

「居宅介護支援事業所」アンケート自由意見（全文）

シルバー新報（2007年3月23日号掲載）

北海道	<p>中重度へのシフトであるが、実際の顧客は軽度者が多く、経営上の問題がある。在宅は結局、家族の介護力によって左右される。加算をはじめ報酬単価の高いサービスは入りにくい。厚労省の改正は諸問題に対し場当たりので、全体を通して矛盾が多く、現場は混乱している。</p>
北海道	<p>住宅改修のみの時は、プラン料が入らないのはおかしい。道（道庁）からも件数として入れなくて良いと指示あり。タダの仕事は記録にも残らない。制度は、ケアマネの質の向上のため減算を決め、ペナルティをかけるが、無料でしていることは手をつけようとしなないのは納得できない。働いたことには相応の対価がないと事業所はやっていけない。</p>
北海道	<p>軒並み要支援認定を受けるので件数が減り、事業所が成り立たない。</p>
北海道	<p>制度改正の度、弱者切捨てになっているのでは。税金のムダ使いを減らす事で福祉財源の捻出が出来るのではないかと。昨年4月からの地域包括支援センターの主旨が全く見えない。総じて委託事業所が行っている現状では包括への人員配置はムダ。</p>
北海道	<p>ケアマネの人数の制限により、仕事が充分時間をかけられるようになったが諸経費、人件費に見合う報酬ではなく、ますます経営面で難しくなっている。周辺では休止や廃止も見られている。ケアマネの展望が見えず、このまま続けることに不安を感じる。</p> <p>予防事業により利用者の混乱がある。包括が予防プランに追われ地域支援やCM支援まで業務が回っていない。</p>
北海道	<p>予防給付の制度が始まったが本当に予防ということに役立っているのかどうか疑問に思う。ただ単に給付を下げるだけの制度のような気がしてならない。委託を受け行っているが介護給付より業務が多く、収入面についても不満がある。</p>
北海道	<p>収入の減少 認定調査の結果、要介護1の利用者が包括支援センターに移行し、利用者が減少。 単独型の居宅介護支援事業所を目指し設立したが、訪問介護事業所との併設を考えている。 介護保険の改正により、サービス特に通所サービスの利用を減らしたり、やめている利用者があり、介護予防どころか閉じこもりの高齢者が増えるような気がする。</p>
北海道	<p>予防のケアプランを受ける場合、体調、機能の維持と向上のため、介護給付同様の連絡や訪問を要する。包括支援センターへの書類提出等の業務増加もあるが、プラン料が苫小牧市の場合、3200円と決まっている。移動交通費程度しかない。介護状況とならない予防を重視すべきで、予防するプラン作成内容を軽</p>

	視しているとしか見えない。金額設定と受け止めている。(訪問が1回/3ヶ月で良い等)
北海道	当地域ではまだ介護予防が始まっていないのに3月で経過措置がなくなることで経過的要介護支援のケースは受け入れが難しいいわゆる介護難民になることが予想される。できれば経過措置(を延長しその)終了と介護予防の開始をリンクさせてほしい。
北海道	事業所の経営の安定しなければ、人材の確保が十分にできない。特にこのサービスは対人援助であり、安定して働いている人の確保ができて始めてよいサービス提供ができる。きちんと事業が成り立つ制度であってほしい、当社はホームヘルパー養成事業を行っている。
北海道	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護と予防の認定をくりかえし、居宅サービス事業所契約など書類の手間が増す。 ・要介護と予防の利用者の区分があいまい。 ・予防の考え方で高齢者(80歳以上)には理解できず納得してもらえない ・認定調査時、心身の状況ばかりでなく、生活において支障がある場合も加味すべき。
北海道	制度改正と同時に予防給付の対象となった利用者の家族のサービスの制限や金銭的な負担について理解を得ることが難しいケースがあった。多少、身体状況が変化したため変更申請したが、予防給付の対象のままだったため、認定調査のあり方や審査会に対する不満、さらにサービスの範囲等について不満を訴えられ、同じ説明を繰り返すも理解されなかった。
青森	歳出削減=いい人材が育たない! ボランティアではない!
青森	ケアマネジャーが公正中立の立場でやっていますが、ほかで別会社を作り、実質抱え込みの事業所があるのが実際なので、きちんと行政が把握して対応してほしい。でなければ正直に行っている事業所はどうなるの...
青森	介護予防の前に疾病予防、早期治療の保健行政が効果的に機能する必要がある。65歳になったからと、まるで人生を区切るように介護保険に押し付けてくる行政にがっかりする。説明責任も全て福祉側に任せている。それで住民が納得できる筈がない。介護サービスをいつでもどこでも誰でも受けられるようにと私たちの尻をたたく前に、適切な医療がどこに住んでも受けられるようにすることが大事では? 国も医師には弱いのか?
青森	<ul style="list-style-type: none"> ・難病者が要介護5になっても支援できるサービスが少なく、ヘルパーに医療行為の吸入ができる事業所がない。 ・認知症の徘徊行動があっても予防になっている。 ・まったく食事を作れなく、介護者がいなくても調査項目にないため栄養面を問題視していない。

青森	市内の事業所で予防プランの委託を受けていない事務所はうちだけです。予防プランの料金が安いし手間が多い。予防プランになったり、要介護になったりする人がちらほら出てきている。利用者、家族ともどうなってるのと制度改正で混乱している。あと2年もたてばなんとなくと考えています。予防にするのならば全て委託せず、自治体が責任をもって予防プランを作成したほうが良いと思う。失敗すれば2年後、ケアマネに委託した結果、失敗したといわれるかもしれないですね。
岩手	法律の解釈が様々に取られやすいような気がします。ようやくなじんだような気がしていますが、県へ問い合わせたり、落ち着かない状態で仕事をしていました。現場を知らない方々が考えたことから問題が生じたと思います。
岩手	認定調査 審査会 介護度の決定。特に老老介護世帯においては本人だけを見て介護度を決定しても在宅サービスに頼るケースが多く、必要なサービスを利用すれば限度額オーバー。そして、都合良く入所できる施設も空き無し。共倒れしてしまう。介護力・生活環境によりサービス量は変わる。
岩手	認定調査の特記事項や、主治医の意見書でも明らかに肢体不自由であることが記載されているにもかかわらず、認定審査の結果が介護度が低く出ているのが多くなっています。区分変更すると2段階変わる場合もある。
宮城	ショートステイなどであきらかに施設での介護の人員は基準を満たしていても足りない。転倒などでの事故多い。ユニットケアでは目が届かず、とくにそう思う。
宮城	ケアマネの件数は少なくなったが、仕事の内容は変わらず、帳票の整理は大変(県の指導時にどこまでおりに対応するため)。また、単価は上がったが件数減により収入減になり、給与面では良い状態とは言いがたい。ケアマネの資質の向上がさわがれているが。
宮城	医療制度改正で、入院患者の在院日数の短縮が何処の病院でも課題となっているようです。7:1の基準を満たすべく、看護師集めに必死になられている様子が報道され、当地域でも同様の事態が起きていると感じています。しかし病院が在院日数を短縮するということは在宅での受け皿も十分でないといけないということです。とくに医療依存度の高い方が在宅へドンドン帰ってくるのに対応する看護師が、皆病院へ持っていかれ、在宅を支える看護師が不足しています。どうにかならぬものか、国はどう考えているのか日々疑問に思っています。
秋田	ホテルコストが導入され、大きく負担が増えた。段階的に軽減措置が施されているが、家族に1人でも課税者がいると該当にならず、収入の少ない地域では希望の施設を利用できない方が多い。収入の地域格差があまりにも大きい。大きな見直しをしてほしい。

秋田	<p>予防プラン作成は手間の割りに報酬が低く、特定地域にある居宅支援事業所に包括支援センターから当然のこのように依頼される。利用者のことを考えると断れない弱みを握られているようである。包括支援センターが設置され、以前の行政窓口と変化はほとんどないと思われる。行政で対応が困難な地域は全事業を民間に委託するといったランチ方式を行うよう、制度上明確にしたほうが良い。</p>
秋田	<p>地域包括支援センターごとに差がありすぎる。行政は委託せずに独自できちんと人材をそろえて予防に取り組むべきだと思う。</p>
山形	<p>・地域包括支援センターの抱え込みがはじまっている。(包括支援センターを持っていない施設は新規利用者の掘り起こし画大変。また予防事業も申請したがやらせてもらえない)</p> <p>・当市においては施設に丸投げ。介護保険制度をわかっていない職員が多いのでは(行政職として勉強していない)。</p>
山形	<p>包括支援センターの機能が果たせていない。せっかく保健師の視点ということでの導入なのに契約するときだけの保健師でその後のフォローアップもなく利用者の声としては何のための包括の保健師かという声が多い。保健師の働きについて疑問がある。</p>
山形	<p>外国人の受け入れで賃金が下がるのではないかと(下げるための受け入れ)。というより介護報酬を下げるための布石かとも思う。特に在宅では外国人(日本語が良くできない方)は難しいのに賃金が下がれば日本人スタッフも集まりにくくなるし、賃上げしたくても原資が減らされたら上げられなくなる。絶対今以上の人材不足になると思う。特にヘルパー。</p>
福島	<p>健康な状態から継続して高齢者を支える仕組みが不備なため(特定高齢者への施策がほとんどないか機能をしていない)、予防給付の意味が理解されにくい。</p>
福島	<p>市町村によって包括のあり方が違い、予防プランの委託も受けたり受けなかったりの居宅があることもおかしい。同じ利用者のプランを予防プランとなれば初回加算をつけるというのもおかしい。いっそ現在の居宅はなくして包括の規模を大きくしてはどうか。</p>
福島	<p>ゴールドプランで介護職を増やしたとのことですが、実際の就職者は何分の一なのか知っているのでしょうか。また、ケアマネの受験資格には介護経験を組み入れるべきと思います。合格後の5日の研修でケアプランを立てるのは疑問です。視点がただプランすればいいだけではと思います。本当にできる方は当初プランは短期間で効果測定して評価していますが、その評価や測定について知らないように思います。(例 栄養士資格)</p>
福島	<p>介護から支援に落ちています。認定調査員の判断がかなりの影響がある様に思われます。認知症で介護4・5でも手のかからない人や、予防で認知症がなくても日常生活を継続していく上で(歩行困難他)非常に多くの介護が必要とする人など</p>

	矛盾だらけで、悔しい思いをすることが、多く有ります。
福島	予防介護に対しての報酬が低い割りに手間がかかり介護支援の件数 35 で抑えても介護予防8を受けたら内容的には相変わらず忙しく充実したケアマネジメントはできないのではないかと。
茨城	初回加算 について「同一の利用者について前回の算定から6ヵ月間以上経過していること」の条件には疑問あり。4月からこの条件に合致するケースは1件もありません！！なのに退院・退所時にかかる手間は膨大なものがあります。ぜひ一律に退院・退所時に加算をつけていただきたいです。
茨城	制度は定着して理解が深まるまで変えるべきではない。国の予算収支の都合で、制度を変えるべきではない。
栃木	35名では、一杯一杯。新規が受けられない状態である。支援1・2で、定額制なので、予防と介護の区別がお客様にわかりづらい。ベッドや車イスの引き上げも困る。保険料が高い。
栃木	要支援と要介護の認定が行ったり来たりの方はその度に担当者が変わり利用者が混乱している。継続的・包括的ケアマネジメントではない。在介機能がなくなり、地域の高齢者の把握ができていない。
群馬	行政は地域包括支援センターの確立をもっと真剣にやるべきだ。予防の月額報酬は回数に戻すべき。
群馬	当社はホームヘルプサービスも県の指定を受けて事業していますが、平成18年4月の改正で一番困っていることは 予防訪問介護の定額報酬の導入 要介護者のホームヘルプサービスの生活援助が1時間30分までしか認められないことです。在宅利用者は軽度、高齢の1人暮らしや二人暮らしの方が多く、布団干しや日常生活用品(特に食料品)の買物に支障をきたしております。利用者は負担増で、事業所やヘルパーさんは収入が減り、経費は同じか増えています(いろいろな書類が増えています)。ヘルパーさんも収入が安定しない、移動時間を含めると賃金が安いといっただけで手がいけません。
群馬	・現在、本人、家族に代わってケアマネジャーが直接主治医意見書を依頼している行政区があります。受付窓口では「受診の際、同席して下さい」と事前受取を拒否する医療機関があるため、2-3度伺っています。なぜ行政 医療機関のところと、本人 ケアマネ 医療機関とあるのでしょうか。 ・ホームヘルパーから予防サービスになると「ヘルパーさんの時給が出ない」とサービスを減らしてくるところがあります。

埼玉	ケアマネ資格更新のための研修費用が高すぎます。県で予算化しているところ と、全くしていない所と格差が出ています。 情報開示の標準化費用も同様で す。義務なのに全て事業所側の負担なのは納得できません。しかも、1年ごとにど うして必要なのかも。調整機関等がうるおうだけではないか。 「地域包括支援 センター」の理解と現実とのギャップはなぜ生じてくるのか？ 真に公正・中立で 活動するセンターにしたいなら根本から替えるべき。 地域支援事業も費用を かけて「 教室」開催。人が集まらないと嘆いていても。
埼玉	認定が出るのが遅いので予防か要介護かでサービスがどうなるのか困る。
埼玉	「包括的継続的」が保険改正の目的の一つにあげられていますが、要支援2～要 介護1の方は資格が変わるたびに担当ケアマネジャーが変わることになり、「包 括的継続的」とは逆な方へ進んでいるように思います。行政からは積極的な情報 提供もなく、地域包括と今後連携をとっていくことに不安を感じます。
埼玉	・収入が少なくなり事業所として今後続けられるのか経営が不安定。 ・要支援と要介護の間の方がどこが立てるのが決まるのが遅い。判定にぶれあ り。利用料も1カ月まとめてになり、休みになっても料金が変わらないのが理解で きない。(要支援と要介護の給付管理が違うため) ・生活支援1.5hではできない。 ・とても制度が複雑で高齢者に理解できない。変更が多すぎる。審査会ごとに認 定にぶれがかなりある。生活者としての視点が欠けている。
埼玉	今の制度ではベテランの男性ケアマネがいなくなる。20代の女性の職種というこ とになり、それでいいのか。
埼玉	要支援・予防って一体何なのかと怒りを覚える毎日です。予防重視といいながら 実際には予防のできない制度になっていると思わざるを得ない。支援と介護1で の線引きは地獄と天国くらい差がある。予防になったことで実際に生活できなくな るケースを体験した。ヘルパーのみまもり、介助で入浴ができていたのに、予防訪 問入浴を使わないと入浴できないというのは何ともおかしい。
埼玉	制度改正により混乱と自己負担が増え、改善されたことは何もないという印象。平 成18年4月以降は、利用者や家族に「年寄り死ねってことですか！？」と言わ れた時、「その通りです。国は高齢者に長生きしてほしいなんて思ってませんよ」と 言っています。そうすると、制度の説明をした時、理解してもらいやすくなります。

埼玉	「ケアマネは専門性を超えるところに専門性がある。さまざまな専門サービス事業を幅広く、多様なサービスを巧みに実践していく。五感を通じて知る。そして実際に行動する。幅広い職種があり何か一つの分野に特化すべきものではない。多面的なものの見方ができ、あらゆる制度、社会資源、サービスの基本構造を理解してうまく結びつけて活用する能力が要求されます。その意味でケアマネは生活の要素全てに対応する多機能型の職種であるといえます」(古都賢一課長) H18年12月20日指導者研修にて。包括支援センターの7割近くが民間委託である。主任ケアマネを置きました。迷ったときには地域で問題解決できるように、個々の問題解決を地域で対応していく、地域包括ケアの現実的な担い手として主任ケアマネを作った。しかし実態は在宅介護支援センターの二枚看板の域を出ていない。高齢者の尊厳を守るケアが実現できるか疑問です。
埼玉	単独の支援事業所を一人ケアマネで経営しています。諸経費がかかりケアマネジャーを雇いたくとも給料が払えません。特定事業所加算が単独事業所にも適用になると良いと思います。単独事業所を起業したいと思っているケアマネジャーが起業できる環境にしてもらいたい。
埼玉	実際35件では採算があわない、件数制限をなくすか報酬が変更にならんと自滅し事業所の競争力がなくなる。大手しか残らなくなる。
埼玉	職務内容の性格上、資格試験だけでの判断は疑問あり。適性、不適性等の問題もあり再検討必要では？
千葉	利用者の制限により入院等で利用者が安定せず、経営面も危機的である。入退院も多く、プランの変更などで、業務は増すばかりである。病院からは退院を迫られ、受け入れ先もなく、苦痛を感じる利用者が増えている。
千葉	ホームヘルパーの資格改正が不安。ただでさえヘルパー不足の状況、敷居がされに高くなり人手不足に加速がつくのは予想ができる。質の向上のため入りを高くするより、結局、現場で経験を積むことも大切なので、資格更新や定期的研修など免許証(自動車)のようにお金をあまりかけず働きやすい(ヘルパーや事業所にとって)市場をもっと考えるべき。
千葉	お年寄りには厳しいものとなりましたが、出だしが大盤振る舞いだった反動で節約のためにはやむを得ない。ただ、介護予防はお役人の考えだけで空回りしている。楽しくできる介護予防の入れ物を造れないでペテンにかけられた。理念は間違っていない。金をかけないでできる方法はいくらでもある。
千葉	独居の要支援の人が病気になった時に、サービスを集中して入れられない。集中減算はサービス業者と全く独立している事業所にはあてはめないでほしい。

千葉	読売新聞記事「4月から介護ベッド利用制限緩和」を目にし、腹立たしさでいっぱいになりました。給付費削減が先行し、現状を把握していなかった証拠です。レンタル制限ばかりではありません。予防も同じです。介護サービス情報公表なんてもってのほかです。現状に見合っていない改正ならぬ「改悪」に振り回され、ケアマネジャーの仕事を辞めたいと真剣に思っています。
千葉	介護認定の出方がまちまちである。要領の良い人には高くだが、調査員によっては方針でもあるかのように、答えを誘導する人もいる。
千葉	地域のケアマネ会等を通じて要望を出してありますが、明確な返事はありません。国などへの要望というより、圧力団体たる勢力を持たねばならないと思う。
千葉	予防介護の方の認定がおりるのが遅くて計画を立てるのに大変。もっとスムーズにできないものか。
千葉	制度内容がころころ変わり御利用者の不利益になることが続き、説明するのは行政ではなく現場のケアマネジャーである。制度改訂に反対しているのに説明の役割だけ担わされるというのはとてもおかしい。行政の職員もおかしいと思っても上からの指導に意見も言わず、最終的には「できない」ということで民間の事業所に仕事を投げてしまう。いつもいつも現場の人間が苦勞するという構造は変わらない。地域支援事業を活発にしなければ今までの介護サービスに「予防」という言葉をつけて安く実施させているに過ぎない。
千葉	高齢者の期待する老後生活に政策があまり合っていない気がする。制限があり過ぎる。(特に訪問介護の利用について)書類が多すぎる。法律が厳しくなっていくのに、突いていくのが精一杯。介護保険の利用により本人にとって満足の行く生活が送れているのか、疑問が常にある。(希望されていることに対し、制限の説明、理解を得るのが困難)
東京	軽度者の認定のあり方にはH12年からそもそも問題があった。制度を広めて周知させ「誰でも利用できますよ、だから保険料を払ってください」と普及させるためにより多くの人に制度を使わせた。そして18年に急激に水道の蛇口を締めるようなことをしている。正攻法で社会連帯をうたい「保険料は払ってください。でも、できる限りサービスを使わないで工夫して自分なりに生活してください」と最初からいえばよかったのだと思う。でも今となっては蛇口を閉めて財源がどんどん支出するのを抑えなければなるまい。何が保険料で賄われるべきか何が個人の自費で担われるべきかの議論をもっときちんとしたほうがよい。
東京	・手持ちのベッドを処分している人がレンタル中止に。初めからはっきり線引きするべき。 ・認定調査の結果があまりにもますます納得できない。変更申請出すこと多く、無駄遣い。

東京	要支援者に対して一律に予防給付が導入されたが、予防給付に適していない利用者も多い。国や行政も給付を削減せざるを得ない財政も分かるが、別の方向から給付を適正化していくべき。国や行政は介護保険という保険制度を使って「何ができ、何ができないか」つまり利用者からみて「何をやらせ、なにをやらせられないのか」をもっと国民(住民)にアナウンスすべき。ケアマネだけに押し付けるのはおかしい。
東京	変わるたびにソフトを変更しなければならず費用が大変。目標の先行きが見えない(3~5年先の予想が立てられない)。いつもアタフタ(振り回され利用者さんからいろいろ言われるのはケアマネジャー。保険者がもっと積極的にPRすべき。
東京	ケアマネジャーの経費がかかりすぎて採算が合わない。アセスメントや給付管理請求システム等のソフトが統一されるなどしていないため、コストが高い。国保連のソフトもとろい、時代にそぐわない。平成16年度の厚労省の調べでケアマネ有資格者が8人いたとして1人しか仕事をしていないという実態をつかんでおきながら、規制など圧力ばかりかけてきている行政。天下りには目をつぶって自分のことだけよければというお金に困っていない暮らしをしている人達を作っている介護保険制度。現場で働いている人達の生活実態が全くわかっていない。介護報酬が安すぎて生活するのが大変である。消費税が介護保険に使われるなら、社会保障の目的税という名目で上がっても仕方ないという方、大勢います。
東京	制度改正ではなく制度改悪と感じています。少なくとも変化に弱い高齢者、要介護者の制度は「走りながら変更していく」という厚労省の役人の考え方にはまったく反対。制度を根幹からつくり少なくとも10年は変わらない制度が必要なのですが。
東京	今後益々ケアマネとしての力量が問われるようになる。医療連携や地域社会資源の使い方、コーディネート力などです。一方、ケアマネの年収は330万円程。これは都職員の1/2である。こんなことで良いケアマネジメントは難しい。「良い実績を残し、報酬UPにつなげよう」という考えもあるが、その前に良い人材が逃げていくようでは…。また、うまくいけばうまくいったで、「報酬据え置き」というのもだまされた気分。
東京	人材不足。介護福祉に魅力、興味、やりがい全てマイナスになっている。賃金も安い、社会的地位も低い(ヘルパー等)、先が不安である。
東京	以前よりサービス事業者側も書類が多くて手一杯のようで、改正前より担当者会議の日程調整が困難になった。何でも減算、減算な制度で毎日書類に追われている。一人暮らしの高齢者(近くに身寄りなし)が増えてきた。ADLに関わらず色々手がかかるケース多い。こういう加算があればと思う。

東京	ケアマネの35件制限という制度のために、「まじめに中立公正で取り組みたい」という主旨が逆行の方向になった。なぜなら以前より併設部門(福祉用具、訪問介護など)に紐付きに経営的にならざるを得なくなった。独立系が中立を保つのに事務所の家賃、経費を支出不可になった。また、35件で単価上昇しても、ケアマネの事業所に入る報酬が下がり、他部門より肩身が狭くなっている。勉強して資格をとっても看護師や薬剤師などは本業の方が割に合うので仕事につく人が少なくなった。
東京	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供責任者の配置基準を見直すべき。たとえばヘルパー10人に1人から20人に1人など。 ・ヘルパーは、将来は介護福祉士の資格があるが、ハードルを高くするだけではますます不足となる。ヘルパーの資質向上策が報酬に合っていない。 ・予防プランの報酬が低すぎる。仕事量も考えると経営上引き受けられない。
東京	<p>介護保険のスタート当初より認定に不満があったが、特に改正後は介護度の低い方は要支援になると半ば決められているために正しい認定になっていない。</p> <p>要支援のケアプランを今までの事業所に委託したのでは全く意味がない。包括でケアマネを抱えプラン作成すべき。必要なサービスを介護度によって決めるのでは本末転倒。本当に必要なサービスを受けられなくなってしまっている。見直してほしい。</p>
東京	<p>新規はモチロン、更新のサービス利用者の約半数が「包括支援センター」に流れてしまい、他の事業所の売上が激減。支援事業所が改悪前は(要支援も要介護も)一本化されていたが、介護度に応じて二極化(2分化)されたため、その弊害が色々出ている。A.申請中の暫定サービスが利用しにくい。B.認定審査の基準があいまいで、しかも、決定日が大幅に遅れている。このため結果がどちらに転んでも対応の可能な包括(実は大手の事業所が多い)が仕事を抱え込み独占、利用者は要介護の自ら事業所を選ぶことができない。C.事務処理が複雑で多すぎる。</p>
東京	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防は包括ですべてみるべきと国で決めてほしい。 ・35件では運営が大変。今までどおり50件以内にするべき。または35件以上に加算をつけるべき。近いうちにケアマネ難民が出ると思う。
東京	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターは3名で想定されていた業務は難しいのではないか。 ・ケアマネ現任研修のあり方に疑問。
東京	ヘルパーや介護福祉士の取得条件や時間数は増える方向なのに対価は下がっていく方向。
東京	訪問リハビリが極端に少ない。手配が困難。

東京	包括支援センターの対応が主任ケアマネの判断によって違うように思われるし、質問をしても区、郡、国にたらい回しにされているような印象を受ける。行き当たりばったりの制度改正といったイメージを持たざるを得ない。リハビリ重視と言いながらPT、OT、STの数が不足していること、リハビリ病院等の集中してリハビリを受けられる場所が少ない。また、必ずしもリハビリをきちんと受け、在宅に戻れる方ばかりではなく、在宅に戻り、寝たきりとなるケースも多いと思う。予防、リハビリ重視というなら受け皿を確保してほしい。
東京	ケアマネジャーは本人・家族の代弁者で、声や要望などもっとあげたいのに、そのような場がない、行政は丸投げである。最たる例は住宅改修の事前申請。早めに書類を役所へ持って行っても通知が自宅に届いたのは10日の約束を超えた14日後。その利用者は入院しご逝去してしまった。早く対応しなければならぬので役所は書類の郵送を本庁を通すなどのいい訳しかせずフットワークが重い。実態に即した迅速な動きこそが求められているのに半分あきれてしまった。改善の仕組みを作るべきと思う。
東京	予算を削ることが主目的のせい。さも高齢者を気遣うふりをして、適当な理由をつけて現状に合わないサービスを導入したり、縛りを課すのはやめてほしい。
東京	質のいいホームヘルパーがいない。
東京	制度が変わり、利用者への理解がうまくいってなくサービスに対する不満などはけ口になり、利用者と事業所の板ばさみになることが多い。国はもっと利用者にわかるようにできることできないこの説明をして欲しい。
東京	新規プランを希望されても、断らざるを得ない。また、訪問介護の時間制限などにより必要なサービスを受けることが難しくなり、家族負担が大きくなり、介護者の疲労、介護放棄精神不安が増えた。自己負担金も増えた。本人以外、家族のサポートも必要になってしまった。また、問題点が増え、訪問回数・家族との面談回数が増え、件数は減っても仕事量は増えた。
東京	がん末期でも要介護1・2の場合急変してから作成しては遅い。
東京	集中減算に訪問看護が対象になってないのは不公平。訪問看護の点数高すぎ。
東京	中重度の支援強化というが、現状ではそこができるケアマネ事業所が不足している。今のケアマネジャーの教育体系では医療連携は望めないと思います。理想と現実のギャップがありすぎる。・予防プランでケアマネジャーや地域包括支援センターをつぶしていくのではないのでしょうか。
東京	政策立案者に見識やモラル・理念が感じられず、あれこれもっともらしい理由をつけても結局は給付抑制あるのみ。日々怒りを感じています。格差問題が根本にあり、生存権を守るという原点に私たち現場の専門職は立っていきたくいし、そのための制度、政策運営が進められるようにアクションをおこしていかなければと思います。先日の金子勝先生のご指摘、共感しています。負けてなるものかと格闘して

	います。(小規模事業所として)介護保険制度に未来を感じられない。
東京	制度改正で困っていること。利用者や家族への説明をなぜケアマネやヘルパーが行わなければならないのか。変えた方たちが責任を持って一軒一軒回ってください。高齢者。難病の方は体調変化するのでベッド、車いすレンタルだと思う。レンタルの意味わかっていないんじゃないの？ サービス単位数が改正の3月に決められ、書類は多く記入することを要求され、業務は増えるのに収入は減っていくような現状では、優れた人材は他業種に移ってしまう。このままだと大手企業ばかり残り、地元で根付いていた中小企業者は経営継続できず利用者の業者選択も不可能になる。
東京	軽度者の介護用ベッドについて今年の制度改正にあたっては利用者への説明、納得していただくまでの労力は大変なものであった。見直されたことは良いことではあるが、もっと現場の声にも耳を傾けて改正は行ってほしい。
東京	介護予防サービスの料金体系がおかしい。訪問介護にしても通所介護、リハにしても1ヶ月いくらのどんぶり勘定にしてあるので、非常に無駄だと思う。
東京	当初は「介護の社会化」と言われ、家族を介護から解放するイメージで開始したにもかかわらず、家族がいるというだけでサービスを制限されるようになった。措置から契約に変わったはずなのに、おしきせ、あてはめ、かつ有料のサービスとなった。認定を厳しくすることによって、経費を削減しようとしている。保険者による地域差がかなり出てきたが、厚労省、東京都は監督、指導をしないのか？ 契約によるサービスであるにもかかわらず、保険者の態度、言動で利用者もケアマネジャーもとても嫌な思いをさせられている。
東京	とにかく予防給付の書類が多すぎる。
東京	医療改正もあり在宅重視ということで退院されても家族の都合で介護できない状況となったとき、医療では退院したのだから在宅サービスをフルに利用し在宅生活をしてくださいと指示するが、家族が在宅を断念しているときはもっと在宅だけでなく、施設、医療と幅広い協力体制が必要ではないか？ 要介護から予防になった方々のケースでプランが変化した場合がいかほどあろうか？ 数値での実態が見たいものである。
東京	予防給付の考え方には賛同できるが、現給付の実状は高齢者の実態にそぐわない。特に「特定高齢者」施策は無理やり実施している。不要。
東京	介護職員基礎研修の導入で現場職員のモチベーションがかえって低下して、ヘルパーを継続して上に行こうとする人が減るのではないかと。事業所としても研修費の負担は現状の報酬では捻出できないサービス提供責任者の業務内容が予防給付の対応を出たため事務内容が増えまた煩雑になったが、ケアマネのような報酬がつかず経営にも大きなマイナスとなっている。

東京	・帳票類を簡素化してください 利用者、家族にわかりやすく理解を求めるには帳票をスリムにしたい。
東京	(サービス内容)90分以上の生活援助 同居家族のいる生活援助。いろいろなケースがあるのに指導監査では一律に切られてしまう。 ・指導・監査のやり方がひどい。個々のケースの中味を考えず基準だけ見て指導している。これでは現状の把握がいつまでも出来ない。指導する人の能力に問題ある？ 指導監査について特集してほしい。
東京	ヘルパーの業務内容などサービスの内容についてなど、保険者に聞くと「判断しかねるので、都に聞いてほしい」と言われる。都に聞くと、いろいろ回された挙句、「保険者が判断すること」との返事が多い。施行する側がはっきり理解できていないことを監査が来られても注意、返還などとなるのは納得しづらい。
東京	八王子市では都と合同の集団指導を平成 19 年、1月23日に初めて行いました。その中で「身体生活等生活が0.5時間でも入っていれば生活援助中心型の算定理由を記すこと」また「同居家族がいる場合の生活援助は行えない」ということを発表しました。実は八王子市がこういったことを全事業所に向けていったのは初めてで、ケアマネのほとんどが「寝耳に水」といった状態だったのです。しかも質疑応答なしだったので、皆茫然としていました。自治体としては「誰もが知る当たり前の制度なんだからできていないのは自分たちの責任！ できていないところは不正だ！」と言いたいのですが、どこの事業所も不正をしようと思っているわけではありません。自治体の責任としてキチンとした説明や指導、研修をするべきです。
東京	介護報酬が低く給与に反映させることができないため、せっかくやりがいのある仕事であるにもかかわらず、良い人材が集まらない。若い人にも魅力を感じられる仕事になるには、もう少しベースアップが必要と考える。主婦や中高年が主流のボランティア意識に頼っている福祉では困ります。
東京	・介護と予防を行ったり来たりする人の場合、その都度の契約書類は必要かどうか。 ・相談は地域包括支援センターへ集まるので、公正中立な事業所に地域包括支援センターを委託してほしい。 ・情報公表制度がどのように利用されるのか、役立つのかが想像できません。利用の状況を公表してほしい。また、利用人数や職員数など最新の情報がわかるようにしないと意味がないのでは。
東京	通院介助が必要な方が予防になるのはどうかと思う。通院介助の院内介助について医療側にもっと意識させるべきだと思います。実際は医療サイドでは対応できない状況で介護で補っているのに、算定できないのはおかしい。また、通院のはしごや通院後の買い物はダメだとか、合理的で負担が少ないのにわざわざ分

	けるというのは理解に苦しみます。
神奈川	通院介助の制限、福祉用具の規制
神奈川	高齢者の人数や福祉予算などは事前に十分予測可能であるのになぜもっと前もって準備して漸進的な変化をさせないのか。あまりにも急激に変化させすぎ。看護師やPTなど需要・供給は十分予測できるはずなのに、なぜ供給を何年も前に手を打って進めないのか。場当たりの過ぎる。
神奈川	医療法の改正もあり在宅現場の看護師が不足している。人員不足のため閉鎖する訪問看護ステーションや人員基準を満たせない地域包括支援センターがある。
神奈川	内部疾患のお客様は要介護、要支援度が低く対応しきれないことが多い。
神奈川	要支援に認定され、包括に移管することで高齢者は戸惑いを感じている。単位は十分あるのに介護に利用できる枠が決まっているのは理解が難しい。高齢者がやっと慣れた人間関係を新たに構築するのは困難。情報公開制度で調査や公表に事業所から金額を取るのをおかしい。ただ単に天下り先を作ったとしか思えない。無料とし、区で対応すればよい。(区職員は手持ち無沙汰でまともな仕事はしていない。)
神奈川	ケアマネと医療との連携をはかりやすくするために、行政から医療の現場にも働きかけてほしい。予防プランの委託料が業務内容の割りに少ない。
神奈川	神奈川県下だけのこともかもしれませんが、特定事業所集中減算ができ、利用者がケアマネと同じ事業所のホームヘルプを利用希望しても応じられない場合が出てきましたし、公正中立にサービス事業所を選んでいただいたことを証明するために、時宜要所名を列記して「説明した」ことを記録に残し、利用者の署名や印をいただく書類(またまた書類!)が必要になりました。まるで「公正中立」の漫画です。介護保険を効率的に運用し、制度を維持していかなければならないことに対しては協力したい。しかし、今回の改変がどう効率化をすすめたかをどのように測定するつもりでおられるかお聞きしたい。
神奈川	制度設計が机上の論理に溺れて、利用者の生活実態とかけ離れています。今回の介護予防給付も制度の都合で状態像に変化がない人たちが要介護と要支援をいったりきたり右往左往させられ、その都度、契約の取り直しなど余計な手続きを強いられています。従来はその人のニーズに合わせてプランを構築していましたが、この無理な右往左往のためにプラン立案の都合に合わせてニーズを歪めるような事態があります。利用者本位には程遠く、制度(政治)の都合本位の仕組みとしか言えません。
神奈川	報酬が固定された(件数上限により)ことでケアマネの給与も固定(上限計算ができる)され、給与面では就労意欲につながらない。ケアマネを継続している人は、自分の報酬より仕事内容が好きだからできていると思われる。

神奈川	通院のサービスの要介護度によるくりは外してほしい。介護度1でも身体で対応しなければならないケースがある。その都度福祉局に問い合わせるが、柔軟性に欠ける。介護度だけでなく生活環境が大きく影響することも考えてほしい。
神奈川	予防プランの金額が低く、居宅介護支援事業所が断り、包括に流れている。包括はあと3年で3カ所増える。予防の人はそのたびに地域割りがあるので不安を感じるのでは。また、予防の人が重度化しても包括はすぐに訪問が可能か疑問。
神奈川	退院する方についてはその日からサービス利用できるようにしてほしい。現状では認定が要介護になるか要支援になるか不安でケアマネとして退院者カンファに参加も厳しい。レンタルベッドも用意してよいかすら不安あり。せめて退院する方は六カ月間介護認定が出るのがわからないと早期退院のお手伝いがとてもにくい。
神奈川	新規申請で予防か介護かの境目の方の認定が遅れてサービスが先に開始された時、委託を受ける居宅介護支援事業所が予防・介護両方のプランを作らねば償還払いになるというシステムはケアマネの負担が大きすぎる。
神奈川	・サービス担当者会議や事業所への照会、必須条件の増加と厳格化により、利用者のために必要な業務から、必要な書類をそろえるために利用者が居る、という状況になった。本当の意味での自立支援に結びつく制度とは言い難い。 ・介護予防、自立支援を前面に出してきたが、高齢になってから障害を持ったら急に自立しないといけないのか。本当の意味で自立させるなら幼児期からの継続した教育が必要になるのでは。国、行政が自立の意味をどうとらえているのか示してほしい。
神奈川	中立公正を強く想い独立している居宅介護支援事業に対する報酬アップを望みます。現行の制度では居宅介護支援だけの報酬ではとてもやっていけません。特定事業所加算を廃止し独立型事業所加算にすべし。
神奈川	予防給付では自立にもってゆけない。もっと予防に予算をつけて自治体が責任を持って支援しない限り改善しない。自治体の先駆的事例で、利用者が自立できるシステムにしないとよくなる。例えば要介護状態の被保険者に対し医師が在宅ケアを含めて指示できるとか…。
神奈川	制度のしぼりが増えて(リスク管理に過剰反応?)、困難事例を受けてくれるホームヘルプ・通所介護事業所が少なくなった
新潟	予防給付という制度が利用者に理解されにくく、意味の無い窓口が増えただけだと思います。決定権や責任を持った窓口でもなく、高齢者だけでなく、現場でも戸惑いながら仕方ない程度の認識です。
新潟	人件費が低すぎる。民間と法人で同じ条件で対応するのはおかしい。

新潟	<p>予防の考え方は理解できるが、プランの様式が複雑すぎる。もっと簡易化すべきではないか。ケアマネ1人あたり35人の人数制限はあるが、連絡調整、事務処理が以前より多くなり、忙しさは変わらない。収入も変わらない…。</p>
新潟	<p>単独事業所では35件の利用者数では収入が少なく経費は削れないので給料が下がり、運営はとてもきびしい。今までの50件で35件を超えた分が減算であればなんとかやっていけるが、今は減算が大きすぎる。今までは必要な月に4-5回訪問したり事業所へ出向いたりしていたが、経費節減のために電話で済ませることが多くなった。(月に1-2回の訪問にしている)</p>
新潟	<p>認定結果が軽度の場合一律に介護用ベッドのレンタルができないということ(昇降座イスも同様に)介護現場職員の報酬が他企業に比べ低すぎる為、これからの少子高齢化及び段階の世代の高齢化によるますますの介護職員の人手不足に拍車がかかると思われる。</p>
新潟	<p>・介護給付 予防給付の事務量の多さ煩雑さに閉口。特定事業所集中減算について:今まで地域に密着し選ばれる施設作りのため、地道に畑を耕し種を蒔き地元の信頼を築いてきた。その結果90%オーバーしている。正当な理由書は考慮してくれるとはいえ、介護支援専門員のやる気を削ぐ行為である。なぜ医療系のサービスには適応されていないのか明確な説明がない。逆にペナルティを払えば困り込みOKと捉えることができるのではないかと。また、すでにペナルティを受けているので実地指導では指導できないと考える。正統な理由書の提出を求めているが、正当な理由をこちらが立証するのではなく、不正な理由を保険者が立証するのが筋なのではないかと思う。「その判断は都道府県知事が適正に判断する…」判断基準は??</p> <p>・毎月のモニタリング記録について:事務量が増え困惑。・サービス担当者会議を開催:呼ばれる事業所も時間の調整が極めて困難、サービス担当者会議に出て、毎日のサービス残業では優秀な人材ほど潰れていってしまいます。</p> <p>・軽度者に対する福祉用具の見直し:「運用を見直し一部給付を認める…」どうしても必要で買った人はどうするのでしょうか。まだ1年も経っていないのに介護支援専門員として利用者様に説明ができません。これが公になった時にはご本人はご家族は介護保険に欺かれた気分になることでしょうか。購入者に補助も必要になるのでは…。</p>
富山	<p>予防給付 介護給付と認定のたびに変わる人はその都度、契約を結び直すなど手続きが複雑。介護度が軽度で予防給付意欲があるか介護給付になるかの状態の人は、認証結果がでるまで、居宅サービス化計画のための計画が結ばず、希望していても、すぐにサービス利用開始できない。</p>
富山	<p>行政委託機関に行政のもつ個人情報、被保険者情報が集まるシステムになっている。介護保険の入口であるケアマネジャーを選ぶことのできる体制作りを急ぐ</p>

	必要がある。
富山	認定調査の項目は在宅で生活している人達にはあまり重要でないものが多く、衣・食・住の確保がされているのかどうか？誰かの援助を必要としているのか？といった項目があれば、もう少し介護度が正確になると思います。また、外出の機会に対してはデイサービスなどで連れ出す以外でチェックしたほうが良いと思う。
石川	施設、ショートの実費、居住費については所得段階が考慮されるが、デイサービスにおいても考慮してもらいたい。
石川	なぜ予防の方のサービスが月額になったのか？事業所にとってもケアマネにとっても、いいことではない。国として、予防になった方にどのように説明すべきか示してほしい。
石川	・福祉用具の貸与が認定で判断されているが、ADL的に判断してほしい。 ・認知症の1人暮らしの援助を計画しているが、介護度が低くて思うように援助できない。
福井	要介護1 要支援に変更になり認定に不満(家族、包括の方も)。変更届けだすと再び要介護1になる。サービスの制限で一番困られるのは利用者である。利用者中心の考え方の介護保険の理念から外れている行政の方向性に不満である。
福井	・包括より予防プランを委託されているが、丸なげ状態で適切なアドバイス等はない。包括としての役割をもっと果たしてほしい。 ・福祉用具の制限についての再検討をしてほしい。基準があいまい、本当に必要な方へのサービスを希望。
福井	景気が良くなってきているので、他業種に人が流れて集まりにくい。特に看護師は病院が求人を多くだしているのが、福祉と比べて給料が高いので、集まりにくい。介護保険事務所として、人員配置は減算の対象となるので、これ以上の報酬減算はしないほしい。
福井	・当事業所は開設してまだ1年、利用者数も少なく、予防プラン8件の制限をもうけられては運営していけない。要介護者35件(1人あたり)に満たない事業所は、その分予防プランの枠を増やしてほしいと思う。 ・訪問介護の定額制について……月1回でも週1回で同じ金額なら、当然週1回利用したと考える自立意欲が高く、ある程度自分の事ができる利用者にとっては逆効果。月1回から週1回に増えることにより本人ができることも奪ってしまう。予防プランとはいえない。 ・通所介護の定額制についても……週2回利用できるが、週1回で良いという利用者もいる。本人の金銭的負担が大きい。

山梨	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所集中減算について 地域特性について、山梨県は全く理解を示してくれない。そもそも利用者本位という理念を掲げておいて、いざ蓋を開けると「正当な理由として認められない」山や畑の多い地域でのサービスと都心のサービスと一緒に考えないでいただきたいと思う。 ・情報公開サービス 費用も5万7000円と高い。その目的とその費用がどのように使われるのか内訳も公開していただきたい。
山梨	<ul style="list-style-type: none"> ・今さらではないが、ケアマネジャーの客観性、公正性への評価がされていない。9割・1割の集中減算ぐらいでは全くの効果無し。客観性、公正性を保っている事業所ほど特定事業所加算体制がとりにくい。 ・小規模多機能は一見理想に近いサービスのように受け止められているが、外部のケアマネジャーが担当しない、の一点ゆえに、サービス内容に信頼が持てない。今あるグループホームにある不透明性と同じことが起きる。
山梨	<ul style="list-style-type: none"> ・必要な福祉用具が借りられない。 ・介護予防に移行した場合、サービスが減り、閉じこもりになるケースもあり、レベル低下を招く。 ・認知症の場合、毎日利用が可能であれば、落ち着いた日常生活ができる場合でも、介護度により利用できずに本人・家族ともに困難状態を招く。 ・現状は必要としない人が申請や更新をする人が多く、保険での無駄な経費となっている。
山梨	<p>保険料は強制徴収なのに、サービス抑制が露骨すぎる(某生命保険会社と同じだ)。「一律」に予防事業やレンタル制限というのも「個別性」を重要視する介護プランの特性にあわない。 心理的問題(家族関係調整や本人の心理的支援)に対する評価が低い。 財政的な問題があるとはいえ「家族の介護負担の社会科」という当初の介護保険の目的から、そんなに早く撤退してよいのですか。「家族の介護負担」はほとんど解決せず、特に「独身の息子が母親か父親の面倒を見ている」というケースなどは時として虐待行為につながるような負担感を感じています。</p>
長野	<p>先日参加したケアマネ研究会でも提言の中に、ケアマネは職場の中でも制度の中でも孤独で悩みが多いので、お互いに情報交換し、仲間づくりをして、現場の声を上に届けるよう努力しようという主旨がありましたが、悩みのぐちを言い合おうということ以前に根本的にケアマネという立場のあいまいさを作っている制度がおかしいと思います。求められることが多すぎます。</p>
長野	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネ 35 件制限により正職員採用が見送られている。 ・事務量ばかり増えて、直接利用者のプラスになっているかが疑問である。

長野	小規模の事業所のため情報開示のマニュアル作りに追われている。ケアマネが不足しており、困っている。ケアマネの資格は持っているが、なりたがらない。(大変な割りに賃金に反映されないせい?) 自分も辞めたいと思うことも多いが、利用者さんの顔が浮かびそれもしできない。予防は始まったが事務処理が多くなっただけでサービス内容はあまり変わっていないように思う。また、利用者さんにとって理解しにくい制度と思う。
長野	要支援1・2 予防という(予防支援)という名称にした方が利用者もわかりやすいので、名称変更希望。また予防支援、要介護1(現在の1・2)要介護2(現在の3・4・5)の3段階の認定でよいと思います。
長野	・病院での7対1の看護師基準のためか地域に出る看護師不足が深刻。 ・やっと介護保険制度が利用者に理解されてきたところで、介護度によりケアマネジメントの担当者が変わるのは余計な労力と書類作成等の時間の無駄。また、利用者を混乱させているような気がする。ケアプラン作成はケアマネジャーにまかせ、包括(行政)はもっとインフォーマルの充実(介護の隙間を埋めるサービス)、ケアマネの支援等に力をそそいでもらえないかと思う。
長野	ケアマネ報酬の件数による逓減制を見直してもらいたい。
長野	よく聞く「走りながら考える」とか「持続可能な制度に」等の言葉は、現在、厚労省で介護保険を考えている世代が老人になった時まで制度が存在し、その時に完成した形になっているというのを想定しているのではないかと思ってしまう。現在の高齢者の価値観、生活実態を分かっていない。
長野	単独事業所の公正中立を考え運営しているが、現在の報酬ではケアマネジャーの給与については他事業所と同額の支払いができない。単独事業加算について検討していただきたい。
岐阜	「特定事業所集中減算」の制度は困ります。利用者の希望通り事業所を選定した結果、集中するのはやむを得ないことではないではないでしょうか。
岐阜	月の途中で要支援から要介護になると要支援の分も居宅介護支援事業所で請求しないといけないが、ソフトはなく、手書きとなる。反対の場合も大変で、この場合は両方で給付管理票を作成、居宅支援費も両方で請求できるようにして欲しい。
岐阜	全般的に医師が介護保険を理解していないことが大きな問題だと思う。全てのスタッフが平等というのは机上の空論と感じる。認定審査会にも出席し意見書も書いているのに介護保険の基礎もわかっていない方が多く、連携がとりにくい。行政が医師会にもっと言っていくべきだと思う。
岐阜	書類が多くて困っている。同じような書類がダブっており、もっと簡素にしてほしい。
岐阜	受託した予防プランの手間に対して、単価が低いように感じている。現状では間に合わないと予測されるので、居宅での受け入れの幅の見直しが必要では。

岐阜	国や行政は規制を厳しくイヤだったらやめてくれという熱意が、地域のためにがんばったのに、熱意がそがれる。
岐阜	要介護1相当の認定や1次判定が要介護2から2次判定で要支援2の認定になる基準がわからない。認定調査員により判断が異なるため市町村が責任をもって調査してほしい。
岐阜	医師、薬剤師などの居宅療養管理指導料に対する監査が甘過ぎる。ケアマネ料と同じかそれ以上とっているのにおかしい。限度枠以外というだけで、契約すらしていない医師・薬剤師がいる！！弱い者いじめのようだ。
静岡	・病院の7:1の基準新設で大きな病院が100人以上のNSを募集しNS不足。 ・認定が2カ月以上遅れていて、利用も仮プランであるため、不安が多い。がん末期などでも予防給付の認定を受け、さらに2カ月以上かかり、対応が後手後手(ケアプランの作成も変更)。
静岡	1 利用者の書類事務量が多くなり、訪問、アセスメントが不足しがちとなる。利用者との話し合いの場を多く持つように心掛けたいので配慮をしてほしいと思います。
静岡	法人施設の運営体制の指導監査を受け、労基法等を遵守している社福のグループホームや訪問介護事業所と、過重労働の可能(?)な民間会社との経営条件が同一条件で内容に思われる。(民間では従業員は手当等を払っていないところもあるのではないか?) また、介護保険外のサービスについて規定等がないままその都度サービス提供を行っているように思われる。
静岡	全国的に福祉職員の報酬体系の低いのが問題である。生活を安定させることが職員の安定や、事故や拘束など…様々な問題解決につながります。介護職員配置3対1の見直しを要望します。(報酬のベースアップができない)現状で3:1の事業所はない。現状に見合った介護報酬を。
静岡	予防介護制度は廃止すべき
静岡	情報公開による書類作成の時間がかかりすぎる。また調査費用が高い。
静岡	・通院時の院内介助が必要な利用者に対し訪問介護の利用に制限が出る場合(軽度、要支援者)対応に困っています。 ・2号被保険者が要支援認定された場合、予防支援のプランとは違うようなプランを必要としている。今後障害者プランと介護保険を一体的にする方向と聞いているが、検討は充分にしてほしいと思います。
愛知	ケアマネジャーが独立し、公平・中立性を守るには報酬があまりに低すぎる。更新制にして、質を向上させるのは良いが、研修費用が高すぎる、業務で筆意ウ不可欠な資格にも関わらず、研修費用はケアマネの自己負担である。ケアマネジャーの給与体制を見直していかないと実務に携わるケアマネは減っていく、あるいは資格はあっても業務に携わらないと思う。今のケアマネの位置付けが低すぎる。

愛知	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉用具レンタルの制限を撤廃してほしい。 ・通院乗降介助 わかりやすいものにしてほしい。
愛知	書類の作成に多忙で困っている。ケアマネジャーの負担が大きすぎる。作業量の多さと報酬の低さに仕事に対する不満がある。
愛知	宅老所を整備してほしい。宅老所が現在の施設・在宅の隙間を担っている。新たな法律で運営しやすくしてもらいたい。介護サービス公表事業の趣旨があまりにも現実と乖離している。これ以上現場に無駄な出費は出させないでほしい。国はあまりにも(委員の方々も)減を知らなさ過ぎる。ただ、形式だけのヒアリングなどは税金の無駄遣いだ！！
愛知	<ul style="list-style-type: none"> ・予防と認定を受けた方が在宅と予防を行ったり来たりで、事務処理がすごく大変。 ・医療費を削減したいことはわかりますが見合うサービスが追いついていないために現状で困るのだと思います。本来の意味での予防につながっていない現状野内容だと思います。 ・国会議員の不正なお金を医療費に回すとよいと思います。
愛知	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援だと包括、要介護は居宅となり、当市ではやっと今、委託の話が出ていますが、利用者さんが気の毒でした。利用者さんが困らない方向で検討いただきたい。 ・特赦寝台や車いすのレンタルにより自立できる要介護1の方がいる。
愛知	情報公開の費用が高すぎる。毎年やらなくても3年に一度くらいで良いと思う。
愛知	介護 予防に移行される方が多い(介護1が作成依頼の半数であった)割りに新規依頼が少ない。予防認定が多いことは喜ばしいことである反面、複雑な気持ちです。
愛知	介護予防の問題
愛知	改正が多すぎ、その都度現場は振り回されている。もっと現場の状況をよく把握し、声をよく聞き、業界に詳しい人間が長く担当し、思慮深く事に当たってほしい。収入、経営面も不安定であり、取り巻く環境は厳しい。常勤、管理者も要介護者が少なくなったので1件いくらに変わった。公務員並みの待遇にしてほしい。
愛知	財政破綻にならないよう今から5年10年30年先を見通してほしい。
愛知	予防プランになったり介護プランになったりするたびに包括と契約したり居宅と契約しなければいけないため、そのたびに利用者さんに説明しなければいけないこと、書類が多すぎることなど、問題が多い。
愛知	要介護 要支援へ移行、再度要介護へ移行した場合そのつど居宅プラン利用の申請が必要。行ったり来たりととても大変です。要介護か要予防か判断が難しい方の場合、申請してもすぐにサービスを受けることができない(場合によっては自己負担になるため)。

愛知	<p>今まで数年担当していた方でも新規相談者も8名を越える時は包括支援センターに渡してしまわなければならない。津島市は3つの民間事業所へ地域包括支援センターを委託しており、同系列の居宅介護支援事業所が職員を増員している現実がある。こちらから紹介した方でも要介護状態になった時どうなるかわからない。地域包括支援センターを持たない民間は消えていく制度だと思っている。かといって、予防プランは手間がかかるだけで報酬は少なく、多くはやりたくない。また、当事業所は看護師資格を持った経験年数6年以上が2人もいるのに主任ケアマネの研修が受けられず残念な制度だとも思う。</p>
愛知	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員5年更新・受講について、受講料が高い。不要な重複した内容も見受けた。 ・採算の面から常勤職員採用が困難なためパート、登録ヘルパーの定着化ができない。
愛知	<ul style="list-style-type: none"> ・予防サービスはノウハウがないため、今までの介護サービスと何も変わりません。もっと効果的なサービスを検討しないと予防になりません。 ・ケアマネの更新制について、あんなにお金がかかるものなのではないでしょうか？だれかが儲けているのでしょうか？ ・地位包括が予防プランだけで一杯になっています。もっとその受け皿について行政が考えるべきだと思います。
愛知	<p>同じ法人、有限会社内に診療所、デイサービス、訪問看護があるため、トータルしてもらえるとという安心感もあり、支援センターなどからの依頼が多い。そのメリットを生かすと同一事業所のみ利用となり減算対象になってしまうが、そういった希望がある人の依頼をしか来ないため、なんともしようがない。特別な事情を考慮してもらえたらと思う。</p>
愛知	<p>訪問リハのニーズが高いですが、訪問看護の導入が必要になると対応ににくい状況となることがありますので、単独でも組み込めるようにしてほしいです。また、医療処置(気管切開や吸引)のある方のデイやショート、入所の受け入れ先がないことで困っている状況もあります。訪問介護の生活援助も自立支援のための援助をしていかなければならないのですが、以前から利用している方は家政婦さんと同じようにとらえ修正することが難しい点があります。混同しない体制をとるため、役割分担や何らかの線引き明確にできるといいと思います。</p>
愛知	<ul style="list-style-type: none"> ・予防プラン料が低すぎる。以前からの関わりもあり訪問回数等変わらない。 ・介護度が高いから低いから報酬が違うことにも問題があるのでは。低い方の関わりの方が密度の高い関わりとなっている。 ・介護職全体の職業レベルの向上が図られることが必須。
三重	<p>PEG、気管切開、HOTなど医療依存度の高い利用者のショートステイ受け入れが乏しく、訪問介護での対応が困難なため、介護保険サービス利用の対応だけで</p>

	は長期介護が大変。介護職員でも専門の研修により疲の吸引等が行えるようにして欲しい。
三重	当事務所は7割近くが要介護3~5の利用者であるが、それ故に訪問・相談回数が増えている。しかし、介護報酬は、月額定額であり、マネジメントに対する報酬を考えるより給付管理に対しての報酬となっており、とりあえず介護サービスを利用する事に結びつけるのみの、よく言われる「御用聞きマネジメント」などは今後も続いてしまうと思う。何とか相談援助にもとづくマネジメント、その結果としてのサービス利用を。医療保険のような出来書と言った、マネジメントの内容を報酬設定とすることは出来ないものであろうか。
三重	医療と介護の一体化した保険制度とすること、保険者間のサービス格差をなくすこと、出来高払いでなく仕事量、質で給付すること(現在「評価」が全くないが、早くつくること)。「介護サービス情報の公表」の事務的調査項目は全く機能しない。これにより事業所の質が高くなるはならない。子供は成長するが、老人は低下していくものである。組織の支え(インフォーマルサービス)にも給付していかないと人は動かないし、保険料も減らすことはできない。
三重	軽度者の介護用ベッドのレンタル利用ができなくなり、立ち上がり困難な変形性膝関節症や腰痛などの人が困っている。
三重	軽度の切り捨てはいろいろな面で困る。また居宅支援事業所単独で経営できるようにすべきである。ケアマネジャーの仕事の地位向上、独立性を上げたい。
三重	特定事業所集中減算は検討不足で不平等。不合理な制度である。即時廃止すべきである。
三重	公的な制度のもとでの事業運営であり、事業氏を実施する事業所の経営努力や運営の効率化を行っていかねばならないのは理解できるが、現行の報酬体系では今後の生活に対して展望が持てない。事業量の過重にたいして給与水準が低く、特に若い方の離職率が高いのが気になる。
三重	制度がころころかわりすぎ、もっとよくかんがえてから「制度」としてほしい。要支援 要介護でケアマネがかわるのに一体何が継続できるのか 要支援になって、担当が包括になっても私に相談の電話がかかってくる。
滋賀	件数による逡減制でケアマネ依頼があってもすぐに引き受けず、お断りするケースが増えていると思います。
滋賀	予防の設置により、ご利用者が介護給付に変更になった時、支援事業所と書く事業所はご利用者との新規契約をして、又種類の利用内容の変更をしなければなりません。そして又、半年後の更新申請で予防給付に戻った場合には、また同様に各事業所との新規契約をして利用内容の変更をしなければなりません。このような事業所自体でも、繁雑な処理や作業負担が続くことは高齢のご利用者のためには是非避けていく必要があると思います。

京都	<p>・特養待機期間が長すぎる。 ・低所得者は特養に入れない。 ・重度認知症、重度の医療管理が必要な人を支えるサービスが少なく、24時間支えられない。</p>
京都	<p>制度改正により利用者とのコミュニケーションもゆったりととれるようになったが、年収が300万円～350万円が限度となり、平均年収が450～500万円といわれる世間値と大きくずれるために就労を続けることが難しい現状がある。また、事業者加算があるといわれるが、基準が高すぎてほとんどの事業所では申請すらできない現状である。年収を確保するためにこれまで以上に併設事業所への依存度が高くなりかねず、独立公平という立場が確立しにくい。</p>
京都	<p>・医療リハの日数制限後は介護保険の通所リハで行うというのはあまりにも無理がある。リハの内容が全く違うし、介護保険で医療保険のように個別でリハを行うのであれば通所リハの単位を見直す必要がある。</p> <p>・軽度者へのベッドレンタル 以前「借りていいですよ」が急に「だめなので実費になります」というのは、詐欺師みたいなやり方である。(起き上がりさえできない方が要介護1までのはずがない)</p>
京都	<p>書類に忙殺されている現場はあるべき介護体系をゆがめてしまっています。利用者、家族への介護支援の手は行き届いていないものです。</p>
大阪	<p>集中減算で同事業所へのサービスに制限が出来ましたが、自分の所の事業所だから安心して、責任を持ってサービスを紹介できるし対応出来るのに、知らない事業所を紹介して、変なサービスをされるのは困ります。利用者が選んだ事業所を提供するのが私達の仕事だと思います。どの様なサービスをするか注意しても正せているのか否かわからないまま適当に紹介する事は出来ません。</p>
大阪	<p>予防と介護とを行き来する利用者があり、その度にケアプランの事業所が包括と行き来する仕組みは関係の継続性を無視している。</p>
大阪	<p>要介護判定結果が厳しく現状のサービスが受けられず、生活スタイルを変更せざるを得ない方が増加している。家族介護負担が増えている。介護保険料の増加、年金の減少により、一割負担が支払えない現状でサービスを減らざるを得ない方が増えている。(デイサービスを週2回から1回にしている。入浴が週1回になった。)</p>
大阪	<p>・とにかく介護予防の給付単位の取り方には納得がいきません、とくに通所に於いては要支2で週1回の利用であっても、高い保険単位がついてしまっています。何を基準にああなったのか早急に見直してほしい。要支2と要介2の状態像は大きな差はないと思えるのに、利用できるサービスには大きな開きがありすぎると思います。・不必要なサービス利用(過剰サービス)を見直さなければならないのは要介護によるのではないかと思います。(軽度者に限らない)</p>

大阪	<p>情報開示の標準化……小規模で利益率が低い業職でこのリストは信じられない。 レンタル制限は要支援に限るべき。 特定事業所加算……ケアマネ3人はきつい。せめて2人。 新制度が主旨どおりに機能しているものがないのでは？ 包括新制度サービスなど。</p>
大阪	<p>認定が最初から決めているような気がする。利用者の様子に重点を置いてほしい。私達はNPOで地域に開かれた施設として頑張っています。近所の方が良く立ち寄り相談に来られます。安心して老後をゆだねて下さっています。今回、集中で同じ事業所のサービスを利用すると減算になります。小さな事業所で20年以上地道に老後を考えて活動している所がつぶされそうです。</p>
大阪	<p>予防介護とは名ばかりで何のメリットもない。要支援1(4970単位)で最低必要な介護2回/wと訪問介護1/wとデイケアに行っていたが、デイサービスに1/w行くこともなくなり家に閉じこもりになってしまった。 脳梗塞、脳出血後遺症にて半身麻痺の方はほとんど要介護1となり、ベッド引き上げとなり、布団から起き上がる事ができず、寝たきりの生活(トイレに間に合わず、尿器、オムツの使用)となった。 認定調査においても 同状態の方でも家族のいる方は食事、移動など「見守り」となり、要介護2~3と結果が出るが、独居の方は再三転倒していても見守る人がいないと自立になり、結果は要介護1となる、認定調査内容に大きな問題がある。</p>
大阪	<p>予防プランの委託を受け地域包括支援センターの支援を行いたい、委託料が少ないので事業所の経営が成り立たない。ケアマネジャーとしての対応に苦慮している。</p>
大阪	<p>片マヒになった人に、要支援認定が出る率がよく分からない。マヒの残った手足が十分に機能する事も、難しく、リハビリも打ち切られる中で、介護予防として何をどうやれば、よいのか悩んでいます。認定調査の見直しが必要ではないかと思えます。</p>
大阪	<p>視力障害や下半身マヒでも65歳以上は1号被保険者となり、介護保険の対象となるが、認定の結果は予防となる。一律に予防と判断されるのは納得いかない。一人ひとりの状態像が、予防か介護かもっと明確にしてほしい。認知症のない独居者の要介護度が軽くなる傾向にあり、サービス利用により生活を維持していたのが困難となった。</p>
大阪	<p>連携は大切であり、実施しているが、すべて書類のチェックで評価され、それに追われ、精神的に疲労がピークとなり、ケアマネジャーをやめたいと思っています。今後を担う者が次々に辞めていくのが現状です。</p>

大阪	平成 12 月 4 月の制度開始時には利用者の選択というものが重要視されていたと思いますが、改正により介護度と医師の意見が重要視されていく傾向にあると思います。それにより、必要と思われるサービスを受けることができないこともあります。しかも、介護度を決定する認定調査項目は、独居者にとっては不利とされます。また、主治医も少し具合が悪ければすぐに点滴をしてもらえる近医と、月 1 回受診する大病院とでは内容も異なり、不公平感があります。介護度でサービス内容を限定するのはいかがなものでしょうか。
大阪	ヘルパーが慢性的に人手不足。ケアマネの募集にも人が集まらない。今すぐにも辞めたいのに辞められなくて困り果てている。
大阪	地域包括ケアの必要性や介護予防、晋予防給付の適正なサービスのあり方は、保険者はもちろん、府も国もきっちりと被保険者の方へ説明すべき予防プラン作成受託先やサービス事業者任せにしないでほしい。
大阪	常時酸素が必要な人や片足で歩行できない方も、介護予防になっており、新規の相談は4月以降激減し、居宅の事業所の運営が厳しくなっています。穂苦できない方の通院介助などでも予防では引き受けてくれる事業所もなく利用者もあきらめるしかない状況となっています。
大阪	通院介助で要介護 2 の利用者を医院まで 5～6 分送り、待っている時間 40 分はサービスにならないため、帰り 30 分身体を扱うことになるのですが、この換算にはどうも納得できないのですが…
大阪	要支援のまるめ方式には困っています。デイサービスはフィットネスクラブのように 1 ヶ月の料金が決まっている…とか…の説明で何とか納得されますが、訪問介護の週 1 回程度、2 回程度の定額制の説明はしんどいです。単位内で自由に選択できて良いと思うのですが…。あとは最近の認定結果はムチャクチャです。どうなってしまったのでしょうか。
大阪	介護予防に移行し居宅支援費が減った。しかしケアプラン(予防ケアマネジメント)作業が増え、利用者の中にはやはり申請に支障のなる方もおられ困る。
大阪	民間のケアマネの資質の悪さに閉口している。ケアプランはおるか担当者会議もせずにプラン料だけはまともに請求している。特に福祉大学卒業者や看護師上がりが最悪で、ケアマネ業務より理論が先行している。また、ケアプラン料の利用者負担がないのは理解できない。公正・中立を謳うのなら 1 割を徴収すべきである。そうすればかならず月の 1 回は利用者宅を訪問することになる。利用者側にも権利意識が働き、ケアマネの資質の向上にもなる。
大阪	病弱・高齢なのに要支援と判定された独居の方の精神的不安がかなり強くみられます。予防するように言われても予防しようがない人に予防給付の認定を下すのはおかしいと思います。

大阪	介護支援事業所は利用者の立場に立って公正であるべきと思う。そのためには当事業所のような独立型が主流になれば不正も防げ、有効なサービス計画を立てることができる。しかし今回の改正では、その事には全く配慮がなされていない。独立型であれば、特定サービス事業所に集中することもなく、不都合なサービスがあれば、すぐにサービス事業所を変えることも可能である。独立型を育てなければならないが、現行制度では採算もとれなくなってきており、このままでは今後は消滅していくのではないかと。
大阪	<ul style="list-style-type: none"> ・車いすやベッドの利用について説明を求められることが増えた。利用中の方もずっと不安で過ごされている(介護タクシーも同様)。 ・サービス提供者会議や医師との連携のやりがいがないと思いますし、やはり難しい。利用者の相談の幅が増えてきていて、行政に相談したいと思うことが増えた。40歳で介護保険適用になった障害者へのサービスの減少もケアマネだけでは大変だと思います。
大阪	予防給付ができたが、利用者には理解できていない。また、高齢者にトレーニングをする、というのはケアマネジementをする上で苦情が出るが、それを聞くのはケアマネになるので不満だ。もっと国や行政が介護保険制度の内容を周知させてほしい。
大阪	予防プランは地域包括支援センターが責任を持って行うべき。今後も受ける予定は全くない。どのような状況の人を支援するにしても時間、労力、心労、重責は変わらないのにプラン料だけ安いのは不満。真面目にコツコツと頑張り、どんなに大変で他所が見捨ててしまっているケースを受けている良質な事業所(当社)は、いつも損をしている。かといって、「NO」は言えない。不正を働いても表面に出ず、ぬくぬくと(胡坐)をかいている事業所がある一方、小規模ながら他所が見捨ててしまっているケースを受けている事業所がある現実を知るべし。
大阪	介護現場の人材不足は深刻であるにもかかわらず、改正による介護費用抑制には大変不満である。もし、3年後の改正も現状以上の費用抑制があれば、人材は他の業種に流れ、いい人材が不足状態になる。
大阪	事業所や大企業の参入により、ヘルパーが流れている。在宅できる人が減ってきた。安くても確実に収入が得られる職業につく。弱小事業所は今でも必死です。ヘルパー不足で利用者は増やせない現実。
大阪	予防の考え方は評価できても、まだ現実的には考え方としても定着していない。また、具体的な予防給付の内実と予防の考え方がマッチしていない。
大阪	介護度や経済状況により使えないサービスが生じているのは、介護保険料を払っている被保険者にとっては納得いかないものであり、不満の声があがっている。事業所のある堺市は政令市で一番保険料平均額が高いといわれている。サービス利用にどんどん制限が加わったり、ケアマネにかなりの文書や事務作業を課す

	<p>しくみはケアマネの専門職としての裁量権をどんどん奪っている気がしてなりません。</p>
大阪	<p>独立型の居宅介護支援事業所だが一番の苦労は訪問介護事業所(ケアマネがない)からの利用者紹介がほとんどだが、相変わらず、利用者の私物化が多い。ケアプランへの圧力が強すぎる。何んでも言いなりになってケアプランを立てるケアマネが紹介事業所にとっても、利用者にとっても、やさしい良いケアマネという傾向がある。訪問介護を減らす方向へ持っていかうとすると、利用者に担当の変更をさせ、また新たなケアマネをさがして利用者一杯利用させる。お金のある利用者は家政婦代わりにヘルパーサービスを利用したがるため、訪問介護事業所の言いなりになっている。独立型は安定しない利用される形になりやすい！利用者との人間関係を築きにくい。</p>
大阪	<p>事業者を辞めさせられたケアマネジャーが何人か包括センターに勤務しているので、そんな所に相談など出来ない。また包括センターのケアマネは自分で情報を得ようとせず、「フェイスシートを持ってきてください」と電話してくる。同意書を求めると「口答ではダメなんですか！」と言う。同意書を持って自分で受け取りに来るのが当たり前のはず。同意書を求めると、持ってきた人は1人だけでした。だから他の方には情報は渡していません。</p>
大阪	<p>要介護2 介護1とこの一年の間に認定が変わっている人が私の担当だけで2名います。そのたびに居宅と地域包括の間で担当が変わり、契約もしなおするなど手間だけでも大変です、ご本人の状態が特に変わっていないので、ご本人・ご家族への説明も大変です。次に又、変われば認定への信頼にもかかわるのではと思っています。制度に不備がある様に思えます。(理論が良くても現実とあっていないから)</p>
大阪	<p>予防給付の利用者の委託は手間がかかるので受けない方針でいる。しかし、受け持ちの方が予防給付に変わった時にもスムーズに移行するためには大変な手間がかかる(通常の業務以外に)。利用者は高齢者であるという前提をよくふまえていただかないと現状では利用者の理解は得られにくい。</p>
大阪	<p>福祉用具レンタルの幅を増やすことができないか。電動ではない介護ベッドなど。</p>
大阪	<p>予防のプラン料が手間がかかる割には非常に低すぎる。3ヶ月に1回の訪問ではすまされないし、月1回は行っている人もけっこういる。要介護のプラン料も35件確保は到底難しく、この報酬では独立事業所は存続できない。</p>
大阪	<p>・制度創設についていけない。市町村の仕事ぶりを何とかしてほしい。公平・中立であるべき。行政の評価機構がおかしくなっている。制度が複雑になりすぎて一般市民の理解はえられない。まじめな居宅介護支援事業所に光が当たる制度にしてください。</p>

大阪	<p>予防重視の視点は良いが、高齢者に目標をもってもらい意欲を引き出すケアマネジメントを行うには、現場では必要なサービスが安心して使えることが望ましい。介護認定のあり方にも疑問があり、サービスを利用しないにもかかわらず、認定を受ける人、この人たちが多いのにも驚く。必要なときすぐ利用できるようなアピールする必要がある。また、認定を受けても認定がおりるかは不明とのことで市町村はサービス利用していなければケアマネジャーの責任 のようなことを話されるのもおかしい(事前にケース相談している)</p>
大阪	<p>単独で居宅介護支援事業所は経営的に困難がある。</p>
大阪	<p>包括支援センターから受けた困難事例と普通の単位が同じというのは納得できない。たとえば要介護11000点、月に1~2回の訪問を月に4~5回訪問、電話対応毎日1時間以上など、サービス調整ほぼ毎日など。困難事例加算はつけてほしいです。</p>
兵庫	<p>介護予防が施行されてからヘルパーの報酬が下がり、サービスの時間が短くなったため、ヘルパーが他職種に転職する(特に30歳から40歳)。高齢のヘルパーが残り体力的に無理があるのでサービスをたくさん入れられない。他事業所もすべて不足で断われ新規も受けられない。資格重視資質の向上はわかるが2級ヘルパーの確保すら出来ない。利用者からは時間短縮で苦情が来る。緊急に介護予防の見直しと介護報酬の改善を要望する。医者が居宅の指定訪問介護の指定もと、強制的に医療も両方あってほしい(利用者は自由がないと泣いている)。医療との連携などとんでもない、行政の指導入ってほしい。</p>
兵庫	<p>集中減算・・・日に1回しか入らない利用者を自分の所属のヘルパーセッションに依頼したり、他事業所の穴を自分の所属のヘルパーセッションで埋めても件数がカウントされ、減算が掛かるのはおかしい。</p>
兵庫	<p>介護予防の方の介護度変更申請が増えている(実務に合わない=90歳代の独居高齢者や資格障害者や認知症の方など、転倒したり、病状の悪化などで)ことは介護よぼうの狙いがずれている。ケアマネの報酬が低すぎる。サービス事業所の行う介護予防の報酬が包括報酬なのは事業所にとっても利用者にとっても矛盾が大きい。</p>
兵庫	<p>ユニット対応の新型特養は部屋代、食事代が高価でなかなか入所できない。たとえば年金月10万円の人には非課税でないため減免が受けられないため入所した時の費用は部屋代、食事代1割負担分合わせて14~15万円(施設によって少し差はあるが)かかるため、年金での入所はできないのが現状である。介護保険の施設なのに税金を払っている人の年金で生活できないのはおかしいと考える。介護保険の施設であるならば年金で安心して生活できるようにするべきではないでしょうか。</p>

兵庫	認定調査に対する苦情が多い。1時間程度の面接で状態観察は不可能であり、調査が機会的で不愉快な思いをしたと言われる利用者が多い。限度額いっぱい利用している人が多い訳ではないので、介護度に関わらず必要なサービスを必要なだけ利用できる柔軟な体制作りを望む
兵庫	予防給付への移行などが多い為、このままだといつまで訪問介護事業をやっていけるかわからない。経営が出来るような介護報酬にして欲しい。
兵庫	新任のケアマネは求人ですぐに応募があるが、医療資格を持つケアマネがほしい。
兵庫	認定調査員が短期間でその人を知るの難しいと思う。予防給付になってから収入が激減した。すぐに援助が必要な人に援助できにくくなった。
兵庫	介護予防について。 ・地域包括支援センターとの関わりなど業務が煩雑。書類も多いことで用紙や通信費の無駄を感じる。業務を簡素化して経費を節減できることはたくさんあると思う。 ・介護予防やそのための目標を半ば強要してしまいがち。「日々体が衰えていっているのに目標や意欲など持てるわけがない」「できないところを手伝ってほしいだけ。これ以上何を頑張れって言うの」などよく聞かれる言葉。
兵庫	介護福祉士の資格を有していても生活歴がなく生活援助のできないものがある実状。資格制度に疑問。
兵庫	介護保険そのものが認知されていない(中身)。特に大手の病院の知識不足。連携に支障ありスムーズに導入難しい。居宅介護支援事業所の存在や介護保険の使い方を熟知している方が少ないと感じる。「どうすればいいかわからない」という声が多く、わけわからないまま契約し、とりあえず目的の施設やサービスを利用されている。特に老いた方々や独居の老人など。本当に必要とする方が適切なサービスを受けその人らしく生きていける環境にはないと思う。
兵庫	介護度別のケアマネ報酬は必要なかったのでは。以前とおなじ定額の方が良かった。つい利用者の介護度を気にしてしまう自分がいます。要支援2と要介護1は同じと国は言いますが、実際は天と地の差あり、予防プランの方が手間がかかり、負担増になっています。
兵庫	訪問介護サービスにおける規制があまりにも多すぎる。それをスリムにする責任が行政にあるのではないか。そういう方向に実際に動いているのでしょうか。

兵庫	<p>・平成 17 年 10 月より居住費、食費の自己負担化が導入されました。そのことにより世帯分離をする方が増えた。また、ケアマネとして、ショートステイを利用する際の申請などの手間と責任が大きいのしかかっている。(常に気をつけていないといけない)。</p> <p>・予防から変更申請で要介護になり、また、予防になるなど行ったり来たりの方が、その都度、書類(ケアプラン)等包括とのやりとりが手間である。それにもかかわらず報酬が低すぎる。</p> <p>・予防重視型システムの効果はあまり期待できない。ただ制度を国民にわかりやすくし、給付を制限しただけである。</p>
兵庫	<p>いくら頑張っても 35 名まででどうやって事務所を維持していくか。個人の事務所はつぶれるしかない。何の根拠で 35 名までで予防は 8 名までとしたのが不明。また、いままで慣れてきた CM から引き離されるのは高齢者にとって痛手。新保険制度といっても理解してもらうのが大変。新予防の手数料はすくないのに書類が大変手間がかかる。もっと簡単にすべき。高齢者の生活に基づいた改革とは到底いえない。</p>
兵庫	<p>予防事業の充実を！！ 選択肢が少ない。介護サービス以外でもできるものを。対象者に応じたメニューの充実。</p>
兵庫	<p>3月10、11日のケアマネ大会で「幸いにも？転倒し在宅サービスを継続できた独居例を巡って～2006年制度改定の影で翻弄される利用者の生活 自立支援・その人らしさの暮らしを支えるケアマネジメントを考える」と題して発表を行いました。</p>
奈良	<p>何事もしばりがきつくなったように思う。介護保険スタート当初は、何でも保険でいいといった感じだったが、現状はこれもダメ、アレもダメみたいな・・・</p>
奈良	<p>介護予防の包括制度(通所、訪問介護)は利用回数によって利用者負担増しになるため苦情が出ている。1回あたりの点数にして欲しい。</p>
奈良	<p>・要支援2の方がデイ利用すると定額制なので週1回でも週2回の金額を支払うのは納得できない。2ヶ所の事業所が利用できないのは選択の自由を奪っている。・独立の居宅支援事業所が成り立っていけるようにしてほしい。・利用者さんにわかりやすい制度にしてほしい。</p>
奈良	<p>都市部と地方では予防重視の考えに温度差やサービス量の不足があり、活用されない。</p>
奈良	<p>・要支援判定を受けられる事により、通院介助が受けられない状態となります。制度上仕方のないことではしょうが、視覚傷害1級があり、耳も聞こえにくい方が、大病院での受診に困難があると思えるが、対応策には自費が掛かると嘆いておられる。</p> <p>・ケアマネには予防は8人とされているようですが地域包括支援センターでは制</p>

	限はないのでしょうか。それはなぜでしょう。
奈良	NPOやボランティア団体等が動きやすい環境を整えて、もっとインフォーマルなサービスを増やしてほしい。
和歌山	・担当件数上限は再考してほしい、基本的には数の問題ではないはず。「マネジメント」が仕事であるはずなので、管理能力には差があって当然であり、出来る人と出来ない人がいる。事務員か秘書などの活用で上限はもっと柔軟に考えてよいはず。 ・運営基準減算の要件が厳しすぎる。周囲の聞く所によると実地指導において、ほとんどが減算となっているとのことで、一生懸命やっている現場の者が気の毒すぎる。
和歌山	・居宅支援事業所の管理者がケアマネ資格が必要ということに納得できない。ケアマネにも質の悪い人間がいるので、その人間を管理者とすると、事業所全体のイメージダウンになる。 ・介護サービス情報の公表制度の手数料が高すぎる。
和歌山	介護予防事業は利用者に理解されていない。この1年で要介護1 要支援2 要介護1となった利用者がある。ケアマネと利用者の意志が伝わりにくい。たらいまわし？
島根	現状の認定システムでは、認知症のない方は当然のように予防給付となる。高齢で今までのサービスでやっと生活していたのが、維持できなくなる。給付量を少なくしても訪問調査や審査会にかかる費用は確実に増えている。介護報酬の改正で運営できなくなった居宅サービス事業者がかなり出ている。この状態で質の向上を維持するのは絶対的に難しい。
島根	居宅・施設を問わず、質が問われている時代だと思う。福祉に携わる人間。研修システム作りが必要と思う。
島根	国に金がないことを国民に押し付けているだけ。選挙が近いので国民の審判にゆだねるだろうが、動かない。経営最優先の介護、医療の現場。「社会福祉」は死んだと思います。
鳥取	要支援者を定額制としたことで利用回数に制限があり、また、少ない回数の利用希望者にたいして負担増となった。
岡山	認定審査が遅かったりすることがあり、前もって(早め)申請を心掛けないといけませんが、出るはずの頃にまだ出ないということもあり、困る。
岡山	あまりに改正点が多く頭に入りきれない。必要にせまられた時に開本です。こんな状況でよいのかと思いつつ、時間に追われています。
岡山	審査会に要す費用ははっきりいってムダ。必要でない人は介護の申請はしない。必要と思われる人は全員受け、自立支援に持っていくサービス運用が必要。

岡山	介護保険導入後、県市町村は、利用者が自由に選択できるといっていますが、市町村担当の職員が責任を取らなくても良い、勉強しなくても、事業所を紹介すればよいと思っている。措置制度がもう少し、残っていても良かったのではないかと思う。H23年に障害が介護保険に導入されてくるがこれが心配です。
岡山	色々ありますが一言で言うと要介護者、利用者にとって有意義な改正とは思いません。高い保険料を払って使えない保険になっています。これからの福祉のことを考え、わかりやすい制度にして欲しい。
岡山	県に相談(文章含む)しても文章での回答はあまりくれない現状。岡山県では介護タクシーの利用は通院と市役所にしか利用できないのは問題。
岡山	要介護から要支援になり、今まで信頼でつながっていた居宅のケアマネから包括の職員に担当が変わったことで、相談事ができにくい。包括のケアマネは件数が多く、話をする間もなく、プランを持ってきたら早く帰ってしまう。時々しか訪問してくれない。モニタリングもない。何故要介護から要支援になったら担当のケアマネまで変えなければならないのか。利用者の意見をしっかりと聞いてほしい。
岡山	介護予防になると通所介護などはパッケージ代、月1~2回利用する人は料金が高すぎる。
岡山	・制度だけが先行しており現場の人材、体制等が不十分な現状。国はどう考えているのでしょうか。・監査が厳しく本来のマネジメント業務が十分できない。
岡山	自治体に市民の生活のことをもっと知るように指導してほしい。いわゆるお役所仕事で、ビジョンがない。お先真っ暗です。
広島	包括支援センターに必要な人数の職員が配置でき、機能するようにしてほしい。
広島	本来地域包括ケアの責任主体は保険者であるはずなのに、当地域(呉市)は委託先の法人への丸投げで保険者としてのポリシーもない。予防給付だけで手いっぱい地域包括支援センターに対し「金払ってやっているのだから他の事業もやれ！」と包括の職員を疲労困ぱいにさせ、追い詰めていっているのが現状である。保険者の責任を国は問わないのか？
広島	医師(主治医)との連携の部分で、頭を悩まされることが多い。担当者会議で合って話をすると、面談量として¥2100請求してくる病院もあるし、照会要しなどでも情報料として費用請求がはっせいするHPあり。認定調査に関しても調査員が認識不足で後のフォローが大変であるし、公平でない気もする。ケアマネばかりが減算や監査などで指摘されてドンドン仕事をやりにくくされている気もするし、制度改革も自立支援につながっていないと思います。
広島	介護療養型が5年後には廃止の方向だが、今は人工呼吸器を装着している利用者さんでもショートステイを利用できていたが、廃止後の受け皿はどうなるのか、心配している。

広島	ケアマネ 1人あたりの件数を制限する事で質の向上を図る手は妥当だと思う。予防の方は包括でして頂きたいと思うのが現実には無理であり委託を受けている。件数については全体で 50 件(実績)までにして欲しい。要介護度別の報酬になり減収となったが、ケースごとに関わることは一緒であり、現状に促していないと思う。
広島	<ul style="list-style-type: none"> ・予防重視システム・地域包括支援センターどちらも理念は正しいと思うが、地域での実情はどちらも機能していない。最終的に困るのは利用者でありケアマネの力だけでは補いきれない。 ・ケアマネの資格更新、研修義務化については、"ただケアマネを持っている"という有資格者と現場でレベルアップを図っているケアマネに明らかな差を持つためには大切と考える。 ・ケアマネを医療を含む多くの他職種と比べるとたいへん研修の多い職種だが、デイサービスや施設内医療スタッフに対しても研修を義務化し質の向上だけでなく理念や意識について常に自ら考える姿勢を持ち利用者にかかわる関係者の育成が必要と考える。現在、事業所や職種によっては意欲・質ともに差がありすぎる。
広島	事業所に対しての減算項目が多く、それに神経をすり減らしています。毎月のモニタリング、ケアカンファレンスの強制(6ヶ月に1回の福祉用具のカンファレンス、サービス増減でカンファレンス)、要介護状態が変わったときは確かに必要と思いますが、6ヶ月1回の福祉用具の適正について毎回、サービス事業所を調整するのは大変な作業です。状態に関わらず「行きたくないからやめたい！」だけでもカンファレンス(全事業所)いかなものか？
広島	福祉用具レンタルなどで自己負担のできない人など、所得の多少で利用できるサービスの格差が大きくなって来ている。所得格差が利用に直結する負担の仕組みを見通すか制度を充実させるべきである。
広島	要支援については包括支援センターがプラン作成、要介護者は居宅にてプラン作成との色分けが三次市内では出来ていますが、ほとんどの方は、何かの病気やケガをきっかけに保険申請をされます。その際、介護度は未決定であり、相談を受けてカンファレンスに参加し、先行プランを計画した時点で、担当者からはずれるというケースが多くあります。これまで、何をしてきたのかとがっかりします。利用者も地元の当事業所を頼ってこられたのに、残念でなりません。
広島	ケアマネの業務についてしめつけが厳しくなり書類整備に追われ訪問がなかなかできない。使えないサービスが増えて利用者の中で混乱がおきている。
山口	通所介護事業所リハの1ヶ月の単位数が、利用回数の関係なく(一度でも利用すると)介護度によって決まってしまうのは、介護保険のムダ使い。また、緊急時の介護予防の反応は不十分と考える。

山口	<p>・介護予防制度はとくに必要ないと思う。今までの介護保険制度でよいと思われる。予防は必要だがもう少しやり方を考えたほうが良いと思う。</p> <p>・地域包括支援センターのあり方も考えたほうが良いと思う。行政が行うより民間の方が…。</p>
山口	<p>訪問看護は在宅以外の所でのサービス提供が制度上できない。学校、施設で看護師のニーズがあるが、訪問看護ステーションからのサービス提供ができない状態である。障害者支援の面からも今後前向きな検討を早急に進めてほしい。</p>
山口	<p>介護予防プランの委託数に制限があるので、困っている。包括は1人、100件、200件も持ち、ろくに訪問もできず、紙の上だけで予防プランを書いているだけだと思います。何人かノイローゼになったという話もあります。ほとんど予防給付の移ったので要介護度1から5の件数が減りました。事業として成り立たなくなっています。そして100歳の人にも予防ですか？ この改正は最悪だと思います。</p>
徳島	<p>家族の都合で、かなり重症の認知症の女性が次男さんと暮らしていますが、実質（次男さんは仕事に朝早く出かけ、夜も遅くに帰られるので）1人暮らしのような方が要介護2であったのが、要介護1と下がり、毎日のデイサービスで対応しているのですが、デイの準備が1人でできなくてヘルパーを入れると、時間制限となり、の時間しか滞在できなくて(10～14)帰宅してから、次男さんが帰るまでの1人の時間が非常に心配です。明らかに軽い脳梗塞後遺症の男性の方で家族と暮らしている方が要介護3でほとんどサービスを利用していません。矛盾を感じます。</p>
徳島	<p>制度を維持・継続することは必要であるが、現状のやり方では給付の制限になっている。住み慣れた家も安全に安心した生活を送ってもらえる様な中味にはならない。予防を包括が行う事についても長年信頼関係を築いてきた利用者を、勝手に持っていかれる気分であり、利用者も納得できないものも持っているし、事業所としても経済的にも厳しくなる。ベッドも疾病によっては必要な方も多い。</p>
徳島	<p>サービスの必要な人が利用できていない現状がある。</p>
徳島	<p>要支援1-2の方は包括支援センターが担当し、介護度が上がり要介護1以上になれば居宅介護支援事業所のケアマネジャーが担当するなど、利用者にとっては介護度によって慣れた担当が変わるのは望ましくないかと思われます。</p>
徳島	<p>独立型事業所で居宅介護支援のみを行っています。今では要支援、要介護合わせて40人近くの利用者がいましたが、改正になってからは要介護の人も要支援に、要介護1の人もベッドなどがレンタルできなくなり、利用者が激減し、要介護者17人、予防給付8人になり、収入が半減しました。情熱をもって仕事をしていましたが、今は先が見えません。今の収入は低すぎて、何のための資格なのか、国の初めの謳い文句はどうなったのかと、心の火を消される思いです。独立の居宅支援事業所を進めていたのに、今は独立は皆つぶされる気がします。働きに応じた収入がえられ、安心して仕事ができるようにしてほしいと願います。</p>

香川	<p>制度改革について住民広報が全く不足している。県&市もパンフレットを出す程度で、制度内容がほとんど書いておらず住民に周知されておらず、ケアマネに全て依存していると思われる。制度改革に伴う事業所負担の例。H18.4改正で業務ソフトを変更したが、これにかかる費用が諸費用も含めて50万円超必要であった。加えてメンテナンス料が毎年3万円追加になった。ケアマネ事業所のあり方について併設でなく単独型への指導があるが、これでは単独事務所は経営が閉鎖になる。</p>
香川	<p>福祉用具貸与を位置づけた場合の計画において6ヶ月に一度のサービス担当者会議を開催することになっているが、全事業所の出席を義務づける必要がないと思う。継続が必要な理由であれば福祉用具貸与事業者とケアマネジャー、本人、家族でよいのではないか。</p>
香川	<p>介護保険制度は3年ごとの見直しとなり、財政難の中、制度の方向性が早いペースで変わっていきます。市町村によっては老健施設が新しく建ったり、グループホームの部屋が空いてたり、基本は在宅介護支援センターと思っていましたが、施設志向は変わりません。小規模多機能も地域のなじみの顔が自宅近隣を回るヘルパーを嫌う方も見受けました。ほとんどがデイサービス利用回数の方が多くなり、最終的にはロングショートがわりになりそうです。サービスの向上も見られず、いつもの顔のいつものサービスで文句も言わずに我慢の介護保険にならぬよう考えてほしいです。地域密着すぎるのもほどほどにしないとこれからの老人はいやがられる方も多いのでは。</p>
香川	<p>ケアプランが50 35になり、39を超えると減算になるので困っている。今まで利用していた人を制度の都合で断ることはできない。新予防給付に移行しても包括は利用票、提供票も出さなく、細かいことは事業所と利用者でしなければならず、(月1回の訪問もない)新予防になって反対に自己負担金が上がった人もあり、矛盾を感じる。本音として、ケアマネはきつく、包括には甘いと思う。</p>
香川	<p>・福祉用具貸与で介護1で認められていないレンタル商品が多くなったが、実際使用していた人からそれらを取り上げたら日常的に困ってしまう方が大半で、結局個人レンタルに切り替えで対応したが、説明などケアマネの負担は大きかった。利用者に制度そのものへの不満も結局のところケアマネにぶつけてくることが多い。・ケアマネの35件について、確かに50人を担当していたときと業務量が減り楽にはなった。しかし、事務所に入ってくる報酬も下がり、社内では居宅の存続も危うい状況になっていく不安が大きい。</p>
香川	<p>介護保険で利用できていたサービスが予防給付に変更になり通所リハや通所介護サービスが定額制になり、自己負担が増えて利用できないという意見が多く、何のための介護保険なのか疑問に思います。</p>

愛媛	介護予防として要支援者に複数の方がかかわることに対するコスト、手間の無駄がありすぎる。
高知	「新規」等の意味がはっきりしておらず、何度か県への問い合わせも必要で、未だに判らないこともある。市や県への問い合わせも人によって様々な解釈があり、返事をいただけない時もあった。文章はもっと判りやすく明確な表現にしてほしい。
高知	特定事業所集中減算について。利用者が自由に事業所を選択するというのを妨げることになるのではないかと。優良な事業所が選ばれることは良いことと考える。同一法人での囲い込みへの対応は必要と考えるが・・・。
高知	ケアマネは利用者の立場を代弁していると思う。制度改正により、行政の立場と利用者の代弁している感あり、利用者も理解できる制度にして欲しい。
高知	併設の居宅介護支援事業所でケアマネジャーをしていましたが、デイ、訪問看護、グループホームは利用者にあっても利用を勧めなくてはいけないし、病棟の相談員や介護保険外の患者のことでドクターとの調整もなくてはならないため、その利用者にあったサービス、事業所を紹介し、プランを作成したいと思い、18年5月事業所を立ち上げましたが、独立ですので何の伝もなく、件数も少ないのですが、維持費は多額に対し報酬は少ないので給料も出ない状態です。立ち上げ時、市役所の介護保険係が「会社をなくしたくなければ早く別のこともしなさい」と言いましたが、中立公正にプランを立てたいと考えれば独立が一番良いのではないのでしょうか。情報公開も多額の費用を出してまでしてほしいありません。多くの独立の居宅介護支援事業所は同じ考えだと思います。せめてヘルパー並みの給料が出るようにしてほしいです。
福岡	・ケアプラン料を高くしてほしいです。記録ばかりが増え、仕事が行政に向かっていくようです。 ・独立でしていますが、運営は厳しい状況。
福岡	契約等の書類が多く、家族がいない所は説明に時間がかかり、理解していただけない場合も多い。氏名を書くことが多く、嫌がられる。また、ケアマネの書類も多く、集中減算の管理も加わり、机上の処理に終われる毎日で、訪問時間の短縮でいかに効率よく仕事をするかと本末転倒している。理解力が低下している高齢者に配慮したものにしたい。
福岡	・小規模多機能施設は、お年寄りの特性から大変適した施設ではないだろうかと思っておりますが、近所には1件もありません。運営がしやすい環境はつくれないのでしょうか。

福岡	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険料が高いのに、認定が出ない。 ・視覚障害者(高齢中途障害者)に院内付添いが許可されない。担当はなれたところだから付添いはいらないうらうといった。介護職員が現場を知らない。 ・確かに住改や福祉用具は使い放題で単価も高い。最初から市場開放したことが一番の原因。サービス競争でケアの質は上がらなかつたし、現在は人件費も出なくなっている。
福岡	<ul style="list-style-type: none"> ・支援費の減額と(特に予防)で4月からは収入20万円やうと思える。 ・サービスも使えなかつたり制限されている。ケアマネジャーがボランティアで通院同行せざるを得ないし、ヘルパーさんの不十分も補うなど疲れ果ててしまう。
福岡	認定調査の調査項目に疑問を感じる。独居者への配慮をすべきと考える。
福岡	H15年改正時「居宅支援事業所」のみで頑張っていけるような方向が示されていたのに、今回の改正では全く逆方向になった感が強い。公正・中立を強化するのならいっそ、「居宅支援事業所」を保険者が運営すればよいのではと思ってしまう。適切にまじめに7年間実施してきた事業所に対してもう少し、評価してほしい。
福岡	<p>地域包括支援センターによる密着型サービスの地域制限は、市町村によっては、地域の生活圏域に区別しているのではなく、高齢者人口で中学校区に区分、行政のやりやすい圏域で振り分けしている。 介護予防プランの単価が低い。</p> <p>これからさらに進んでいく高齢化に向け、国は介護従業者の確保や質の向上、また、ケアマネの資格更新制など厳しい注文ばかり続けてくるが、介護従事者にも生活があり、そのあたり考えろといいたい。</p>
福岡	要介護の認定が不透明。県によるケアマネ研修で得た情報と実際の認定の内容が違うため、何の情報信じればよいのか理解できない。今回の改正で良くなったことはあまりないように感じる。
福岡	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャー野実務状況がプラン作成などのおいて円滑な業務が行われるような制度の見直しをして欲しい。 ・各保険者によって差が有りすぎる。県や国が保険者に対する指導はどうなっているのでしょうか？ ・介護プランの様式は従来のケアプランの様式でもよいのでは？ 現行の介護予防プランの効果が、期待がまったく感じられません。また字がとて小くなるので、利用者にたいして負担だと思います。
福岡	包括が居宅介護支援事業所に対しアセスメントを含む1票～8票まで全部提出(初回)させること。ケアマネに自治体と利用者との契約までさせていること(説明含む)。予防プラン作成の入力したFDまたはUSBを提出まで強制させているが、このような状況では包括に頼るケアマネはいないと思う。自治体が責任を持つべき説明もケアマネに丸投げ、引継ぎ後、包括がプラン作成が間に合わなかつたら利用者に月初めのサービスができないと断ってほしいとか暫定利用はでき

	ないとか・・・自治体直営もいろいろでしょうが、包括のケアマネも職員も自覚が足りないと思います。集めた個人情報をどうするか回答もありません。
福岡	独立型の居宅介護支援事業所を運営して4年。順調に業績は上がってきていた。18年4月の改正で利用者数が急激に落ち込んで、家族も在宅よりも施設入所を希望される方が増えてきていると感じる。頑張ってきましたが140→90にまで減ってしまい19年1月末で事業所閉鎖せざるを得なくなった。
佐賀	介護予防について。予防件数が増えてくると直接的な支援もできない。また、サービス利用の際の月額制の説明がしづらい。利用者にとっては時に負担になりすぎる。予防ケアプラン作成にしても項目が細かく、作成に時間がかかるし、説明しても理解がない。ケアマネの受持ち件数を減らしてもあふれた利用者の支援はどうするのか問題となっている。国の政策は極端すぎる。
長崎	主任ケアマネジャーの研修が専任ではないと受けられないのは困る。
長崎	居宅で要介護状態が激減し、赤字経営をおこなっていると聞きます。住宅改修など、いっこうに改修は減りません。断わりきれない事業所は大きな損害です。
長崎	<ul style="list-style-type: none"> ・予防については自治体などにてオープンスペースを作ってもらいたい。 ・自主グループの育成の動きをもっと積極的に行うシステムを進めてほしい。 ・ケアマネの業務に対しての費用が低い。
長崎	介護保険制度がそもそも見切り発車。国の通達が現場まで来るのが遅く、それを利用者に伝え理解していただくのに大変。県に「早目」と意見を言っても、厚労省から降りてくるのがおそいので・・・という返事。直接、利用者さんの声を聞いてほしい、説明してほしい
熊本	介護保険の中立公正を旨に独立居宅をうたっているが、予防プランへの移行が多く、1年たって収入は減額となっている。友人の事業所も経営なんで事業所を閉鎖した。新しく単独事業所を創設する人はほとんどなく、併設でケアプラン料の赤字を補っている状態だと思う。包括に年1000万円の保障があるのだから単独事業所にも月10万円ぐらいの補助か単独加算をつけてほしい。
熊本	制度の中で必要なサービスをできるだけ使いやすくしてほしい。軽度者、福祉用具の例外において日常生活の支援という日常生活の範囲を、宇土地域では「命にかかわること」と限定し、その人を見ようとしません。特に宇土市はリウマチのある利用者さんが自分で玄関の出入りをしたいと希望していても、昇降機の利用頻度が少ないので家族やヘルパーの介助を受けるようにアドバイスされます。昇降機を利用してまで外に出ることは趣味の範囲と言われました。実際、1日1回以上、友人宅訪問のため外出、病院受診、デイサービス利用などの生活のために利用されているのに、保険は利用できないのです。変です。

熊本	<p>介護保険事業所として、腹だたく思っていることがあり、「シルバー新報」に他の人々はどのように思っておられるか、アンケートとってもらいたいと、日頃思っていました。いえる場所をつくって下さってありがとうございます。一番頭に来ることは「介護サービス情報の公表」についてです。何の役にもたちません。あの情報を一体誰がみるのでしょうか。何で5万9000円も支払わなくてはならないのか。居宅で5万9000円稼ぐのに何ヶ月かかったとおもいますか？ バカにしています。また、H18年12月にレンタルもはじめましたが、今日、国民健康保険団体連合会から公表事務所手数料の納品書が送られてきました。取りたてです。前年度の介護報酬が100万超える事業所なのか尋ねてから納付書が送られてもよいと思いますが、何を考えているのでしょうか。本当に頭にきます。また、ケアマネジャーの事務量の多さ、住宅改修は何も報酬がないもの同然です。</p>
熊本	<ul style="list-style-type: none"> ・書類が多すぎてきつい。もっと簡略化してほしい。 ・予防はしたくない。(デイケアも居宅も。ヘルパー事業からも断られる。) ・予防になりサービスを十分に使えなくて閉じこもりになられたり、はりきりすぎて脱水を起こしたりで入院されたりと、良くない。お年寄りに新しいことを理解していただくのは難しい。 ・予防の計画は、限度額内であればその人に合わせて自由に使えるようにした方が良い。要支援1なら通所のみ限度額分全部使えるなど。
熊本	<p>当事業所は独立型で2名のケアマネで行っているが、1年前と比べて20%以上収益が落ちている。国はケアマネに対して中立構成ということを行っているが、改正後は集中減算やとれもしない特定事業所加算等とうてい独立でできるような内容になっていないどころか、その希望まで失う内容である。本気で独立をすすめるのであれば独立事業所加算を設けるべきである。今回の改正で併設事業なしではケアマネは生きていけなくなったと思う。</p>
熊本	<p>何でもかんでも介護保険で賄おうとしているため、ケアマネジャーは振り回されていると思う。ケアマネの責任の押し付けをされることが多い。</p>
熊本	<p>今回の改正で認知症の方に対して認定が甘く、ADLが低下しているがしっかりしている人は介護予防になり、独居の方は生活できなくなる等の問題が発生しています。認定調査の結果が疑問です。</p>
熊本	<p>短期間の制度改正は現場を混乱させるだけ。長期とはいわないまでも、中期の視野をもって制度改正を行ってほしい。</p>
熊本	<p>小規模多機能施設等、町の認可により我々小さな会社等も話も聞いてくれない。先日、大きな施設の理事長が直接、町長に認可を希望したが今は無理と言われた。まして、あんた達には作らせる訳がない・・・と言われた。票を多く持っている施設は有利だ。</p>

大分	介護予防、介護予防といいながら、4万人弱の市で地域包括支援センターの職員が10名足らず。1200件を超すケアプランを作っているのが現状である。訪問もほとんど行けていない状況で、電話対応で精一杯と聞いている。利用者も地域包括支援センターの存在すらわかっていなくて、以前のケアマネに電話してくるケースも多い。
大分	3ヶ月に1回の訪問で利用者の現状を把握することは困難と推察する。利用者は不満に感じているし、従来どおり居宅に連絡し、相談している状態。要支援の方のおかれている(身心の状態)をどのようにとらえているのか。国や行政に対する不満多大。「仏つくて魂なし」
大分	大分市の場合、地域包括支援センターは従来の在宅介護支援センターを運営していた社会福祉法人、医療法人に全て痛くされている。しかし、地域包括支援センターの運営方針や方法・基準は各センターでまちまちであり、公正中立と信頼しえないセンターも存在する。公正中立で本来の役割を全うしようとするなら、市の直営か、介護支援専門員協会等の法人委託にすべきと考える。
大分	福祉用具レンタルの介護予防の人の利用制限を緩和してもらいたい。特にセニアカー、特殊寝台とその付属品など。 予防プランのプラン料が安すぎて、労働量に見合わない。特に特定地域加算の事業所では8件の上限がなく、赤字が見込まれてしまう。
宮崎	東病院も療養型であり、ヘルパーが20名近くの中に専門学校で教育をうけた、介護福祉士は2名のみです。実務から資格を取った介護福祉士2名いるが基礎教育ヘルパーとは・・・傷害を持つ方の援助をする職業は人間としての尊重など、人道的な物の教育が不足していると思います。短期間に簡単にヘルパー2・3級の資格を与えていると思う。今後の介護職の質の向上も大きく、クローズアップしてもらいたいと思います。
宮崎	ケアマネの質の低下。本来の業務をしている人が少ない。
鹿児島	認定調査について。日内変動のあるパーキンソン病や認知症に対しての調査が情報を拾いきれていない。調子の悪い日に調査を受けた場合、重い介護度を判定されるが、調子の良い日に調査を受けた場合は本人に見合わない介護度が判断される。また調査員の質問に対して大半の人がいつも以上に「私はこれだけががんばっています」とアピールすることで問題点が拾われていない。男性の方など女性の調査員が来ると、家族もみたことがない位、はきはき答えてしまい、それが評価されるとなると、とんでもない。家族の介護力、住環境問題等、調査員によって情報の拾い方が違う。問題行動に関しても賞味期限の切れた物を捨てない、汚染したりハビリパンツを日干しして再利用など、収集癖や不潔行為でチェックしてもいいと思うが、特記となっているなど、結果が納得いかない。

鹿児島	<p>予防から介護、介護から予防認定の変化が生じる際の契約などの事務手続きやプランの連動性が気になっている。(様式が違うということもあるが)考え方が同じであるにもかかわらず様式が違うことに疑問。また、認定も基準の標準化がされていない。改正に限りませんが、記録の統一性がひつよう。重複する書類が多いし、記録が多い。内容的に言えば自立支援を意識するが、家族プランになったりすることがある。</p>
鹿児島	<p>制度改正前はケアマネ 1 名で 50 名程度であいまだったこともありパート(3 時間)で 30 名もたされたり、50 名では経営できないとのことで 60 名~80 名持たされ、本来のケアマネの仕事(事務処理に追われていた)ができていなかった。今回の改正で 35 名に減らされることで、利用者の在宅、自立支援につながる仕事が出来るとよこんでいた。しかし報酬が全く理解できない介護度別になったことで、まだまだ元気で在宅で生活していこうとしている軽い支援の必要な人(支援 1、支援 2)にとっては制度改悪となった。介護 3 から 5(1 万 3000 円)介護 1~2(1 万円)支援 1~2(4000 円)の報酬は逆ではないか。これから在宅で自立した生活をしたい支援 1 から 2 の人達は、時間をかけて話(アセスメント)をしなければ、どのような生活をしていきたいのか(本来、在宅自立支援につながる支援には欠かすことができない)聞きだすことが出来ない(専門的な知識と力量が必要)。改正が、まだ人生(生きていくことを)あきらめていない、夢や目標を持てる人々の階層である改正が元気な高齢者をめざすなら、地域包括支援センターには(中には諦めつつあるある老人や隠されたニーズのある老人に夢や目標を持たせることの出来る職員)専門職員を多く配置し、センターが独立で経営できる様にしなければならない。このままでは以前の制度より悪く、多くの介護の必要な人々を作ってしまうことになる。</p>
鹿児島	<p>要支援における定額制は逆に介護保険料のムダ使いのように思う。ケアマネの質の向上だけを図っても(だめで)、介護現場のスタッフの質の向上を図ってほしい。訪問介護、通所、福祉用具その他医療現場などへの情報も少なく、介護保険の認識はまだまだ低いと感じる。地方においては格差がますます広がるように思う。</p>
鹿児島	<p>認定が 30 日以内に結果がでない為担当者会議の情報収集、ケアプラン作成に大変支障をきたすことがありこまっている(改正前も例があったが改善されない)</p>
鹿児島	<p>日常生活ができていないから、認知症だからというところで審査の分かれ目になっているように、以前からずっと思っていました。もっと精神的な部分での配慮があってもいいと思う。</p>

鹿児島	<p>医師の中にはまったく協力が得られない場合がある。周りの人は「あの先生は昔からそういう人だ」と言ってすませているが、在宅に戻る人、在宅生活を送っている人、それを支援する人には、そんな一言ではすまされない。また、照会内容や意見書にもいい加減なものが多く、質問したことと別の回答がよこされることも少なくない。ケアマネよりも医師の資格を更新制にした方がよいのでは？</p>
沖縄	<p>要支援 1、2 に認定されだが、状態と合わないため区分変更申請をしたらその間に状態が益々悪化、入院、入所になってしまった。</p>
不明	<p>調査員により差がありすぎる。要支援 1、2 の利用者が増え、サービス利用に支障をきたしている。施設サービスのまるめは、必要な方にはよいが、年金生活の独居老人には利用料が高すぎて行けなくなっている人がいる。受け皿となるべし、ささえあい事業などもなされてなく、自治体の弱さが浮き彫りになってきているように思える。人間密集地と過疎地域の事情は違うのに、一律の条件で認定調査がされていることに不満がある。過疎地の老人は保険料は天引きされても利用はできない実情をわかってほしい。利用施設のサービスの質も低下気味になっているように見える。</p>
不明	<p>居宅の管理者制度も変わりますが、設置法人の経営者がやはり理解に欠けているため労働現場として変わらず、人材不足は続いていると思います。いい加減、介護、福祉は苦勞するもの、大変な現場という状況を脱したいと考えます。</p>