護サービスの内容に関する事項 ②介護サービスを提供する事業所または施設の運営状況に関する事項
中項目	公表情報の利用者の視点に立って、大項目の分類に応じてより具体的に分類された10項目（大項目ごとに5項目）
小項目	中項目の分類に応じて、各サービスの特性をふまえ、具体的な取組状況を確認するための項目
確認事項	調査員が事業所の取組状況について具体的な事実を確認する事項（利用者が選択する際に確認する）
確認のための材料	事業所が公表しようとする情報に関して調査員が事実確認を行う根拠資料となるもの（例示されているが、基本的には事業所側が自ら提示する）

表Ⅱ-3-3 「運営情報」の例（訪問介護）

【大項目】Ⅰ 介護サービスの内容に関する事項

中項目	小項目	確認事項	確認のための材料
1 介護サービスの提供開始時における利用者等、入所者等又は入院患者等に対する説明及び契約等に当たり、利用者、入所者又は入院患者等の権利擁護等のために講じている措置	(1) 介護サービスの提供開始時における利用者等に対する説明及び利用者等の同意の取得の状況	① 利用申込者のサービスの選択に資する重要事項について説明し、サービスの提供開始について同意を得ている。	重要事項を記した文書の同意欄に、利用申込者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。
2 利用者本位の介護サービスの質の確保のために講じている措置	(2) 利用者のプライバシーの保護のための取組の状況	従業者に対して、利用者のプライバシーの保護の取組に関する周知を図っている。	a 利用者のプライバシーの保護の取組に関するマニュアル等がある。 b 利用者のプライバシーの保護の取組に関する研修の実施記録がある。
3 相談、苦情等の対応のために講じている措置	相談、苦情等の対応のための取組の状況	③ 相談、苦情等対応の結果について、利用者又はその家族に説明している。	利用者又はその家族に対する説明の記録がある。

表Ⅱ-3-4 「運営情報」の例（介護老人福祉施設）

【大項目】Ⅱ 介護サービスを提供する事業所又は施設の運営状況に関する事項

中項目	小項目	確認事項	確認のための材料
1 適切な事業運営の確保のために講じている措置	(1) 従業者等に対する従業者等が守るべき倫理、法令等の周知等の実施の状況	② 従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修を実施している。	従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修の実施記録がある。
3 安全管理及び衛生管理のために講じている措置	安全管理及び衛生管理のための取組の状況	① 事故の発生予防又はその再発を防止するための仕組みがある。	a 事故の発生予防又はその再発の防止に関するマニュアル等がある。
5 介護サービスの質の確保のために総合的に講じている措置	(2) 利用者等の意向等を踏まえた介護サービスの提供内容の改善の実施の状況	① 利用者等の意向、意向調査結果、満足度調査結果等を、経営改善プロセスに反映する仕組みがある。	経営改善のための会議において、利用者等の意向、満足度等について検討された記録がある。

2) 「運営情報」の特性

従来からあるいわゆる第三者評価では、介護サービス事業所において実施されている具体的なサービスの内容や水準について、評価実施主体や評価機関ごとにあらかじめ定められた一定の評価基準にもとづいて、その達成度の判断やサービス内容の分析などが行われている。これには評価者の果たす役割が大きく、そのために、評価者側に高い専門性や経験が求められている場合が多い。しかし、評価者の専門性や経験則にもとづく判断（主観）によって評価がなされているため、最終的には評価者の主観に拠るところが大きく、それぞれの判断に差が生じる危険性が高くなる。

このため、「運営情報」の検討では、「評価者」側に内在していた専門性や経験則から、標準化できるものを抽出し、容易にチェックできる項目として整理するという作業が行われた。つまり、利用者本位の視点から構築された一定の介護サービス情報に関して、どのような点について（「確認事項」）、どのような材料を用いて確認すれば（「確認のための材料」）、これらの項目を満たしていると判断できるかということを検討し、これを標準化して公表させることによって利用者の判断を支援するようにするということである。

「運営情報」の設定においては、「ある・ない」、「実施している・実施していない」のように、利用者からみても客観的に判断しやすい項目になるよう工夫されている。なお、「運営情報」の個々の項目の内容については、サービス提供内容の記録状況や研修の実施記録、マニュアルの有無などを求める項目が多く、「記録やマニュアルの有無の確認だけで内容を評価しないので、情報が表面的になるのではないか」との指摘が多くあった。しかしながら、記録やマニュアルの内容の評価は、良し悪しの判断基準が確立していない段階においては、評価する者の個々の主観的判断によることとなるため、たとえば、同一法人で同

マニュアルを使用している複数の事業所の評価結果が、評価者の主観的判断によって異なることとなるなどの危険性が常に内在することになる。このため、すべての事業所の情報を公平・公正に公表することが特に重要となる「介護サービス情報の公表」制度においては、記録やマニュアルなどの内容の評価は行わないこととしている。

また、マニュアルの有無を公表するのは、利用者側からは、「どのサービス従事者が関与しても均質なサービスを受けられるような取り組みをしている」ということであって、利用者はマニュアル自体を確認する必要はない。たとえば、ファーストフード店の従業員や航空会社の客室乗務員の業務は、一定の研修やマニュアルにもとづいて行われていることを前提に、全国どこでも均質なサービスが受けられるが、マニュアルは見たことがないということと同じであり、本制度では、研修やマニュアルの状況を事前に確認できるようにするということである。大切なことは、利用者がそうした事業所の取り組みの事実を事前に知ることができる（情報を入手できる）環境が整っているということである。

また、それぞれのサービスごとに実際のサービス提供場面で、どのようなことができているかをチェックするということは、一定のケアスタンダードを全国レベルで求めることにもつながる。

「運営情報」は、サービスごとに定められているが、それぞれのサービスに共通する項目もある。また、全国的に標準化された項目やフォーマットにもとづく「同じモノサシ」となっていることや、「運営情報」についての調査方法も標準化されることから、「調査の均質性」の確保を図ることで、利用者が介護サービス事業所の比較検討を行いやすい環境づくりが目指されている。

1 組織体制

1) 組織体制の全体像

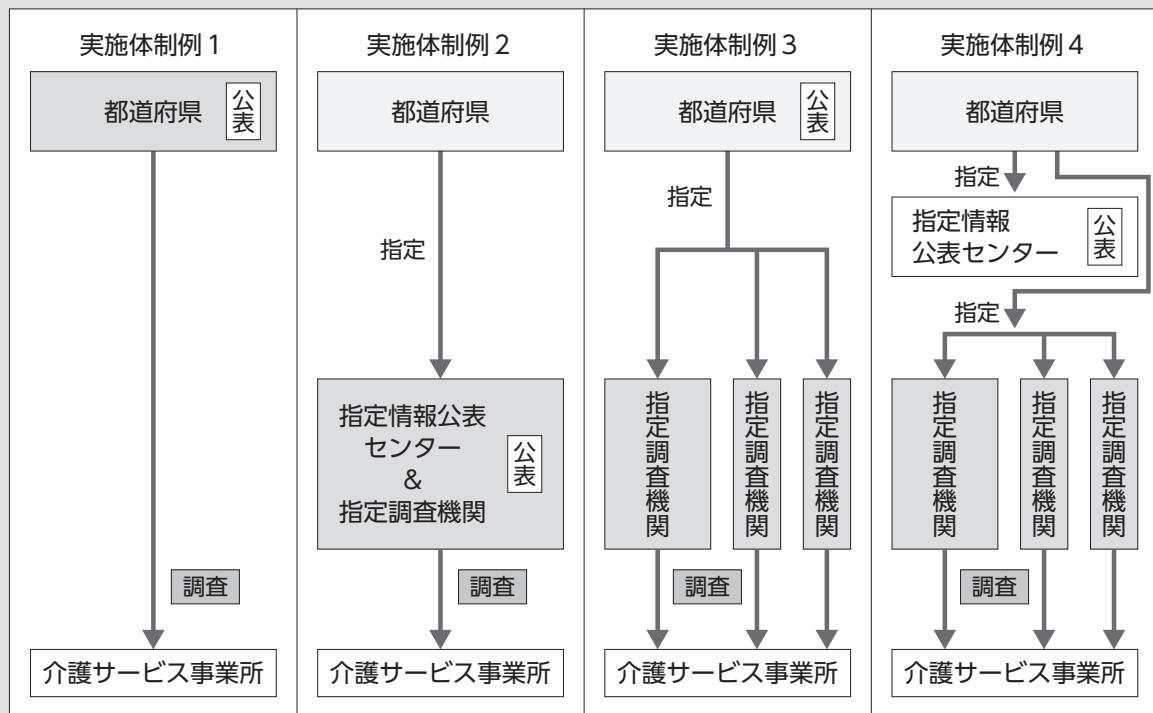
「介護サービス情報の公表」は、次の考え方等をふまえて都道府県単位で実施されるものであって、事業所調査、介護サービス情報の公表等の事務は、介護保険法にもとづく都道府県の自治事務である。

- ・介護サービスの利用及び提供は、市町村（保険者）の区域を超えて広域で行われる場合があること。
- ・地域密着型サービス等市町村単位のサービスであっても、公表情報の利用者の利便性を考慮すると、都道府県単位で一元化することが適当であること。

また、都道府県は、これらの事務を自ら実施するほか、都道府県ごとの実情に応じて、一定の要件を満たす法人を都道府県が指定して行わせることができる。

都道府県における実施体制の例をあげると図Ⅱ-4-1のようなものが考えられる。

図Ⅱ-4-1 都道府県における実施体制の例



2) 指定情報公表センターにかかわる基本的な考え方と要件

1 指定情報公表センターにかかわる基本的な考え方

指定情報公表センターとは、都道府県に代わって、介護サービス情報の報告の受理及び公表、指定調査機関の指定に関する審査など、「介護サービス情報の公表」制度に関する事務の全体を管理運営する機関であり、都道府県知事が指定する。指定情報公表センターは、情報公表計画に従い、情報公表事務を行う。都道府県は、指定情報公表センターに対する必要な指導監督等を行うことができる。

なお、指定情報公表センターは、情報の公表業務の過程で介護サービス事業所の有する秘密を知りうる立場となることから、秘密保持義務が課せられている。

2 指定情報公表センターの指定の基準

介護サービス情報の公表を行うに当たっては、中立性・公平性の確保が必要であることから、指定情報公表センターの指定の基準として、以下の事項が示されている。

- ① 法人であること。
- ② 情報公表事務を公正かつ適確に実施するに足る経理的基礎及び技術的能力を有するもの（職員、設備、情報公表事務の実施の方法その他の情報公表事務の実施に関する計画が、情報公表事務の公正かつ適確な実施のために適切なもの）であること。
- ③ 情報公表事務を行う機関は中立性・公平性が確保されていることが必要であることから、申請者の役員、構成員または職員の構成が、情報公表事務の公正な実施に支障を及ぼすおそれがないこと。

具体的には、当該法人の意思決定を公正に保つため、介護サービスを現に提供する事業者の役員、役員であった者及び職員並びに当該役員または職員の配偶者及び3親等以内の親族が、当該法人の役員、構成員または職員の総数の2分の1を超えて含まれていないことが必要とされている。

なお、これにより難しい場合は公正・中立性を確保できる情報公表事務に関する委員会等を設けることが必要とされている。

- ④ これらのほか、また、情報公表事務が不公正になるおそれがないよう、次の事項等が示されている。
 - ・ 指定を受けようとしている法人が介護サービスを自ら提供していないこと。
 - ・ 情報公表事務に関する経理が他の経理と区分されていること。
- ⑤ これらのほか、次の場合には、指定をしてはならないこととされている。
 - ・ 申請者が、介護保険法の規定により刑に処せられ、その執行を終わり、または執行を受けることがなくなった日から起算して二年を経過しないとき。または、申請者の役員に、当該者があるとき。
 - ・ 指定調査機関の指定を取り消され、二年を経過しないとき。

- ・ 指定情報公表センターの指定を取り消され、二年を経過しないとき。

3 指定情報公表センターの公示等

都道府県知事は、指定情報公表センターの指定をしたとき、指定情報公表センターの名称、住所等に変更があったときは、事業者や利用者が適切に指定情報公表センターを把握するために公示することが必要である。

4 指定情報公表センターが備える事務規程

指定情報公表センターは、事務を公正かつ適確に実施するため、次の事項に関する事務規程を定め、都道府県知事の認可を受ける必要がある。

- ① 情報公表事務を行う時間及び休日に関する事項
- ② 情報公表事務を行う事務所に関する事項
- ③ 手数料の収納の方法に関する事項
- ④ 情報公表事務の実施の方法に関する事項
- ⑤ 情報公表事務に関する帳簿の管理に関する事項
- ⑥ その他情報公表事務の実施に関し必要な事項

3) 指定調査機関にかかわる基本的な考え方と要件

1 指定調査機関にかかわる基本的考え方

指定調査機関とは、都道府県知事が指定して調査を行わせることのできる機関である。

指定調査機関は、調査計画に従い、調査事務を行う。都道府県は、指定調査機関に対する必要な指導監督等を行うことができる。

なお、調査の過程においては、調査対象事業所の有する秘密を知りうる立場となることから、秘密保持の義務が課せられている。

2 指定調査機関の指定の基準

介護サービス情報の調査を行うに当たっては、中立性・公平性及び調査の均質性の確保が必要であることから、指定調査機関の指定の基準として、次の事項が示されている。

- ① 法人であること。
- ② 調査事務を公正かつ適確に実施するに足りる経理的基礎及び技術的能力を有するもの（職員、設備、調査事務の実施の方法その他の調査事務の実施に関する計画が、調査事務の公正かつ適確な実施のために適切なもの）であること。
- ③ 調査機関は中立性・公平性が確保されていることが必要であることから、申請者の役員、構成員または職員の構成が、調査事務の公正な実施に支障を及ぼすおそれがないこと。

具体的には、当該法人の意思決定を公正に保つため、調査対象介護サービスを現に提

供する事業者の役員、役員であった者及び職員並びに当該役員または職員の配偶者及び3親等以内の親族が当該法人の役員、構成員または職員の総数の2分の1を超えて含まれていないことが必要である。

なお、これにより難しい場合は、公正・中立性を確保できる調査事務に関する委員会等を設けることが必要である。

④ また、調査事務が不公正になるおそれがないよう、次の事項等が示されている。

- ・ 指定を受けようとしている法人が調査を行おうとする介護サービスを自ら提供していないこと。
 - ・ 調査事務に関する経理が他の経理と区分されていること。
- ⑤ これらのほか、次の場合には、指定をしてはならないこととされている。
- ・ 申請者が、介護保険法の規定により刑に処せられ、その執行を終わり、または執行を受けることがなくなった日から起算して二年を経過しないとき。または、申請者の役員に、当該者があるとき。
 - ・ 指定調査機関の指定を取り消され、二年を経過しないとき。
 - ・ 指定情報公表センターの指定を取り消され、二年を経過しないとき。

3 指定調査機関の公示等

都道府県知事は、指定調査機関の指定をしたとき、指定調査機関の名称、住所等に変更があったときは、事業者や利用者が適切に指定調査機関を把握するために公示することが必要である。

4 指定調査機関が備える事務規定

指定調査機関は、事務を公正かつ適確に実施するため、次の事項に関する事務規程を定め、都道府県知事の認可を受ける必要がある。

- ① 調査事務を行う時間及び休日に関する事項
- ② 調査事務を行う事務所に関する事項
- ③ 手数料の収納の方法に関する事項
- ④ 調査事務の実施の方法に関する事項
- ⑤ 調査事務に関する帳簿の管理に関する事項
- ⑥ その他調査事務の実施に関し必要な事項

4) 調査員にかかわる基本的な考え方と要件、養成方法等

1 調査員にかかわる基本的考え方

調査員は、都道府県または指定調査機関に所属し、事業所の訪問調査を行う。

調査員については、以下の点を考慮することが必要である。

- ① 調査員は、調査の過程において調査対象事業所の有する秘密を知りうる立場となるこ

とから、調査対象事業所と利害関係をもたず、中立・公正な調査が遂行できる者であることが必要であり、秘密保持の義務が課せられている。

- ② 調査の均質性が確保されることが重要である。
- ③ 調査に当たっての秘密保持義務や倫理、行動規範を熟知し、調査の役割から逸脱せずに円滑に調査を遂行できる人格適性を有することが重要である。

2 調査員の要件

都道府県知事またはその指定する者が行う次の研修の課程を修了し、都道府県知事が作成する調査員名簿に登録されていること。また、都道府県知事は、調査員に登録した場合、調査員登録証明書を調査員に交付する。

① 目的

調査員として必要な専門的知識及び技術を修得させること。

② 内容

介護サービス情報の公表に関する基礎的知識、介護サービスの内容に関する基礎的知識並びに調査事務に関する専門的知識及び技術の修得にかかるものを主たる内容とし、かつ、その他の調査員として必要な専門的知識及び技術の修得にかかるものをその内容に含む。

③ 課程

表Ⅱ-4-2の課程により行うこととし、修得することが求められている知識及び技術の修得がなされていることを確認する等適切な方法により実施する。

調査員養成研修は介護サービスの種類ごとに行われる。

なお、介護支援専門員などの介護サービスの知識をあらかじめ有する者が研修を受講するに当たっては、基礎研修（「介護保険制度の理解に関する講義」及び「介護サービスの基礎的知識に関する講義」）の受講が免除される。

また、介護サービス情報の理解に関する講義については、公表項目が介護サービスの種類別に定められていることから、サービスの種類別に受講することにより、当該サービスの調査員となり得るものである。

なお、介護サービスの種類ごとに行う調査員養成研修において、調査員養成研修を修了した介護サービスが属する次の区分に属する他の介護サービスについても、調査員養成研修のすべての課程を修了したものとみなすことができることや、①、⑤、⑦及び⑪の各区分において、それぞれ当該各区分内に掲げるいずれかの介護サービスに係る講義を修了した者については、⑨及び⑩に掲げる介護サービスに係る講義を修了したとみなすことができることに留意する。

3 研修の受講要件

研修の受講要件については、原則として、資格、現場経験などは特に定められていない（ただし、都道府県の実情により異なる場合もある）。

表Ⅱ-4-2 調査員養成研修の課程

区分	科 目	時間数	備 考
講義	介護保険制度の理解に関する講義	1時間	
	介護サービスの基礎的知識に関する講義	2時間	
	介護サービス情報の公表制度の理念に関する講義	1時間	
	介護サービス情報の公表制度の内容に関する講義	1時間	
	介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の37第1項に規定する調査員の心得に関する講義	30分	
	介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報の理解に関する講義	2時間	介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービスごとに行うこと
	介護保険法第115条の36第1項に規定する調査事務の理解に関する講義	1時間	
演習	介護保険法第115条の36第1項に規定する調査事務の演習	3時間	（平成19年4月1日から適用）

（注）介護保険制度の理解に関する講義及び介護サービスの基礎的知識に関する講義に関しては、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、訪問介護員及び都道府県知事がこれらに準ずるものとして認められた者について、講義を修了したとみなすことができる。

表Ⅱ-4-3 サービス区分

主たるサービス	予防サービス等
①訪問介護	夜間対応型訪問介護
②訪問入浴介護	介護予防訪問入浴介護
③訪問看護	介護予防訪問看護
④訪問リハビリテーション	介護予防訪問リハビリテーション
⑤通所介護	地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型通所介護 指定療養通所介護
⑥通所リハビリテーション	介護予防通所リハビリテーション
⑦特定施設入居者生活介護	特定施設入居者生活介護（外部サービス利用型） 地域密着型特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護（外部サービス利用型）
⑧福祉用具貸与	特定福祉用具販売 介護予防福祉用具貸与 特定介護予防福祉用具販売
⑨小規模多機能型居宅介護	介護予防小規模多機能型居宅介護
⑩認知症対応型共同生活介護	介護予防認知症対応型共同生活介護
⑪介護老人福祉施設	短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
⑫介護老人保健施設	介護医療院 短期入所療養介護（介護老人保健施設） 短期入所療養介護（介護医療院） 介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設） 介護予防短期入所療養介護（介護医療院）
⑬介護療養型医療施設	短期入所療養介護 介護予防短期入所療養介護

第

Ⅲ

編

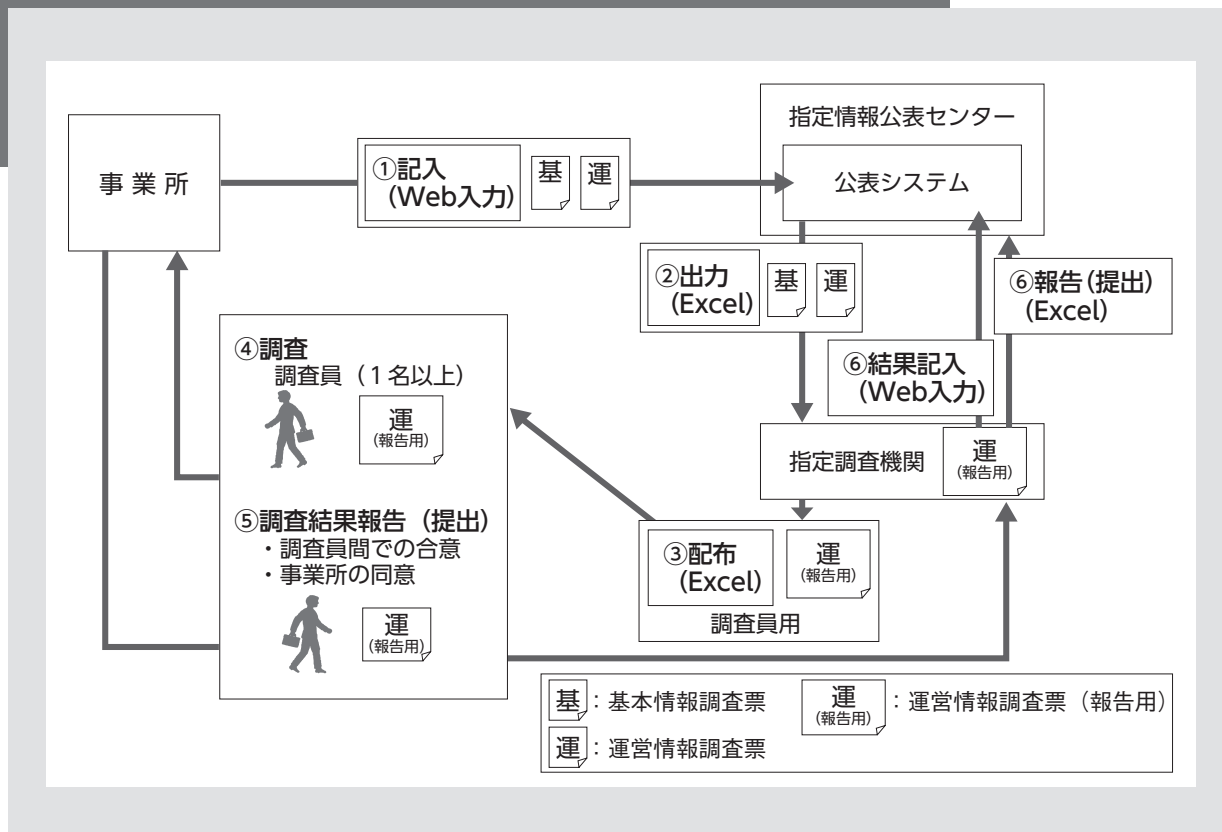
調査の実際

1 調査実務の例

表Ⅲ-1-1 調査実務の流れの概要 (一般的に考えられるフローチャート例)

<p>1. 各都道府県知事による調査計画の策定等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・調査対象事業所の確定。 ・調査対象事業所ごとの調査月の確定。 ・担当調査員または担当指定調査機関 (以下、「担当指定調査機関等」という) への調査対象事業所の割振り。 ・調査日程等の確定 (担当指定調査機関等は調査対象事業所との間で具体的な調査日等を確定)。
<p>2. 調査票の配布等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各都道府県知事または指定情報公表センター (以下、「公表センター等」という) から調査対象事業所へ介護サービス情報の記入帳票 (「基本情報調査票」及び「運営情報調査票」) を配布 (Web)。 ・調査日の案内。
<p>3. 調査票の記入及び報告等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・調査対象事業所は配布された「基本情報調査票」、「運営情報調査票」を記入 (Web 入力) し、介護サービス情報を公表センター等に報告。
<p>4. 担当指定調査機関等への介護サービス情報の通知</p> <ul style="list-style-type: none"> ・公表センター等から調査対象事業所より受理した介護サービス情報 (「基本情報調査票」及び「運営情報調査票」) が通知 (配布) される (Web より出力)。
<p>5. 事業所把握及び調査票の確認等 (事前準備)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護サービス情報 (「基本情報調査票」、「運営情報調査票」) により調査対象事業所の状況の把握及び調査票の内容確認。
<p>6. 事業所訪問調査の実施 (1 名以上・半日程度)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「確認のための材料」について事実確認を行う (評価や指導は行わない)。
<p>7. 調査結果の同意</p> <ul style="list-style-type: none"> ・調査対象事業所に対して調査結果を報告し、事実誤認がないこと及び調査結果がそのまま公表されることについて同意を得る。
<p>8. 調査結果の報告</p> <ul style="list-style-type: none"> ・調査員は、調査終了後、調査結果 1 部を速やかに公表センター等または指定調査機関に対して報告。 ・指定調査機関は、調査員からの報告後、速やかに、調査結果を公表センター等に対して報告 (Web 入力及び報告用調査票の提出)。

図Ⅲ-1-1 調査票の流れのイメージ (P.110図Ⅱ-4-1 実施体制例2の場合)



2 調査員の行動規範

1) 調査員としての基本姿勢

調査員は介護サービス事業所を訪問し、事業所のサービス内容及び運営状況を調査することが役割であるが、事業所は自らの活動状況を第三者に公開することに対して、一般的に抵抗感をもつ場合が多い。また、調査に当たって、緊張感も強いと考えられる。このような関係を理解したうえで、調査員は調査に当たって事業所に信頼されるよう、常に配慮が必要である。

信頼を得るための条件として、

- ① 調査員としての秘密保持義務が遵守できること
- ② 調査員としての立場、役割を理解し、介護サービス事業所に説明できること
- ③ 調査の方法、内容について十分に理解していること
- ④ 訪問者としての丁寧な対応ができること

が考えられる。

また、調査に当たっての調査員の役割は、事業所から報告を受けた運営情報の事実の確認であることから、事業所から示された確認のための材料の良し悪しの評価や改善指導を

行うものでないことを十分理解する必要がある。

2) 信頼を得るための条件

1 調査員としての秘密保持義務が遵守できる

調査員は、調査対象となる介護サービス事業所の業務を深く知りうるとともに、当該事業所の利用者及び家族などの個人情報に直接ふれる立場となることから、介護保険法第115条の38の規定により、秘密保持義務が課されている。したがって、同条第2項に規定されている通り、調査員は公務に従事する職員とみなされ、法令に違反した場合は、地方公務員法第60条の規定に準ずる罰則が適用されることとなる。

介護保険法（抄）（平成9年12月17日法律第123号）

注 令和3年6月11日法律第66号改正現在

（秘密保持義務等）

第115条の38 指定調査機関（その者が法人である場合にあっては、その役員。次項において同じ。）若しくはその職員（調査員を含む。同項において同じ。）又はこれらの職にあった者は、調査事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

2 指定調査機関及びその職員で調査事務に従事する者は、刑法その他の罰則の適用については、法令により公務に従事する職員とみなす。

地方公務員法（抄）（昭和25年12月13日法律第261号）

注 令和3年6月16日法律第75号改正現在

（秘密を守る義務）

第34条 職員は、職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も、また、同様とする。

2 法令による証人、鑑定人等となり、職務上の秘密に属する事項を発表する場合においては、任命権者（退職者については、その退職した職又はこれに相当する職に係る任命権者）の許可を受けなければならない。

3 前項の許可は、法律に特別の定がある場合を除く外、拒むことができない。

（罰則）

第60条 次の各号の1に該当する者は、1年以下の懲役又は3万円以下の罰金に処する。

1 第13条の規定に違反して差別をした者

2 第34条第1項又は第2項の規定（第9条の2第12項において準用する場合を含む。）に違反して秘密を漏らした者

3 第50条第3項の規定による人事委員会又は公平委員会の指示に故意に従わなかった者

このことから、調査員は、調査に対して中立かつ公平であることはもちろん、業務を円滑に遂行できる人格適性がなによりも求められることとなる。つまり、調査員としての責務をよく理解し、調査時における書類等の取り扱いについては慎重を期さなければならない。具体的には、次の点に特に留意する必要がある。

- ・調査員は、当該事業所から提出された確認のための材料を原則として持ち帰らないこと。
- ・調査終了時には、書類等の紛失がないか、当該事業所の職員とともに確認すること。
- ・調査に関わった時点から調査終了後も、調査対象となった事業所名や調査時に知り得た情報は外部にはもらさないこと。

2 調査員としての立場、役割を理解し、介護サービス事業所に説明できる

調査の開始は、調査員として自分の立場と役割を明確に事業所に伝えることから始まる。すべての事業所が「介護サービス情報の公表」の目的や方法、調査員の立場を十分に理解しているとは限らない。調査員自身は自分の立場を自覚し、調査を進めるうえでも事業所を訪問して調査を開始する際にはしっかりと説明することが必要である。説明内容については、以下が考えられる。

(ア) 調査員の名前、自己紹介

自己紹介の内容については、調査実施主体と打ち合わせる。

(イ) 調査の目的

事業所からの求めに応じ、説明できるよう十分に理解しておく。

(ウ) 調査員の調査項目についての当日の役割

2名以上で調査を行う場合は、調査項目中の項目や分野について、調査員の誰がどこを担当するのかを事前に決めて、説明する必要がある。特に、事業所に面接調査による説明を依頼する項目や分野については、事前に決めておくことが適当である。複数の調査員がそれぞれに質問すると調査員側としてのまとまりに欠けて、調査員としての適切性について悪い印象を与えることにもなりかねないからである。

(エ) 事業所側で対応する人の確認

調査客体を代表する者に対する面接調査の方法によって行う。

(オ) 訪問調査時のおおよそのタイムスケジュールの確認

訪問調査中のおおよそのタイムスケジュールを事業所に伝え、確認する。

事業所のなかで対応してくれる人のなかには、通常の業務を実施しながらの場合もありうるので、通常の業務になるべく支障をきたさないための配慮としても必要である。

(カ) 調査の方法

調査方法については十分に理解し、事業所に具体的に説明して、調査に不信をもたれないように配慮する。

(キ) 秘密保持義務の遵守の伝達

秘密保持義務については、どのように遵守するのかを具体的に伝えることである。

3 調査の方法、内容について十分に理解している

(ア) 調査対象事業所についての理解

事前に資料を読み込み、調査対象事業所の活動状況を把握しておく。

(イ) 調査項目の理解と調査方法の確認

「運営情報」は、「大項目」「中項目」「小項目」に分類されたうえで、小項目ごとに「確認事項」と、これについての「確認のための材料」によって構成される。運営情報項目にある「確認のための材料」については、マニュアルや記録物を確認するもの、掲示物で確認するもの等があり、確認方法は多様である。適切な調査をするための基本として、調査項目の理解と調査方法の確認が重要である。

4 訪問者としての丁寧な対応ができる

(ア) 訪問時における利用者と職員への配慮

訪問時には利用者や職員と会うことがあり、その時は挨拶をすること、穏やかな態度など調査員としての基本的なマナーが求められる。

(イ) 書類の丁寧な取り扱い

書類は丁寧に扱うことを心がける。

介護サービス事業所にとっての書類は、自分達の活動の成果であり、汗がしみ込んでいる分身であるといえるだろう。丁寧に取り扱い、終了時は事業所に適切に返却することが必要である。

(ウ) 訪問時の服装

入居利用者がいる介護サービス事業所については、相手に緊張感を与えない服装が望まれる。

訪問に当たっては、事前に服装等について事業所等に確認しておくことも必要である。

3 介護サービス情報の公表における調査の実務

「介護サービス情報の公表」は都道府県の自治事務として、都道府県内のすべての対象事業所の調査及び情報公表が行われる必要があることから、都道府県知事が毎年計画を定め、事業所からの報告の受理、調査及び情報の公表を行うこととなる。

具体的な調査等の実施方法は、都道府県ごとに異なることが考えられるため、ここでは、一般的に考えられる事項等を参考までに提示することとする。

【都道府県知事または指定情報公表センターの実務】

1) 各都道府県知事による調査計画の策定等

- ① 調査対象事業所の確定
- ② 調査対象事業所ごとの調査月の確定
- ③ 担当指定調査機関等への調査対象事業所の割振り

2) 調査対象事業所への調査票の配布等

公表センター等は、調査対象事業所に対し、介護サービス情報の報告を受理するために必要な帳票を配布（Web）する。

また、これと同時に調査日の案内を配布する。

- ・「基本情報調査票」
- ・「運営情報調査票」

3) 調査対象事業所における調査票の記入及び報告等

調査対象事業所は、「2）調査対象事業所への調査票の配布等」により、配布された介護サービス情報記入帳票（「基本情報調査票」及び「運営情報調査票」）の記入を行い、定められた期間までに公表センター等に報告（Webによる提出）し、公表センター等はこれを受理する（記入方法については、第2章「調査票の説明と記入方法」参照）。

4) 担当指定調査機関等への介護サービス情報の通知

公表センター等は、事業所から受理した調査対象事業所により記入済みの介護サービス情報記入帳票（「基本情報調査票」及び「運営情報調査票」）を、速やかに担当指定調査機関等に対して配布（Web）する。

【担当調査員または担当指定調査機関の実務】

1) 事業所把握及び調査票の確認等（事前準備）

① 事業所把握及び調査票の確認

担当指定調査機関等は、公表センター等から通知（配布（Web））された介護サービス情報記入帳票（「基本情報調査票」及び「運営情報調査票」）を打ち出し（Excel）、調査員に配布する。

調査員は配布された帳票の内容を事前に確認する。

- ・事業所を訪問調査するためには、事業所から公表センター等に報告され、公表センター等から事前に通知（配布）される「基本情報調査票」により事業所の基本的な事実情報である運営法人の概要、事業所の概要、職員の体制、利用料金等、サービスの内容等を把握することが大切である。

これにより、事業所の担当者等との面談も円滑に進行する。

また、運営情報を調査するに当たっても基本情報を把握したうえで確認・調査することが必要である。

- ・「運営情報調査票」の内容を確認し、訪問調査時に確認すべきことを把握する。
- ・「確認のための材料」の確認において施設見学を必要とする場合など、あらかじめ、施設見学で確認する「確認のための材料」をまとめておく。

② 調査対象事業所との打ち合わせ

「運営情報調査票」記入の際に参考にした「確認のための材料」は、訪問調査当日には閲覧する旨、事業所に依頼をする。

効率的な調査を行うに当たり、確認する資料を調査当日揃えてもらうよう依頼するなども考えられる。

また、併せて調査当日には調査票の記載内容について回答する職員の同席についても依頼する。調査対象事業所の担当者の都合（担当分野が異なり複数の担当者が対応する等）が事前にわかる場合など調査の流れや事業所の状況をみて、適宜面接調査の時間調整等を行う。

2) 事業所訪問調査の実施

担当指定調査機関等は、計画にもとづいて、事業所の調査を実施する。

① 事業所調査の方法

(ア) 訪問調査を行う調査員の構成

訪問調査は、調査員が1名以上で実施する。

(イ) 調査の期間

1事業所当たり訪問調査の期間は、半日程度と考えられる。

(ウ) 調査内容

調査対象事業所の調査は、調査員が事業所を訪問し、調査対象事業所があらかじめ記入し報告された内容にもとづいて調査を実施する。

「確認のための材料」について事実確認を行う（評価や指導は行わない）。

結果については、「運営情報調査票報告用」に記入する（記入方法については、第2章「調査票の説明と記入方法」参照）。

なお、調査に当たっては、あらかじめ基本情報についても参照するものとする。

(エ) 調査の方法

調査は、事業者を訪問し、その調査に関して事業者を代表する者との面接調査の方法によって行う。

(オ) 1事業所で複数サービスを行っている場合の調査

介護サービス情報の事業所の報告及び調査を効率的に実施する観点から、同類型の予防サービス、地域密着型サービス（以下「予防サービス等」という）を一体的に運営実施している事業所については、原則本体サービスについての報告・調査のみとなる（本体サービスと予防サービス等の調査情報の項目はほぼ同様であり、サービスにより一部異なる項目がある場合には当該項目の報告と調査を行う。なお、令和3年度における本体サービスと同類型サービスについては表Ⅲ-1-2のとおり）。

については、調査に当たっては、原則本体サービスについて行い、サービスにより一部異なる項目がある場合には当該項目の調査を行う。

② 面接調査の方法

(ア) 調査の時点及び期間

調査の時点は、調査票の記入年月日又は報告日現在とする。また、過去の実績等の調査対象期間は、報告された情報の作成日の前1年間とする。

(イ) 「確認のための材料」の調査方法にかかる共通的事項

- ・調査は、運営情報の「確認のための材料」のうち、事業者がその材料がある旨報告した事項について行う。
- ・表Ⅲ-1-2に定める各区分内において一体的に運営されているサービスの運営情報については、同一の事業者による取組であり、基本的に全てのサービスについて共通しているという考え方を前提として、調査についても、原則報告された主たるサービスについて調査を行い、その他のサービスについては、主たるサービスの調査をもって調査を行ったものとみなす（都道府県の実情に応じ適宜定められる）。
- ・「確認のための材料」の調査は、事業所が提示する材料の事実の有無を確認する。この場合、調査員は、その材料の内容に関する良し悪しの評価、改善指導等を行わない。
- ・「確認のための材料」欄の記述において、「A、B又はC」とある場合は、A、B、Cのうちいずれか1つが確認できればよいものとし、「A、B及びC」とある場合は、A、B、Cの全てが確認できなければならないものとする。

表Ⅲ-1-2 同類型サービス

主たるサービス	その他のサービス
訪問介護	夜間対応型訪問介護
訪問入浴介護	介護予防訪問入浴介護
訪問看護	介護予防訪問看護 指定療養通所介護
訪問リハビリテーション	介護予防訪問リハビリテーション
通所介護	地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型通所介護 指定療養通所介護
通所リハビリテーション	介護予防通所リハビリテーション 指定療養通所介護
特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム)	特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型) 地域密着型特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型)
特定施設入居者生活介護 (軽費老人ホーム)	特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型) 地域密着型特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型)
特定施設入居者生活介護 (サービス付き高齢者向け住宅 (有料老人ホームに該当するもの))	特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型) 地域密着型特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型)
福祉用具貸与	介護予防福祉用具貸与 特定福祉用具販売 特定介護予防福祉用具販売
小規模多機能型居宅介護	介護予防小規模多機能型居宅介護
認知症対応型共同生活介護	介護予防認知症対応型共同生活介護
居宅介護支援	
介護老人福祉施設	短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
介護老人保健施設	短期入所療養介護 (介護老人保健施設) 介護予防短期入所療養介護 (介護老人保健施設)
介護医療院	短期入所療養介護 (介護医療院) 介護予防短期入所療養介護 (介護医療院)
介護療養型医療施設	短期入所療養介護 (療養病床を有する病院等) 介護予防短期入所療養介護 (療養病床を有する病院等)

「介護サービス情報の公表」制度では、サービスの特性や事業所の運営状況、さらに事業所、指定情報公表センター及び指定調査機関の事務負担等を考慮し、「一体的な報告・調査を行うサービス区分」が設けられています。特に、指定療養通所介護については、そのサービスの特性から、訪問看護、通所介護、通所リハビリテーションと一体的に運営されている場合があり、それぞれ訪問看護(介護予防訪問看護)、通所介護(地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護)、通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)と「一体的な報告・調査を行うサービス区分」を構成しています。

- ・「確認のための材料」のうち、利用者ごとの記録等の事実確認に当たっては、その記録等の原本を1件確認することで足りる。
- ・「確認のための材料」については、紙、電子媒体等の形式は問わない。
- ・「確認のための材料」に記載している「利用者又はその家族」には、その代理人を含む。
- ・調査情報にあらかじめ記載している「確認のための材料」の名称は、一般的に考えられるマニュアル、実施記録等の名称を例示するものであり、各事業者における具体的な「確認のための材料」の名称は異なって差し支えない（マニュアル等は、事業者自ら作成したもののほか、市販のマニュアル、テキスト等の活用の別を問わない）。
- ・事業計画等、その介護サービス事業所または施設を運営する法人全体の方針等に関わる「確認のための材料」については、介護サービス事業所または施設の単独の資料がなくとも、その事業所または施設にかかる事業計画等であることが確認できれば差し支えない。
- ・会議、研修会等の実施記録の確認に当たっては、少なくとも、当該会議等の題目、開催日、出席者及び実施内容の概要を確認するものとする。
- ・各種研修については、事業者が自ら実施するものまたは外部の研修へ参加させるものの別を問わない。
- ・なお、「確認のための材料」に規定しているマニュアルや規程の有無の確認を行う面接調査において、その存在が確認されたときは、当該調査年度の翌年度以降は特段の事情がない限り、あらためて当該確認済材料の確認を行わないこととする。ただし、当該事業者が報告の対象外となり、あらためて報告の対象となった場合は、この限りでない。

③ 訪問調査の留意点

- ・基本的に業務中の事業所を訪問することから、その業務に支障のないよう配慮する必要がある。
- ・調査は、現に行っている事柄（事実）について事実確認のみを行うものであり、改善指導等を行わない。
- ・円滑に調査を実施するために時間配分に十分配慮する。
- ・訪問調査において知り得た情報は、当該事業を遂行する者以外の第三者には漏洩してはならない。また、当該事業の目的以外に使用してはならない。

3) 調査結果の同意

調査員は、訪問調査を終了するに当たり、調査対象事業所に対して調査結果を報告し、事実誤認がないこと及び調査結果がそのまま公表されることについての同意を得る。

調査結果については、調査対象事業所において、記入された「運営情報調査票報告用」

の写しをとり報告する。

調査対象事業所の確認後、「運営情報調査票報告用」の原本に署名や捺印を受ける。この同意をもって、調査が終了する。

4) 調査結果についての同意が得られない場合

基本的な対応

調査結果について事業者の同意が得られない場合は、都道府県または指定調査機関に持ち帰り、協議する。

都道府県知事または指定調査機関は、事業者に対する照会等を行い、事業者の同意を得たうえで、確定する。また、照会等に当たっては、必要に応じて、事業者の同意を得たうえで、「確認のための材料」の写し等必要な書類の貸し出し等を受け、判断することが考えられる。

5) 調査事務に関する留意点

調査は、事業者が提示する「確認のための材料」を1件確認するものであるが、これは、事業者は、その1件の「確認のための材料」をもって、当該1件以外の日常的な取組みを説明するという仕組みである。

本制度における調査は、事業者が自らの責任で公表しようとする情報の事実確認を行うための仕組みであり、事業者の取組みの良し悪しを評価する仕組みではない。

事業者における日常的な取組みのなかでは、個別の事情に応じた取組みが行われているものであり、すなわち、「介護サービス情報の公表」制度において定める「確認のための材料」で評価をするものではない。

6) 調査結果の報告

調査員は、調査終了後、調査結果の精査・点検を行い、速やかに、調査結果1部（調査対象事業所から同意を得た「運営情報調査票報告用」）を、都道府県知事または指定調査機関に対して報告（提出）する。

指定調査機関は、調査員からの報告後、速やかに、調査結果を公表センター等に対して報告（Web入力及び報告用調査票の提出）する。

7) 訪問調査のプロセス

基本的な調査の流れは以下ようになる。

- ① オリエンテーション
 - ・ 調査チームの紹介
 - ・ 「介護サービス情報の公表」制度の概要説明
 - ・ 訪問調査の調査スケジュールの確認

- ・事業所からの質問
- ・事業所から概要を聴取（調査員は「基本情報」を参照（必要に応じて確認））
- ・オリエンテーション時に調査の項目ごとに対応する職員について確認しておく。特に特定の時間しか対応できない事業所職員がいる場合には、調査スケジュールを変更するなどの対応が必要となる。
- ・調査に必要な「確認のための材料」等の関連資料についての準備状況を確認するとともに、準備が整っていないような場合には準備をしてもらう必要がある。

② 施設見学

- ・事前準備において取りまとめた施設見学時に確認を要する「確認のための材料」の確認を行う。
- ・見学に当たっては、利用者の迷惑にならないよう、職員の指示に従うことが必要である。

③ 「運営情報調査票」にもとづく調査

- ・原則的には会議室等を事業所に確保してもらい、ここで調査員と調査対象事業所の職員が面談形式により「運営情報調査票」にもとづき「確認のための材料」を確認しながら調査票に記入していく。
- ・調査のチェックに当たっては、「運営情報」の解説もふまえチェックする。

(注) 調査に当たっては、「確認のための材料」に記入されている事実の有無等を確認するものであり、調査員が「確認のための材料」の評価（内容の良否等）を行うものではないことに留意願いたい。

④ 「運営情報調査票報告用」の点検

調査終了後、「運営情報調査票報告用」の精査・点検を行う。

⑤ 調査結果の同意

「運営情報調査票報告用」の精査・点検後、速やかに調査対象事業所に調査結果を報告し、事実誤認がないこと及び調査結果がそのまま公表されることについての同意を得る。

⑥ 訪問調査の終わりに当たって

- ・調査協力へのお礼
- ・情報公表までの大まかなスケジュールの報告 等

《訪問調査タイムスケジュール例》

●調査員間の事前打ち合わせ（メール・電話等）

- ・調査の進め方
- ・当日の役割（事業所への確認を取る調査項目を調査員ごとに分担するなど）

●調査時の持参資料及び携行品

- ・基本情報調査票（事業所からの報告（記入）済み）
- ・運営情報調査票（事業所からの報告（記入）済み）
- ・運営情報調査票報告用（事業所からの報告（記入）済み）
- ・調査員事前確認事項等取りまとめメモ（必要に応じて）
- ・項目の理解の解説
- ・付箋・筆記用具 等

●訪問調査のスケジュール（例）

13：00 - 13：15	●オリエンテーション <ul style="list-style-type: none"> ・自己紹介 ・調査目的の説明 ・調査スケジュールの概要説明 ・事業所概要（事業所より簡単に説明） 	基本情報調査票（事業所からの報告（記入）済み）を参照 運営情報の「確認のための材料」の調査に際し、見学を必要とする場合等を実施する
13：15 - 15：15	●調査 <ul style="list-style-type: none"> ・運営情報調査票（サービスの内容・水準の確保） 事前に事業所が記入した「確認のための材料」の事実を確認。 ・管理者及び必要に応じ実際のサービスの状況のわかる者に材料を提示してもらう。	
15：15 - 15：45	●施設見学（施設等の場合に視認して確認）	
15：45 - 16：00	●調査結果の確認 「運営情報調査票報告用」の確認	
16：00 - 16：20	●調査結果の報告・同意 <ul style="list-style-type: none"> ・事業所に対し調査結果を報告 ・事実誤認がないこと及び調査結果がそのまま公表されることについての同意 	
16：20 - 16：30	●調査の終了 <ul style="list-style-type: none"> ・調査協力のお礼 ・情報公表までの大まかなスケジュール 	
後日	●公表センター等または指定調査機関への報告 事業所から同意を得た運営情報調査票報告用の公表センター等または指定調査機関への報告（提出）	

1 調査票の種類

事業所が事前に記入する調査票は、①「基本情報調査票」、②「調査情報調査票」の2種類である。

1) 基本情報調査票

「基本情報調査票」は、法人名、事業所・施設名、所在地、営業時間、職員数、居室面積等の基本的な事実情報を事業所が自ら記入し、そのまま公表されるものである。

記入事項のなかには事業所の運営規程、パンフレット、ホームページの記載項目などを転記することで済む項目だけでなく、サービス提供実績の記載など事業実態に即して記載しなければならない項目がある。

2) 運営情報調査票

「運営情報調査票」については、「報告」欄、「調査結果」欄のそれぞれが同一シート上にあり、あらかじめ事業所自ら記入したものにもとづいて、調査員が調査した結果を公表する。

2 事業所における運営情報調査票の記入方法

● 「報告」欄の記入について

「報告」欄は、「確認のための材料」欄にある確認のための材料があるかどうか、当該事実の有無について、「あり」「なし」のどちらかの数字に○を記入する。

● 「確認のための材料」欄の空欄（その他）の記入について

「確認のための材料」欄の空欄（その他）については、あらかじめ記載されている「確認のための材料」はないが、確認事項及び「確認のための材料」の内容を踏まえて、あらかじめ記載されていない「確認のための材料」を報告することが可能な場合には、その材料名を「(その他)」欄に記載するものとする。

● 「事例なし」欄等の記入について

確認事項で求めている事項が、事業所によっては、求めているその状況がないために回答ができない項目、例えば「利用者ごとの金銭管理を適切に行っている」という確認事項について、そもそも事業所の方針として金銭管理を実施していない場合には「金銭管理は行わない」欄を、金銭管理は実施するが報告対象期間内に金銭管理の事例がなかった場合に「金銭管理は行うが、事例なし」欄を設定している。

事業所の状況に合わせて、いずれかにチェックを入れる。この場合、「報告」欄への記入は、行わない。

3 調査員における運営情報調査票の記入方法

調査員は「調査結果」欄に記入する。

- 「調査結果」欄の記入について

「調査結果」欄には、「報告」欄（確認のための材料の事実の有無）で「あり」に○がつけられた「確認のための材料」について、実際に文書や事実の確認作業を行い、「あり／なし」のどちらかに○をつける。

また、「確認のための材料」欄の（その他）内に事業所による記入がある場合、記入されている「確認のための材料」について、文書や事実の確認作業を行い、「あり／なし」のどちらかに○をつける。

したがって「報告」欄で「なし」に○がつけられている「確認のための材料」については、「報告」欄に記入する必要はない。

- 「該当なし」欄等に記入がある場合について

確認事項で求めている事項が、事業所によっては、求めているその状況がないために回答ができない項目（P.124参照）については、調査項目の内容によって「確認事項」欄に、そもそも事業所の方針として実施していない場合の「〇〇は行わない」欄と、「事例なし」欄をそれぞれ設定している。

事業所の状況が、「〇〇は行わない」「事例なし」のいずれかの場合には、事業所は、ここにチェックを入れる。この場合、「報告」欄への記入は、行わないこととしている。

したがって、「確認事項」欄の「〇〇は行わない」「事例なし」欄に記入（チェック）がある場合においては、「調査結果」欄に何も記入する必要はない。

4 運営情報の記入イメージ

運営情報調査票(報告欄記入済)

事業所記入欄

大項目	中項目	小項目	確認事項	確認のための材料	報告	調査結果
					確認のための材料の事実の有無(A)	(A) の事実確認結果
I. 介護サービスの内容に関する事項 1. 介護サービスの提供開始時における利用者等、入所者等又は入院患者等に対する説明及び契約等に当たり、利用者、入所者又は入院患者等の権利擁護等のために講じている措置 (1) 介護サービスの提供開始時における利用者等に対する説明及び利用者等の同意の取得の状況						
		①	利用申込者のサービスの選択に資する重要事項について説明し、サービスの提供開始について同意を得ている。	重要事項を記した文書の同意欄に、利用申込者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。 (※押印廃止等の場合は運営自治体の指示に従うこと)	(あり)	あり
					なし	なし
		②	利用申込者の判断能力に障害が見られる場合において、利用者に代わってその家族、代理人、成年後見人等との契約を行っている又は立会人を求めている。	利用申込者の判断能力に障害が見られる場合において、利用者に代わってその家族、代理人、成年後見人等と交わした契約書又は第三者である立会人を求めたことがわかる文書がある。	あり	あり
					(なし)	なし
				(その他)		あり
						なし
2. 利用者本位の介護サービスの質の確保のために講じている措置 (7) 当該サービスの提供内容の質の確保のための取組の状況						
		③	利用者ごとの金銭管理を適切に行っている。 [✓] 金銭管理は行わない [] 金銭管理は行うが、事例なし	金銭管理を行っている利用者ごとの金銭管理の記録がある。	あり	あり
					なし	なし
				(その他)		あり
						なし

(事業所等同意確認欄)

令和 年 月 日

調査結果に事実誤認が無いこと及び本調査結果を公表することについて同意いたします。

事業所等の名称		
本調査に係る代表者の職名		
本調査に係る代表者の氏名		(印)

運営情報調査票(調査結果欄記入済)

調査員記入欄

大項目	中項目	小項目	確認事項	確認のための材料	報告	調査結果
					確認のための材料の事実の有無(A)	(A)の事実確認結果
I. 介護サービスの内容に関する事項						
1. 介護サービスの提供開始時における利用者等、入所者等又は入院患者等に対する説明及び契約等に当たり、利用者、入所者又は入院患者等の権利擁護等のために講じている措置						
(1)介護サービスの提供開始時における利用者等に対する説明及び利用者等						
	①	利用申込者のサービスの選択に資する重要事項について説明し、サービスの提供開始について同意を得ている。	重要事項を記した文書の同意欄に、利用申込者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。	あり	あり	
				なし	なし	
		利用申込者の判断能力に障害が見られる場合において、利用者に代わってその家族、代理人、成年後見人等との契約を行っている又は立会人を求めている。	利用申込者の判断能力に障害が見られる場合において、利用者に代わってその家族、代理人、成年後見人等と交わした契約書又は第三者である立会人を求めたことがわかる文書がある。	あり	あり	
				なし	なし	
(その他)				あり		
2. 利用者本位の介護サービスの質の確保のために講じている措置						
(7)当該サービスの提供内容の質の確保のための取組の状況						
	③	利用者ごとの金銭管理を適切に行っている。 [✓] 金銭管理は行わない [] 金銭管理は行うが、事例なし	金銭管理を行っている利用者ごとの金銭管理の記録がある。 (その他)	あり	あり	
					なし	
					あり	
					なし	

確認のための材料の事実を確認したうえ記入する

確認のための材料の事実がないために記入の必要なし

事業所に、運営情報の求めているその状況がない(ここでは、事業所の方針として金銭を預からない)場合、「確認のための材料」にある事実はない。したがって、記入する必要はない。

(事業所等同意確認欄)

令和 ○年 ○月 ○日

調査結果に事実誤認が無いこと及び本調査結果を公表することについて同意いたします。

事業所等の名称	○○○サービス	
本調査に係る代表者の職名	施設長	
本調査に係る代表者の氏名	日本 次郎	印

令和3年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

介護サービス情報の公表制度における調査事務の適切な実施のあり方に関する調査研究事業

「介護サービス情報の公表」制度解説ブック **制度解説編**

一般社団法人 シルバーサービス振興会

令和4(2022)年3月