

参考人・委員からの主な意見

※ 参考人・委員の発言・資料を元に、事務局の責任においてとりまとめたものである。

1. 地域での生活を支えるための仕組みづくり

<p>① 「いつでも」「どこでも」 介護サービスを受けること ができる環境整備</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設サービスはサービスを効率的に提供することはできるが、利用者自身の生活は地域社会に置いてくることになる。それを改善するためには、同一の建物の中で完結するという発想ではなく、同一の地域社会の中で完結するという発想に転換することが必要。その際、通常の在宅サービスでは出来高払いとなり、自己負担が高額になってしまうので、小規模多機能型居宅介護という定額サービスを活用していくことが考えられる。 ・ 在宅ケアの原則は、24時間介護が続くことと食事を食べること。それを可能にするためには、定額制にしないと、自己負担が高くなりすぎて使えない。 ・ 医療・看護・介護の事業所を一ヶ所に集約するセンター方式をとることにより、情報も共有することが可能になり、24時間の安心を提供することが可能になるのではないか。 ・ 24時間体制で正確な情報提供・不安の受入れ・緊急時出動・預かりなどの「サポート実践」がなされる体制の確保が必要。 ・ 在宅介護の場合には、希望するときに訪問介護や訪問看護を受けることができる仕組みが必要。
<p>② 医療と介護の連携強化</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「医学モデル」から「統合モデル」へと転換し、不自由なことを補うだけの「補う介護」から、「よくし助ける介護」へと発展させていくことが必要。その上で、「よくし助ける介護」と「治し支える医療」との連携が重要。 ・ 生活不活発病（廃用症候群）を予防・改善していくためには、生活の活発化が必要。そのためには、生活動作の量的増加だけではなく、質的向上も重要。 ・ 「緩和ケア」というのは、医療でもあり、看護でもあり、介護でもあり、福祉でもあり、そう

	<p>いう多職種によって行われる人生支援のケアである。人生とは生活の連続性であるので、生活支援のケアということになる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療職だけでは患者を支えることができない。ホスピスの看護師は、看護の仕事もしているが、ほとんどは食事の介助、入浴の介助、排泄の介助などの介護。在宅でも同じことであり、適切な介護がなければ人は尊厳を持って生きることができない。 ・ 医師は介護職にとって敷居が高く、同等に話すことが難しいので、お互いの立場を理解する仕組みづくりが必要。 ・ 介護現場で医療行為を円滑に実施できるような制度枠組みの改善が必要。
<p>③ 認知症高齢者を地域で支えるための取組</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ B P S D（認知症の行動と心理症状）において、医療と介護は切り離せない。そのためには、医療と介護の両方への介入ができる認知症対応型ケアマネジャーを育成すること等が考えられる。 ・ B P S Dを理由に施設から退所させようとする事案に対しては、地域包括支援センターや行政による緊急支援を実施するとともに、そのような施設に対してはペナルティを課す一方で、適切な対応をとる施設に対しては、負担増に応じた評価を行うなどの対応が考えられる。 ・ B P S Dに関する地域住民への啓発が必要。 ・ 地域包括支援センターの一つをB P S D緊急ケア対応型にするなど、B P S Dに関する地域のセーフティネットづくりが必要。 ・ 認知症高齢者の受け皿を計画的に増加させていくことが必要。 ・ 認知症ケアの標準化・体系化を図り、標準化した手法を実践的に学べる教育研修システムを構築していくことが必要。 ・ 認知症ケアにおいても、医療と介護の連携が重要。 ・ 介護保険の理念である「自立支援」と「成年後見制度」は車の両輪であるにもかかわらず、成年後見制度の普及は道半ば。成年後見制度の積極的活用を促していくことが必要。

<p>④ 地域の特性に応じた住まいの在り方、介護サービスの効果的な整備の在り方</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 喫緊の課題は、大都市郊外部での介護環境の構築。大都市郊外部の住宅地は、丘の上や台地のするなど不便であることが多いため、余裕のあるうちに生活に便利な所へ引っ越すことに高齢者住宅の意義がある。 ・ 高齢者住宅とは、高齢者が自ら居住の場を決定し、自らの持てる力を最大限発揮して生活する場であって、以前の生活と連続して繋がっていることが必要。 ・ 高齢化住宅の定型化も喫緊の課題。引退期（男性65～75歳程度）後期で夫婦揃っているときは、プライバシーが守られて介護サービスも利用できるアパートメント型の「シニア・ハイツ」、老後期（女性75～85歳程度）で女性が一人になったときは、おばあちゃん達が仲良く住む「シニア・リビング」、最後の受け皿としては介護施設や医療施設のような「シニア・ホーム」。この三種類を揃えることにより、居住の連続性が保障されるのではないか。 ・ 在宅ケアを進めていくためには、受け皿となる住宅整備が必要。 ・ 高齢者の早めの住み替えは、介護者の介護力や家族力、高齢者の身体状況、生活財力、地域力等で異なるが、今後の高齢者増加と重度化を想定した場合、特養は、介護・看護・住居・食事・見守りを統合した一体的生活支援施設として重要。
<p>⑤ リハビリテーションの積極的評価・活用</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ PT（理学療法士）・OT（作業療法士）・ST（言語聴覚士）による訪問リハサービスの基盤整備が遅れているため、質量共に拡充を図ることが必要。訪問リハと訪問看護の違いが理解しにくいので、各拠点で「訪問リハステーション」として仕組みを統一してはどうか。その際、訪問リハ指示書の提出の義務付けなど、在宅主治医との連携強化を図る仕組みが必要。 ・ また、リハ提供拠点を整備する観点からは、有床診療所等を活用し、在宅主治医への適切なリハ的支援、外来リハ・通所リハ・訪問リハの提供等を行う「在宅リハセンター」の普及も必要。 ・ リハ前置主義を徹底する観点から、新たな疾患ではない原因で、機能やADLが急速に低下した場合は、他の介護サービスに優先して短期集中的なリハを実施可能とすべきではないか。 ・ 慢性期のリハを十分に評価することが必要。

2. 介護従事者の処遇改善等	
<p>① 介護従事者の確保を図るための方策</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人材確保の努力やマネジメント能力のある職員の養成等を行っている事業所に対する評価制度を導入してはどうか。 ・ 現在の介護職の定着・育成、生産性の向上に加え、広く介護に携わる人の裾野を広げることが求められる。 ・ 介護需要の増加に見合うだけの介護従事者の確保を図るためには、基本的には、介護報酬の引き上げが必要。 ・ 今後働き手が減少していく中では、介護従事者の有効的活用や介護の質を考慮した上で、人材の費用対効果の観点からサービス体系を検討することが急務。
<p>② 介護従事者の処遇改善、誇りを持って働けるような環境整備</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 適切な介護ができる優秀な人材が介護の要であり、そのためには、介護従事者の処遇改善が必要。 ・ 介護従事者の給与水準を上昇させることができるだけの報酬単価を設定することが必要。また、介護の専門性の明確化、社会的評価の向上に向けた取組も必要。 ・ 働きがいを提供し続けられれば防げる離職は少ない。 ・ 単身者は単身でも、既婚者は世帯として生計を支えていける可能性を担保していくことが必要。 ・ 介護現場と利用者が介護サービスモデルと具体的なサービスを検証し、ともに高めていけるようにすることが必要。
<p>③ EPAで入国する外国人介護従事者が誇りを持って働けるような環境整備</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護従事者の不足を外国人で補うことは不可能。ただし、EPAに基づいて来日した方々の環境整備はきちんとすべきである。 ・ 介護現場の実態を鑑みれば、外国人介護従事者の受入れは必要。

3. 地域力の向上	
<p>① 地域全体で高齢者を支えていくための環境整備</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療保険や介護保険では、自立支援・生活支援は十分賄うことができない。そのためには、ボランティアとの協働が欠かせない。 ・ 介護サービス事業者は、利用者の満足度を高めていくということとはもとより、地域社会の満足度も高めていくという社会的使命も負っているのではないか。 ・ インフォーマルサービスが脆弱であるから、公的サービスが必要範囲を超えて提供することになる。例えば、高齢者世帯のゴミ出し、電球の取り替え等は地域コミュニティで解決すべき問題であり、インフォーマルサービスへの支援が効率的ではないか。そのためには、拠点の整備、コーディネーター支援等が重要。 ・ 地域コミュニティの再生や支援が地域力を高める。「自助・公助」から「自助・共助・公助」へのシフトが重要。 ・ 地域におけるインフォーマルケアを充実し、高齢者自身の参加を促す街づくり、キーマンの発掘、ネットワークの構築などが重要。 ・ 老後の安心を支えていくためには、家族、地域住民、関係職種・機関の連携が重要であるが、介護負担が一ヶ所に集中することのない制度設計が必要。
<p>② 地域包括支援センターの機能強化</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターの一つをBPSD緊急ケア対応型にするなど、BPSDに関する地域のセーフティネットづくりが必要。 ・ 今後増加する認知症高齢者を地域で支えていくためには、成年後見制度の社会化が必要。そのためには、その中心となるべき地域包括支援センターの機能強化が必要。

4. その他	<ul style="list-style-type: none">・ 国や自治体は、小規模多機能型居宅介護など、制度のPRをもっとしてほしい。・ いかにかに生きるかよりも、いかにかに生を終えるかが重要な課題。看取りの介護というものを介護の中に位置付けていくことが必要。・ 認知症プロジェクトと同様、転倒予防プロジェクトや脳梗塞予防プロジェクトを実施することが必要。・ 寝たきり高齢者数の需要変化と受け皿を検討・公表していくことが必要。・ 慢性期医療・介護について、医師への教育体制を改善していくことが必要。
--------	--