

特養に入居するのに居住費が問題になるが、大抵のお年寄りには、住宅を自分で持っているのだから、リバースモーゲージも含めて家屋、資産で払えるようにすることが必要。

利用料負担を利用者の死後に回収できる仕組みを採用できないか。

資産の問題は社会保障全体に関わってくる。資産を加味して考えると保険料の徴収が複雑になり難しくなる。

払える高齢者と払えない高齢者とをきちんと線引きして、払える高齢者からは1割以上の負担を求めべきではないか。

一号被保険者の4分の3は市町村民税非課税の低所得者として取り扱う現行制度は問題があるのではないか。

施設サービスの利用者を要介護度が重度のものに限るべき。

老健施設は、他の施設サービスと異なった立場で運営してきた経緯があり、一律に施設入所を重度の人に限定するという流れは再考いただきたい。

在宅と施設の給付の範囲と水準については、支給限度額も含めて検証すべき。

支給限度額の在り方について検討すべき。

現行制度では要介護1でも本人が望めば施設入所が可能。同じ介護度であれば、施設・在宅ともに給付も同じにすべき。

限度額を超えてサービスを利用するときに、経済的なゆとりがあつて必要なサービスを買っているのか、苦勞しながら自己負担で自宅で介護しているのか、検証が必要。

短期入所は短期間の施設利用という観点で整理する方が、利用者にとっても施設にとっても利用しやすいのではないか。

特養の施設整備を個室ユニットを基本とするのは、実態とあわないのではないか。個別ケアの取組は、緊急時の対応や職員の勤務条件など条件整備を十分踏まえるべき。

全面個室の施設では、自己決定を最大限尊重するユニットケアの重要性を実感しており、今言われている個室・ユニットケアの問題は、これまでの集団主義的な介護に慣れている施設運営者側の戸

惑いである。

施設サービスすべてを一体的な在宅ケア支援のためのサービスに位置づけた上で、現行のサービスを見直してほしい。

大型のお金がかかる施設ではなく小規模多機能型等で柔軟に整備してはどうか。

**サービス体系  
(痴呆ケアを含む)**

在宅サービスについては、もっと多様性のあるサービスを考えていく必要がある。施設か在宅かの二者択一的な論議ではなく、例えば、通う・泊まる・訪問を受ける・住むを一体的に提供する小規模多機能ホームを介護保険に明確に位置付けていく工夫が必要。

構造改革特区以外でも、施設介護サービスへの株式会社などの参入促進を図るべき。

施設志向が加速していることに鑑みても24時間365日ケア体制をきちんと議論すべき。

在宅の給付をどこまで伸ばしていくのか、目標が不明確だ。

特定施設、グループホーム、そしてユニットケアは多くのニーズがあり、増やしていく必要があるが、そのときに今の仕組みがついていけるのかが大きな問題である。

グループホームは実質的に施設であるにもかかわらず住所地特例の対象外。指定も容易なので都市周辺部で急増しており、将来の保険料増加の大きな要因となる恐れがある。グループホームの急増を抑制するため、指定基準を厳しくするなどの対応を取るべき。

将来的には要介護者の7割以上が痴呆を持つということからも、痴呆のケアの研究開発は非常に重要。痴呆の療養病床が、療養病床としてひとくくりにされているため、地域によっては痴呆の療養病床に転換しようとしても参入できないという問題がある。痴呆について専門的な在宅・施設サービスが必要。

痴呆ケアについては、予防を含め医療と介護の連携が不可欠。

痴呆対応のケアをスタンダードにしていくという方向であれば、現行の要介護の認定方法を根本から変えなくてはならないのではないか。

現在の痴呆ケアは介護する側・家族の側の視点が強い。痴呆性高齢者本人の感じ方まで取り入れたケアを考えなければならない。

痴呆については、介護予防・要支援程度のところで何らかの効果的支援が必要。痴呆の介護予防は、身体介護の介護予防とは別立てて考える必要がある。

老人性痴呆疾患センターの機能やグループホームにおける重度の要介護者（４・５）のケアの在り方を議論する必要がある。

痴呆ケアはグループホームだけでなく、施設も在宅も含めた視点での議論が必要。医療保険適用の療養病床では身体拘束が見られるところもある。

初期痴呆の相談窓口が明確でない。医師・保健師がいる市町村保健センターの活用ができないか。あるいは、痴呆の程度に応じてどこに相談すれば良いか明確にすることが必要。

痴呆の高齢者を支える家族の在り方について、何らかの対策をとる必要があるのではないか。

介護家族の支援、相談の体制を整備することが必要。家族が痴呆に対して理解があれば初期に適切な対応ができ、悪化を防げる。

痴呆ケアでは、パニックなど急な変化で家族である介護者がギブアップしてしまう。在宅で介護が続けられるよう、緊急時に対応できるショートステイが必要。

家族の痴呆介護は痴呆の初期が一番大変なので、初期に十分なサービスが利用できるように配慮して欲しい。

介護保険施設の機能の明確化、養護老人ホームの在り方について検討すべき。

施設類型について機能別に類型化し、再整理することが必要。

給付の対象とするものではないが、在宅復帰支援の観点から食事の提供、配食の在り方について検討すべき。

移動サービスや配食サービスなど、いわゆる介護保険外のサービスがかなり求められている。

介護予防や社会参加の観点から外出支援は重要である。

要介護者の健康の維持にとって、食は重要であり、口腔管理を重視すべき。

おむつ外しの活動がある中、人間の尊厳に関わるものとして、排せつケアを重視すべき。

生活援助は掃除にしても調理にしても、利用者は何もしていない。配食サービスに変えて空いた時間を身体介護に使えばどうか。これくらいやらないと重度化を止められない。

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。

施設か在宅かではなく、介護サービスか社会参加かという視点が重要。

#### 医療等との連携

医療との連携、医療と介護を合わせた形の効率化を進めるため、社会保障制度横断的な統一番号制を導入してはどうか。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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>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><b>IV. サービスの質の確保</b></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>

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。

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。

ケアマネジャーは、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。

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。

	<p>ケアマネジャーは連座制にするべき。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>ケアマネジメントでは退院・退所計画が重要。</p> <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>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。</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><u>予防から重度化まで連続的な視点できっちりケアマネジメントできるように、一本化や質の向上をする。</u></p>
<p><b>第三者評価・権利擁護</b></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>

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。

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。

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。

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。

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るのではないか。

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。

事業所でのクレーム対応をしっかりとやるべき。

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。

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。

申請代行の範囲は現行のままにすべき。認定調査の質、認定審査会の精度を上げていくことではないか。

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。

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。

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。

サービスの質については、行政が介入するよりも情報開示や第三者評価によって議論されていくべき。