

要介護度が軽いときでも、家族構成などいろいろ困る場合もあるので、必要なときに必要な人に必要なサービスを提供する、ということが保障されないといけない。

家事援助は、どこまでが客観性のある必要なサービスであるかが分からない。客観性のあるサービス体系や報酬体系が必要。

予防については、客観的な評価基準がないので、やるのであれば評価と組み合わせたやり方を考えていくべきである。

要介護度の改善ができていない自治体の取り組みを、他の自治体で生かせるようなトップランナー方式の仕組みが必要。

介護予防は介護が必要になってからの段階では遅く、要介護認定を申請する前の早い段階で手をうつことが重要。要支援の認定も受けていない自立や虚弱の方々の介護予防は非常に重要だ。

新たに介護予防給付として、目標設定が明確で、適切なフォローアップが行われる介護予防プログラムを実施することは歓迎したい。

デイサービス、ホームヘルプサービスはコミュニティの中での生活の継続に有効で、介護予防にも効果がある。

介護予防は「新たな給付」なのかまたは、どこまで保険給付でみるのかという議論なのか明確にすべき。また市町村のヘルス事業と介護保険との連続性や区分も明らかにすべき。

介護予防サービスを介護保険の中で事業として位置づけることを検討すべき。

車いす、特殊寝台など福祉用具の対象者を制限すべき。

新・予防給付は要介護状態になる前も対象にすべき。市町村の健診や相談事業を通して介護予防に入るようなルートも設けるべき。

要支援に対する給付は、全て介護予防に切り替えるべき。

新・予防給付の効果が上がった場合のフォローが大切ではないか。

新・予防給付のマネジメントをやる人材は、サービス内容を踏まえて議論すべき。

ADLが自立していても、医療が必要な場合がある。要支援・要介護1でも介護給付が使えるようにして欲しい。

新・予防給付の対象から要介護1は除くべき。あくまで要介護状態の「要介護1」を介護給付から外すなら、要介護認定そのものを見直す必要がある。

地域包括支援センターでは、まず、財源、財政見直しを明らかにすべき。在宅介護支援センターの再編、統廃合を明確にすべき。

在宅と施設のあり方

施設介護から在宅介護へという流れが生まれているのかどうか、検証する必要がある。

現在の仕組みで持続可能性を確保するためには、利用者負担をどのように引き上げていくかを考えるべき。ホテルコスト負担の問題については、かなりコンセンサスができてきたのではないかな。

制度の持続可能性の観点からホテルコストの自己負担化を捉え、持続可能性をもっと国民に訴えるべき。

在宅と施設との間に不公平感があり、施設にはいると相当お金が余るという現実がある適切な負担を行うためには、基礎年金以上に年金をもらっている人が施設に入った場合などはホテルコストを払うべきではないか。ただし、低所得者には配慮すべき。

ホテルコストの徴収に反対ではないが、あらゆる角度から精査して設定することが重要

食費と居住費は自己負担するなど利用者負担の見直しを行い、在宅との公平を図ることが必要。食費、居住費の実態調査に取り組むべき。減価償却費などもれのないようにすべき。

施設サービスを受ける人は要介護度が高いので費用がかかるのは当たり前である。施設サービスを受ける人は立場が弱い人なので、負担を増やすことは慎重に考えるべき。

食費、ホテルコストの問題を議論するに際しては、低所得者の利用状況について精査することが必要。

ホテルコストの問題は年金給付の水準と関連することに留意すべき。

食費と居住費の自己負担は本当に可能なのか。介護の負担を重くして医療の負担が軽いようなことになると、療養型に流れることになるので、医療保険の負担との関連性も考えるべき。

在宅介護を推進するため、施設と在宅の給付と負担のバランスを是正すべき。また、家族介護の評価の在り方について検討すべき。

在宅と施設のバランスは何度も議論になっており、生活に関わる費用は施設サービスでも負担いただくという議論は、おおむね賛同できる。

施設と在宅について、利用者負担額を含めた保険給付の均衡を図るべき。在宅で介護を行っている家族全てに現金給付を行えるよう支援対策を充実すべき。

施設と在宅の負担の不均衡是正は早急に行うべき。食費、居住費は原則、自己負担とすべき。

ホテルコストの徴収は、個室に限定すべき。

現金給付を入れなかったからこそサービス利用が進んできたことを考えても、今回の見直しで家族介護に対する現金給付を行うべきではない。痴呆性高齢者を抱えて介護している家族などについては、現金給付でない形での支援の在り方を考えるべき。

介護に係る費用については、介護・生活・医療に係る費用として再構築し、それぞれ介護給付、自己負担、医療保険とすることはどうか。

施設だけ報酬で丸めて請求されているのは消費者として理解しにくいし、丸めて払うのが適切かどうかとも考えなければいけない。

施設サービスのまるめの給付については、標準サービスとしてのパッケージだとすればよい。そして、利用者が標準でないサービスも受けられるようにすべき。

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。

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。

非課税法人である社会福祉法人の利用者負担軽減施策は機能していない。社会福祉法人に利用者負担軽減を義務づけるとともに、1%控除の仕組みを廃止し、市町村の助成を義務づけ、国は軽減の基準を示すべき。

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るべきではないか。

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っ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。

施設は必ずしも介護度が重い人が必要としているということではない、施設の役割、機能を明確にした上で、施設利用をもう少し前向きに捉えた観点が欲しい。

医療型療養病床は、介護型へ転換させるべき。

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。

特定施設入所者生活介護の支援を拡大するならば、住所地特例の支援も拡大すべき。

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なっているため、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。

養護老人ホームの位置づけについても、介護保険制度の中で論じていくことが大事。

ケアのスタンダードを作っていく基礎研究も必要。

地域密着型サービスの圏域を考えるに当たっては、過疎地域など様々な自治体の実状を念頭に置く必要がある。

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

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。

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。

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。

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。

ALS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。

IV. サービスの質の確保

ケアマネジメント

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。

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。

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。

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。

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。

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。

ケアマネジャーが消費者の利益を代表しつつ、事業者に従属しては、公正な利益の養護は非常に困難。

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。経済的自立のできる介護報酬の設定が必要。

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。事務処理を簡素化して欲しい。

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