

### 第3 意見・要望

---

#### (1) 介護保険制度全般

介護保険は基本的には大変よい制度だと思う。

よその市町村の話ですが、認定を受けていてサービス利用をまったくしていない方に面接を行い、今の時点ではサービスが必要ないという理由等を提出すれば、助成金が出るということです。サービスを今の時点で受けていなくても、担当になっていれば、定期的に面接をすべきだと思うし、いかがでしょうか。ご検討ください。

#### (2) 訪問調査・要介護認定

要介護認定が遅く、プランの作成に支障をきたすので困っている。(2件)

調査についてですが、月末頃(20~30日)に集中して多く、2月・3月・8月・9月頃に集中しているように思うのですが、平均したペースで調査が行われるとよりよい調査ができるのではないかと思います。

認定期間が短かすぎるため、状態が変わっていなくても申請調査をしなくてはならず煩わしい。

利用者や家族の方がケアマネジャーの立場をよく理解されていない。訪問調査に伺った後、担当のケアマネジャーと思いこみ、調査中希望されたことをそのまま計画をたててくれると思って待っていたり、住宅改修も改めて要介護認定が出たらお電話してくださいと申ししていたにもかかわらず待っていた方がいる。

認定が遅すぎる。遅くなったときに調査票や意見書の提出が遅れている理由を付けて文書を送付しているが、かえって混乱し、ドクターへの不信感を持ったりということが多々あります。いっそのこと何も送らないか、特に理由を付けずに、認定が少し遅くなる旨伝える程度でいいのではないのでしょうか。よくそういう苦情を耳にします。

認定結果に対する不満をよく聞く。

要介護度が1か月以上経たないと出てこない状況が多々あり、サービス利用に支障がある。要介護度に不満を持っている人が多い(前回に比べて、他の人と比べて等)。ある程度の規制は必要だと思うが、今の要介護度のランク付けは本当に必要だろうか? 実際に訪問して生活の厳しさを痛感している。1割負担もきびしい人が多い。特定の事業所や事業者を使うことを悪くみられがちだが、「いいところ」はだいたい決まってきてしまう。人対人、最後には信頼関係であるので仕方がないと思う。

申請をしてから結果が出るまで時間がかかりすぎる。中には2か月以上の人もいて、実質3か月暫定のままでやると、提供案やら利用票やら給付管理等全てスムーズに行かず、とにかくやりにくいので何とか早くできるようにしてほしい。

認定結果が遅れているため、現状のプランを継続するのに不安がある。利用者の心配が大きく、調整にも支障有り。

市に認定の申請を行ってから認定結果の通知が届くまでに時間がかかりすぎ（法律上は30日以内となっている）。翌月の利用票が暫定になったり、月末に集中して届くため、もっと迅速に認定をして業務がスムーズに行えるようにしてほしい。

訪問調査員がいろいろな意見を言われ、家族・利用者さんが混乱する。

営利目的の訪問調査員やケアマネジャーがいるところもあるが、罰則もなく野放しに近い。認定申請に時間がかかりすぎる。本来の1か月以内を守ってほしい。ケアプラン作成のスケジュールに影響する。

認定の結果が誰が行っても同じようになるとよいと思います。

要介護認定確定後の情報開示をしてほしい。

要介護認定の有効期間が6か月では短いと思います。

### (3) 介護サービス計画

家族が仕事を持っていると、会える時間が夜になってしまい、自分の勤務時間外になってしまう。自身の家庭の事情もあり、夜間の面談はできない。電話になってしまう。

アセスメントにより利用者のケアプランを作成するが、プランを作成しても家族、本人より現在は1つ又は2つのサービスでよいと言われることが多い。MDS等のアセスメントによりプランを作成しても、家族、本人の希望するサービスをプランとして作成することが多く、一人の利用者に対して数時間近くかかる。アセスメントは必要ないのではと思うことが多々ある。

利用しているサービスが合わなければ、他の事業所に変更したい等プランの変更希望が増えた。

居宅介護支援の金額が少ない。同一金額にしてほしい（介護度が軽いから調整が簡単とは言えない。要介護度が重いから調整が大変だと思うのはおかしい）。国が決めている50人では、利用者に対して良いサービスができない。月に2～3回は訪問したいが無理、35人ほどがよいと思います。

入院し、退院が決まり、ケアプランをケアマネジャーに連絡したところ、通所サービスを

他の事業所で希望したらケアプランもそこで頼むよう言われた等利用者からの訴え有り。  
一人のケアマネジャーがケアできる人数に制限があるように思う。

#### (4) 介護支援専門員の業務

ケアプランを40～50件持っている人が、認定調査もやってみえますが、非常に時間的にきびしいと思います。ケアプランがおろそかになります。皆やめていきます。

介護保険になって、何でもケアマネジャーにという傾向があるのでは。夜間でも呼び出されたり、休日でも連絡が入ったり…。利用者を主に考えているが、ケアマネの生活は誰が保障してくれるのかと思うことがあります。

事務業務が多くなり、本来の支援業務が難しい。

ケアマネジャーとしての役割はまだまだしっかり行っているとは言えない。法人や施設の都合で、私のように兼務せざるを得ない場合も少なくないと思う。高齢社会を支え、介護保険をすばらしいものにしていくには、まずケアマネジャーが本来の仕事をしっかり行うことができることが必要と考えている。

ケアマネジャーも業務多忙。市町村から次々くる資料が山積み。目を通すだけの十分な時間もないです。私のように小さい子どもが2人いてはとても残業できません。ケアマネの仕事に燃えたくてもやるが多すぎて、じっくり利用者と向き合えません。仕事をやめるしかないのでしょうか。

介護保険制度が始まって仕事の量は倍増しているのに、ケアマネにはほとんど還元(報酬)されていない。このままだと押しつぶされてしまう。

制度では居宅介護支援事業者はどこのサービス提供事業者のグループにも属さない、独立した機関であるべきである。極端に言えば、市町村に登録された独立した機関で、利用者選ばれ、市町村から委託される形が望ましいと思う。現在病院系列の複合体の利用者の囲い込み、サービスの押し売りも目に付く。ケアマネジャー、ヘルパーさん等の報酬を上げていただき、優秀な人材が介護ビジネスに入ってきてほしい。優秀な人材が集まらない産業は歴史的にみても衰退する。

ケアマネジャーの仕事とは何なのか？ 常に考えさせられることばかりです。

居宅介護支援以外の問題が発生、例えば家族が本人の年金を使い込むとか、金銭に絡む問題があった場合、ケアマネとしてどこまですべきか悩む。

(5) 他の職種との兼務

会議の参加もなく、資料の閲覧もなく、情報不足です。兼務で仕事も多忙です。資料なりともマネジャーとして携わるものに郵送していただけたら前向きに取り組めると思います。もしくは年1回なりとも一部のマネジャーだけでなく、研修を受講させてください。大変申し訳ありませんが、ケアマネを今年取得し、兼務なため、ケアマネ業務ができておりません。今後何かありましたらお知らせいたします。

(6) 事務処理上の問題

雑務が多く、利用者と接する時間の確保が難しい。半年毎の更新に関する事務的処理を簡略化してほしい。保険証の内容(情報)を交付と同時にケアマネジャーにも流してほしい。介護保険課による更新申請の管理をしてほしい。

(7) 居宅介護支援給付費・介護報酬

ケアプランの報酬が低く、一人のケアマネジャーの負担が大きい。認定期間が1年になってきていますが、手続き(更新)に必要な経費の削減として介護報酬の平等化。

(8) 利用者負担

身障者の負担が大きくなったと思う。費用負担を少なくするため、結局、家族と介護の負担は軽減されない。介護保険になり、負担が増え、これ以上増やせないのが現状。医療保険としてのデイ・ケアから介護保険としての通所リハになり、利用者の中に医療保険と介護保険を切り離した考え方が難しく、説明しても理解ができず不満が出る。医療の時より費用負担が増えたことに低所得者等不満がある様子。利用者負担が高くサービスの利用を減らす人も出てきている。

(9) 居宅サービス利用限度額

限度額を超えたサービスの必要な方が多い中、金銭的な理由でサービスを制限しなくてはならないことに困っています。限度額の引き上げが絶対に必要です。特に独居の方への対応に苦勞します。引き上げをしなければ、施設入所を希望する方が増えるばかりだと思います。

支給限度額内でのサービス利用や、一本化（これまでもショートのリバウンド等）など、本来あるべき福祉の形態が、経済的な面で抑制されている。

各家庭により介護力の違いがあるけれど、利用者本人の要介護度によってサービスの限度額が決まっている。要介護度が低いけれど、独居の方の場合、必要と思われるサービスが多数あっても、限度額内に抑さえなければならない。こういった場合、在宅生活の継続につながりにくい。

一本化になることで、今まで通所等を限度額いっぱい利用してきた人は、どのようにショートを利用するのか、プランを立てる上で悩んでいる。

限度額いっぱい利用されていた方が、一本化によって負担が増えることについてどうしたらよいのでしょうか。

一本化にともなう説明が困難。

現在の通所系サービスで単位のほとんどを利用している人が数か月に何日かのショートを希望する場合、多少の自己負担が出てしまう。一本化により、以前の利用より減少になる人（要介護度が低く、単位の少ない人）がいる。ショートが利用しづらい。

一本化で痴呆の方の要介護2・3、一番介護の手が大変な方のショート利用での（在宅と合わせて）負担が重くなった。「かえって使いづらくなった」「実質の限度額制限だ」と介護者からいわれる。一本化の説明が被保険者へ説明不足、ケアマネに説明するよういわれてもケアマネも納得できないのに説明できない。

身体状況、痴呆状況のみで介護保険限度額が決定されているため、家族の事情、独居にて介護力がなく限度額の低い要介護者は在宅生活が困難な時がある。限度額は必要であろうか。

平成14年度より、支給限度額が一本化となり、今まで通所サービスと短期入所サービスをたくさん利用されていた方が利用できなくなる。実費が3～4万円となる方もあり、困っています。

#### (10) 連携

高齢福祉課と介護保険課が同じフロアにあると便利で相談しやすいと介護者からの声がありました。

主治医の先生との連絡が難しい。

介護では、「利用者の自立に向けてよりよいサービスを考える」を基本としているが、病院では患者の自立を考えていなくて、利用者が骨折、その他で入院すると、おむつの必要の

ない人にまでおむつ使用、行動の抑制等が行われて、痴呆のある患者さんは悪化する傾向にあると気づいた利用者が2・3人います。せっかく「自宅で自立させよう」という介護の意義が入院でだめになってしまうことが残念です。医療の場でも、高齢者に対する考え方を介護と歩調を合わせるよう変えるべきと考えています。

在宅介護支援センターの活動が居宅介護支援事業者のケアマネジャーに理解ができないため、支援センター担当の校区内にある居宅介護支援事業者との連絡を取ったり、勉強会を持ったりして、理解を深めていきたい。

サービス担当者会議との名称はふさわしくない。ケアカンファレンスの方がいい。民生委員、地域の人、親戚が参加して協議する際に、ボランティアで参加している方々の居心地が悪い。

#### (11) 居宅サービス

土日の訪問介護をしてくれるところが少ない。

ショートステイを老健や特養ホームに依頼するとき、痴呆で徘徊があると拒否されることがあり困る。

ショートの日数が決まって来るが、入所先がない、見つからないのに、介護者等が入院などになった場合に行き場所がない。お産の時（介護者が出産）なども。

感染症の人の通所サービスの利用が困難なときがある。

介護報酬が低いいためか事業所側の人員が最低限であり、十分なサービスが受けられず、利用者としては預ってもらうのだからと我慢している状況が多く見受けられる。

訪問介護は家に入り込むことや、何人かが入ると事業所毎でのトラブルにも多い。研修をしっかりと行い質の向上を希望します。

#### (12) 介護保険以外の在宅サービス

介護保険の住宅改修と高齢福祉の住宅改善を一本化にしてほしい。

例えば介護タクシーみたいな通院介助や訪問リハビリが不足しているため、機能訓練指導員ができるように市の横だしサービスあるとよいのではと思います。

#### (13) 介護保険施設

要介護1・2では入所受け入れ拒否、と言えども契約という名のもと仕方なし。

在宅で困難になり入所を希望するのに、何か月も待ち状態になる。こんな時家族にとって

も困る。入所施設を増やすか、こんな時すぐ対応してくれる窓口を設置してほしい。  
家族介護が限界になっても、入所施設が足りないため入所できず、結果、社会的入院をしているケースがあります。

在宅でのサービスが思ったように増えず、施設希望が多いのはなぜか、もう少し考える必要がある。

入所待ちしている人の痴呆がひどいと断られるケースがある。痴呆の方が寝たきりの人よりも介護が大変なので、そのあたりを考慮してもらえたらと思う。

近くの施設に入所の申し込みをしたいが、在宅サービスを他で利用しているため断られた。病院退院後の在宅復帰が色々な理由で困難な場合、入所施設が不足している。経済的に問題のない場合は選択肢があるが、経済的に困難な場合のプランが進まないの困る。

特養入所がいつできるのか目途がたたず、困っている利用者がある。経済的ゆとりがなく、痴呆の要介護者を家において仕事に行かなければならない家庭がある。

本当に入所が必要な場合を優先して考えてくださる施設が少ない。申し込み順に入所してもらおうといわれるが、施設によって優先を受けている人がいると思われる。

#### (14) 居宅サービスを提供している事業者の問題点

採算性を最重要視する環境、事業所としての基本的な事項の整備の遅れに困っている。

サービスを拒否する事業者が増えていると思います。入所にしても、通所・訪問にしても、手間のかかる方、苦情の多い方は、「いやなら他へどうぞ」と簡単にふれる。事業所が患者を選べるようになっていきます。そういう方はたらい回しです。

訪問サービスが社協へ流れ（認定利用者の情報）、民間事業者からなぜ我々の方に情報が入ってこないのだと問われる。

ケアマネももちろんであるが、サービス事業者の質が問われていると思う。忙しすぎて、最低限のことですらやろうとすればするほど、自分の生活や人間性が失われていく。燃え尽きるのも時間の問題です。事業者もケアマネの業務を把握し、連携をとるべきと思われるのに提供票を作る事務屋とっておられるかのような所もある。ショートステイの予約を何か月も後の分まで取られている事業所があり、利用したくても満床でできず、キャンセル待ちとなる。予約方法について統一を希望します。

#### (15) 広報・啓発

介護保険制度を多くの利用者がまだ理解されていない。

ヘルパーさんをお手伝いさんと勘違いされている利用者に介護保険制度を理解してもらうことが大変である。

来年1月からのショートステイ一本化を利用者にどのように納得していただくか。行政の方でも積極的な働きかけで被保険者にPRしてほしい。

介護保険制度の理解ができない人が多数みえます。独居の方、身内がない方の対応にはずいぶん時間が必要です。介護保険課の協力で助かっています。

制度を理解されていない方が多い。その説明をはじめて顔を合わす私たちがした。でもあ  
る人はこういったことへの拒絶があり、パンフレット等の作成、市広報等での周知をお願い  
したいです。

障害・福祉制度の細やかな情報がないため、年金、障害手帳、助成、給付金について利用  
者にアドバイスできない。

書類を郵送されるのみで高齢者は理解してみえない。

介護保険制度を理解していないサービス事業者や民間の福祉用具関係者があるので困る。  
一般の人にはわかりにくいんじゃないかと思う。

#### (16) その他

痴呆老人を抱えた家族、退院したくても家族の受け入れがむずかしい社会的入院。在宅介  
護支援センター、保健所は何をすところ？ 何をしてくれる？ 行政の窓口が変わっただ  
けで期待できるものは何もない。介護保険課の対応のまずさ。傲慢。

困難事例等は社会福祉協議会等が実施してくれるとよい。

岐阜市が利用者に依頼したアンケート調査が詳細すぎる、もしくは難しいとのことで内容  
についての問い合わせが多く困っています。

高齢者へのアンケートの答えは、決して理解していないことをわかっていただきたい。