

別紙資料①

その他の業務の内容

(居宅)

(ア)居宅介護支援の業務に関する内容(毎月定期的に行なわれるもの)

利用票や提供票の作成(サービス利用に向けた調整が毎月必要なケースも多い)

提供票の交付及び事業所との情報交換

法人や事業所での業務会議と伝達・研修等

事業所内で実施されるケース検討会議への参加(他の介護支援専門員のケース)

毎日行なわれる事業所内での朝礼及び就業前の申し送りへの参加

介護認定区分の新規及び更新・区分変更の申請代行業務(利用者宅・市役所への移動も含む)

(イ)居宅介護支援の業務に関する内容(毎月ではなく不定期に行なわれるもの)

住宅改修、福祉用具購入のための申請や業者との打ち合わせと理由書の作成

利用者の状態急変時の訪問及びサービス機関との連絡調整

利用者の入退院時等のサービス機関への報告と休止及び開始時の連絡調整

認知症加算、特定事業所集中減算等の根拠資料の整備や取りまとめ

利用事業所の選定、調整に向けた見学調整及び見学の同行

施設入所の為の情報収集や家族への説明、見学、意見書作成(特養申請)など。

地域で行なわれる会議や委員会、集会(例:介護教室)への参加

(ウ)居宅介護支援の業務に関係しない内容

居宅介護事業所の管理者としての業務(勤務調整や実績の整理・報告)

法人母体組織への報告書類の作成や会議・面接

同じ施設内でのほかの部署の手伝い(送迎、バイタル報告、利用料の徴収)

併設施設での食事介助、退所前、退所後訪問の実施

入院、外来患者の相談業務、入院患者への病状説明の同席など

別紙資料②

業務負担が拡大する要因 (居宅)

利用者対応のため発生する事項

- ・訪問時の移動（移動に片道1時間ほどかかる地域や車道の整備がされていない地域）
- ・介護者の無理解（約束した時間に不在で再訪問になったり、伝えた事でも再三尋ねてくる）
- ・離島では介護予防支援の委託件数が無制限の為、担当数が限界を超えていても依頼が来る。
- ・相談対応から居宅介護支援（給付管理）に結びつかない場合も多く時間を取られる。
- ・休日でもトラブルや問い合わせがあり、対応するための連絡・調整を行う
- ・急な退院が事前連絡なしに行なわれて、緊急な対応を求められる場合
- ・関係者の理解不足（サービスの誘導や連絡なしでの利用変更）
- ・困難事例の対応の場合には訪問回数が増えてしまう
- ・利用者だけでなく家族への支援や相談が必要な場合（経済的問題や家族間の人間関係）
- ・施設探し（施設入所を緊急に希望される方が多い）
- ・相談があり、自宅訪問、書類の作成、関係機関と連携を図り、会議も実施した後、状態変化でサービスにつながらなかった時など、収入が全く入らないが対応は新規と同じだけかかる
- ・不定愁訴や不安を抱えている利用者の相談、介護不安・ストレスを抱えているご家族の相談
- ・長時間の電話対応。特に勤務時間外の家族からの電話。家族への支援にかかる時間が大きい。
- ・利用者の体調や環境の変化に伴うプランの変更、独居の方からの頻回の電話や対応
- ・入院した利用者の状況確認。収入とはならないが必要なため行なっている
- ・入院時の調整や話し合い、在宅に戻れない方と病院側はこちらに施設探しを丸投げしてくる
- ・入院時など、家族が関東等にしかいない場合、受診に付き添ったら家族が来るまで帰られたら困ると病院から言われ、一晩病院から帰れなかった。介護支援専門員は家族ではない仕事でやっているのに国も地域もボランティア精神を平気な顔して言っている。。

制度全般に関する事項

- ・介護関係のアンケート調査依頼（特に大学関係などあきらかに卒論目的で説明不足）
- ・書類の整備が最も負担大。実地指導の度に県の言う事が変わり書類様式を変更している
- ・新規件数が続いた時（多い時で1か月で新規が4件から5件の時もある）
- ・認定結果が遅いため、その為で暫定プランを作り、結果がでたら再度計画を作るので二度手間
- ・休みの日も電話対応の連絡が入るのでゆっくり休養できない。
- ・利用者や家族の都合に合わせると訪問が時間外勤務になるときがある。
- ・机上の仕事が多すぎる。利用者との関わりの時間を作るため業務時間を超過してしまう
- ・事業所から24時間体制を指示されているが休日や夜中に電話がかかることもある。

別紙資料③

今後居宅介護支援事業所で勤務を継続する為には

- ・ 24時間体制は疑問。居宅介護支援に24時間体制は不要では。
- ・ 医療との連携。相互理解が必要である。
- ・ 困難事例は複数のケアマネで担当できるような余裕がほしい。複数で判断したい。
- ・ 介護支援専門員の位置づけと明確化すること。
- ・ 介護支援専門員を準公務員としての身分、給与の保障
- ・ 介護報酬の改善（プラン料）。
- ・ 介護保険制度自体の改善
- ・ 保険者が求める内容の事務を全ケースにやっていたらとてもやっていけない。
- ・ 休日でもサービス調整等で連絡が入ることが多くゆっくり休めることが少ない。
- ・ 居宅以外の事業所がケアマネ業務を理解すること
- ・ 居宅介護支援費、加算等の報酬を増やす
- ・ 居宅サービス計画（作成）における介護報酬の引き上げ
- ・ 記録の軽減
- ・ 国や行政からの居宅介護支援事業所への資金的援助
- ・ ケアマネジメントの重要性の国の理解（特に審議会の委員）
- ・ ケアマネの仕事の明確化。このままだと何でも屋になる。
- ・ 現場で困っている些細な事でも気軽に相談できるところがほしい
- ・ サブがいると休みの日に対応しなくてもよくなると思う。
- ・ 事務、書類、担当者会議等をなくす、減らす。
- ・ 書類の簡略化、標準化
- ・ だれかに認めてもらえること
- ・ 担当人数の改正、減らしてほしい。（介護報酬の改定）
- ・ 能力・経験・知識
- ・ 幅広いサービス情報
- ・ 本人の意識
- ・ 利用者・家族が主人公だと言う事を事業主にもっと理解してほしい
- ・ 利用者及びその家族の介護保険制度の理解
- ・ 利用者様と関わる時間がほしいが、記録時間にとられる。

別紙資料④

今後の報酬改定についての意見要望（居宅介護支援）

介護報酬の単価について

- ・報酬が安い。人件費と釣り合いが取れない。
- ・この仕事が安心して続けられる報酬改定であってほしい
- ・大幅に報酬を上げて給料に反映してもらわないとよい人材が育っていきません。看護師の資格がありますが、給与面を考えると介護支援専門員の仕事自体は好きですが、やめようと思うことが度々あります。
- ・介護支援専門員として、入院より在宅復帰支援に向けてカンファレンス等参加しますが、退院までに数回参加することがあります。退院して在宅生活支援が開始できなければ何も請求ができない。カンファレンス等参加したことに対して、請求単価が設定できないものではないでしょうか。難病や重度介護者は何度も訪問することが多い。
- ・介護サービスの増大が介護保険の危機と呼ばれる中、ケアマネの質が大きな問題とも言われている。現在の居宅支援事業所の設置の母体が併設型が多いのが一番の問題ではないか？単独で経営できる報酬が得られるのであれば、中立性が保たれ、無駄なサービス導入につながりにくいのではないかと思う。
- ・業務に見合った報酬改定を期待する
- ・報酬を見る限りでは評価が低いと思う。有資格者なのにそれに応じた評価が必要。他の資格を持っているので進路を考える
- ・件数に対しての報酬が低いと思う。
- ・区分変更中でサービス担当者会議に参加し、時間を要した利用者でも自分の担当で実績がないと請求ができない。労働時間に見合った報酬があってもよいのではないか。
- ・住宅改修に対する介護支援専門員の負担が大きいですが、報酬がない（地域によっては自治体で出されているが）ことに對しきちんとした報酬の設定をしてほしい。
- ・介護予防給付費が介護給付費より低すぎる。利用者のプラン作成をしても実績がないと居宅介護支援費を算定できない。
- ・住宅改修だけの利用の方が多数います。ケアプラン作成することができず業務だけが多く負担が大きいです。住宅改修の月だけでも報酬として（介護サービス計画費）あげてほしい。
- ・介護予防報酬が低すぎます。居宅介護と同等にして頂きたい（業務内容は変わりません。）多忙です。
- ・居宅支援費が安い。
- ・報酬改定より、独立型居宅事業所として継続できるのかが心配です。
- ・実際に関わり、相談などを受けていてもサービス利用ができなければ請求できない状況がむなし。時間のかかる住宅改修や理由書作成においても、報酬がいただけていないのが悲しくケアマネの意欲低下になっているように思えるので改善をお願いしたい。
- ・介護4、5の方が、在宅家でサービスをフルに活用しご本人、ご家族に負担なく生活しようとすると、福祉用具、訪問看護、ショート、通所、限度額が足りない場合が多いです。

居宅介護支援費の1割負担について

- ・地域加算が市町村合併により現状と違う。居宅介護支援費を利用者負担にしないで欲しい。利用者は払っているという権利意識が強くなっておりなぜ望むように計画してくれないかと言う。介護保険料が上がる説明が納得してもらえない。
- ・居宅介護支援費の利用者負担はやめてほしいです。
- ・居宅介護支援費の利用者負担は反対。便利屋になりかねない
- ・利用者負担が増大しないように願う。夜間帯のサービスが少ない
- ・利用時間に制限のある他のサービスと居宅支援は大きく異なる性格をしており、また利用者の状況によっても大きくかわり必要があるときとそうでない通常の関わりの月とがあり、居宅サービス費を利用者に負担させることに当たっては内容が不明瞭であるとの指摘を受けかねない。これを明確に細分化しようとする専門職としての必要な見解からの動きが取れなくなり、利用者の一方向的な要求に基づく行動しかとれなくなると思われる。居宅のサービス費は現行の国保連からの支給が望ましいと考えます。報酬量については居宅の経営が現行では成り立たない
- ・ケアプランに係る利用者負担の導入は中止して欲しい
- ・居宅支援料の一部を利用者負担に反対
- ・居宅介護支援費の利用者負担は反対。1割負担でも利用できないサービスを求められる。利用者・事業所両者の思いが上手くまとめられなくなる
- ・ケアプランの有料化はない方がいいと思う。状態に応じてサービスを利用しない人もいる。そういう人でもプラン料が発生するのはいかかと思う。もしプラン料が発生するのであれば、利用者負担（サービス利用分）と保険料負担をなしにしてもらいたい。また現在介護保険給付対象になっている医療系のサービスが医療保険で利用できるようになれば、ヘルパーさんなど、自宅で生活するための支援がもっと受けられ在宅生活の継続ができるのではないかな。
- ・公正中立な職種であり続けるのなら、居宅介護支援(予防含む)関連のサービス利用の利用者負担は不要であり、負担させるべきではない。
- ・居宅介護支援に対して1割負担をご利用者に義務付けることはやめてほしい。
- ・居宅介護支援に対して1割負担をご利用者に義務付けることはやめてほしい。

その他

- ・要支援は月単位請求、要介護は利用回数計算に矛盾を感じる。施設利用と在宅利用も同じ矛盾を感じる。
- ・所得に応じた段階のあるサービスを提供したい。今は最低限のサービスで高所得者のは我慢させている。もっと民間の活力や大胆な発想で行っていきけるような規制緩和をしていただきたい。
- ・介護職員の給料に結びつくような改定をしなければ介護の現場の質は向上しません。特に訪問介護料の値上げを望みます。加算では追いつきません。事業所が独立して成り立つよう考えてください
- ・担当者会議にも参加者には交通費と会議の時間に見合った料金を算定すべきです。
- ・訪問介護について①介護タクシー事業部と②一般の在宅での訪問介護。生活支援上自宅での身体・生活援助と約2時間空けなくてはいけないというルールは実際の生活に副っていない。①→②の場合、②が初動が算定できず、苦慮することが多い。①通院時間も集中し、時間の感覚を設けるのは困難。①で統一した介護へ変更できるクライアントばかりではない。何年も親しんだ事業所を変更する危惧もある。認知症、精神疾患等、①②が連携、協力できる実生活に即したサービスであってほしい。

-
- ・委託件数の上限がない為厳しい業務を強いられる。委託費も基準の90パーセントしか支払われない。全国の離島等へき地の状況を知りたい。

 - ・書類作成に大変時間がかかり、訪問したいときにも必ず書類作成がついてくることで、支障をきたすことがあります。医師へ書面にて情報提供を求めるも簡単な情報しか頂けずケアプラン作成に困ることが多いです。

 - ・加算が大きすぎる。また要件が厳しかったり曖昧で良く解らないので結局加算せずに済ませる。介護支援専門員が信用されていないのか？と思う事がある。色々な証明書や署名・捺印の多さ、作成書類の多さなどなど…。それらは利用者の負担になることもあるので少し考えてほしい。

 - ・訪問介護の要支援は身体と生活の区別がないので不公平に感じる。訪問介護の要支援の方の医療費控除が要介護の方に比べ基準が甘く不公平に感じる。

 - ・地域単位の支援を進めているが、個人情報、何かあった時の責任の所在等壁が多い。

 - ・予防給付から担当しており、介護給付となっても継続で担当する場合、新規扱いとなるのは分かるが、(初回)新規加算を算定するのは本当に新規の方と同等の算定となるのは、業務量が大幅に違いすぎる。軽度者(支援1から介護3くらい)こそ月に何度も何度も訪問、調整しなければなら重度者の方を置き去りにしているようである。重度の方からの報酬が多いのが(介護度のみで判断されること)納得できない退院退所加算には本当に時間を要す。もっと加算があってもいいと思う。

 - ・訪問介護報酬が低すぎます。1日中走り回って活動しているヘルパーさんが泣いています。(事業所が赤字)

 - ・サービス付高齢者住宅が目玉といわれますが、県内の事業者は入居条件に併設の事業所の利用を強制しています。このままでは、国公認の囲い込みサービスとなり、利用者の選択も、利用者に適したサービス利用もできなくなります。ケアマネジメント以前に介護保険が崩壊しそうです。
-

別紙資料⑤

1. その他の業務（施設介護支援）

- ・ 兼務職種としての業務
- ・ 利用料請求事務
- ・ 入退院の調整（受け入れ準備や医療機関からの情報収集）
- ・ ショートステイ入退所送迎
- ・ 外来や入院者の病院、付添対応

2. 施設の介護支援専門員の業務負担がもっとも多くなるその他の原因

- ・ 業務外の雑務が多い（施設の営繕や兼務の介護看護業務）
- ・ 施設や法人内での会議
- ・ 介護職員の数が足りないため、専任であるが受診付添い等ケアマネ業務外の事をしている。
- ・ 施設行事への参加もするため、ケアマネジメント業務をする時間が少なく平均4時間以下である（日中）
- ・ 兼務していないが食事介助やコール対応、リスク対応検討等で忙しい
- ・ 管理職としての業務（人事や勤務表作成、職員への指示など）
- ・ 請求事務
- ・ 通院・病院付添
- ・ 入居者の相談、雑談等
- ・ 各種委員会の招集と参加（リスク対応・給食・苦情処理・身体拘束廃止など）

3. 今後施設で介護支援事業所で勤務を継続する為には

- ・ 人員配置の問題、兼務が可能で100人まで1人という人員の基準の改善。
- ・ 介護職員も足りない。兼務ではないが介護業務の応援に入らないと人手が足りない。
- ・ 対象外の仕事が多い。利用者もケアマネを介護員と認識しなんでも頼まれる
- ・ ケアマネジメントできる業務時間の確保
- ・ 施設の職員全体がケアマネジメントに関する意識が足りずお任せ状態
- ・ 介護職との兼務でケアマネを行う時間数が足りず、ケアマネ業務を行うにはサービスでの時間外勤務になっている。できれば兼務をなくしてほしい。
- ・ 退職者や病欠者があると介護職などの補充となりサービス計画作成等は休日出勤になる。
- ・ 医療、介護に関する施設、医院の密接な絆が希薄
- ・ 経営者や上司の理解が低い。ケアマネジメントの必要性の理解が低いというより知らない。

別紙資料⑥

今後の報酬改定についての意見要望（施設介護支援）

- ・ 居宅のケアマネ業務については分かりません。GHのケアマネですが、早出、日勤、遅出、夜勤としっかり毎日の勤務表に組み込まれており、ケアプラン作成に関する業務は夜勤の間、あるいは出勤前後の自分の時間を利用してほぼサービス残業状態です。会議、アセスメント、モニタリングと9名分の書類作成（記録を含めて）についてはほぼ残業という形です。しっかりケアマネとしての業務を果たせというならば、ケアマネ業務を仕事時間内に済ませることができるとの人員確保、人員を雇えるだけの人件費がほしいところだと思います。一日現場の介護を行って、そのあと自分の休みの時間を使ってケアマネ業務を行うことはとても負担になっています。モチベーションも下がりっぱなしです。
- ・ 仕事量の割には介護報酬が少ないように感じます。
- ・ グループホームに勤務するにあたってケアプラン作成は家に持ち帰り、しなければいけない現状です。
- ・ ケアマネの意見書作成にも時間を要している。特養入所の為ですが報酬算定できないか。ケースにより記録にかなりの時間を要しているが記録の効率化か介護給付アップか検討してほしい
- ・ 例えばホームに入って介護度が下がった方がいざしあればホームに介護報酬などの検討を願いたい。介護職員の所得をもっと上げてやりたい。
- ・ 施設定員100未満であってもケアマネは他の職との兼務はできないと決めて欲しい。社会福祉士のいる施設は加算をつけて欲しい（専門的な業務を行なっている）。種類が多すぎる。要介護の寝たきりの方で必要ない場合もあるので身障者手帳のように更新不要のケースがあってもいいと思う。経費の無駄。効率悪い。
- ・ 医療と介護の連携、医院間の連携が重視されます。そのためには双方が尊重しあいながらの情報交換が不可欠。医療側による介護保険制度の学習、従事者の資格、内容、施設の特色などの学習不足が、現場で利用者の自立支援を損なっている。地域密着型の原則は生かしながらも利用者のケースによっては特例を認めるような対策を希望します。
- ・ ケアマネジャーの給料が仕事量に対し、少ないと思います。勤務時間外の対応（電話含む）が多くそれを賃金として加算する事業所とそうでない事業所があるので統一してほしいです。
- ・ 応能負担で所得の多い方からはより多く費用を取ってほしい。ケアプランの作成料も利用の有無にかかわらず、きちんとプラン作成事業所に入るようにしてほしい。
- ・ 介護支援専門員が必要であること、アセスメント、ケアプラン作成などに時間を要することなど理解されているが、施設に財政能力がないと専従で置くことは難しい。介護支援専門員は兼務できないと思います。より良いケアを目指すとなれば、それなりの人員を確保すべきです。そのためには報酬の引き上げだと思います。