

いつでも、どこでも、必要な介護が保障される
「介護の社会化」を実現しよう



介護の崩壊から「介護の社会化」の再構築へ
介護報酬引き上げ、利用者負担の軽減をはじめとする介護保険の緊急改善を求めます
—賛同署名・意見—



全日本民主医療機関連合会
〒113-8465 東京都文京区湯島2-4-4平和と労働センター7F
tel. 03-5842-6451／fax. 03-5842-6460
E-mail : min-kaigo@min-iren.gr.jp

2008年5月

【 目 次 】

I.	緊急改善要求と要請行動	P.1～8
II.	賛同署名・意見の概要	P.9～16
	①「介護報酬」の引き上げを求める要求 ②「人材確保」を求める要求 ③「利用者負担の軽減」を求める要求 ④「介護認定制度の改善」を求める要求 ⑤「情報の公表制度」調査手数料の引き下げ等の要求 ⑥「介護保険制度」に関する要求 ⑦「介護職員の業務」に関する要求 ⑧「個別具体的」な要求	
III.	賛同署名・意見一覧	P.17～64
	○ 訪問介護 ○ 訪問看護 ○ 訪問リハビリテーション ○ 訪問入浴 ○ 通所介護・通所リハビリテーション ○ 居宅介護支援 ○ グループホーム ○ 短期入所施設 ○ 小規模多機能居宅介護 ○ 特養 ○ 老健 ○ 療養病床 ○ 地域包括支援センター ○ 福祉用具 ○ 介護タクシー ○ 病院 ○ 診療所 ○ 法人本部等	
－民医連の医療・介護制度再生プラン－		
介護の崩壊から「介護の社会化」の再構築へ		P.65～71



I . 緊急改善要求と要請行動



私たちは、深刻な介護サービス利用の困難、事業所の経営難、人手不足などにより介護保険制度が破綻の危機に陥っている事態に対する緊急改善要求として、2007年10月、「介護改善アピール（介護の崩壊から『介護の社会化』の再構築へ）」（以下「アピール」／3ページ参照）をまとめ、賛同を呼びかけました。各地域で民医連以外の事業所・施設、地元マスコミ、関係団体に賛同を呼びかけました。

2007年12月14日には、厚生労働省に対して、緊急改善要求の実現を求めるとともに、この日までに全国から寄せられた「要望・意見」を提出しました。（5ページ「ニュース」参照）



介護の崩壊から「介護の社会化」の再構築へ

－ 介護報酬引き上げ、利用者負担の軽減をはじめとする 介護保険の緊急改善を求めます

2007年10月 全日本民主医療機関連合会

★ いま、介護保険は破綻の危機にさらされています

● あまりにも低すぎる介護報酬一個々の事業所の経営努力ではもう限界です

相次ぐ介護報酬の引き下げは、事業所の経営を大きく圧迫しています。

2006年の報酬改定は、全体として2.4%の大幅引き下げとなり、2003年改定も2.3%のマイナス改定でした。介護保険スタート以降、介護報酬は一度も引き上げられることなく推移しています。多くの施設・事業所では、経費の削減、とりわけ人件費について、給与の見直しや正規職員をパートに切り替えるなどギリギリまで切りつめてきました。しかしこうした対応はもう限界です。経営難のため、事業所を縮小・廃止せざるを得ない事態も生じています。

あまりにも低い介護報酬が、職員の賃金・労働条件の改善を困難にし、サービスの質の向上を妨げ、在宅、施設など地域の福祉・介護の基盤を根底から揺るがしています。

● 深刻な人手不足－介護の担い手が大幅に減っています

介護職員の不足は深刻化の一途をたどっています。東社協（東京都社会福祉協議会）の調査では、全事業所の6割、特養では9割が「5年前に比べて確保が困難になった」と回答しています。ある施設では、2年以上パート職員を募集しても応募がない状態が続いています。地域全体としてヘルパーの確保が厳しくなっているため、利用者に必要な訪問介護サービスの提供が困難となり、在宅生活に支障をきたした利用者も出ています。

「介護労働安定センター」の調査では、介護職員の離職率20.3%（全産業平均17.5%）、離職者の平均勤続年数1年未満が42.5%、平均賃金は21万3800円で、全産業の一般労働者よりも11万7000円低いという結果が報告されています。ここ数年、多くの介護福祉士の養成施設で定員割れが生じており、卒後介護分野を選択しない学生が増えています。

こうした背景に、現状の厳しい賃金・労働条件があります。このままで、介護の担い手が減り続け、制度そのものを維持することができなくなる事態が生じかねません。

● 「こんなはずじゃなかった！」－利用者・家族からは 悲痛な訴えが寄せられています

介護保険料の引き上げに加え、税制の改定によって税・保険料などの負担が雪だるまのように増えています。重い費用負担のために利用をとりやめたり、利用を減らすことを余儀なくされる事例があとを絶ちません。居住費、食費の自己負担化によって、施設を退所せざるを得ない、入所申し込みすらできないケースが増えています。「所得の格差」が「介護の格差」に直結する事態がいっそう広がっています。

実際の状態よりも低い判定結果が出てしまう認定システムの矛盾のために、在宅生活を継続していくために必要なサービスの利用が困難になっている事例が増えています。新たな予防給付のもとで、軽度認定者のサービス利用が大幅に制限され、「病状が悪化した」「閉じこもりがちになった」など、今までの生活を継続する上で大きな支障が生じています。予防給付には個別リハビリのサービス体系がないため、改善の見込みのある利

用者や障がいのある利用者に必要なリハビリを提供できなくなっています。要介護者に対する長時間のヘルパーの生活援助も認められなくなりました。同居家族がいる場合の生活援助、通院介助などの利用に対する締め付けも強められています。

介護保険スタート時に掲げられた「介護の社会化」という理念は完全に投げ捨てられ、過酷な負担増、徹底的な給付抑制がもたらす困難が利用者・家族に重くのしかかっています。

★ 介護保険制度の見直し・改善を求める

● 介護の充実、介護保険の改善は 国民的な課題です

高齢化がいっそう進む中、介護の充実は、「安心して老後を送りたい」というすべての国民の願いです。

自己責任を土台とした家族介護への逆戻りではなく、負担の心配をせずに、いつでも必要な介護サービスを利用できる「介護の社会化」の実現、そしてそれを支えるすべての介護職員が、自らの専門性を高め、生き生きと働き続けられる労働環境をつくることが必要です。

8年目を迎えた介護保険制度、その抜本的な見直し・改善が不可欠です。

● そのために、介護・社会保障に対する国の負担を増やすことが必要です

日本では、社会保障に対する国の支出がO E C Dの主要国と比較して低いまま推移していました。国民所得に占める社会保障給付費の割合は、イギリス 29 %、ドイツ、フランス 39 %（2001年）に対して、日本は 24 %（2006年）にとどまっています。高齢者福祉はかつて全額公費でまかなわれていましたが、介護保険制度では国の負担割合は4分の1にまで減らされています。

介護保険に対する国の負担を大幅に増やすことが必要です。

● 現状の困難を早急に打開するために、当面、以下の緊急改善を求める

1 次期改定を待つことなく、早急に介護報酬を引き上げること

- ① ヘルパーをはじめ介護従事者への十分な給与保障を可能とする基本報酬の引き上げ
- ② 介護保険施設における人員基準の見直し、その裏づけとなる報酬の引き上げ

2 保険料、利用料、居住費・食費など、利用者、高齢者の負担の軽減、低所得対策の拡充をはかること、必要な介護サービスが制限されることなく保障されるよう基準などを見直すこと

3 以上を実現するために、緊急の予算措置をはじめ、必要な対策を講じること

※※ 以上の趣旨にご賛同頂ける方は、別紙の署名用紙にご署名頂き、全日本民医連にファックスでお送り下さい。介護の改善のためにご一緒に力を合わせましょう

全日本民医連（全日本民主医療機関連合会）

〒113-8465 東京都文京区湯島2-4-4 平和と労働センター7F
TEL 03-5842-6451 FAX 03-5842-6460

介護の崩壊から「介護の社会化」の再構築へ

介護保険の抜本改善を求めるニュース No.1 07.12.19 発行

12月14日 厚労省交渉を実施！

「緊急改善アピール」に寄せられた
地域の事業所のご意見を届けました

交渉には、全日本民医連介護・福祉部の理事・部員を中心出席し、「要望書」に対する厚労省の見解をいただきました。

同時に、地域の事業所から寄せられたご意見をとりまとめて、厚労省に届けました。「要望書」と地域の事業所の意見一覧は、厚生記者会にも配布しました。（12月11日までに到着した、ご意見の第一次集約分一覧は別紙をご参照下さい）



【交渉の概要】

厚労省からは、老健局から介護保険課（大崎係員）・振興課（櫻井係員）・老人保健課（大内係員）、社会・援護局から福祉基盤課（余語係長）の4名に出席頂きました。

全体を通して、①短時間の交渉でしたが、この間、民医連外の事業所から寄せられた切実な声を伝え、出席者からは、介護職員の賃金・労働条件、経営、人手不足、ケアマネ部門など事業所の現状、新予防給付や負担増のもとでの利用者の困難を訴えました。

②報酬の緊急引き上げについては、直前に開催された介護給付費分科会（12月10日）での、「介護報酬の水準のみでは介護事業の経営や介護労働者の処遇に係る問題の根本的な解決につながらない。様々な要因について十分な分析を行い、幅広い観点からの施策を講じることが必要」という確認が土台にあることがうかがえました。低すぎる介護報酬が矛盾の根源にあることを、具体的なデータを示しながら返し訴えていくことが必要です。

③新予防給付については、国自身が「使いにくさ」を認識していました。引き続き具体的な事例による制度の検証と、それに基づく改善提案が求められます。

④同居家族がいる場合のヘルパーの「生活援助」については、改めて国の考え方が示されました。これを根拠に、独自解釈によるサービス利用の制限を取りやめるよう、自治体に要請することが必要です。

- 1 次期改定を待つことなく、早急に介護報酬を引き上げてください
 - ① 介護従事者への十分な給与保障を可能とする介護報酬を引き上げてください
 - ② 事業者が労働基準法をクリアした上で、事業経営が成り立つ水準に介護報酬を引き上げて下さい
 - ③ 介護保険施設における人員基準を引き上げるとともに、その裏づけとなる介護報酬を引き上げてください
- 2 保険料、利用料、居住費・食費など、利用者、高齢者の負担の軽減、低所得対策の拡充をはかってください
- 3 要支援1、2になんでも必要なサービスが継続できるよう基準を見直して下さい。また、同居家族がいる場合の生活援助や院内介助などについて、必要な介護サービスが制限されることがないよう国の指導を強めてください
- 4 8月に改定された「人材確保指針」が真に実効あるものとなるよう、具体的な施策を講じてください
- 5 以上を実現するために、緊急の予算措置をはじめ、必要な対策を講じてください

【要望項目1】 次期改定を待つことなく、介護報酬の引き上げを

厚労省は、介護従事者の給与保障について、「事業者と雇用者の個々の契約によるものであり、基本的には介護報酬の水準によるが、事業収入の確保状況やサービス市場の事業者間の競争などの影響もあるので、精査が必要」として、改定に向けて調査・分析をするとの回答でした。しかし、2009年の改定を待たずに、早急な引き上げをという要望に対しては、「具体的にいつ実施という話にはなっていない」との立場に終始しました。

- ◆民医連：介護報酬は引き上げていかなければいけないという認識はあるのか
- ◆厚労省：現段階で責任持った回答はできない。保険料は公費とのバランスも考えないといけないし、全体のバランスがあるので何ともいえない
- ◆民医連：介護労働者の賃金引き上げは必要という認識は、厚労省の中では一致しているのか
- ◆厚労省：介護労働者が十分に確保されるよう、適切に「人材確保指針」にある通りに、としかお答えできない

【要望項目2】 利用者負担の軽減、低所得者対策の拡充を

低所得者対策については、すでに実施されている施策の説明にとどまりました。また、保険料については、「制度創設当初より水準自体が高くなり、収入が少し増えると急激に保険料があがる」、また、「税制改正によって、もう年金が同じでもいきなり高い保険料になった」と認識しており、「介護保険料の在り方等に関する検討会」を設置して、低所得者への配慮などを検討しているとの回答でした。

- ◆民医連：実際に居住費・食費を払えないで退所される人が出てきている。経済的に耐えきれない。特に生保を受給できない層が途方に暮れ、未収金も発生している。さらに低所得者への配慮を検討して欲しい。また、今のしくみでは新型特養には生保の方は入れない。ところが古い特養は新型特養への立て替えしか認められないので、生保の方が入所できなくなる。在り方を早急に検討してほしい

【要望事項3】 要支援になんでも必要なサービスの継続を

軽度者のサービス利用が限定されることに対して、「第一義的にはケアマネが適切なプランを立てていただきたい。その人にあったサービスであれば、適切にプランを作成して提供して頂きたい」と回答しました。また、「予防給付は改善を期待して考えてつくられた制度で、効果が上がっているか精査が必要。使いにくいという指摘は受けている。改善を意図して制度設計したが、それが利用者に浸透していないのか。今まで全部介護で手伝ってしまっていたが、自分でやることで機能を維持できる面があるので、ある程度自分で出来ることはやってもらいたいという意図がある」と説明しました。

- ◆民医連：「本人がやらないと保険給付の範囲にならない」というような自己規制が広がっている

◆民医連：昨秋に民医連が実施した事例調査では、要介護から予防に移行した方の1／4程度はサービス利用が低下し、逆に病状や病態の悪化、閉じこもりになり、生活そのものが維持できない状態も出てきて、結果的には費用が増える。予防によって必要なサービスまで制限されないか危惧している。根本から効果の検証もして、見直しが必要ではないか

【要望事項3】 同居家族がいる場合の生活援助、院内介助を制限しないよう、国の指導を

【同居家族がいる場合の生活援助】

「生活援助は、基本的には単身高齢者、家族がいても病気や障害等何らかの理由で家事が出来ない場合にサービスの対象」だが、「家族が疾病、障害以外にも何らかの理由で生活援助のサービスを必要な場合は当然あり得る。厚労省としてそうしたケースについて、生活援助のサービスの対象としない」としているわけではなく、保険給付の対象となる・ならないは個別具体的の判断。ケアマネジメントで判断して、対象となると判断されたことについては保険給付の範囲にすると回答しました。

【一律に運動機能だけで生活援助サービス利用の可否を判断している状況について】

「こういった場や日常業務の電話などで聞いている」と実情を把握していました。こうした実情に対して、「9月に地域包括支援センター担当者を対象とした意見交換会を開催し、振興課長が、生活援助についてはその方の体だけでなく、いろいろな要素を勘案して判断するもので、一律に判断できるものではないのでお願いしたいと自治体担当者に話したところである」と述べ、自治体に対してもこうした指導がされていることを確認しました。

【院内介助について】

医療機関内は基本的には医療保険の範疇としつつも、いろいろなケースがあるので、「それぞれの事情で個別の判断で、必要と判断されれば介護保険の方からヘルパーから提供できる仕組みになっている」との回答でした。

【要望項目4】 「人材確保指針」が真に実効あるものとなるよう、具体的な施策を

「人材確保指針」については、「指針は、一つだけやればいいということではなく、労働環境整備、キャリアアップシステム、介護の仕事の意義の周知・PR、働いていない潜在介護職の復帰など全般にわたり、事業者、自治体、関係団体それぞれ出来るところからやっていく」との回答でした。

具体的には、「事業者にもPRして、指針の考え方を理解して頂く」と同時に、「厚労省も全国会議やホームページで周知していく。社会援護局としては予算も調整中、潜在介護福祉士に対する実態調査、都道府県人材センターが人を集めたりして確保できるよう、関係局の取り組みでもフォローアップしていきたい」と述べました。

◆民医連：人材確保指針では、人材確保に関わって介護報酬についても「適切な水準の介護報酬」をという表現だが、現状が低いという認識か

◆厚労省：介護報酬の水準がどのくらいがよいかは、実態をいろいろなところから聴取し調査もする。どうしても保険料、財源にもからむ話なので、今後、どういう水準がいいかは言いにくいが、ああいう表現になった

【まとめ】

最後に、高齢者の暮らし、介護を最前線で守る専門の官庁として、事業所の経営難、人材難への対応、利用者にとっての利用の制約を改善して頂けるような政策をたてて欲しいと要請しました。また、本日紹介した要望項目に対する「意見」について、地域の事業所から寄せられた賛同の意見の一部なので、改めてそれらの意見をまとめてお伝えすることとしました。



II. 賛同署名・意見の概要



賛同署名には、2008年5月7日までに、全国の500を超える事業所から、賛同の表明が寄せられました。

「意見欄」には大きく8つのテーマ（①「介護報酬」の引き上げを求める要求、②「人材確保」を求める要求、③「利用者負担の軽減」を求める要求、④「介護認定制度の改善」を求める要求、⑤「情報の公表制度」調査手数料の引き下げ等の要求、⑥「介護保険制度」に関する要求、⑦「介護職員の業務」に関する要求、⑧「個別具体的な要求」）について、要求や意見が多数寄せられました。



賛同署名・意見の概要

全国の介護事業所に対し「緊急改善要求（賛同署名）」を送り、民医連加盟以外の事業所（19 都府県／307 事業所・部門）と、民医連加盟事業所（16 都府県／147 事業所・部門）から、併せて 502 の賛同の回答が寄せられました。（2008 年 5 月 7 日現在）

「意見欄」には、在宅・施設を含む 288 の事業所・部門から、現場の切実な実態、介護保険制度の矛盾、制度の改善を求める声や要求がびっしりと書き込まれていました。

具体的な要求としては、以下の 8 点について様々な要求・意見が寄せられています。

○ 緊急改善要求

1. 次期改定を待つことなく、早急に介護報酬を引き上げること
 - ①ヘルパーをはじめ介護従事者への十分な給与保障を可能とする基本報酬の引き上げ
 - ②介護保険施設における人員基準の見直し、その裏づけとなる報酬の引き上げ
2. 保険料、利用料、居住費・食費など、利用者、高齢者の負担の軽減、低所得対策の拡充をはかること、必要な介護サービスが制限されることなく保障されるよう基準などを見直すこと
3. 以上を実現するために、緊急の予算措置をはじめ、必要な対策を講じること

①「介護報酬の引き上げ」を求める要求

相次ぐ介護報酬の引き下げの影響で、事業所運営が成り立たない等の現場で起こっている具体的な状況が記載されています。

低い介護報酬により労働条件の改善・職員の確保ができない状況として、「訪問介護は、利用者からキャンセルがあってもヘルパーに賃金保障もできず、ヘルパー数に余裕もない」ので、新規の利用にも応じられない状態。少し余裕を持って人員を雇える介護報酬にしてほしい（訪問介護事業所）、「訪問ヘルパーの報酬が低い、募集しても集まらない、若い人に職についてほしいと思っても、きつい、しんどいで続かない。利用者に寄り添ったよりよい介護で家族の負担を少しでもやわらげられるよう日々思っているが、介護報酬を上げてもらわないと人材確保が不可能（訪問介護事業所）」と、介護報酬の引き上げなしには人材の定着・確保ができず、事業が成り立たないという悲痛な声が寄せられました。

どんなに多くの利用者にサービス提供をしても、低い報酬のため事業の採算が合わない状況として、「低すぎる介護報酬で事業所の経営が成り立っていない。スタッフは朝から晩まで月に 80 件以上訪問しても赤字。併設している居宅介護支援事業所も、ケアマネが多くの書類を作成し、利用者やサービス事業所との連絡、調整に奔走しても月に 1 件あたり 10,000～13,000 円の報酬では採算が合うはずがない。せめて大もうけできないまでも、採算が合うような報酬に改めるべき（訪問看護事業所）」「介護報酬が低すぎて万年赤字。居宅介護支援で 35 件の制限と、単位の低さで、看護師をしていた時の給与の半分で副業を考えないと生活が苦しい（居宅介護支援事業所）」、「コムスンの問題も絡み、リスクばかり大きく介護報酬は低いえ、居宅介護支援事業所単独では限度いっぱい利用者を受け入れても赤字。近辺の居宅支援事業所も突然の閉鎖で慌ただしい状況。ケアマネ業務でせめて事業所が赤字にならない程度の報酬にならないと今後存続は厳しく、誰もケアマネのなり手がなくなり、利用者にとって保険あっても介護が受けられない状況が現実に起こつ

てきそう（居宅介護支援事業所）」と、どんなに頑張っても報酬単価が低く設定されているため赤字で、経営が成り立たず閉鎖する事業者も出ている問題等が指摘されています。

経費削減による努力の限界として、「介護報酬の引き下げは、事業所としては経費節約（ほんとうに必要な物も買えない状態で最低限の物のみ）、人件費の確保がやっとといった現状。人件費を抑えるためにパートの人たちの正社員への道もストップ。労働時間の短縮でやっと成り立っているという状態（通所介護事業所）」、「ガソリンはかなりの消費（1日平均 20 km× 8 台）で値上げによる費用は相当な額。せめて、以前のように送迎加算を認めてほしい（通所介護事業所）」と、低い介護報酬のため、日常業務にかかる最低限の費用も確保できない状況が寄せられています。

また、ケアプラン作成報酬の引き上げや、規定されている様々な文書作成費、それにかかる経費、通信費を加算で評価してほしい、老健でも特養と同じように内服薬、注射、点滴や他科受診を医療保険で評価してほしい、認知症対応型共同生活介護の夜間ケア加算の復活、重度化に対応した介護報酬の引き上げ、介護保険の国庫負担率を増やし「介護の社会化」の再構築が必要等、介護報酬引き上げに対する具体的な意見がありました。

②「人材確保を求める要求」

介護現場で働く職員の悲痛な声や、事業所の職員確保が困難な具体的な現状が記載されています。

介護職員の労働条件の状況として、「低賃金から独身層は結婚したら生活が成り立たないので他業種に流れていかざるを得ない」、「介護報酬の引き下げは、他人事ではなく、ましてや男性で独身という事もあり結婚ができない状況になり人生に大きく関わる大問題。何としても給与の見直し、パートや非常勤扱いという状態も改善してもらいたい。給与問題が少しでも改善すれば人手不足減少の解消になるはず」、「国家試験（介護福祉士）に合格しているのにパートよりも時給が少なく、その割に仕事もきつく責任も重い。収入も安定しないのがいちばん大変」、「介護職員が減少すれば利用者にも負担がかかる。今の少ない給料で生活を続けていくのは厳しい人もたくさんいる。国はこういった職員の現状を受け止めてほしいし、その事にきちんとこたえてほしい」、「私はデイケアの非常勤で働きだし1年が過ぎた。介護福祉士の資格はとったものの手当がつくわけでもなく、デイケアのスタッフリーダーになれとのこと。せめて正社員になれたらと思っている。利用者一人ひとりの声をもっと聞きたいと思っているが、いろいろな仕事に追われ、なかなか聞くこともできない。高齢社会になりつつあり若い人は介護職を離れ、私たちが高齢者になった時はどうなっているのだろうと不安になる。国の国庫負担割合を大幅に増やし、利用者、介護従事者が安心して生活できるような制度にしてほしい」と、低い賃金により、志はあっても生活が成り立たない等の悲痛の声が寄せられています。

事業者の人材確保の困難な状況として、「募集しても職員がこない、現職の職員に負担がかかるため、また退職者がでる、万年人員不足に悩まされ、悪循環となっている」、「介護報酬の増加は望めないので昇給する事ができず、必然的に従業員の確保ができない」、

「介護スタッフは募集しても集まらず深刻な人手不足に陥っている。ぎりぎりの収入でスタッフが連休や有休を取ることもままならず、今いるスタッフの体力と善意で会社が成り立っている状態」、「ヘルパー不足のため1年間、ハローワークに求人募集と求人チラシにも随時募集を掲載しているが応募がない。利用者に必要な訪問介護サービスの提供に苦慮している」、「ヘルパーは厳しい労働条件・低賃金のため、このままでは介護の担い手が減り続けると思われる。介護を担う者が十分な給与保障がないと、サービスの質の確保にも影響が出る」、「看護師不足も深刻で、大きな病院に流れてしまい確保できず、かなり

無理な勤務を強いてしまっている」、「施設の稼働率が入所で2割、通所で3～4割減少し、介護報酬の引き下げで昇給はなく、退職者が増え定着しない。補充もパート職員しか採用できず、質の低下がうかがわれる」、等、介護報酬の引き下げにより、労働条件の改善ができず、職員の確保・定着がすすまないといった現状が寄せられています。

③「利用者負担の軽減を求める要求」

経済的な理由による利用料の負担が大きいため、サービス利用を控えるケースが増加していることや、事業者の持ち出しによるサービス提供の実態等が記載されています。

利用者が経済的な理由で必要なサービスの利用を控える実態として、「利用者の経済的な負担で、週に1回しか訪問できないケースが多々ある」、「年金月45,000円の独居の利用者が、病状悪化があるため週1回(30分)の訪問看護と緊急時加算を入れ、夜間など呼び出で病状観察など行うと、一部負担が3,500～5,000円になってしまうため、定期の訪問には来ないで緊急時だけ来て欲しいと言われる。要介護認定をされていても、お金があるなしで利用を決めなければならない。皆が平等に受けられるサービスであって欲しい」、「居宅介護支援事業者からサービス提供票を頂き訪問看護を行っているが、利用料金の負担が大きいため、利用回数を減らす家族が見受けられる。訪問看護が必要な場合も多々あり、利用料の負担率を見直すことが必要」と、要介護認定を受けても、お金のあるなしで必要なサービスの利用を決めなければならない状況があり、中には、「介護保険の改正による利用者負担の増や、要支援者の利用回数の減で、リハビリの効果が低下・悪化したり、利用者がサービスを利用したくてもできないという現状になっている」と、必要なサービスを利用しないことで状態が悪化する問題があることが指摘されています。このようなことから、利用者にとって必要なサービスであるため「請求をしない訪問もある」と、事業者の持ち出しで対応している状況もあることが寄せられています。

利用者が住民税非課税でも、同居家族に課税者がいる場合の問題として、「利用者本人が住民税非課税でも、同居世帯に課税者がいるため、介護保険負担限度額認定を受けられない世帯では、十分な収入がない場合、利用料の重さは家族全体の問題となる。特に周囲からの援助や在宅での生活による介護サービス費用の軽減等が難しいケースについてはより深刻な問題となる。こうした影響を受けている利用者と家族の状況を鑑みた制度改善を望む」と、同居家族の収入状況に関係なく、機械的に介護保険負担限度認定の対象外とする法設定の問題が指摘されています。

また、医療保険と同じように身体障害者への利用料の補助を行うべき、施設では費用の関係で多床室の希望が多く個室ばかりの政策では現実に合わない、軽度者への福祉用具レンタルは軽減措置があるが利用しにくく改善が必要等、利用者負担の軽減に対する具体的な意見がありました。

④「介護認定制度の改善を求める要求」

要介護認定調査の結果に一貫性がなく、同じ状態でも介護認定が下がり、必要なサービスを受けることができない問題等が記載されています。

認定調査の現状は、「要介護2の利用者が次の認定では要支援になり区分変更をしたら要介護3の判定が出た」、「一次審査では要介護判定なのに、二次審査で要支援に認定された事例等、全くその事由が開示されない。ケアマネジャーとしても利用者も不満・不信がある。きちんと要介護から要支援に下げた場合の事由を開示して欲しい」、「自治体間で認定調査に一貫性がない」と、認定・区分変更の度に認定結果が変わり、認定結果に不満があっても理由を知らせてくれない制度に対する不満が寄せられています。

要介護認定の一貫性がないことによる利用者の影響として、「昨年と調査内容・主治医意見書の内容が同じだが、要支援2から1になりヘルパーの利用回数が減り訪問看護は中止。歩行器も購入することになった（限度額が少ないので必要なサービスが受けられない）」、「昨年4月の介護保険法改悪で多くの方が要支援とされたが、認定のあり方も含め批判が集中すると今度は要介護へ戻されていく状況もあり、はじめから決められた介護給付費の枠の中で揺さぶられて、利用者も事業所もケアマネも地域包括支援センターも迷惑している。本気で介護の社会化を図ったものとはとても言えない」、「本人のADL状態ばかりが重用視されており、認知症の程度や介護力不足の面を考慮した内容にならないと、介護サービスで日常生活を支えることができない」、「利用者のADLや生活内容が変わったわけでもないのに認定がコロコロ変わり生活リズムの変化で状態が不安定になる」と、認定前と同じ状態でも介護度が下がり、必要なサービスを受けることができず、利用者の状態の悪化を希有する問題等が指摘されています。

⑤「介護情報の公表制度に対する要求」

あまりにも高い費用に対する不満や、制度自体の廃止を求める要求、制度として機能していない問題点などを指摘する意見が記載されています。

調査手数料・公開手数料に対して、「医療分野の情報の公表は手数料が無料なのに介護分野は高額」、「サービス情報公表の費用が高すぎる。自治体負担であるべき。また毎年、行う必要性があるのか疑問。2年～3年ごとでいいのではないか。毎年、この費用がかかるのは大きな負担」、「調査会社のムダな設立で天下りの一例である」、「情報公表制度にお金がかかることが理解できない。複数の事業所があればそれだけ金額は増していく。どれだけの高齢者がアクセスしているのか実態を把握しきちんと活用できるものにして欲しい。国はお金がないと言っているが、無駄遣いをやめ必要なところにお金をかけるようにしてほしい」と、国が勝手に決めた制度にかかる費用を事業者に負担させることに対する不満等が寄せられています。

制度内容に対して、「調査費用のわりに書類・実施記録があるかないかだけの調査で、発表もインターネット上だけというおそまつさ。今の利用者でインターネットをしている方はほとんどいない。聞く話によると費用の大半は天下り先に流れているとのこと。一体何のための誰のための調査か、腹立たしく思う」、「開示された情報があまりにも分かりにくく、一般の方が見ても何のことか理解できないものになっている」、「毎年数万円も負担させるのが疑問。高齢者がわざわざネットで調べるなんて、地方では殆どない。調査員等のお小遣い稼ぎでは？もっと有効に税金を使うべき」、「利用者の介護保険サービスに関する知識は極めて低くサービス提供の遅れが目立つ。事業所の比較ではなく、分かりやすいサービス情報の提供がまずは必要」、「サービスの良悪は利用者の選択である」と、制度として機能していない問題点等が指摘されています。

⑥「介護保険制度に関する要求」では、「同居家族のいる利用者の生活援助の制限の改善」、「訪問看護の訪問リハビリの回数制限の廃止」、「訪問看護の時間の延長」、「グループホームの訪問看護、福祉用具レンタルを認めてほしい」、「グループホームの人員基準を3対1に」、「グループホームの人員配置基準の見直し（看取り対応への人数増）」、「特養の夜間の人員配置増」、「予防プラン作成費の引き上げ」、「予防給付の包括単位制の廃止」、「要支援者が複数のデイケアを利用できるように改善」、「福祉用具貸与製品の販売への拡大をやめてほしい」、「福祉用具で重度者の6ヶ月に一回の照会の見直し」、「福祉用具のレンタル対象の拡大」、「住宅改修や福祉用具の購入費用の利用者一次全額支払い制度

の改善」、「各種調査の削減・改善を」等の意見がありました。

⑦「介護職員の業務に関する要求」では、「ケアマネジャーに一定の裁量権を認めてほしい」、「ケアマネジャーの事務作業等の業務の軽減、法令に関する研修研修会の開催、相談窓口の拡充」、「書類と向き合うのではなく、利用者と向き合って仕事ができるように、事務作業の軽減や決められた会議・研修会等への参加の負担を軽減してほしい」、「事務量の簡略化」、「医療行為を介護職員にもできるように」等の意見が寄せられました。

⑧「個別具体的な要求」では、「介護職種の地位向上」、「生活保護など低所得者の入所施設の整備を」、「療養病床の存続」、「社会・政治変革、福祉国家づくり、介護の社会化の再構築、福祉予算の増加」、「必要なサービスを必要な人に利用できる制度にしてほしい」、「お金がある人も安心して生活できる日本にしてほしい」、「誰もが安心して老後を送れるような制度に再構築を」、「どこに住んでいても安心して暮らしていく世の中に」等の意見が寄せられました。

また、政府・厚生労働省の職員に対して、「厚生労働省職員の民間介護保険施設での研修義務付け」、「制度を決める人は現場で実習を」、「現場の意見を聞いてほしい」、「介護される側の立場に立った制度を考えてほしい」、「厚労省は、働いている家族の方の想いをくみ取り、行政の指示に従い真面目に行っている事業所のことを見てほしい」、「働く者がよかったです、働きがいがあると思えるようにしてほしい」、「住み慣れた地域で安心して暮らせるようにすることが国の政策を考える立場にある方々の仕事の基本」等の意見が寄せられました。

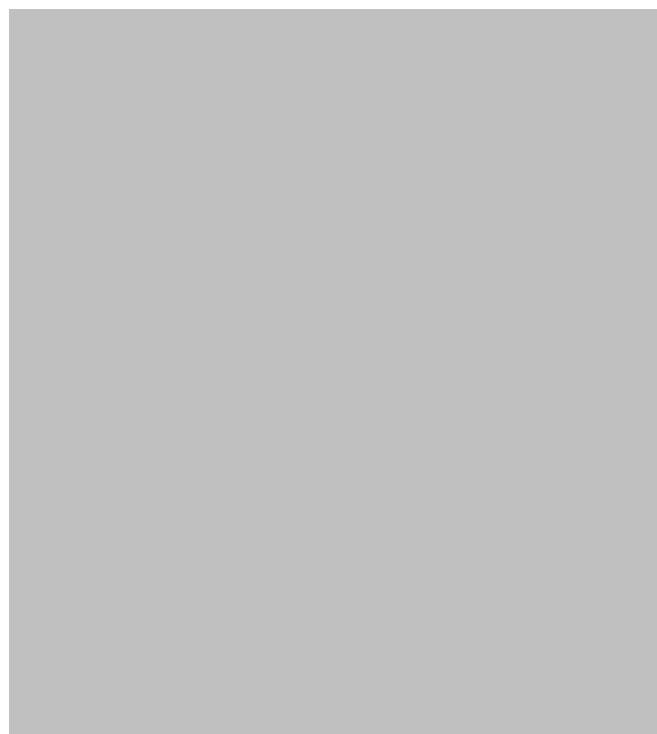
その他、具体的な内容として記載されていないものの、介護保険制度全体の大枠な見直し、改善を求める声が相次ぎました。



III. 賛同署名・意見一覧



賛同署名の「意見欄」には、在宅・施設を含む 288 の事業所・部門から、現場の切実な実態、介護保険制度の矛盾、制度の改善を求める声や要求がびっしりと書き込まれていました。
事業別に紹介します。



賛同署名・意見一覧

■ 訪問介護

-
1. ①在宅介護サービスの基本報酬を現行単価より引き上げていただくようお願い致します。
②今後、介護ニーズに対応するヘルパーや人材を確保するには、他の産業と比較し、心身に負担のかかるヘルパーなど、人材に見合う賃金の引き上げと、雇用環境の整備が急務だと思います。このままでは、現在働いているヘルパーさんも離職を余儀なくされます。これは現場からの切なる声でもあります。どうぞよろしくお願い申し上げます。(宮城)
-
2. ヘルパーの人材不足はマンネリ化しています。介護報酬が低いため、労働に伴った対価を支払う事ができず、ヘルパーが長続きしません。予防給付が新設されサービスの利用が大幅に制限されたことで、ヘルパーとの交流が唯一の楽しみだったのが無くなつたため、不安をかかえている方もいます。また、転倒したために動けなくなつた場合の対応が困難になっています。このままだと事業の存続が危ぶまれます。(宮城)
-
3. 登録ヘルパーを雇用保険に加入させたいと思い申請しましたが、労働時間の実態を考えてくれず加入まで 3ヶ月位かかりました。最終的に認めてもらいましたが。(待機時間、記録時間、通勤時間を認めてもらった) 労働条件をよくしないと労働力は定着しない。(宮城)
-
4. よろしくお願い致します。(千葉)
-
5. 現在の介護認定に対して、一言申し上げます。現在、要介護 1 の利用者の 8割が要支援 1、又は要支援 2 に認定されております。しかも利用者の身体的に一層悪くなっているにもかかわらず、要支援認定にされることにより、現在受けているサービスが受けられず、非常に不自由な思いをされております。また、各市町村別に認定が違っているようにも思われます。千葉市においても各区により多少相違があるようです。また、認定の基準が我々が認識できず、曖昧な部分が多いと思われます。もう少しあはっきりとした基準を設けるべきであると思います。身体が不自由でも頭がはっきりとしていれば、要支援になるということも納得がいきません。この状態が続けば、居宅介護支援事業所の経営が成り立たず、また、ヘルパーの仕事に従事する人もどんどん減少し、介護難民が多数生まれ、介護保険制度の崩壊につながると思います。(千葉)
-
6. 趣旨、大いに賛同いたします。頑張って下さい。今後ともどうぞ宜しくお願い致します。(東京)
-
7. 平成 18 年 4 月の制度改革に伴う介護報酬の引き下げ、介護現場からの人員離れ、こここのところの原油高騰等により、経営的に非常に打撃を受けております。安定的な制度の持続を考えるならば、介護サービス事業を運営する企業がおかれており、今日の実情を、今一度ご理解して頂きたく思います。どの職種も事務量が膨大となり、既存の従業者でそれをまかなおうすると、労働基準法に抵触することが危惧され、しかしながら、そのためのあらたな従業者を雇用する経営的ゆとりは無いに等しい。(例・訪問介護)・生活援助 3 以上は介護報酬が算定されない・軽度者が相次ぎ介護予防へ移行(中には 90 代半ばの利用者も介護予防へ)・仕事が減り、

一番の担い手である登録型ヘルパーが、訪問介護現場をさってゆく傾向が強くなる。場合によりその人員不足を補うために人材募集をかけるが、なかなか人材の確保ができない。就職フェアやウェブ上にて人材募集を行うが、訪問介護希望者は毎回、皆無に等しい。(例・居宅介護支援)・低すぎる予防介護ケアプラン料・標準件数の引き下げ(東京)

8. 人事の募集をしてもなかなか介護職員が集まりにくいため、労働時間や給与面で待遇をよくしている。しかし、それが介護報酬引き下げと合わせて経営を圧迫している現状がある。ホームヘルパーを家政婦のように扱う利用者の方・家族がいると聞きました。現場で一番きつい仕事をしている訪問介護員の方々がもっと尊厳をもって仕事ができるよう給与(介護報酬)や名称変更等も考えてみてください。(東京)

9. 正に同感であります。ボランティア(民間)にも限りがあり、先が見えず毎日の努力の力が減ります。改善を至急していただきたい。倒産が近くに見え、従業員が不安感を持っています。(東京)

10. 介護保険が始まり年々削減が多くなり、平成19年12月20日厚労省より同居家族がいる場合における訪問介護サービスについての取り扱い等、機械的に判断せずとありますが、区によりかなり違いがあるように思われます。何のための介護保険か日々利用者様にお叱りを受けています。(東京)

11. 労働と厚生の各々の考えが一致していないため、厚労省扱いの介護保険制度が成り立っていないません。私ども小規模事業所は縮小あるいは経営を廃止しなければならない状況になっています。国は「人材育成」とそれに伴う指導や研修を自治体にゆだねていますが、在宅や施設で実際に困っている利用者はおきぎりです。研修よりもカンファよりもまず褥瘡の処置が必要なんです。それは誰がやるのでしょうか。この春、フルタイムの介護職員が3名退職します。地域に還元できるくらいの事業をやらせて欲しいと切に願います。(東京)

12. 予防介護の制度にはケアマネジャーとして泣かされています。利用者は理解しがたい制度で、説明にも困っています。事務処理も煩雑になり、もとの制度に戻してほしいと思っています。(神奈川)

13. 訪問介護を提供している事業所ですが、ヘルパー確保のため、毎月募集チラシを新聞折り込みに掲載しておりますが、1年位前から人が集まらない状況が続いています。在宅介護は、ヘルパーの確保ができなければ、仕事の依頼を受けることができません。新聞、テレビ等で、介護の現状を取り上げておりますが、最近は暗い話題ばかりで、介護の仕事がしたくても、この給料では生活していくけない。今後転職を考えざるを得ない。私としても、会社としても、これから訪問介護のあり方に不安でなりません。また、介護認定の結果も、現状(利用者の生活環境)が考慮されない件も多く見受けられます。(山梨)

14. 民間事業所と社会福祉法人との賃金格差がある。給与は変わらないが、賞与・退職金にかなりの差がある。改善して欲しい。(山梨)

15. ①民間と法人の差は、大変大きいと感じます。②有資格者は増加しても、介護現場で就業する人は減少傾向になり、現場で働いている一人一人の負担は大きくなり、募集をかけても

雇用につながらなくなっています。高卒、大卒者が介護の仕事に关心が持てるような制度を希望します。主婦が安心して仕事できる環境がつくれたらと希望します。(山梨)

16. 軽度認定者とされ、サービスを制限されている方々の自宅に訪問され、現実を受け止め、これから介護保険の充実、かつ安定を考えていってほしい。介護保険をスタートした(7年前)、根本的に何が必要で何が不正だったか、当時を振り返り、今一度考え直し、全体的には見直しが必要である。(山梨)

17. 介護保険制度の見直し、改善の案につきまして賛成いたします。介護に携わる人たちが、介護保険の理念を大切に、いつも新鮮な気持ちで心から利用者様のことを考えサービスを提供することができれば良いと思います。(京都)

18. 小さな訪問介護事業所を営んでいますが、ホントしんどいですね。キチンとした事務所などをかまえたら、とうに廃業という状況。自宅一部を事務所にしたり、他を切り詰めてなんとかやってますけれど。府の担当者は「そんなビジネスモデルですよ」なんてうそぶいてましたが……。明日が見えない日々です。(大阪)

19. 昨年の見直しによって、利用者さんは必要なサービスが受けられません！事業所ではヘルパーが集まりません！このままでは人手不足のために、介護が崩壊してしまいます。早急に介護保険制度の改善を願います！！(大阪)

20. 介護保険の報酬や自立支援の報酬の低下。介護保険制度の利用基準の矛盾点、安心して暮らせるようになればいいのですが、あまりにも紙面上の考え方であり、理屈ではないませんが、現実の生活には添っていないように思われます。(大阪)

21. 特に訪問介護員の確保が困難となっており、登録ヘルパーに関してはここ2年以上、新規採用がない現状である。かろうじて常勤については応募はあるものの、常勤ばかりでは事業所として収支が合わず、成り立たない。(大阪)

22. まったくその通りで、何の異論もございません。(大阪)

23. ヘルパーさん等、介護業界への就業が少ない現状は、労働に対する報酬が他の業界に比較して低い事だと考えます。介護報酬の切り下げが続くことでは、この業界の未来はないし、介護保険制度自身の存続が危ぶられます。介護業界の現状をよく把握して頂いて、適切な報酬の引き上げを望みます。(大阪)

24. 職員募集にも若い人材の応募がなく、つまりそれは業界、当該事業の衰退を意味していると思う。介護保険導入時にはすばらしい言葉で誘っておきながら、いざ賛同して始めてみると相次ぐ報酬の引き下げ……。おだてて屋根に登らせておいて梯子をはずす様な国のやり方に憤りを感じずにはおられない。(大阪)

25. 介護保険認定の調査員の方が、内容にばらつきがあり、要支援2なのに歩行5m以上困難、しかも日々転倒している等の「話を聞くだけ」の調査で、本当に「できても実用性がなく、結局できるだけで行えない」実情をもう少し考慮すべきと思えます。(大阪)

26. 訪問介護事業を行っています。ヘルパーが不足しています。ヘルパーの確保に苦しんでいます。このままでは、事業の継続が困難になりますし、介護保険制度そのものが崩壊してしまいます。(兵庫)

27. 福祉は国が責任をもつべき、国の仕事の最優先されるべきものという認識が今日ほど揺らいでいる時はないでしょう。権利としての福祉を学び、人間らしく、質的豊かな暮らしのあり方を運動の中で探ってきた者としてはやりきれません。大きなうねりの様な全国的な運動を起こしたいと願っています。私たち離島の介護事業所は質的なサービスの向上に励み、地域の方々の要求に応え（断らない、どうにかして道をみつける・・）日々努力しているところですが、小さな一事業所の努力では当たり前のように無理です。2／3の臨時職員、パート職員さんでもっている業務内容です。また、高齢者の方々も人生の終わりになってお金のあるなしが人間らしい暮らしの内容を決定するという悲しさ、絶え間なく報道される介護疲れにより殺人や心中・・全国の福祉の実践者が手をつなぎ社会を変えていきましょう。(島根)

28. 当方では、訪問介護、訪問入浴、通所介護、居宅介護支援等、各在宅サービスを行っており、施設系・入所系サービスは行っておりません。①在宅サービスの運営は、そもそもが不安定です。利用者の多いとき、少ないとき、全てに対応したいのですが不可能です。冬場のことを考えると職員を雇うわけにはいきません。在宅サービスのみでも運営できるようにしておかないと、結局、田舎の事業所はやっていけなくなり、ひいては在宅で高齢者は生活できなくなります。在宅サービスを重視しないと地域が崩壊します。②予防給付、つまり要支援1.2の方々が自由にサービスを受けられるようにしてほしいです。現状では地域包括支援センターと相談する形、契約する形となり、支援が必要な方々にサービスをすすめてもハードルが高く思われます。ケアマネジャー委託8人枠というのもおかしな考え方だと思います。利用が少なく受け入れが可能なら受け入れても良いはずです。(島根)

29. 訪問介護事業所の当事業所においても、他の事業所と同様に存続の危機を迎えております。とりわけ介護タクシー部門においては国による報酬の削減による収入の低下、燃料費の高騰、ドライバー不足、相次ぐ他事業者の撤退、利用可能者の削減が大きく要因しています。また、サービス担当者会議の絶対参加など、経営を大きく圧迫しています。特に介護タクシーにおいては、利用者が数百人もおり、サービス担当者会議への参加は経営面からみても不可能な状況で、サービス実施回数よりサービス担当者会議の頻度が高いことがしばしばあります。国は税金収入、ボランティアの考えで、民間企業にゲタを頂けていますが、その考え方では当然やっていけないのが現状です。(岡山)

30. 頂いた資料の通り、現状の介護報酬で運営していくのは非常に困難です。今は働く介護に対する思い入れや責任感で維持できていますが、この状況が長く続けば、介護業界はボランティア精神のみでやっていける事業所しか残らず、今後の発展はなくなっていくものと思われます。(福岡)

31. 平成18年4月の法改正により、職員全員の賃金も引き上げ（1割～2割）で対応しましたが、「情報関係」の費用や、研修費などがかかるため、経営困難となっております。又、特にケアプラン事業所では「要支援者」が多くなり、「要介護」の利用者が激減してしまい、ケアプラン事業は運営できなくなる状況で、「要支援者」の委託を受けても1件につき「3300

円」と低額で、かつ8件までとなっているため、何の足しにもなりません。今後、この介護事業を続けて行くためと、職員の生活を守るために、介護報酬の引き上げと介護認定・区分の見直しを望みます。(福岡)

32. 現在、一番疑問に感じていますのは、公表調査費用です。6万円も徴収する割には、書類があるか、実施記録もあるかないか、だけの調査で、発表もインターネット上だけというおそまつさ。今の利用者で、インターネットをしている方はほとんどいません。聞く話によると、6万円の大半は職員の天下り先に流れているとのこと。一体何のための誰のための調査か、腹立たしく思います。(福岡)

33. 貴連合会の趣旨に賛同致します。(福岡)

34. 県の情報公表制度での60000円も絶対におかしいと思います。(福岡)

35. 当事業所としては、登録ヘルパー、常勤ヘルパー、サービス提供責任者、他、全ての介護職員において人材不足であり、ハローワークを始め、他の有料求人広告等で費用をかけ募集を行うものの、殆ど応募が無く、「選考」とはほど遠い状態であるのが現状であります。また、社内経費削減が年々強化されており（通信費、雑費、事務経費等）、厳しい経営環境の中、業界での生き残りをかけた戦いの様なものを日々感じない日はございません。長く勤められる、勤めたいと希望の持てる職場であって欲しいと思うし、そうでないと介護保険サービスの未来はないと思います。このような状態の中、「情報公表制度に伴う調査、手数料」においては、全く納得のいかない手数料金を、法という権力の元、有無を言わせず徴収しており、「弱い者いじめ」としか言いようがありません。調査は平均して一事業所につき2時間程度。事前に電話があり、「当日調査員の車が停められる駐車場はございませんか」とご自分達の駐車場のお世話をまでこちら側に依頼される始末です。このような内容にもかかわらず、あのような高額な手数料を徴収されることに、どのようなお考えをお持ちなのか、そのような制度を作られた方に大変疑問を感じます。(福岡)

36. 上記、内容にて賛同致します。(福岡)

37. 今、どこの事業所も赤字経営を強いられてる現状をよく考えてもらいたい。報酬単価が下がれば人件費も下がり、人離れが進む。でも仕事量は変わらない。待遇面が悪ければ新規に採用も困難。福祉関係の学校も定員割れのところもある。今後さらに少子高齢化が進む中で、介護の仕事が必要不可欠が明白な中で逆行することだけはしないでほしい。(福岡)

38. 訪問介護事業所ですが、サービス内容、時間の見直しあり、介護報酬に影響があり、ヘルパーの賃金も時間数減に伴い、減少が見られています。一日あたりの訪問回数を増やすことで対応しておりますが、移動時のリスク（天候、交通渋滞等）もあり、限りのあるところです。体力的にも訪問介護を、一日複数件こなすことは容易でなく、土日に及ばず、盆、正月も利用希望に応えるため、ヘルパーは家庭も顧みず、気がついたら抜け殻であった。そこに家庭の問題、自身の健康面の不安等重なってきて、離職申し出になるという悪循環があります。予防給付でも専門職として求められる自立支援があり、しかし、自立を支援し、利用者が生活機能を維持・獲得することは、訪問介護の終了をみることになり、専門性の高い自立を促進しうる事業所は、逆に報酬カットになり（予防Ⅱ→予防Ⅰへの移行）、経営を圧迫することになるジレ

ンマがある。適切な介護を提供している事業所への加算、手当等を求めるものである。(福岡)

39. まったく異議ありません。事業の経営は苦しさそのものです。(福岡)

40. 今後、高齢化が進むにつれ、逆に介護報酬が引き下げられていく現状の介護保険制度に、不安を感じています。事業所及び職員ともに、介護についてやりがいのある職だと言っていますが、それだけに仕事を続けられない者が増えています。この署名で、介護従事者が増え、事業所や利用者にもメリットのある制度の見直しが実現できればと考えております。(福岡)

41. ①要介護認定に一貫性がないと思われる。(例) 要介護2の利用者が次の認定では要支援になり、区分変更をしたら要介護3の判定が出た。②情報の公表。高齢者の方がインターネットを見て判断するとは思えず。又、我々は地域に密着した営業活動をしており、各居宅介護支援事業所とは密接に付き合いがあるので、高額な手数料を払ってまで公表して頂く必要性を感じない。又、利益が出ない様ならその分利用者への負担をお願いしなければならないので、公開については事業所の任意にして頂きたいと考えます。③介護報酬の増加は望めないので、従業員への昇給する事ができず、必然的に従業員の確保ができない。④指定・更新時の手数料・・・、同意見。(福岡)

42. ヘルパー不足のため、弊社は一年通じでハローワークに求人募集しており、併せて求人チラシにも随時募集掲載しているが、応募のない状況が続いている。利用者に必要な訪問介護サービスの提供に苦慮しております。情報の公表調査に掛かる費用は、毎年科せられるが、必要な経費としては負担が大きすぎる。(福岡)

43. 介護保険制度の見直し、改善を求める運動に賛成します。(平成19年12月30日) 介護保険法が改正され「予防介護」が新たに加わりました。しかし、北九州市が実施したアンケートで「知らない」が25.5%もありました。おまけに介護予防の拠点になる地域包括支援センターの存在すら知らない高齢者がなんと68.5%もありました。生活していく中で、これだけは援助して欲しいと関係機関にしっかりと意思表示し、満足いく介護を受けるべきです。どうかこの介護認定に対する不満を訴えて下さい。いつも応援しています。(福岡)

44. 介護度の制度に疑問がある。必要な人に介護ができていないようです。(福岡)

45. 介護度の認定が調査員の受け答えによって、差があるので問題があると思います。(福岡)

46. 介護報酬が低いため、現状として事務経費の削減や人件費の確保ができず、スタッフの給料もおさえ、保険もサービス稼働いっぱいいっぱい入っても、付けることができず、低賃金で過酷な労働をしているのでは、人員確保が厳しいのではないかでしょうか?その上に更新時に事業所から手数料を負担しなければいけないというのは、更に厳しいと思います。良い介護職員ほど、辞めていくのはどうかと思います。規制が多すぎて働きにくく、これはもう少し指定や更新手続きをするのならば、改善してほしい問題だと思います。(福岡)

47. 高齢化が進む中、「安心して老後を送りたい」社会になるよう介護保険制度の見直しを求めます。(福岡)

48. 仕事の内容等に比べて、介護報酬は安いと思います。高齢社会になっているのに若い方が介護職についても、長続きしないという話をよく耳にします。介護職をもう少し安心して続けていけるよう見直しが必要と思われます。（福岡）

49. 人材の不足を補うためには、ヘルパーの賃金を上げることだと思いますが、NPO法人で運営する小事業所は大変苦しんでおります。事業者のボランティア精神だけでは、続けられません。このままでは介護事業の担い手は、手を引いていくしかありません。何とか介護報酬の引き上げについて、検討をお願いします！（熊本）

50. 介護報酬の引き下げに対しては、人件費の削減につながり、そのため介護サービスの充実がはかられない状況。給与が仕事の負担に対し低い状況等が、離職の原因ではないでしょうか。当施設も昇級に限界を感じています。サービスの充実、その成果が職員の仕事に対する目標になっていきますが、やはり世間一般の生活をさせてあげたいが、出せる収入源がないため限界を感じております。普段の生活が裕福でないとよいケアは提供できない気がします。お金だけじゃないけれど、仕事の割に収入が少ないと常々感じております。施設のサービス内容にも充実を図ってほしい。誰もが開設できる介護サービス事業ですが、理念、思いがないと決してできない事業です。利用者からの悲痛な訴えもよく耳にします。ある程度、法律の本だけでなく、決まり事でなく、現場に目を向けてほしいです。現場をみれば介護報酬の引き上げの必要性も感じてもらえないでしょうか！！（宮崎）

51. 介護報酬の大幅引き上げ。サービス提供責任者の人員基準の見直し。間接経費（主に事務経費）を別枠に設定。事務量の簡略化（神奈川）

52. 介護保険以前から訪問介護を使っていた利用者から聞いた意見としては、①自分の好きなサービスが選べない現状、②引きこもり防止の為にと通所を優先する傾向、③在宅重視といいながら、家庭の個別性を無視し制限を強化し訪問介護への制約等で、措置時代より使いにくくなつた。事業所としても、介護報酬は上がらないのに制約・締め付けが年々きつくなり、利用者本位のサービスでなく、適正化という縛りの中で指導を受けないためのサービスを、常に意識せざるを得ない状況です。訪問介護は、在宅で神経・肉体を使う過酷な仕事ですが、報酬を見ても、その専門性を低く評価されている状況で、今若い人のなり手もなく、当事業所のヘルパーも50歳から60歳の、扶養されている女性がほとんどです。金銭的・肉体的・時間の拘束等の不満がありますが、この仕事が好きだからと言い働いていますが、今後退職が続いたら、事業所を継続できなくなります。利用者や介護職員が安心していられるような介護保険になるように、厚生労働省に強く要求します。（山形）

53. 相次ぐ介護報酬の引き下げで、事業所の経営が非常に厳しいです。また、自立支援をうたい文句に、訪問介護サービスの利用が制限され高齢者世帯や息子との2人暮らしでも生活援助サービスは受けられません。しかし、一方で自費のサービスには援助内容の制限はないため、何でもやってもらえる状況です。介護保険による訪問介護サービスより、自費による訪問介護サービスの利用が増えています。国のいう自立支援は、いったいどういうことを言っているのでしょうか。お金がある人もない人も、安心して生活できる日本にしてほしいと思います。（山形）

54. ヘルパー不足のしわ寄せがサービス提供責任者の過重労働を招いています。昨年4月に試行

された改正介護保険法でサービス提供責任者の業務が明確に位置づけられました。さらに業務の負担が増えた上、人材確保も困難になっています。「コムスン虚偽申請問題」を発端に介護算定が厳しくなり、様々な問題が現場では起こっています。ヘルパーの行っている「精神的なケア」が利用者を支えているのです。「介護保険制度」を存続するには人材確保が急務です。(千葉)

55. サービス提供責任者の責任、役割、業務は膨大になっているが、その評価、報酬がないと思います。介護報酬を上げるか、サ責の加算などしてください。利用者に必要なサービスを行えるよう改善してください。予防と銘打っていますが、サービスを減らされうつ状態、気力低下などとなり、病状の悪化につながっていく人が増えていると実感します。(東京)

56. 介護保険見直し改正後、在宅サービスへの規制が厳しくなり、提供する側も受ける利用者もピリピリした状況にあります。在宅で普通に生活することが、こんなに難しいものかと日々感じています。また、介護にやりがいを求めて働いていたヘルパーも生活ができない、利用者の希望に添った援助ができないと、どんどん減っていきました。訪問介護事業所運営が成り立たない状況にあります。早急に介護保険の改善をお願い致します。(東京)

57. 今まで利用できてたのに利用できなくなった方々のことを思うと、心が痛みます。もっと利用しやすいようになる様になればと思います。(東京)

58. 仕事がだんだん減っていき、生計を支えるのが大変です。資格を取って、国家試験も(介護福祉士)合格しているのに、普通のパートさんよりも時給が少なく、その割に仕事がきつく、責任も重いと思う。収入も安定しないのがいちばん大変です。(東京)

59. 利用者さんに気持ちの上でゆったりした気分を持てるような援助でありたい(時間内に済ませなければならないことから、援助する側にゆとりがない)。働いている家族の方の想いをくみ取ってほしい。行政の指示に従い、真面目に行っている事業所のことを見てほしい。(東京)

60. 訪問ヘルパーの報酬が低い、募集しても集まらない。若い人に職についてほしいと思っても、きつい、しんどいで続かない。利用者様に寄り添った介護、よりよい介護、家族様の負担を少しでもやわらげられるよう、日々思っています。介護報酬をアップさせてもらまないと人材確保が不可能です。(京都)

61. 介護保険創設の目的の一つに、介護の担い手を家族から社会の手にというのがあったが、この間の動きをみると、また家族の手に戻そうとし、お金に余裕のある人のみ介護保険を利用することができるよう制度になってきています。誰もが安心して老後を送れるような制度に「再構築」していく必要があります。訪問介護事業所でも、通院介助の中抜きや、ケアマネとの調整や書類のやりとり等、本来の介護以外の仕事に忙殺されています。本当に何とかしなければ……。(大阪)

62. 私は難しいことは解りません。しかし、高齢者の方々に少しでも負担を軽くし、安心した生活を送って頂ける様な温かい配慮をお願いしたいと思います。人の痛みを、自分の痛みと感じられる様な心配りを望んでおります。自分の利益追求だけでは、決して人のためになります

せん。これからは各々、各自の自覚が望ましいと思います。偽を包み隠すことなく、誤りは誤りとして正す勇気を持って、物事に臨んで頂きたいと思います。混沌とした世の中にあって、道を開く鍵は、自覚と勇気です。(大阪)

63. 介護職員を募集しても集まらない現状があります。介護職の離職率が高くなっている。このままの介護報酬では、事業所も経営難になります。緊急改善をしなければいけません。(兵庫)

64. 介護認定の基準が厳しくなっていると感じる。本人のADL状態ばかりが重用視されており、認知症の程度や介護力不足の面を考慮した内容にならないと、介護サービスで日常生活を支えることができない。介護報酬の引き上げをしてほしい。収入が少ないと、どこの介護の現場でもマンパワーが不足しており、サービスの質が保てない。(福岡)

■ 訪問看護

1. 高い倫理と技術、努力を厚労省から要求されるわりには、あまりに劣悪な環境であり、我々は福祉に殉職せねばならないのかと日々考える。ケアプラン作成において、ヘルパーさん、訪問看護師さんの不足に直面し、適正なケアプランが作成できない自体に現実として直面している。(京都)

2. 平成18年4月改正「訪問看護ステーションからのPTによる訪問（訪問看護7）の日数制限」について、回数制限の廃止を求めます。当ステーションではNSよりPTの数が多く、以前より在宅でのリハビリに力を入れたサービスを展開してきました。ところが以前はリハビリ希望なのでNSではなくPTに来て欲しいと言われていたのに、改正以降はPTだけではなく回数制限があるので、その調整のためにNSを入れたり、またPTでのリハビリが必要なのに単独では入れられないから・・・と、サービス導入自体を断念されている状況です。(病院からの訪問リハビリは、その数がまだ十分ではないし、見つかったとしても利用者にとってはそのため、1度受診せねばならず戸惑うという声を聞きます) 訪問看護ステーションからのPTでも、病院からの訪問リハビリと同様に、きちんとリハビリテーション評価をし、計画を立て実施しているのに何故分けて考えられないといけないのでしょうか？現在、病院では在院日数短縮が言われ実施されていますが、その後の受け入れ体制はどうでしょうか？私たちは困っている方を沢山知っています。自立へ向けて本人が希望してもケアマネジャーが制度上認められないからと、プランを立ててくれず、サービス提供ができません。これでいいのでしょうか？本来の介護保険の意図を考え直すべきなのではないでしょうか？(福岡)

3. よろしくお願ひ致します。(熊本)

4. 介護を必要とする利用者様の経済的な負担が多すぎて、週に一回しか訪問できないケースも多々あります。請求をしない訪問も、何回かありました。厳しくなる一方なので、改善をしてほしいと思います。(宮崎)

5. 少子高齢化による介護及び日本を支える人口が絶対的に不足していること。日本全体の税

収が40兆円以下になろうとしているのに、国家予算は毎年80兆円以上。毎年40兆円以上の借金を続け、1200兆円の借金を作っている。返済不能。政治家、官僚、ぶらさがり企業が癌として拡大し、国家としてはターミナルの状態。それもエンドステージ。いま、国家そのものが癌となっている。国民が正常細胞であるならば、いかに癌と切り離すかが必要になる。しかし、今のところ、正常細胞が癌の力を借りて生きている現状。癌の中にアポトーシス様の変化が期待できれば、癌の正常化を求めることが不可能ではないかも。でも、手遅れと思われる。これから正常細胞にとっては極めて厳しい時を迎えるが、正常細胞同士で協力し合って生きる道を早急に選ぶ覚悟をする時がきていると思う（宮崎）

6. 73才・女性、独居、脳梗塞後遺症、左片麻痺、DM・HTあり。麻痺側装具つけている。居室外杖歩行。要介護1、デイケア2回／週、訪問看護1回／週、訪問ヘルパー1回／週、配食サービス（毎日昼・夜）、デイケアでの年2回位の遠足や、ヘルパー同行の大型ショッピングセンターでの買い物を年1回位をとても楽しみにしていた。近所に高齢の母親や妹家族が住み、時々、支援していたが本人は「出来る限り一人で頑張りたい」と生活していた。平成19年10月認定更新で要支援2認定された。デイケアではケア内容が変更し（作業療法的リハビリが増えた）、年2回の遠足が自費払いになった。平成19年12月9日に室内で転倒、腰椎圧迫骨折した。コルセット付けずに過ごす。通院先で転倒したりADLが低下した。区分変更申請をしデイケアを1回増やし、訪問介護で買い物、洗濯掛け、外出、通院介助を増やしたいと希望を持ち、ケアマネジャー（包括）にも立ち会ってもらい、再認定調査を受けた。訪問看護を減らして他のサービスに利用するように検討中。独居で「できるだけ頑張って、自宅で暮らしていきたい」という思いを、逆行するような介護保険であって良いのでしょうか？本来の「自立」を妨げているのではないでしょうか。（宮城）

7. 介護度の限度内でサービスを受けるのが難しく、外へ出られなかったり、ベッドが利用できない方がたくさんいらっしゃいます。交通費が高く介助者がおらず、外出の機会が絶たれている方もおります。仙台の中心市街地まで片道500円～800円かかるので、近くでの買い物のみなのに、団地内のスーパーや小売業者まで閉店となり、高齢者は生活するのもままなりません。（宮城）

8. 命・尊厳を保持する人権・権利をもって、その人らしくいつまでも元気で地域で暮らしたい「あたりまえ」の生活が必要。国民のお金を自分の金のように使われてしまう。それも当たりまえのようにしてしまう。国民大事にしない国家の未来はありえない。社会が守ってくれない社会をよしとするのか、今、私たちに問いかけられている。私たちは、みんなで豊かな日本（宮城県太白区）をつくろう、日本国憲法などを中心にかけ、命を大事にしてくれる地域づくり、ネットワークづくりを進める一人ひとりになっていきましょう。（宮城）

9. 介護サービス情報公開制度が始まり2年が経過し、その必要性は十分理解できますが、開示された情報があまりにも分かりにくく、一般の方が見ても何のことか理解できないものになっていると思います。もっと分かりやすい表示にして頂きたい。（山形）

10. 要介護より要支援になり、サービスの回数制限（単位）が要介護の時よりもあるため、自費での利用も高額のため利用できず、最低限のサービスで自宅では伝って歩行できているが転倒。歩行にふらつきあるため、自己では外出ができず、娘、知人もいるが、1～2日／月援助できるのみ。ボランティア等の人員不足のため、なかなか思うように利用できず。要介護状態

より要支援になり、自立を目指す介護と言われるが、それを目標にはとてもできない方が多い。逆にサービスが減ることで、他の方との交流少なくなり、認知症の出現した方もいる。(東京)

11. 一緒に住んでいるご家族がいても、実際は働いていたり、介護に協力できなくても、介護保険制度により家事援助に入ってもらえず、大変な思いをされている方がたくさんいらっしゃいます。(長野)

12. 家族同居時のヘルパー導入禁止後、家族の負担が多大になり、家族自身の医療受容度がアップするケースが見られます。また、ショートステイも増えるなど、介護利用も増加する傾向があります。機械的に廃止するのはいかがなものでしょうか。 長野

訪問看護介護保険の利用者さんが、年金が月45000円しかなくて独居、病状悪化があるため週一回（30分）の訪問看護と緊急時加算を入れ、夜間など呼び出で病状観察など行うと、3500～5000円になってしまふため、定期の訪問には来ないで緊急時だけ来て欲しいと言われる。要介護認定をされていても、お金があるなしで利用を決めなければならないとは……。皆が平等に受けられるサービスであって欲しいと願います。(長野)

13. 同居している理由で、ヘルパーさんの利用ができない方はこまります。同居の家族が高齢だったり、仕事をしたりして、また学生だったり。介護が出来ない状況だからこそ、ヘルパーさんに頼みたいのが……。これっておかしいと思います。お金の使い方が間違っていると思います！！(長野)

14. 介護保険は本来、高齢者が安心して在宅で過ごせるために導入されたもののはず。全く安心できない状況であるように思います。・認知症をもっと判定基準の判断材料にして欲しいと思う。・営利企業がもうかること（システム）がおかしい。介護にかかる人の生活がもっとよくなるために介護報酬の大幅引き上げを求める。(福岡)

15. ①医療保険では、身体障害者への医療費補助がありますが、介護保険では補助がなく、障害を持った本当に介護を必要としている人達が、介護を受けられません。これは、早急に改善すべき課題ではないでしょうか。せめて、介護保険で特定疾患として認められている疾患による重度の身体障害者認定者には、医療費補助をそのまま介護補助とできるようにすることが必要ではないでしょうか。②家庭環境による配慮が少ないように感じます。在宅で介護者があり介護を受けられる人は幸せですが、高齢者の夫婦のみや独居の高齢者は、これだけで、要介護認定が必要ではないでしょうか。③居宅介護支援事業者から「サービス提供票」をいただき訪問看護業務を行っていますが、利用料負担の軽減目的のため、利用回数を減らすご家族が見受けられます。本来ならば、訪問看護が必要な場合も多々あったり、サービス利用料の負担率を見直すことが必要ではないでしょうか。(福岡)

16. この間の医療、介護保険制度改革は国の福祉や医療に対する軽視の表れである。その上、後期高齢者の医療制度と何もかも医療費を抑制するのがねらいなのは明らか。介護保険制度はケアマネジャーの仕事だけを不必要に増やしているだけのように思う。利用者にとってのサービスの必要性は無視されている。医療費、介護保険料、消費税など、生活を圧迫している中で、十分なサービスを受けられなければ安心して生活することができない。(福岡)

17. コムスン問題も絡み、リスクばかり大きく介護報酬は低く、居宅介護支援事業所単独で

は限度いっぱい受け入れても赤字です。近辺の居宅支援事業所も突然の閉鎖で慌ただしい状況です。ケアマネ業務でせめて事業所が赤字にならない程度の報酬にならないと、今後存続は厳しく、誰もケアマネのなり手がなく、利用者様にとって保険あっても介護が受けられない状況が現実に起こってきそうです。ぜひとも改善を訴えていかないといけないと思います。(福岡)

18. 介護が必要で受けたくても入れない方がいっぱいおられる。介護保険制度の見直ししてください。(認定の部分) 訪看も入れたくても30分など短時間で十分にみれなかつたり、必要時に入れなかつたり、必要なサービスが介護保険でできない事が納得できない。(福岡)

19. 介護保険は高齢者も多いので必要だと思います。生活面など援助を受けないと生活できない人も多いので、利用者さんの負担も軽減してもらわないと生活できない人もいると思います。介護報酬の引き上げは必要だと思います。(福岡)

20. 介護保険制度の抜本的な見直しが必要ではないでしょうか(保険制度として成立する事を考えると)。①「ケアマネ業務の見直し」今の業務では机上が多すぎる。内容が制度、利用者へ還元できているか?プランは誰のためか、各サービスむけではないか、高齢者には理解しにくい(特に予防プラン)。②「予防給付の見直し」対象者(認定調査の見直しの必要)ADL認知症レベルでは幅が広い。高齢(80代)で予防になつても介護に戻るのは必然。制度に当てはめようとするプランには限界がある。③「現報酬では将来を支えていけない」。④「ケアマネには医療への視点が重要」(福岡)

21. 交通の便の悪い地域の高齢者は、日常生活の買い物や病院受診にもタクシー利用が不可欠です。国民年金(特に農村地帯)で生活されている人々は、医療や介護を受けたくても、その前に日々の生活をどうやりくりするかに頭も心もせいいっぱいです。日本のどこに住んでいても、安心して暮らしていくようにして下さい。(福岡)

22. 昨年の医療制度改革は、すべて国の医療費削減に基づく国民の健康を無視した改悪法案のようである。我々医療者が医療の問題点について、まずは現実を知っておかねばならないではないだろうか。病院と診療所の差、勤務医と開業医の差など、病診連携をスムーズに行うために、医療関係者がお互いの立場や現実を知り、その内容を理解し、お互いに理解しあうこととで地域の病院連携がスムーズにいくのではないだろうか。(福岡)

23. 弱者を助けてください。(福岡)

24. 少ない収入の中で介護保険料を支払うことはとても負担が大きいと思います。保険料のうえに1割の料金。高齢者の負担の軽減が必要だと思います。(福岡)

25. 働いた内容に見合った報酬がなされていないと思います。身体的な状態よりも疾患の状況が介護度にかかわりが大きく、見合った判定がされておらず、結果サービス内容にひびく。患者本人やご家族の介護負担が大きくなっていると思う。人件費が削られないと事業所として存続できないような状況であると思う。かえって、働き手のやりがいが削られている。頑張ってかかわっていることが何にも反映されていないと思う。(福岡)

26. 訪問看護しています。要介護5、要介護3の老夫婦2人暮らしを、介護サービスで支え

ています。老夫婦は自宅で過ごしたい思いが強く、家族長男は施設を希望、次男は病気、長女は遠方。長男とは折り合いがつかず、月に一回訪問してくれる長女がキーパーソンです。ケアマネは毎月、介護サービス限度額「枠」との闘いです。映画シッコと同じです。今月はこれくらい自費が出ます、どこをどうけずりますか?とのやり取り。当然、単価の高い訪問看護は削られます。訪問入浴もガマンです。妻に入る訪問看護師が夫の方を見て、見て見ぬ振りができず、サービスを承知で看護します。残業代を出すわけにもいかず、昼休みを削って看護しています。「おしつこ出ました。オムツ交換して下さい」……「時間外ですネ。別料金ですがよろしいですか?」のやり取り。今まで笑い話だったでしょうが、現在の介護保険では現実なのです。全てはお金次第の現実です。(福岡)

27. 要介護の認定が出ていろいろなサービスを使えるのに、1割負担の壁が大きくがまんしている方への援助や、在宅事業所の人材不足(訪問では病院に人材をどんどんとられている現状)を、何とか解消できるように政府として考えてください。(福岡)

28. 利用料を払えないばかりに、訪問看護を泣く泣く辞めざるを得ない利用者が後を絶ちません。サービスを利用できないのであれば、何のための介護保険制度でしょうか。支払い能力に関係なく、利用できる制度に改めるべきです。低すぎる介護報酬のため、事業所としての経営が成り立っておりません。スタッフは朝から晩まで訪問し、月に80件以上訪問しても赤字なのです。併設している居宅介護支援事業所も、ケアマネが多く書類を作成し、利用者やサービス事業所との連絡、調整に奔走しても月に1件あたり1万円や1万3000円の報酬では採算が合うはずがありません。せめて大もうけできないまでも、採算が合うような報酬に改めるべきです。(福岡)

■ 訪問リハビリテーション

1. ご利用者様より「新しい制度によって負担が大きくなるので不安に思う」という事が多くあります。(岡山)

■ 訪問入浴

1. 訪問入浴の利用者が訴えています。「車椅子に乗って外へ散歩できるのが楽しみだったが、『車椅子を借りるのもお金がかかるのだ』と家族に言われ、返すことになった。残念だ」「週一回の入浴を楽しみにしていたが、限度額を超えると自己負担になるから回数を減らす」と、今の生活の中でも困っている人たちが沢山います。みんなが安心して暮らせる世の中にしてほしいと思います。(山形)

■ 通所介護・通所リハビリテーション

1. 低賃金、介護報酬が低い。職員の離職、モチベーションが低下、優秀な人材が育たない。自分が高齢者になったときも不安。地域密着の事業所をもっと評価してほしい。(千葉)

2. ガソリン価格の高騰により、送迎車両経費等、経営を圧迫しており、運営が厳しい状況にあります。(千葉)

3. 本当に良い人材を育てようとし、福祉の国にしようと思っているならば、今までは本当に無理です。常に自分が要介護者や障がい者の立場に立つたら……と、少しでも思っているならば、このような制度にはならないでしょう……。もちろん全てにおいて悪いわけではありませんので、厚労省はもっともっとしっかりと、ゆっくり我々の意見を聞いて欲しいです。皆、皆、この仕事が大好きです。でも、好きなだけではやってられないのも現状なんです。(千葉)

4. もっと現場で働いている方の意見も聞いて欲しい。(千葉)

5. 甘えの介護ではなく、必要な人が介護を受けられる世の中にしてほしいと思います。(要支援だからといって、切り捨てるのないよう！！) 重い費用負担のために、利用を取り止める等の例がなくなる世の中になるよう望みます。(現実に見聞きします) (千葉)

6. 介護保険の使い方の見直しも、利用者の負担の軽減になると思います。使うべき人、使うべき事等の見直しを……。(千葉)

7. 介護報酬の低さから、介護職員のライフサイクルにあわせた待遇は全く無理であり、結果、ベテラン層の人材育成は全くの論外である。社会保障の提供を担う業界の職員の待遇が、全産業の平均賃金とかけ離れている現状を、我々以上に国政が危機感を持ち、改善すべきと考えます。社会保障制度ができた理由を今一度考え直し、原点にたったメカニズムを作っていくべきだと思います。他国のために果たす日本国の役割も重要と理解できるが、日本国民のために果たす国際的役割は、それより先であると思います。(神奈川)

8. 意見等はすべて見直し改善項目の中に入っています。その通りです。追加としてデイでは送迎加算を入れてほしい事です。また、全体の加算アップです。要介護の方を無理やり要支援に回している問題。話は変わりますが、介護サービス情報の公表制度についてです。この制度がいかに無駄で料金の徴収が国への還元になっているか。社協は一切、収支決算を出さないことに全てが表れている。その悪い制度が今年もまた行われ、山梨では5～7万円を1営業所が支払うことになる。1事業所に10の営業所があれば最低でも50万円の支払いである。昨年、山梨では6000～7000万円の入金があったとのこと。これは毎年行われます。(山梨)

9. ケアマネジャーさんから電話にて事業所番号や利用定員の問い合わせがあります。ケアマネジャーさんが情報公表のホームページを見ないので、一般の方々が活用するとは思えません。情報公表制度は必要なのでしょうか。(福岡)

10. ご返答が遅くなり申し訳ございません。ご意見にご賛同させて頂きます。(福岡)

11. 現在、ヘルパー等の介護士の人材確保以上に、看護師の人材確保が困難を極めています。我々がサービス提供している「通所介護」での看護師の必要性は、確かに認めるところですが、その業務内容に比べ配置基準が誇大ではないかと思われます。医療機関においても看護師の争奪戦が行われているところ、報酬面ではるかに劣る介護施設がその争いに加われるはずもなく、

今のままでは、更なるサービスの低下に繋がって参ります。つきましては、看護師配地基準の緩和、看護師業務（いわゆる「医療行為」と呼ばれるもの）の内、比較的平易なものの介護福祉士への移管の実現を希望致します。（福岡）

12. 介護報酬の引き下げは、事業所としては経費節約（ほんとうに必要なものも買えない状態、最低限の物のみ）、人件費の確保がやっとといった現状です。人件費を抑えるためにパートの人たちの正社員への道もストップ。労働時間の短縮で、やっと成り立っているという状態です。いい人材育成、確保ができるわけないです。ひいてはいい介護（見守り、事故予防等）がしたくともつながらないということになります。今現在、ボランティアで仕事をする人はいません。これ以上の更新料等の事業所負担を強いられることには反対です。情報公表も自己負担。でもこれらのこととは本当に必要なのでしょうか？老人がインターネットをひらいてみるのでしょうか？自分が年老いた時、動けなくなった時、認知症になった時……。家族がいない、独居になった時、はたして一人でどれだけのことができるのか、今の様な事務手続きができるのかと考えてみて下さい！！（福岡）

13. 貴医療団及び医療機関連合会の意見書に賛同致します。よろしくお願ひ致します。頑張って下さい。（福岡）

14. うちのデイサービスは定員13名の小規模デイサービスです。要介護3.4のご利用者を平均8名位を職員6名で介護している。認知症も重度で1対1でないと難しい方が多い中で、その人の尊厳を守りながら介護するには、運営基準で決められている2名の職員ではとても不可能です。職員のボランティア精神で運営していますが、いつまで継続できるかわからない状況です。安心して介護に専念できる日は来るのでしょうか。（福岡）

15. 私どもは昨年、通所介護事業を開始しました。平成18年に改正された後の開所でしたので、以前の報酬等がよく理解しておりませんでしたが、この現在の状況では、本当に苦しく、経営難であることには間違ひありません。緊急に改善して頂きたいです。これから益々高齢者社会へと入っていくのですから、しっかりと考えて頂きたく思います。（福岡）

16. 介護報酬の引き上げを求めます。現状では職員（特に男性が家族を養うことは困難であり、雇用が確保できない）の働きに対して十分な賃金の支払いは難しく、サービスの質の向上を妨げる要因となっている。加算に対する報酬が包括になったことで、送迎のガソリン代、食事に関する費用の事業所負担は増大。経営努力も限界にきている。※どうか、これまで国を支えてきた多くの利用者様の今後の限られた時間を、楽しく充実した者にできる様、環境作りに必要な報酬の確保をお願い申し上げます。（福岡）

17. 在宅報酬が下げられた事により、事業所としても給与ベースアップ等の、安定した賃金と雇用が不安定になりつつあるのが現状です。サービスを充実する事により、企業努力の限界まで行かなくてはならない。やはり永久的に利用者、施設を守る為には、引き上げが重要であると思います。（宮崎）

18. 私どもの事業所も、介護職がなかなか応募がありません。他の事業所に比べて時給はかなり高めではありますか……。介護保険の毎回の改悪をみると、介護の仕事をしていても先が見えない。これでは生活できない、と離職するスタッフも多いのが現実です。志高くこの仕事

に就いたのに……。これから高齢者が益々多くなるのは確実なのに、いったい誰がこの方たちの面倒を見るのですか？利用者の負担も益々多くなり、「もう、生きていけない。死ねということか」と絶望的につぶやく方もいらっしゃるのです。（宮崎）

19. 送迎に掛かるガソリン代、車のリース代、運転スタッフの人事費、車の保険や修理代、これらの経費はどんどん上がるが、利用者の方は大勢での送迎はきついので、少人数で何台も出さないといけません。これ以上ガソリン代も上がると、送迎できなくなります。何の項目でもいいから何か認めてほしい。利用者様を安全に身体の負担なく送迎するための費用を何か認めて下さい。よろしくお願ひ致します。（宮崎）

20. なぜ病院では文書料や保管料や通信費などあるのに、通所介護では何も認められないのでしょうか。1人の利用者に対して1ヶ月何枚～何十枚もの書類があり、そのための文書の経費（用紙代、インク代、FAXや送料、そのためのコンピュータ代やソフト代、そのための事務の人事費、保管するための経費）年々増加しています。まして、行政等からの要求が増え、用紙がより複雑で枚数が増え、コンピュータに入力したりFDを作成したり、このまま必要経費なしで業務等が複雑になれば、完全に赤字になり、だれもやらなくなります。（やりたくても経営できなくなる）どうか文書料か保管料か通信費がどれか1つでも認めてほしいです。（宮崎）

21. 介護認定にあたっての不平等や介護量に見合わない判定などがみられます。介護に対する施設報酬も低く人件費がそのまま赤字になっていまっている状況です。（宮城）

22. 「もっと利用したいが利用料が高くなるし、保険料も払わないといけない。あと来らいね。死ぬしかね」とデイケア利用されるたびに訴えています。リハビリやケアをもっと充実したい人が足りません。介護報酬が引き下げられるし、介護に求められるものはとても多いし、職場離れや、介護の仕事に就く人が少なくなっているのは当然のことだと思います。自分たちが介護される立場になった時のことを見て下さい。（山形）

23. 介護報酬をこれ以上引き下げられたら困りますが、認知症デイの場合は利用者の1割負担は高いのではないでしょうか。金銭的な面で悩まなくても、使いたいサービス（その人に適している）を選択できるような状況になれればと思います。（山形）

24. 私たちの施設でも低い判定結果により、サービス利用が制限され、結果としてADLの低下に繋がった例があります。国として、社会保障に対する考え方を改めて頂き、国民が安心して暮らせるよう努力することを望みます。安定したサービス、従事者の確保のためにも、報酬の引き上げは絶対必要である。（山形）

25. 利用者の方のレベルが重度化しています。職員の人数は決まった人数と言われても、サービスの低下が感じられます。利用者の方より「忙しそうで声かけられない」と言わると申し訳ないと思う。介護度が要支援の人が、2ヶ所のデイケアが使えないで通院のために当施設から離れていく方がいます。残念です。（山形）

26. デイケアでは介護1, 2、要支援1, 2の方々が多い。介護から要支援になると利用回数の制限があり、介護報酬もかわり、安定した収入でなくなる。また、利用者さんもADLや

生活内容が変わったわけでもないのに認定によってコロコロ変わり、生活リズムも変わる。健康や楽しみ、予防など常に不安定になると思います。ディの運営も現介護報酬では赤字になってしまいます。職員数もギリギリで赤字では働く意欲が低下し、そして離職へつながると思います。(千葉)

27. 介護保険制度がスタートしてから、次々と制度が変更になり、悪い面もかなりあります。利用者の方々に関しても、認定判定にどうしてと、疑問な場合もあります。もっと利用したいのに実質では大変だからと利用できない。それから介護の仕事をして、危険、賃金が低い、休みが取りづらいなどを感じます。もう少し現場で何が問題なのかをみて、制度変更の際には考慮して頂きたいと思います。介護保険はこれからも社会にとってなくてはならないものだと思います。破綻などしないようにして頂きたい。(千葉)

28. 「デイケアに行ったらいろんな人と話が出来たり、運動したり出来るし、行きたい」と思っている利用者さんが「お金がかかるし、しんどいなあ」という声を聞くと、そこで働いている私たちにとって、どうすればよいのかと悩んでしまいます。もっと、今までいろんな苦労をして、そして乗り越えてきた高齢者の人達に、やさしい国にしてほしいと思います。また、私たち働く者が、よかった、働きがいがあると思えるようにしたいと思います。(京都)

29. 職員の給与、身分保障、送迎加算を再び独立でつけてほしい(介護保険で対応)。サービスの選択を充実してほしい(介護保険として)。(京都)

30. ①介護報酬の引き下げは、個人的にも他人事ではなく、ましてや男性で独居という事もあり結婚ができないという状況になり人生に大きく関わる大問題ですので、何としても給与の見直しやパートや非常勤扱いという状態も改善してもらいたいです。給与問題が少しでも改善すれば人手不足減少という事もとうぜのきてくるはずです。今の現状はこれからの少子高齢化にマッチせず大変な事になるので。②介護保険料引き上げも利用者様や家族さんの負担が増えて、最悪の場合、孤独死の増加に加えて家族崩壊にもつながりかねないので他人事ではなく、自分事ととらえて考えていかなければならぬと思う。人間は決して一人では生きていけないので助け合いの気持ちがとても重要だと思う。介護の充実と介護保険の改善は国民的課題という通り、この問題は介護職だけの問題ではなく、生きていく人間全ての問題でもあると思います。京都市は理解がない、市長選挙もすごい関係があるので協力してほしいとの事。(京都)

31. 介護職員が減少すれば利用者にも負担がかかる。保険料はあがってばかり。今の少ない給料で生活を続けていくのは厳しい人もたくさんいると思う。だから介護の職を離れるしかなかないのかと思う。こういった職員の現状を受け止めてほしいし、その事にきちんとこたえてほしい。(京都)

32. 国からの助成金が必要であると思う。建物で道路、橋、地方村おこし対策等への国からのお金をかけすぎている状態。命へのお金をかけて欲しいと思う。母子生活、主人の入金はなし、私は育児と仕事と現在裁判もかかえています。実父母、姉妹、親戚の支えが全くない中、デイケアで看護師として働き、約2ヶ月ですが不安だらけです。本来なら生活を豊かにするため、もっと働きたいですが、しかしあまだ娘は1才10ヶ月、手がかり休みをとらざるを得ない現状。今後、病気をした時等、長く休みをとり、働けない日々が続くこともあると思われる。昔は大家族でお年寄り、働きざかり、子供も赤ちゃんも全ての人々、近所の人々も助け合い生

きてきた。現在、もう安全な世の中は崩壊し、信頼もない世となり介護が必要なお年寄りの方々も育児が必要な私の娘ぐらいの子供も「みてくれる者がいない世の中」になってしまっている。そして、やはりお年寄り、子供を本来働きに出て生活を支えていける人々が犠牲となって、やがて共倒れするのが今の現状である。いつそう働くかずに生活保護をもらい生きようかと考えたり、私と娘、このままどうなるのか。天涯孤独となり生きていてもよいものか、と追い込まれたのは私だけではないと感じます。まず、改善対策として、「働きたいけれど働けない、子供がいるから、場所がない、資格を持っていないから」といった声をよくママ達や 60 才を迎えた方々から聞きます。お年寄り、子供が安心してみてもらえるようボランティアを有料化し名称も変えて講習をある程度受けたなら働くといった働く人々の位置づけをもっと考えるべきである。それにより 1 施設に対し、介護福祉士、ケアマネ、看護師以外に、有償の（ボランティア）を、人数増やすことにより、介護、支援を必要とされる方々も必然的に増えてくる。在宅においても対応が可能であると思われる。現日本は資格にとらわれ介護福祉士を取りたくても時間的、経済的に余裕がないのがホンネという人々が多いし、資格を持っても報酬の少なさに仕事は別の場所でしている人々が多いです。例えば、介護福祉士、ケアマネ以外にとっても楽に講習を受けるだけで資格がとれるという免許証も必要になってくると思います。「働きたいママ達、定年を迎えた人々」をもっと介護への仕事ができるよう、まず子供もみてもらえる、お年寄りも介護できる一体型になった施設が必要になってくると思われますし、子供をみて頂き働く、次々と子供を産めるお母さん達も増え、その子供がお年寄りを支えて・・・
(残り = FAX 表示が切れ) (京都)

33. 私はデイケアの非常勤で働きだし 1 年が過ぎました。介護福祉士の資格はとったものの手当がつくわけでもなく、デイケアのスタッフリーダーになれとのこと。せめて正社員になれたらと思っています。介護職の人手不足はよくわかりますが、利用者一人ひとりの声をもっと聞きたいと思っていますが、いろんな仕事に追われ、なかなか聞くこともできません。どんどん高齢化社会になりつつあり、若い人は介護職離れ、私たちが高齢者になった時はどうなっているのだろうと不安になります。介護保険制度の国の負担割合を大幅に増やしてもらい、利用者、介護従事者が安心して生活できるような制度にしてほしいと思います。(京都)

34. 書類書き（ケアプラン、実施計画）整理などで時間外の仕事が多い。朝・夕の送迎が提供時間に含まれないのが疑問である。消耗品代（コピー用紙やインク）にお金がかかる。介護から予防への変更。国が求めているもの（書類の更新・整備に対して）対価が安い。よいケアをするにはスタッフを充実させなければいけないが、報酬の中から人件費を捻出できない。ホームページを見て対応するのではなく、大切な事は封書で知らせて欲しい。(福岡)

35. 人員不足によりリスク管理が難しく充実したサービスができない。重労働の割りには賃金が低い。必要なサービスを必要な人に使わせてほしい。介護報酬を引き上げてほしい。新予防給付に移行しこれまでうけていたサービスがうけれず病状が悪化。閉じこもりがちになつたり在宅生活が困難になった例があとをたちません。(福岡)

36. 介護報酬の引き下げにより、スタッフの増員が望めないし、十分なサービスが行えない。また、介護する人達の報酬の引き上げを希望します。介護情報の公表などにより記録類が多くて主な管理業務が後回しになる。またデスクワークの仕事が増えて困っている。現場の仕事量、毎日の記録類でへとへと。予防介護 I、II の方達が多くて手がかり人員不足で困る。介護保険を認定させてください。(特に一人暮らしでサービスを利用している人) 介護保険を

利用しやすくしてもらいたい。介護保険料を今より上げないでもらいたい。国民の痛みを少しわかつてもらいたい。どうしたら安心して介護をうけられるのか？（福岡）

37. 介護報酬の引き下げにより介護職員の十分な確保が行われず、確保されていたとしても十分な教育を行うことができず、介護現場の質の向上にはほど遠いものがあります。介護を受ける側にとっても保険料の負担増、介護度の認定システムの矛盾など、必要な人に必要なサービスが十分に行き届いていないのが現状です。自立介護を支える側、受ける側が笑顔で過ごすことができる対策を早急に希望します。（福岡）

利用者へのサービスの質を守るためにも、介護報酬の引き上げを求める。（福岡）

38. 事業所収益が上がらない制度なのに、年々利用者一人に必要な書類が多すぎ、それに追われて実際の利用者へかけるケアの時間が減少する一方です。コスト面での経費アップはもちろん、それに費やす気力で職員の介護現場で働き続ける医師が低下していくばかりです。資格を持ってケア職に専門意識を持って向かいたいと志したのに、毎日同じ書類を次々こなすだけであつという間に夜の8時9時です。これでは介護の現場から人手が逃げていくだけの制度になってしまふのでは？とにかく書類が多すぎて手が回りません！また、現在のガソリンの値上げも著しく、1日平均20km×8台、かなりの消費で施設のガソリン代だけでも相当な額です。せめて、以前のように送迎加算を認めてもらえばと切に願います。相手は高齢者、または障害を持った方達です。ケアにしても書類にしても、対応にとにかく時間と気力を費やします。事業所（現場）は本当に戦場です！！（山形）

39. 要介護より要支援と変わりサービス減となり、外出時の機会が減った利用者の方が数人いらっしゃる。老々介護において、在宅での生活が限界になった時、要介護1,2の方が行く場所がない。業務においても帳票類、会議等も増え求められるのも高くなり、日常業務が多忙となり、現場と管理がなかなか大変となった。（福岡）

■ 居宅介護支援

1. 法令等の解釈の研修会や、相談窓口等の拡充など、ケアマネも一人で悩まず、安心してどのような利用者に対しても、ケアマネジメント業務が行えるような体制にしてもらえたと思います。（千葉）

2. 現行の介護報酬では、自分自身の生活を続けていく事はむづかしく、人にやさしくなる事は日を重ねるとともに、やる気を低下させていきます。（千葉）

3. 訪問介護サービスに対する生活支援時間の問題。ケアマネの事務の繁雑さの問題。保険者による法令解釈の違い（矛盾について）。利用者本位というより保険圧縮のようになっている問題について。ケアマネの業務権限の不透明さ。（千葉）

4. 魅力ある仕事と認知されず、人材が集まらない。報酬が上がらなければ職員に対する条件も上がらず、長く続けて働く人材もいない。民間企業にも税制優遇があつてもいいのでは。（千葉）

葉)

5. 現在の介護保険制度の維持は、厚労省が事業所報酬を引き下げようとも、利用者の自己負担を引き上げようとも無理と考えています。日本の人口が高齢者が多い逆三角形になっているにもかかわらず、現役世代の負担で現在の高齢者の費用を負担するという仕組みが原因です。現在の高齢者、今後の高齢者の給付は全額税金で賄うべきだと考えます。そして事業者に対しては、介護報酬を引き上げ、介護に従事する人が人並みの生活ができるようにしなければ、ヘルパー、ケアマネで働く人がいなくなってしまうと思います。案として、ケアマネ、ヘルパーに対する賃金は公務員なみとして社会的地位（専門家としての地位）の確立をしなければならないと考えています。例として、ケアマネ 35 件受けて介護報酬は 40～50 万円（月）、その中から事務所費用を支出したら残りで生活が可能かどうか、国は中立公平を求めていますが、ケアマネのみで生活できない現状（ヘルパー部門の売り上げにたよらずを得ない）で、公平、中立を維持しろと言われてもできません（事業所が成り立ちません）。利用者に対しても同居家族の有無、地域とのかかわり等を持ち出し、給付制限をはかっていますが、これでは必要な人に必要な介護量を提供することができません。介護、医療に関する費用は全額「税」で賄うべきです。（東京）

6. 日頃からのご奮闘に敬意を表します。人の「生命」を軽んずる昨今の社会保障制度のあり方には憤りを覚えます。介護保険制度をその切り崩しの先兵に利用し、弱き者に更に鉄槌を振り落とすかのような当局に、反撃してまいりましょう。（東京）

7. 2005 年に居宅介護支援事業所を立ち上げました。35 名を越えているので、パートでケアマネジャーを雇用していますが、常勤で雇用することが出来ない状況です。事業所として成り立ってゆくような報酬を望みます。また、社協の介護サービス情報制度で 57000 円かかりますが、納得いきません。制度の見直しを望みます。（山梨）

8. 家族が同居している利用者への家事援助ができなくなり（ヘルパー事業者から利用者さんに法律で禁じられているのでできませんと面と向かって言われます）、異常な食事風景が出現しています。高齢夫婦の場合、利用者さんにはバランスのとれた食事がセッティングされ、他の一人はパックに入った総菜や残り物が並びます。本当にこれでいいのでしょうか？居宅介護支援単独の事業所です。事務所維持費や人件費で（ケアマネ常勤 1 人、パート 3 人）、毎月赤字。悲鳴を上げています。社会保険にも入れません。（山梨）

9. 医療・福祉・介護の分野で、厚労省のたくみな戦略により国民が安心して生活できない状況になりつつある。例えば介護の現場では、食費・居住費の自己負担になり、これが医療の分野に波及しており、これから団塊の世代が高齢化を迎えるので、大変危惧をしております。ケアマネの立場からは 5 年に 1 度の更新制の廃止と、情報公表制度の無料化を望みます。医療においては、情報公表はお金がかかりません。財源は国の無駄使いをやめ、特に防衛費の削減を求めます。（長野）

10. 日々の記録、更新時、サービスが変わる事の担当者会議、プラン作成、半年毎の福祉用具担当者会議、プラン作成と、これだけまともにしても業務に追われる。常に問題ケース、困難ケースを何件か抱えていたらストレスでケアマネ業務に嫌気がさしてくる。利用者一人ひとりに会うと、できるだけの事をしてやりたいと思うと、ケアマネが一人で抱えられる数と報

酬は今の半分でもよいと思う。本当に必要な人に、必要なサービスをプランできない情けなさがある。早急に改善を望みます。(京都)

11. 経済界をみても規制緩和や自由化のあおりを受けて、様々な産業が減収や倒産などの憂き目にあっている。しかし現在、この介護業界においても同様な感じが否めない。事業所がどんどん増える一方、その影で消えていく事業所も多い。低報酬は低賃金となり優秀な人材が根付かない温床となっている。報酬を上げれば月々の介護保険料も上がるという仕組みは、利用者に負担が掛かる……と安上がり政策を恒常に位置付かせる意味で利用されている感さえする。やはり社会保障は本来国がすべきである観点から考えても、予算拡大は税金の投入率を引き上げて対応していくべきではないか。一方で自治体は増えすぎる事業所に一定のコントロール機能を持つべきだと思う。地域支援事業のように必要な数を計画的に整備していく側面も必要ではないか。そのうえで事業を安定して運営できる報酬体系を検討していくべきだと考える。自助、共助、公助これらが融合し合って初めて良いケアが構築されると思うが、現在は事業所が散在、孤立している。その上自己責任論ばかりを押し付けて管理されようとしている。そのため質の高いダイナミックな実践が構造的にしづらい状況となっている。国や自治体は事業委託した社会資源であると捉え雇用を安定させていく一方、地域包括支援センターや公的機関が中心となって研修をはじめとする人材育成や各サービスのネットワーク化、サポート体制を早急に整備していく必要がある。(大阪)

12. 情報公表制度は、実際、利用者様の選択に有効活用されているか疑問です。(調査を受ける立場として日頃の業務をふり返る、整理するよい機会とは思いますが) 施設・訪問介護職員の離職率が高い。待遇、賃金や休みなど、業界全体として悪い。介護予防→うまく機能していないと思う。利用者様は介護度が軽くなり、喜ばれる方は少ない。(福岡)

13. 当事業所は、ケアマネ個人で居宅介護支援事業を運営しています。受け持ち利用者の制限、帳票類の増加等々で、経費維持が難しく、給与の抑制、ボーナス無支給等で凌いでいる状況であり、「情報公表」等の手数料も高額であり、経営圧迫の要因になっており、経費節減をいかにするか悩んだ末の結果、ケアマネ研修費の削減に至りました。質の低下にならぬよう努めて行っていますが……。限度のあることは承知の上ですが、公正中立なケアマネジメントをめざし、個人経営を存続させていきたいと強い意志を持って頑張っていますが、私の理想でしょうか。時給にも満たないケアマネジメント料であり、責務に対して対価が薄く、労働時間も長いといった現状を訴えたいと思います。事業所勤務のケアマネのほとんどが、家庭崩壊の危機を抱えていることも現状です。(福岡)

14. これは、10月末に厚労省に添付したものです。調査を記入させて頂きましたが、現場の状態をわかつていただきたく手紙を書いています。18年4月介護保険制度改革が施行されてから、単独居宅事業所は成り立ついかなくなっています。私の友人の事業所も2ヶ所閉鎖に追い込まれました。コムスン問題でヘルパーの報酬はあまりにも少ないことが問題になっていますが、介護報酬からしてケアマネジャーの報酬こそ最悪です。おそらくコムスンのケアマネジャーもノルマを課せられ、介護報酬をごまかす状態にいたったのではないかと思います。ケアプラン料は若干、上がったものの介護度の認定範囲が狭められ新規はほとんど要支援であり、更新時においても状態が悪化しているのに要介護から要支援に変更になる場合がほとんどです。この1年半、働いても働いても要支援の判定ばかりで包括より8名の委託以外はせっかく見つけたお客様も包

括に渡さなければならず、この1年半ボランティアで時間が過ぎてしまいました。予防は包括と、同一事業所の青田刈りに過ぎず、包括で要支援から要介護になっても包括系の居宅事業のみ紹介し、一切他の居宅に紹介がありません。中立公正からみてもおかしいと思いますが、どんどん同一居宅に取り込み、ケアマネジャーを増やしています。包括には居宅を支援するという大儀もうたっていますが、支援どころか横取りされている状態です。8件の委託のプラン料は包括と区別して8000円ぐらいにはしてほしいと思います。当初の介護保険制度の主旨は中立公正でプランを作成ということで単独居宅ができたと思うが、一生懸命頑張っていますので、居宅が生き残れるような介護保険制度を再度構築していただきたく思います。(熊本)

15. ケアマネジャーの仕事が多すぎる（記録が多い、利用者も何でも頼めると思っている。親族間の問題までも相談受ける）。中立の立場での仕事といって、独立することをすすめているが、単価が安すぎて、集中できない。お金が少ない（報酬）。何か他に仕事をしなければ、食べていけない。ケアマネジャーのこころのケアは誰がするのか。福祉系の方はやさしいし、仕事自体は好きな方が多い。その人々が他の仕事につかないか心配。いまの報酬であれば他の仕事がよいと思う。実際、私も元の看護婦の仕事がいいかなとも思う。人材がいなければ、この介護保険は成立しない。早く将来のある制度にして欲しい。(熊本)

16. 居宅介護支援事業として現場で感じている意見です。1. 訪問介護の利用制限が厳しくなった。特に同居家族ありの利用者に対しては、ヘルパーが行けなくなってしまった。同居家族の形態にもいろいろあるので、自宅介護の家族の負担は軽減すべきと思う。2. 予防の導入で、利用者家族の介護保険制度に対する理解が難しくなった。介護保険でケアマネが相談者だったが、予防になると離れてしまうことに対する不安を訴える。介護と予防が半年でかわることがある。もっと考えるべき。3. 介護保険制度の基本的理念であった主体性の尊重ができなくなった。サービス利用制限が多すぎる。☆保険料を負担している人が納得できる制度になる様に見直して欲しいです。そして介護の現場で働いている人がやりがいを持って介護の仕事ができる様な環境が必要です。(熊本)

17. 予防プランは見直さなければどんどん要介護に移り、ますます介護保険を使うことになり、介護保険が崩れていくと思います。予防の1ヶ月いくらというのは、絶対におかしいし、支援2で週2回行けたのが、支援1で1回になり、引きこもりにより次の認定で要介護になるという悪循環になっていることに、国は早く気がつき、回数の制限をなくしてほしいと思います。必要な人は支援1でも必要であり、回数を利用することで支援1のまま悪化しないのです。医療も含めて、もう少し労働に見合った賃金が必要だと思います。今の現状では、介護や医療の現場にひかれて就職する人はいなくなり、人が人をささえられなくなると思います。軍事費や議員報酬をまわして下さい。(熊本)

18. 国民年金のみで一人暮らしの方や生活保護の方の入所施設がなくて、困っています。認知症はすすんでいるのに、身体面で動けるので、介護度は1です。徘徊などがあると、見守りを兼ねた生活支援が必要ですが、とても点数が足りません。オーバーすると、利用負担が増えるし、その分、ケアマネジャーがカバーしている時もあります。(熊本)

19. 介護スタッフが募集しても集まらず、深刻な人手不足に陥っています。ぎりぎりの収入で、スタッフが連休や有休を取ることもままならず、今いるスタッフの体力と善意で会社が成り立っている状態です。訪問介護に至っては、利用者さんからキャンセルがあつても、ヘルパ

一さんに賃金保障もできませんし、ヘルパーさんに余裕もないでの、新規の利用にも応じられない状態です。人員も少し余裕を持って雇える位の介護報酬にして頂きたいです。(熊本)

20. 介護報酬が低すぎて万年赤字。居宅介護支援で 35 件の制限と、単位の低さ（1 万～1 万 3 千円）で、看護師をしていた時の給与の半分です。法人格をとらないと事業に参入できず、法人をとったばかりに法人税、税理士報酬があり、また、書類の多さとコンピュータソフトの導入。最近の原油高に伴う訪問の際の燃料費の上昇、通信費や事務用品と採算があわない。副業を考えないと生活が苦しいです。（悪事する人を作るようなものです）きちんとした報酬がもらえない割には、決まり（やらないといけない業務）が多くすぎる。だから介護労働離れが進み、介護難民、ひいては虐待、ネグレクトが増えている！！会計検査院から 36 億円の無駄使いを指摘されていて、何の改善もない厚生労働省にあれこれ指導されたくないのが、正直なところです。まして、情報の公表と言って、毎年数万円も負担させるのも疑問。高齢者がわざわざネットで調べるなんて、地方では殆どない。調査員等のお小遣い稼ぎでは？もっと有効に税金を使うべき。（宮崎）

21. ケアマネジャーの仕事量と単価（報酬）が合わない。報酬を上げることが出来なければ、事務量を減らす方向で変更してもらいたい。モニタリングの記録を簡素化するか、1 ヶ月毎としてほしい。ケアマネが担当出来る件数を 30 件にして、報酬をアップしてもらいたい。実際に介護をかなり受けている人も「要支援」と判定されることがよくある。認定調査は市町村が行うのではなく、独立した専門の機関が公平中立な立場で行うよう「しくみ」を変えてほしい。
(沖縄)

22. H.18 年度の改正で、居宅介護支援事業所の報酬単価は、上がったとされたが、蓋を開けてみると、要介護 1、要支援の利用者が予防給付に移行になり、ますます赤字が増えている状況にある。（沖縄）

23. 介護サービス情報公表制度が開始されて 2 年になりました。いまだに情報公表制度にお金がかかることが理解できません。各都道府県で料金は違いますが、複数の事業所があればそれだけ金額は増していきます。インターネットでの情報公表に対して、どれだけの高齢者がアクセスしているのでしょうか。実態をしっかりと把握して、きちんと活用できるものにして欲しいと思います。国はお金がないと言っていますが、無駄遣いをやめ必要なところにお金をかけるようにしてほしいです。（山形）

24. 介護支援専門員の仕事が、集団指導や行政主体の研修会などで、「自立支援」や「法令遵守」の重要性を学びます。しかし、実際に介護保険サービスを利用したい本人・家族が期待していることと、制度が保険給付の対象としているサービスにはそれが生じており、介護支援専門員がサービスを利用できない理由を説明しなければならない場面が多くなっています。介護保険は「走りながら改正していく制度」と認識していましたが、介護報酬のマイナス改定や、適正化の名の下にサービスの利用制限が行われている現状は、介護の社会化に反しているものと感じています。通院、外出援助のみの訪問介護利用は、安易に利用者の希望に応じているだけで、適切な居宅介護支援ではないと決めつける行政指導は、行き過ぎではないか。（山形）

25. 居宅介護支援 35 件、予防居宅介護支援 8 件と制限されました。一見、楽になったように思えますが、介護プラン、予防プランの作成に困惑している現状です。予防プラン作成に予想

以上に時間がかかり、時間外も多く発生しています。月 3,600 円の報酬では、時間外のほうが高く大赤字です。また、減算にならない様に適正に事業を行うように努力していますが、書類の多さや事務作業でケアマネジャーはパソコンの前にいる時間が非常に多くなっています。もっと利用者と向き合って仕事ができるように改善して欲しいと思います。(山形)

26. 軽度者の福祉用具利用が制限されたことで、購入や自費レンタルせざるを得ない人がいたり、使えないため、不自由な生活を強いられているケースもある。短期入所利用にも、居宅日・食費の負担があり、また、年々介護保険料も上がるため、利用日数を減らし、介護負担が重くなっている(特に老々介護や低所得層には厳しい状況)。90歳を過ぎて、予防と判定された方から、「この年になって何がリハビリだ!毎日の生活だけでも必死で頑張っているのに、これ以上どうしろと言うのか!ヘルパーさんに少しだけ手伝ってもらって息抜きできるのが、何故悪いのか!……」。ケアマネ業務としての書類が多すぎる。減算というペナルティがあるため、それを避けるために、利用者・家族と向き合うより、書類と向き合っているような仕事に、疑問を感じる。(山形)

27. 居宅介護支援事業を担っていますが、年々、介護保険制度が生活実態からみて活用しにくくなっています。電動ベッドを活用することにやっとなれて、足腰の痛みが軽減されていた高齢者。日中独居でも、食べたいものをその時に考えながら、ヘルパーさんに調理を頼み、食欲が向上された高齢者……。気力や意欲が向上し、いっしょに喜んでいただけに「適正化」のもとに提供内容が制限されていくことに、憤りも感じます。介護保険の財源を、国庫負担率を増やして確保して、もう一度本人の意欲や自立をしっかり促していく「介護の社会化」を再構築して下さい。また、利用者を支え、この制度を維持していくためにも、介護スタッフの確保は不可欠です。人手不足を解消し、有資格者が現場で働いていけるよう、人件費を保障する介護報酬を、大幅に引き上げて下さい。(千葉)

28. 軽度者への福祉用具は軽減措置があるが利用しにくい。年金が多くある高齢者ばかりではありません。市販のベッドは高さ、手すりなど不都合な上に良いものは高額です。低所得者への対応を考えて見直してほしい。介護保険は「介護の社会化」が目的だったのでは?格差の広がる経済状況で低所得の利用者の家族は仕事や残業をやめられない。日中独居の高齢者は日中長時間独居です。寒い中、菓子パンで家族の帰りを待っているのをどう思います?疲れて帰ってきてトイレ掃除や老人用の食事つくりが待っているのをどう思いますか? (千葉)

29. 同居人がいる利用者の生活支援について、家族がいるのだから休日になにもかもしなくてはいけないとなると、仕事が大変になったり、在宅で介護していく上で負担が多くなり、精神的な面で影響が大きくなるケースが出てくる。結果的に在宅では見ることができなくなる。(千葉)

30. 年々、利用したくても利用料金が高くなったり、利用制限があったりで使えない保険になっています。生活援助は同居家族がいるとサービス制限がある。同居といつても様々な事情があり、援助が得られない場合がほとんどです。その結果、在宅が困難になり施設を選択することになりますが、料金の問題でなすすべが無く非常に困っています。所得の低い世帯が多く、院内介助など自費サービスは大変。医師への照会についても料金が発生する場合がある。医療機関によって対応の違いもある。福祉用具の利用に関して、重度者でも 6ヶ月に一回照会の必要があるのか? (千葉)

31. 予算削減を目的にコムスン問題にかこつけて「利用者の正当なニーズ」にも拘らずサービス提供に至りにくい現状がある。サービス事業所もどうすればニーズに添った支援ができるかという視点ではなく「できない」「〇〇ではもうできることになっているから千葉でもやらない方がいい」という及び腰で利用者が置き去りにされている。ケアマネとして保険給付の制限が相次ぐ中で、利用者の生活を守る事の困難さ、矛盾を感じている。「介護保険のおかげで」という高齢者からの声が聞こえてこない。利用者にもケアマネにも厳しい制度になってしまっているのでは?高齢化が進む中でケアマネのなり手がいなくなったら厚生労働省は真剣に想像して介護報酬の引き上げ、制度改定に努めるべきです。(千葉)

32. 介護保険は、高齢者が住み慣れた家で安心して生活を送るために、あるべき制度であるはずが、今やどんどん使えるサービスが限定され、そのために高い保険料を払っているにもかかわらず、利用したいサービスを柔軟に使うことが出来ない状況が生まれてきている。まず、給付ありきではなく、必要なサービスをしっかり受けられる制度にしなくては、制度自体の意義が問われかねないと思われる。また、保険者によって判断が異なるという事も非常に問題だと思う。地域での特殊な事情等ない限り、制度としてどの地域にいても同じサービスを受けられないのはおかしいと言わざるを得ない。(東京)

33. 1. そもそも予防給付を新たにつくり、介護給付と分けた部分の矛盾が生じていることが納得いかない。①介護1と支援2が行ったり来たりしている場合に、利用料金が支援2の場合が高くなる。(週一回の通所介護でよい人) ex)通所介護通常型(加算なし) 介護1:1回667単位、4回2668単位。支援1:2226単位/月、支援24553単位/月) ②介護1から支援2になり、通所介護3回/w利用が、2回/wの利用となつたために、ショートステイで穴埋めするも、支給限度額超えないようにするには、毎週のショートが使えない。(福祉用具→歩行器) の使用もある。③介護1が支援になると、包括へ。居宅ケアマネが連絡をする義務がある。→連絡入れなくても、包括は分かるだろう。また、プランだけ委託を受けて行う場合、書類のやりとり、手間が多い。利用者も行ったり来たりの場合、契約に何回もサイン、捺印が必要になる。やめて欲しい。2. プラン料に差があるのはおかしい。ケアマネが担当することは、支援であろうが、介護であろうが、手は抜けないのである。(新潟)

34. 認定審査について、一次審査では介護判定なのに、二次判定で予防介護に認定された事例等、全くその事由が開示されない現状である。利用者もケアマネとしても、事由の開示なく何でかと不満・不信がある。きちんと介護から予防介護に下げた場合の事由開示して欲しい。(新潟)

35. 現在の介護保険では、住宅改修や福祉用具の購入費用は、一次利用者が全額支払い、2~3ヶ月後に9割が戻ってきます。年金暮らしの利用者にとって、一時払いの負担が大きくて、利用できない人がいます。できれば始めから利用者が1割負担で利用できるようにして下さい。それができないのであれば、例外として手続きをすれば1割負担分の支払い可能になるようにして下さい。2. 要介護1でも電動ベッドがレンタルできる条件を広げて下さい。困っている人がいます。ベッドが利用できないために、生活動作がダウンしている人が増えています。(静岡)

36. 通信費、帳票紙代他、C Pソフトなどが不可欠で費用がかかる一方で、現状の報酬では

必要な人件費が出るはずがない。早急な引き上げ要求に賛同します。「保険給付をどう削減するか」だけからの議論で、制度もどんどん複雑になっていくし、同居家族がいる場合の生活援助であっても、本当に必要な人の支援をするにも困難（可能であっても手続きが複雑）になって大変苦労している。また一律な減算基準を策定するのではなく、もっとケアマネの専門性に任せる制度にすべき。これだけの時間、費用をかけて研修させているのだから……。（京都）

37. 昨年と調査内容と主治医意見書の内容が同じだが、要支援 2 から 1 になりヘルパー回数が減り、訪問看護が中止。歩行器も購入することになった（限度額が少ないので必要なサービスが受けられない）。要介護 4、独居なので限度額オーバーで生活している。今は何とか払えているが、今後はどうなるか、本人も不安である（数件ある）。情報開示・事業所更新など、金銭的、時間的にも負担が大きい。1 人 35 人でないと減算になるというのは、事業所として大きな赤字、1 人ケアマネをやめたところがあるという。（福岡）

38. ①ヘルパーの介護報酬が低いためか、ヘルパーの定着率が悪く質の改善につながらない。②施設が増えるのは有り難いが、それに見合った人材が育成されず、施設入所をすすめる時にためらいを感じてしまう。（福岡）

39. 68 歳・男性・肝細胞がん・在宅医療・要介護 1・奥様はいるが別居で一人暮らし。在宅での治療の継続を望んでいる。妻や知人に家事をしてもらっている。今まで自分でも家事をしていたが、痛みやキツサのため、今まで以上に介助が必要になった。食に関しては欠かせないため介護保険でのヘルパー依頼となった。妻や知人が家事に来る日以外の日にヘルパーが毎日 1 時間生活援助 2 で入ることになったが、ヘルパー事業所より、妻や知人と重なることがある。同時だと介護保険が使えないとの連絡有り、本人宅にて担当者会議（本人は拒否をしていたが説得）を開催。6 日後に本人の希望で緩和ケア病院に入院となる。在宅医療を支えていく場合には介護保険制度との連携が不可欠である。（福岡）

40. 高齢者が自宅で安心して生活できる制度になっていません。・例えば、胃瘻の方の独居の場合、要介護 5 でも胃瘻注入や吸引など訪看が必要なケースでは限度枠不足で十分なサービスが受けられません。また、要介護 3 くらいでも独居で疾患を持っている人は、ADL の補助するためにサービスを使いたいのに十分入れず転倒悪化する。在宅で安心して暮らせる限度枠設定になつていません。・1 割負担が経済的に困難な方々も沢山います。単身者の子供さんと要介護者がいる家庭で、生保を受けられない方では、日常で得られる収入から介護サービス代を支出するので大変なため、最小限のサービス利用となり、負担が大きくなってしまう。・急なショートステイの利用や必要な場合、担当者会議やアセスメントの事を考えると利用できず、社会的入院するしかない。（福岡）

41. 新予防給付の制度は、手続きの繁雑さと利用者の不便・不利益を生むばかりで、本来の主旨が生かされているとは思えません。利用制度による介護保険財政へのメリットは少しはあったかもしれません、新たに発生した費用もけっこうなものになったのではないかでしょうか。特に、包括単位制は問題です。誰がこんなことを考えたのでしょうか。これではせっかく利用できる限度があつても、必要なサービスを提供することが制限されてしまいます。前のように 1 回くらいの単価制にしてほしいものです。はじめに費用削減ありきの改定が年をとつて弱ってきた庶民の在宅生活の質を上げ、広い意味での自律を促すことになるわけないでしょう！無駄を削減するところはもっと他にあるはず！！（福岡）

42. 来年度、後期高齢者医療制度の創設を目前に控え、その制度内容も気になる所ですが、介護保険サービスにおいても段階的に利用者への負担が課せられてきました。在宅でも支えることが困難となつても、特に施設入所に関しては、一定の減免制度はあるが負担は重く、お金がなくては施設サービスを選択できません。予防給付についても、利用制限があつてサービス利用については、疑問を感じます。予防給付と介護給付を認定結果次第で行つたり来たりし、余計に制度理解を混乱させ、業務を繁雑にしている。業務内容の割りには、ケアマネジャーの報酬が低く、採算が取れない。是非改善して欲しい。消費税を筆頭に、国民が税の名のもとに吸い上げられていくお金は数えきれません。これ以上の負担を強いてください。（福岡）

■ グループホーム

1. 何といつても人材確保困難。今までは経営困難。経営的には介護度が高い入所者を入居させたいが、職員が遠ざけていく。介護1,2の人を入居させざるを得ない。（入居者の選別）認知症の重度の方を職員は介護できませんと辞めていく。地域密着型はいいが、最期まで住み慣れた地域でというならば看護師を配置できるだけの介護報酬を国は出すべき。グループホームで本当にターミナルケアができるのか疑問。（千葉）

2. グループホーム開設3年を迎えます。ますますの老齢化と健康状況の悪化に困っています。認知症の介護は大変です。とともに、職員が長続きしません。又夜勤をする人がいません。病気による入院が何人もになると、また経済的にも大変です。何とか要望を加えて頂けたらと思います。（石川）

3. グループホームで看取りを希望する家族が多くなってきたが、当市の訪問看護ステーションや民間ステーションからは、グループホームとは契約しないと断られた。グループホームは”在宅”という位置づけだが、介護報酬も低く、レンタルなどのサービスも使えず、オムツの助成費が使えない市もあり、家族の負担が大きい。導尿や吸痰、胃ろうなどの処置さえできれば、ホームでの生活を継続できるのに、現状の制度では介護保険でも医療保険でも訪問看護制度が使えず、自己負担になる。仕方なく特養の申し込みをしなければならない。介護職員の平均賃金が21万3800円となっているが、当グループホームでは有資格者で16万円です。平均賃金として算出すると数字が上がるが、ほとんどの職員はこれくらいです。これでは生活できず、辞めざるを得ないです。経営者側から考えると、毎年少額でも昇給したら、勤務年数が長くなると経営が苦しくなり、痛し痒しといったところだと思います。（石川）

4. 低賃金、時間外勤務、人員不足、利用者の高齢化による介護負担増。利用者3対1の人員を増すよう、法改定を強く要望する。（石川）

5. 慢性的な人手不足に悩んでいます。（特にパート職員）職員（特に若いスタッフ）達が、将来もこの仕事を続けていけるような給与を支給したいが、減額報酬改定の中で、難しい状態。利用者、家族、職員が、夢や希望が叶えられるような介護保険制度であつてほしいと思います。（石川）

6. 現在の介護報酬では、今後の職員の給与のベースアップが望めない。石川県のグループホームに対する支援金は全くなく、すべて事業者が開業資金をださなければならぬ。この返済により、まことに厳しい状況です。介護報酬を現状より10%以上アップして欲しい。また、職員給与が低いままでは、誰も介護職に就かなくなってしまいます。バブルがはじけた頃、求職者が多かった頃は他の仕事がなく、介護の仕事に就く人もいたのですが、現状は、どこにも職がない人や、質の悪い人しか求職していません。(石川)

7. ヘルパーの確保が厳しい状況。厳しい労働及び低い賃金のため、確かにこのままでは介護の担い手が減り続けると思われる。介護を担う者が十分な給与保障がないと、サービスの質の確保にも影響が出る。ベテランの介護職が賃金の確保で別の労働に仕える現状もあり、早急の改革が必要と思われる。(島根)

8. 労務環境の改善（人材確保のため）入居者の負担軽減を（介護報酬の引き上げ）(島根)

9. グループホームは、在宅として扱われている一方、福祉用具レンタルが利用できない制度になっている現状です。レンタルができるよう改善の希望をします。(島根)

10. 介護人材不足。人材の定着率の低下。介護報酬減による収入不足。経費UP. ガソリン代↑。食料品↑。ゴミ↑。電化製品購入↑。施設改善↑。人件費↑。第三者評価等の費用負担↑。(福岡)

11. ご郵送頂いた文書の内容と同様なことに悩んでおります。当事業所と致しましては、その中でも、介護職員の賃上げができない事に悩んでおります。制度を維持するためにも介護報酬の引き上げを要求致します。また、厚生労働省の職員の皆さまも、机上の空論ではなく、ある一定の期間、民間の介護保険施設での研修を義務付けを要求致します。(宮崎)

12. 増加する高齢者、減少する介護就労者、案じられる財源、今の内に手を打たないと大変です。誰もが迎える老後ですから。(宮崎)

13. 認知症高齢者が地域の中で「その人らしく」生活していくために、グループホームの役割は大きいはずです。実際、私たち職員はそのように自覚し、入居者の皆さまへ生活のお手伝いをしています。しかも、ホームでの看取りも視野に入れた援助も重要視されている中では、職員体制の見直し（充実）が不可欠です。現在の配置基準では、到底無理な事と思います。今後、高齢者は増えるでしょうし、それに伴い、認知症高齢者への介護がますます重要になると思われます。そのため、事業所の人員配置基準の見直（人数を増やす）と、そのための介護報酬の引き上げを早急にお願いします。(山形)

14. やめていく職員が多く、募集してもなかなか人が来ない。これからターミナルケアを行っていこうとする中で、人員が不足していると十分なケアができない。(千葉)

15. 入居者の重度化がすすみ、夜勤体制を1人から2人になると大赤字になります。行政からは早期に2人にする毎回言われるが、今の介護報酬では困難。この時期、県や市から様々な調査がきますが、本当に理解できるのか疑問。厳しい人員体制の中で認知症の研修にも出しているが、これからというときに退職し育成されないのが実情です。夜間ケア加算もなく

なり、一方で運営推進会議など地域との連携の核となるべきグループホームがこんなに多忙でいいのでしょうか。（千葉）

16. グループホームは、利用料と介護保険1割負担だけで運営していますが、苦しい財政です。居室料も低く抑え、生保利用者も負担がないように設定しています。職員の退職、入職、その度に人件費がかさみ、入院となるとSステイを受けることもままならず、（1ヶ月くらいなら）赤字。職員の生きがい、やりがいだけでは制度上、中途半端なグループホームは不要なのかとも考えます。待機者が0となり空床で大赤字。なのに、特定施設の有料ホームは潤っているのは、居宅料だけではないように思えます。不公平な介護報酬、どこかで見直してほしいです。（東京）

17. 当グループホームでは、8名の職員で構成されています。職員は管理者以外全員パートです。常勤雇用への道をひらくにも現在の報酬では困難です。ちなみに当グループホームの時給は周辺のグループホームからみればかなり高いようです。また、介護の質を向上するために、スキルアップが必要です。そのための研修・予算を組める報酬体系にしてもらいたい。また、これ以上、利用者負担を増やすことには、限界があります。（石川）

■ 短期入所施設

1. ①当施設は開設して3年が経過しました。当初、個室で造りましたが多床室の需要が多く、1室を除き多床室に改築しました。②滞在費、食費が利用者の自己負担になり、利用料金が支払いできなくなったり、利用を削減している人が多くなっています。③施設スタッフは同じサービスを提供していても、収入が減っていること、スタッフの増員を検討しても、なかなか集まらないことに不安を感じています。（山形）

2. 重い費用負担から、利用を減らすことを余儀なくされる事例を多く抱えています。いつでも必要な時、必要なサービスを利用できるような制度であるよう要望致します。あわせて、介護職員の地位向上を目指すことも、社会的に見ても必要であり、そのためには介護報酬等、基本報酬の引き上げ、改善を切望致します。（山形）

■ 小規模多機能居宅介護

1. 高齢者の介護保険制度利用する人は、かなりの金額自己負担が必要であり、本当に利用したくても、低所得者的人は、利用制限となってしまい、平等ではありません。低所得者の人こそ求められる”救いの手”。もっと福祉へ税金を使って下さい。弱者にやさしい政治を求めます。また、事業所においても、あまりにも低い報酬ゆえに人材が不足。特に若い人たちの離職の原因是報酬が低いためこれから生計が立てられず、辞めていく人が多い。よいサービスの提供には、十分な教育や信念だけではこれからに仕事を担っていく人は育ちません。生計が立てられるような十分な報酬が必要です。（福岡）

■ 特養

1. 事業所や施設が共通して抱える問題は、マンパワー不足と思われます。特に看護師などは、病院の人員配置が変わったために、求人を出しても応募がないところが多いと聞きます。良いサービス提供は、まず良い人材を雇用し、教育訓練してゆくことで成り立ちます。しかし、現状では看護師（最近ではワーカーも）など選ぶ余裕がなく、完全な売り手市場になっています。厚労省は人材確保にやっと重い腰を上げ始めていますが、介護報酬が3年ごとの見直しの度に削減されていく現状では、有能な人材を雇う資金をつくり出すすべもありません。介護報酬の減額が今後も続けるのなら、社会福祉法人などは、もっと広範囲に資金調達のできる道を国が備えるべきではないかと思います。（神奈川）

2. 総論賛成です。（神奈川）

3. 当ホームの周辺では、ヘルパー派遣業務等廃止するところが出てきています。当ホームでも、医療法の改正の影響で看護師の採用が難しく、また、特に介護職員は、募集しても応募者がないのが現状です。先日も介護福祉士が現在の給料では結婚できないと、1名退職し、他の職種に転職してしまい、後任の職員は採用できず、派遣職員2名採用して対応しています。国の職員は一基準では厳し過ぎ、国の基準で対応しているホームは皆無で、ほとんどが国の基準の1.5～2倍の職員で対応しています。国の基準の職員の給付金を多くの職員で分け合うため、介護職員の給与が低く、3年ごとに介護報酬が下がり、逆に利用者が重度化し、身体拘束禁止や介護サービス情報の公表等の事務量の増加、さらに、景気が上向いてくると他に転職したり、介護職員を希望する者がいなくなってしまう。ホームも、人材の育成に努めますが、将来の高齢者対策として根本的解決は、報酬を値上げして介護職員の待遇を善くすることで、職員を確保し安定した介護を継続できるよう国に強く要望します。（神奈川）

4. 私たちの施設でも送られた文章と同じ様な状態であります。施設運営の維持は、人件費で調整していると感じています。介護職員数が減る事で影響を受けるのは利用者の生活です。この仕事をしていく上で、ある程度の自己犠牲はいたしかたないと私は思っています。この思いは社会福祉という意味で、同様の意識の方々も少なくないのではないでしょうか？自尊心かもしれませんが今、この社会はその様な人間で保てているのではと思います。介護報酬の改定も大切かと思いますが、まず、介護福祉士、ホームヘルパーの重要性、地位を考えてもらうよう活動していきたいと思います。介護の仕事の門が広いことは良いですが、”だれでも””ただの人手”という意識がこの国に根付いてしまうことは、とても恐い事だと思います。外国人労働者が入ることで、それは加速してしまうのではないかと思います。福祉の精神（平等？）とか、自分で記述しているのに、おかしいとは思いますが、私は同じ言葉、生活文化を送ってきた方に介護されたいです。介護保険制度が始まって、その歴史はまだ短いです。辛い時期はどんな業界にもあるかと思います。今、この問題を国内の人間で解決できない様では、それこそ未来は無いのでは？私個人の力はほんとうに小さいのですが、今後も同様な活動がありましたらよろしくお願ひします。（神奈川）

5. 都市部の施設であるかも知れませんが、職員給与を全国平均ではとても人材確保できません。安心して経済活動ができる給与を出さずに、良質の介護を望むことなど不可能です。利用者が望むサービスを職員に提供させてあげたいと思います。そのためには利用者の負担に差が

出ても認められる制度を望みます。(神奈川)

6. 当施設も職員の確保が困難となっています。現場は介護の担い手がなければ、存続できません。(長野)

7. 本当に経営難です。人件費の占める割合が 70 %を超えてます。経営の収支がトントンで、とても借金の返済が不可能です。定員 50 名という、特養としては不利な施設。その上、ユニットケアという職員数が多い状況では、赤字経営は致し方ありません。しかし入居者の方は、本当に喜びと感謝を持っておられます。この施設を継続するためには、介護報酬の引き上げは必須です。私たちの叫びを是非、行政に届けたく願います。(愛知)

8. 相次ぐ介護報酬の引き下げで、職員の給料も上げられず、長く続けて働くという意欲が持てない状況におかれています。2008 年以降の医療制度の改定を前に、行き場のない要介護高齢者が発生しています。特別養護老人ホームでは、医療の処置（胃ろう、経鼻、吸痰など）が必要な方の受け入れがこれ以上できません。看護師の数が限られており、医療の処置をしてはいけない介護士に、その仕事を頼まざるを得ない場面が発生するからです。法律違反を承知で対応せざるを得ない状況が発生することは十分に予想されます。看護師不足も深刻です。大きな病院に流れてしまい、なかなか確保ができず、かなり無理な勤務を強いてしまっています。(愛知)

9. 介護保険制度の開始に問題の根源があるように思います。試算、見通しが不充分！！国の制度であるにもかかわらず、先急いだ事に大きな問題あり。と、過去を言っても仕方なし。今後に向け介護報酬をあげることは切なる願いですが、民間が参入したため、単価をあげても人件費に投資するかは？？経営者が真に福祉の心を持ってすれば、赤字経営にならないような単価になっていると思う。国を挙げて超高齢者社会に立ち向かっていくためには、人材の確保が急務。外国人に頼ればよいという考えは日本人の国民性を考えると大いに難しい考え方（受け入れられないと思っている高齢者が半数以上です）。収入を増やす方向を最優先していかないと、又すぐ同じ状況がやってきます。保険制度ですから、社会保険と同じ考え方であるべきと思う。これからは医療も介護も同じライン上と考えて欲しい。(愛知)

10. 必要な介護職員数がどんどんふくらむ中で、やりがいを感じ、介護福祉士という国家資格を取得し、いざ就職してもその年収は全労働者の平均年収を大きく下回っている状況では、将来を感じず、離職率が高くなるのも当然のことである。ただ、介護保険制度が財政難であるために報酬を抑制する事で、改正を行ってきたとすれば、単に介護報酬を元に戻しただけでは、また財政ピンチになる。やはり、使用目的を明確にした消費税アップもやむを得ずか。(愛知)

11. 施設職員の給与引き上げ、職場環境の整備等、制度見直し、改善して頂かなければ、経営も厳しくなります。よろしくお願ひします。(島根)

12. 当施設も介護報酬の削減、職員の離職、人材不足と、困難な状況で事業経営をしています。将来の法人経営を考えると大変不安になります。すでにヘルパーステーションは職員不足のため、需要があるにもかかわらず事業縮小に陥っています。今の介護保険制度が国民・事業者が納得いく内容で良い方向に改正されますことを願うものです。(島根)

13. 社会保障予算 2,200 億円の削減を中止し、介護を再生するために介護報酬、診療報酬を引き上げることを早急に実現し、個人負担を軽減するよう要望します。現在どこの介護施設も人材不足で困っています。行政（県）として現状を把握し何らかの策を講ずる手段をとるべきである。介護報酬を早く見直して、国の負担をもっと増額し、職員が安心して介護に取り組めるように介護報酬の引き上げをお願いする。（島根）

14. 度重なる介護報酬の切り下げにより、平成 19 年度の決算は赤字になりそうです。人件費の節減対策として、正職よりパートに切り替え、また経費など全般にわたり、削減に懸命な努力をして参りました。趣意書に書いてある様に収入減のため厳しい賃金、労働条件が施設への就職を拒否しているものと思われる。介護報酬引き上げを早急に実施されることを何よりも望まれるところであります。（福岡）

15. 介護報酬を引き上げて欲しい。介護サービス情報公表の手数料を無くして欲しい。介護サービス情報公表、市の監査（2 部門）、県の監査など、特にダブルのものもあるので、一元化してほしい。（福岡）

16. 第三者評価制度は、天下りの変形ではないか。背後には必ず役人の OB がいる。施設から評価の名目で経費をまきあげているのでは？ 調査を検討されたい。（福岡）

17. 1. 質疑の内容／ a. 従来型特養をあえてユニットに転換する必要があるのか。 b. 特養施設の医療・看護体制は強化が必要ではないか。 c. 改正後のサービス加算は実現不可能なものが多いのではないか。 d. 事前規制を再評価すべきではないか。 2. 当事業所の見解／ ① 利用者の約 8 割は低所得者層、多数の入居者が相部屋を希望し、空きを待っている。② 特養施設の入所者の重度化や看取り介護希望は増加しており、体制整備が急がれる。特に、夜勤人員配置増への見直しを求めたい。③ 入居者に最も求められているサービス単価を評価すべき。④ コムスン問題でも明らかなように、事後規制では多数の利用被害者が発生してしまう。あらためて、利用者本位（尊重）の制度設計・運用が急務。（熊本）

18. 当施設でも人材確保が難しく、（募集広告を出しても集まらず）、このままだとケアの質の向上どころか、ケアの確保にも影響が心配されます。介護を支える人材（=人財）がいなければ、いいケアをしようと思っていてもできるはずがありません。是非、人財が集まる様な環境整備を整えられるように、介護保険の抜本的な見直し改正をお願いします。（熊本）

19. 平成 15 年、18 年と介護報酬引き下げがあり、当苑は 20 数年目を迎える、施設、設備、機械等、施設整備を行いながら、運営を行っています。入所者の重度化により介護職員も平成 14 年度より 5 名増員を行い、少しでも入所者への介護向上に努めて参りました結果、人件費が 7 0 % 近くになろうとしています。優秀な介護職員の離職が心配です。また、頑張っている職員に給与・賞与をもっと還元できるよう、介護報酬の見直しを願いたいものです。介護分野に政治はもっと真剣に取り組んで欲しい。（熊本）

20. 職員募集をハローワークに出していますが、5 ヶ月間一名の応募もありません。現在、無資格の方を採用して、働きながら、資格を採って頂く様に改善しました。が、一ヶ月たっても無反応です。全体的に厳しい労働条件と給与のバランスが無いため、募集しても雇用につながらないと思われます。介護労働者の社会的地位の確立と待遇の改善に、早急に取り組まない

と、介護の現場は成り立たなくなると思います。当面、介護報酬の引き上げに全力を出し取り組んで行きたいと考え、賛同の意を表明します。(熊本)

21. 介護報酬を早めに見直して、国の負担をもっと増やし、職員が安心して介護にとりくめるように介護報酬の引き上げをお願い致します。国においては、財源の問題もありましょうが、選挙と介護を引き離して考えるべきだと思います。国会議員の先生方には、もっと現場を見て欲しいと思います。我々の切実な願いを一日も早く達成して頂くよう、重ねてお願い申し上げます。(熊本)

22. 緊急改善案に賛同します。介護保険制度は「サービスの選択」を強調してスタートしましたが、制度スタートし8年になりますが、多くが選べる程のサービスがないというのが実態だと思います。その深刻な表れとして、依然、減らない特養待機者数だと思います。最後の拠り所としての特養ホームを増やすことは、今後益々必要だと思います。(石川)

23. 経費を最小にして人件費や、間接的な人件費（清掃・洗濯）にまわしている。しかし、施設経営は介護度が上がらなければ、収益が上がらない状況である。それでも人を増やすために正規職員を減らすしかない。低賃金の職員を増やすことになるし、重労働・低賃金でモチベーションが上がらない職員が増える。研修を保証しているが、職員には、学習が社会的な地位の向上の一歩になるという意識付けができない。自分のモチベーションを自分で持ち上げるという土台が未だ出来ていない。専門職としてのプライドを持てず、他の産業に流れてしまう。専門学校の教育も遅れているのではないか。ケアプランに始まり、栄養、機能訓練、ケア記録、事故苦情記録と介護の裏付けになる多量の記録に忙殺されている。しかし、リスクマネジメントの視点から充実するよう指導するしかない。職員自体が少ないため、一人あたりの夜勤が多い。時間差勤務が多い。人並みの暮らしにはほど遠いといえる。家族からの要求は細かくなる一方だが、特に健康管理程度しかできないにもかかわらず、医療管理が増えている。家庭であれば、間違いや観察ミスは許されるが、施設では事故となってしまう。看護師も8時間勤務の状況で管理するのが困難。監査では介護がしない方がいいですよと言われるが、夜勤をくむ人件費はない。施設に医療やターミナルを移していくしたいなら、それなりの加算が必要。

(福岡)

■ 老健

1. 居宅介護支援事業所の介護報酬を引き上げてほしい。ヘルパー事業所の人手不足。利用者の希望時間に来てももらえない。要介護の方が要支援になられた場合、個別リハが必要なのに継続できない。(千葉)

2. 私の施設でも努力しても赤字が続き、福祉医療機構、銀行への返済が厳しく、その上に経費が上昇し、破産寸前です。従って、職員の給料アップもできないので、離職者が多く、職員を募集しても特に看護・介護・医師は集まらなく、大変困っております。このまま続けば、事業は崩壊するのは明らかです。私も残りの職員に運命をたくすのみで、心配で精神的にも肉体的にも限界です。社会のために始めた事業が、社会から見放されることに対して悲しくなります。しかし、人生のラストステージを明るいものにする希望はあきらめないようにすること、

戦後日本を築かれた御老人のために感謝しなければならない気持ちを国が持たなければならぬと思います。よろしくお願ひします。(神奈川)

3. 現在、当法人においても、特養の開設を控えており、介護職の確保が急務になっております。しかし、賃金の低さから他業種に転職するスタッフも少なくなく、施設の運営も危機的状況になっています。(神奈川)

4. 介護報酬が引き上げられても、そのことが介護従事者の給与に反映されず、法人、とりわけ理事の収入を増やすだけの結果をもたらすことになってしまっては、意味がないと思います。介護労働の重要性とその仕事の割には賃金が極端に安いという点に目を向けて、制度の改正を図るべきであると思います。また、利用者側から見ると、特に施設においてはユニット化ということが問題となっているようです。少人数、個室化によって、利用者の生活の質は向上されるのかも知れませんが、そのことで、費用の高騰を生み、在宅での介護が限界であるにも関わらず、施設への入所は支払いができないため、困難といったケースが良く見受けられます。理念ばかり先行させるのではなく、実態に合わせた施設を整備することが必要です。余談ですが、O E C Dの社会保障費の対国民所得の割合を国際比較するのであれば、年金、医療、福祉などの項目毎の比較を行った方が、より日本が低福祉であることを理解しやすいと思います。(神奈川)

5. 厚労省の一貫性のない改定、方針には、現場で働く者たちの夢をうばい、やりがいや意欲をなくしています。病院の社会的入院解消のために制度化された老人保健施設ですが、今、再び療養型病床の廃止という厚労省の方針の中で厳しい立場に立たされています。国にお金がないという発想から、全てがけずられ、今後益々の高齢化が進む中で、社会的な格差は著しくなり、お金がある者とない者では、介護難民を生む可能性は大です。老人保健施設の苦悩は、医療機関でありながら介護保険しかつかえず、多職種が関わり多機能であり、多くを要求されながら報酬は報われないところです。自立支援をしても成功報酬はなく、かえって売り上げは減少するところに働く者のやりがいや夢は生まれません。(山梨)

6. 介護保険制度に対する改善等、必要なことや問題点はたくさんありますが、介護の現場から皆の声として要望を上げていくことが大変重要と考えます。このたびの署名運動や、全日本医連様のとりくみについて敬意を表します。何卒よろしくお願ひ申し上げます。(長野)

7. 現在の状況では医療も福祉も崩壊する。従業員の人員確保もままならず、人員の育成を先行させ十分な人的パワーを作つてから法律を改正すべきであり、社会奉仕性もできなくなってしまう。(長野)

8. 貴連合会の緊急改善要望の文面通りです。よろしくお願ひ致します。(愛知)

9. 事業所として、収入が減っていくばかりでは、どこかで支出を抑えることを考えるものです。その一つに人件費があると思いますが、多くの介護・福祉職の者は、全国平均以下の給与で働いています。介護報酬が下がるばかりでは、自分たちの給与も期待できないということと同じであり、希望が持てません。働く者の勤労意欲の低下につながっています。予防事業については、利用者の状態が改善されれば利用は継続されず、事業所としての収入はなくなります。利用料金も定額制であり、計画書などの作成・評価にも多くの時間を費やす必要があるにもか

かわらず、事業所としてのメリットは少ないと思います。介護保険施設入所（ショートステイを含む）の自己負担については「負担限度額制度」がありますが、該当するのは「本人及び世帯全員が市民税非課税であり、合計所得金額と課税年金収入の合計が266万円を超えない人」のみです。国家資格（介護福祉士・社会福祉士）はあるものの、医療職に比べ、決して待遇がいいとは言えず、より良い条件の仕事が見つかれば、そちらへ転職したいと多くの職員が思っていることは明らかです。理想だけでは、仕事は続けられません。せっかくの国家資格でありながら、資格がなくても働けることにも問題があると思います。もっと誇りを持って働ける環境がなければ、意欲を持ち続けて働くことができません。法律で定められた人員基準では、100%満足いくケアはできないことは周知の事実であり、現場の職員は厳しい労働条件の中で仕事をこなしています。このような状況下でありますから、サービスの質を問われたり、「このくらいやってくれてもいいんじゃないかな？」と、利用者側からの要望に応えられない施設は、まるで悪い施設であるかのように評価される現実は、本当に耐えかねます。夢や希望が持てない介護の現場であることは、離職率の高さが物語っていると思います。介護の社会化は、介護保険発足時のスローガンがありました。しかし、現実には、介護の問題は介護だけの問題ではなく、家族関係、高齢者を取り巻く環境（例えば独居／身内がいない）など、さまざまな問題が絡み合って存在しております、「家でみられない」ではなく、「みたくない」という家族の感情もあります。本人の状態からみると、十分在宅で介護は可能と考えられる様なケースでも、施設への入所を希望される方が増えています。その点では、今後社会的入所はますます増えていくのではないでしょうか。本当に必要な人に、適切で必要なサービスが提供されているのかという観点からすると、必ずしもそうではないと感じます。「自己決定」という言葉だけが一人歩きしている現実も否めないと私は思います。自分は、自宅で最後まで生活したいと思っていても、家族が介護できないと言えば、施設へ入所するしかありませんし、独居であれば限界があるのは明らかです。自分で選んで決める事ができる要介護高齢者がどれだけいるでしょうか？（愛知）

10. 介護報酬が低いため、入所者が発病したり、症状悪化により医療機関を受診したり投薬を受けたりすると、持ち出しとなり、それらの支出が職員の給料へも影響し、ただでさえも給料が低いところに追い打ちをかける状態となっている。又、介護報酬が低いため、備品であるポータブルトイレの買い換えにも非常に気をつかっている（なおし直ししているので、安全面にも心配な時がある）。保温配膳車、センサーマットとか、入所している方にとって非常にプラスになることにも、お金が少なくて買うことが困難である。（愛知）

11. 各施設のご要望、ご意見どおりで全く同感です。また、原油高騰による影響でガソリン、灯油、電気、食費、クリーニング等、値上げの要請を受けており、利用者の方へ全て転嫁はできず経営悪化の状況です。（島根）

12. 介護保険の改正による利用者負担金の増や、要支援者の利用回数の減で、リハビリの効果が低下したり悪化したり、また、利用者様がサービスを利用したくてもできないという現状になっています。施設の稼働率も入所で2割、通所で3～4割の減となり、報酬も引き下げられ、職員の昇級は据え置かれ、正社員も退職者が増え長続きしない。また補充もパート職員しか採用できず、質の低下がうかがわれます。募集しても職員がこない、現職の職員に負担がかかるため、また退職者がでる、万年人員不足に悩まされ、悪循環となっています。（福岡）

13. 介護保険の発足以来、介護報酬は一度も引き上げられることなく推移しています。あまりにも低い介護報酬が職員の賃金や労働条件に影響して、深刻な人手不足を招き、ひいては事業

所の経営に圧迫をしいる。(福岡)

14. 介護職が離職しない様な体制を維持しないと将来的に介護保険制度自体がなくなる。介護施設や居宅系事業所が無いのに保険だけ存在するとは思えない。現場に目を向けて欲しい。(熊本)

15. (1) 職員の年齢層が2つに分かれています、年金受給層と若い20歳代の独身層です。男性について言えば、給料は安いので年金受給者は何とかしのげても独身層は結婚したら生活が成り立たないので、他業種に流れいかざるを得ない。こうして介護保健施設の内部から自然崩壊するのではないか。そういう危険にさらされています。(2) 医療費を抑制すると、まるめになっている検査、注射、投薬が圧迫されます。現に経営者は極端に抑制するために、現場では老人達の治療ができず、放置される現象が出ています。医療費抑制策は老人虐待策になっています。(3) 施設から在宅へ老人を帰すことが、老人のために望ましいと国はすすめますが、国の経済政策のためだけであって、認知症老人にとって不幸極まりないです。虐待件数はますます増えるはずです。認知症の受け皿は家庭ではなく、施設でなければならない。そのためには福祉予算を増やすことが国の政策として必要です。(熊本)

16. 介護報酬の減価で、スタッフへの還元が出来ない状況である。また、施設投資もできず、利用者ニーズもあっても、ハード、ソフト両面から応えられない状況で、すべてにおいて悪循環である。医療制度の7：1看護の加算も、上記介護保険と重なり、スタッフ不足の原因である。(宮崎)

17. 介護の現場で働く人材定着策について、「介護報酬を引き上げても処遇改善の根本的な解決策にはつながらない。経営努力で処遇改善を行うことが先だ」と厚生労働省はいっている。定着対策として身分毎の研修要綱やキャリアアップ研修が必要だということも十分理解できる。が、実際の現場は最低数の職員の数で様々な苦情に低頭しながら対応している。職員は多くのストレスを抱え、職場で燃え尽きることも少なくない。若い職員が妊娠しても他専門職と異なるのは十分な育児休業が取れないことである。働かなければ生活できないほどに月々の賃金は低い。当然事業者もたかい研修に出す余裕もない。介護の専門性を向上させるためには、経営努力と共に、十分な給与保障を可能とする介護報酬の改善は不可欠である。(山形)

18. 相次ぐ介護報酬の引き下げの影響で経常損益は2年前の50%と激減している。平成8年に開設した老健である。建設借入金を県の利子補助制度のもと返済してきているが、ここにきて県からその補助金減額され、更に廃止が検討されている。リハビリ技師の確保がままならず、リハビリ加算の具体化がはかられない状況にある。利用者の重度化が進み薬剤等の負担が大きい。→介護報酬上の評価を望む。医療依存度の高い利用者が多く、病院等への専門科受診が増えている。医療側からの医療費請求が増えている。→専門科受診の際の、医療保険適用の拡大。(山形)

19. 平成17年10月の介護保険制度改定により、施設での居室料金と食費について利用者が負担する割合が3万円程度改定前と比べて多くなったことで、利用者と家族にかかる金銭的負担が重く圧し掛かっています。一例を挙げると利用者本人が住民税非課税の適用者でも、同居世帯に課税社がいるため、介護保険負担限度額認定証の適用を受けられない世帯です。その世帯に十分な収入がない場合、利用料の重さは利用者だけではなく、家族全体の問題となります。

特に周囲からの援助や在宅での生活による介護サービス費用の軽減等が難しいケースについてはより深刻な問題となります。こうした制度改定による影響を受けた利用者と家族の状況を鑑みて頂けるような制度改善を望みたいと思います。(山形)

20. ①老健の居住費・食費の「基準費用額」を引き上げて下さい。第1段階～第3段階の方は、減額されますが、第4段階の方は、各老健で基準費用額以上の契約となっているところが多い。しかし、減額される第1～第3段階の入所者が増えれば、経営は圧迫されます。よって、「基準費用額」そのものの引き上げと減免をさらにお願いします。②リハビリについて。リハビリを行うにしても、単位学が低く、一人の入件費も出ません。リハビリを行う者も施設も、意欲、人材も失いかねません。○集団リハビリの単位の復活、○短期集中リハビリテーション実施加算のUP、○リハビリテーション加算のUP（大幅な）。③人員について、100床の老健に対し、看護師が愛知県は定員10名、老健、厚労省は9人。この1名が大きい。全国に通報して下さい。（愛知）

21. 介護報酬の引き上げは、絶対必要。質の良い介護を提供したくてもできない。今でも経営は苦しい状態。人材確保も難しい。求人依頼しても応募がない。また、先の見通しが持てなく、せっかく育てた職員が辞めていく。他科受診制限はおかしい。なぜ老健だけ制約されなければならないのか理解できない。（愛知）

22. ①施設が満床でも赤字を生む状況であり、運営が大変である。介護職の中には低賃金、重労働のため将来に展望がもてず転職する人もあり、今後人材確保の面でも苦労している。②介護老人保健施設は在宅支援の施設の位置づけであるが、現状では特養待ちの方が大半を占めている。内服薬、注射、点滴に対して、特養では医療保険が使えるのに老健では使えないということには矛盾がある。旧来型老健に、介護報酬の引き上げがなされないことには、納得できない。ショートステイのベッドは、利用が安定しないため縮小せざるを得ない。介護報酬で考慮してほしい。③個室、多床室両方がある施設であるが、費用の関係で多床室希望の方が多い。個室ばかりの政策では現実に合わないのではないか？④リハビリが体制加算から個別での実施での加算になったが、リハビリスタッフを増員して適切なりハビリを行えるだけの加算になつていない。老健では、全員にリハビリを行うよう指導されるが、現状では不可能である。（滋賀）

■ 療養病床

1. 介護療養病床の入所者の要介護度の平均は4～5位になると思われる。それ等の人を老人保険施設に名前を変えて移し替えるのは、様々な問題点がある。朝令暮改でなく慎重な対応が望まれる。（石川）

■ 地域包括支援センター

1. 現在の介護保険における報酬単価があまりにも低すぎる。特に、予防プラン作成にかかる4000円の報酬は実際の業務量から考えると、非常に低い金額である。当初、厚生労働省で

は予防においては手間が省かれている分、報酬を低く設定しているとのことであったが、現場では手間が省けているとの実感は出来ない。予防の人だからこそ、身体的変化が多く、それらに対応するためには、公的資源ではなくインフォーマルサービスでの調整が必要になってくるも、インフォーマルサービスの調整には時間がかかり、何回も利用者宅への訪問を行わなければならず、厚労省が説明していた、訪問等の回数も少なく、手間が省けるという実態はない。こうした、現場の実態をふまえた報酬単価の設定を行って欲しい。欲を言うならば、もっと現場の大変さ、現実を知って欲しい。さらに、介護報酬単価が低いことにより介護現場での介護の質の低下にも繋がっていると思われる。報酬が低いことで社会的に認められていない現状があり、若い人の離職が進み、更なる質の低下を招く悪循環の状態になっている。(山形)

2. 昨年の4月改悪で多くの方が要支援と認定され、サービスの制限が行われた。認定のあり方も含め批判が集中すると今度は介護へ戻されていく状況もあり、はじめから決められた給付費の枠の中で、揺さぶられて利用者もサービス事業所もケアマネも地域包括もいい迷惑を被っていると思う。本気で介護の社会化を図ったものとはとても言えない。地域包括の立場で言えば、行政から下りてくる仕事は増えるのに委託料や加算の増加を要求しても聞き入れられないし、予防支援の介護報酬もケアマネの3分の1と低く、やりきれなさを感じる。行政に何か要望するとすぐに「保険料に跳ね返りますよ」と脅しにも聞こえる回答を言われるが、私たちの保険料や税金をきちんと介護保障に使ってほしい。(千葉)

■福祉用具

1. 我が社は介護保険事業の福祉用具貸与、住宅改修、特定福祉用具販売を行っています。利用者の ADL の向上また QOL の実現に向けて日々努力しております。ところが、この介護保険改正に伴い打撃を受けました。介護 1 のレベルでは介護ベッドがレンタルできない。車椅子の使用が認められない。利用者と一緒に泣きました。「夜中にトイレに起きるのになかなかすぐ立てんだよ」「布団からじゃ立つ氣にもなれんてこうして寝ているさ」こんな声を聞く度に何とかしなくっちゃ!!!!そんなことで自社レンタルで本当に困った方だけですが介護保険の負担金くらいで、電動ベッドをレンタルすることに致しました。これはとても喜ばれていますが会社の経済を圧迫します。それは納品、引き上げの労働力は同じにかかります。またそれに伴い消毒洗浄もかかってきます。高齢者が住み慣れた住居で自分らしく生活することが、介護保険事業者の犠牲の上で成り立っているのです。そんな状況は長続きするはずもなく、必ず破綻はきます。また提出書類の膨大な数にて定休も取れず通常の仕事も圧迫されています。社員数を増やしたくても過酷な業務を知ってか募集してもなかなか集まりません。離職率も高くてせっかく覚えた頃には普通の会社へ移ってしまいます。ここで社員を守るためにも介護報酬の見直しを求めます。介護職員の質の向上、また高齢者的心地よい自立した在宅生活を求めて介護保険の見直しを求めます。(せめて、職員には普通の、社会一般的な給料を出してやりたい) (山梨)

2. 貴連合会の趣旨に賛同致します。今後ともなにとぞ宜しくお願い申し上げます。(山梨)

3. 手すり、歩行器、つえなど貸与から販売への移行の話がありますが、やめてほしいです。(岐阜)

4. 現在、福祉用具のレンタル及び販売をしております。毎年のように介護保険法が変わり、ご利用者にも不便をかける事が多く、申し訳なく感じております。保険料が上がる一方なのに、使えるサービスが減っている現状は、やはり適切ではないと思います。やはり所得格差で老後の生活があまりに違う場面に遭遇しますと、この国の福祉や医療はどうなるのかと不安になります。当事業所も出来る限り、経費の削減等に努めておりますが、介護報酬で入るよりも人件費がかかり、更に情報開示等の高額な費用も重なり、実質続けていても、苦しいだけとも思える環境です。ご利用者本位やQOLの向上とうたわれている割に、それらの質を下げてしまう制度は、是非見直して頂きたいです。一割負担でなくても、車椅子やベッドを借りられる制度が出来れば在宅環境は多様になると思います。(軽要介護者へのアプローチ) (大阪)

5. 介護保険料の引き下げ、介護報酬に引き上げ等の早急な改善を求めます。(大阪)

6. 介護を決めるえらいさんらに3ヶ月ぐらいは介護の現場に立って介護ヘルパー、介護を受ける側の意見を、現場で知ってもらいたい。年に1度の調査はいいとしても、それにかかる費用、取りすぎ。(大阪)

7. 介護保険の改正に関して、益々現状悪化が懸念され、法の締め付けによる介護報酬の減収は、事業者のみならず利用者への負担の増加もさることながら、現場で働く労働モチベーションも低下させ、次の時代を担う若者の業界離れを引き起し、スペシャリストが育たない荒廃した介護社会になることは必定であります。昨年、改正をした時、沢山の犠牲者、死者があると訴えましたが、無駄な事でした。自殺、介護者による殺人、これでは何のための介護保険なのか、発足時は、社会で支えようと言う事ではなかったのか。今ではどんどん値段の高い施設の設立ばかり増え、行くところのない利用者がまたも規制を厳しくかけられている。私の身近なところでは、保険料や1割負担が困難なので、生活保護に切り換えていかれる方もおる現状です。これでは財政の問題からも、行く末は見えているようなものであります。福祉というものを抜本的に考える時期になっているのではないでしょうか。(大阪)

8. 以前、介護老人保健施設に勤めていた経験もふまえて考えると、現在の給与では独身の間は生活が確保されますが、結婚、子供の出産、育児を考えると、今後の人生に自信がなくなり、結果、自分自身にとって天職だとおもって生活を考え転職して、生活のために別の仕事を選択するという方を知っている。また、自分自身もその1人です。そのため、介護の現場は入れ替わりが激しく、人材の流失もあると思います。現場はボランティア精神、時間外労働（賃金なし）が当たり前の世界になっていると思います。今までの考え方を国、県、現場のスタッフが一丸となって見つめ直していくことが大切だと思います。どうぞ今後の明るい福祉業界全体のことを考え国からの改善を求めます。(岡山)

9. 貸与事業所です。一昨年の改正により、経営状態の悪化が深刻になり、運営が厳しい状況です。給付費が上昇する品目をたたいて落とすやり方には、断固反対です。情報公表の手数料は取りすぎです。(福岡)

10. 特に毎年の情報公開の手数料は無茶苦茶な法外な手数料？（何の手数か解りますか？）。無料もしくは5000～10000円で十分と思います。怒りがこみ上げる！60000円も、どうして必要なのか判らない。(福岡)

11. 今の政治は、高齢者、弱者切り捨て「文句あるか！！」になっています。とんでもない世の中になりますよ。適切な介護支援を要求し、福祉国家として希望ある日本にしたいと思います。（福岡）

12. 内容を見させて頂きました。全体（介護に関わる施設、事業所）の困難が生じている現状ではあり、私共も非常に困っておりますが、文面の中に福祉用具のことが一行の記載もなく、このような組織でも全体のことより自分たちのことがまず先にあるのかなと残念に思いますので、現状では賛同しかねます。私は介護の家庭が中心にあり、全体が良くなるシステムが構築されることにならないと、全てがもっと困難にさらされると考えております。私たちが在宅介護を行ってある家族の社会貢献度が、経済や教育にもどれだけ大きなものかを全体に理解してもらい、私たちが必死になってその家族を応援する姿が全体にまだ見えていないのではと見ております。まず在宅介護に関わる人たち（事業所）が互いの立場を理解し助け合う世界の構築が大事と思います。（福岡）

13. 認定調査では、動作の確認を行い、正しい評価をすべきである。情報公表制度での事業所が費用を負担するはどうか。国の方針に沿った制度であれば、国がその費用を負担すべきである。（福岡）

14. 特に在宅サービスでは、介護報酬の低さから経営状態が悪化し、従業員の補充にも限界が来ています。（福岡）

15. 一昨年の介護保険制度の見直しにより、経営は非常に苦しい状況にあり、従業者の生活保障ない限り、良質なサービス困難と考えます。また、情報開示等は弱者に対するものであり、調査会社のムダな設立。国は、何を考えているのでしょうか？天下りの一例です。サービスの良悪は、利用者の選択であり、業者は自然淘汰され、国が関与すべきではないと考えます。ムダ（形式的な書類作成）ばかりで、本来のサービスに支障あり、全く現場を知らない国に怒りを感じますが、一部を除いて、従業者、経営者は真正面に業務にとりこんでいるのを、ご理解して欲しいです。（福岡）

16. 軽度者のベッド、車いすの制限について、利用者からの不満の声が多い。厚労省では情報開示制度を進めているようですが、利用者の介護保険サービスに関する知識は極めて低く、サービス提供の遅れが目立つ。事業所の比較ではなく、分かりやすいサービス情報の提供が、まずは必要だと思います。（東京）

17. 福祉用具貸与を行っておりますが、06年の介護保険の見直しにより、多くの福祉用具を引き上げました。ベッドから布団になって転倒やADLの低下などが起こりました。このようなマイナスな改定には反対です。また、経営状況も悪化しました。経営努力を行っておりますが、厳しい状況は続いております。また、サービス公表、更新の費用が高すぎます。費用は、自治体負担が本当ではないでしょうか。そして、サービス公表を毎年も行う必要性があるのか疑問です。2年～3年ごとでいいのではないかでしょうか。毎年、この費用がかかるのは大きな負担となっています。介護の分野でこそ、会社やそこで働く人が、元気でいることがいいサービスを提供できると思います。それを保障する介護保険であってほしいと思います。（福岡）

■介護タクシー

1. 介護保険利用の方の送迎をしていますが、制度改悪後、減ってきた様に思われます。また、訪問介護事業所のヘルパーが、通院時に付き添った場合、同居の利用者だと実費で15分1,000円支払うことになっており、利用者の負担が大変で通院もできなくなりそうです。制度の改善を求めます。(長野)

■ 病院

1. 今回の介護保険は、介護保険を使わせないための方針であり、小規模の訪問介護事業所を削減する目的としかみえません。内容は介護度により、行うべき事は決められ、同居家族が居る場合は家事援助すらもできない状況。通院（院内介助は必要性があれば良い）と言いながら、内容はほとんどがボランティアで行う状況。通院（院内介助は必要性があれば良い）と言いながら、内容はほとんどがボランティアで行う状況。「してはイケマセンとは言いません」と言いつつ、実際はやればやるほど赤字になる内容で、利用者からは苦情がくる。また、ヘルパーの仕事は急激になる。長年築き上げた利用者との信頼関係も、一瞬でなくなり、共に力を合わせ、夜おそらくまで頑張ってきたヘルパーの生活も保障できない。責任者は書類作成に追われるだけの仕事で、心の中では『やってられない』と怒りながらも、利用者のため、一緒に働いてきた人達のため、会社を無くしたくないという一心で、先が見えないながらもできる事を必死になって行っています。「買い物は宅配を使えばいい」「調理は惣菜、配食サービスを使えばいい」「掃除は別居の親族がこれる時にすればいい」と、そんなことを言われ、訪問介護が成り立つはずがありません。(宮城)

2. 介護の現場をよくみてください。事業者もスタッフも、もちろん主人公であるべき利用者もその家族も「こんなはずではなかった」と思っています。医療改悪も伴って、「命」が粗末に扱われることに「慣れさせられる」ことには絶対反対です。社会化=国の責任で介護の拡充をすすめてください。(福岡)

3. 介護報酬の引き下げにより、部門別にみると赤字が続いている。サービス公表制度が始まり、求められているものは必要なことであり実施しなければと思いますが、現在の報酬では人手も増やせず、利用者が帰ってからボランティアの残業をせざるを得ません。また、介護保険が始まった頃は、欠員の募集に多くの申し込みがありましたが、低賃金で、きつく、事務作業が多い今は、人を選ぶほどの求職もありません。このような状態が続くと、運営が困難になるばかりでなく、求められているサービスの提供も困難になり、その結果在宅生活を援助するという介護保険本来の目的もできなくなってしまいます。安心して老後を在宅で過ごすことができるよう、介護報酬の引き上げと、利用者負担の軽減を早急に求めます。(福岡)

■ 診療所

1. 必要な介護サービスが制限される事例として、(紹介) 80台女性、要介護1、息子さんと2人暮らし(息子さんは日中仕事、土日休み)、認知症あり(そばに誰かいないとだめ、外を探

し回る)、ADL：室内つたい歩き、屋外：杖歩行（問題）現在介護サービスはデイサービス 5 日間／週、息子さんが日曜日、仕事になる時がたまにあり限度額を超えるが、デイサービス利用する 3 月、4 月から転勤になり通勤時間が 30 分位現在より多くなる。そのため、朝、夕 1 時間ずつ 5 日／週 ヘルパーさんを導入したいと希望あり。限度額を大幅に超え、自己負担が多くなる。※必要な介護サービスが制限されることなく保障されるよう希望します。（宮城）

2. 短期入所生活介護の介護報酬が、通所系よりも低い介護報酬では、安全に高齢者の生活を 24 時間支えることなんてできません。医療依存度の高いケースが病院から出され行き場を失っています。認知症のケース、高齢者世帯も多く、住み慣れた地域で暮らし続けることが本当に困難なことになってきています。在宅の生活を支えたくても今の介護報酬、介護保険のシステムでは限界です。スタッフの努力のみでどうにかなる状況ではありません。介護保険の改正により、求められることは多くなり業務量も増えています。しかし、介護職の賃金は低く、離職する人が増え、人員を確保することさえ困難な中で質をあげることなんてできません。早急に介護保険制度の見直しを求めます。（神奈川）

3. よりやりがいがある仕事を目指してケアマネジャーとなり 1 年半となります。仕事は確かにやりがいがありますが、一つのプランに対して書類作成が膨大で、とても時間内に仕事が終わりません。仕方なく残業をしますが、管理所からは（ケアプラン等作成の収入 > 人件費）不採算部門と言われ、（決して個人を責めているわけではないと理解しながらも）肩身がせまく辛いです。この仕事を続けていきたいと考えていますが、正直 20 年後にどんな制度の中で存在しているのだろうか？お給料は？仕事は今のように常勤で続けられるのか？不安をおぼえます。また、利用者（この言い方もサービス利用している人という一方的な言い方でイヤですが）さんの生活をより支えようと動くことそのものが、ボランティア精神に支えられるしかないことにも不満を覚えます。また、非常勤で働く仲間が圧倒的＝必然となっている介護の職場は、労働条件での連帯感が持ちにくく、離職率も高く、その中で仕事をし続ける辛さもあります。（京都）

4. 医療機関との併設で他にデイケア・ヘルパー・訪問看護・居宅療養管理指導（在宅往診）の事業をおこなっています。①経営的には、居宅支援として単独で成り立つことは到底無理です。独立型でないと公平・中立が保たれないと思われがちですが、連携という点では優れた側面もあります。囲い込みではなく、連携という介護にとって有意な側面も見て欲しいと思います。②担当者会議・モニタリング・訪問・アセスメントなどどれをとっても大切な業務ですが、もっとケアマネに専門職としての権を与えて欲しいと思います。③京都市の場合、区により制度の運用等に温度差を感じます。つまり利用者さんにとって住む行政区により同じ介護保険料を払っていても使い勝手が違うということです。④介護の社会化として、介護のために仕事も辞めざるを得ない、虐待がおこる、そんなことがないようにと始めた介護保険制度であったはずです。昼間独居で 1 つ 1 つ厳しく吟味しなくとも、通常常勤されており、利用者さんの能力をみれば、ケアマネなら自ずと何が必要なサービス内容なのかわかります。小難しいシートに落とさせ、少しでもサービスを減らそうとする行政の態度は如何なものかと思います。（京都）

5. 厳しい労働条件の中、皆、ギリギリのところで頑張っています。せめて、もう少しお給料がよかつたら……。介護報酬の引き上げをして頂けたら、事業所の利益アップへつながると思います。介護を必要とする人に、サービスの利用をしてもらいたくても、まず「お金」です。所得の格差、介護の格差をひしひしと感じることが多くなりました。この先が不安です。老人

にやさしい国づくりを考えて欲しい。（京都）

6. ホームヘルパーなどの給与水準が、依然として社会的に低く、十分な生活保障となりえず、貴重な経験を持つ従事者までが早期退職を余儀なくされるケースが出ています。高齢化社会への対応を云々しながら、政府・厚生労働省は、その基盤整備をいっこうに進めず、逆に、制度改悪を繰り返し、理想を持って介護事業に従事した者に、労働強化と低賃金を押し付け、そのことにより失望させています。十分な給与保障を可能とする介護保険制度の基本報酬の引き上げを強く求めます。（兵庫）

7. 安心して老後を送るためのしくみとしてスタートしたはずの介護保険制度が、保険料の引き上げ、また、医療費の負担の引き上げなどのために、1割負担にたえられず、利用を制限される利用者が増えてきています。一方、利用者の介護度が上がるにつれ、利用者、その家族からの事業所に対する要望、要求は高まるばかりですが、介護報酬の低さから、その要望・要求に十分応えられるだけの人員を配置する事は困難で、その分、介護に関わる職員の肉体的、精神的負担は増すばかりです。国民一人一人が住み慣れた地域で安心して暮らせるようなしくみを作り上げることが、国の政策を考える立場にある方々の仕事の基本と考えます。介護保険制度の見直し、改善を強く求めます。（福岡）

8. 介護報酬の引き上げと利用者負担の軽減と減免制度の拡充を。（福岡）

9. 診療所でデイケアを運営しております。介護度の高い方の入浴に特浴（特殊浴槽、リフト）を行っていますが、入浴加算は50単位です。在宅事業（風呂がない）や、介護してもらえる同居者がいないなどの理由でほぼ全員がデイケアで入浴されます。介護職員も2人1日中かかってしまいます。職員を増やして対応していますが、介護報酬が低いため人件費を差し引くと利益はほとんどない状態です。利用者にその負担をおわせるわけにはいきません。また、利用者によってはもう少しサービスを入れた方が自律度が高く望めると思う方もおられます、経済状態を考えるとすすめることもできません。ぜひ介護報酬を引き上げと共に利用者負担を今の1割から減らす方向で考えていただきたいと思います。（福岡）

10. 診療所レベルでも立ち入り調査、介護更新の現地調査、介護情報の公表の調査と調査におわれる年でした。それでも利用者の立場に立った介護保険制度の充実ができるのでしょうか！（福岡）

11. 介護の現場で働く仲間が、志し半ばで職場を去ったりする事が起きないよう、誇りを持って活き活きと働くことのできる介護報酬に改めてもらいたい。（福岡）

■ 法人部等

1. 介護保険制度改革について 2006年4月から軽度者は特殊寝台など介護保険制度上、福祉用具のレンタルが不可能となりました。メリットとしては、現状の福祉用具の必要性（適合確認）を見直すいい機会になったと思います。一方、介護区分のみで判断され、貸しはがしによりADLが低下した利用者様も多数見受けられました。また、介護者の介護における負荷が

増えていることも現実発生しております。今後ますます独居および高齢者が高齢者の介護を行うというケースが増えてきます。現在の認定調査においては、利用者様中心であります、今後においては、介護者の負荷の状況なども考慮した調査・認定が必要不可欠と思います。今後、医療病床数の削減において在宅での生活が必要不可欠となります。在宅での生活を今以上に支援できる体制が必要です。これからは各市町村の機能が重要になってくると思います。地域による格差がないよう、国として各都道府県および行政の状況をきちんと把握し、介護保険制度へ反映して頂きたいと思います。2.看護師・介護職員の不足について 施設事業において、看護師・介護職員がなかなか確保できず苦慮しております。募集をかけておりますが9ヶ月応募がない状況です。特に夜勤勤務がある施設については、困難をしております。このままでは施設を頼りにしている皆様へ、サービスの提供ができなくなることも考えられます。応募がこない理由としては、賃金が大きな理由であると思われます。事業側としても現在の介護報酬では、賃金を上げることができないのが現状です。在宅を支援するためには、事業主と職員が必要不可欠です。労働の対価とし安心し働ける賃金を支給するためにも、介護報酬の引き上げは必要不可欠です。ぜひ、介護報酬の引き上げをお願いしたい。また、人員配置基準の緩和についても見直しを行って頂きたい。(宮城)

2. 介護報酬の引き上げ。今後のマンパワー不足への対応を。(東京)

3. 私のところはデイサービス、訪問介護、介護タクシー、ケアマネ事業所を行っておりますが、昨年の改定により、デイサービスの基本的部分である送迎加算がなくなりました。デイサービスには送迎しなければ人は集まりません。この加算は、私どもの収入源のかなりの部分を占めていたので、一挙に経営が苦しくなりました。今回、燃料の異常な高騰により、更に苦しくなってきました。この文を、私どもの悲鳴と受け取っていただき、送迎加算の復活を運動して下さい。(山梨)

4. ゼひ介護報酬の引き上げにつながるよう、お願いします。同時に「情報公開」の手数料の見直しも検討頂きたいです。(山梨)

5. 全日本民主医療機関連合会様に同意です。(愛知)

6. 政府は「介護の社会化」の再構築に向け、緊急改善を実施せよ。(大阪)

7. 情報公表サービスの調査手数料を引き下げて下さい。(大阪)

8. 認知症のある方が人として最低限度の生活もできない状況がある。認定調査の項目・認定審査会のありように疑問をもっている。その方の介護力、経営状況等を考慮できるような特別な措置等、国も考えてほしい。また、医師のなかには介護保険制度を理解されていない方があり、指導等お願いしたい。質の良い介護を目指しているが職員を募集しても応募がない。高齢化社会を支える重要な担い手である職員の賃金や労働条件の整備は急を要する。訪問介護のヘルパー援助のできること、できないことにおいて、保険者の担当者によって指導内容が違うことがあります、援助において混乱する。居宅介護支援においても同様のことがある。(福岡)

9. 年々介護保険制度が厳しくなり、受けたいサービスが受けられない状態になっており、介護保険とは一体何だろうと思う事がある。時間の制約や内容の制約、全てにおいて機械的な部

分が多すぎて、人間対人間の関わりが薄くなってきてているように思われる。認定の結果においても矛盾を感じる事がしばしばあり、要介護の人より要支援の人の状態が悪い事が多く、判定の基準に疑問を感じる。また、医師の意見書においても細かく書かれている医師がいると思えば、明らかに利用者の状態が理解されているのかと思われる内容もあり、記入の仕方を統一してほしい。医療系のサービスばかりを重視するのもどうかと思われる。90才以上の高齢者に自立を勧めているのもおかしいと思う。介護保険を利用する人、それに携わる訪問介護、居宅支援事業所の報酬等を見直してほしい。このままでは介護職を目指す人がどんどん減少していくのではと不安を覚える。高齢化社会が進む中、保険制度全般の見直しを希望する。(福岡)

10.これまでの介護タクシーを利用し、通院していたが認定が変わってタクシーを利用出来なくなった。身体状況は変わらないので誰かに付き添ってもらいたいが金銭面もあるのでと、とても不安に思っておられる。起き上がる事が出来ずベッドを利用していたが要支援になり利用出来なくなった。介護保険料は払っているのに（楽な暮らしではないが）利用出来ないのはおかしいと思われている。(福岡)

11.費用の節減のために様々な処遇を落とさざるを得ない状況である。(福岡)

12.介護職員が安定した生活ができるよう、賃金の引き上げを行いたいが、それを可能にするためには、介護報酬の引き上げが必須です。介護報酬の大幅引き上げを要求します。とりわけ、認知症対応型共同生活介護の介護報酬で、夜間ケア加算の復活、重度化に対応した引き上げを望む。現状では、重度の方も中度、軽度もたいしてかわりないので。(千葉)

13.介護を必要とする人々のための介護保険へ制度を整備してほしいと強く感じます。(福岡)



－民医連の医療・介護再生プラン－ 介護の崩壊から「介護の社会化」の再構築へ



全日本民医連は、日本の医療・福祉の再生のために何が必要かを明らかにし、国民と医療・福祉従事者との大同団結でその実現をめざす「医療・介護制度の再生プラン」（介護再生プラン「介護の崩壊から『介護の社会化』の再構築へ）をまとめました。

「安心して老後を送りたい」はすべての高齢者・国民の願いであり、介護問題、年金をふくめた老後保障に対する国民の関心はかつてなく高まっています。

「介護再生プラン」では、自己責任を土台とした家族介護への逆戻りではなく、憲法25条に基づき、公的責任による「介護の社会化」の真の実現と、介護分野に働く職員が専門性を高め、誇りをもって働くことができる環境整備を求めるとともに、そのための財源論をふくめて提起しています。

介護保険改善・介護保障の充実に向けて、ご一緒に力をあわせましょう。



「介護の社会化」の再構築へ 民医連の提案

介護保険改善・介護保障の充実に向けて、ご一緒に力をあわせましょう

2008年3月21日
第38期第2回全日本民医連理事会

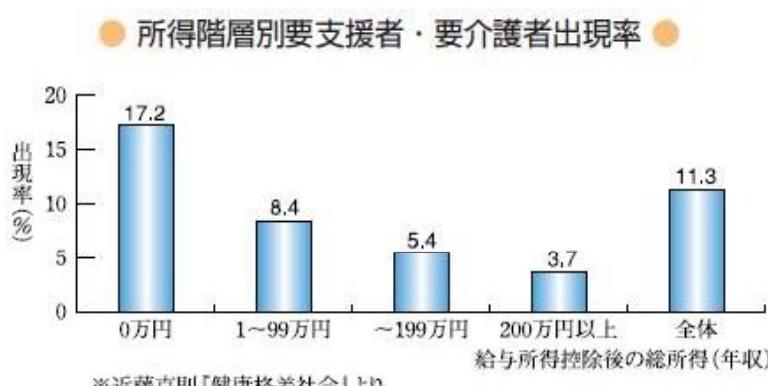
1. 介護保険の現状—いま、制度は破綻の危機に

支払い能力を超えた費用負担、徹底的な給付抑制のもとで、「介護の取り上げ」による利用者の生活困難、相次ぐ報酬引き下げによる事業所の経営難・人材難、厳しさを増す介護労働など、介護保険制度はこのままでは破綻しかねない深刻な状態に陥っています。

「こんなはずじゃなかった!!」—利用者・家族の悲痛な訴え

支払い能力を超えた費用負担がサービスの利用を困難にしています。所得が低い層ほど要介護・要支援者の比率も高く、最も介護保険サービスを必要とする層が逆に利用から排除されているのが現状です。高齢者層での貧困・格差が広がる中、「所得の格差」が「介護の格差」に直結する事態が広がっています。

福祉用具、訪問介護など軽度者のサービス利用が大幅に制限され、「病状が悪化した」「閉じこもりがちになった」など、今までの生活を継続する上で大きな支障が生じています（全日本民医連調査）。同居家族がいる場合の生活援助など、自治体が国の基準を超えて利用を制限するケースも後を絶ちません。年々高齢者が増えているにも関わらず、2006年度は介護保険スタート後はじめて年間の実利用者数が減少しました。給付の抑制が進む中、家族の介護負担も増大しています。本人の状態と判定結果との乖離など認定制度の矛盾も深刻です。



介護保険スタート時に掲げられた「介護の社会化」という理念は、あたかも最初から無かったかのように放棄され、過酷な負担増、徹底的な給付抑制がもたらす困難が利用者・家族に重くのしかかっています。

あまりにも低すぎる介護報酬—個々の事業所の経営努力では限界

相次ぐ介護報酬の引き下げは、事業所の経営を大きく圧迫しています。

2006年の報酬改定は、全体で2.4%の大幅引き下げとなりました。2003年改定(2.3%)

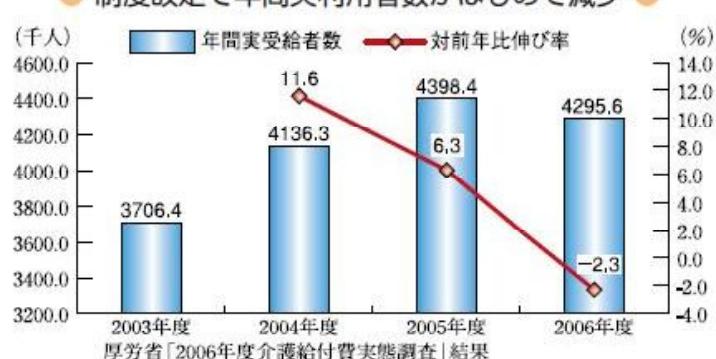
のマイナス改定)に続き、介護報酬は一度も引き上げられることなく推移しています。多くの施設・事業所では、経費とりわけ人件費について、給与の見直しや正規職員をパートに切り替えるなどギリギリまで切りつめています。しかし、こうした対応はもう限界です。

経営難のため、事業所を縮小

- ・廃止せざるを得ない事態も生じています。

あまりにも低い介護報酬が、職員の賃金・労働条件の改善を困難にし、サービスの質の向上を妨げ、在宅、施設など地域の福祉・介護の基盤を根底から揺るがしています。

●制度改定で年間実利用者数がはじめて減少●



深刻な人手不足—現在と将来の介護の担い手が大幅に減少

介護職員の不足は深刻化の一途をたどっています。「介護労働安定センター」の調査では、介護職員の離職率 20.3 % (全産業平均 16.2 %)、離職者の平均勤続年数 1 年未満が 42.5 % となっており、平均賃金は全産業の一般労働者の 6 ~ 7 割の水準にとどまっています。

「まるで官製ワーキングプア」(朝日)と報じられるほどです。6 割を超える介護福祉士の養成施設で定員割れが生じており、卒業しても介護・福祉分野の仕事を選択しない学生も増えています。学生が集まらず廃校を余儀なくされる学校も出始めています。

こうした背景に、現状の厳しい賃金・労働条件があります。このままでは、介護の担い手が減り続け、制度そのものを維持することができなくなる事態が生じかねません。

●離職率●

	全体%	正社員%	非正社員%
全産業	16.2	13.1	26.3
介護職員	20.3	21.7	27.3
ホームヘルパー		19.6	14.0

●一般労働者の男女比・平均年齢・勤続年数及び平均賃金●

	男性				女性			
	構成比	平均年齢	勤続年数	給与額*	構成比	平均年齢	勤続年数	給与額*
全産業	68.8	41.8	13.5	372.7	31.2	39.1	8.8	238.6
福祉施設	29.2	33.2	4.9	227.1	70.8	37.2	5.3	206.4
ホームヘルパー	15.2	37.6	3.9	230.6	84.8	44.7	4.5	197.0

*決まって支給する現金給与額 第45回介護給付費分科会(07年12月10日)資料

2. 介護保険の改善、介護保障の充実に向けた提案

高齢化が進む中、介護保険の改善、介護保障の充実は、「安心して老後を送りたい」というすべての高齢者・国民の願いです。介護が必要になっても、経済的な心配なく、ひとりひとりの人権が尊重され、その人にとって当たり前の生活を送ることができるよう、真に自立をささえる制度への転換が求められます。

自己責任を土台とした家族介護への逆戻りではなく、憲法 25 条に基づき、応能負担原則・必要充足原則（負担は支払能力に、給付は必要に応じて）を貫き、24 時間 365 日の生活をささえる「介護の社会化」の実現と、介護分野に働く職員がその専門性を高め、誇りをもって働くことができる環境整備が急務です。

（1）介護保険の改善を求める

緊急改善に向けた提言

現状の困難を直ちに打開するため、以下の緊急改善を求めます。

① 費用負担の軽減をはかる

保険料の段階区分をより細かく設定することにより「逆進性」を是正するとともに、施設等での居住費、食費については、低所得者の負担額を引き下げ、補足的給付を拡大することを求めます。低所得者の利用料負担は、所得に応じた負担率に変更し、第 1 段階は負担を免除すべきです。

② 介護報酬の大幅な引き上げ、改善をはかる

労働条件の改善、経営困難の打開をはかるために、介護報酬を現場の実態に見合った水準に引き上げることを求めます。加算によって事業所の「格付け」をはかる方向ではなく、基本報酬の大幅な底上げが必要です。施設の人員配置基準を 2 : 1（現行 3 : 1）に引き上げるとともに、事務負担の大幅な軽減をはかることが必要です。

③ 軽度認定者、生保受給者などに対する利用基準を見直す

訪問介護、福祉用具など軽度認定者に必要なサービスが制限されることなく保障されるよう基準の見直しが必要です。支給限度額を引き上げるとともに、がん終末期と主治医が診断した場合は、認定の手続きを経ることなく要介護 5 とし相当のサービス利用を保障すべきです。新型特養への入所など生活保護受給者に対する利用制約を改めるべきです。同居家族がいる場合の生活援助、院内介助をはじめ、利用を一律に制限する、行き過ぎた「適正化」対策の是正を求めます。

④ 必要な基盤整備に大至急着手する

待機者が 38 万にも達する特養の緊急整備を求めます。在宅生活を 24 時間支える拠点づくりが必要です。地域包括支援センターの体制強化、必要な財政支援を求めます。「地域ケア体制整備構想」は地域の実態・要求をふまえたものになるよう早急に見直すべきです。

⑤ 事業者に対する手数料負担を是正・廃止する

「介護サービス情報の公表」に係る調査・公表手数料を適切な水準に引き下げる求めます。利用者に真に役立つものとなるよう、その方法・内容を大幅に改めることが必要です。一部自治体で実施されている指定更新時の手数料徴収は即刻とりやめるべきです。

抜本的改善に向けた提言一次期制度（法）改定に際して

① 費用負担について

保険料は所得に応じた定率負担とし、低所得者への法定減免制度の創設、保険料滞納者への制裁措置や特別徴収（年金天引き）の中止を求めます。利用料は廃止すべきです。施設等での居住、食事に係る費用を保険給付に戻すべきです。

② 介護報酬について

介護報酬は、安心・安全の介護の提供、職員の給与保障と労働条件改善、事業所の安定的経営の確保をその「算定基礎」とすべきです。その視点から報酬の体系・単価全体を大幅に見直すことを求めます。

③ サービスの提供基準・体系について

個別のケアマネジメントに基づいて、必要と判断されたサービスは保険で給付することを基本とすべきです。サービスの体系・諸基準を抜本的に見直し、利用者に分かりやすく、利用しやすい制度に改善することが必要です。医療系サービスは医療保険に移すことを求めます。

④ 認定制度・支給限度額について

身体機能の評価に偏重した現行の認定システムの見直しを求めます。内容と運用全体を簡素化し、高齢者の生活を総合的に把握するしくみに改めが必要です。要介護度ごとに設定されている支給限度額は廃止すべきです。

⑤ サービス基盤の整備について

高齢者がそれぞれに最もふさわしい生活、療養の場を経済的な心配なく選択できるよう、在宅、施設について量・質両面での整備の強化を求める。地域支援事業は公費事業（一般財源）とすべきです。株主配当や利益確保を最優先する営利企業の参入を禁止します。

⑥ 介護・福祉を担う職員の確保・養成対策について

国の「人材確保指針」（社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針）が真に実効あるものとなるよう、労働環境の整備など予算措置を伴う具体的な施策を求める。介護福祉士養成制度の見直しに伴って創設された「准介護福祉士」は、現場に様々な混乱をもたらすと同時に、「安上がり」な労働力を前提とした介護体制づくりに直結するものです。早急に撤回すべきです。

(2) 介護保険にとどまらない介護保障の拡充・強化を求める

現行介護保険の改善と同時に、介護保険のみではカバーできない多様な介護問題・生活課題に対応するために、介護保険にとどまらない高齢者介護・福祉制度の拡充・強化が必要です。

福祉の最先端を歩む北欧では、収入にかかわらず、本人のニーズが何よりも優先され、社会全体で高齢者を支えるしくみを築き上げています。諸外国の理念や制度に学び、今後高齢化にふさわしい高齢者介護・福祉制度を確立していくことが求められます。

(3) 実現のためにー介護・社会保障給付費の増額を求める

日本の介護をふくむ福祉関係の支出（対 GDP 比）は、イギリスの半分以下、ドイツ、フランスの 3 分の 1、スウェーデンの 4 分の 1 にとどまっています。

高齢者福祉は、かつて全額公費でまかなわれていました。しかし、介護保険制度の下で、国の負担割合は 4 分の 1 にまで減らされています。

現行の介護保険制度は、給付を拡大すれば保険料が上がるしくみになっています。高齢者の保険料を引き上げるのではなく、介護保険に対する国の負担を大幅に増やすことが必要です。介護給付費に対する国庫負担を大幅に引き上げ、当面、現行の 25 % を 30 %（調整交付金のぞく）に増やすことが必要です。将来的には最低 5 割まで引き上げることを求めます。

これらの財源は、①医療・介護費の無駄をはぶく、②応能負担を原則に所得の高い層の保険料負担を引き上げ、大企業を中心に法人負担を引き上げる、③無駄な公共事業や軍事費を削減し社会保障に国の予算を投入する、④負担能力に応じた税制改革を行うことで確保できます。

最近、消費税を引き上げて社会保障の財源に充てようという論調があります。消費税は応益負担の税制であり、極めて逆累進性が高く、社会保障の財源として適切ではありません。消費税の税率引き上げ、福祉目的税化に反対です。

