

在宅介護とケアミニмум

—ある事業所の取組から—

“Care Minimum” in Home Care Services

小林 月子

In this paper, I attempt to discuss the idea of “care minimum” .

The term was created by a nursing care business company in Gifu prefecture. It shows a minimum standard of in-home nursing care services. It is a group of in-home nursing care services basically specialized in physical nursing care. These services are indispensable to realize dignity in the life of elderly persons who need nursing care. The idea of “care minimum” shows one of the most important directions for present long-term care insurance.

- 1 はじめに
- 2 第5期の重点課題
- 3 在宅介護の基準とケアミニмум
- 4 おわりに

1 はじめに

介護保険制度は、日本の急速な高齢化と介護をめぐる状況に対応するため、3年に一度の見直しをすることになっている。第4期(2008年度～2011年度)が2012年3月で終了し、2012年4月からは第5期(2012年度～2014年度)を迎えることになる。

第5期はきわめて重要な3年間である。人口構成の点からすれば、この期間中に日本の高齢化は一段と進む。すなわち、1947年から1949年に806万人という大量の人間が誕生したが、これらの人々(いわゆる団塊の世代)は、全員、この5期において、いっせいに高齢者(65歳以上)の仲間入りをすることになるからである。今後の見通しを見てみよう。2012年1月に発表された政府の推計によると、高齢者人口は、2030年には3685万人(31.6%)となる見込みである。2010年には高齢者人口とその割合が2948万人(23.0%)であったことを考えれば、今後20年に急速に高齢化が進むことがわかる。他方、これを支える生産年齢人口は今後減少の一途をたどる。同じ政府統計によれば、2010年には8173万人(63.8%)だった生産年齢人口は2030年には6773万人(58.1%)に落ち込む。これらの数字は、いずれも、長期の合計特殊出生率を1.3と仮定した場合のものである。

今後、高齢者とりわけ後期高齢者の大量増加が見込まれるなか、サービス受給者も総費用も増加するのは必至である。また、一人暮らしや高齢者夫婦といった、家族の介護力を期待しにくい世帯構成が増加するとも見込まれている。

表1 日本の人口構成（老年人口と生産年齢人口）

| 年 | 老年人口 万人 (%) | 生産年齢人口 万人 (%) |
|--------------|-------------|---------------|
| 2010年 (国勢調査) | 2948 (23.0) | 8173 (63.8) |
| 2030年 (推計) | 3685 (31.6) | 6773 (58.1) |

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」平成24年1月推計（2011年～2060年）により作成

一方、財政面からも介護保険は、今後大きな課題に直面することが十分想定される。

2000年の発足時に3.6兆円だった介護保険の総費用は、2011年度には8.3兆円に増加している。国の試算によると、2025年には、その費用はおよそ20兆円に達する見込みである（試算により、19兆円から23兆円）。65歳以上の人（第1号被保険者）が支払う介護保険料（全国平均）は、第1期では2911円であったが、第4期では4160円となった。¹ 第5期ではこれをかなり上回る見込みである。第1号だけでなく第2号被保険者（40歳以上）を加えた被保険者全体に、今後増大する負担を引き受ける力と決意がどれだけあるだろうか？

こうした状況に、介護保険は今後、どこまで対応できるだろうか？対応できなければ、今後、日本社会に大量の介護難民が発生するおそれを否定できない。

今後事態に対する対応の、考えられる選択肢として、ここでは大きく二つが考えられるだろう。

(1) 介護保険料を大幅に上げて、これまで通りのサービス水準を維持するという選択肢がある。

この場合には保険料を上げることへの国民の最低限の同意が不可欠となる。また、保険料の上げるといってもそこにはおのずと限界がある。これ以上は上げられないという負担の上限があると思われる。

(2) 保険料の上昇をできるだけ抑えながら、介護保険の適用されるサービスの範囲を限定、もしくは絞り込む、という選択肢がある。

この場合には、様々な限定、絞り込みの仕方が考えられる。限定・絞り込みの仕方はその基準を決めるのが容易ではない。いずれにしろ、介護保険で利用できるサービスにかなりの限界を設けるわけであるから、従来利用できていたサービスが利用できなくなる可能性を否定できない。このさい、限定・絞り込みがサービス全体の低下をきたすことのないようにする工夫がぜひとも必要である。また、利用できなくなったサービスをだれがどのように補うかという難しい問題が内包されている。

2. 第5期の重点課題

1) 第4期の改正

介護保険の利用者数も介護費用も今後急激に増大すると見込まれるなかで、介護保険はこれまで数回の見直し、改定が行われてきた。

2005年には、いくつかの改正が行われたが、ここでは居宅サービスに関して行われたふたつの主要な改正を取り上げたい。第一点は、高齢者の生活の舞台としての地域の重要性がとりあげられたことである。施設での介護はコストの点からして抑制される政策的方向にある。要介護・要支援の高齢者ができるだけ地域で生活を継続できるように、「地域密着型サービス」「地域包括支援センター」などが新たに作られたのもこの改定による。

第2点は、提供されるサービスの量と範囲の見直しが行われたことである。介護保険法において、

1 厚生労働省ホームページhttp://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0531-13d_03.pdf より

居宅サービス提供の目的は、「その利用者が可能な限りその居宅においてその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように、入浴、排泄、食事の介護、その他生活全般にわたる援助を行うもの」とされている。サービス提供は、あくまで、利用者本人の生活援助と身体介護に限定されている。2005年の介護保険の改定においてはサービスの範囲や量に関する制限が盛り込まれた。居宅介護サービスにおいては、たとえば、家族と同居している要介護・要支援者の家事援助の範囲や量が限定された。

要するに、2005年の改正では「地域」と「在宅」の重視が明白に打ち出されたのである。それを実現するために「地域密着型サービス」「地域包括支援センター」などが提案され、2006年4月以降、日本中の地域に「地域包括支援センター」という看板を掲げた建物が出現することになった。

2) 第5期の重点課題

(1) 在宅重視

第5期では、第4期に引き続き、「在宅重視」が強調されている。

介護保険では当初から「在宅」を重視してきた。数度にわたる改正でもいっそう「在宅重視」を打ち出している。2010年の介護保険利用状況を見れば、介護保険のサービス受給者のおおよその割合は、在宅7割、施設2割、地域密着型1割である。在宅サービスの利用者が多い。しかしその中には、実は施設に入りたけれども施設の空きがないので「在宅」で我慢している、という人がかなり含まれている。特別養護老人ホームなどの入所施設への入所を申込んだもののすぐには入れず空きを待っている者が43万人もいるという事実がそのことを物語っている。

なぜこれだけ多くの高齢者が施設入所を申し込むのか？なぜ「在宅生活」「在宅介護」は無理だと本人や家族が判断するのか？いくら国の政策が「在宅重視」といっても、在宅生活が困難な状況が解消されない限り、施設入所を希望する人が後を絶たないだろう。

考えられる理由は、本人と家族が「これ以上は人として耐えられない在宅生活の状態」に陥ってしまうことであろう。費用の面の問題もある。在宅で施設並みの介護サービスを利用しようとすると、介護保険利用枠の上限を越え、自己負担分が大きくなってしまふ事態が出現する恐れもある。

2012年1月現在、厚生労働省では第5期計画作成が大詰めを迎えている。先述したように、第1号被保険者の保険料（加重平均）も上昇してきた。第1期（平成12～14年度）では2,911円だった保険料は第4期（平成21～23年度）では4,160円になった。1.3倍の伸びである。平成24年度から始まる第5期（平成24年度～26年度）では、この数値は5,000円を超えると予想されている。介護保険料の改定（3年に一度）に伴う保険料の上昇にもおのずと限界がある。限られた財源の中で、いかに「必要なサービスを必要な人に」届けるか、そのためにどのような方針と方法がとられなければならないか。このことが第5期の最大のテーマである。国は第5期の介護保険の改正において、「地域包括ケアシステム」の実現を最重点課題に掲げている。国の方針は次の一文に端的に表れている。

高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進める。

厚生労働省「介護サービス基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」2011年より抜粋

このために国は6つの重点項目を挙げている。²ここでは、それらの項目から浮かび上がる今後の介護保険サービスの在り方を筆者なりに要約してみたい。

2 厚生労働省「介護サービス基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」2011年

この法律に言う「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組の主要項目として次の6つが挙げられている。①医療と介護の連携の強化等 ②介護人材の確保とサービスの質の向上 ③高齢者の住まいの整備等 ④認知症対策の推進 ⑤保険者による主体的な取組の推進 ⑥保険料の上昇の緩和

① 在宅での生活の充実

高齢者が、最期まで自立した生活を営むために、住んでいる地域の中で様々なサービスを準備する。(施設入所の選択肢はできるだけ増やさない。)

② さまざまなサービスの創出

在宅で要介護者が生活し続けるために24時間対応サービスや複合型サービスなどの新たなサービスを作り出す。

③ 医療・介護の連携

介護が必要な人が在宅で最期まで暮らすために、医療と介護および看護の連携の充実をめざす。

④ 高齢者の住まいの充実

効率的な在宅サービスの利用のために、サービス利用が効率的で容易になるような住宅の整備を進める。

⑤ 保険者（地方自治体）の裁量

保険者（地方自治体）が自らの創意工夫によってその地域住民にふさわしいさまざまなサービスを作り出し供給する。

要するに、介護が必要となった高齢者が、できるだけ施設に入居することなく在宅生活を地域で最期まで続けることができる包括的・複合的なケアシステムを作ろうというものである。

そのための方策がいくつかある。まず、新たなサービスの創出を計画する。また、だれでも、できるだけ人生の最期まで（ターミナル期まで）地域の中で生活するためには単一のサービスの利用だけでは不十分である。そこで、医療、介護、看護といった各種サービス間の連携が緊急の課題となる。さらに、住宅整備も欠かせない。在宅での生活を支えるハードとしての高齢者住宅の整備は、日本においてはきわめて遅れている。高齢者が安心して住めるケア付き住宅の整備は、たとえば在宅介護の先進国デンマークと比べると、大きく劣っている。この整備も不可欠である。最後に、総合的で複合的なサービスを作り出し、住民に提供するためには、保険者である自治体の役割は極めて大きい。住民へ制度の周知徹底を図るだけでなく、住民参加型の地域ケアシステムを構築する責任がある。

以上のように第5期計画の基本項目を著者なりに要約してみたが、そのどれをとっても達成するのは容易であるとは言い難い。しかし、どれも待ったなしの課題である。やらざるを得ない課題なのである。

以下では、今後の在宅介護の向かうべき方向にとって示唆に富む一つの問題を紹介したい。それは「ケアミニマム」と呼ばれる概念である。岐阜県のある介護事業所が提案した概念である。上記6つ項目の中で主として①と②に関わっている。

3. 在宅介護の基準とケアミニマム

1) 介護保険法 第1条の目指すもの

介護保険法は、冒頭の第1条「目的」において、要介護状態になった高齢者が、「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう」にするために、「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…」（目的：第1条）と規定している。³

介護保険の財政が今ますます逼迫すると見込まれるなかで、この目的を達するためには、どのよう

3 介護保険法 第一条（目的）「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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ため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする」

な観点から介護保険サービス、とりわけ居宅介護サービスの見直しを図っていけばよいのだろうか？「要介護高齢者が、尊厳を保持し…自立した日常生活を営むことができるための必須の介護サービス」とは何であろうか。国の基準はそれをどう規定しているのだろうか。

2) 施設介護と在宅介護

施設介護と在宅介護には介護の中身・内容に関する規定が大きく異なっている。施設介護にあって在宅介護にないもの、それは「介護の標準化」である。

換言すれば、施設介護においては、入居している要介護者の生活像、あるべき生活像が決められている。その施設で暮らしている人は、誰であっても、ある一定水準以上の生活が実現されなければならないという具体的「像」が規定されている。つまりケアを受けることによって「それ以下にはならない、人間の生活像」の基準が決められているのである。施設で「最低限実現されるべき生活像」が示されているとあってよい。ここでは、要介護高齢者の生活の場である特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）を例にとろう。そこでは、たとえば「入浴は週2回以上、オムツは適切に交換、1日の流れに沿って、離床、着替え、整容を行う。離床して食堂で食事をとることを支援する」（以下略）といった規定がある。末尾に記した（資料1）からもわかるとおり、施設介護には以下の介護に関する基準が明示されている。（指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準平成十一年三月三十一日厚生省令第三十九号第十三条および第十四条）

- ① 1週間に2回以上の入浴又は清拭
- ② 排せつの自立につながる援助、やむをえずおむつを使用する場合には適切な交換
- ③ 褥瘡が発生しないような適切な介助
- ④ 離床、着替え、整容等の介護
- ⑤ 心身の状況および嗜好を考慮した食事を適切な時間に提供すること
- ⑥ 可能な限り離床して、食堂で食事を摂ることの支援

施設によってケアの質にはばらつきがあるにしても、すべての特別養護老人ホームでは、この基準に従って、入所者にケアが行われる。このケアの内容を実現するために、様々な専門職の配置基準が決められているのである。

ところが在宅介護にはこのような水準での基準が定められていない。たしかに、訪問介護事業に関して国の基準はある。たとえば、「訪問介護事業に係る人員、設備及び運営に関する基準（最終改正H15.3.19）」によると、その4条において、訪問介護の基本方針が述べられている。それによると、

…訪問介護の事業は、要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行うものでなければならない。⁴

しかし、在宅介護には、在宅生活を送る人の「あるべき生活像」が明示されていないのである。標準化されていない。在宅介護においては、特別養護老人ホームに課せられていたような「入浴は週2回以上、オムツは適切に交換、1日の流れに沿って、離床、着替え、整容を行う。離床して食堂で食事をとる…（以下略）」といった基準が明示されていない。

同じく、「訪問介護事業所に係る人員、設備及び運営に関する基準（最終改定H15.3.19）」の第29

4 訪問介護事業に係る人員、設備及び運営に関する基準（最終改正H15.3.19）第4条

条によると、介護等の総合的な提供をすべきであるとしているが、入浴は週2回であるといった、より詳しい介護基準を定めてはいない。

指定訪問介護事業者は（略）、入浴、排せつ、食事等の介助又は調理、選択、掃除等の家事…を常に総合的に提供するものとし、介護等のうち特定の援助に偏ることがあってはならない。⁵

そこで、本人がどのような生活を送るかは、家族の介護力や本人・家族の経済力、あるいは地域の介護資源の利用可能性如何によることになる。介護保険のなかのどのサービスを使うかは、本人と家族の希望に沿った選択次第になる。さらに、ケアマネジャーがケアプランを策定するときも、本人と家族の希望を重視することが多い。その際にも、「在宅生活で実現されるべき最低限の生活像」というものは、規定上は存在しないので、多くの場合、家族の希望に沿ったケアプランが出来上がることになる。いかなる生活を実現させることが在宅介護の最低限の目標なのか、これに関する規定が基準上は存在しないからである。

在宅介護でも、施設介護にあるように在宅で暮らす人の「あるべき生活像」を具体的な項目で示す必要があるのではないだろうか。その項目に沿ったケアが実現される必要があるのではないだろうか。こうした考えに立って、在宅介護の中心である「訪問介護」の内容を問い直し、再編しようとする介護事業者が出現しはじめた。訪問介護におけるさまざまなサービスを、利用者の「あるべき在宅生活像」という観点から見直し、再編する試みである。ここでは、岐阜県内で在宅介護サービスを提供しているS社をとりあげたい。いうまでもなく、生活援助と呼ばれるいわゆる家事援助と身体介護は、訪問介護の二つの大きな分野であり、どちらの重要性が高いかということは一概に言えない。そうしたなかで、在宅生活送る人の「あるべき生活像」をあえて明示し、それを実現する方法をあわせて実証的に提示したという点で、S社の提案は注目に値する。

S社は、介護保険開始前の1990年代から訪問介護事業に着手している。同社は、それまでの実績を踏まえて「ケアミニマム」という概念を構想し、実際にそれに沿って在宅介護を行い、一定の成果をあげつつある。この事業所の実践から生まれた、在宅介護における「在宅での目指すべき・あるべき生活像」を探ることにしよう。

3) ケアミニマムとは

(1) ケアミニマムの視点

「ケアミニマム」という言葉はS社が作り出した用語である。この用語は介護研究においてまだ市民権を得たものとは言いがたい。⁶ ここでしばらくS社がどのように、在宅生活を送る人の「あるべき生活像」を描き出しているのか、S社の資料をもとに見てみることにしよう。⁷

S社の提案する「ケアミニマム」は「人間としての尊厳を保持するために必要な、ほぼ身体介護に特化した介護サービス」とであるといってよい。なぜそうなるかといえば、人間が一日を送るときに通常必ず行う「行為」の充足がケアの焦点であるとS社は考えるからである。まずもってそれらの「行為」の充足を行うのが先決であると考えからである。S社の考えを見てみよう。

朝起きたらトイレに行き、洗面をして着替えをして朝食を…と人が営む当たり前の行為をケ

5 訪問介護事業に係る人員、設備及び運営に関する基準（最終改正H15.3.19）第29条の2

6 国立大学法人東京大学 高齢社会総合研究所「平成22年度 地域において24時間在宅ケアを可能にするための訂正に関する研究報告書」平成23年3月pp.20-21

7 株式会社 新生メディカル「短時間巡回訪問介護サービス・岐阜県方式」～在宅生活の継続を支える～マニュアル（2010年度版）

アプランの大切な視点（ケアミニマム）とした」（S社資料）

こうしてみると、S社の考えるケアミニマムとは、朝起きてから寝るまでの、人としての基本的な生活のリズムに即した動作を支えるケアの基準であると言える。

ここで言われている「行為」とは、排泄する、食事をとる、といった人間の行う個々の具体的な行為である。社会的には、むしろ「行動」といったほうが適切かもしれない。ある人の一日の生活を構成する行動は多岐にわたるが、そのなかで「人として実現されるべき最低限の行動群」というものはあるはずであり、「それを実現させるための介護基準」がS社の言う「ケアミニマム」であると言える。では、具体的に「ケアミニマム」としてあげられる項目とは何であろうか。

(2) ケアミニマムの中身

S社の提案するケアミニマムは、具体的には、以下のような項目にまとめることができる。⁸

① 保清

シャワー・清拭なら毎日、浴槽入浴は1週間に2回以上

② 排泄

トイレに行きたいときに行ける、オムツは最後の手段、オムツは汚れたらその都度交換

③ 離床・移動

毎日外気に触れる、1日1回は離床、苦痛の無い体位姿勢、自分で歩く機会を持つ、一週間に2回以上屋外に出る

④ 更衣

朝晩の更衣、つなぎの寝間着を着用しない

⑤ 食事

自分で食べる、1日3食の確保、経口摂取、寝食分離

⑥ 睡眠

安心・快適な睡眠の確保

これを見ると、S社の言うケアミニマムは、先に挙げた、施設における介護基準ときわめて類似していることがわかる。たとえば週当たりの入浴の回数、排泄におけるおむつ使用についての留意点、食事のさいの寝食分離等である。

4) ケアミニマムの位置づけ

次ページに掲げた図1は、S社によるケアミニマムに関する資料である。よく知られた心理学者マズローの欲求段階理論を用いて、ケアミニマムの位置づけを説明している。在宅生活においても、生理的欲求という人間にとって最も基本的な欲求を満たすことが、まずもって必要であることが示されている。それらの欲求を充足するための最低限の基準が「ケアミニマム」だという位置づけである。すなわち、訪問介護における「身体介護サービス」の重要性を指摘している。訪問介護事業において、まず何をやるべきか、重要性の順番は何かといった問いに、S社は「身体介護の優先性」を提案しているのである。マズローの理論にしたがえば、「生活援助サービス」の多くは「生理的欲求」より上位の欲求を満たすサービスだといってよいだろう。おそらく、それは「安全の欲求」もしくは「所属と愛の欲求」に位置づけられるだろう。こうした欲求の充足が人間にとって必要であることは言うま

8 株式会社 新生メディカル「短時間巡回訪問介護サービス・岐阜県方式」～在宅生活の継続を支える～マニュアル（2010年度版）5ページ

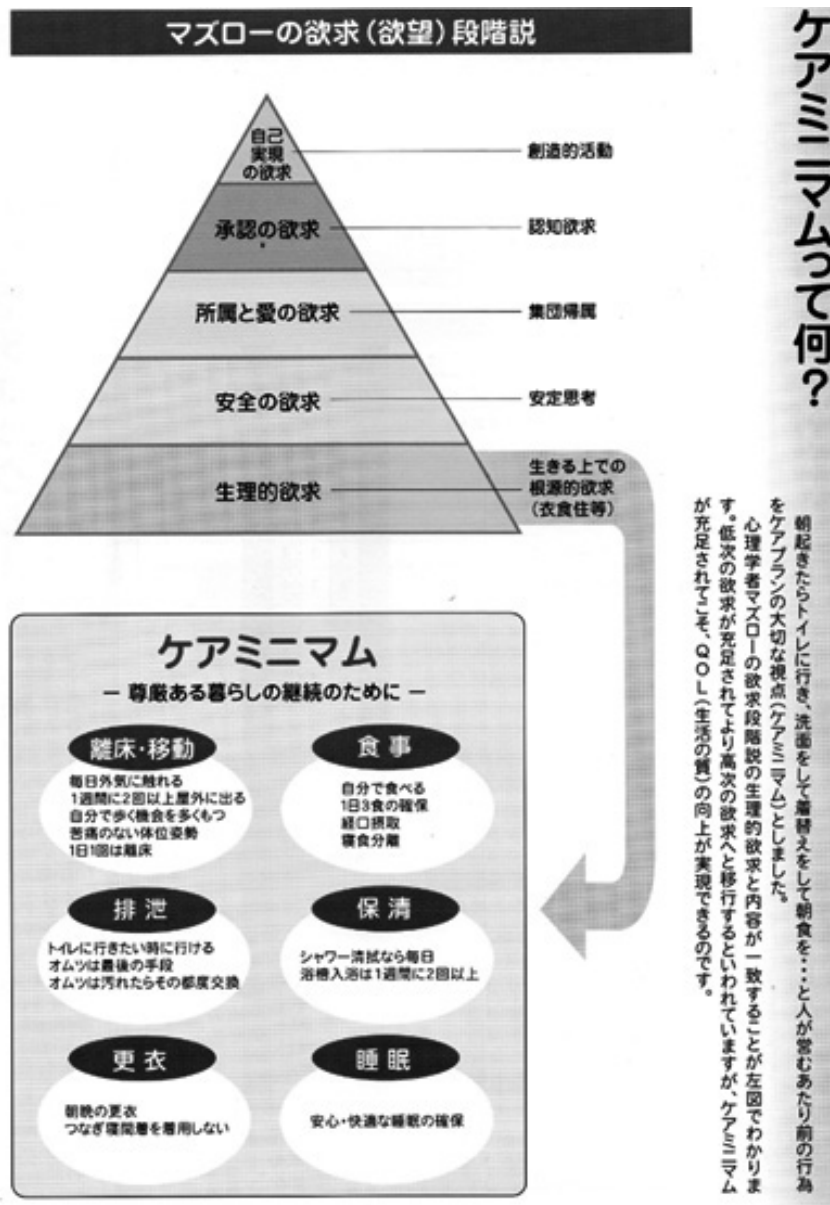


図1 ケアミニマム

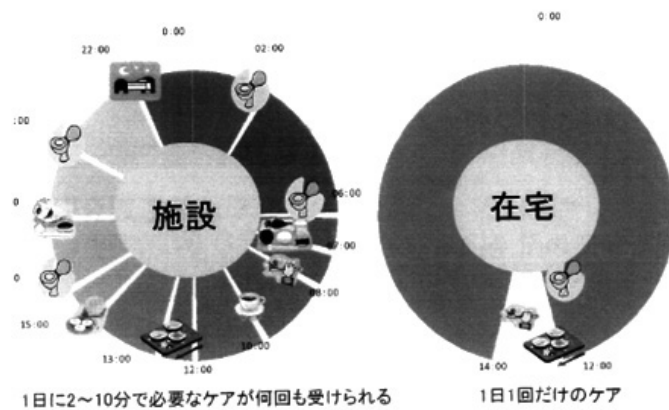


図2 施設と在宅のサービス

でもない。しかし、「生理的欲求」の充足を抜かしたまま、より上位の欲求の充足が可能であるかといえ、それはかなり困難であると言わざるを得ない。先に述べたように、S社の提案するケアミニマムが、「人としての尊厳を維持するために必要な、ほぼ身体介護に特化したサービス」であるというのはこうした理由からである。

4 おわりに

介護保険財政の逼迫を目前にして、要介護者が在宅で「尊厳を維持し、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」（介護保険法第1条）にするためには、訪問介護サービスの整理、再編、絞り込みが必要となるだろう。その際、身体介護に重点を置いた支援が今後の介護保険が担うべき責任となるのではないだろうか。生活支援の重要性は、繰り返すまでもなく、当然である。しかし、介護の専門職にしかできないのは「身体介護」である。「生活援助(掃除、洗濯、調理等)」に関しては、専門職以外の人でもできる部分が少なからずある。今後は、訓練・教育をうけた住民が「生活援助」の少なからぬ部分を担っていくことになるだろう。そうした住民をどのように育成、組織するのも現在の大きな課題である。

さらに、ケアミニマムという視点に立ったケアを実行すると、従来の訪問介護の仕方が変わってくる。図2（S社提供）はこれまでの施設介護と在宅介護の提供の仕方を図式化したものである。施設では切れ目なく身体介護サービスが提供されている。これに対して、在宅では、一日に一回の訪問介護サービスが提供されている。同じ2時間のサービスでもまとめて提供されるのと、ピンポイント的に複数回に分かれて提供されるのとでは、在宅生活の継続という点では効果が大きく異なる。在宅でも施設並みに近いサービスを利用できれば、施設入所希望者は大きく減少することになるだろう。ケアミニマムという考えは、在宅サービスのイノベーションをももたらしている。

本稿では、岐阜県内のある介護事業所の試みを手掛かりに、訪問介護サービスの在り方を考察した。介護の現場から提案された「ケアミニマム」という概念は、今後の在宅介護、とりわけ訪問介護のとるべき筋道、方向の基本を示していると評価できよう。このアイディアは実現の過程で様々な問題や課題に直面すると思われるが、そうした課題はいつれにしろ避けて通れないものであり、ひとつひとつを解決していくしかないと思われる。

（資料1）

施設における介護の基準は以下のように定められている（指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年三月三十一日厚生省令第三十九号第十三条および第十四条）

（介護）

第十三条 介護は、入所者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう、入所者の心身の状況に応じて、適切な技術をもって行われなければならない。

- 2 指定介護老人福祉施設は、一週間に二回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清しきしなければならない。
- 3 指定介護老人福祉施設は、入所者に対し、その心身の状況に応じて、適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行わなければならない。
- 4 指定介護老人福祉施設は、おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えなければならない。
- 5 指定介護老人福祉施設は、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない。

- 6 指定介護老人福祉施設は、入所者に対し、前各項に規定するもののほか、離床、着替え、整容等の介護を適切に行わなければならない。
- 7 指定介護老人福祉施設は、常時一人以上の常勤の介護職員を介護に従事させなければならない。
- 8 指定介護老人福祉施設は、入所者に対し、その負担により、当該指定介護老人福祉施設の従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。

(食事)

第十四条 指定介護老人福祉施設は、栄養並びに入所者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を、適切な時間に提供しなければならない。

- 2 指定介護老人福祉施設は、入所者が可能な限り離床して、食堂で食事を摂ることを支援しなければならない。

また、同基準における要介護状態や要支援状態についての定義は以下のとおりである（第七条）。ここでも「要介護状態」は「入浴、排せつ、食事」と結びつけて定義されている。

(定義)

第七条 この法律において「要介護状態」とは、身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生労働省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であって、その介護の必要の程度に応じて厚生労働省令で定める区分（以下「要介護状態区分」という。）のいずれかに該当するもの（要支援状態に該当するものを除く。）をいう。

- 2 この法律において「要支援状態」とは、身体上若しくは精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について厚生労働省令で定める期間にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、又は身体上若しくは精神上の障害があるために厚生労働省令で定める期間にわたり継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態であって、支援の必要の程度に応じて厚生労働省令で定める区分（以下「要支援状態区分」という。）のいずれかに該当するものをいう。

参考文献・参考資料

- ・株式会社 新生メディカル「短時間巡回訪問介護サービス・岐阜県方式」～在宅生活の継続を支える～マニュアル（2010年度版）2010年
- ・厚生労働省「介護保険事業計画の充実と介護基盤の計画的整備」2011年
- ・国立大学法人東京大学 高齢社会総合研究所「平成22年度 地域において24時間在宅ケアを可能にするための訂正に関する研究報告書」平成23年3月
- ・「特集 短時間巡回訪問介護サービスの現場：在宅での〈ケアミニマム〉の実現をめざす」介護保険情報 2011年9月号
- ・総合ケアセンター サンビレッジ『「尊厳を支えるケア」をめざして』中央法規出版 2006年
- ・A.マズロー『人間性の心理学』産業能率大学出版部 1989年

※本稿は文部科学省科学研究費 基盤研究C一般（課題番号22530538）を受けて作成された。