

	<p>施設と在宅を一体的に運営するためには、ケアマネ、主治医等が高齢者を一対一で継続して見ていく仕組みが必要だ。</p>
<p>医療等との連携</p>	<p>介護予防、医療保険、介護保険の3つが連続的に個人に対してサービス提供できるような仕組みに変えていくべき。</p> <p>施設でのターミナルケアを進めるため、医師が日頃から施設と連携し、緊急時には応援で対応することを義務付けるべき。</p> <p>特養における看取りは入所者の多くが望んでおり、施設における緩和ケア、終末期医療は大きな課題。</p> <p>ターミナルケアを特養で行う場合の医療との連携や体制確保の在り方など条件整備を進めるべき。</p> <p><u>医療との連携は必要だが、医療と介護を分けて考え生活の質を高めることも考えねばならない。</u></p> <p>施設でも在宅でも、医療ニーズが大変高まっている。介護と医療の連携についてのルールづくりが必要。重度化した時にスポットで医師も看護師も投入できるような仕組みにでもしていけない限り、重度化は免れない。訪問看護が24時間利用できる仕組みが報酬的にも必要。</p> <p>グループホームでの終末介護を望む声がある。訪問看護の活用など検討して欲しい。</p> <p>通所介護が集団リクリエーション中心と指摘されるが、施設にOT・PTを配置して個別リハビリをしても評価されないので、運営基準や報酬評価を見直して欲しい。</p> <p>特養に医療施設から入ってくる人も増えているが、どういう人が医療から介護に行けばいいのかという、全体としてのサービス体系とそれに応じた報酬体系を考えていくべき。</p> <p>高齢者を地域全体で支えるために保健・医療・福祉・生涯学習等を含めた地域資源を活用した仕組みづくりを考えるべき。</p> <p>要介護度の改善と医療系サービスの組み合わせの関連の検討が必要。医療ニーズのある利用者への看護と介護の連携、業務の在り方を検討すべき。</p> <p>構造設備面での経過措置の対象となっている療養型医療施設の病床の実態を検証することと合わせ、サービスの質の観点からその在り方について検討すべき。経過措置を期限を切って撤廃することも</p>

	<p>検討すべき。</p> <p>基準該当サービスに訪問看護を認めるなど訪問看護サービスの基盤促進を図ること、グループホームへの訪問看護の提供を可能にすることが必要。また、訪問看護ステーションでの預かりケア（レスパイトケアなど）をモデル的に行うことはできないか。</p> <p>A L S 患者の痰の吸引が一部認められることとなったが、ホームヘルパーが行いうる医療行為の範囲について検討すべき。</p>
--	---

<p>IV. サービスの質の確保</p>	
<p>ケアマネジメント</p>	<p>ケアマネジャーが自分の作ったケアプランの質を検証できる能力を付与すること、第三者機関によってきちんと評価される仕組みが必要。</p> <p>要介護度が軽度であるか重度であるかによって具体的にどのような機能から落ちるかが検証されているのだから、ケアマネジメントとケアプランを科学的なエビデンスに基づいて検証する仕組みにすべき。</p> <p>介護サービスに必要な時間によって要介護度を定める仕組みは、軽い人でも丁寧な介護サービスを提供すれば要介護度が上がってしまうのではないか。医学的な診断より確かでないし、業者も利用者も等級を上げる誘惑がある。それを防ぐ仕組みを議論すべき。</p> <p>身近にいるホームヘルパーから見るとケアプランが合っていない実態も見られる。ケアプランにヘルパーの意見を盛り込むことやケア後の状況を書けるよう検討して欲しい。</p> <p>在宅を継続できているケースはケアプランがしっかり立てられているが、今のケアプランでは突発的な事情の変化に対応できないとの指摘もあり、ケアプランの仕組みについての検証が必要。</p> <p>ケアマネジャーの独立性・中立性が確保されるよう制度改正を行うべき。また、適正なケアプランが作成される体制を確立すべき。</p> <p>ケアマネジャーがどこかの事業者に属している現状を改め、ケアマネジャーの独立を確保しなければ、公正なケアマネジメントは望めないのではないか。</p> <p>ケアマネージャーは、利用者本位のケアマネジメントを実践するために公平・中立な視点が重要であると考え、自立したいと考えている。</p>

ケアマネジャーの現状から言えることは、ケアマネジャーの力量不足や質の問題だけでなく、求められている仕事の量と質が限界に達していることにある。今回の報酬改定でも、独立した介護支援事業所の設立は非常に難しい。

報酬事務や事業者内報告に時間がとられ、会議の開催無しが23.4%というのは非常に問題。システムが機能していないと言ってよいのではないか。ケアマネージャーがその日暮らしに陥っていないか、50人というのが妥当かどうか、きちんと見ていくことが必要。

ケアマネージャーは、利用への訪問やサービス担当者会議を重要な項目と考えているが、現状は、いろいろな業務に忙殺されて、本来の業務ができていない実態がある。

ケアマネジャーの質の問題は、施設・在宅ともに非常の多くの人数を必要としていることにある。施設には、介護計画・看護計画があることから、今後は、ケアマネジャーは在宅ケアに特化していくべき。

ケアマネジャーの担当件数は40人程度として欲しい。運営基準を見直して業務範囲の明確化と作業量を効率化して欲しい。

ケアマネジメントの質を高めるには、業務範囲の明確化、ケアマネジャーの担当人数上限の見直し、報酬のアップが必要。ケアマネが対応できない分を訪問看護や訪問介護のスタッフが相談に応じていることもある。

ケアマネジャーの受験資格の見直しが必要ではないか。

ケアマネをみなし公務員にすべき。

ケアマネ資格の更新制の導入を検討すべき。

ケアマネージャーは連座制にするべき。

ケアマネジャーの国家資格としての専門性を確立して欲しい。事業所の管理者がケアマネジャーの資格を有するようにして欲しい。

無駄なサービスを出さないよう、ケアマネジャーにかなり厳しい指導要領を作るべき。

ケアマネジメントでは退院・退所計画が重要。

	<p>住宅改修・福祉用具の適正化のためにも、両方に詳しいケアマネジャーが必要。</p> <p>基幹型在宅介護支援センターに、ケアプランを事後チェックさせればよい。</p> <p>保健師等が在宅介護支援センターで行っている介護予防を、介護保険サービスと連携させてほしい。</p> <p>ケアマネジャーとケアプランの質が一挙に改善するとはなく、不十分なケアプランや十分な能力をもっていないケアマネジャーを前提として考えなくてはならない。</p> <p>サービスの質の確保について、既に組み込まれている仕組みを機能させていくことが必要。</p> <p>要介護認定とケアプラン作成との連携が重要。審査会や訪問調査のデータがきちんとケアマネジャー伝わらないと適正なケアプランは作れない。訪問調査からニーズに繋げるところでケアマネがしっかりリーダーシップをとれる仕組みが必要。</p> <p><u>ケアマネとの関係において、認定審査会の権限機能強化も考えていいのではないか。</u></p> <p>軽度者については基本的にはケアプラン等は必要ないのではないか。むしろきちんとケアプランをつくるのは要介護者に重点化してはどうか。</p>
<p>第3者評価・権利擁護</p>	<p>グループホームだけでなく、様々な介護サービスに対する第三者評価が必要。真剣に議論する必要がある。</p> <p>グループホーム以外にも、全国での施設サービス、在宅サービスに対する評価の取組について検証することが重要。</p> <p>第三者評価は行政主導ではなく市民を巻き込んだものであるべき。</p> <p>第三者評価は優れているところを評価していく視点が必要。</p> <p><u>サービスの評価、ケアマネジメント、認定調査等、制度全般にわたって評価制度を設けるべき。</u></p> <p>成年後見人制度、地域権利擁護事業等の利用者の権利擁護も検証する必要がある。</p> <p>高齢者虐待に対する救済措置の在り方を検討すべき。差しあたり、どこに虐待に関する通報ないし苦情を持ち込むか明確にすることが必要。せめて介護従事者に通報義務を課す必要があ</p>

	<p>るのではないか。</p> <p>要介護認定やケアマネジメントに関する苦情は、県の国保連だけでなく、保険者である市町村にも窓口を置くべき。</p> <p>事業所でのクレーム対応をしっかりとやるべき。</p> <p>利用者は第三者に苦情を持っていく際、どこに持っていくのが筋なのかよくわからないので周知してほしい。</p> <p>認定の代理申請を行う代理者は、在宅では家族、施設では施設長に限るべき。</p> <p>第三者評価の結果を公表することでサービスの質の担保ができる。また、客観的情報の開示はグループホームだけでなく幅広くやるべき。</p> <p>ケアの標準化の検討の際に、第三者評価のガイドラインも検討すべき。</p> <p>在宅介護支援センターを、ケアマネ、ケアプランを指導、監督する、あるいは相談センターとして在宅介護支援センターを活用すべき。</p>
<p>人材育成など</p>	<p>事業者は人員不足が問題。ヘルパーは登録型になってきており、教育が非常に難しい。労働環境、ヘルパーの質の向上について検討すべき。</p> <p>ホームヘルパーの現場は、事務作業量进行处理するために人を置かなければならない状況だが、これをこなすための財源がない状態である。</p> <p>ホームヘルパーは登録型が多く、労働条件が大変悪い。介護労働者の仕事が社会的に十分評価されていない。在宅サービスの質を高めるため、全国共通の教育制度や研修、労働条件の向上が必要。訪問介護を担う労働者の労働条件の基準をきちんと決めるべき。</p> <p>ヘルパーの数がどんどん増えている。ヘルパーの階級ごとに、提供できるサービスを定めるべきではないか。3級は保険給付対象から外すべきではないか。</p> <p>現在の運営基準は常勤換算方法をとっているが、非常勤ばかり増加する事態となっている。職員の勤務形態と資格について議論すべき。また、施設関係者の資格についても議論すべき。</p>

	<p>介護老人福祉施設において、入所者へのケアの充実と質向上のために看護職の人員配置基準を引き上げを検討すべき。</p> <p>痴呆ケアを充実させるため、痴呆介護の指導者の研修センターを全国3カ所ではなく、もっと整備すべき。</p> <p>施設長・施設職員の資格制について検討すべき。</p>
<p>事業者の指導・監督等</p>	<p>悪徳業者対策については、本来、保険者である市町村が自らどういう取組をしているのかを被保険者にフィードバックすべき問題。</p> <p>事業者の指定権限の在り方など保険者の権限について検討すべき。(再掲)</p> <p>事業所の立入調査権など、保険者が都道府県と同程度の調査・指導権限が確保できるよう制度改正を行うべき。(再掲)</p> <p>高齢者が、勧められて要介護認定を受けると、要支援に認定されることは比較的難しくない。最近では要支援の利用限度額月6万円を狙って参入する事業者があり、悪徳商法というべきものも出てきている。貴重な介護保険の財源が不正に使われており、これが制度への信頼感を崩壊させる。これを放置してはならない。</p> <p>不正請求事件を見ても、介護サービス事業者の指定について何らかの対策が必要である。不正請求は、制度の盲点をついてやっており、何としても排除しなくては行けない。</p> <p>介護保険では、一般的に報酬請求がケアプランに適合していれば、そのまま支払われているのが現状であり、不正請求の事例は内部告発があって発覚したのがほとんどではないか。今後の見直しの中で、不正のチェックを制度的に担保できる方法を作れるかどうかは大きな問題と考える。(再掲)</p> <p>市町村が地域の介護サービスの提供を社協に委託し、他の事業者の参入を阻害しているという指摘もある。</p> <p>福祉用具と住宅改修について、都道府県が事業者を指定すべき。特に、住宅改修は、消費者センターへの相談が多い。事前チェックする仕組みを入れる必要がある。</p> <p>事業者の指導監督について、更新制や取消し履歴がある事業者に対して、指定しない期間を設けることも考えるべき。</p>

不正請求を審査する全国的な機関の設置についても検討すべき。

V. 要介護認定	
地域差	<p>各都道府県ごとの認定率に大きなばらつきがあるが、申請者の割合、サービスの基盤整備、認定審査会が関係しているのか、きちんと検証することが必要。</p> <p>要介護認定者が非常に増えているが、認定に至らないようなものでも事業者から言われて主治医の意見書を取りにくるケースもある。現状を前提に、増えていくということではなく、もう少し踏み込んで分析した上で、将来の要介護認定者の数を出していくべき。</p> <p>認定率の地域差は、1次判定よりも2次判定に課題があるのではないか。また、かかりつけ医の意見書も見直しが必要ではないか。1次判定認定ソフトの精度を高め一次判定に重みづけをして、2次判定は非常に難しいケースや特異なケースのみ行うようにすれば、認定に係る事務も軽減できるのではないか。</p>
認定の質	<p>認定調査員の質の向上が必要。第1次判定の機能を高めることが必要である。</p> <p>要介護認定の公正・中立性が必要。訪問調査は委託しない方がよい。</p> <p>サービスの質については、要介護認定のプロセスから検証する必要がある。訪問調査からニーズアセスメントにつながっていないことなど一連のプロセスを再検証すべき。</p> <p>本人の意思を未確認のまま代行申請した場合等に罰則を設けるなど、代行申請が悪用されることのないよう規制を設けるべき。</p> <p>認定審査会の開催頻度を減らすことに伴い、認定が適切に行われるか、利用者から見て不満がないか懸念している。</p> <p>訪問調査員に資格を持たせるべき。訪問調査の専門的な機関をつくり、そこへ市町村が委託するようなシステムも検討すべき。</p> <p>主治医意見書は、家庭の実情を把握した医師が書くべき。</p>
事務手続等	認定審査会等の簡素化、要介護認定の有効期間の拡大について検討すべき。

要介護認定の有効期間を大幅（無期限）に延長すべき。また、原則として1次判定を活用することとし、医師の意見書提出の弾力化、認定審査会は新規、変更申請の場合に限るなど、認定事務の大幅な簡素化を行うべき。

要介護認定は一次判定で十分だ。

認定の有効期間の拡大は、例えば24ヶ月までを限度としてあとは自由裁量にしてはどうか。縛りはあまり強くしない方がよい。

認定の有効期間の拡大は、要介護度4、5に限定しない方がよい。

認定審査会の効率化については、もう少し1次判定の精度を高め、初回の判定と更新時の判定で方法を変える、かかりつけ医意見書はポイントを押さえたものに絞るといのように、重点化するところ、簡略化するところを分けて対応していくことが必要ではないか。

認定審査会の夜間開催を止め、委員間の報酬差について見直せばより要介護認定をよりスリム化できる。

認定を受けても2割はサービスを利用していない。この2割にかかる認定事務費は無駄だ。

事務費交付金を一般財源化するなら、税源委譲をやっていただきたい。

VI. 保険料・納付金の負担の在り方

財政検証は、将来の予測を念頭に置くべき。高齢者にとっては、保険料がどうなるかという問題は非常に切実である。このままでは市町村ごとの格差が更に広がるのではないかと心配している。

給付費の合理化をしている医療保険者と介護納付金の関係、1号・2号被保険者の負担の将来の見通しの中で、バランスある給付と負担の将来像を描けないと制度が持続しない。

これから3年間はこのままでも大丈夫なのか、そうでないのかについて考えるべき。それによって見直しの方法が変わってくる。（再掲）

納めた保険料がどのように使われたか分かるような領収書を発行すべき。

保険料等

1号保険者と2号保険者の関係については、65歳以上の人口割合で配分するのも一つの方法だが、要介護者数に基づいて配分してはどうか。

税制の矛盾、世帯概念を持ち込んだ保険料の賦課方式を是正すべき。

所得段階や被保険者世帯の実態に応じた保険料設定が可能となるよう見直しすべき。

保険料の特別徴収は、全ての年金から徴収可能にすべき。

遺族年金、障害基礎年金等すべての年金を特別徴収の対象とすべき。

遺族年金を特別徴収の対象とすべき。

公平性の観点から考えた場合、遺族年金と障害者年金が普通徴収でいいのか疑問。本人の申請や同意を前提に特別徴収も考えていいのではないか。

低所得者の定義を明確にし、抜本的・総合的な低所得者対策を制度上構築すべき。(再掲)

保険料・利用料の減免を国の負担で行う制度を創設すべき。(再掲)

生活保護受給者は、介護保険の被保険者から外すか、保険料の減免を止めるかすべき。

生活保護受給者を介護保険から排除するのは反対。結局国に負担が返ってくる。

広域連合内で給付・負担の不公平感があり、事務処理は一本で行うとしても保険料設定は広域連合内の区域ごとに差を付けることを可能とすべき。

2001年の健保法改正の際、医療保険料とセットになっていた2号被保険者の保険料の上限率が外されたが、2号被保険者の保険料の上限の設定を検討課題とすべきである。

第2号の介護保険料率について一般保険料率なみに法定化し、上限を定めるべき。

2号被保険者保険料は、条例で定める1号被保険者保険料と異なり、決定プロセスが明確ではなく問題があるのではないか。保険料を払う国民と全く無関係な形で自動的に上がることが本当に許されるのか疑問。

	<p>2号被保険者保険料については、国民健康保険料と同時に徴収することからも、市町村にとって徴収率の低下など懸念。</p> <p>2号保険料の算定の仕組みについても考え直さなければいけないのではないか。</p> <p>給付だけでなく、負担の上昇についても議論しなければいけない。利用者の1割負担についても議論する必要がある。何を買っても負担が1割では給付が膨らんで当然だ。</p> <p>制度設立当初の議論では、利用者の1割負担は基礎年金で払って生活できるように考慮したものの。</p>
<p>国庫負担</p>	<p>給付費が増大するなか、現行制度で国は負担に耐えられないのではないか。</p> <p>費用をどのように国庫負担していくのかを考える必要がある。他の社会保障制度とも関連するが消費税の問題を取り上げて議論する必要がある。</p> <p>公費の負担の割合を増やしてもいいのではないか。</p>
<p>財政調整等</p>	<p>調整交付金を別枠にし、国の介護給付費負担金を25%定率とすべき。単に財政調整という問題ではなく、国庫負担の在り方という観点からの議論が必要。</p> <p>財政力の弱い保険者の安定を図るため、調整交付金5%を現行の25%の枠外とすべき。調整交付の算定基準に「施設補正係数」を導入し、保険者間の財政力格差を是正すべき</p> <p>公費及び介護給付費交付金は、保険者の効率化努力を促すよう、一定額以上は配分額を削るといった仕組みも必要ではないか。</p> <p>調整交付金を5%以上配分されている保険者が、保険料の減免を行っているのはおかしいのではないか。算定方式を見直すべき。</p> <p>調整交付金は財政が厳しい市町村には有効に機能しておりうまくいっているという印象だ。</p> <p>財政安定化基金の負担の在り方については是正すべき。</p> <p>財政安定化基金は、ランニングコストではなく貸付資金であり、別枠でやるのが筋。</p> <p>住所地特例の適用範囲を拡大すべき。</p>

	<p>痴呆対応型共同生活介護（グループホーム）及び特定施設入所者生活介護（ケアハウス等）に住所地特例を適用すべき。</p> <p>養護老人ホームにも住所地特例を適用して欲しい。</p> <p>グループホームは、営利法人がアパート経営の感覚でやっている。都道府県、市町村が適正配置ということでセーブしないと保険料との関係で大変なことになる。</p> <p>保険者の超過負担となっている事務費交付金を是正すべき。</p>
--	--

<p>VII. 他制度との関係等</p>	<p>制度の持続可能性と社会保障全般の制度横断的な視点から検討することが重要。負担と給付の両面から、医療、年金、介護について全体を常に見ながら介護の在り方を考えることが必要。</p> <p>高齢者がどのようにして財政負担ができるのかを総体として論じていくことが大事。</p> <p>高齢者医療制度の問題、国保の再編統合の問題、年金制度の問題など周辺の社会保障の状況が変化しているので、この点も含めた検証が必要。医療と介護の一体的提供については、医療系サービスの伸びは一桁であるのでこれをどう考えるか。</p> <p>制度横断的な視点から、介護保険の施行によって社会的入院の是正がどういう状況になっているのかを検証する必要がある。</p> <p>高齢者医療制度の創設がこれから議論されるが、介護保険との整合性をどうとるのか。</p> <p>療養病床の実態は病院と同じであり、介護保険の対象から除外し医療保険の対象とすべき。</p> <p>低所得者に対する住宅施策についても、関係省と連携して検討して欲しい。</p> <p>生活保護受給者の介護保険における取扱については国費で補う分を市町村や被保険者に転嫁しているだけであり問題がある。</p> <p>高齢者・障害者の自立のため介護移送は重要。国が関係省で連携して積極的に取り組んで欲しい。</p> <p>在宅介護支援センターの役割・位置付けを改めて見直し、整理すべき。</p>
-----------------------------	--