

社会保障審議会介護保険部会（第37回）議事次第

平成22年11月25日（木）

14：00～17：00

於：厚生労働省講堂

議 題

- 1 報告の取りまとめについて
- 2 その他

介護保険制度の見直しに関する意見（素案）

平成 22 年 11 月 ~~〇日~~25日

社会保障審議会介護保険部会

目次

はじめに

I 介護保険制度の現状と課題

II 見直しの基本的考え方

III 介護保険制度の見直しについて

1 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備

（地域包括ケアシステムの構築）

（１）単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備

（２）要支援者・軽度の要介護者へのサービス

（３）地域支援事業

（４）住まいの整備

（５）施設サービス

（６）認知症を有する人への対応

（７）家族支援のあり方

（８）地域包括支援センターの運営の円滑化

2 サービスの質の確保・向上

（１）ケアマネジメントについて

（２）要介護認定について

（３）情報公表制度と指導監督

3 介護人材の確保と資質の向上

4 給付と負担のバランス

5 地域包括ケアシステムの構築等に向けて保険者が果たすべき役割

6 低所得者への配慮

IV 今後に向けて

はじめに

- 本部会は、介護保険法等の一部を改正する法律（平成17年法律第77号）附則第2条の規定等を踏まえ、介護保険制度全般に関して検討を行うため、本年5月以来〇回-13回にわたって審議を行った。

はじめに介護保険制度の施行後の10年間の経過、現在の施行状況等について議論を行い、その後、給付、負担などの論点ごとに審議を重ねてきた。

- 介護が必要になっても、①住み慣れた地域や住まいで、②自らサービスを選択し、③自らの能力を最大限発揮して、尊厳ある自立した生活をおくりたい。介護保険制度は、このような高齢者の希望を叶える制度として、2000年に創設された。

- 介護サービスを受ける高齢者の数も着実に増加し、また、平成17年に行われた改正などを経て、介護保険制度は、着実に進化してきたところである。しかし、高齢化の急速な進展や、地域社会・家族関係が大きく変容していく中で、介護保険制度が目指す高齢者の尊厳を保持し、自立支援を一層進めていくためには、さらに制度の見直し等が必要なことが明らかになってきた。

- 以下、これまでの当部会における審議を整理し、平成24年度から始まる第5期介護保険事業計画に向けて、当面必要となる法改正事項を中心に、意見書としてとりまとめる。

I 介護保険制度の現状と課題

（介護保険制度の定着）

- 介護サービスを受ける高齢者の数は、2000年の制度創設当初と比較して、149万人から2009年の384万人へと約2.6倍となった。この間、訪問介護事業所が2000年の9,833事業所から2008年は20,885事業所に、介護老人福祉施設が2000年の4,463施設から2008年には6,015施設に増加するなど介護サービスの基盤の整備も進んでいる。
- 本年2月から3月に厚生労働省が実施した「介護保険制度に関する国民の皆様からのご意見募集」に寄せられた意見によれば、60%の者が介護

保険を「大いに評価している」「多少は評価している」と回答している。また、本年 11 月に内閣府が実施した「介護保険制度に関する世論調査」では、制度導入による効果として、「良くなったと思わない」者が 29%だったのに対し、「良くなったと思う」者が 51%であった。

介護保険制度は高齢期の暮らしを支える社会保障制度の中核として着実に機能しており、少子高齢社会の日本において必要不可欠な制度となっているといえる。

（前回の改正）

- 平成 17 年に行われた介護保険制度の改正においては、市町村単位でサービスの充実とコーディネートが図られるよう、地域密着型サービスと地域包括支援センターが創設された。これにより地域包括ケアシステムの確立に向け第一歩を踏み出したといえる。
- また、介護保険制度においては、高齢者自らが要介護状態とならないよう、自発的に健康の保持増進に努め、~~高齢者ができないことを単に介助することにとどまらず、~~できる限り自立した生活を送れるよう高齢者を支援することを目指して、その体制を整備することを、制度創設当初より保険者に求めてきた。前回の改正においては、このような「自立支援」の視点に立って、新予防給付が創設された。

（介護保険制度の課題）

- このように、介護保険制度は制度創設以来、着実に進化してきたところであるが、制度が始まって 10 年が経過し、都市部を中心とする急速な高齢化が進展し、単身・高齢者のみの世帯の急増など地域社会・家族関係が大きく変容していく中で、介護保険制度が目指す、高齢者の尊厳を保持し、自立支援を一層進めていくための課題が明らかになってきた。

（地域における介護の課題）

- 現在直面している大きな課題の 1 つは、地域全体で介護を支える体制がなお不十分であるということである。介護保険制度の導入により、介護の負担は確実に軽減されてきているが、特に、医療ニーズの高い者や重度の要介護者を地域で介護しようとする場合、専門的なケアや夜間を含めた頻回のケアなどが必要となることから、単身・高齢者のみ世帯では自宅での生活をあきらめざるを得ない、或いは介護する家族の負担が重くなっている状況がみられる。
- 現在、在宅生活を望む多くの要介護高齢者及びその家族が、施設への入

所を選択せざるを得ないというケースの背景には、このような重度の要介護者を地域で適切に支えられないという事情があると考えられる。高齢者本人及びその家族にとって、何かあった時に対応してくれる人がいないことへの不安は大きい。

- 昨今、介護を苦にした介護殺人や介護自殺といった事件など、家庭内で介護の問題を抱え込み、介護のリスクを地域で支えられていないと考えられる事例が報道されている。さらに介護者自身が高齢である「老老介護」、介護者も認知症を患っている「認認介護」や高齢者が一人で亡くなる「孤独死」等の問題も生じており、単身・高齢者のみの世帯に対する地域の支援の必要性も高まっている。
- また、市町村（保険者）が地域における介護ニーズを的確に把握できていないことに起因するサービスの需給のミスマッチも指摘されている。市町村（保険者）は地域におけるニーズを把握し、介護サービスを適切に提供しなければならない。さらに、当該地域の特性にあった見守り・配食等の生活支援サービスを提供したり、認知症の人や虐待を受けている人への体制をの整備や、様々な主体により提供される介護保険制度外のサービスを含めた包括的な地域作りが必要であるしていくことが求められている。
- さらには、高齢者が要介護状態になった場合に、住居の中にバリアー（障壁）があったり、適切な在宅サービスや緊急時の見守りサービスが提供されていないといった理由から、自宅に住み続けることが困難なケースがみられる。介護や医療が必要になった時や要介護度が進んだ場合でも住み続けることができる、高齢者に配慮された住宅の整備は喫緊の課題である。

（地域包括ケアシステムの必要性）

- これらの状況を解決するため、介護保険制度のさらなる改革を進め、前回の改正でその一歩を踏み出した地域包括ケアシステムの確立を目指していかなければならない。
- いくつかの調査でも明らかなように、人は年をとって介護が必要な状態になったとしても、自分が住み慣れた地域で生活が続けたいという希望を持っている。また、認知症を有する人については、急激な環境の変化はその症状に負の影響を与えるおそれがある。
- 要介護度が重くなっていったとしても、できる限り生活の場を変えることなく、高齢者が自ら選択した場所で介護サービスを受け続けることがで

きるようにすることが求められている。

- そのため、日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される体制の整備、すなわち地域包括ケアシステムを確立していくことが急務である。

※ 「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね 30 分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。（「地域包括ケア研究会 報告書」より）

（介護職員の人材確保と処遇の向上）

- 制度創設以来、サービス供給が大幅に増加し、今後も着実に増大していく中で、サービスを支える質の高い介護職員の確保が大きな課題である。2007 年には 120 万人だった介護職員数は、2025 年には 210～250 万人必要となるとの見込みも示されている。しかし現状では、介護人材の不足が指摘されており、介護の現場をより魅力あるものとするための処遇の改善や人材確保策を積極的に講じていくことが必要である。
- 平成 21 年度の介護報酬改定では、介護職員の処遇を改善するため、3% のプラス改定が行われた。さらに、平成 21 年度補正予算では、介護職員一人当たり月額平均 1.5 万円の賃上げに相当する支援を行うため、介護職員処遇改善交付金が創設された。この処遇改善交付金に基づく取組は平成 23 年度末で終了するため、処遇改善の実態を検証しつつ、平成 24 年度以降も必要な財源を確保し、介護報酬改定により、処遇改善の取組を継続していくことが求められている。

（給付と負担のバランス）

- 介護保険制度が直面するもう一つの大きな課題が、高齢化が急速に進展する中であっても、サービスの質の確保・向上を図りながら、給付と負担のバランスを確保していくことである。
- 団塊の世代が 65 歳以上の高齢者世代にさしかかっている現状において、平成 12 年度には 3.6 兆円であった介護費用は平成 22 年度には 7.9 兆円と 2 倍以上の水準になっており、介護費用は今後も上昇が見込まれている。

- このような介護費用の増大とともに、介護保険料も上昇を続けており、全国平均の高齢者一人当たりの月額保険料は、第4期介護保険事業計画（平成21～23年度）で4,160円であるのに対し、第5期（平成24～26年度）には月額5,000円を超える見込みも示されている。

さらにこのまま高齢化が進展し、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、介護費用は19～23兆円に膨張すると推計（平成20年社会保障国民会議推計）されており、高齢者が負担する介護保険料は名目値で現在の倍程度からそれ以上になる見込みである。

- 給付と負担の関係が明確である社会保険制度においては、サービス量が拡大することに伴い、保険料が一定程度上昇することは当然であるとも言える。サービス量の拡大に応じて保険料を引上げなければ、その分は公費負担を増やすなどしなければ、給付の拡充は困難となる。さらには、公費負担割合が増えれば、社会保険方式とする現行制度の当初の姿から大きく乖離してゆくこととなる。

また、月額5,000円の介護保険料は、あくまでも全国の平均額であって、市町村によって差があるところであるが、仮にその額が5,000円を超えることになって、低所得者の負担を抑えつつ、高所得者の負担を引き上げることにより対応することができることに留意すべきだとする意見もある。

しかし、高齢者の所得は公的年金が中心であり、高齢者の医療保険料についても同様に上昇が見込まれることから、介護保険料の水準が過重なものとならないよう配慮するという観点も必要である。

- このような状況を踏まえると、地域包括ケアシステムの確立など介護保険制度の充実や介護職員の処遇改善に取り組む一方で、現在の保険給付の内容について、必要性、優先性や自立支援の観点から見直しを行い、限られた財源の中で効率的かつ重点的にサービスを提供する仕組みとしていくことが必要である。そうすることにより初めて、介護保険制度を将来にわたって持続可能で安定的なものとするのが可能となる。

Ⅱ 見直しの基本的考え方

- 上記のような介護保険制度の現状と課題を踏まえ、第5期介護保険事業計画に向けた制度の見直しに当たっては、

- ① 日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される「地域包括ケア

- システム」の実現に向けた取組を進めること、
- ② 給付の効率化・重点化などを進め、給付と負担のバランスを図ること
と
を基本的考え方とすべきである。

Ⅲ 介護保険制度の見直しについて

1. 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備（地域包括ケアシステムの構築）

（1）単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備

（24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設）

- 現在の訪問介護は、受給者一人、一日当たりの平均訪問回数が 0.6 回（要介護 5 でも 1.1 回）、訪問一回当たりのサービス提供時間は 30 分以上が 7 割を占めている。

しかしながら、要介護度が高くなった場合、夜間・早朝の時間帯を含め、水分補給や排泄介助等の介護が複数回必要となる。このようなニーズに応えるため、前回改正においては夜間対応型訪問介護事業が創設されたが、夜間のみのサービス類型であることなどが支障となって普及が進んでおらず、現在の訪問介護サービスでは、このようなニーズに十分応えることができていない状況にある。

- また、特に、医療ニーズが高い要介護者については、医療・看護サービスと介護サービスの連携不足などの問題から、緊急時の対応を含め、安心して在宅生活を送ることが困難な状況にあるとの指摘もある。

- 「単身・重度の要介護者」であってもなどが、できる限り在宅生活を継続できるよう、訪問介護と訪問看護の連携の下で、適切なアセスメントとマネジメントに基づき、短時間の定期巡回型訪問と通報システムによる随時の対応等を適宜・適切に組み合わせて提供する 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスを新たに創設すべきである。

一方、要介護度 1 を含めた様々な状態の要介護者に対応できるよう、既存のサービスの連携・組合せで対応すべきではないかとの意見があった。

- この 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスにより、看護と介護の一体的な提供が可能となることで、医療・看護ニーズの高い者や看取りといった対応も可能となることが期待される。

なお、認知症を有する人については、その症状によっては、必ずしも有効なサービスとはいえないのではないかと指摘があった。

（複合型のサービス）

- 小規模多機能型サービスは、平成 18 年度に創設されて以来、日々状態が変化する認知症を有する人に対応して、多様なサービスを柔軟に提供できるサービス類型として評価されている。

- 一方で、その整備量は全国約 2300 箇所（2009 年 3 月時点）であり、更なる整備を推進するためには、在宅サービスをより柔軟な形態で提供できる仕組みを設けるべきとの要望もある。特に、重度になるほど看護サービスなどの医療サービスに対するニーズが高まっていることから、例えば小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせるなど複数のサービスを一体的に提供する複合型のサービスを導入していく必要がある。なお、関連して、グループホーム等への訪問看護サービスの提供のあり方や、訪問看護ステーションの規模拡大のための支援についても検討していく必要がある。特に、訪問看護ステーションについては、小規模な事業所ほど経営状況が悪く、夜間・緊急時等の対応ができない、サービスを安定的に提供できないなど、課題が多いため、規模拡大に向けた取組を推進すべきである。

- また、有床診療所や老人保健施設（以下「老健施設」という）を活用し、訪問、通所などのサービスとの組合せについて、今後推進していくべきであるとの意見があった。

（介護福祉士等によるたんの吸引などの実施）

- 特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）や居宅において、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを必要とする者については、これまで当面のやむを得ず必要な措置（実質的違法性阻却）として、介護職員が一定の行為を実施することを運用によって認めてきたところである。

今後、さらに医療ニーズが高い者が増加すると見込まれることや、より安全なケアを実施するため、たんの吸引等を介護福祉士や一定の研修を修了した介護職員等が行えるよう、介護保険制度の改正と併せて法的措置整備を行うべきである。

(リハビリテーションの推進)

- リハビリテーションについては、高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハビリテーションによって高齢者の心身その機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高め~~てから、高齢者の有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう他の介護サービスで支援する、~~というリハビリ前置の考え方に立って提供すべきである。

- しかしながら、訪問リハビリテーションの利用率が低い地域もあること、通所介護類似の通所リハビリテーションが提供されていることなど、十分にリハビリテーションが提供されていない状況にある。

そのため、現存するサービスを効率的に活用するとともに、質の向上について検討すべきである。併せてリハビリテーション専門職の果たすべき役割や他職種とのかかわり方などについても検討していく必要がある。

- そのためさらに、地域の在宅復帰支援機能を有する~~介護老人保健施設（以下「老健施設」という。）~~の更なる活用なども含めて、訪問・通所・短期入所・入所等によるリハビリテーションを包括的に提供できる地域のリハビリ拠点の整備を推進し、サービスの充実を図っていくことが求められている。

(2) 要支援者・軽度の要介護者へのサービス

- 医療ニーズの高い要介護者など重度の要介護者向けのサービスの充実を図る一方で、要支援者・軽度の要介護者に対する介護サービスについては、その状態等を踏まえた検証が必要である。

平成 18 年度より、要支援 1、2 の要支援者には予防給付が提供されているが、本人の能力をできる限り活用して自立を目指すという制度の趣旨が必ずしも徹底されていない状況も見られる。

○—この結果、介護予防の取組に前向きな市町村とそうでない市町村の差は大きく、取組が十分でない市町村においては予防給付の効果がほとんど見られないという事態も生じている。そのため、予防給付の効果を更に高めるプログラムが求められている。

また、軽度の要介護者に対するサービスについて、例えば訪問介護をみると、多くの時間が~~掃除等の~~生活~~支援サービス~~援助に割かれている現状が指摘されている。

- 今後さらなる高齢化の進展とともに、介護給付が大幅に増加していくことが見込まれており、重度者や医療ニーズの高い高齢者に対して給付を重点的に行い、要支援者・軽度の要介護者に対する給付の効率化と効果の向上を図ることが適当か否かを検討する必要がある。

○ さらに、要支援者・軽度の要介護者にかかる給付については、次のような二つの意見があった。

・ 生活援助などは要支援者・軽度の要介護者の生活に必要なものであり、加齢に伴う重度化を予防する観点からも、その給付を削減することは適切ではない。

○ 介護保険制度の給付の対象外とすることや、その保険給付割合を引き下げ、利用者負担を、例えば2割に2割とする引き上げるなどの方策を考えるべきであるとの意見があった。

・ ○ 一方、生活支援サービス援助などは要支援者・軽度の要介護者の生活に必要なものであり、加齢に伴う重度化を予防する観点からも、その給付を削減することは適切ではないという強い意見もあった。

- 要支援者・軽度の要介護者へのサービス提供のあり方については、保険給付の効率化・重点化の観点に加えてのみならず、重度化の防止、本人の自立を支援するという観点から、その状態にあった保険給付の在り方について、今後、さらに検討する事が必要である。

(3) 地域支援事業

- 地域支援事業については、平成 17 年の改正で創設され、介護予防事業、包括的支援事業、任意事業の三種類の事業がある。このうち、介護予防事業については、本年 8 月に、対象者の選定方法の効率化や事業内容の充実等を内容とする介護予防事業の見直しが行われたところであるが、昨年及び今年の行政刷新会議の事業仕分けにおける指摘も踏まえ、事業の効果の検証等に引き続き取り組むべきである。本年 8 月に、対象者の選定方法の効率化や事業内容の充実等を内容とする介護予防事業の見直しが行われたところである

○ 積極的に取り組んでいる自治体においては、要介護認定率の低下などの効果が報告されており、今後、さらに介護予防事業の効果的実施を図っていくことが必要である。なお、地域支援事業における介護予防事業は、多くの参加が見込める弾力的な事業展開が求められるとの意見が

あった。

○ また、地域支援事業については、第2号被保険者が活用できるサービスメニューを増やして、現行の介護予防事業と包括的支援事業及び任意事業の財源構成を一括すべきという意見があった一方、事業目的を踏まえて第2号保険料の縮減など財源構成を見直す必要があるのではないかとの意見があった。

~~○ また、地域支援事業を拡大するのであれば、2号保険料のあり方など、その財源構成を見直す必要があるのではないかとの意見があった。~~

○ 単身・高齢者のみの世帯など地域で孤立するおそれのある高齢者にとっては、介護保険サービスのみならず、配食や見守りといった生活支援サービスが必要である。これらのサービスと介護保険サービスを組み合わせれば自宅で生活を継続することが可能となる。

特に、要支援1、2と非該当を行き来する人については、これらのサービスを切れ目なく提供するという観点から、予防給付と生活支援サービスを一体化し、利用者の視点に立って市町村がサービスをコーディネートすることが効果的なのではないかと考えられる。このため、保険者の判断により、サービスを総合化した介護予防・生活支援サービスを地域支援事業に導入し、配食サービス、在宅の高齢者への特養等の食堂での食事の提供等が効率的に実施されるような仕組みを検討する必要がある。

なお、この場合、十分な財源確保と一定のサービス水準が維持されるよう留意すべきであるとの指摘があった。

○ また、後述するように、地域支援事業を活用して、市町村が地域で暮らし認知症を有する人やその家族を積極的に支援していくことができる仕組みを検討すべきである。

(4) 住まいの整備

○ 緊急時の見守りがいないことやバリアフリーでないために自宅で介護を受けることが困難なケースに対応するために、これまで述べたような在宅を支えるサービスの充実と併せて、住まいの確保が大きな課題となっている。我が国は諸外国と比較して、要介護者に対する施設(介護保険3施設)の割合は同程度であるが、高齢者に配慮された住宅の割合は少ない。(なお、国際比較にあたっては、平均在所日数の長さも勘案すべきである。)

○ 国土交通省が本年 5 月 17 日に公表した「国土交通省成長戦略」においても、「急速に少子高齢化が進展する我が国において、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができる住まいを確保する」としている。さらに 2020 年度を目途に、「高齢者人口に対する高齢者向けの住まいの割合を欧米並み(3~5%)とする」とされている。

○ このような住まいが足りないために、高齢者が安心して生活できる場としての全てのニーズが施設、特に特養に集中している現状があることから、国土交通省と連携しながら、高齢者向けの住宅を計画的に整備し、介護サービスや生活支援サービスと連携の取れた高齢者住宅を計画的に整備してを図っていくことが必要である。

具体的には、高齢者住宅について、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス、訪問看護、デイサービス等の介護サービスを組み合わせた仕組みを広く普及することで、中重度の要介護者であっても、特別養護老人ホームなどの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とし、居宅介護の限界点を高めていくことが望ましい。

○ 高齢者の住まいについては、老人福祉法と高齢者の居住の安定確保に関する法律（以下「高齢者住まい法」という。）という 2 本の法律が存在している状況であるが、利用者にとって分かりやすい体系とすることが望ましい。一定の基準を満たした有料老人ホームと高齢者専用賃貸住宅（以下「高専賃」という。）を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置付け、これらの住宅について、サービス内容の情報開示や入居一時金の保全強化等を図っていく必要がある。

一方、老人福祉法における有料老人ホームに対する規制については、この新たなサービス付高齢者住宅の基準等との整合性も考慮しつつ、さらに、近年発生した火災事故の教訓や高齢者虐待に対する懸念を指摘する声を踏まえ、防火対策・虐待防止等を徹底していくべきである。

○ 養護老人ホーム及び軽費老人ホームについては、平成 16 年度以降に、地方分権推進の観点から、三位一体改革により運営費や施設整備費の税源移譲による一般財源化が行われたところであり、各自治体が計画的な整備を含めた事業の実施を行う必要がある。国においても各自治体に対し、適切な事業の実施を継続的に呼びかけていく必要がある。

○ 特養等の介護基盤の整備をさらに一層進めるとともに、以上述べた取り組みを進めることにより、高齢期においても安心して住み続けること

ができる住宅が整備され、施設に入所しなくとも必要なサービスが外部（住宅の近隣又は住宅との合築）から提供される形態の選択肢を増やしていく方向を目指すべきである。

（５）施設サービス

（介護基盤の整備）

- 特養の入所申込者は 42.1 万人（平成 21 年 12 月現在、都道府県からの報告を集計したもの）となっている。そのうち要介護 4，5 で在宅にいる者は 6.7 万人である。まずは特養をはじめとする介護基盤について平成 21 年度～平成 23 年度の 3 年間で 16 万床を目標に整備を推進するとともに、高齢者の住まいの確保についても推進していくことが求められる。
- また、特別養護老人ホームの入所申込者の 42.1 万人という調査については、その調査の意義、実態把握の在り方について議論があったところである。今後の施設の整備の在り方など、政策判断に資するよう、実際の待機者数（優先入所申込者数）及び施設における判断基準等について調査を実施する必要がある。
- 現在、特養の設置者は社会福祉法人に限られているところであるが、社会福祉法人と同等の公益性を有する社会医療法人については、特養を開設することを可能とすべきである。
- また、入所者の高齢化が進んできている。このため、老健施設については、在宅復帰支援を担っている老健施設がある一方、入所期間が長期化している老健施設もあり、十分にその機能が発揮されていない状況もある。
- そのため、次期介護報酬改定においては、終の棲家としての機能や在宅復帰支援機能などといった施設の機能に着目した評価を検討する必要がある。
- 将来的には、施設サービスについては、状態の変化によって、入所している施設を移ることのないよう、利用者の状態に応じた適切なサービスが提供される体系を目指すべきであるとの意見があった。

（介護療養病床の取扱い）

○ 介護療養病床については、本年 9 月に公表された調査によれば、医療ニーズの低い者（医療区分 1）の割合が 7 割を超えており、~~老健施設と大きな差異は見られず、~~5 年前の調査と比較しても、医療療養病床との機能分化が着実に進んでいる。さらに人工呼吸器、中心静脈栄養など、一定の危険性を伴った医療処置を必要とする者の割合は低い。

○ 一方で、医療療養病床または介護療養病床から老健施設等への転換は 7000 床にとどまっており、平成 24 年 3 月末までに介護療養病床を廃止することとなっているが、再編は進んでいないのが実態である。社会的入院という課題に対し、医療と介護の機能分化をより進め、利用者に相応しいサービスを提供する観点から、現在、介護療養病床を有する施設における円滑な転換を支援しているが、現在の転換の状況を踏まえ、一定の期間に限って猶予することが必要である。

○ なお、この点について、介護療養病床の廃止方針を変更すべきではないかとの意見もあった。

○ また一方、現在のある介護療養病床については、経過の長期的に運営を継続しつつ、社会的入院を是正するため、新規の介護療養病床の指定を行わず、療養型老健施設の増設や、介護施設における医療的ケアを伴う要介護者の受入体制を強化・整備していくべきとの意見があった。

（6）認知症を有する人への対応

（現状とこれまでの対応）

○ 平成 20 年の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」において、認知症施策については、早期の確定診断を出発点とした適切な対応を促進することを基本方針とすることとされた。

○ 認知症を早期に発見し、早期の診断と早期の対応につなげることで、認知症の中核症状の進行を抑え、行動・心理症状の予防や緩和を図っていくことができるようになっている。

○ 認知症医療の分野に関しては、診療技術の向上、根本的治療薬等についての研究・開発が進められており、その一方において、認知症疾患医療センターの整備や、地域における認知症医療体制構築の中核となる認知

症サポート医養成研修・かかりつけ医に対する認知症対応力向上研修が進められている。また、地域における認知症ケアと医療との連携体制の強化を図るため、地域包括支援センターへの認知症連携担当者の配置が進められている。

- 地域においては、認知症に関する正しい理解と知識の普及を図り、認知症を有する人や家族を見守る認知症サポーターの養成をはじめ、認知症を有する人や家族に対する相談支援体制の充実や地域支援体制の構築のための事業が展開されている。
- さらに、平成 21 年度の介護報酬改定においては、認知症ケアの向上を図るため、専門的なケア提供体制に対する評価、認知症行動・心理症状への緊急対応や若年性認知症の受入への評価等が行われてきたところである。
- 若年性認知症については、相談から医療・福祉・就労にかかる総合的な支援を図るため、若年性認知症相談コールセンターの設置、若年性認知症就労支援ネットワークの構築及び若年性認知症ケアのモデル事業の実施が行われているところである。
- 高齢者の権利擁護に関しては、家族や介護サービス従事者による虐待防止等の取組の推進、地域包括支援センターによる権利擁護事業の推進、都道府県による権利擁護相談・支援体制の構築が図られるとともに、成年後見制度の利用に関する支援の実施が行われてきたところである。
- 認知症を有する人を支援するための国の補助金事業に関しては、自治体が可能な限り裁量を持ちつつ事業を実施できるようにすべきとの意見がある一方、自治体間で取組の差が大きいとの指摘がある。

（今後の対応）

- 認知症を有する人は、今後高齢化の更なる進展に伴い、急速に増加していくことが見込まれている。住み慣れた地域で、介護、医療及び地域（行政）が緊密に連携していく重要性は一層高まっていく。
- 認知症を有する人についてのケアモデルの構築を図った上で、早期の発見と治療、在宅サービスの利用、施設への入所、在宅復帰、家族への相談・支援などを継続的・包括的に実施するため、地域の実情に応じてケアパス（認知症の状態経過等に応じた適切なサービスの選択・提供に資す

る道筋)の作成を進めていくことが重要である。また、認知症の BPSD の症状に薬剤がも影響を与えている可能性面があることから、認知症を有する人に対する薬剤の管理について、関係者間での情報共有を進めることが重要である。

- 認知症に関する研修を受けたかかりつけ医、認知症サポート医を生活圏域で確保することやし、より一層の活用を図るとともに、認知症疾患医療センターの整備を進めることが重要である。
- 具体的な認知症ケアのニーズ把握と計画的なサービスの確保を図るため、介護保険事業計画において認知症に関する事項を任意的な事項として盛り込むことが必要である。
- また、認知症ケアに必要な知識や技能を身につけるため、認知症対応に関する研修を一層充実させ、認知症に対応できる人材を確保するための方策について検討すべきである。
- こうして整備された様々な関係機関の調整役として認知症ケアのサポートをするために、必要に応じて地域包括支援センター等に専門的な知識を有するコーディネーター（連携担当者）を配置することし、認知症サポート医等との連携を図りつつ、医療と介護の切れ目ない支援体制を構築していくことについて検討すべきである。
- 若年性認知症を有する人への支援については、まずは市町村における実態の把握を行うとともに、社会参加への意欲に応えるための対策について、介護報酬上の評価を含め、検討することが望ましいと考える。さらに、就労サービスを促進している障害者施策との連携も重要である。
- 認知症高齢者や独居高齢者の増加を踏まえると、日常生活に関わりの深い身上監護（介護サービスの利用契約の手助け等）に係る成年後見の必要性が高まることが予想されるが、平成 21 年における成年後見関係事件の申立件数は約 27,000 件にとどまっている。今後は弁護士などの専門職後見、社会福祉協議会などの法人後見、日常生活自立支援事業に加え、身上監護を中心に、研修を受けた市民後見人が高齢者を支援できるよう、総合的な権利擁護の体制整備を支援していくことが必要である。

- 上記のとおり、地域で暮らす認知症を有する人やその家族に対する支援は、これまでも多岐にわたり、取り組まれてきたところであるが、認知症を有する人が急速に増加する中で、地域での暮らしを適切に支えていく施策の重要性を考えれば、市町村が地域支援事業を活用して積極的に取組を進めることができる仕組みを検討すべきである。

(7) 家族支援のあり方

- 介護保険制度の導入の目的の一つは、介護の社会化である。家族介護を当てにせずに在宅介護が遂行できる支援体制を整えることが望ましいが、家族によって介護が行われる場合であっても、介護保険により提供される様々なサービス、地域における支援などを組み合わせて、家族の負担を少しでも軽減し、仕事と介護の両立ができるよう支援を行っていく必要がある。
- 現行の介護休業制度の取得率は平成 20 年度で 0.06%に過ぎない。また、本年 6 月より、育児・介護休業法の改正により、新たに介護休暇制度が創設されたばかりである。このため、これらの制度の利用促進を図っていくことが求められる。
- 家族介護者支援（レスパイト）などの観点から、緊急時に迅速に対応できるような仕組みを含めて、ショートステイの活用を図るとともに、デイサービス利用者の緊急的・短期間の宿泊ニーズへの対応のあり方については、利用者の処遇や安全面に配慮しつつ、認知症の要介護者等を対象とした先行事例なども参考にして、慎重に検討を行うべきである。
- 地域支援事業における家族支援事業については、現在 911 市町村で実施されている。今後、モデル的な市町村の取組について、他の市町村においても情報を共有する仕組みを設けることなどにより、さらに事業を推進していくことが必要である。

(8) 地域包括支援センターの運営の円滑化

- 地域包括支援センターは、4056 箇所設置され、ランチ等を合わせると 7003 箇所が整備されているが、今後、全中学校区（1 万箇所）を目指して拠点整備を進めていくことが必要である。

○ 地域包括支援センターの総合相談、包括的・継続的ケアマネジメント、虐待防止、権利擁護等の機能が最大限に発揮できるような機能強化が求められている。

○ 地域包括支援センターは、介護保険サービスのみならず、インフォーマルサービスとの連携や、介護サービス担当者、医療関係者、民生委員など地域資源や人材をコーディネートする役割を担っていく必要がある。しかしながら、地域での役割が不明確であったり、介護予防事業に忙殺されているため、十分その役割を果たせていないとの指摘がある。

○ このため、当該市町村(保険者)が地域包括支援センターに期待する役割が明確となるよう、委託型のセンターについては、市町村が包括的支援事業の実施に係る方針を示すこととすべきである。また、関係者間のネットワークの構築について、地域包括支援センターが責任をもって進めていくことを改めて徹底すべきである。

○ このような地域包括支援センターの機能強化と併せて、要支援者に対するケアプラン作成業務については、居宅介護支援事業所に移管すべきとの意見があったが、一方、地域の実情に依拠して柔軟に業務委託できるようにすべきである。した上で、利用者の状態変更（要支援・要介護）に対応した連携方策を工夫することより対応すべきであるとの意見もがあった。

2 サービスの質の確保・向上

(1) ケアマネジメントについて

(ケアプラン、ケアマネジャーの質の向上)

○ 地域包括ケアの実現を図るためには、介護保険のサービスやそれ以外のサービスとのコーディネートや関係職種との調整が欠かせない。特に、重度者については、医療サービスを適切に組み込むことが重要となっている。さらに、利用者の意向もさることながら、より自立促進型、機能向上型のケアプランの推進が求められている。

○ また、ケアマネジャーの独立性、中立性を担保する仕組みを強化していく必要がある。

○ こうした状況において、まずは、ケアプランの様式変更やケアプラン

チェックなど可能なものから取り組んでいくこととし、さらに、より良質で効果的なケアプラン作成のために、マネジメントができるケアマネジャーの資格のあり方や研修カリキュラムの見直し、ケアプランの標準化等の課題について、別途の検討の場を設けて議論を進めることが必要である。

- なお、複雑なサービスをコーディネートする必要がある場合などは、要介護者及び要支援者が各種の介護サービスを自ら選択・調整する居宅サービス計画（セルフケアプラン）の活用支援なども検討することが必要である。

（利用者負担の導入）

- 居宅におけるケアプランの作成等のケアマネジメントについては、現在、全て介護保険給付で賄われており、利用者負担が求められていない。これは、要介護者等の相談に応じ、その心身の状態等に応じた適切なサービスを利用できるよう支援する新しいサービスの導入にあたり、要介護者等が積極的に本サービスを利用できるよう、制度創設時に特に１０割給付のサービスと位置づけたものである。

○ これに対し利用者負担の導入については、ケアマネジャーによるケアプランの作成等のサービスは、介護保険制度の根幹であり、制度の基本を揺るがしかねないこと、利用者負担の導入は必要なサービス利用の抑制により、重度化につながりかねないことなど、利用者や事業者への影響を危惧する強い意見があった。さらに、セルフケアプランが増加すれば、市町村の事務処理負担が増大することなどから、利用者や事業者への影響を考慮しつつ、慎重に対応すべきであるとの強い意見指摘があった。

- 一方、制度創設から１０年を経過し、ケアマネジメント制度がすでに普及・定着していると考えられること、他の在宅サービスとの均衡や、小規模多機能サービスや施設サービスなどケアマネジメントが包含されているサービスでは利用者が必要な負担をしていること等との均衡をも考慮し、居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスに利用者負担を導入することを検討すべきであるとの意見があった。これにより、利用者自身のケアプランの内容に対する関心を高め、良質な事業者を積極的に選択するよう促す効果も期待できる自立支援型のケアマネジメントが推進されるのではないかとの考え方もあると考えられる。

~~○ なお、一定の利用者負担の導入については、それがかえってその際には、適切なサービスの利用を阻害するのではないか等の懸念も指摘されていることから、このことにしないよう配慮した利用者負担とすることも考えられるが必要である。~~

~~○ これに対し、ケアマネジャーによるケアプランの作成等のサービスは、介護保険制度の根幹であり、利用者負担の導入はサービス利用の抑制につながりかねないこと、セルフケアプランが増加すれば、市町村の事務処理負担が増大することなどから、慎重に対応すべきであるとの強い意見があった。~~

(施設のケアマネジャーの役割)

○ 施設におけるケアマネジャーについては、支援相談員等との役割分担が不明確であることから、その位置づけを明確化すべきであるとの意見があった。

(2) 要介護認定について

○ 要介護認定は、介護保険制度において、客観的にサービス供給量を決定し、介護サービスの受給者の公平性を確保するために不可欠な仕組みである。要介護度区分の見直しや要介護認定を廃止し、ケアマネジャーが利用者に必要と判断するサービス量を提供については、ケアマネジャー、主治医、事業者、保険者による会議において決定すべきとの意見もあるが、

- ・ 要介護度区分を減らすような見直しは要介護度の改善により突然支給限度額が大きく減少することとなる
 - ・ また、一次判定から二次判定に至る要介護認定のプロセスに変更がなければ、保険者の要介護認定に係る事務の簡素化にはつながらない
 - ・ 要介護認定の廃止は、介護が必要な度合いが同程度であっても、提供されるサービスに大きな差が生じるなど、ばらつきの大きい仕組みとなる
 - ・ 要介護認定を廃止すれば、給付を受けない健常な被保険者から見れば、節度なく給付を行っているかのように誤解されるおそれがある
- といった問題があり、却って受給者間の不公平を生み出すおそれもある。

○ ただし当面、要介護認定に係る市町村の事務負担が大きいとの指摘があることから、要介護、要支援をまたぐ際などの認定の有効期間の延長

を求める保険者の意見などを踏まえて、事務の簡素化を速やかに実施すべきである。

- 要介護認定については、認知症の要介護度を適切に評価できているかなど、引き続き適切な仕組みとなるよう継続的に評価・検討していくべきであり、これについては、必要に応じて介護給付費分科会などにおいて十分議論されることが望ましいと考える。なお、この点について、要介護認定制度そのものについて、別途議論の場を設けるべきとの意見があった。

（区分支給限度基準額）

- 区分支給限度基準額については、その引き上げ等を求める意見があり、まず、現在、限度額を超えてサービスを利用している人の状態や利用の状況等の実態を把握、分析することが必要である。

- その上で、区分支給限度基準額を超えているケースについては、
 - ・ ケアプランの見直しにより対応が可能なのか
 - ・ 加算等の仕組みがあることによるものか
 - ・ 今後の新たなサービスの導入等による影響をどう考えるかなどについて、次期介護報酬改定に向け検証を行い、介護給付費分科会において必要な対応を図ることが望ましい。

- なお、現行の制度では、要介護度が軽度の場合も重度の場合も、区分支給限度基準額やケアプランなどの関連で、特に訪問看護について利用抑制が働き、医療本来訪問看護の必要な利用者に訪問看護が提供できないケースがあるとの指摘があった。

（３）情報公表制度と指導監督

- 介護保険制度は、様々な事業主体の参入を認め、利用者の適切な選択と事業者間の競争によりサービスの質を確保する仕組みである。このような仕組みの下では、各事業者が提供する介護サービスの内容・質に関して客観的で適切な情報が、サービスを選択する利用者や家族に提供されることが不可欠である。現行の情報公表制度は、このような観点から、利用者によるサービスの選択を実効あるものとするために設けられている。
- 情報公表制度については、都道府県知事又は指定調査機関による介護サービス事業者・施設に対する調査が義務付けられているが、事業者にと

ってこうした調査等の負担が大きいという指摘がある。このため、利用者にとって活用しやすいものとなるよう、検索機能や画面表示などを工夫するとともに、調査については、都道府県知事が必要と認める場合に、適切に実施することとするなど、事務の軽減を図り、手数料によらずに運営できる制度へと変更するべきである。その際は、都道府県の負担等に配慮すべきとの意見があった。

○ また、公表される情報については、都道府県の判断により、事業者が任意でサービスの質や雇用等に関するデータを追加できることとし、公表される情報の充実を図っていくべきである。

○ 平成 17 年の改正により、市町村は、①介護サービス事業所に対する文書の提出の依頼、質問、照会等、②要介護認定等の認定調査（新規、更新）の 2 つの事務について、当該事務を適正に実施することができることと認められるものとして、都道府県知事が指定する法人に事務の一部を委託することが可能とされたところである。これに加え、今後、都道府県においても、公平性の確保に留意しつつ、指導監督体制を整備する観点から、指導の一部を指定法人に委託できるようにするべきである。

事業者への実地指導や監査については、制度や現場に精通した担当者があたることなどとし、不正が疑われる事業者に対しては厳しいチェック機能が求められる。一方で、一部の自治体において、形式的な必ずしも実地指導や監査が十分な効果を上げていなかったり、行われていることも否定できず、現場の事業所を育む姿勢が必要である自治体間で指導内容に不整合があったりするとの意見があり、サービスの質の確保・向上につながるよう、その標準化や、公正性を確保することが必要である。

3 介護人材の確保と資質の向上

○ 2007 年には 120 万人だった介護職員数は、2025 年には 210～250 万人必要となることを考えると、介護の現場をより魅力あるものとするための処遇の改善や人材確保策を講じていく必要がある。

（処遇改善の取組について）

○ 現在実施している介護職員処遇改善交付金は平成 23 年度末で終了することから、継続して処遇改善を行うためには、当該交付金を継続するか、平成 24 年度の介護報酬改定において当該交付金に相当する規模のプラス改定が必要となってくる。しかしながら、当該交付金については、
・給与等の労働条件については労使が自律的に決定していくことが適当

であること

- ・交付金の対象者が介護職員に限定されていること
- ・現在の国の財政が厳しい状況にあること

などを考えれば、本来的には、~~本来的には、これを継続するのではなく~~介護職員の処遇改善が継続できるよう配慮しつつ、介護報酬改定により対応する方向で検討していくべきである。

○ この点に関し、処遇改善交付金を廃止し、介護報酬改定により対応する場合には、保険料の引き上げとなることから、介護職員処遇改善の趣旨の理解を進めるため、事業所の管理者を含め、その給与水準の公表制度を設けるべきであるとの意見があった。

○ なお、平成 24 年度以降については、当該交付金を継続すべきであるとの意見や、すべて介護報酬改定で対応するのではなく、公費財源も活用しながら、徐々に制度内に取り込んでいくべきとの意見があった。

○ また、介護労働市場をみると、

- ・有効求人倍率や離職率といった指標は改善しつつある一方、
- ・事業所やその経営主体によって離職率や賃金が大きく異なっていることから、処遇の改善や人材確保のための施策として、どのような対策が相応しいか、介護給付費分科会における議論も含め、さらに検討が必要である。

○ 特に、介護職員の処遇改善は単に賃金水準のみならず、労働者の能力に基づく評価、働きやすい職場環境の整備などの対策を総合的に講じる必要がある。

○ また、潜在的な介護福祉士等が、再度、介護現場で働いてもらえるような環境整備も重要である。

(雇用管理)

○ 労働基準法違反事業者比率は、全産業平均が 68.5%であるのに対し、社会福祉は 77.5%と高い水準にあり、介護サービス事業者による雇用管理の取組を促進するという観点から、その労働法規遵守のための具体的な取組を検討する必要がある。

○ 労働法規に違反して罰金刑を受けている事業者や労働保険料を滞納し

ている事業者については介護保険法上の指定拒否を行うようにするとともに、指定事業者が労働法規に違反して罰金刑を受けた場合は指定を取り消すことができるようにすることを検討すべきである。その際、介護サービスの提供方法が夜間を通じて行われたり、勤務先利用者宅を移動して行われたりする形態であるために、労働基準法等の遵守が強く求められている事業であることや、他の制度との関係に十分留意して、介護保険法にこのような規定を設ける理由について、十分な説明が必要である。

また、介護職員等の多様な働き方に対応する労働法規等のあり方も検討する必要があるとの意見があった。

（キャリアアップの取組）

- 事業者による介護職員のキャリアアップの取組の充実・強化を推進する必要がある。まずは、本年 10 月に始めた介護職員処遇改善交付金のキャリアパス要件を定着させることが必要であるが、さらに将来において介護人材の不足が見込まれる中で、より質の高い介護人材を育成するために、ホームヘルパーの研修体系と介護福祉士の養成課程との整合性の確保を図っていくべきである。

（医療的ケア）

- 前述のとおり、今後、さらに医療ニーズが高い者が増加することや、より安全なケアを実施するため、たんの吸引等を介護福祉士や一定の研修を修了した介護職員等が行えるよう、介護保険制度の改正と併せて法的措置整備を行うべきである。
- こうした医療的ケアが実現可能となれば、たんの吸引等が必要な要介護者が在宅、特養、グループホーム等で生活を継続することが可能となり、効率的なサービス提供体制の構築にも資すると考えられる。あわせて、介護職員の処遇の改善にもつなげていくことが期待される。

4 給付と負担のバランス

（給付と負担の見直し）

- 現在 65 歳以上の介護保険料は一人当たり平均月 4,160 円であるが、これは保険料上昇を抑制するための特例交付金や市町村準備基金の取崩によって約 400 円程度抑制された結果であり、さらに介護職員処遇改善交付金や 16 万床の緊急基盤整備の効果、高齢化に伴う給付費の増加を踏まえると、平成 24 年度には全国平均で 5,000 円を超えることが見込

まれている。

~~保険料負担は月 5,000 円が限界との意見もあり、今回、給付の適正化や、利用者の負担の見直しに取り組むことなく、保険料が 5,000 円を超えてしまうことは、制度への信頼の上で望ましくない。~~

~~そのため、~~サービスの提供に伴う必要な負担については被保険者に求めざるを得ないとしても、保険料は月 5,000 円が限界との意見もあり、次期介護保険事業計画が始まる平成 24 年度において、介護保険料の伸びをできる限り抑制するよう配慮することも必要である。

- 将来にわたって安定的に制度を運営し、また、高齢者の暮らしを支えるために必要な給付の拡充をする際には、平成 22 年 6 月 22 日に閣議決定された「財政運営戦略」に記されたペイアズユーゴー（pay as you go）原則に則って、必要な負担増に見合った財源を確保することが求められる。

※「ペイアズユーゴー原則」とは、歳出増又は歳入減を伴う施策の新たな導入・拡充を行う際は、原則として、恒久的な財源を確保するものとする考え方。

- なお、ペイアズユーゴー原則の下では、現場ニーズに見合った給付の議論が難しい等の意見もあった。

- このように、今後も給付の充実やそれに伴う保険料の上昇が見込まれることに加えて、とりわけ、第 5 期介護保険事業計画期間に向け、介護職員の処遇改善の継続と地域包括ケアシステムの確立等のための給付の充実等を図る要請にこたえるためには、介護保険制度の中で、給付の効率化・重点化及び財源の確保を進めていくことが必要である。その際、今後とも給付の増加に対応した更なる負担を、制度を支えるそれぞれの方にお問い合わせざるを得ない以上、より公平、公正な負担制度の下で、第 1 号被保険者、第 2 号被保険者それぞれが応分の負担を行っていくことが必要である。

（総報酬割）

- 現在の 40～64 歳が負担する第 2 号保険料は、その加入する医療保険の加入者数に応じて負担金が決めている。このため、総所得の高い医療保険者は低い保険者と比較して、総所得に対する介護保険料の割合が低率となっている。
- 介護保険制度において、被用者保険の第 2 号被保険者の保険料について、被用者保険間の負担の公平性を図る観点から総報酬割を導入する必

要があるとの意見があった。

また、現在の介護報酬における地域係数は、都市部の介護従事者の賃金水準を反映していないという意見もあり、比較的所得の高い都市部の第2号被保険者に負担能力に応じた保険料負担を求めることにより、地域係数を見直し、都市部の介護従事者の賃金引き上げに充当することが必要であるとの意見があった。

一方で、総報酬割の導入については、従来の保険料負担の基本的な考え方と仕組みのルールを大きく変更するものであり、十分な議論なく、財源捻出の手段として導入しようとすることに対して、強い反対意見があった。また、利用者負担の見直し等の必要な見直しを行うことなく、これを導入することについて慎重な対応を求める意見があった。

（財政安定化基金）

- 都道府県に設置されている財政安定化基金については、都道府県が基金の一部を拠出者に返還することが適切と判断した場合に、基金規模を縮小できるようなその基金の取り崩しが可能となる見直しを行うよう会計検査院から平成20年に指摘されている。制度創設当初においては、介護給付費の推移を予測することが困難であったが、昨今給付費の推移が安定していることを踏まえ、本来の基金の目的に支障を来すことのないよう、必要な額を確保した上で、基金の取り崩しを行い、保険料の軽減に活用できるようにするなどのできるよう法的整備を検討すべきとの意見があったる必要がある。一方、財政安定化基金を保険料の軽減に活用することに対し、慎重に対応すべきとの意見があった。

（公費負担のあり方）

- 介護保険制度は、その半分を保険料により賄い、給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用してきた。介護保険料収入はこの10年間で約120%上昇しており、これは住民が地域の介護サービスの拡大のために給付に相応する保険料を負担することを選択してきた結果である。
- 今回の部会の議論においては、今後の保険料の上昇を懸念して、公費負担割合を増加させるべきであるとの意見や調整交付金を国庫負担25%と別のものとして外枠化すべきとの意見があった。

○ しかし、一方では、

- ・ 公費負担割合が増えれば増えるほど、財政事情の影響を制度が受けやすくなり、住民の納得の下で、必要なサービスを整備し、またそれに見合った負担を行うという社会保険制度の利点を失うのではないか、
- ・ 公費負担を引き上げることで一時的に保険料の上昇を抑制できても、今後要介護者のさらなる増加等によって給付が増加すれば、やはり保険料の上昇は避けることはできないので根本的な問題の解決にならないのではないか、

との意見もあった。

○ 今回の改正においては、安定した財源が確保されない以上、公費負担割合を見直すことは困難であるが、今後、公費負担のあり方を議論するに当たっては、こうした社会保険方式によるメリットや被保険者の負担能力といった点を考慮して検討を行うべきである。さらに、

- ・ 単に公費負担割合を増加させるべきなのか、低所得者への負担軽減策として活用すべきなのか、さらに、保険給付の範囲を限定した上で福祉施策として公費によるサービスを拡充すべきか
- ・ より一層地方が主体的に介護保険制度を運営するために、その権限と財政負担の分担をどのように考えるのか

といった視点からも議論を行うべきである。いずれにしても、こうした議論は単に介護保険制度にとどまらず、社会保障と財政のあり方全体の中でも議論していくべき課題である。

社会保障と財政のあり方全体の検討を行う際には、社会保障制度における給付と負担のあり方を総合的に考える視点が必要であり、年金・医療等においてもさらなる負担が求められる中で、介護保険においても現役世代の社会保険料負担が過重になれば、その働く意欲・活力を削ぐ上、雇用にも悪影響を及ぼすとの意見があった。

○ なお、公費負担割合の見直しに際しては、施設、居宅・地域密着型の類型による国と都道府県の負担割合を同じ扱いとすべきであるという意見があった。

(給付の見直し)

~~○ 給付の見直しについては、すでに述べたとおり、居宅介護支援・介護予防支援(ケアプランの作成等)への利用者負担の導入を検討すべきである。~~

- 医療保険においては、現役並み所得の高齢者については利用者負担が3割となっている。介護保険制度においても、限られた財源の中で、高齢者の負担能力を勘案し、所得に応じた負担を求めることが適当であり、一定以上の所得がある者については利用者負担を、例えば2割に2割とする引き上げることを検討すべきである。

一方、介護保険は区分支給限度基準額が設けられているなど、医療保険とは異なる仕組みであり、負担増を求めることには慎重であるべきとの意見があった。

※○ 居宅介護支援・介護予防支援（ケアプランの作成等）及び要支援者・軽度の要介護者にかかる給付の利用者負担については既述のとおり。

※ 補足給付については後述のとおりするが、入居前に同居していた家族の負担能力等を勘案することや、多床室における居住費の見直しを検討すべきである。

○ 給付の見直しについては、すでに述べたとおり、居宅介護支援・介護予防支援（ケアプランの作成等）への利用者負担の導入を検討すべきである。

（被保険者範囲）

- 被保険者範囲については、今後被保険者の保険料負担が重くなる中で、被保険者年齢を引き下げ、一人当たり保険料の負担を軽減すべきではないかとの意見があった。

一方で、被保険者範囲の拡大は、若年者の理解を得ることが困難であり、慎重な検討が必要との意見もあった。

被保険者範囲のあり方については、これまでも介護保険制度の骨格を維持した上で被保険者の年齢を引き下げる方法と、介護を必要とするすべての人にサービスを給付する制度の普遍化の観点から若年障害者に対する給付も統合して行う方法について検討が行われてきたところである。

現在、障害者施策については、内閣府の「障がい者制度改革推進本部」において、議論が行われているところであり、今後は、介護保険制度の骨格を維持した上で、被保険者年齢を引き下げることにについて、十分な議論を行い結論を得るべきである。

なお、現行の第2号被保険者に対する給付に関し、特定疾病による条件の緩和を検討すべきとの意見があった。

5 地域包括ケアシステムの構築等に向けて保険者が果たすべき役割

（介護保険事業計画）

- 従来、介護保険事業計画を策定する際は、主として、当該市町村における高齢者数の伸び等を考慮して将来のサービス量を見込んでいたところである。地域包括ケアの実現のためには、各地域における介護サービスやこれに付随するサービスのニーズを的確に把握し、介護保険事業計画を策定することが求められる。
- 今後、保険者(市町村)は、日常生活圏域ごとのニーズ調査に基づき、必要となるサービスごとの見込みを積み上げて、より精緻な事業計画を作成することが求められている。
- 次期介護保険事業計画を策定する際には、喫緊の課題である認知症について対策の充実を図るため、地域における的確なニーズの把握と対応、サポート体制の整備などについて、地域の実情を踏まえ記載していくこととすべきである。また、医療サービスや高齢者の住まいに関する計画と調和の取れたものとし、在宅医療の推進や高齢者に相応しい住まいの計画的な整備に関する事項等について、地域の実情に応じ記載していくことが求められている。
- また、介護保険制度は、国民の理解と納得があってはじめて成り立つものであり、介護保険制度の理念とルールについて、利用者やその家族だけでなく、広く住民に周知・定着されるよう国や自治体が積極的な取組を進めていくべきである。

（地域ニーズに応じた事業者の指定）

- 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型居宅介護は、夜間における対応が必要となることや、事業規模がある程度限られていることから、経営基盤が不安定となるおそれがある。地域に根ざして安定的にサービス提供を行うことを促進する観点から、その普及促進策を積極的に講じる必要がある。
- このため、市町村の日常生活圏域ごとのニーズ調査に基づき、当該圏域内で必要なサービス量を踏まえた事業者の指定を行う裁量を保険者に付与し、事業者にとっても安定的にサービス提供できる体制を構築すべきである。
- このような観点に立って、地域密着型サービスについては、市町村が

安定的なサービスの提供を確保できるよう、サービスの質の確保など一定の条件を課した上で、申請に基づく指定に代えて、公募を通じた選考により、事業者の指定を行えるよう検討する必要がある。

- また、都道府県指定の居宅サービス等と市町村指定の地域密着型サービスが、地域でそれぞれ整備され、サービスを提供することとなるため、市町村が希望する場合には、居宅サービス等の指定に際し、都道府県が関係市町村に協議を行うこととし、都道府県は、市町村との協議内容を踏まえて、指定の是非を判断し、市町村の介護保険事業計画の策定・達成に当たり支障があると判断した場合は、指定を拒否できる仕組みを導入することを検討すべきである。

- なお、現行の施設・居住系サービスの定員設定と指定拒否の仕組み（いわゆる「総量規制」）については、保険者が地域の高齢者のニーズを踏まえて施設・居住系サービスの基盤を一体的かつ計画的に整備するために有効に機能している重要な制度であり、今後も現行制度の規制の内容や対象をそのまま維持する必要がある。

また、地域密着型サービスについて、市町村の境界付近にある事業所を、隣接する市町村の住民も活用できるよう、指定事務の簡素化等近隣市町村の協力・連携を図る方策を推進すべきである。

（保険者独自の介護報酬の設定）

- 平成 18 年度より、地域密着型サービスについては、介護報酬を減額する仕組みが導入されるとともに、平成 19 年 10 月から、厚生労働省の許可を得て報酬を増額できる仕組みが導入されたところである。市町村の独自の取組をさらに推進するため、独自報酬の設定について、一定の範囲内で厚生労働大臣の許可を得ることなく、増額報酬を認めるなど、財源負担に配慮しつつ、保険者の裁量をより拡大することを検討すべきである。

（地域主権）

- 介護保険制度については、制度創設以来「地方分権の試金石」として市町村自ら保険者となり保険制度を運営するなど地方が主体的な役割を果たしてきた。また、平成 22 年 6 月 22 日に閣議決定された地域主権戦略大綱に基づき、指定都市及び中核市に介護保険事業者の指定権限を移譲することとしている。さらに、今回の改正においても、上述のとおり地域密着型サービスに係る市町村の権限を拡大する方向で検討するよう提言している。地方分権改革推進委員会第一次勧告（平成 20 年 5 月

28 日)において指摘されたすべての介護保険サービスの事業者の指定の市への移譲については、提言を踏まえた見直しの実施状況を踏まえつつ、引き続き検討すべきである。

6 低所得者への配慮

(補足給付)

- 前回改正において、施設と在宅の間の利用者負担の不均衡是正の観点から、施設における食費・居住費は介護保険給付の対象外としたところである。上記の見直しに当たっては、補足給付が導入され、低所得者の負担が軽減されている。
- 補足給付については、低所得者に対する食費・居住費の補助は、要介護・要支援状態の発生という保険事故に対する給付ではなく、あくまで低所得者対策であるとの観点から、全額公費負担の福祉的な制度とすべきとの意見があった。現在の国及び地方の財政状況を踏まえると、ただちに全額公費により補足給付を賄うことは困難であるが、将来的な補足給付のあり方について、社会保障と財政のあり方全体の議論と併せて、引き続き検討することが必要である。
- こうした中、今回の介護保険制度改革においては、前回改正の趣旨や低所得者対策としての補足給付の趣旨に即した見直しを行っていくべきである。

(家族の負担能力の勘案)

- 特養の入所者については、現在、入所者の約 4 分の 3 が補足給付を受給している。しかし、これらの者の中には、入所前に同居していた家族に負担能力がある場合や、入所者自身が資産を保有しているケースがある。このため、補足給付の低所得者対策としての趣旨を徹底する観点から、保険者の判断により、施設入所者について可能な範囲で家族の負担能力等を把握し、それを勘案して補足給付の支給を判断することができる仕組みとすべきである。

(ユニット型個室の負担軽減等)

- ユニット型個室については、低所得者の負担が大きく入所が困難であるとの指摘があることから、社会福祉法人による利用者負担軽減や補足給付の拡充により、その一部を軽減すべきである。その際、生活保護受給者もユニット型個室へ入所が可能となるよう検討すべきである。

養護老人ホームについても、個室化の推進のため、自治体の状況を踏まえて検討を行う必要がある。

- グループホームについては、補足給付の対象ではないが、地域によっては利用者負担が著しく高く、低所得者の利用を妨げていることから、地域で暮らす認知症を有する人を支援する視点に立って、何らかの利用者負担軽減措置を検討すべきではないかとの意見があった。

なお、介護保険施設と同様に介護保険給付としてグループホーム利用者に対する補足給付を行うべきとの意見もあった。

（多床室の給付範囲の見直し）

- 一方、前回の改正において、個室については、居住部分の減価償却費と光熱水費が保険給付の対象外となったが、多床室については光熱水費のみが保険給付の対象外とされた。この結果、多床室の介護報酬が、従来型個室の報酬よりも高い設定となっている。今後、利用者負担について、更なる在宅との均衡を図るため、多床室についても、低所得者の利用に配慮しつつ、減価償却費を保険給付対象外とする見直しが必要である。

○ 多床室の減価償却費を利用者負担とすることについては、その居住環境を考慮し、居住費については現状の光熱水費相当を維持すべきであるとの意見があった。

（高齢者の保険料負担の軽減）

- 65 歳以上の第 1 号保険料については、これまで課税対象者については、保険者の判断により、被保険者の所得状況に応じ、きめ細かな保険料段階を設定することが可能となっている。一方、住民税世帯非課税の低所得者に対する保険料については、段階設定が固定されているところである。これを地域の実情に応じ低所得者に対するきめ細やかな配慮を行う観点から、弾力的に段階設定を行うことができるよう見直しを行う必要がある。

- 今後、介護基盤の整備や介護職員の処遇改善により、保険料の急激な上昇が見込まれるところである。市町村においては、第 4 期介護保険事業計画の策定の際と同様に、準備基金の取り崩しなどの取組も講じることとなると想定されるが、これらに加え、保険料の急激な上昇に対応するため、財政安定化基金の取り崩しにより、財源の範囲内で保険料の軽減を図ることを検討すべきとの意見があった。 一方、財政安定化基金の

適正規模や保険料の軽減に活用することについて、慎重に検討すべきとの意見があった。

IV 今後に向けて

- 今回の介護保険制度改革においては、第５期に向けて、地域包括ケアを推進するために、
 - ・ 訪問介護と訪問看護の連携の下で行う 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設、
 - ・ 介護保険事業計画における医療サービスや住まいに関する計画との更なる連携
 - ・ 利用者負担や保険料の見直し

などを盛り込んだところである。これらの施策に加え、医療と介護の連携を一層実行あるものにしていくためには、平成 24 年度施行の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けてさらにそれぞれの役割分担や関係職種の連携、サービスの調整などについて、今後さらに議論を進める必要がある。

- 公費負担割合の見直し、地域支援事業の財源構成、補足給付の公費化など介護保険制度と公費の在り方については、社会保障と財政の在り方全体の中での課題として、引き続き検討を行っていく必要がある。

○ さらに、本部会では、主として当面の法改正事項を中心に議論が進められてきたことから、今後、「社会保険」「保健制度」「福祉制度」といった視点で、介護保険制度の機能・役割について議論すべきとの指摘があった。

○ また、介護保険制度が創設されて 10 年が過ぎ、制度自体が複雑化され、利用者や家族にとって分かりにくいシステムとなっているとの指摘もあり、今後、制度改正を進めていく際は、できるだけ利用者や家族に分かりやすく、利用しやすい制度となるよう、配慮していくべきである。

「介護保険制度に関する世論調査」について

■調査対象 全国20歳以上の者 5,000人
有効回収数 3,272人（回収率 65.4%）
調査期間 平成22年9月16日～10月3日（調査員による個別面接聴取）

■調査項目 1 高齢者介護に対する不安感等について
2 在宅介護，施設介護に関する意識について
3 介護保険制度について
4 行政に対する要望について

■調査結果の主な特徴

- 介護保険制度導入による効果については、「良くなったと思う」と回答した者が過半数（51.3%）を超えた。
- 自分自身に介護が必要となったときに困る点としては、「家族に肉体的・精神的負担をかけること」（73.0%）とする意見が一番多く、次に「介護に要する経済的負担が大きいこと」（60.1%）が挙げられている。
- 介護を受けたい場所については、「現在の住まいで介護を受けたい」と考えているものが最も多くなっており（37.3%）、その理由として「現在の住まいで生活を続けたいから」を挙げる者が一番多い（82.8%）。なお、この際の介護の形態については、家族介護と外部の介護サービスの組み合わせを望むものが73.9%となっている。
- 介護サービスを充実させた際の費用負担について、公費（税金）負担の引き上げを挙げる者が41.3%、負担割合は変えず公費・保険料・利用者負担のそれぞれの負担を引き上げるとする者が21.9%となっている。
- 今後の行政に対する要望としては、「介護人材確保のために、賃金アップなどの処遇改善」（52.0%）、「認知症の人が利用できるサービスの充実」（48.3%）、「24時間対応の在宅サービスの充実」（47.7%）に対する意見が多い。

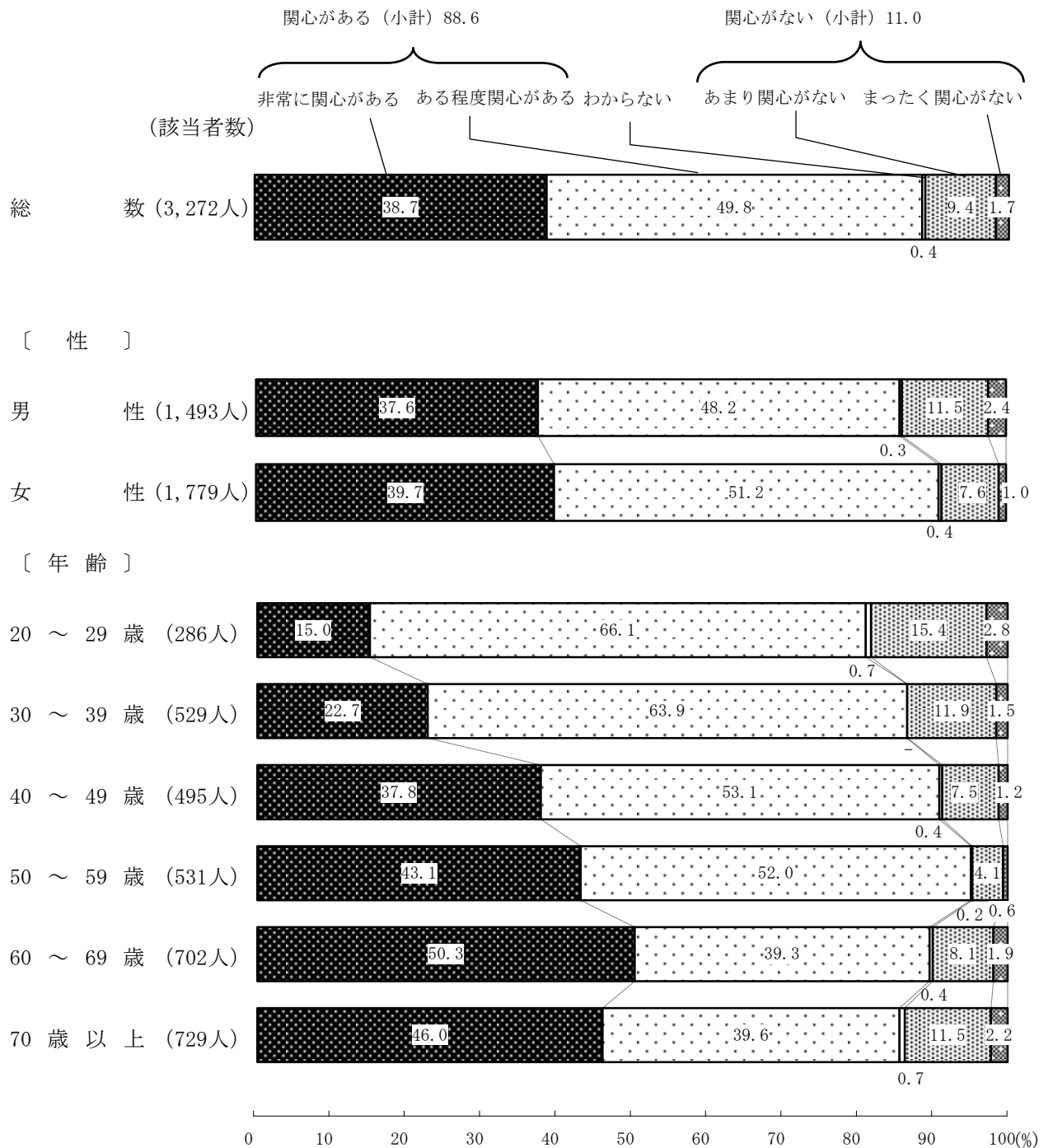
※ 当該世論調査は、内閣府において実施・公表されたものである。

1 高齢者介護に対する不安感等について

(1) 超高齢社会到来への関心

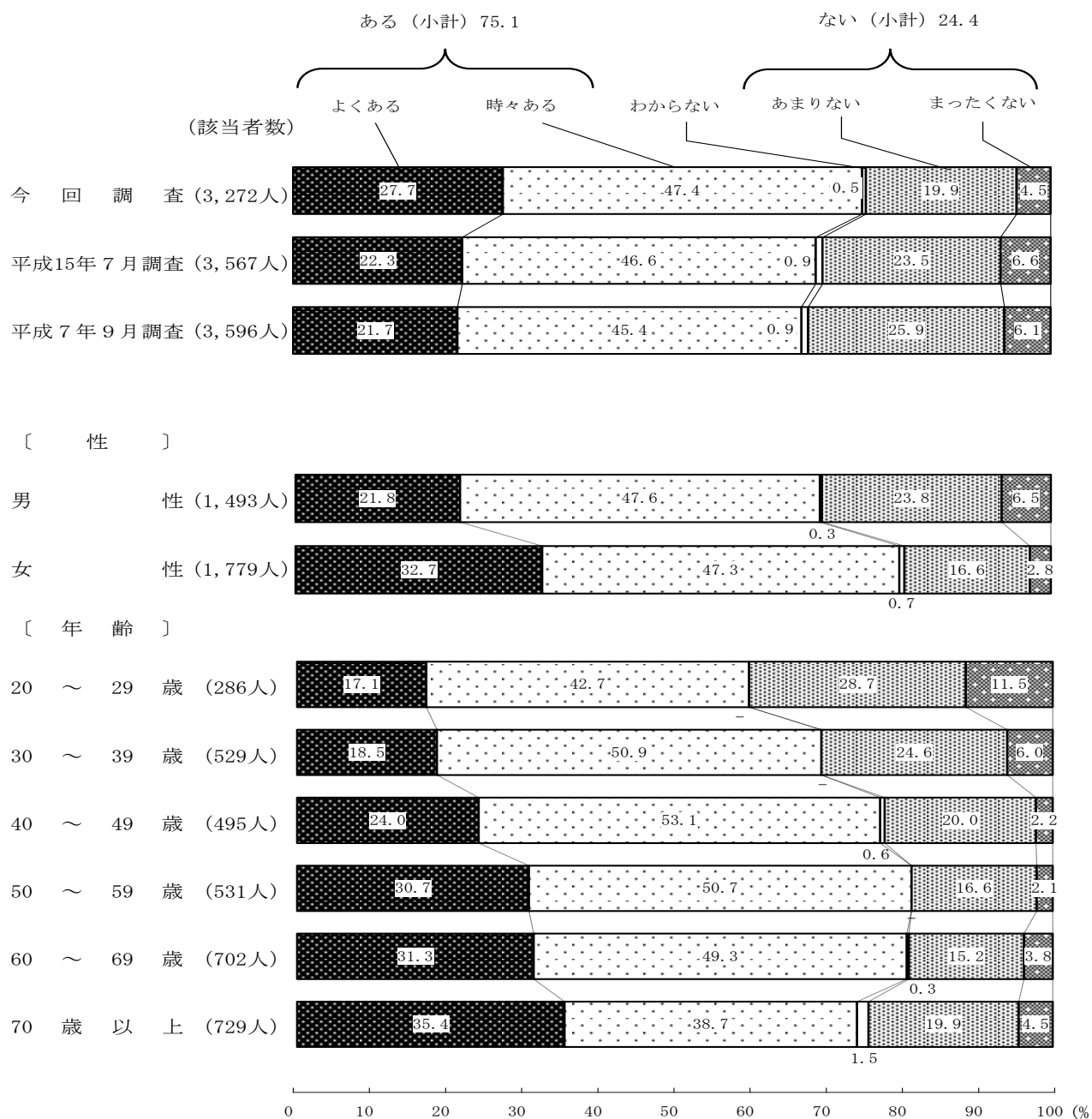
平成 22 年 9 月

・ 関心がある（小計）	88.6%
・ 非常に関心がある	38.7%
・ ある程度関心がある	49.8%
・ 関心がない（小計）	11.0%
・ あまり関心がない	9.4%
・ まったく関心がない	1.7%



(2) 自分自身が要介護者になる不安の有無

	平成 15 年 7 月		平成 22 年 9 月
・あ る (小計)	69.0%	→	75.1%
・よくある	22.3%	→	27.7%
・時々ある	46.6%	→	47.4%
・な い (小計)	30.1%	→	24.4%
・あまりない	23.5%	→	19.9%
・まったくない	6.6%	→	4.5%

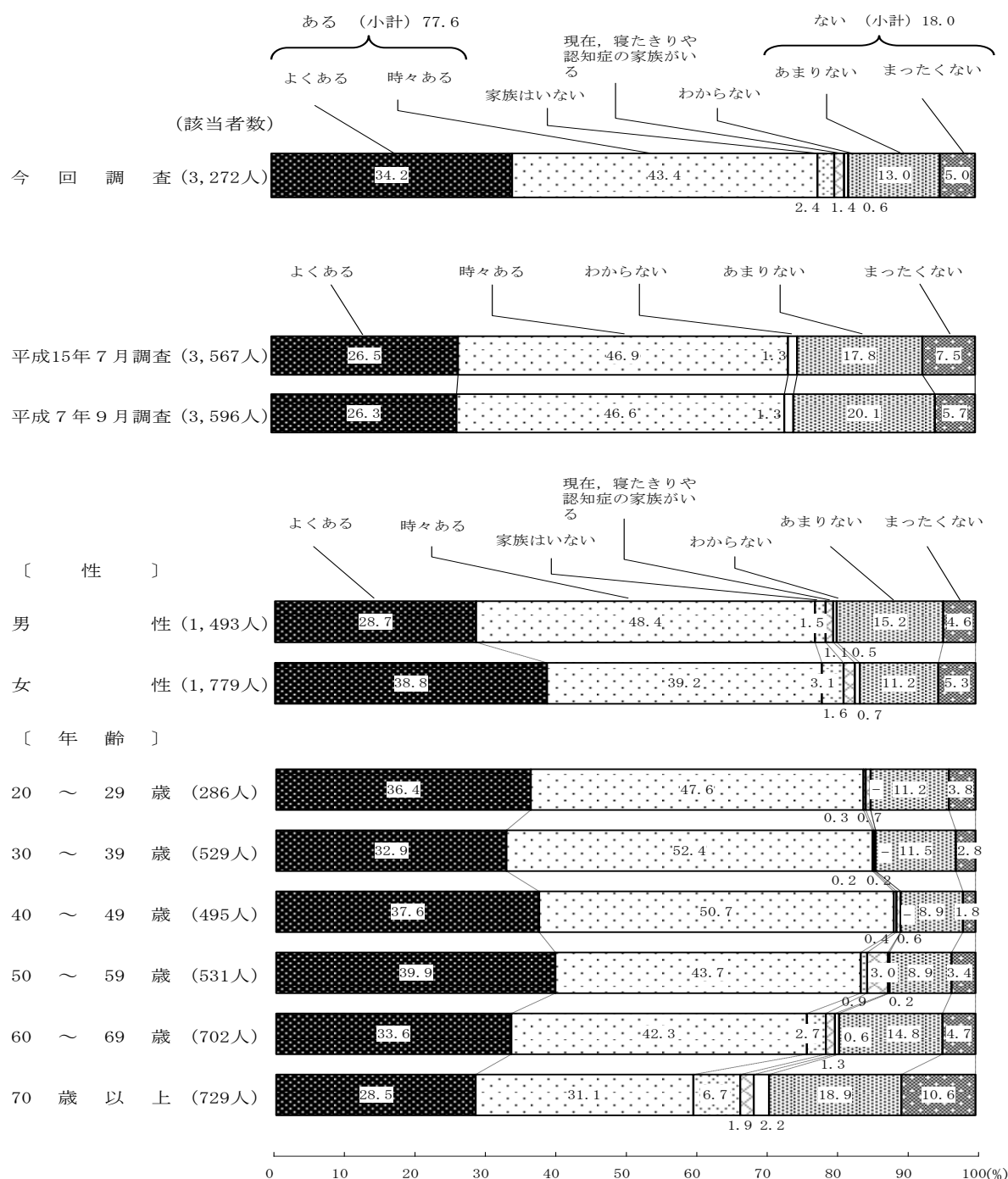


(注1) 平成15年7月調査では、「あなた自身が老後に寝たきりや痴呆になるかもしれないと、不安に思うことがありますか。この中から1つお答えください。」と聞いている。

(注2) 平成7年9月調査では、「あなた自身が老後に寝たきりや痴呆症になるかもしれないと、不安に思うことがありますか。この中ではどうでしょうか。」と聞いている。

(3) 家族が要介護者になる不安の有無

	平成 15 年 7 月	→	平成 22 年 9 月
・あ る (小計)	73.5%		77.6%
・よくある	26.5%		34.2%
・時々ある	46.9%		43.4%
・な い (小計)	25.3%		18.0%
・あまりない	17.8%		13.0%
・まったくない	7.5%		5.0%



(注 1) 今回調査では、「家族がない」、「現在、寝たきりや認知症の家族がいる」は、回答票に列記していない。

(注 2) 平成15年 7 月調査では、「では、あなたご自身ではなく、あなたのご家族が老後に寝たきりや痴呆になるかもしれないと、不安に思うことがありますか。この中から 1 つお答えください。」と聞いている。

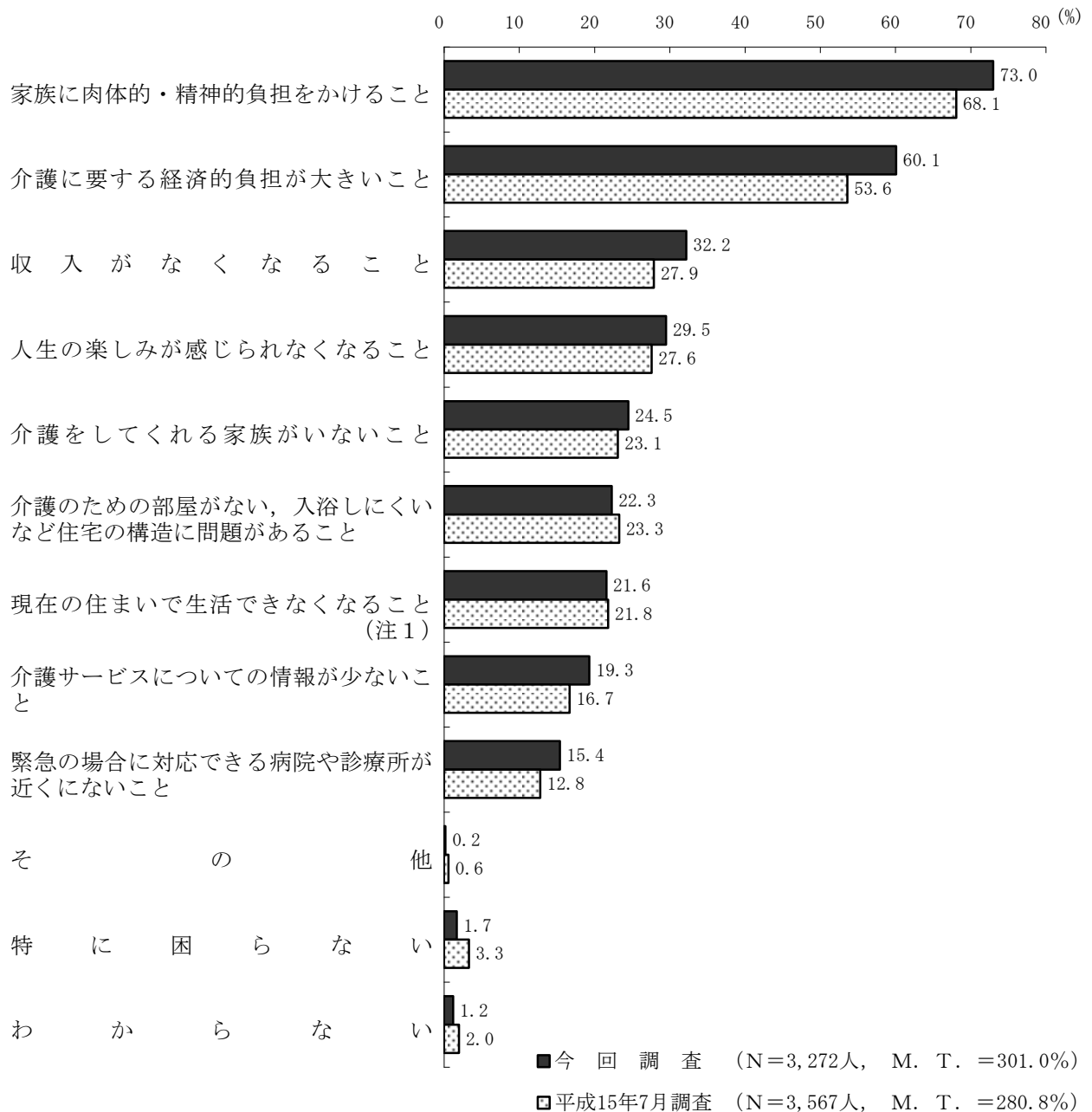
(注 3) 平成 7 年 9 月調査では、「では、あなたご自身ではなく、あなたのご家族が老後に寝たきりや痴呆症になるかもしれないと、不安に思うことがありますか。この中ではどうでしょうか。」と聞いている。

(4) 自分自身に介護が必要となった場合に困る点

(複数回答、上位4項目)

	平成 15 年 7 月		平成 22 年 9 月
・ 家族に肉体的・精神的負担をかけること	68.1%	→	73.0%
・ 介護に要する経済的負担が大きいこと	53.6%	→	60.1%
・ 収入がなくなること	27.9%	→	32.2%
・ 人生の楽しみが感じられなくなること	27.6%	→	29.5%

(複数回答)



(注1) 平成15年7月調査では、「住みなれた自宅で生活できなくなること」となっている。

(注2) 平成15年7月調査では、「仮にあなたが、老後に寝たきりや痴呆になり、介護が必要となった場合、どんなことに困ると思いますか。この中からいくつでもあげてください。」と聞いている。

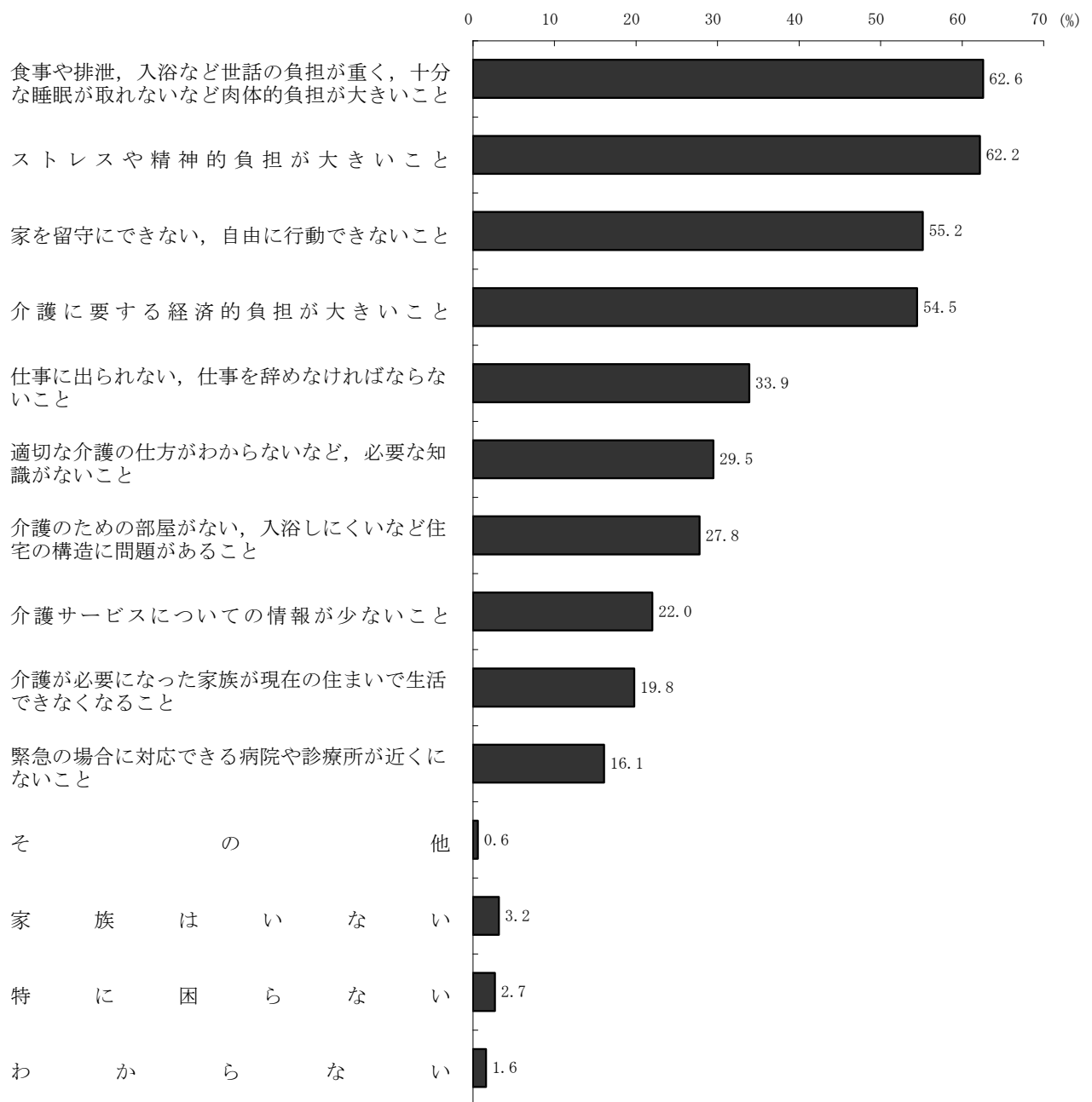
(5) 家族に介護が必要になった場合に困る点

(複数回答、上位4項目)

平成22年9月

- ・食事や排泄、入浴など世話の負担が重く、十分な睡眠が取れないなど肉体的負担が大きいこと 62.6%
- ・ストレスや精神的負担が大きいこと 62.2%
- ・家を留守にできない、自由に行動できないこと 55.2%
- ・介護に要する経済的負担が大きいこと 54.5%

(複数回答)



■ 総数 (N=3,272人, M. T. = 391.5%)

2 在宅介護，施設介護に関する意識について

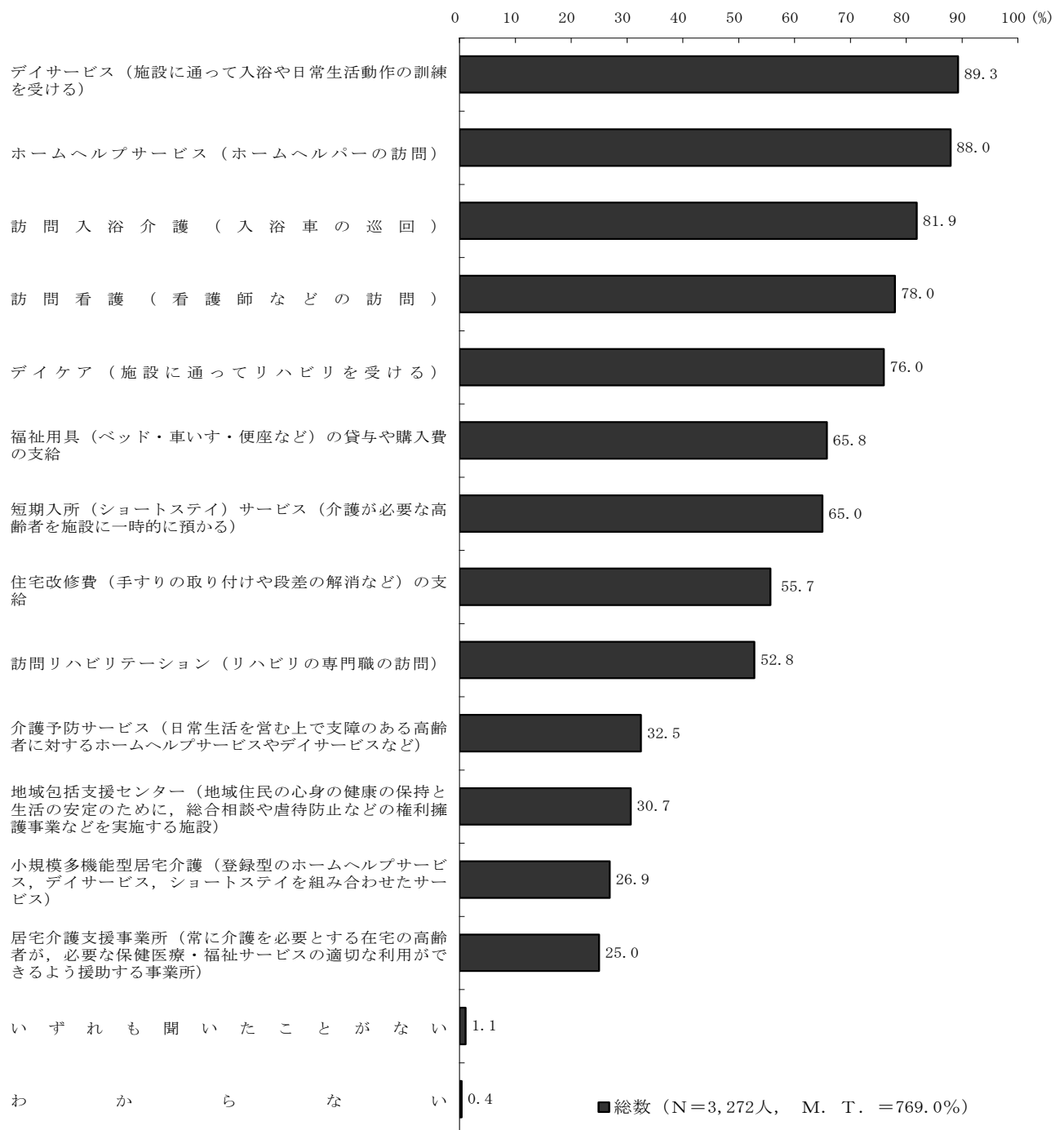
(1) 自宅で受ける介護保険サービスの周知度

(複数回答、上位5項目)

平成22年9月

・デイサービス（施設に通って入浴や日常生活動作の訓練を受ける）	89.3%
・ホームヘルプサービス（ホームヘルパーの訪問）	88.0%
・訪問入浴介護（入浴車の巡回）	81.9%
・訪問看護（看護師などの訪問）	78.0%
・デイケア（施設に通ってリハビリを受ける）	76.0%

(複数回答)

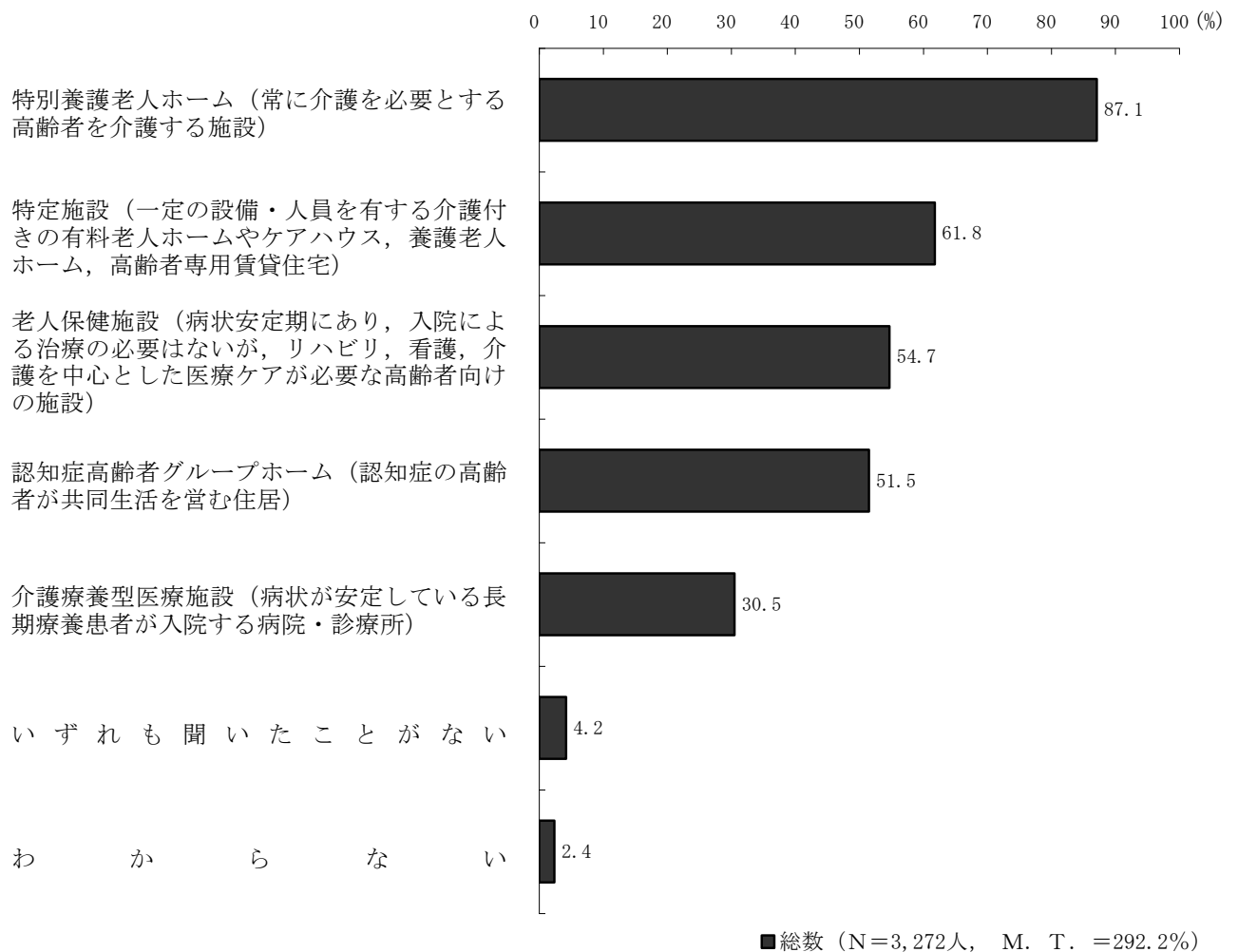


(2) 自宅から住み替えて受ける介護保険サービス施設の周知度 (複数回答、上位4項目)

平成 22 年 9 月

- ・ 特別養護老人ホーム (常に介護を必要とする高齢者を介護する施設) 87.1%
- ・ 特定施設 (一定の設備・人員を有する介護付きの有料老人ホームやケアハウス、養護老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅) 61.8%
- ・ 老人保健施設 (病状安定期にあり、入院による治療の必要はないが、リハビリ、看護、介護を中心とした医療ケアが必要な高齢者向けの施設) 54.7%
- ・ 認知症高齢者グループホーム (認知症の高齢者が共同生活を営む住居) 51.5%

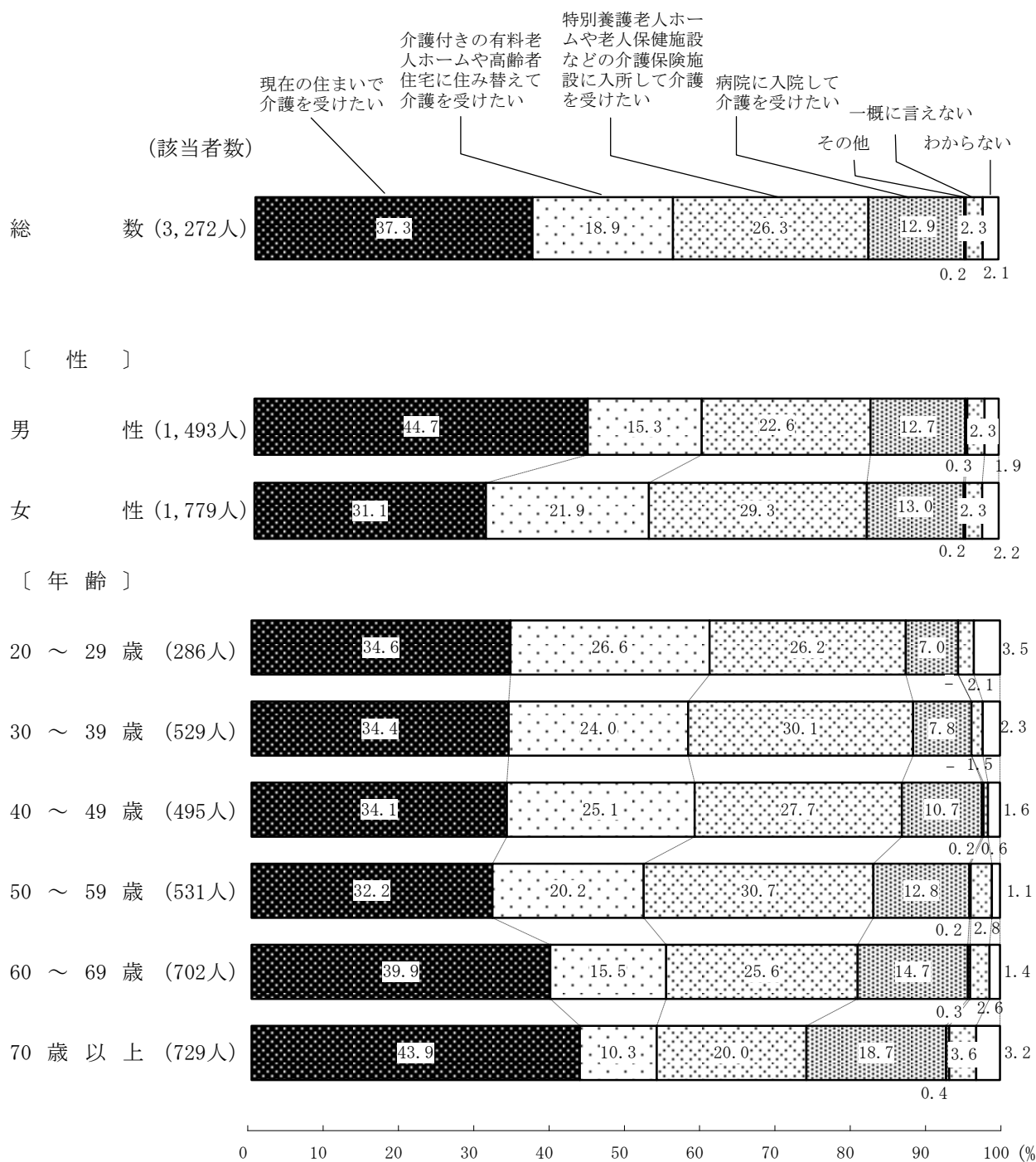
(複数回答)



(3) 自分自身が介護を受けたい場所

平成 22 年 9 月

- ・現在の住まいで介護を受けたい 37.3%
- ・介護付きの有料老人ホームや高齢者住宅に住み替えて介護を受けたい 18.9%
- ・特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設に入所して介護を受けたい 26.3%
- ・病院に入院して介護を受けたい 12.9%



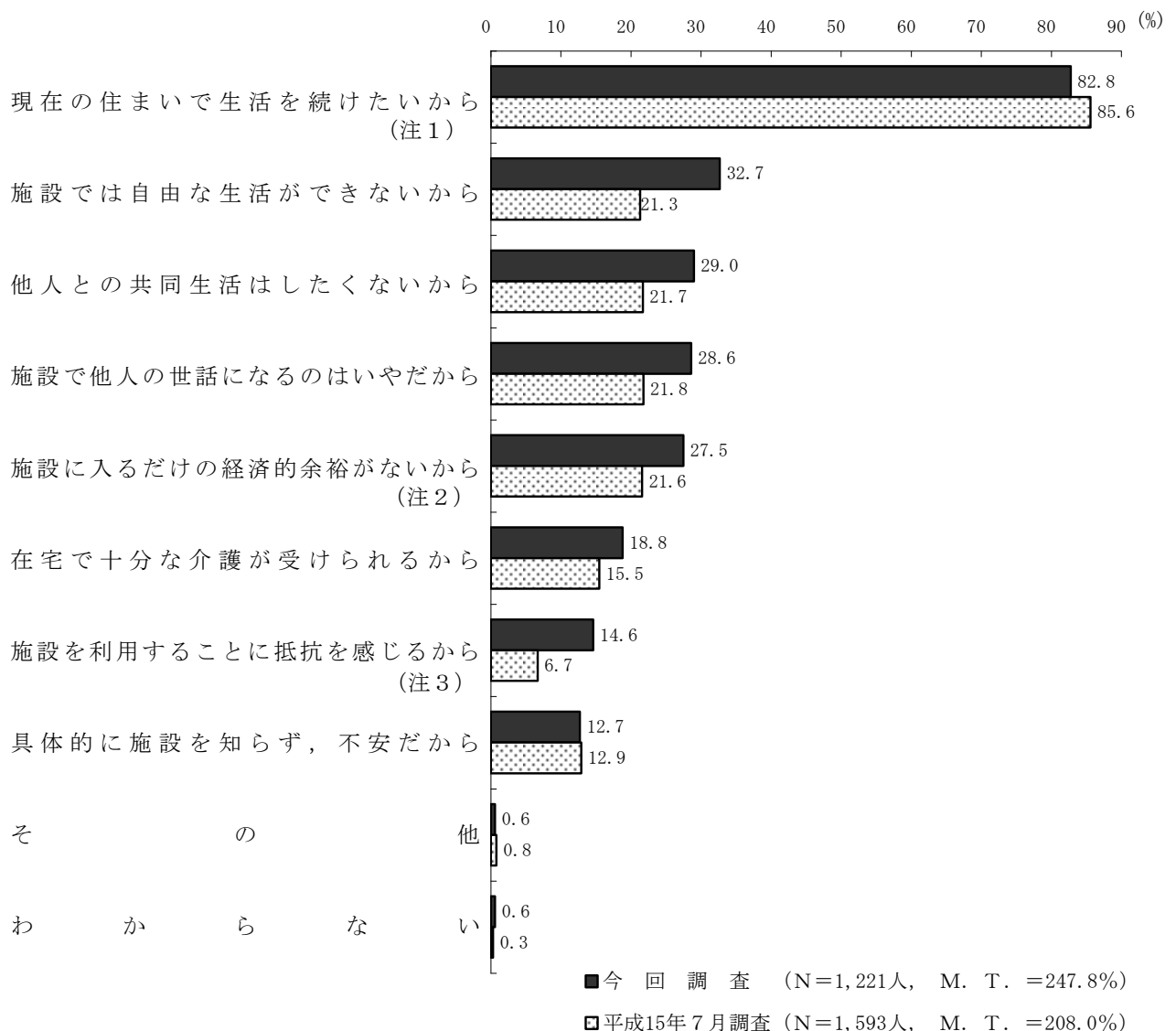
(「現在の住まいで介護を受けたい」と答えた者(1,221人)に)

ア 自宅で介護を受けたい理由

(複数回答、上位5項目)

	平成15年7月		平成22年9月
・現在の住まいで生活を続けたいから	85.6%	→	82.8%
・施設では自由な生活ができないから	21.3%	→	32.7%
・他人との共同生活はしたくないから	21.7%	→	29.0%
・施設で他人の世話になるのはいやだから	21.8%	→	28.6%
・施設に入るだけの経済的余裕がないから	21.6%	→	27.5%

(自分自身が「現在の住まいで介護を受けたい」と答えた者に、複数回答)



(注1) 平成15年7月調査では、「住みなれた自宅で生活を続けたいから」となっている。

(注2) 平成15年7月調査では、「施設に入るだけの金銭的余裕がないから」となっている。

(注3) 平成15年7月調査では、「福祉施設を利用することに抵抗を感じるから」となっている。

(注4) 平成15年7月調査では、「仮に、あなたが老後に寝たきりや痴呆になり、介護が必要となった場合に、どこで介護を受けたいと思うか」について、「可能な限り自宅で介護を受けたい」と答えた者に、「それはなぜですか。この中からいくつでもあげてください。」と聞いている。

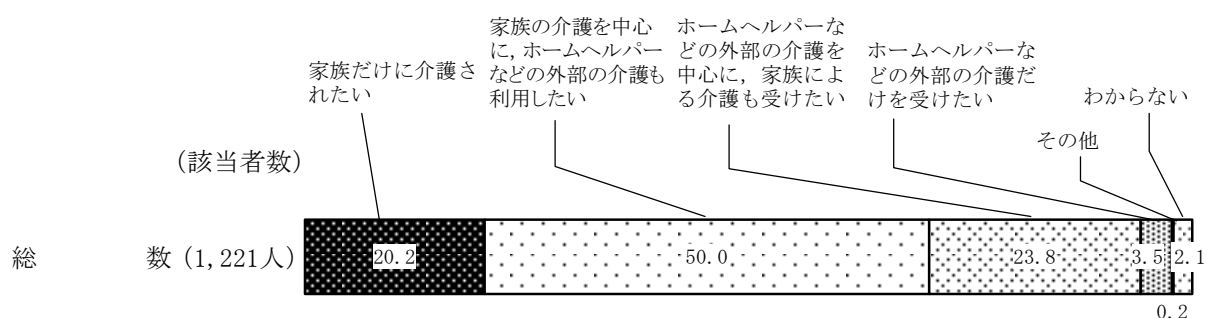
(「現在の住まいで介護を受けたい」と答えた者 (1, 221 人) に)

イ 自宅で受けたい介護形態

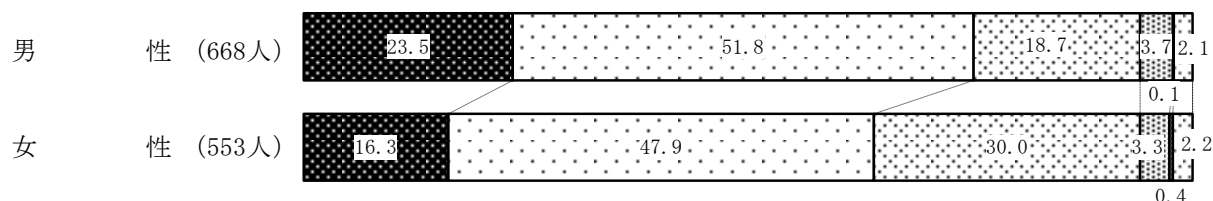
平成 22 年 9 月

- ・ 家族だけに介護されたい 20.2%
- ・ 家族の介護を中心に、ホームヘルパーなどの外部の介護も利用したい 50.0%
- ・ ホームヘルパーなどの外部の介護を中心に、家族による介護も受けたい 23.8%
- ・ ホームヘルパーなどの外部の介護だけを受けたい 3.5%

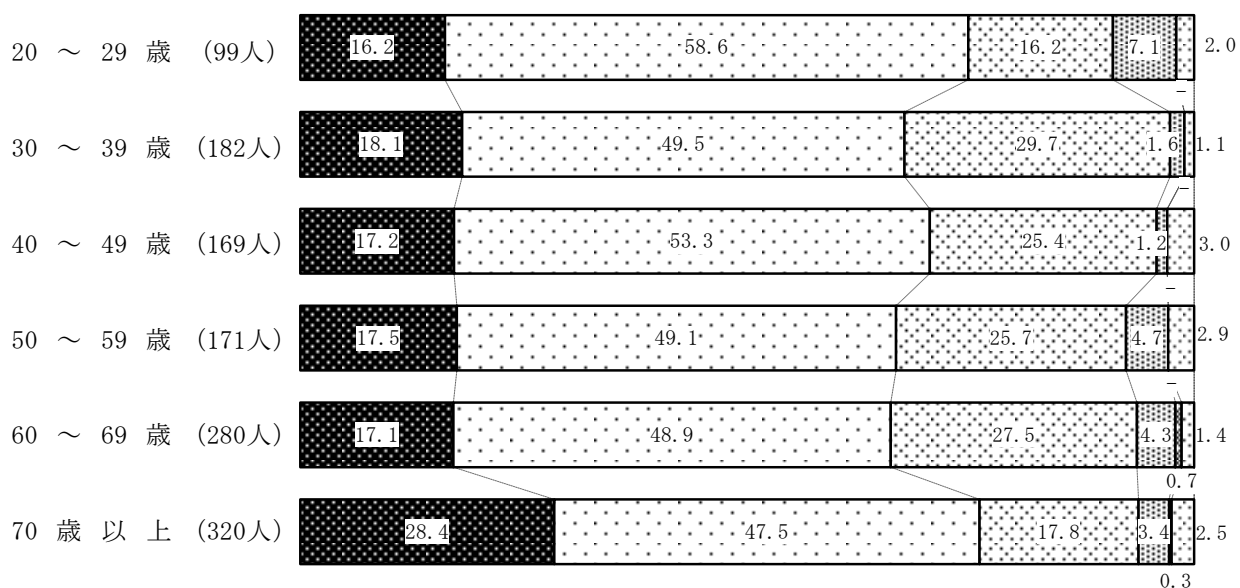
(自分自身が「現在の住まいで介護を受けたい」と答えた者に)



〔 性 別 〕



〔 年 齢 別 〕



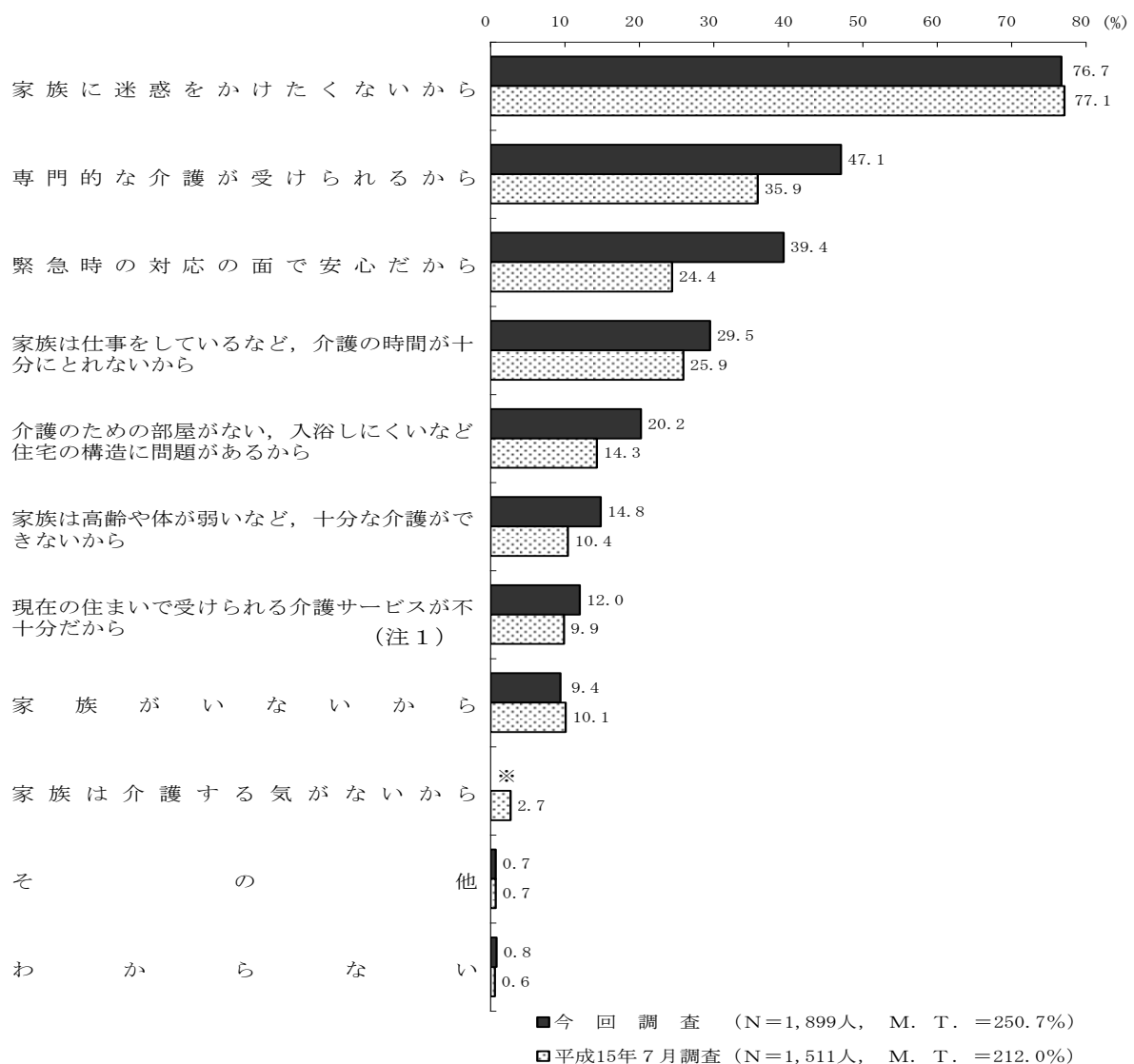
(「介護付きの有料老人ホームや高齢者住宅に住み替えて介護を受けたい」, 「特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設に入所して介護を受けたい」, 「病院に入院して介護を受けたい」と答えた者(1,899人)に)

ウ 介護施設等を利用したい理由

(複数回答、上位4項目)

	平成15年7月		平成22年9月
・家族に迷惑をかけたくないから	77.1%	→	76.7%
・専門的な介護が受けられるから	35.9%	→	47.1%
・緊急時の対応の面で安心だから	24.4%	→	39.4%
・家族は仕事をしているなど、介護の時間が十分にとれないから	25.9%	→	29.5%

自分自身が「介護付きの有料老人ホームや高齢者住宅に住み替えて介護を受けたい」, 「特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設に入所して介護を受けたい」, 「病院に入院して介護を受けたい」と答えた者に、複数回答



(注1) 平成15年7月調査では、「自宅で受けられる介護サービスが不十分だから」となっている。

(注2) 平成15年7月調査では、「仮に、あなたが老後に寝たきりや痴呆になり、介護が必要となった場合に、どこで介護を受けたいと思うか」について、「特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設に入所したい」、「介護付きの有料老人ホームや痴呆性高齢者グループホーム(痴呆の高齢者が共同生活を営む住居)などに住み替えて介護を受けたい」と答えた者に、「それはなぜですか。この中からいくつかもあげてください。」と聞いている。

（「介護付きの有料老人ホームや高齢者住宅に住み替えて介護を受けたい」，「特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設に入所して介護を受けたい」，「病院に入院して介護を受けたい」と答えた者（1,899人）に）

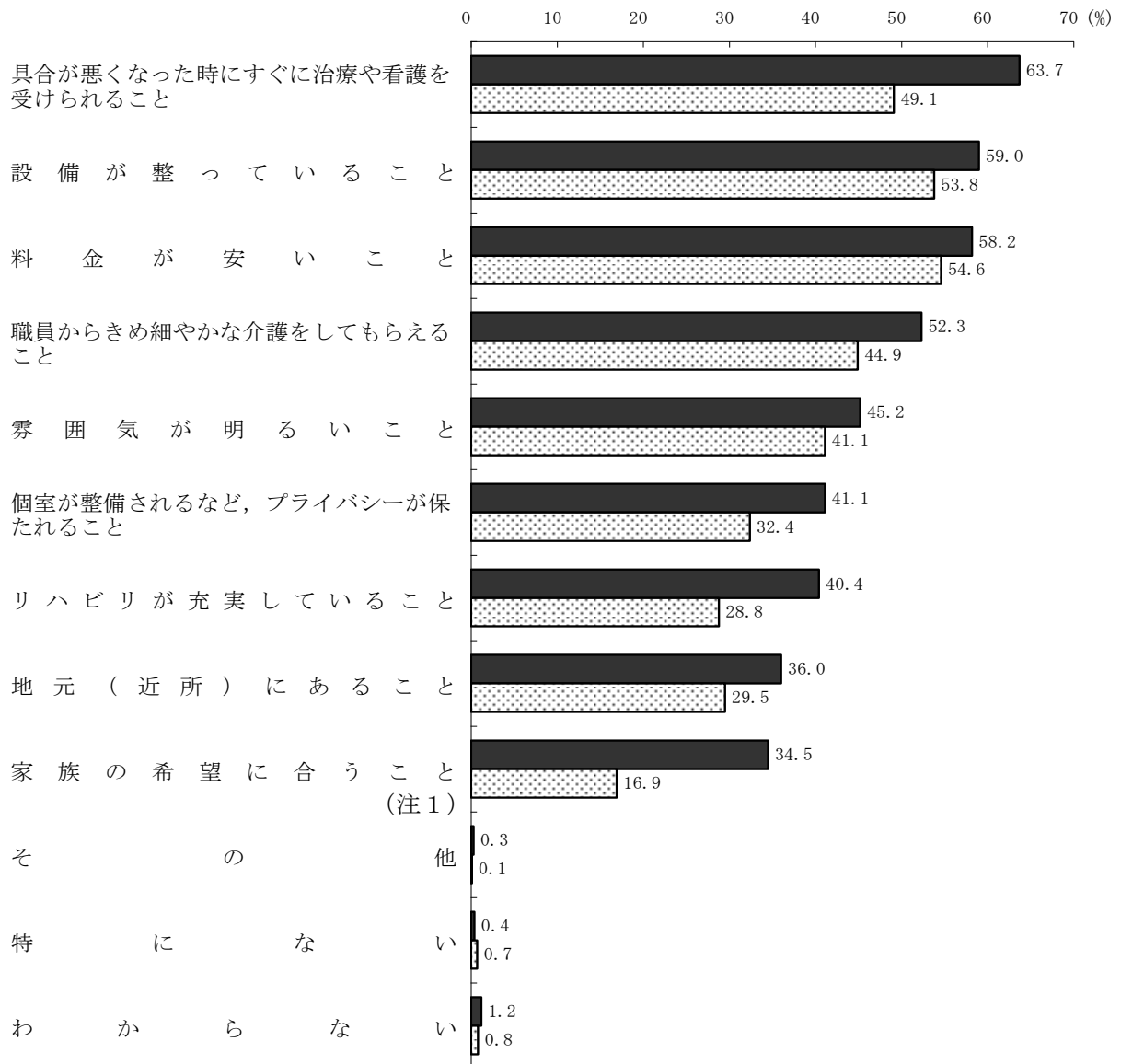
エ 介護施設等を選ぶ際に重視する点

（複数回答，上位4項目）

平成 15 年 7 月 平成 22 年 9 月

・ 具合が悪くなった時にすぐに治療や看護を受けられること	49.1%	→	63.7%
・ 設備が整っていること	53.8%	→	59.0%
・ 料金が安いこと	54.6%	→	58.2%
・ 職員からきめ細やかな介護をしてもらえること	44.9%	→	52.3%

自分自身が「介護付きの有料老人ホームや高齢者住宅に住み替えて介護を受けたい」，「特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設に入所して介護を受けたい」，「病院に入院して介護を受けたい」と答えた者に，複数回答



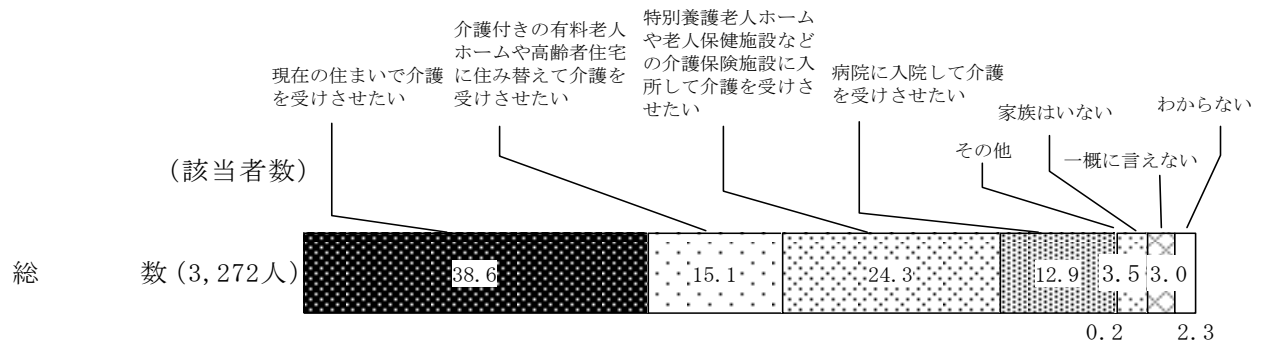
■ 今回調査（N=1,899人，M. T. =432.3%）

□ 平成15年7月調査（N=1,511人，M. T. =352.6%）

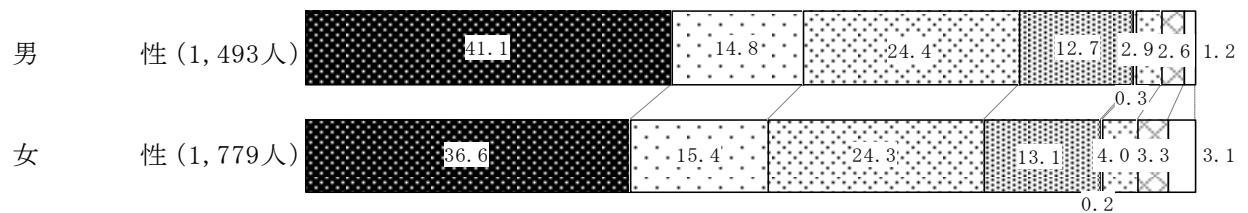
(4) 家族に介護を受けさせたい場所

平成 22 年 9 月

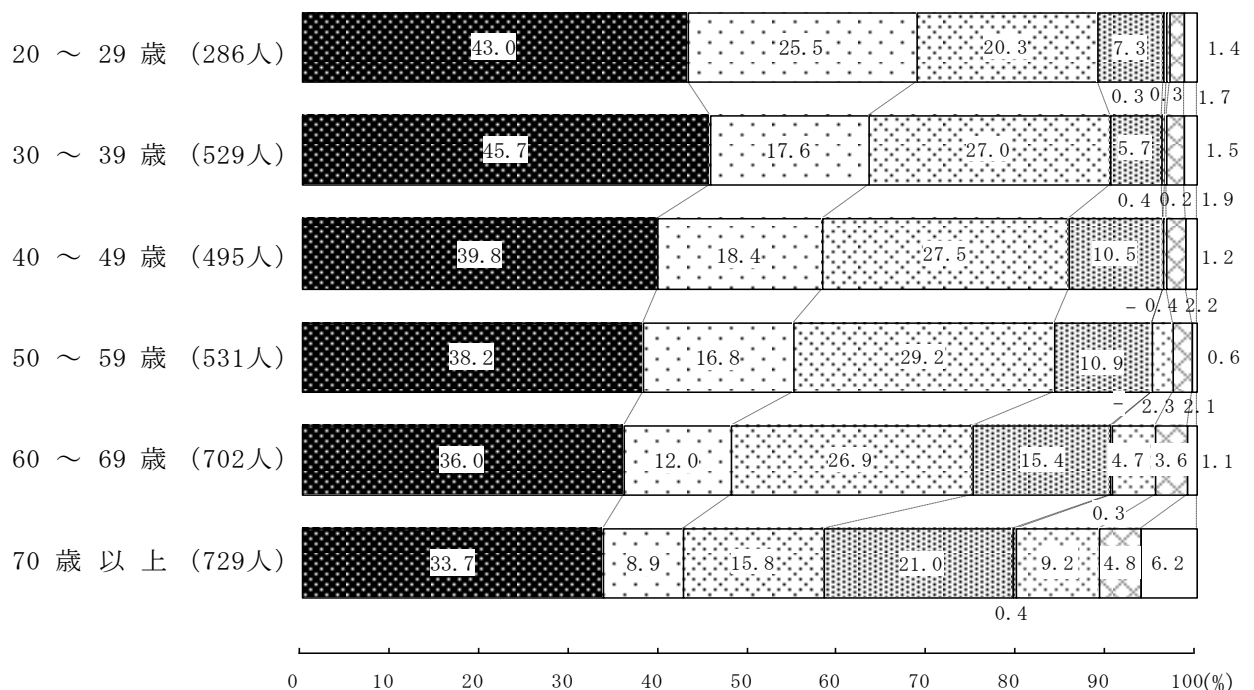
- ・現在の住まいで介護を受けさせたい 38.6%
- ・介護付きの有料老人ホームや高齢者住宅に住み替えて介護を受けさせたい 15.1%
- ・特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設に入所して介護を受けさせたい 24.3%
- ・病院に入院して介護を受けさせたい 12.9%



[性]



[年 齢]



3 介護保険制度について

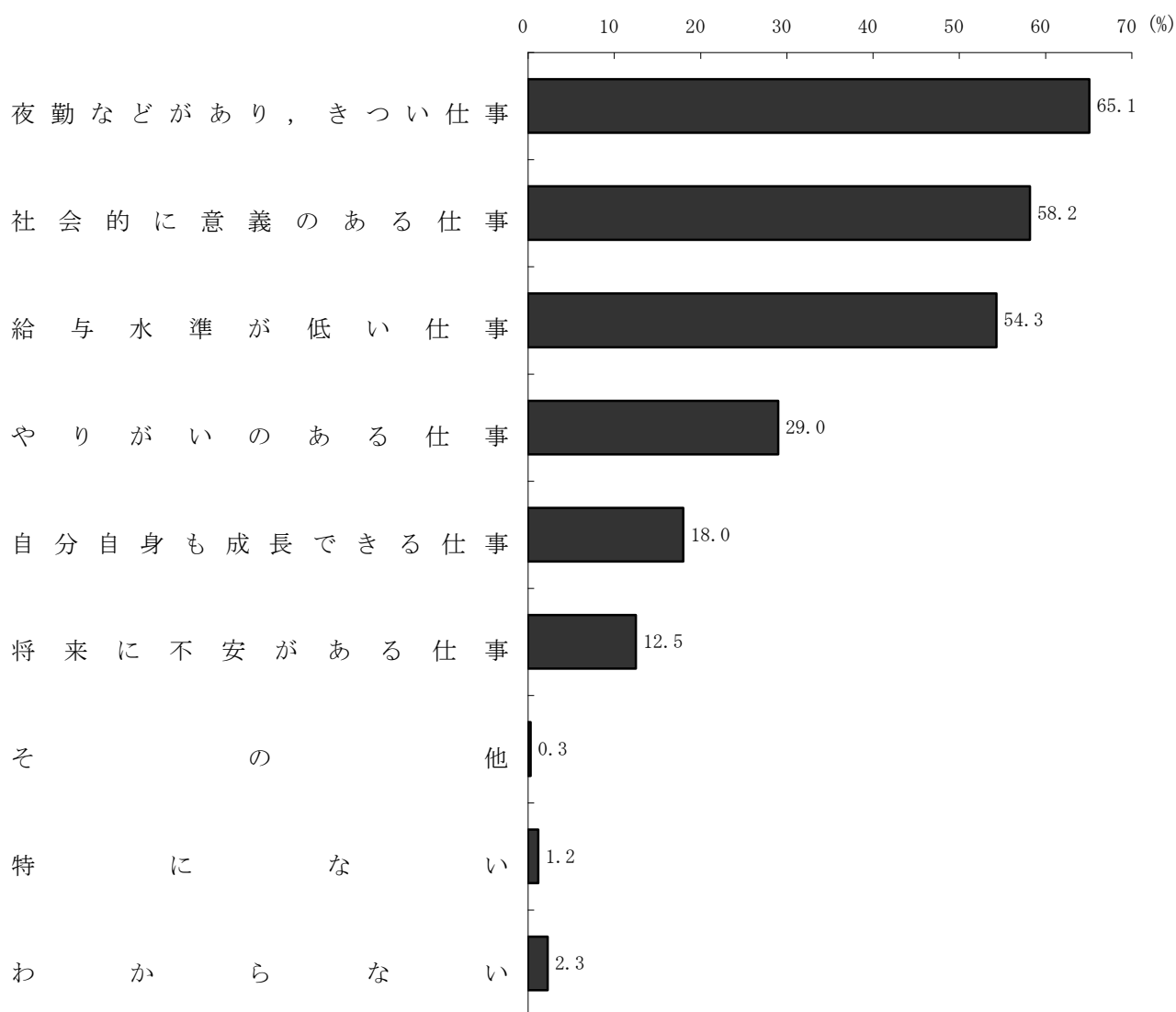
(1) 介護職に対するイメージ

(複数回答、上位4項目)

平成22年9月

・夜勤などがあり，きつい仕事	65.1%
・社会的に意義のある仕事	58.2%
・給与水準が低い仕事	54.3%
・やりがいのある仕事	29.0%

(複数回答)



■総数 (N=3,272人, M.T.=241.0%)

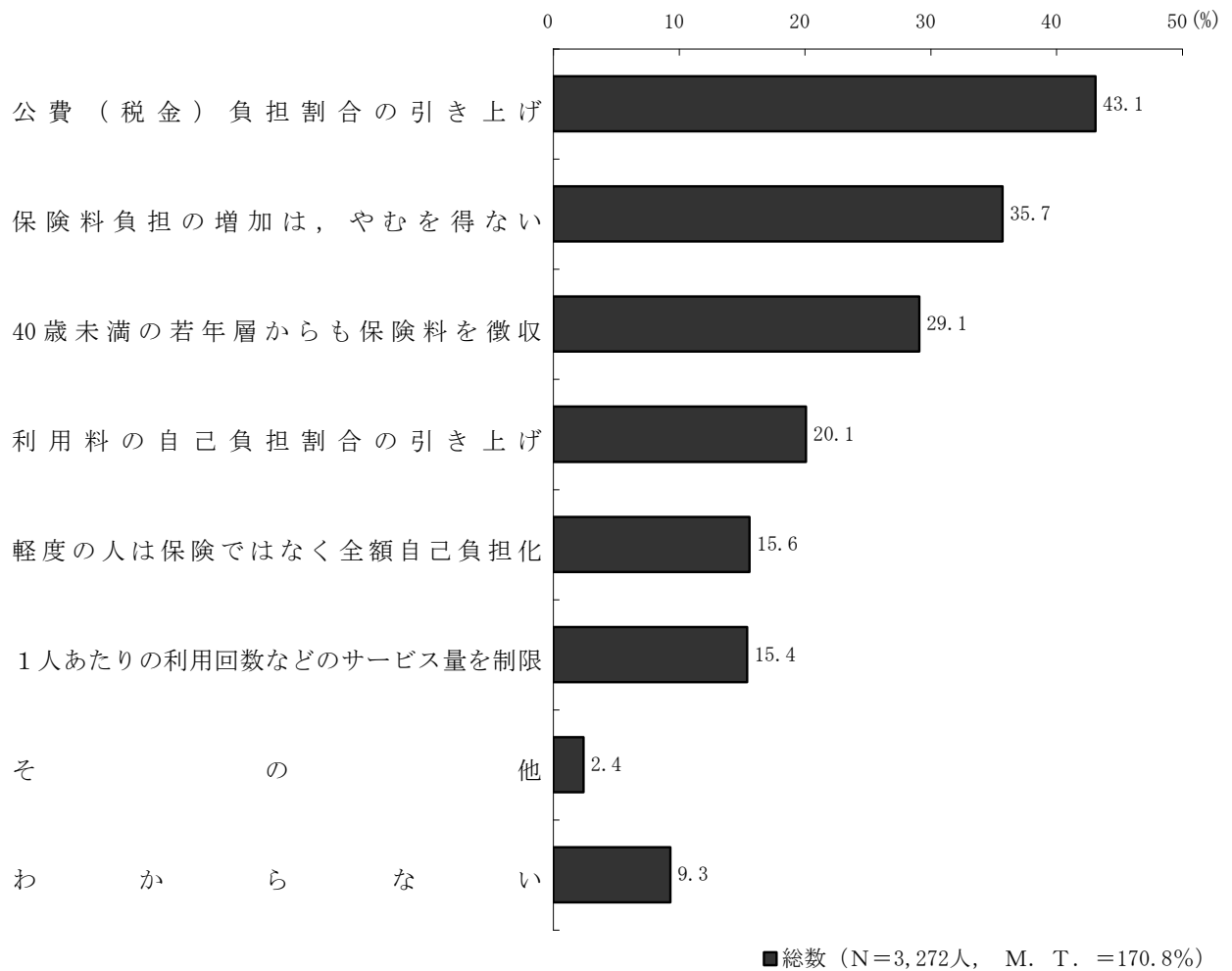
(2) 介護保険料負担の増加の抑制手段

(複数回答, 上位4項目)

平成22年9月

・公費(税金)負担割合の引き上げ	43.1%
・保険料負担の増加は, やむを得ない	35.7%
・40歳未満の若年層からも保険料を徴収	29.1%
・利用料の自己負担割合の引き上げ	20.1%

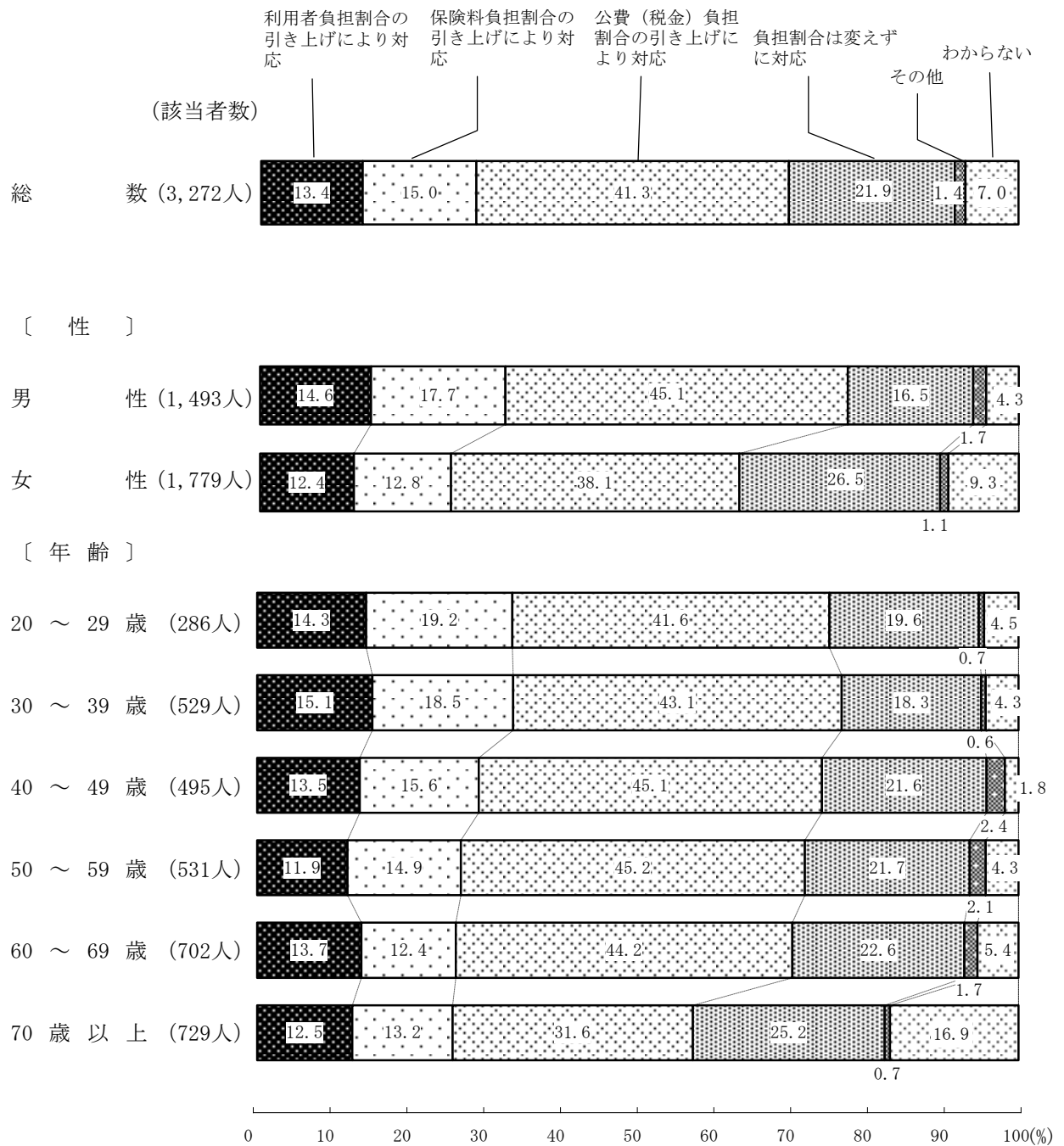
(複数回答)



(3) 介護サービスを充実させた際の費用負担

平成 22 年 9 月

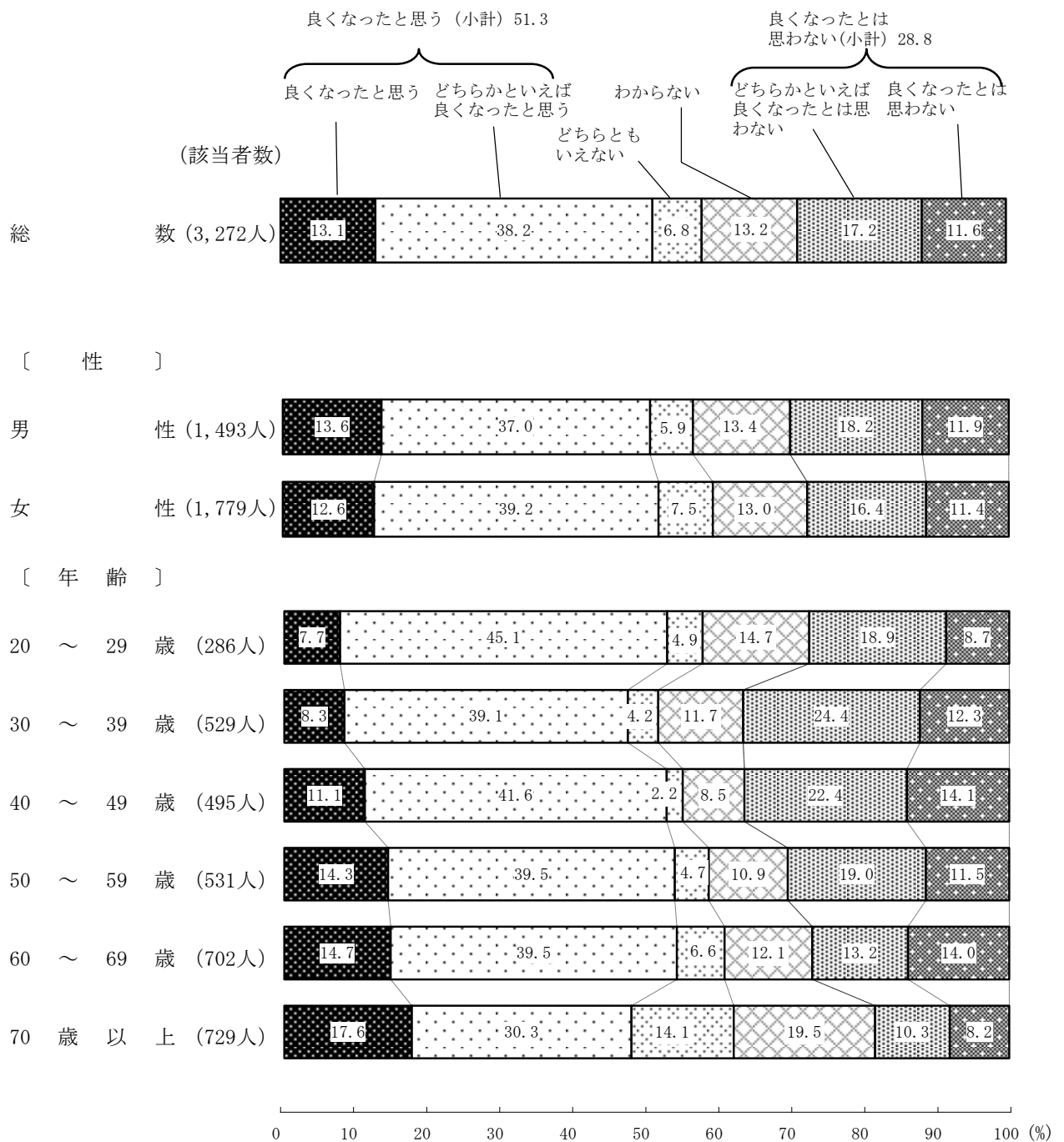
・利用者負担割合の引き上げにより対応	13.4%
・保険料負担割合の引き上げにより対応	15.0%
・公費（税金）負担割合の引き上げにより対応	41.3%
・負担割合は変えずに対応	21.9%



(4) 制度導入による効果

平成 22 年 9 月

- ・良くなったと思う (小計) 51.3%
- ・良くなったと思う 13.1%
- ・どちらかといえば良くなったと思う 38.2%
- ・良くなったとは思わない (小計) 28.8%
- ・どちらかといえば良くなったとは思わない 17.2%
- ・良くなったとは思わない 11.6%
- ・わからない 13.2%

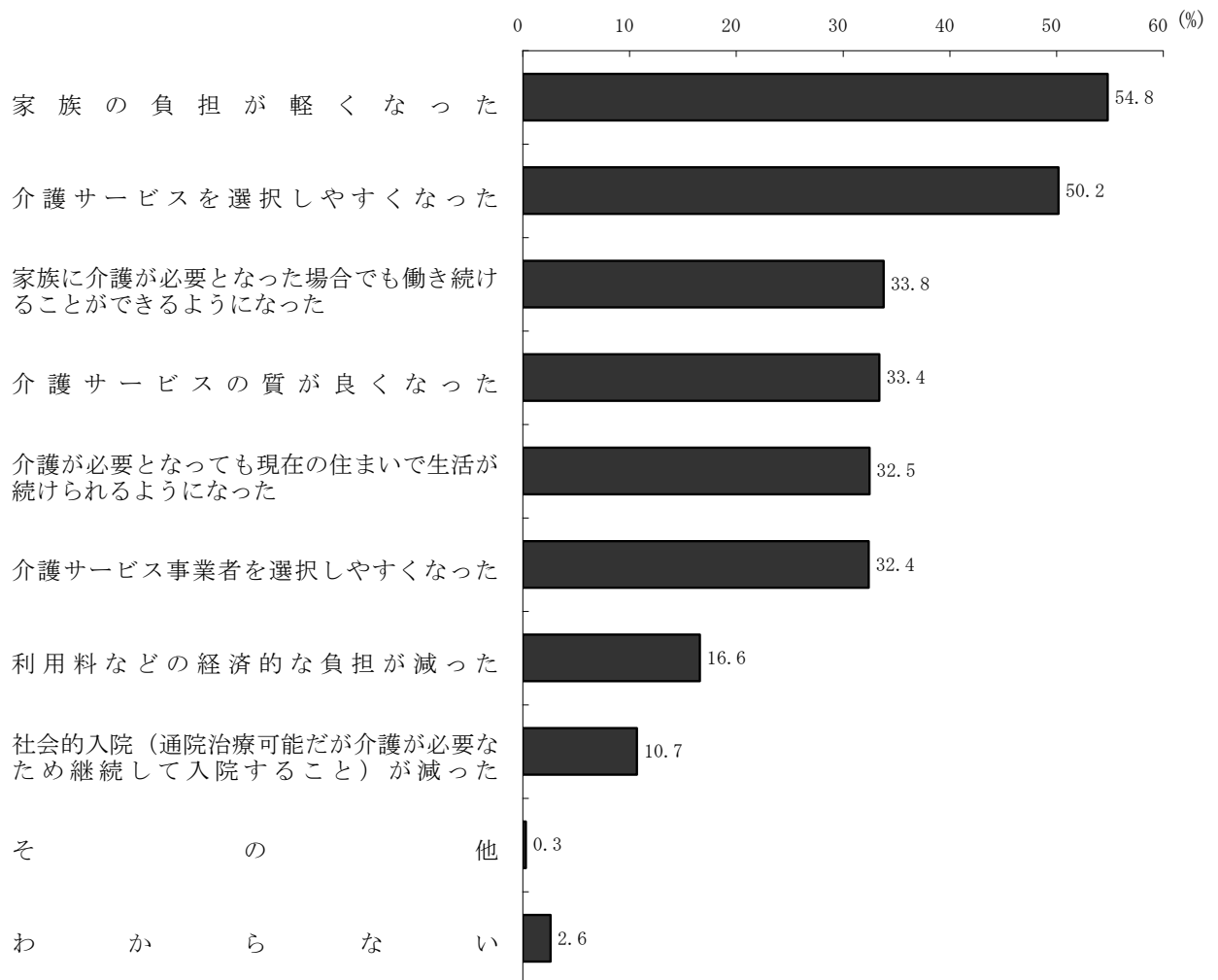


(「良くなったと思う」,「どちらかといえば良くなったと思う」と答えた者(1,678人)に、)
ア 制度導入により良くなった点 (複数回答, 上位6項目)

平成22年9月

- ・家族の負担が軽くなった 54.8%
- ・介護サービスを選択しやすくなった 50.2%
- ・家族に介護が必要となった場合でも働き続けることができるようになった 33.8%
- ・介護サービスの質が良くなった 33.4%
- ・介護が必要となっても現在の住まいで生活が続けられるようになった 32.5%
- ・介護サービス事業者を選択しやすくなった 32.4%

(介護の状況は「良くなったと思う」,「どちらかといえば良くなったと思う」と答えた者に、複数回答)



■総数 (N=1,678人, M. T. =267.5%)

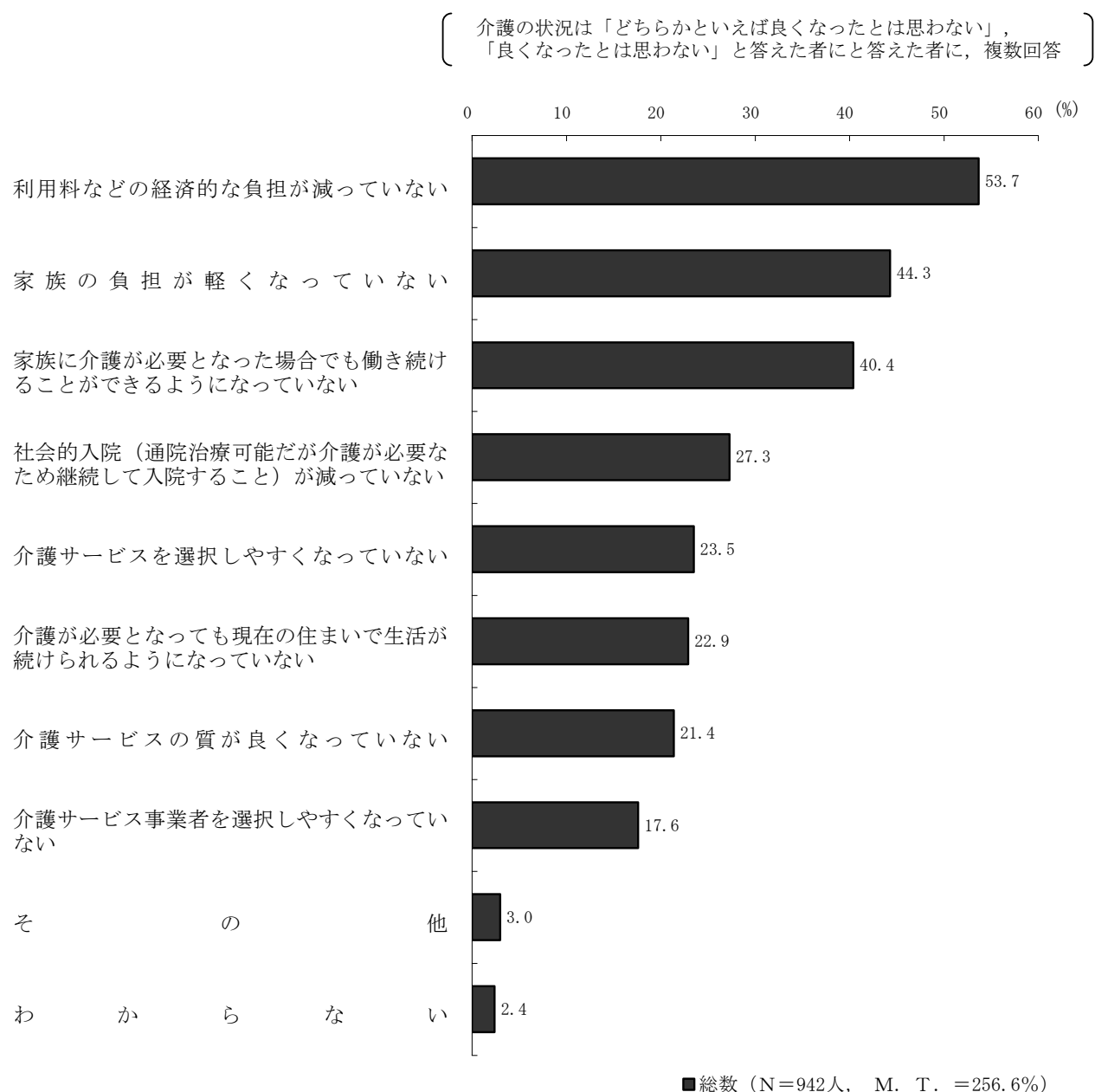
(「どちらかといえば良くなったとは思わない」,「良くなったとは思わない」と答えた者(942人)に,)

イ 制度導入後も良くなっていない点

(複数回答, 上位3項目)

平成22年9月

- ・利用料などの経済的な負担が減っていない 53.7%
- ・家族の負担が軽くなっていない 44.3%
- ・家族に介護が必要となった場合でも働き続けることができるようになっていない 40.4%



4 行政に対する要望について

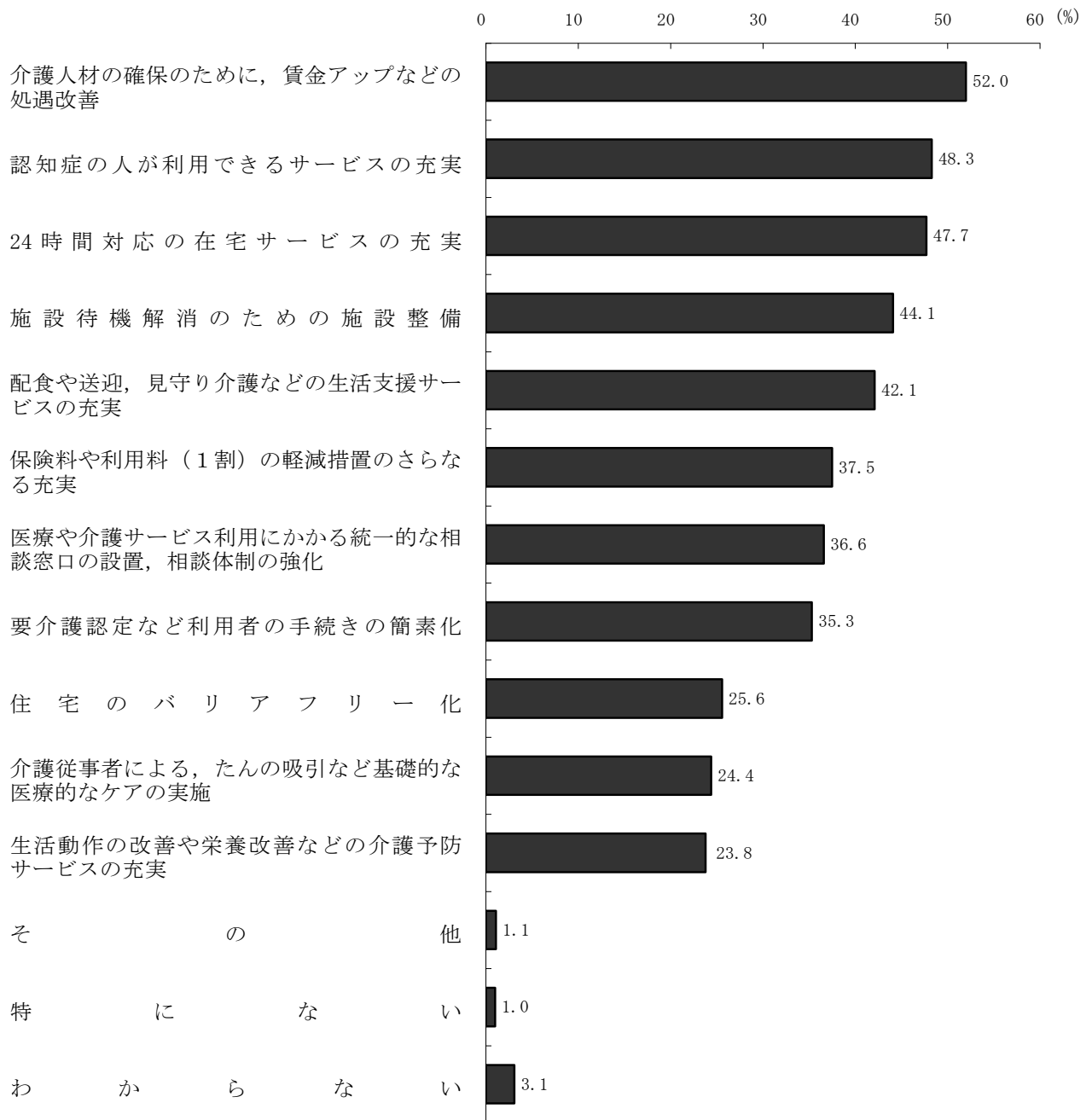
(1) 要望する重点事項

(複数回答, 上位 5 項目)

平成 22 年 9 月

・介護人材の確保のために、賃金アップなどの処遇改善	52.0%
・認知症の人が利用できるサービスの充実	48.3%
・24 時間対応の在宅サービスの充実	47.7%
・施設待機解消のための施設整備	44.1%
・配食や送迎、見守り介護などの生活支援サービスの充実	42.1%

(複数回答)



■総数 (N=3,272人, M. T. =422.7%)

平成 22 年 11 月 25 日

社会保障審議会 介護保険部会
部会長 山 崎 泰 彦 殿

社会保障審議会介護保険部会
委員 川合 秀治

コンクリートから人へ

- * 民主党のマニフェスト ! or ?
- * 「p a y a s y o u g o」の原則
- * このままでは . . .
壊滅的状况に
- * 介護保険は『介護事故』のため
- * 補足給付は『福祉的救貧対策』
- * 約 1 2 0 0 億円の政治判断

第5期介護保険料水準抑制のためには、補足給付の財源見直しを！

【社保審介護保険部会に提出された保険料軽減措置
(基金取り崩し以外のもの)】

項 目	国 庫	地 方
高所得者の自己負担引き上げ(※1) 第6段階の自己負担2割、高額介護サービス費の上限維持	▲110億円程度	▲100億円程度
居宅介護支援の自己負担導入(※2) 居宅介護支援月1千円、介護予防支援月500円の自己負担	▲90億円程度	▲80億円程度
補足給付の支給要件の厳格化(※2) 市町村が施設入所前世帯の所得などを支給要件に追加可能	▲20億円程度	▲30億円程度
多床室の室料負担の見直し(※2) 第4段階以上から3施設の多床室の室料月5千円を徴収	▲40億円程度	▲50億円程度
軽度者の自己負担の引き上げ(※2) 予防給付の自己負担2割	▲120億円程度	▲100億円程度
第2号保険料の総報酬割1／3導入(※1)	▲430億円程度	

補足給付の公費負担相当額を保険料軽減措置にあてることで、利用者負担増を抑えることが出来る！(※3)或は、補足給付の保険金分をコンクリートから回せば・・・(※4)

【平成20年度の
補足給付額】

合 計:2,397億円

【利用者負担増
による捻出】

公費:530億円
国庫:270億円
地方:260億円

(内訳)

公 費:1,198億円
(※3) 国庫:488億円
地方:710億円

保険料:1,198億円
(※4)

補足給付は本来、介護保険財源からではなく、福祉予算から捻出されるべきものである。

(第36回社会保障審議会介護保険部会資料より作成)

緊急！「居宅介護支援費の利用者負担導入についてのアンケート」 報告書（ダイジェスト版）

- （１）調査目的：社会保障審議会介護保険部会での議論を踏まえ、「居宅介護支援費の利用者負担導入」について、会員の意見を聞くため。
- （２）調査対象：一般社団法人日本介護支援専門員協会の会員
- （３）調査方法：協会ホームページの会員専用ページ上での web アンケート
- （４）調査時期：平成 22 年 11 月 18 日（木）17 時 ～ 平成 22 年 11 月 22 日（月）正午
- （５）回収状況：518 件

「居宅介護支援費の利用者導入負担は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量負担はどのように変化しますか」等の質問をし、会員の意見を 11 ブロック単位で各 3 件抽出して掲載しました。

本アンケートは、単に賛成と反対を問うのではなく、サービス量、介護支援専門員、利用者、保険者それぞれの影響を聞いたものです。

すべての意見は後日当協会のホームページに掲載する予定です。

(1) 基礎集計

質問 1-1 回答者の年齢

項目	人数	%
20～29 歳	6	1.2%
30～39 歳	111	22.1%
40～49 歳	158	31.4%
50～59 歳	180	35.8%
60～69 歳	47	9.3%
70 歳以上	1	0.2%
合計	503	100.0%

質問 1-2 回答者の性別

項目	人数	%
男性	187	36.6%
女性	324	63.4%
合計	511	100.0%

質問 1-4 勤務先の種別

種別	人数	%
居宅介護支援事業所	399	77.5%
地域包括支援センター	49	9.5%
介護老人福祉施設	11	2.1%
介護老人保健施設	10	1.9%
介護療養型医療施設	2	0.4%
小規模多機能型居宅介護	2	0.4%
認知症対応型共同生活介護	4	0.8%
特定施設入居者生活介護	4	0.8%
現在、介護支援専門員の業務に就いていない	22	4.3%
その他	12	2.3%
合計	515	100.0%

質問 1-5 勤務先の種別「その他」の回答

- ・医療機関
- ・居宅介護支援事業所立ち上げ準備中
- ・勤務していません。
- ・現在就労しておりません。
- ・歯科医院
- ・社会福祉協議会
- ・社会福祉協議会の管理職兼法令遵守責任者
- ・社団法人
- ・職能団体
- ・町役場
- ・認定調査員

質問 1-6 特定事業所加算の有無

項目	人数	%
I	30	7.6%
II	136	34.4%
算定無し	229	58.0%
合計	395	100.0%

質問 1-7 介護支援専門員としての登録年数

項目	人数	%
3 年未満	53	10.3%
3～5 年未満	84	16.4%
5～10 年未満	205	40.0%
10 年以上	171	33.3%
合計	513	100.0%

質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無

項目	人数	%
有	239	46.5%
無	275	53.5%
合計	514	100.0%

質問 1-9 管理者か否か

項目	人数	%
管理者	298	58.4%
否	212	41.6%
合計	510	100.0%

(2) 会員の意見

①北海道ブロック

質問 1-1 年齢	39 歳	質問 1-2 性別	男性
質問 1-3 都道府県	北海道	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別	-		
質問 1-6 特定事業所加算の算定	算定無し	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	5～10 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	無	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
認知症のある独居も多く、ヘルパーの量を減らさなければならない。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
信頼関係が崩れる。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
自己負担が発生すれば、言う事の聞くケアマネが人気になり、本人や家族の希望が 100%のプランとなり、ニーズとは離れたプランを作成しなければならなくなる。頑張っているケアマネは、ストレスがたまり、離職者が増える。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
情報量や介護保険を知らない人利用者作成する為に、利用者にとってマイナスになる。お金に余裕のある利用者が、良いサービスを受け、ない人は、本当はもっと良いサービスを受ける事が出来るのに、出来なくなり、余生を幸せに過ごす事が出来ない人が出てくる恐れがある。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
利用者の奪い合いになる為に、専門的な判断でのニーズでは、ディマンドプラン作成ケアマネが増える。専門性はなくなる。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
保険者の作業が増え、他の相談などの業務に影響がでる。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
地域の実情や現在の現場などを知らない馬鹿な政治家や有識者はいない。高齢者様が、いつもまでも住み慣れた地域や自宅で、自分らしく生き生きとした生活を行う事を阻害するような改正はいらない。			

質問 1-1 年齢	52 歳	質問 1-2 性別	女性
質問 1-3 都道府県	北海道	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別			-
質問 1-6 特定事業所加算の算定	Ⅱ	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	5～10 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	有	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
当然、限度額ぎりぎりの方はサービス抑制せざるを得なくなるし、1 割分を含めたサービスプランを作成することになり、実際に受けるサービスが減少すると考える。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
より厳密なケアマネ業務（制度に精通し、質の高いマネジメント）が求められていることを再認識し、自己研鑽に励むか否かが重要になってくる。これまで手を抜いていたケアマネがいたとしたら厳しくなるのではないだろうか。事業所というより、個人に質が問われてくるように思う。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
質問 3 同様			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
セルフプランは当然と思える。世代が変わり、これからは団塊の世代がサービスを利用することになる。その際、これまで通りの高齢者の支援では到底通用しないと強く思っているところである。例えば、会話能力においては広い話題性が必要となるし、モニタリングを通じて対話できなければケアマネの必要性は薄くなるであろう。自立性・利用者本位を考えるとセルフケアをバックアップする体制作りにシフトする事業所も出てくるのではないかな。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
質問 5-1 同様			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
当然、大きな法人では赤字部門は廃止するであろう。むしろ、細々と続けている小さなところや独立型であればまだ生き残れるのかもしれないが・・・。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
保険者は給付管理が大変になるだろうからそれだけを委託する事業が始まるのではないかと予想する。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
利用者負担を導入するということはケアマネはサービス事業所の一人ということになり、「公正・中立」はやはりうたい文句でしかないのかと思う。今でも、中規模以上の事業所をあつくし、大規模化しようとしているのだから、先ほどは独立型や一人ケアマネは細々と・・・と述べたが、益々寡占化は進み、大手介護事業所しか受注できなくなるのではないかな。やりがいと投げ所を薄給でもがんばっている者たちにとってはこのケアマネ業務から足を洗わざるを得なくなることだけは避けたいものだ。			

質問 1-1 年齢	28 歳	質問 1-2 性別	女性
質問 1-3 都道府県	北海道	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別			-
質問 1-6 特定事業所加算の算定	算定無し	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	3 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	無	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
ご利用者様は基本的に自分が受給している年金でサービス利用をしているので、利用者負担が必要となれば、金銭的な負担を減らすため利用しているサービスを抑制するようになると思います。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
現在利用されている方の利用者負担が発生することで利用されなくなる、また、新たに利用される方が現れない可能性があり、経営が困難となると思います。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
多くの利用されている方は、実際ケアマネジャーがどのようなことを行っているのかわからない部分が多いと思われ、実際に事業所との調整やプラン作成、請求事務などの作業を行い、業務の困難さで、必要なサービス利用を行わずに生活せざるを得ない方が増えるのではないかと思います。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
介護支援専門員の存在が必要なくなってしまうのではないかと思います。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
質問 4 と同じ。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
現在の業務にセルフケアプランの確認・請求業務が追加されると保険者の業務負担は多大なものがあると思われます。地方の小さな町は、保険者の職員も少ない中で兼務しながら行っているのでスムーズに業務が進まないのでは？と思います。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
断固反対です。			

②東北ブロック

質問 1-1 年齢	53 歳	質問 1-2 性別	女性
質問 1-3 都道府県	岩手県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別			-
質問 1-6 特定事業所加算の算定	Ⅱ	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	5～10 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	有	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
1 か月 3 万円程度の年金受給者が多く、デイサービスに 2 回行きたくても 1 回にしている、訪問介護生活援助 1 時間を増やすのさへ躊躇する利用者がいます。そのような方に、介護保険料の他に、サービス利用料さらに居宅介護支援費まで負担しなさいということは、サービス利用をやめなさいということに等しいと思います。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
毎月利用者から介護支援費をいただくということになると、非常に身の引き締まる感じがします。それは私たちにとっては良いことです。しかしながら、ケアプランのサイクルでは何回も訪問をしながらアセスメントしサービスを組み立てる時期と、落ち着いて月に 1 回のモニタリングで良い時期とあります。30 名位担当していれば、今月は S さんが大変、でも Y さんは落ち着いているといった流れの中で 1 か月間の仕事をしています。それを毎月定額の支援費を払っているのだからいつも同じような関わりを要求されればパンクしてしまいます。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
当事業所では、特地加算と特定事業所加算Ⅱを算定しています。そのほかに利用者によっては独居加算、認知症加算も算定しておりますので、居宅介護支援費は高くなります。事業所の質を高め特定事業所加算Ⅰを算定できるようにと目指しておりましたので、腰砕けの状態です。利用者はどうしても安い所を選ぶと思われます。その時に当事業所が利用者の立場に立って自立支援を行っているかをアピールすることはかなりの手間となります。その時間を利用者の支援に回したいというのが本音です。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
セルフケアプランの作成の指導は包括で行うのでしょうか。時間的にも人数的にも大丈夫でしょうか。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
現状でも包括支援センターの役割を果たせていないのに、大丈夫でしょうか。ケアマネは困難事例に神経をすり減らし、支援を求めているのですが、、、。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			

質問 1-1 年齢	29 歳	質問 1-2 性別	男性
質問 1-3 都道府県	青森県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別			-
質問 1-6 特定事業所加算の算定	Ⅱ	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	3 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	無	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	否
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
私が担当させていただいている利用者様の 2 割程度が毎月限度額ギリギリで介護サービスを利用されています。その為、1,000 円分の介護サービス利用が削減されてしまうことが考えられます。経済的、負担も増大する事が考えられます。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
「居宅介護支援費の利用者負担導入」に関してのご本人様、ご家族様へのご説明やサービス提供事業所との連絡調整などでかなりの業務量増大が考えられると思います。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
居宅契約者の軽減が考えられると思います。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
利用者様への混乱を招いたり、適切なサービス利用に繋がらない恐れが出てくると思われます。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
元利用者様よりケアプランの作成する上での助言などを求められる事も考えられます。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
居宅契約者の軽減が考えられると思います。セルフプランになった場合のサービス担当者会議など招集が困難ではないだろうか。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
利用者様よりケアプラン作成に関しての多数の相談問い合わせが考えられると思います。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
利用者様、ご家族様、居宅介護支援者、行政などそれぞれの立場にたってみても「居宅介護支援費の利用者負担導入」は負担だけが増えてしまうだけなのではと思います。			

質問 1-1 年齢	48 歳	質問 1-2 性別	女性
質問 1-3 都道府県	青森県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別	-		
質問 1-6 特定事業所加算の算定	Ⅱ	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	3～5 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	無	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	否
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
限度額ぎりぎりか多少限度額を超えて、サービス利用をしながら在宅生活を送っている方のサービス料を調整しなければならない。利用者の状態により、医療ニーズが高い方や認知症の方を抱えている家族への身体的にも精神的にも負担が大きくなる。また、必要であるにも関わらず、利用できないことにつながる。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
介護支援専門員は、公正に中立な立場で介護保険の中核的位置で、福祉医療とも連携し専門職として必要なサービスをアセスメントしているが、負担導入で利用者家族は自己中心的なサービスを求めることや追う金をもらって専門職としての意見や判断は通じなくなる。介護保険制度の根本的な理念が崩れ、介護保険制度そのものが崩壊すると思う。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
質のよいケアマネジメントやサービス導入の崩壊。家族の都合のよいサービスや要望通りの調整を多く求められる。現在の業務内容に加えて、セルフケアプラン作成の支援を求められるようになり、本来すべきことが何か、居宅費にもならない業務が増えるのではないかと。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
高齢世帯や独居、障害世帯が多く、同居家族との折り合いなど家庭での問題を抱えている中、利用者自身や家族がケアプラン作成から請求業務までこなすことは困難である。高齢で理解力も低下する中、面倒な事は嫌がり、介護保険サービス離れが多くなり、孤独死や事故死の増加となる。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
介護支援専門員の必要性が無くなる。または収入にならない業務に迫られる。 質の向上を目指して、研修を重ねよりよい介護支援専門員を目指していたが、必要ない。努力や振り返りもいない。質の良し悪しは関係なくなる。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
単独で立ち上げた居宅介護支援事業所の廃業、セルフケアプランを手助けする、新たな悪徳業者が現れ、利用者の激減となる。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
セルフケアプランで計画や担当者会議や請求業務等すべてのものが崩れるため、介護保険制度自体がいずれは崩壊する。保険料への影響も……。国保連の事務作業の混乱。不正があっても見つからないであろうさまざまな事がマイナスに働くと思う。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
断固反対。			

③北関東ブロック

質問 1-1 年齢	33 歳	質問 1-2 性別	男性
質問 1-3 都道府県	茨城県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別	-		
質問 1-6 特定事業所加算の算定	I	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	3～5 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	無	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	否
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
低所得者など国民年金受給者へのサービス量が制限されてしまい、本来の介護保険制度からかけ離れていってしまう危険性ははらんでいる。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
事務手続き（利用料計算）や利用者からの無理難題を押し付けられてしまう（1 割負担をしている為、家族が強く出てきてしまい、マネジメント業務に支障が出る可能性がある。 また介護保険制度の創設時期と同じ制度改正の説明が多くなり、本来の介護支援専門員としてのモニタリング・アセスメントへの時間が割けなくなってしまう、実質サービス残業が多くなり、バーンアウトしてしまう介護支援専門員が増えてしまう。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
特定事業所を算定している事業所から算定していない事業所への移動がはじまり、サービスありきではなく金額ありきになってしまう。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
よくわからずセルフプランを作成することにより、サービスの適正利用ができなくなってしまう。保険者の担当によって同じ状態での格差が出てしまう。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
市町村からセルフケアを行なえるだけの能力があるとは到底考えにくい。ケアプランチェックといえども、ただ集めるだけで、その後なんの返答もない保険者が大半をしめており、保険者の業務が増え、適正化事業もどこかへいってしまうと、知識のないケアマネがそのままのさばってしまい、次回改正時にも居宅支援費の UP が望めなくなってしまう。厚生労働省は頑張っているケアマネがいることは理解しているものの、なんとなくケアマネを行っている人がいることを理解している為、低い人に支援費を合わせている現状がある。日本介護支援専門員で言っている支援費に到達することが到底困難になってしまう。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
今以上に新規利用者が少なくなり、状況によっては現状の利用者も減ってしまう可能性がある、収支バランスが悪くなり、事業所の経営がなりゆかなくなってしまう。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
適正化事業だけでなく、保険者の対応が大変になってしまう。一部の職員が疲弊してしまい、介護保険制度自体が崩壊してしまう。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
居宅介護支援費に関しては全額保険者負担の原則は固辞すべきであり、もし 1 割負担の導入がある場合、これは国が介護支援専門員不必要とみなされたに等しいと思っている。適正な加算をとり、24 時間対応をしているから特定事業所加算が算定できているのに、利用者負担ができてしまったら、居宅介護支援事業所が激安スーパー化してしまう。ただ介護支援専門員は物を売っているわけではなく、人と人とのかわりを生業としている為にも、利用者負担へは絶対に反対である。			

質問 1-1 年齢	49 歳	質問 1-2 性別	女性
質問 1-3 都道府県	群馬県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別	-		
質問 1-6 特定事業所加算の算定	算定無し	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	5～10 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	有	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
デイサービスを一回減らす、ヘルパーを減らすなど、しなければならぬ方が出てくると思います。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
利用者も介護保険料を納めているのだからと権利を主張しています。今後は、さらに「公務員扱いの人にお金を払っている」という意識が出てくるため、いつでも困ったときに「すぐに来い」「何でも頼む」と今以上に権利を主張すると思います。中立公正に対応できなくなるような気がします。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
福祉用具貸与のみの利用者は、居宅支援事業所と関わらなくなり、利用者、家族にとって、孤立、閉じこもりがさらに進むと思います。介護放棄や虐待予防は防げないと思います。適切な利用であれば問題ありませんが、福祉用具貸与事業者は特に問題です。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
何のためのケアプランなのか？わからなくなります。ケアマネジャーの作成したケアプランは必要ない。また、意見やアドバイスは聞かなくても「サービス提供を受けて、在宅生活できる」とかわりを持たない人が増えるでしょう。学習意欲がなくなります。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
時間を割いて行ってきた職員研修や相談援助業務、自己研鑽、何のためのケアプラン作成なのか？わからなくなります。それと、大きな収入減です。 (私の事業所は一人ケアマネですが、現在、集中減算対象期間中です。予防～介護に変更になった方、それに地域包括支援センターから引き受けた困難事例、それぞれ、同一法人だったのです。個人経営なので、16 件～20 件程度でしたが、割り算すると 20 件/月でしたので、非常に厳しい仕打ちが続きます。計算高い事業所は利用者間のトレードしている状況。こんななかで、まじめにやっているケアマネジャーが損をする制度なんて、ばかばかしい。生活してゆけません。)			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
不正を見抜けなくなること。行政職が一件一軒、巡回する必要が出てくること。虐待、介護放棄が発見できなくなること。民生委員さん等の業務が増えること。今でも「使わせてやっている」姿勢の強い行政の圧力がいっそう強くなること。など考えました。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
特定事業所は、利用者が減るでしょうから、有能なケアマネジャー配属事業所との差はどこになるのか？本末転倒です。国も県も、そして法人等もが予算を使って教育したケアマネジャーは活躍する場を減らされてしまうようです。			

質問 1-1 年齢	56 歳	質問 1-2 性別	女性
質問 1-3 都道府県	茨城県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別			-
質問 1-6 特定事業所加算の算定	算定無し	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	10 年以上
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	有	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
低所得世帯が多い現状ですので、必要なサービスも減らすことを考える利用者が出てくると思います。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
本人の機能維持や重度化を防ぐ必要性についてなどの助言を行い、公正中立な立場で相談支援を行うよう努めていますが、時には指導的な助言が必要となるケースも多い状況です。利用者負担金をいただかなければならないことになれば、本人の状況や介護状況などで問題と感じても指導的には言いにくくなると思います。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
サービス利用についても控えるケースが出てくると考えます。バックのない小規模の事業所で現在も苦しいのですが、更に厳しい運営を迫られるのではないかと心配です。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
極端な例かもしれませんが、機能維持に向けてサポートしてきた利用者様も、お金を掛けたくない家族によって機能低下したり寝たきりにされてしまうこともありえると思います。特に虐待のケースの発見や対応が難しくなると考えます。経済的な不安も影響することが多いのでサービスを使いたがりませんから、セルフプランになったら中止することも考えられ、本人は孤立してしまい、悲惨な状況となることもあり得ます。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
セルフプランでは、病状の安定や機能維持に向けての視点は抜け落ち、使いたいサービスだけになるのではないのでしょうか？関わってきたケアマネの無力感につながるのではないのでしょうか？			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
収入減は確実でしょうから、不安です。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
不十分な理解でセルフプランを作ってくる方も多いでしょうから、保険者は個々の利用者家族への対応が大変になるでしょう。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
公正中立な立場で支援するためには、ケアマネの活動には利用者負担導入には反対です。			

④南関東ブロック

質問 1-1 年齢	57 歳	質問 1-2 性別	女性
質問 1-3 都道府県	埼玉県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別	-		
質問 1-6 特定事業所加算の算定	算定無し	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	5～10 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	有	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
サービス利用負担の 1 割に対しても経済的にきつい方が多いなか、介護保険サービス利用を適切に受けられるか不安。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
今のままでも事務負担が大きい。金銭が絡むと扱いの処理の事務負担も加わり、ケアプラン作成の妨げになる。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
公平・中立な利用の妨げとなる。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
セルフプランを適正に指導していく力が行政にあるのか。今のままでも住民に十分な説明ができていない場面を多く目にする。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
介護保険本来の目的から大きく外れていくことが予想される。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
本来の業務以外の問い合わせが増えると考えられる。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
保険者の負担が大きくなり、住民へのサービス低下が心配である。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			

質問 1-1 年齢	58 歳	質問 1-2 性別	女性
質問 1-3 都道府県	東京都	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別			-
質問 1-6 特定事業所加算の算定	Ⅱ	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	10 年以上
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	有	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	否
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
重度の方ほど、負担がかかるので必要なサービスを削減せざるをえなくなる（今でも、限度額を超えないように調整に四苦八苦している）。それにより療養型に入院されている方も、在宅サービスへもどりにくくなる（意外と病状は安定しているのに退院できない方は、介護度 4・5 の方が多い）。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
自己主張型・権利意識の高い方・クレーマーなどの利用者とその家族を相手に本来業務以外の精神的負担が増える可能性がある。また、上記のような方であれば利用者本位を勘違いされ言いなりプランを強要される可能性がある。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
質問 3 と関係ありますが、利用者と家族へ行政より今まで以上の啓もう活動を事前に行い徹底されない限り、せっかく自立支援の本来像に近づき、維持・改善型のプランをサービス事業所と連携し改善率を上げていこうという形になってきたのに、また言いなりプランを作成せざるを得なくなる可能性がある（特に、1 人ケアマネや少人数の事業所）。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
共働き・独居・認知症の方が増えている状況で実際考えられない事態と混乱が起こる。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
保険者が対応できるなら良いが、結局委託されるか、ただ働きが増える可能性が出てくる（相談のみ近所だからと来る）。その結果、本来業務に支障がおこってくる。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
質問 2 と同じ			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
本来業務ができなくなる。1 人 1 人の対応になるので、地域での活動（今は担当が決まっている）がおろそかになる。営業時間の変更が必要になる（夜間対応・土・日対応など）。改善型のプランより言いなりプランになる可能性が大。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
今、少数の方の強い意見により議論が進んでいるように思います。そうならないように介護支援専門員が、言いなりプランではなく改善型のプランを立てられるように全体のレベルアップをはかり、現状のまま公費負担で継続して行えるようにしていかなければと切に思います（現在の利用者と家族の方はケアマネの必要性を十分わかってくださっていますが、認知症の家族の会から出た意見が発端でこのような議論が展開されるようになりセルフプランができる家族がいるならそれもいいですが、全体で考えてほしいと思います）。			

質問 1-1 年齢	51 歳	質問 1-2 性別	女性
質問 1-3 都道府県	埼玉県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別			-
質問 1-6 特定事業所加算の算定	算定無し	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	10 年以上
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	有	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
確実に利用しにくくなります。中には国民年金でサービス料の支払いが 1 万円を超えないようにしたい方もいらっしゃるの、料金が超えないように調整しなくてははいけません。1,000 円あればデイサービスに 1 回は通所できます。入浴も食事もできます。命を削ることにもなりかねないです。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
中にはプラン作成を断念する人もいるかもしれません。相談もできない制度では、あつてないようなものになりかねない。お金持ちのみ利用できる福祉制度では困ります。料金を払えない方へのプラン作成援助が出来なくなり、ケアマネジャーの意欲の低下になります。資格はととても働かないケアマネジャーが増えるのではないのでしょうか。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
1 割負担になり、利用者が減れば今でも赤字なのにますます運営が厳しくなり、当事業所のような零細企業では廃業も検討しないとなくなります。また経営からすると、集金できない利用者を切り捨てる事業所も出てくるのではないのでしょうか。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
今の介護保険制度は複雑で、加算も多くシステム利用しないと給付管理の計算が出来にくい状況です。高齢な利用者さんが計算できたり、予定調整をすることは困難ではないのでしょうか。サービス事業所も混乱をきたします。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
自分で出来る方が増えることは、自立にもなるのでいいと思いますが、節約のためにセルフケアでは違うと思います。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
今後居宅支援事業所は運営が、ますます困難になると思います。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
保険者は適正なサービス利用か、自立支援になっているサービスか確認しなくてははいけませんので、事務作業も増えますが、市民への教育、指導がいまより増えると思います。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
制度設立の理念である、介護の社会化が料金発生で相談も出来なくなり、介護保険制度自体の継続が危ぶまれます。高齢福祉の理念のノーマライゼーションが、介護保険設立で侵されてきているように思います。			

⑤北陸ブロック

質問 1-1 年齢	49 歳	質問 1-2 性別	男性
質問 1-3 都道府県	福井県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別			-
質問 1-6 特定事業所加算の算定	算定無し	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	3 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	無	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	否
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
減少する利用者の方が多いと思います。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
負担金なしが、定着している制度であるので、理解していただくのに大変な能力と時間が必要である。改正時に行政等はその理解を得るために事業所等が行うのが当然のようにし、その努力がみられないことが多いと感じている。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
減収になる。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
適切なケアマネジメントができないように思う。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
減収以外特にない。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
減収以外特にない。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
適切な給付管理が難しいと感じる。事業所とのトラブルも予想され、その対応が保険者にできるか疑問。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			

質問 1-1 年齢	38	質問 1-2 性別	女性
質問 1-3 都道府県	石川県	質問 1-4 勤務先種別	現在、介護支援専門員の業務に就いていない
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別	-		
質問 1-6 特定事業所加算の算定	-	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	5～10 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	無	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	否
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。 サービス量では、図りかねるような事情を抱えていらっしゃる利用者にとっては、制限せざるを得ない状況が発生すると思われます。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。 介護支援専門員のサービス計画作成にかかる意識は高まるかもしれません。しかし一方で、利用者の権利意識の高まりとともに、やり取りに疲弊するかもしれません。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。 介護支援専門員のサービス計画作成にかかる意識は高まるかもしれません。しかし一方で、利用者の権利意識の高まりとともに、やり取りに疲弊するかもしれません。 各事業所のサービス計画作成にかかる姿勢や方針統一をはかり、介護支援専門員を守ること、そして、利用者へのサービスの質の均一の教育をきちんとすることが求められると思います。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。 適切な情報が発信されていないと、居宅サービス事業所の利用に支障をきたす恐れがあります。地域住民に適切な情報発信を行うこと、居宅サービス事業所とのやり取りにかかる仲介機能を果たすこと、などに保険者の役割が増すと思います。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。 上記同様ですが、これまで以上に、保険者による情報開示が求められると思います。保険者による情報開示を、噛み砕いて伝える役割があるかと思います。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。 上記同様ですが、これまで以上に、保険者による情報開示が求められると思います。各介護支援専門員は、保険者による情報開示を、噛み砕いて伝える役割が求められ、事業所としても、伝え方を整理しておくことが求められます。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。 5-1 と同様。適切な情報が発信されていないと、居宅サービス事業所の利用に支障をきたす恐れがあります。地域住民に適切な情報発信を行うこと、居宅サービス事業所とのやり取りにかかる仲介機能を果たすこと、などに保険者の役割が増すと思います。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			

質問 1-1 年齢	54 歳	質問 1-2 性別	女性
質問 1-3 都道府県	富山県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別			-
質問 1-6 特定事業所加算の算定	算定無し	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	5～10 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	無	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
居宅介護支援費が利用限度に入ってくる事になれば、大変です。かなりの利用者の限度調整が必要になるか、自費分が増えて来ます。個別にはどのサービスを削るか等、新たな意向も確認が必要ですが。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
利用者からは 1 円も頂く事無くプラン作成に当たると言う公正中立の基盤が揺らぎます。自信を持って提案出来るかどうか利用者の意向のみに押し切られる事も有るかも知れません。経済的に厳しい利用者に対して必要なサービスを自粛せざるを得なくなります。利用者負担の無い所で真摯な気持ちでマネジメントに携わっている自分の理念、やりがい感が喪失します。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
漠然とですが、居宅の理念の揺らぎ、自信を持つての提案等の自粛により、消極的な援助に傾くかな？と懸念致します。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
自立に向けたアセスメントに基づけるかどうか。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
信頼関係の揺らぎとケアマネの専門性への軽視等が発生するのか心配。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
仕事の依頼の減少により赤字経営と困難から閉鎖も有るかも。居宅間の良く無い競争から足の引っ張り合いと質の低下。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
給付の先読みが出来にくい。苦情相談、給付管理の急増による混乱。制度そのものが崩壊するかも。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
プラン作成のみならず、多岐に渡る相談援助として、介護サービスの不足による谷間を埋める様な活動を展開している、ケアマネの存続は利用者家族の最も身近で心強い味方だと自負しております。介護保険制度の何が一番優れているかと言ったら、私たちケアマネジャーと言う職種を世に送り出した事では無いでしょうか？その地味地な働きにより単に利用者だけでは無く、医療連携上、病院医療者も入退院のおりにも、又パックサービスによる保険者の給付削減にもメリットが有ったはずで、利用者負担に寄らないケアマネ活動の根拠として支援費は絶対これまで通りをお願いしたいです。細い年金暮らしの高齢者の負担と不安を煽る様な事は止めて欲しいです。			

⑥甲信越ブロック

質問 1-1 年齢	52 歳	質問 1-2 性別	女性
質問 1-3 都道府県	長野県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別			-
質問 1-6 特定事業所加算の算定	Ⅱ	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	10 年以上
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	有	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。 利用者によっては減らす必要が生じます。介護保険の限度額に関わらず 1 ヶ月のサービス利用金額を設定している利用者は、その支援費分に相当するサービス量を減らさなくてはなりません。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。 「利用料を払っているのだから、俺の言うとおりにやれ」と、権利意識のある利用者などは主張してくることが予想され、それらに対して否といえないのではないかと考える。介護支援専門員の「公平」という立ち位置が脅かされるのではないかとと思われる。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。 未払いの未集金が増加することが予想される。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。 高齢者にとって、介護保険法の主旨を理解してサービスを組み立てるということは、困難。「使いたいからお願いする。」というように、本人の意見が反映されたサービス内容になるかどうか、判断できる人がいない。今後の予測や予防を見通したサービス利用が難しいと思われる。体調や生活状況を考えた上で、生活に必要なサービスを導入するというのが、セルフプランでは出来ないのではないかと。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。 しっかりした家族や利用者がセルフプランになることで、老老介護や独居、精神疾患や虐待などのいわゆる多問題ケースが多く残るのではないかと予想する。セルフプランの利用者とケアマネジャーの立案するプランの利用者との格差が生まれるのではないかと。その際に双方のプランが比較されるのではないかと。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。 収入の減少			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。 利用者や家族からの問い合わせなどに対して、窓口業務が急増することが予想される。介護保険法に不案内な市町村職員が、安易に対応することで、「ローカルルール」が増えてしまい、全国一律の法制度として成り立たなくなるのではないかと。それらを監督指導することが必要となり、結果として、保険者も県も国も煩雑な対応が必要となるのではないかと。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			

質問 1-1 年齢	50 歳	質問 1-2 性別	男性
質問 1-3 都道府県	長野県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別			-
質問 1-6 特定事業所加算の算定	算定無し	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	10 年以上
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	有	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
意見を確認した利用者（家族）からは、「介護にかかる総費用がプラスになる。そのためケアマネのコストアップ分だけ調整（サービスの利用減）をしなければいけない」という意見と、「千数百円くらいならば払っていかれる」という意見がある。おおむねは「コストアップは勘弁してほしい」という意見になる。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
利用者負担を設けることでケアマネジメントの質が向上するという意見も聞かれているが、現在も報酬は得ていて、それに伴う社会的責任があることにはなんら代わりはない。質が向上するという意見の場合、現状では社会的責任を放棄し、質の低いケアマネジメントを垂れ流しているというだけのとんでもない意見である。また、利用者負担を設けることによって、「金を払っているんだから自分が使いたいサービスを使って何が悪い」という判断が生み出されてくると、生活の質の向上のためにケアマネジメントが存在できなくなる。ケアマネジャー不要論」が背景にあつての議論かと疑う。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
利用者にとって真のケアマネジメントを展開することで「俺の思うようなサービスを組み立てない」という感覚から、「言いなりになって動いてくれる事業所」への契約変更が促進されることが危惧される。それによって「自立支援」なんてものはただの宣言のみで、実効性がまったくないものになり、さらに保険給付額は、不必要なサービスを率先して組み入れていくことになるために増額するだけのことでしかない。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
ケアプランの作成は「提供する事業所を見つける」ことだけではない。「どのようなサービスを提供するのか」を考えることこそケアプランのもっとも大切なことであって、それが担保される保証はなく、セルフケアプランを増加させていくことは介護保険制度の本質にそむくものになりえる。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
契約者の減少、セルフケアプランに対する無償の協力が増え、ケアマネジャーの手間ばかりが増える。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
顧客の減少、ケアマネジャーが本来必要でない業務に時間を割かれることによる本業の喪失。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
保険者にとっては、プラン内容の確認の手間が増える。このとき確認者は、プラン内容を的確に判断する力が求められ、必要のないものを削除をしていくことも求められてくるが、それができる担当者は存在しえるのかが問題。それが担保されなければ「ただ何も確認せずに印鑑を押す」ということでしかなくなる。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
財源だけで、それも小手先の、たかが 90 億円を節約するためだけに、将来にとんでもない禍根を残すことになる。こんなばかげたことを考えている暇があれば、もっと他にすべきことがあるはず。			

質問 1-1 年齢	-	質問 1-2 性別	女性
質問 1-3 都道府県	長野県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別	-		
質問 1-6 特定事業所加算の算定	Ⅱ	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	10 年以上
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	有	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。 利用者様の負担が増えることになると必要なサービスが利用できなくなる可能性があります。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。 原点に立ち戻り、今までなぜ利用者負担が無かったのか？の理由を考え直してください。今でさえわずかな報酬で燃え尽きるまで仕事をしている状況です。これ以上精神的な負担を強いるのであれば、はじめからこの職種を作らなければよかったのではないのでしょうか？あまりにも勝手な政策に労働意欲がなくなってしまいこの仕事をしたいと言う人がいなくなってしまいます。それがねらいなのでしょう吗？			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。 今でさえ、不適切なサービスを提供している事業所があり適正なサービスを提供していただけるように苦慮しています。身障者自立支援法によるサービスを利用していた方達が、制約の多い介護保険サービスを利用する状況が増えるでしょう。権利は大切ですが、秩序も何もなくなくなってしまい。まじめに仕事をしている事業所ほど敬遠されてしまうことでしょう。利用者負担を導入したところで介護保険費抑制は絶対にできず、さらに利用者様にとって良い影響をあたえることはないと断言できます。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。 今でさえ権利意識の高まりと共に、辛い思いをしているケースが増えてきているのに、やる気のある介護支援専門員がいなくなり、これからしてみようと言う人材も少なくなっていくことでしょう。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。 質が向上し志をもった仕事をした結果に見合った報酬が得にくくなり経営が成りたたなくなる事が予想されます。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。 保険者は今ケアマネがしている業務をするだけの体力と、やる気があるのでしょうか。今でさえ介護認定結果が出るまでに 2 ヶ月～3 ヶ月かかり業務が停滞している事実が一向に改善されていない実情があり、さらに適正化を指導することが可能でしょうか。考えるまでもなくマンパワーが不足します。そのための人件費こそ税金のムダ使いそのものです。保険者の負担は市民の負担、結局は自分に戻ってきます。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。 居宅介護支援費の利用者負担導入を協議する前に、他にすべき事がもっと有るのではないのでしょうか？今でさえ悲鳴をあげながらも使命感を持って仕事をしている私たちをこれ以上苦しめないでください。制度施行時一番苦しんだケアマネジャー走りながら考えるなどと勝手な政策の犠牲者の集まりです。単純に計算してみても明らかです。			

⑦東海ブロック

質問 1-1 年齢	51 歳	質問 1-2 性別	女性
質問 1-3 都道府県	三重県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別	-		
質問 1-6 特定事業所加算の算定	算定無し	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	10 年以上
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	有	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
サービスを控える傾向になると考えられます。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
ケアプラン作成をセルフケアプランにする利用者が出てくると思います。それにより、居宅介護支援費が減少し、居宅介護支援事業所の経営がますます厳しくなると考えられます。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
経営が苦しくなり、存続ができない居宅介護支援事業所が出てくると思います。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
介護支援専門員が適切なケアプランを作成しているが、セルフケアプランになることで介護保険の適切な利用ができなくなる危険性が考えられます。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
介護支援専門員の必要性がなくなるのではないのでしょうか。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
経営が苦しくなり、存続ができない居宅介護支援事業所が出てくると思います。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
セルフケアプランになることで、保険者の仕事量は増え業務が滞る可能性が考えられます。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
居宅介護支援費の利用者負担は断固反対します。			

質問 1-1 年齢	49 歳	質問 1-2 性別	女性
質問 1-3 都道府県	愛知県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別	-		
質問 1-6 特定事業所加算の算定	算定無し	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	5～10 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	有	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	否
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
低所得者で独居の場合や、家族と同居していても経済的援助を受けられない場合、直接サービス量に影響することは起こりうるかもしれない。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
利用者負担が導入されれば、ご利用者の方の中には、「介護支援専門員の給料は、自分が払っている」という認識をもたれる方が出てくるかもしれない。その場合、担当介護支援専門員が適切な助言をしても聞き入れてもらえず、いわゆる「御用聞きケアマネ」になってしまう危険性があると考えます。高齢者福祉が、介護保険制度導入によって「シルバー産業化」している今、唯一福祉的要素をもつ相談援助業務の居宅介護支援にまで利用者負担を導入することは、中立性および質の維持・向上の観点からも、断固反対である。そして、もし利用者負担導入になったとしたら、「福祉」とは一体何なのかを役人の皆さまに聞きたい！			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
事業所としての収入は増えるかもしれないが、その分介護支援専門員に対する要望や要求が増えてくるのではないかと。また、介護支援専門員が作成するケアプランの内容に納得できなければ、次々と居宅変更する利用者も増えるかもしれない。介護支援専門員が自分の要求どおりにケアプランを作成しなければ、「御用聞きケアマネ」のように、利用者のしたい放題のケアプランを作成してくれる介護支援専門員が良い介護支援専門員で、自立支援をうたい、必要のないサービスを導入しない介護支援専門員は悪い介護支援専門員という考え方をする利用者もでてくるのではないかと。ケアプランの自己作成が増えるかもしれないが、結局役所の仕事が増えて、役所に税金を投入するのであれば、利用者負担を導入する意味があるのかどうか疑問である。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
セルフプランを作成する人が増えることについては、悪いことではないと思う。しかし、役所がきちんと説明をして、対応してくれるのかどうか疑問である。また、利用者自身がサービスを探すことになるので、しっかりとした判断力をもつ利用者でなければ、介護サービス提供事業者の言いなりになる危険性もあるのではないかと。第三者から「セルフケアプランの方が、居宅に頼むよりいい。」と聞いて、セルフケアプランに切り替えたものの、プランの作成からサービス提供事業者への対応まで、すべて自分でしなければならなくなることで、余計疲弊される介護者が出てくるかもしれない。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
介護支援専門員に対する間違った認識をもつ人が増えるのではないかと。市町村が独自に行っているユーザー評価のアンケートの中に、「居宅の介護支援専門員は税金の無駄使い」と書いていた人がいらした。もし本当にそうならば、厚生労働省は何のために「介護支援専門員」という職を「介護保険制度の要」として、わざわざ新たに作ったのか。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
居宅の依頼は減るかもしれない。介護支援専門員としての質が、今まで以上に問われると同時に、利用者の好き嫌いで介護支援専門員が選ばれるようになるのではないかと。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
セルフケアプランが増えれば、保険者の手間は増える。仕事が増えれば、人手不足で職員の補充が行われ、税金が投入される。税金が投入されれば、市民が払う税金にはね返り、税金が高くなる。結局、居宅の仕事は減り、利用者の手間は増え、税金は高くなる。いいことは何もない。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			

質問 1-1 年齢	55 歳	質問 1-2 性別	女性
質問 1-3 都道府県	愛知県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別			-
質問 1-6 特定事業所加算の算定	算定無し	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	10 年以上
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	無	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	否
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
サービス利用を控えるようになる。負担額の増大により必要なサービスの利用ができなくなる恐れもある。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
今までも利用がなく支援費がないことも多いのに自己負担になると今まで以上に色々な要求が出て来る恐れがある。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
利用者の要求が増す。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
サービス事業者などに言われ必要でないサービスの利用が増える恐れがある。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
法に従い担当者会議や毎月の訪問等などを実施しているがその事をわずらわしいと思われている方も多くセルフプランが増え統一性がなくなり大変な思いをして実施していることが無意味になるように思われる。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
利用される方が減る。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
保険者のやるべき仕事が増える。高齢者虐待などの問題点が把握しにくくなる。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			

⑧近畿ブロック

質問 1-1 年齢	60	質問 1-2 性別	男性
質問 1-3 都道府県	大阪府	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別	-		
質問 1-6 特定事業所加算の算定	Ⅱ	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	10 年以上
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	有	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
サービス量は減少する。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
利用者のデマンド（要求）が強くなり、自立支援とはかけ離れたプランとなる。ケアプランを依頼する利用者が減少し、失業する介護支援専門員が続出する。その役割が低下することにより、給料が下がる。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
利用者数の減少により、収入が激減し、収益が一段と悪化する。収益の悪化により、廃業に追い込まれる事業所が続出する。規模を縮小（介護支援専門員の人数減）する事業所が続出する。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
セルフプランを代行する事業者がでてくることが懸念され、その弊害として、利用者の囲い込みが増加する、自立支援の原則にのっとった適正なケアプランとはかけ離れたものとなる。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
一部の声として、介護支援専門員の質が向上することの期待がありますが、私はそうは考えません。セルフプランを代行する業者と比較されることにより、利用者のデマンド（要求）に沿ったケアプランとなり、「いうままプラン」が横行することとなります。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
当然のことながら、利用者数が減少する。収益の悪化を招く。事業所の縮小・廃止が大きく増える。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
当然、担当窓口は大混乱となる。現況の人員では対応しきれず、行政は当然担当者を増やすことになるが、このことにより支出が増大する。今回の利用者負担は財政上の理由からと思われるが、保険者にとって、介護保険の収支が改善するとは思われない。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
自己負担を徴収しないことを前提に、制度設計がなされている。その前提条件が変わることによる大きな混乱は必至である。特に、自立支援の理念とはかけ離れたサービスが横行することとなる。また、システム自身が崩壊し、機能しなくなることが懸念される。以上のような理由から、利用者負担を導入することには断固反対である。			

質問 1-1 年齢	34 歳	質問 1-2 性別	男性
質問 1-3 都道府県	大阪府	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別			-
質問 1-6 特定事業所加算の算定	Ⅱ	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	5～10 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	有	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
低所得の利用者が現在利用しているサービス量が減るものと思われます。これは、言い換えれば弱者切りにも繋がりますので、「保険」とはいえないものだと思います。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
介護支援専門員の業務内容の説明責任をより明確化しなければならないと思います。基本的に、実質値上げは反発が大きいと思います。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
自立支援に反する要望（いいなりプランの作成に繋がる要望）が利用者・家族からより強く求められることが予想されます。当事業所は、特定事業所加算を算定しているので、他の事業所より負担額が上がりますが、それが、より利用者の減少に繋がることになると思います。行政が、決めた算定基準を頑張っただけでクリアしているのに、利用者には受け入れられない事業所になるのは本末転倒だと思います。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
私は、セルフプランを全面的に反対ですので、利用者への影響は、今と変わりはないと思われます。ただ、セルフプランを希望する方が増加すると思われます。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
セルフプランから居宅に変更になった利用者の初期対応等に苦勞すると思われます。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
利用者の減少が顕著に表れると思われます。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
まず、考えられるのが、保険者の仕事量が激増します。また、介護保険運営の質が大幅に低下したり、職員数の増加やランニングコストの増加等により公費の支出が増えますので、結果的に保険者の財政を悪化させると共に、10 年間培ってきた介護保険制度の信頼を一気に崩壊へと導く事になると思います。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
居宅介護支援費の利用者負担導入が介護保険当初から見送られた経緯をしっかりと見つめ直し、財政バランスのみに視点を置いた改正の具材の一つにしないで欲しいです。ただ、今回の経緯を踏まえ、私たち介護支援専門員は、利用者の自立支援に基づいたマネジメント力をもっと向上させ、改正の度に題材に上げられないような強固な力を身につけていく事も必要だと思います。			

質問 1-1 年齢	37 歳	質問 1-2 性別	男性
質問 1-3 都道府県	兵庫県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別			-
質問 1-6 特定事業所加算の算定	算定無し	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	3 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	無	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
決定的に減少する。何かを削らざるを得ない。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
利用者に「金を払っている」という感覚が生まれ、要望が大きくなり抑えにくくなる恐れがある。今までは、できる限り対等であり、介護支援専門員がサービス抑制できていた部分がある。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
徴収手数料という経済的負担を生み、事務負担の増加を生む。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
複雑な事務負担を担わなければならない。現在の介護認定更新手続きでも四苦八苦やっている状況で計画作成できる利用者は一握りであると思われる。また、計画作成できたとしても、使いたいだけ使い、何の目標もない計画となるであろう。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
介護支援専門員不要論が増大する恐れがある。介護支援専門員は制度の担い手という役割があるため、それが機能しなくなれば介護保険制度自体が破綻するのは明らか。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
潰れる。詳細は同上。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
事務負担の増大。職業として介護支援専門員がケアプランを立てる事自体容易な事ではないため、素人の利用者が計画するのは困難であり、そのフォローの担うのは必然的に保険者となる。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
介護支援専門員の質、ひいては必要性が問われている現状ではあるが、それでも制度の担い手として適正なサービス利用、または過剰サービスの抑制という役割は十分に果たしていると思われる。財源確保というならば、介護支援専門員の事務負担を軽減し、居宅介護支援費の単価を一先ず下げた上で、担当件数の拡大した方が、よっぽど財源確保できるのではないであろうか。			

⑨中国ブロック

質問 1-1 年齢	37 歳	質問 1-2 性別	男性
質問 1-3 都道府県	広島県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別	-		
質問 1-6 特定事業所加算の算定	算定無し	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	3～5 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	無	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	否
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
低所得者はサービス量の調整、減少が必要かと思われます。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
利用者負担分の支払いが現金か口座からの引き落としになるかは不明であるが、どちらにしても手続きや金銭の管理に新たな手間が発生し仕事量が増えると思われます。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
1 割負担の支払いが困難な低所得者へはセルフケアプランを勧めるケースもあると思われます。現在私の事業所では 5 5 件前後の利用者がおられますが、件数が減少することはあっても増えることはないと思われます。担当件数の減少により経営が難しくなることも出てくると思います。また、1 割負担の導入により新たな書類作成や事務手続きが発生しますので、そのまま事業所の負担になると思います。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
低所得者がセルフケアプランで介護保険を利用するケースが増えると思われますが、所得による配慮、減免も必要かと思われます。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
セルフケアプランが増えること自体に対しては反対ではありませんが、認知症や一人暮らし等のケースではケアマネが必要かと思われます。相対的に困難なケースの割合が増えるのではないのでしょうか。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
担当ケースの減少、事務手続きの増加が予想され、デメリットはあってもメリットはありません。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
保険者の業務が増え、人件費の増加により結局は増税になると思います。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
居宅介護支援費の利用者負担導入には断固反対です。			

質問 1-1 年齢	41 歳	質問 1-2 性別	男性
質問 1-3 都道府県	山口県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別			-
質問 1-6 特定事業所加算の算定	算定無し	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	5～10 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	無	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
国民年金程度の利用者は、負担が大きいためサービスを減らして欲しいと希望が増え、支給限度額内で算定するのであれば、通所は 2～3 回程度、訪問介護も週一回分ぐらい減らすことになる。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
相談調整料で負担が生じるため、相談に応じるということは請求も生じということになり、利用者家族に関与しにくくなる。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
負担があるなら相談しないというような利用者が増え、担当件数も減り、事業所収入も落ちる。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
利用者や家族だけでは、どのような支援が必要なのかという見極め選択、サービス事業所の調整や本当に必要なサービス内容の詳細確認、依頼ができないことになり、利用者がどうして良いのか分からずに困る。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
担当ではないのに結局分からないことの問い合わせや相談、書類作成などを度々受けることになり、後は自分でするから良いと無償で行うだけで時間をとられる。担当件数の減少ということにもなる。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
質の向上のためにと特定事業所加算を受け、現在の担当件数を見込んで 3 人以上常勤ケアマネを配置していても、担当件数が減ることで赤字事業所が増え、事業所収入も減ることでケアマネのリストラも起こりうる。質も低下してくる。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
セルフケアプランでは、保険者の窓口問い合わせや相談が増えたり、ケアマネの精査が行われなため、サービス事業所の積極的なサービス提供なども起こり、必要でないサービスも受けることになってサービスの押し売りなどが生じ、給付が増える。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
今まで専門職として研修を徹底的に受け、ケアマネジメントの質を向上させることで、利用者及び家族の生活を守り、医療との連携を図って地域の社会資源などにも働きかけ、保険だけに頼らない自立支援も支えてきたという思いがある。このような研修や専門的な仕事は何だったのか。専門的な支援が利用者家族にできるのなら社会で支える介護保険なんて最初からいらなかったのではないか。介護保険の要の役目といわれるが、結局何でも責任を押し付けられる都合が良い職種ではないか。利用者負担が生じれば、金銭的余裕が無い方々は保障が受けにくくなる。医療介護は人が生きていくうえで誰もが最低限の療養生活を遅れるという社会保障ではないのか、と疑問を多く感じる。			

質問 1-1 年齢	38 歳	質問 1-2 性別	男性
質問 1-3 都道府県	広島県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別			-
質問 1-6 特定事業所加算の算定	算定無し	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	5～10 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	無	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
確実に他のサービス料を減らしたり受診を控えるなどの給付抑制の方向に働く。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
保険料という公金を扱う立場でありながら、1 割負担を求めることは利用者に迎合したプラン作成・間違った意味での利用者満足度向上の仕事へと転換していく恐れがある。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
前述のように利用者と制度と経営にケアマネジャーが板ばさみになる。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
自己選択と自己決定は大切であるが専門家の援助を受けながら負担なくできることに意味がある。給付管理からセルフとなると高齢者世帯などは対応できない。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
利用者の生活を考えるとセルフケアプランへの援助、あるいは許されないが 1 割負担を徴収せずに支援するということも考えざるを得ない。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
同上			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
現在のマネジメントの仕組みや担当者会議・医師との連携などが困難になり給付管理や制度そのものが崩壊する。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
断固反対です。			

⑩四国ブロック

質問 1-1 年齢	53 歳	質問 1-2 性別	女性
質問 1-3 都道府県	愛媛県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別	-		
質問 1-6 特定事業所加算の算定	算定無し	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	5～10 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	無	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
居宅介護費の利用者負担が出る分、生活上必要と思われるサービス量を制限してくる事もあると思われる。 (要介護区分の変更申請後でも、生活上の支援が介護保険だけでは不足、自己負担が生じている利用者もいる)			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
1 割負担していると権利を全面に出して、自立支援とは沿わない要望をされる利用者、家族が出てくるかもしれない。中立、公正の立場での提案がし辛くなる。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
特定事業所加算がない分、弊社を選択される利用者が増えるかもしれない。(しかし、介護支援専門員の専門性が評価されないのは、介護支援専門員が専門職と大きく社会で評価されず、利用者にとっては適切なサービス選択に繋がらなくなることが、心配です。他の専門職と対等にやりとりできる職種に発展する阻害因子になると思います。)			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
直近の心地よい状況に向けるだけのサービスを選択される傾向が出るのではないかと。その事で今後予測される状況の回避対応が遅れることが心配される。(広い視野に立った選択ができない)たとえば、同じ訪問介護でもそれぞれに特色があり、利用者の状況に応じて提案することがあるが、サービス事業所が直接利用者に宣伝する事が増えて、利用者とのミスマッチが増えて、サービス効果があがらない事が増えるかもしれない。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
利用者の減少になり、経営の存続ができなくなることもある。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
相談件数が増えて、従来の業務に支障をきたすことが出るかもしれない。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
現在、介護保険でのサービスが無くて、病院から施設への橋渡しの支援を行った場合、無償での対応をしているが、それについて利用者負担を導入して居宅介護支援費を出して欲しい。			

質問 1-1 年齢	54 歳	質問 1-2 性別	女性
質問 1-3 都道府県	香川県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別	-		
質問 1-6 特定事業所加算の算定	Ⅱ	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	10 年以上
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	有	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
多分、サービス量は減ると思う。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
利用者から不満が出て、対応に苦慮すると思う。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
利用者から不満が出て、対応に苦慮すると思う。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
利用者が自己プランを立てることは難しく、混乱を招くと想像される。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
セルフプランを立てる利用者と同等の立場になる事は今までの資格や研修が何だったのか不満が出ると思う。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
利用者数が減る事業所の運営が厳しくなると思う。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
対応が大変困難になると思う。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
保険料、利用料が高くなるかもしれないのに、そのうえ、居宅介護支援費まで自己負担になると、利用者、家族から不満が増えると思う。居宅介護支援費は（だけでも）今まで通り、自己負担なしで継続して欲しい。			

質問 1-1 年齢	45 歳	質問 1-2 性別	女性
質問 1-3 都道府県	香川県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別			-
質問 1-6 特定事業所加算の算定	算定無し	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	3 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	無	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
たかが 1,000 円、されど高齢の利用者には 1,000 円でも負担増であると考えます。1,000 円あれば訪問介護サービスがもっと入れる、1,000 円あればデイサービスにもう一回行って気持ちよい入浴ができたり、お友達とおしゃべりができる。逆に、ケアマネに 1,000 円払わなければいけないからサービス利用を減らさなければならなくなる。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
お金を払っているのだから・・・という意識が強くなると 今でも時間関係なく電話連絡が入ったり時間外対応に追われているのが もっと家族に求められるような支援を要求されるのが正直怖い。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
利用者負担により利用者がサービス利用をしなくなる我慢することが増える懸念。ケアマネの対応に対するクレームの増加。サービス利用の減少によって居宅介護支援事業所へも利用者減という現実に向き合わなければならなくなる懸念。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
セルフケアプラン・・・本当にサービスを求めている利用者や家族にできるのか？ 悪徳業者の介入はないのか？			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
わからない			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
わからない。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
対応窓口の事務量の増加			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
介護を必要としている社会的に弱者である高齢者の方々に、これ以上精神的・経済的に負担をかけないでいただきたい。福祉・・・って何？			

⑪九州・沖縄ブロック

質問 1-1 年齢	39 歳	質問 1-2 性別	男性
質問 1-3 都道府県	沖縄県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別	-		
質問 1-6 特定事業所加算の算定	Ⅱ	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	5～10 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	無	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。 沖縄県には低所得の高齢者が多く、また、高齢者を支えるご家族も低所得の場合が多い。その中で、介護サービスの利用を金銭的な理由から制限されている方も多く、施設への入所も出来ず、ぎりぎりの介護サービスで在宅介護が行われている現状がある。そういった、現状の中でたとえ 1,000 円の利用率といえども、無駄に出来ないという心理が働き、サービスの利用がスムーズに行えなく可能性が高い。相談、プランニングは無料という状況で気軽に介護支援専門員へ相談でき、金銭面の相談も行いながら、サービス利用が出来る現状が崩壊する可能性もある。そうすると、ご家族への更なる介護負担となり、高齢者虐待等の新たな問題へと発展する可能性もある。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。 本人とご家族との信頼関係構築にあたり、利用率が発生するとすると、集金や未納といった問題も出てくる。そうすると、気軽に相談出来るという状況では無くなり、信頼関係の構築に支障をきたす可能性が高い。また、場合によっては、利用者の一方的なサービスの希望を受け入れるしかなく、専門的な支援が出来なくなる可能性もある。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。 集金や未納といった問題。また、経理的に負担が大きく。現状で事務員を置くことも出来ないの、管理者等への事務負担が大きくなり、事業所運営が難しくなる。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。 要介護高齢者またがご家族に専門的な知識が必ずしもあるとはいえず、単に利用したい介護サービスを利用する状況がおこる。その結果、要介護状況の悪化やサービス事業所との直接のやりとりで不利益をこうむる可能性がある。また、本人に必要なサービスというよりご家族に必要なサービスに偏ることが考えられ、本人への権利侵害も可能性がある。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。 セルフプランで単に利用したいサービスを利用出来るようになれば、これまで、介護支援専門員として培ってきた、知識や経験が社会へ還元されなくなり。また、介護支援専門員の存在意義さえ問われる事になる。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。 利用件数の減少は直接、収入減へとつながり、経営悪化が予想される。そうすると、現在、行っている、行政への協力や地域支援といった、プランニング以外の事が出来なくなる可能性が高い。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。 給付に関するトラブルや効果や改善を期待出来ない介護サービス利用に財源が使われる事になる。地域支援で居宅介護支援事業所の協力は得にくくなる。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。 かかりつけソーシャルワーカーとして給付の有無に関わらず、要介護高齢者の相談に応じている。相談無料とする事で実現出来ているので利用者負担導入には反対。			

質問 1-1 年齢	50 歳	質問 1-2 性別	女性
質問 1-3 都道府県	大分県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別			-
質問 1-6 特定事業所加算の算定	算定無し	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	5～10 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	有	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
ご利用者へ 1 割負担をお願いすることは、困難と思われます。現在のサービス利用費も 1 割負担が重く支払えないために利用を差し控えられている方から、居宅支援費をいただくことは難しく、自己作成について助言を行う必要が出てくると考えられます。よって利用者は激減すると予想されます。具体的な量は予測不可能。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
制度改正の説明・同意をいただくという新たな負担が増えるうえ、1 割負担金の徴収など事務負担も増え、本来行うべき支援が十分に行えなくなることが予想され 精神的重荷となり今後介護支援専門員としての職を継続しがたい状況に陥るとおもわれます。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
現在でも事業存続に不安のあるところ 事務量の増大など事業存続が困難な状況に陥る。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
セルフプランを作成できる方であれば問題ないと考えますが、これができるような方が介護認定を受けられている方の何割いらっしゃるのでしょうか・・・？ 弱いものいじめの介護保険では本欄の自立支援という目的は果たせないと考えます。「お金のある方は、ケアマネを利用でき、お金のない方は苦しくても自分で何とかしなさい」と言っているようなものです。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
セルフプランの作成について助言や援助が必要となるが、それを指導するのは保険者の仕事と考えますがこれまで気づいてきた利用者との信頼関係を考えると心情的に助言等も行わざるをえないと思います。これについての報酬もないとすれば問題多々。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
経営が窮地に陥ること必然			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
セルフケアプラン作成の指導を十分に行い、ご利用者の不利にならないよう心して当たるべきであり。保健者の負担も増えることは言うまでもない。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
居宅介護支援費利用者負担は、介護保険制度の根幹を揺るがすものであり断じて導入を阻止すべきである。			

質問 1-1 年齢	50 歳	質問 1-2 性別	女性
質問 1-3 都道府県	熊本県	質問 1-4 勤務先種別	居宅介護支援事業所
質問 1-5 質問 1-4 で「その他」の場合の勤務先種別			-
質問 1-6 特定事業所加算の算定	算定無し	質問 1-7 介護支援専門員登録年数	5～10 年未満
質問 1-8 主任介護支援専門員資格の有無	無	質問 1-9 ご勤務先の事業所の管理者か否か	管理者
質問 2 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、仮に 1 割とすれば、新たに利用者の金銭的な負担が毎月 1,000 円超増えることとなります。利用者のサービス量はどのように変化しますか。			
経済的に負担が増えるならば生活する為にサービス利用を減らし利用者の自立とはかけ離れた支援となる。			
質問 3 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、介護支援専門員自身にどのような影響がありますか。			
金銭のやり取りが発生すれば訪問して相談支援する業務の中に遠慮あったり認知症など精神的な疾患を抱えた方とのトラブルが発生すると思われます。			
質問 4 「居宅介護支援費の利用者負担導入」は、居宅介護支援事業所にどのような影響がありますか。			
介護保険サービスを利用することへの躊躇が生まれ契約数の減少が考えられます。			
質問 5-1 「居宅介護支援費の利用者負担導入」により、セルフケアプランが増えることも予想されますが、このことに関して、利用者への影響について教えてください。			
現行地域ではセルフケアプランは実施されていないが、書類作成に対する高齢者の受け止め方としては負担感が増加しサービス利用を控えるようになると考えます。			
質問 5-2 引き続き、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、介護支援専門員への影響について教えてください。			
専門職としての意欲が無くなり他の職業を選択するケアマネが増えると思います。			
質問 5-3 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、居宅介護支援事業所への影響について教えてください。			
利用者の申し込みが減る事は事業所としての経営困難へと繋がり廃止又は規模縮小する居宅が増えケアマネの就職先も減ると思います。			
質問 5-4 同様に、セルフケアプランが増えることも予想されることに関して、保険者への影響について教えてください。			
手続き、書類作成、給付管理すべて窓口で指導又は代行しなければならなくなり介護保険の職員は対応する為に人員確保や対応する為のシステムの準備、指導する為の研修も必要となり対応出来る様になるまで時間が稼げると思います。			
質問 6 これら以外に、「居宅介護支援費の利用者負担導入」についてご意見等がありましたら、ご記入ください。			
色々な生活環境、考え方を持つ利用者宅を一人で訪問し胸の内を伺い共に考えながら必要なサービスを提案するケアマネとして利用者に居宅介護支援を支払っていただく事はどんなトラブルが発生するか計り知れない。認知症の一人暮らしの方や高齢者二人暮らしの方との信頼関係を損なう事になりかねない。利用者負担導入には断固反対いたします。			

緊急！「要支援と要介護を行き来する利用者の実態についてのアンケート」報告書

- (1) 調査目的：社会保障審議会介護保険部会での議論を踏まえ、要支援と要介護を行き来（過去 3 回の認定結果が要支援→要介護→要支援、または、要介護→要支援→要介護と変更になった利用者）する利用者の実態について調べるため
- (2) 調査対象：一般社団法人日本介護支援専門員協会の会員
- (3) 調査方法：協会ホームページの会員専用ページ上での web アンケート
- (4) 調査時期：平成 22 年 11 月 20 日（土）18 時 ～ 平成 22 年 11 月 24 日（水）正午
- (5) 回収状況：321 件
- (6) 分析対象：289 件

本調査では、各ケアマネジャーの「担当利用者数」に占める「ケアマネジメント担当者の変更者数」の割合（以下、担当者変更率）が重要となります。

そのため、利用者数が極端に少ない場合（下記の②）、ないし大きい場合（同③）は、担当者変更率が大きく変動することから、本分析対象外としました。

また、担当者変更率が算出できない者（下記の①と④）も分析対象外としました。

分析除外人数は合計 32 名で、その内訳は、以下の通りです。

- ①利用者数が未記入 : 8 名
- ②利用者数が 10 名以下 : 18 名
- ③利用者数が 50 名以上 : 4 名
- ④認定変更者数が未記入 : 2 名

したがって、分析対象者は 289 名（＝321 名－32 名）となります。

289 名の介護支援専門員を通して、利用者 8,996 名の実態を分析しました。

1. 特定事業所加算 算定状況 (N=289)

	I	II	算定なし	未回答	合計
度数	17	100	171	1	289
構成割合	5.9	34.6	59.2	0.3	100.0

2. 担当利用者数分布 (N=289)

	11-20 人	21-30 人	31-40 人	41-50 人	合計	平均	標準偏差	総数
度数	27	95	147	20	289	31.1	7.4	8,996
構成割合	9.3	32.9	50.9	6.9	100.0			

3. ケアマネジメント担当者の変更数分布 (変更なし 38 名 (13.1%)、変更あり 251 名 (86.9%) の合計 289 名)

	変更なし	1-2 名	3-4 名	5-6 名	7-8 名	9-10 名	11 名以上	合計	平均	標準偏差	総数
度数	38	120	87	25	6	6	7	289	2.8	2.7	805
構成割合	13.1	41.5	30.1	8.7	2.1	2.1	2.4	100.0			

※1: ここでの平均は、変更なしを含めた平均である。

4. ケアマネジメント担当者の変更率分布 (N=289)

	変更なし	10%未満	20%未満	30%未満	40%未満	50%未満	50%以上	合計	平均	標準偏差
度数	38	144	81	17	3	4	2	289	9.3	8.9
構成割合	13.1	49.8	28.0	5.9	1.0	1.4	0.7	100.0		

※1: 変更率 = (ケアマネジメント担当者の変更数 / 担当利用者) × 100 で算出した。

※2: ここでの平均は、ケアマネジャー毎に計算した変更率の平均値である。

5. ケアマネジメント担当者の平均変更率 (N=251)

	ケアマネジャーベース	利用者ベース
担当利用者総数	289 名	8,996 名
変更者総数	251 名	805 名
平均変更率	86.9%	8.9%

※1: ここでの平均変更率は、担当利用者総数に占める変更者数の割合のことである。

6. ケアマネジメント担当変更者のうち、ケアマネジャーが継続した人数とその割合 (N=251)

	ケアマネジャーベース	利用者ベース
マネジメント担当者変更者総数	251 名	805 名
ケアマネジャーの継続対応者数	213 名	552 名
ケアマネジャー継続率	84.9%	68.6%

7. ケアマネジャーが継続した理由 (有効回答 N=211、理由未記入者 2 名を除く、複数回答)

	利用者数 (名)	割合 (%)		利用者数 (名)	割合 (%)
有効回答数	546	100.0			
夫婦の片方を担当	130	23.8	利用者の意向	285	52.2
短期間での状態変化の可能性	144	26.4	包括の委託枠に余裕あり	122	22.3
利用者の心理的負担	252	46.2	その他	56	10.3

平成 22 年 11 月 24 日

「介護保険部会での議論の整理」についての修正意見

委員 葛原茂樹

全体として、検討部会での意見が広くとりいれられたまともになっていると考えますが、追加として次の 3 点について、私の意見を申し上げます。

- p 8 (4) 家族介護者への支援の在り方
 - 原則として、家族介護を当てにせずに在宅介護が遂行できる支援体制を整えるべきである。
 - 通常のレスパイト宿泊とは別に、在宅介護ができなくなった緊急時に迅速に対応できる救急的宿泊可能病床を、地域単位で一定数確保することを検討すべきである。
- p 11 給付と負担の在り方
 - 保険負担と受給の公平性確保のために、現行の 2 号保険者の受給権者の特定疾患資格の緩和か撤廃をするべきである。

審議の取りまとめにあたって

平成 22 年 11 月 25 日

社会保障審議会介護保険部会

委員 齊藤 秀樹

(全国老人クラブ連合会)

委員 木間 昭子

(高齢社会をよくする女性の会)

1. 利用者本位の理念が失われた制度改定

- (1) 制度維持のために、給付の効率化・重点化を進めることは、サービスを必要とする利用者を排除することであり、利用者本位との制度創設の理念に反します。
- (2) 現在、高齢者人口の約 16%の介護サービス利用者がさらに限定される制度は、社会的リスク（要介護・要支援）を対象とした社会保険になじむものではありません。

2. 国民の意見を反映した制度改正とすべき

内閣府が実施した「介護保険制度に関する意識調査」をみると、

- (1) 制度導入により介護の状況は「良くなったと思う」と 51.3%が答えています。しかし、70 歳以上の場合、3 人に 1 人は「どちらともいえない・わからない」と答え（33.6%）、5 人に 1 人は制度導入を評価していません。
全体として高齢者の評価は厳しいものがうかがえます。
- (2) 自分が要介護になった場合の心配は、「家族の負担」73.0%、次いで、「経済的な負担」が前回調査より 6.5 ポイント上回り、60.1%となっています。
- (3) 保険料負担の増加を抑制するための手段として、「公費負担割合の引き上げ」を挙げた人が最も多く（43.1%）、「利用料の自己負担割合の引き上げ」は 20.1%です。一部の利用者にのみ負担増を強いることは民意とかけ離れています。

3. 「地域包括ケア推進」を理由に 制度の理念を歪めてはならない

- (1) 本審議会において地域包括ケアについて十分な審議が行われたとは認識していません。その制度の導入を理由に、「利用料負担や保険料の見直し」を行うことは、現行制度の当初の姿から大きく乖離することになります。
- (2) 制度創設 10 年の検証なしに、「地域包括ケア」の導入を優先するあまり、要支援者・要介護者の生活援助サービスやケアマネジメントに対する一方的な評価によって、利用者負担の強化を図ることは、制度の理念を歪めることになります。

以上のことを前提に、別紙のとおり「取りまとめ案」について意見を申し上げます。

[別 紙]

- 1 P 3 : 介護保険制度の定着 (○ 2)
「意見募集」の結果に加え、内閣府が実施した「介護保険制度に関する世論調査」結果も反映すべきではないか。
- 2 P 4 : 介護保険制度の課題
「課題は明らかになった」 ⇒ 明らかになった課題をまず明記すべきでないか
- 3 P 6 : 介護職員の人材確保と処遇の向上 (○ 2)
「介護報酬改定により」 ⇒ P 2 3 にも交付金との関連記述があり削除すべき
- 4 P 7 : 給付と負担のバランス (○ 2)
6 行目:「持続可能で安定的なものにすることが可能となる。」
⇒「持続可能で安定的なものにすることが可能となるが、現行制度の当初の姿から大きく乖離していくことになる。」
- 5 P 1 0 : 要支援者・軽度の要介護者へのサービス (○ 2)
P 1 1 の○ 2 に同じ主旨の記述があり削除すべきではないか。
また、残す場合であっても、4 行目の記述を次のようにすべきではないか。
⇒「給付の効率化と効果の向上を図ることが適当か否かを検討する必要がある。」
- 6 P 1 1 : ○ 2 2 行目
「効率化・重点化の観点に加えて」⇒「効率化・重点化の観点のみならず」
- 7 P 2 0 : 利用者負担の導入 ○ 1
「これにより、利用者自身のケアプランの内容に関心を高め、良質な事業者を積極的に選択するよう促す効果も期待できる。」⇒ 削除もしくは意見の中に整理

「なお、その際には、適切な…」 ⇒ 削除
- 8 P 2 3 : 処遇改善の取り組みについて ○ 1
「本来的には」 ⇒ 削除の取り消し
- 9 P 2 5 : ○ 3 4 行目 および P 3 2 : 今後に向けて の記述
地域包括ケアシステムとの関連で、「給付の効率化・重点化」、「利用者負担や保険料の見直し」が本審議会でも論じられたとは認識していない。

平成22年11月24日
公益社団法人 全国老人福祉施設協議会
介護保険委員長 榊田 和平

介護保険制度の見直しに関する意見（案）について

11月19日にも、資料配付し、意見を述べさせて頂いた下記の件について
意見書に記載をお願いしたい。

4. 給付と負担のバランス （公費負担のあり方） この項に

公費負担割合の見直しに際しては、施設介護サービス費（国：20％・都道府県：17.5％・市町村：12.5％）、居宅・地域密着型介護サービス費（国：25％・都道府県：12.5％・市町村：12.5％）における国と都道府県の負担割合の5％差について是正し、同じ扱いとすべきである。

との意見があることを付け加えていただきたい。

介護保険制度の見直しに関する意見（素案）のとりまとめについて

下記の事項については、部会の中で述べさせていただいた内容ではありますが、意見として「とりまとめ」のなかに反映させていただきたい。

1. 給付と負担のバランス

（1）公費負担のあり方

現状、公費50%負担の内訳について

（注：国負担には調整交付金5%含む）

施設等サービス	国：20%・都道府県：17.5%・市町村：12.5%
在宅・地域密着サービス	国：25%・都道府県：12.5%・市町村：12.5%

となっている。

このため、都道府県にとっては、施設等サービスの増加は在宅・地域密着サービスの増加より、介護給付においてより多くの負担を伴うことになることから、介護施設の整備を躊躇し、特養ホーム入所待機者（申込者）42.1万人を招き、「保険あってサービスなし」の状況を生み出している。

「公費負担割合の見直しに際しては、施設、在宅・地域密着の類型による国と都道府県の負担割合の5%差については是正し、同じ扱いとすべきである。」

との意見があることを付け加えていただきたい。

（2）多床室の給付範囲の見直し

多床室の居住費について、平成16年の介護保険部会の議論等で、「居住環境との関係についても考慮する。」とのことで、多床室は居宅での環境と大きく異なり、その室料分は個室と違いその人の専用でないため徴収は難しく、光熱水費のみを介護給付より切り出し利用者負担とした経緯がある。

この際の議論を尊重し、「多床室の減価償却費を利用者負担化（保険給付対象外とする）することについては、その居住環境を考慮し居住費については現状の光熱水費相当を維持すべきである。」との意見があることを付け加えていただきたい。

2. 地域包括支援センターの運営の円滑化

要支援者に対するケアプラン作成業務（介護予防支援）

地域包括支援センターの機能強化策として、本来業務とすべき相談・支援業務に専念できる体制が必要である。そのためには、要支援者に対する「介護予防支援」等のケアプラン作成業務を地域包括支援センター業務から外すべきと考える。

「介護予防支援については、業務委託ではなく居宅介護支援事業所の業務範囲とし、利用者にとって完全なワンストップサービスとなるようにすべきである。」

との意見があることを付け加えていただきたい。

介護保険制度の見直しに関する意見（修正版）について

1. 修正版についての変更箇所

① P 8 : 3 項目（24 時間対応の定期巡回）

「一方、様々な状態の要介護者に対応できるよう、・・・・・・・・・・」

↓

「一方、**要介護度 1 を含めた**様々な状態の要介護者に対応できるよう、・・・・・・・・・・」

② P 12 : 1 項目（地域支援事業）

「なお、この場合、一定のサービス水準が維持されるよう・・・・・・・・・・」

↓

「なお、この場合、**十分な財源確保と**一定のサービス水準が維持されるよう・・・・」

③ P 15 : 1 項目（介護療養病床）

「また、現在の介護療養病床については、経過的に運営を継続しつつ、社会的入院を是正するために、新規の介護療養病床の指定を行わず、・・・・・・・・・・」

↓

「また、現在の介護療養病床については、**長期的に**運営を継続しつつ**実質的には廃止路線を撤回すべきである**。ただし、社会的入院を是正するために、新規の介護療養病床の指定を、・・・・・・・・・・」

2. 今後の介護保険部会について

5 月 31 日から始まった本部会の審議も、報告書をまとめるといった最終段階を迎えている。しかし、介護保険制度の総括については不十分であったと考える。2012 年改正介護保険に関する論点は最重要であるが、介護保険制度の理念や意義についても議論されるべきである。

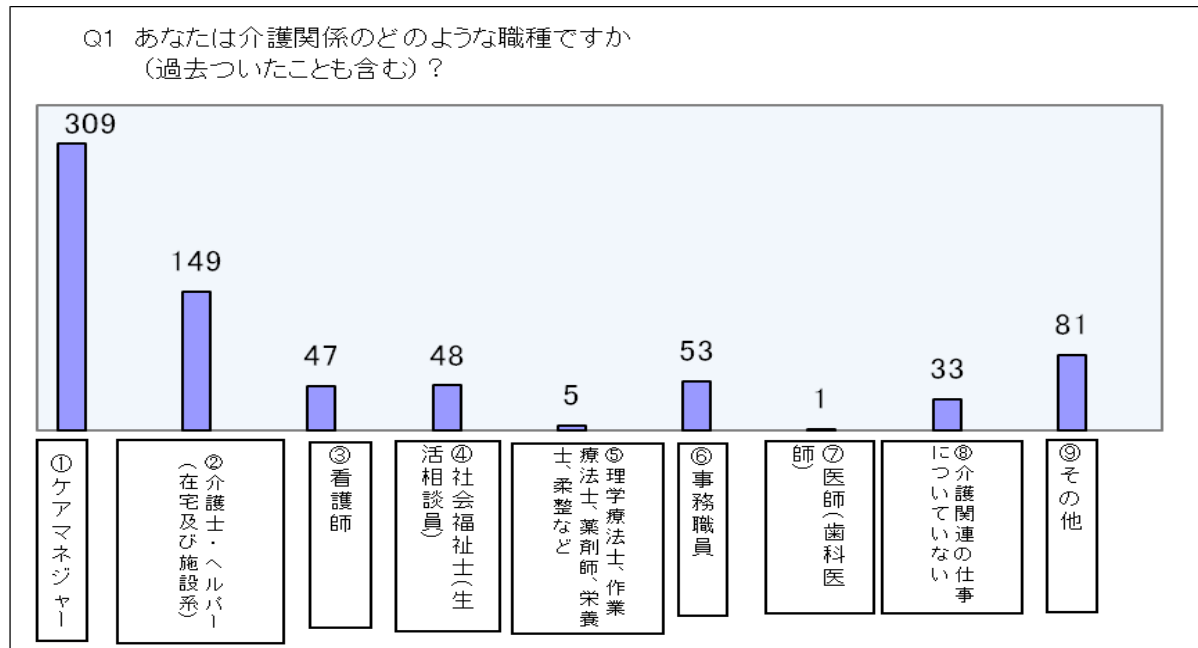
そのため、適時、法案過程や財政論から多少距離を置いた形で部会として総括的な議論を実施していくべきである。そして、2015 年、2018 年といった今後の介護報酬改定・制度改正につなげていくべきである。

3. 要支援 1・2 のケアマネジメント（参考）

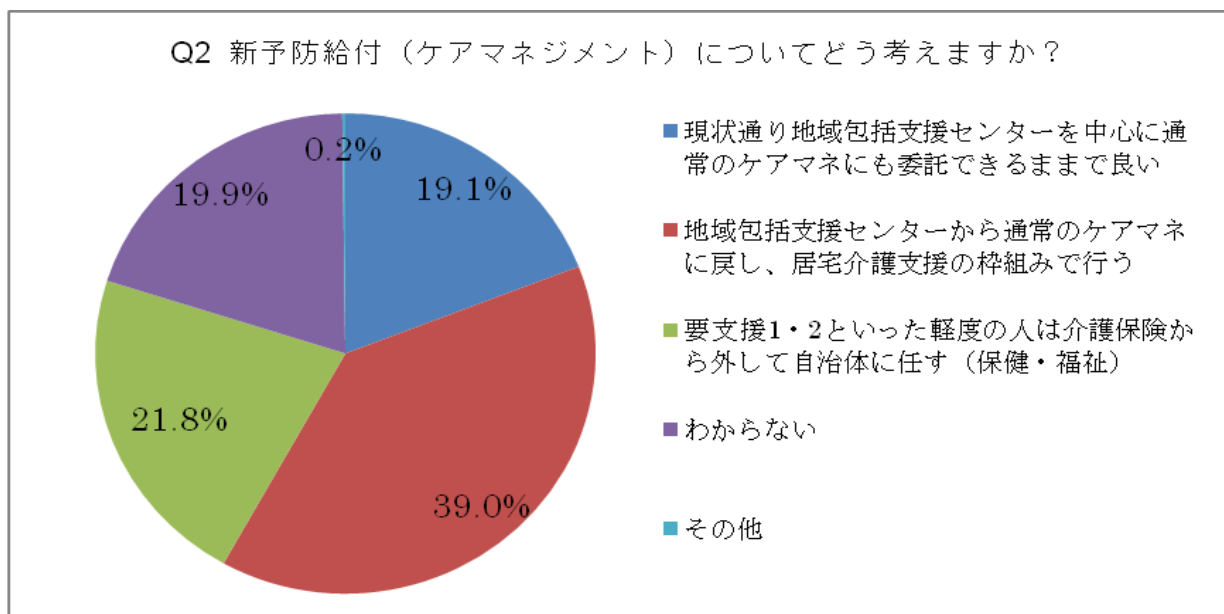
前回の部会の議論で要支援 1・2 のケアマネジメントについて議論がなされたが、私が今年 5 月から 11 月にかけて主に介護従事者を対象にアンケート調査を行った（15 項目）。私が直接介護関連集会や職場に出向いて、対象者にアンケート協力を依頼し、528 名から回答を得ることができた（調査対象地：東京、千葉、栃木、宮城、埼玉）。

今回、この結果を要支援 1・2 のケアマネジメント部分のみ参考として掲載する。なお、本報告書では、この案件は両論併記となっているので問題ないと考える。

N = 726人（複数回答）



N = 528人



自由意見

- ・予防介護を包括から委託されているが、アセスメントして、ケアプランを作り、それを包括に出し、包括のケアマネに一言書いてもらって、利用者にやっとサインをもらえる。手間がかかりすぎるうえ、報酬が安い。
- ・予防給付をケアマネに戻すことには賛成ですが、報酬については介護支援費と同等であるべきだと思います。逆に介護度が高い程、報酬が高くなる事が、実務と整合性がとれているとは思いません。
- ・予防給付は居宅に戻さないほうがよい。地域包括のあり方、保険者のあり方、（直営）包括などを体系的に検討してほしい。
- ・予防給付の効果に疑問を感じています。要支援1、2の方に、介護保険サービス（ヘルパー）が必ずしも必要ではないと思います。予防給付からヘルパーを外しても、いいのではないのでしょうか。予防で効果が出ているのは「通所」と「訪看」程度ではないのでしょうか。

以上

2010年11月25日

社会保障審議会 介護保険部会
部会長 山崎 泰彦 様

吉田 昌哉
(日本労働組合総連合会企画局次長)

「介護保険制度の見直しに関する意見（案）」に対する意見

介護サービスや支援を必要とする人が必要なサービス等を安定的に受けることができるよう、介護サービスの利用者、担い手である労働者、介護保険の被保険者の立場から、「介護保険制度の見直しに関する意見（案）」に関し、以下の三点について意見を提出する。

1. 軽度者への安定的なサービス供給を

要支援者及び軽度の要介護者に対するサービスについては、重度化の防止などの重要な役割を果たしている。そのため、こうしたサービスの切り下げや負担の引き上げは、支援やサービスを利用して暮らしている要支援者や軽度の要介護者の生活に支障を来しかねない。要支援者や要介護者にとって、介護保険を代替するサービス供給体制が保障されない以上、軽度者へのサービスの切り下げや負担の引き上げを行うべきでない。

2. 介護労働者の継続的な処遇改善を

「素案」及び前回部会の議論では、2012年度以降の処遇改善のための具体的な方法は何ら明確になっていない。前回会議で指摘したとおり、処遇改善に係る措置が後退するようなことがあれば、一層の担い手不足を招き、介護保険制度に対する国民の信頼を失わせ、制度の存続自体に影響を及ぼす事態が懸念される。

介護報酬改定で対応すべきとの意見が出されているが、仮に介護保険制度に組み込み介護報酬改定で対応した場合、介護労働者の賃金に配分される担保はない。介護労働者の処遇の低下が想定される状況について、容認することはできない。

新成長戦略（2010年6月18日、閣議決定）において、介護関連産業は成長牽引産業として産業育成と雇用創出の重点対象分野とされている。さらに、「介護・看護人材の確保と活用について」の総理指示（2010年9月26日）も出されている。介護分野の人材確保と雇用創出を進めるためには、介護労働者の継続的な処遇改善

は不可欠である。

3. 皆が負担し合い財源の確保を

前回会議で指摘したように、今般の法改正では、介護サービスや支援を要する高齢者が必要なサービス等を受け、尊厳ある暮らしを続けられるよう、公費、保険料、自己負担、給付のあり方を含め、必要な財源を確保していくことが必要である。

国費の削減、国費の財源確保を目的とした、被用者保険の介護納付金の算定への総報酬割導入の提案は、適当でない。

介護保険制度における財源確保と負担のあり方については、制度の普遍化の議論として、あらためて検討の場を設けるべきである。その際、負担のあり方を含めた検討を行うべきである。

4. 介護の社会化の推進に向けて

「素案」では給付の見直しが何点か示唆されているが、社会連帯に基づき社会保険と契約関係によるサービス利用者の権利性の確保、個別性の尊重、介護の社会化などの介護保険制度の基本理念に反しないよう留意する必要がある。

なお、具体的な給付や自己負担の見直しについては、事務コスト等間接経費や現場の事務負担、実務を行う上での公平性と現実性などに留意すべきである。

以上

平成22年11月22日

社会保障審議会介護保険部会
部会長 山崎泰彦 様

日本ホームヘルパー協会
会長 因 利恵



「軽度者への生活援助を市町村判断に」は反対です

日ごろより日本ホームヘルパー協会の活動に、ご理解ご指導を頂き深く感謝申し上げます。

19日、社会保障審議会で出された(2)要支援者などの軽度者へのサービス(3)地域支援事業の記述で、軽度者への生活援助の議論が書かれています。

「生活援助サービスなどは、軽度者の生活に必要なものであり、その給付を削減することは適切ではないという強い意見があった」とあります。

日本ホームヘルパー協会は、制度議論の都度、上記意見と同じことを主張してきました。心身機能が弱まるとまず家事能力が落ち、生活の基本である生活環境の整えができなくなります。

尊厳ある介護を目指すなら「散らかった部屋」「汚れた衣服」「栄養バランスの悪い食事」を改善すべきです。

これらは人間の暮らしの基本です。生活支援はそれを行っています。それができなくなれば、要支援者等は早く要介護状態へと悪化していきます。

生活援助は、今までどおり継続していただきますよう強く要望いたします。

また「生活援助を市町村判断で」とありますがありえません。そのことは生活援助サービスを廃止することにつながります。

「同居家族がいる人への生活支援」「散歩の取り扱い」「院内介助」の厚生労働省通知が出された経過からもおわかりのとおり、市町村の取り組みはばらばらであり、しかも厳しくサービスを制限しています。

軽度者への生活支援を担っている訪問介護としては、今回の制度改正で軽度者への生活援助の廃止や、市町村に判断を任せることに強く反発するものです。

再考をお願い致します。