

介護保険制度改定に関するアンケート 自由記載内容

《問1》について

1. 軽度の認定となった場合、利用者・家族は納得ができずに区分変更申請を行うこととなるでしょう。保険者は対応するのに大変になると思います。
2. 介護保険の利用により食生活・身体状況を維持することが可能になっている利用者・家族の健全な生活が困難になり、介護保険制度実施前の危険な生活に戻りつつあるということも考えられるのでは？
3. 今まで介護保険サービスを受けていた方が、受けられなくなるということで、一気に在宅での家族等による介護が増えると同時に必要になり、本人の状態悪化を早めることは明確。家族の介護疲れにより家庭内の虐待が増加する要素を含んでいる。
4. 栄養状態が悪くなってしまうかもしれないので、注意が必要かと思います。（特に家族の介護負担増加について）常時介護が必要でない方についても、どこかで介護が必要な方であるはずなので、これを家族に（食事介助とか）行わせ続けるのは厳しいと思います。
5. 介護度のアップ・介護保険の赤字増加
6. 現状生じているような再申請での要介護認定を求める利用者が増え、より介護保険が破たん方向へいくのではないか。
7. 介護保険制度自体、目的が到達されない。
8. 軽度の状態をできるだけ維持させるということができなくなることで、結果的には重度者の増加が加速するのでは。
9. 介護従事者の離職増・失業・収入減
10. 自立ではなく認定の結果【軽度】となった方を介護保険から除外する根拠がわからない。介護の必要性はあり、地域支援事業・インフォーマルサービスが整備された後、対象をしぼるべきでは。
11. 在宅生活継続困難な方が多くなるのは目に見えています。
12. 事業所の収入が減ることで、ヘルパーの仕事が無くなり失業者が増える。小規模事業所はつぶれてしまうのでは？
13. 地域での支え合いがほとんどない状況では難しい。
14. 要介護状態の悪化・そのため在宅生活が困難になる恐れがある。
15. 軽度認定の方でも人によっては異なると思いますが、要支援の方の自立を考え訪問サービスの必要性はないと感じます。サービスを一緒に行うことは難しいです。
16. 在宅生活継続の困難・家族の介護負担増加・身体状況悪化が特に考えられます。せつかくの予防給付を生かせるような動きが必要ではないでしょうか？
17. 今まで自立支援に向け訪問介護も生活リズムの1つとして関わっていた利用者よりその部分を取り除くことは状況（身体的・精神的）悪化が考えられる。
18. 軽度認定の方の中には積極的に介護サービスを取り入れて機能低下の予防に取り組んでいる人もおり、地域支援事業に移行した場合に、十分な生活支援ができるのか疑問。
19. 要支援者に関しては少なからず、介護保険サービスを利用せずとも生活が出来ているケースを現場で感じております。しかしながら中には介護保険サービスを利用することによって、生活環境が良くなるケースもあるので難しいところでは。経済的な問題も避けては通れないところでは。
20. 精神状態が悪化する。
21. 軽度者であっても介護保険のサービスを利用しながら介護度が悪化せず在宅生活を継続している人が多

- いと考えられる。介護保険を外し同様な支援は何があるのか具体的なものが見えない。
22. 今介護を受けているから現状維持、もしくは身体状況の悪化を防ぐことが出来ている利用者は多いと思う。就労している同居家族やろうろう介護も多い中で軽度者と言えど身体状況が悪く外出の頻度が減ってしまうことが更なる状況っかにつながり、保険対象外になることが望ましいとは思わない。
 23. 家族の負担も考えられるが、本人の身体状況が悪化すると思われる。
 24. 特に独居で。身内が遠いいない利用者で何とか家事や外出が出来ている状態でデイサービスなどを利用する事で、現状維持が出来ていた人は、状態悪化が目に見えている。また、利用できていたものが利用できなくなることに對するはんぱつもかんがえられる。
 25. 家族の介護負担が増加する。身体状況が悪化するは確実。全ての介護認定者というわけではないが、そもそも要介護認定自体にばらつきがあり、生活環境支援体制などがまったく違う中で、軽度認定と言うくくりだけでサービスに大きな違いが出ることは理解できない。
 26. 予防の通所サービスがあることで、日ごろ一人置いて出かけることがままならない家族が、預かってもらっている時間は、自分のことやたまっている家事ができる。家にいることで、家事の支度などのほかに、ストレスがたまることがある。家にこもってしまうことで身体状況が悪化することもある。
 27. 自立支援、在宅支援と言う観点から考えても、在宅での独居と言うことが困難になると思う。
 28. セーフティーネットにかからない方が増加することで利用者家族のみならず、大きな社会問題を引き起こすことになる。
 29. ヘルパーが援助に入ることによって活気が出る事が多々ある。
 30. 必要なサービスを利用することが出来なくなれば、在宅生活の継続が困難になると共に、事業所の収入が激減することが予想される。
 31. 高齢者介護予防事業デイサービスに参加でき自立した日常生活が継続できる。
 32. 高齢者の身体状況の変化は著しく、予防（要支援ⅠⅡ）や要介護Ⅰを軽度者と決め付けるのはとても危険な発想。
 33. 味気ない配食サービスで食欲低下となり、体力低下 新たな疾病が予測される。
 34. 現在サービスを利用され生活している人が対象外になれば（打ち切り）たちまち在宅生活が困難になってしまう。
 35. 地域支援事業や配食などは、経済的に余裕がある人は利用可能だが、介護保険に比べ出費が多くなり使い得ない人が出る。
 36. サービス利用が制限されるため、閉じこもりによる、家族の精神的ストレスが本人にも伝わり、本人も行くところがなくなったり、身体が動かせない状態が出て、良い方向には行かない
 37. 本人の負担（精神・肉体）が増える。
 38. 今後介護保険制度に対する疑念が増加する。
 39. 軽度認定の方の金銭的負担が増え生活困窮に陥るのではないか。
 40. 閉じこもりや引きこもりが増えることが懸念され、結果的に家族の負担が増える。
 41. 軽度者でも必要な場合ある。慎重に対応せよ。
 42. 介護保険趣旨でもある、住み慣れた町でその人らしい生活が失われるのではないか。
 43. ごみの山の中での生活となり、とても人間が暮らせるような住まいではなくなると思います。生きる力もなくなり認知症も増えると思います。
 44. 軽度認定の方への福祉サービスにインフォーマルなサービスを当てにするのはきちんと定期的にサービスが提供されるか大変疑問が有り、又、身体機能低下予防につながるような専門的サービスが提供されなくなる。

45. 今の利用者を見ると、介護なしの生活は考えられない。
46. 現状まで位置付けされた内容が困難になる等は、戸惑う原因となる。
47. 介護者の負担が大きくなる。介護者の介入が無いところで困る人が増える。
48. 介護保険対象外となった場合の介護プランがしっかり構築されていけばよいと考えます。
49. 必要なサービスを保険外サービスに求めるようになるため、利用者の経済的負担が増す。要介護状態の悪化、ひいては保険財政を圧迫する恐れがある。ケアマネの関わりやサービス利用のタイミングが遅くなるため、虐待などが深刻化したところでの発見や手遅れといった事態が増えることが予測される。
50. 一人暮らしの高齢者には不安が残ると思う。高齢者や家族の立場に立って相談を受け、必要な保険・福祉サービスがうけられるように、行政機関やサービス提供機関などの事業所を必要としている人にとっては、軽度認定も重度認定も立場的には同じ気持ちだと思います。
51. 公的あるいは、医療側の相談窓口等がパンクする。
52. 対象外になった際の受け皿(地域支援事業・インフォーマルサービス)の整備が追いつかない。もしくは成されないことが予測される。
53. 軽度者の方についてリハビリ目的の方とヘルパー利用による家事援助の方がいます(両方必要な方もいる)むしろ軽度の方のほうが家事の援助を望んでいると思います。持続可能な介護保険制度を継続するには、地域支援事業のような再編も今後必要になってくる時代がくると思います。しかし訪問介護事業所への影響や利用者の負担が増えれば、利用しないで我慢する方が増えると思います。
54. 認知症の方であれば関わる人が減ることで症状の進行も考えられる。
55. 現在予防のデイサービス・デイケアに通うことでADL維持が図られている方も多いため、軽度の方を介護保険対象外にするのであれば、日中の筋力トレーニングプログラムや、レクリエーションの場を増やす必要がある。しかもADL・体力に応じて参加しやすいプログラムが必要。
56. ほんの少しの支えがあることで、在宅生活が可能になっている場合が多く、積極的にリハビリにも取り組んで老化を予防することにもなるので、長い目で見ると介護保険の対象から外すことには反対です。
57. 本人の金銭的負担がおおきくなる。
58. 身体状況について、急激に悪化はしないと思いますが、ゆるやかに悪い方向へ進んでいってしまうと思います。
59. デイサービスなど、いろんな方との交流の機会がなくなり、外に出る回数も減ってしまい自宅での生活が長くなり、本来のその人なりの生活ができなくなっていく可能性がある。
60. 緊急時の対応が難しい。
61. 地域のボランティアで機能するはずはありません。ボランティアとは・・・という教育からスタートしなければ日本は宗教教育がなされていないので、ボランティア精神が根付いていないので危険です。
62. 職員の報酬に反映されず且つ職員カット。
63. 家族負担増加→退職し介護に専念する家族も多くなる。
64. 生活保護の方等、経済的に困窮している方々の在宅生活維持がままならなくなる。独居・高齢化率の高い団地等では生活困難者が増え、地域包括支援センターが相談業務のみで立ち行かなくなる。施設入所の需要が増え入所が困難になると共に、施設への介護給付が増大し施設を多く抱える自治体の財政が圧迫される。
65. 独居で配食をとらない人など、人と話すことがなくなり認知症になったりすすんでしまったりするのではないかと。
66. 軽度者に給付するために、重度者の給付を制限するべきです。医療の肩代わりを外す。
67. 週2回程度の訪問サービスにおいて、買い物や掃除の支援を受けることで在宅生活が継続されている方々

は、家族や地域の方の支援が不可欠となりその支援も難しい場合は在宅生活不可能となる恐れがあります。介護員の訪問により、身体状況の変化をいち早く気づくことで、身体状況の悪化を予防することも出来なくなります。

68. グループホームでの生活が維持できなくなる可能性がある。
69. 軽度認定の方の環境によると思う。対象外になったら困る方は出るはずなので、いつも制度を変えてから戸惑うことが多いので対象外にするならするで、ではその中の困難になることをどうするのか決めてからにしてほしい。
70. 自助努力を利用者さんご自身が背負う状況になってしまう。
71. 対象外になった際の受け皿（地域支援事業・インフォーマル）の整備が追いつかない。若しくはなされないことが予測される。
72. 一人暮らしの高齢者には不安が残ると思う。高齢者や家族の立場に立って相談を受け、必要な保健・福祉サービスが受けられるように行政機関やサービス提供機関などの、事業所を必要としている人にとっては、軽度認定も重度認定も立場的には同じ気持ちだと思います。
73. 公的あるいは医療側の相談窓口等がパンクする。
74. 必要なサービスを保険外サービスに求めるようになるため、利用者の経済的負担が増す。
75. 要介護状態の悪化、ひいては保険財政を圧迫する恐れがある。
76. ケアマネージャーの関わりやサービス利用のタイミングが遅くなるため、虐待などが深刻化したところでの発見や、手遅れといった事態が増えることが予測される。
77. 不安が強くなり関係機関にたくさん、電話での相談が増える。
78. 介護認定の時にどうみても「1」ではなく「2～3」位と思われる方が「1」になるケースも有る中で軽度とひとくくりでみられ、保険対象外となることも出てくるわけで、多々問題も発生し本人・家族にとっても結局不利益を与えることになると思われる。逆に自分でできることでもお手伝いさん代わりに利用する人もいと聞くので、要支援などは条件付き利用でよいかもしれない。
79. 現在、サービスを受けることにより安心した生活を送れている方々が大変困るので単に軽度者として、限定するのではなく全体として保険給付の対象外にすべきものと考えべき。
80. 事業所の仕事が減ることにより、訪問介護員が辞めざるを得ない。
81. 要支援をつくったばかりなのに、また対象外にするのか？軽度の方こそ介護度が進まないように保護すべきではないか。
82. どこまでを軽度とするのか？軽度が重度になった場合、すぐに対象内になれるのか？
83. 31：老老介護・独居高齢者は今でも不安を抱えている。軽度の方には本当に必要なことは作業的介護より気持ちを支えること。
84. 要支援の方の生活援助は終了でいいと思うが、デイ等への参加は継続が必要と思う。
85. 現在提供しているサービスによって、利用者本人の「できること」が「やらない」ことになる傾向がみられる。しかしなかには買物同行により自炊生活を続けられる良いケースもあるので一概には言えない。
86. 反面、自分でできるだけ「やるんだ、やらなきゃだめだ」という気持ちでADLが落ちていく速度が緩やかに保てるのかもしれない。
87. 介護保険を使えなくなったから方のクレーム対応に追われる。

《問2》について

1. ひとりひとりにあったサービスの提供ができない。
2. 個々の状態に応じたサービス提供が出来なくなる。それぞれのサービスに対して専門性の高いスタッフが減る。
3. 受け入れの体制が整っていない。
4. メリットが見えない。
5. 介護度の重い方には制限が生じるのでは。単位がどう設定されているかによりますが、現状何とか在宅出来ている人が料金オーバーで在宅が難しくなることがあるのでは。
6. 個々のあった適切なサービスの提供が難しい状態になっていくと思われます。
7. 要介護5・全介助の方とかが、利用できなくなる心配がある。
8. 時代が商店街から大型スーパーマーケットのようになったのと同様、事業所も地域型から大型施設となってしまうのは少し悲しい気がします。労働人口もこの先減少してしまうことを考えると仕方ないかもしれせん。
9. 意味が解らない。必要とされていないサービスまでが包括され、利用料まで払うのでしょうか。画一化されることは、その人らしさが失われる気もします。
10. 個別の対応が難しくなる。
11. サービス事業所の専門職(特に夜間の介護職など)人材確保に課題がある。
12. 個々の性格やそれまでの生活も考慮したプラン構成にならず、機械的なものになりかねない。
13. 介護量の少ない利用者にも、偏る恐れがある。
14. 介護保険制度そもそもが根底に利用者本位であることから、パッケージ化には疑問があります。そのことを踏まえて考慮するのであれば話は別だと思えます。
15. 限度額調整が困難になり結果的に自己負担のケースが増える。
16. パッケージ化に合わない利用者のサービス導入がどの程度で切れるのか
17. 対応できる利用者とはまったく相反する利用者が出てくる。対人の仕事を国の財政だけで考えると必ず不具合が出てくる。
18. ここの需要に合わせたサービスが提供できるのが望ましいのでは。
19. 小さい事業所に仕事の依頼が来なくなり、大きな法人のみがますます大きくなる。
20. 通所サービスに宿泊機能を追加するとなると、人員設備の確保が必要になり、事業所にとって大きな負担となる。現状では泊まりのサービス実施は困難である。
21. 在宅のみで静かに他人に気兼ねなく過ごしたい利用者には不向き。
22. 在宅生活をしながら、サービスを希望される利用者は、今までもサービス時間に制限はありましたが、パッケージ化はさらに制限が増えることも予想される。
23. 利用者の選択肢が減少しケアプラン内容も画一化。利用者の尊厳が保てない。
24. 小規模事業者は存続不可能。(大規模集中)
25. 全ての事業所は通所・訪問・泊りのサービスを提供できるとは限らない。提供出来ない事業所の経営は困難。ケアマネもいらなくなる。
26. 基本理念のその人らしさが全うできない。
27. 適切な支援が実施困難となり、利用者の生活が低下する。
28. 利用者の個々の身体精神状況も違うので画一化するのはもちろん、時間や回数にも制限に係る。①～④すべてについてそう思う。使いたいサービスが使えなくなる。

29. メリットが感じられない。ただし都市部のようにサービス選択にかなり幅があるところと地方のように余り選択肢が無い地域とは事情が違う。全国一律の法制化は無理。各自治体にゆだねていくのが良い。
30. 報酬によっては回数や時間制限をせざるを得なくなり、本来の介護保険の理念とはかけ離れていく気がします。
31. 利用者のサービスの選択も減少する。また、事業者にも大幅に影響する
32. 現在のような幅広いサービスが行なわれなくなり、利用者の希望に添えない。
33. 介護保険開始当初、今までの措置と違い、自己決定（自己選択）が出来ると謳われたが、まったく違う方向になる。
34. ニーズにあっていないプランになる。
35. 実際に利用する上で、パッケージ化は煩わしさが軽減され良いかとも思われるが、ケアマネジメントという点からは、安易に導入すべきではない。もしくは別物としてとらえていければ。
36. 状況によっては助かる家族・利用者が出てくることも考えられる。
37. 事業所(大手)への利用集中により、小規模事業所の事業継続が困難になる。
38. 小規模事業所は継続できないところが出てくる。小規模多機能との住み分けはどうなるのか。
39. 自費が増えるのでは、まるめにすると限度額ぎりぎりのところで調整が難しくなるのではないのでしょうか。
40. デイサービスを楽しみにしている人もいるため、包括報酬となると制限が掛かって良いサービスが受けられにくくなるのではないのでしょうか。
41. パッケージ化されることで、契約者と事業所側での調整になっていく可能性があり、ケアプランが形骸化してしまう危険性がある。パッケージ化により、一律料金になると現在訪問介護だけ、通所サービスだけなどの単独サービスを利用していた方にとっては負担増大になるのではないか。また包括報酬の料金がまだ設定されていないのでなんとも言えないが、事業所の持ち出しや負担増加になりサービス利用の多い方が敬遠されてしまうのではないか。
42. ケアマネージャーの能力差がこれまで以上にはっきり出て、個々に促したケアマネジメントをしなくなる。パッケージ化に頼るケアマネージャーも出る恐れあり。
43. 利用者がサービス事業所を選択するのが難しくなると思う。
44. ケアマネージャーの役割が減り、包括報酬にすることで事業所の報酬が減ると思います。
45. 包括報酬は危険だと思います。医療現場でもいわゆる「まるめ」での報酬では薬や医療など省力化や提供しないことにより、利益になっていたことがあります。提供側によって質が左右される方法はリスクが伴います。
46. 包括報酬はサービスを行わないほど、利益が上がる仕組みであり、困難ケースなどには対応できなくなると思う。
47. 一部を除き小規模多機能は機能しているのですか？問題はケアプランじゃなくて、指定基準が狭すぎて何もできないことでしょうか。目的は給付制限ですから。
48. 本当に必要な方がサービスを受けられなくなる。複数事業所を選択できなくなれば、通所や短期入所等を併設する居宅介護支援事業所で利用者の困り込みが起きることは予想に難くない。
49. 利用者の希望するサービスが受けられない（単体サービス利用希望者）いらぬサービスまで押し付けられる。
50. 介護事業所規模拡大による雇用対策と安定化の不安。
51. 小さな事業所の方が質が高く志をもって働いていることが多い中、商業主義に組み込まれては福祉の根幹が問われます。

52. 選択ができればよいと思います。
53. サービスの基準がきちんと確立されていないと、安全・安心の面でいいかげんになりがち。一事業所で全て行ってしまうことの弊害もあり慎重に検討する必要がある。
54. 自費が増えるのでは？②・③にも関わることですが、「まるめ」にすると限度額ぎりぎりのところでの調整が難しくなるのではないのでしょうか。
55. デイケアを楽しみにしている人もいるため、包括報酬となると制限がかかって良いサービスが受けにくくなるのではないのでしょうか？
56. 小規模事業所は継続できないところが出てくる。小規模多機能との住み分けはどうなるのか？
57. 個人の生き方・生活をみていくうえで、パッケージ化は必要ないのではないかと思う
58. ご本人にとって必要性のないサービスまでをパッケージ化するのは理想的ではないと思う。お買い得商品であっても本人に必要なものはないものではないと思う。誰の為のサービスなのか、よくわからない。
59. 利用者のニーズよりも事業所運営が優先される恐れがある。事業所が利用者を選ぶような結果になる。
60. いずれパッケージ化は必要と思う。各自治体が先頭に立って各事業所のやり方を活かして横の連携がうまくとれたらいいなと思う。
61. 選べる事業所が限定されてしまい、大手しか生き残れない。小さな事業所であれば、細かな気配りとこまめな対応ができて個々を大切にできると思う。契約利用なのだから、選択肢を多くすべき。
62. 住み慣れた地域で在宅生活が送れなくなると思う。
63. 必要な方はパッケージ化されたサービスを選べ、ある程度料金も安いとよい。
個別化（本人の望む生活スタイル）が確保できなくなるのでは。世の中にはパッケージ化できる大きな事業所ばかりではない、単独で経営している事業所は生き残りが難しくなる。
64. 計画が画一的になるのでは。
65. 状況によっては助かる家族・利用者がでてくることも考えられるが・・・

《問3》について

1. 滞在型訪問介護が無くなることで、BPSDの対応が困難になり、在宅生活の継続が困難になる。
2. 短時間での訪問介護が主流になることで、短時間で終了できない利用者にはどう対応してゆくのか疑問です。在宅生活の継続が困難になる方が多くなるのでは？
3. 短時間の訪問の推進により、きめ細かな対応が実施できる。
4. 生活援助サービスを受けている人は、独居や老老介護の人が多いのでは、そこから生活の支援を奪ってしまうと、人としての生活が出来なくなってしまうのでは。利用者の基本的生活が成り立っていないのを、見て見ぬ振りができなくて無償でのサービス提供に繋がり、身体介護を実施するサービス提供者への負担増に繋がるのではないか。
5. 特に、短時間の定期巡回というのに疑問を感じる。必要最低限のことだけをケアするのがホームヘルプではありません。
6. 24時間巡回型訪問介護が除外された場合、家族介護の負担が増加し、共倒れの心配がある。生活援助の算定除外が行われると利用者は在宅生活が継続できなくなります。
7. QOLの低下。
8. ヘルパーの仕事も減少する。
9. 一部の身体的介助、安否確認のみの対応になり、人としての尊厳等「介護」の基本が失われることになる。
10. 地域支援事業に転換された場合、自治体の負担が大きくなりすぎる。
11. 短時間ケアが増えることで訪問の回数を増やさないといけなくなるため、一定収入を確保する場合、労働がきつくなり、ヘルパーは疲労する。
12. 個々の対応の基本が機械的なものになる。
13. 生活援助が算定除外となった場合、利用者がその人らしい生活を継続することが難しくなる。登録ヘルパーの失職が増える。
14. ヘルパーを利用することで何とか在宅生活を維持している方々についてどのようにしていくつもりか不明。保険料が上昇していくのにサービス制限がかかることに国民の理解が得られるとは思わない。
15. 生活するうえで生活援助（掃除・洗濯・調理など）は不可欠です。その支援があるからこそ在宅生活が実現、あるいは維持できるということを忘れてはいけません。
16. 代替の保険外のサービスを用意してもスムーズに移行できないケースが増えるような気がします。
17. 24時間巡回型訪問介護により、1日短時間で数回のサービスを希望されていた、介護予防の方にとっては在宅生活継続に有効かと思われます。与薬介助だけ、戸締りだけ、ごみ捨てだけの方などの限定的なサービスのみを必要とされる方には良いと思うので、利用者がどちらを使うか選択できればと思います。
18. 24時間巡回型訪問介護は断片的なサービスであり、生活を支えるものにならない。ベースに生活援助があり、その中の一部として巡回型を利用することは現状にもあり、その方法であれば了解できる。
19. 訪問介護職員の人材確保が困難。
20. 防犯の観点から24時間巡回型訪問介護実施の場合、家族不在の場合、鍵はどのようになるのか？事業所が預かるのか？
21. 法優先をもとに介護保険を利用されていた方々が障害サービスに戻っていくことが予想され、自治体負担が大きくなると思われる。核家族化が進み独居高齢者が増えていくことが予想されている現在において生活困窮者が増加することは間違いない。
22. 一部都市以外では、在宅生活の継続が困難になる。全体では給付制限になる。

23. 身体面だけでなく生活の質が下がる（環境の悪化）
24. 生活援助としての訪問介護サービスは単に掃除や買い物・調理を行うものだけの支援ではなく、利用者の心身状況を維持又は向上を目的とし、専門的な視点で支援しているので介護の質の低下が懸念されます。
25. 巡回型が悪いとは思わないが、それによって滞在型が使えなくなってしまうと認知症の方などを支えられなくなる危険性がある。
26. 24時間型のサービスの提供については、需要と供給が合わなければ事業所としては難しいのでは。鍵等の防犯の問題も有る。
27. 認知症の症状をみのがしたり、対応ができなくなることで症状の悪化がある。
28. ヘルパーを利用することで何とか在宅生活を維持している方々についてどのようにしていくつもりか不明。保険料が上昇していくのに、サービス制限がかかることに国民の理解が得られると思わない。
29. 利用者がその人らしい生活を継続することが難しくなる（生活援助が算定除外となった場合）
30. 登録ヘルパーの失職が増える（生活援助が算定除外となった場合）
31. 24時間巡回型訪問介護の人材を十分に確保できるのか。確実に生活援助が行われる代替サービスの確保が可能なのか。
32. 寝たきりの利用者を老老介護している場合など、介護負担が大きくなる。
33. 家庭によって必要なサービスが異なるので、個々に対応できるようにすべきでは。
34. 夜中に家族が起きるようになり、24時間介護し続けて家族が寝る時間がなくなりストレスがたまる。
35. 認知症の周辺症状の対応等が困難になることが大きな問題であると思う。地域支援事業等で「作業としての生活援助の提供」では高齢者支援としては無理があると思う。22:「人材の裾野の拡大」とあるが、これまで介護職の「質の向上」を指標としていた考えに矛盾している。今まで専門性をもった介護職が行っていたケアを容易に考えているとしか思えない発想である。インフォーマルサービスの利用にはハイリスクが伴うのではないか？
36. 24時間巡回型訪問介護の推進は奨励されるが、生活援助の算定除外が行われれば独居や高齢者世帯の人たちの生活が成り立たない。インフォーマルサポートの充実が必要。
37. 在宅で生活することが困難になり、やむを得ず施設入所への変更・移行も考えざるを得ない。お金のある人は有料ホーム等の選択もあるが、ない人は特養待ち。その間に設問のようになると考えられる（家族の介護負担増加等）
38. 既存の訪問介護の中で加えて24時間型・・・というなら理解できる。どちらかという話なら、生活援助の除外と含めて全く理解できない。前述の軽度認定・パッケージ化と合わせて、それぞれ1人1人の国民がそれぞれの地域でそれぞれの価値観や人生観・死生観を持って「生活」をしているということがあまりにも置き去りにされている。
39. 必要のない生活援助は減らすべきだと思いますが、算定除外となってしまうのは極端すぎるのではないかと思います。
40. 生活援助の現状を見ていただきたいです。
41. 部分的にでも援助があるために調理や掃除等の家事が行えている利用者にとっては、在宅生活継続が難しくなる。外出の機会の少ない人や独居の方にとっては、ヘルパーが訪問し、一緒に家事をすることは刺激やリハビリになると思う。
42. 巡回型について、BPSDの対応は困難と考える。かえって不穏になるのではないか。又、巡回型で対応できる方は限定的ではないか。
43. 生活援助が除外されると、自宅での生活が困難になる人が多くなる。なぜなら、少しの支援で在宅生活を継続できている人が多いため。ただ単に食事を届ける、掃除をする・・・ということだけでなく、その方

の背景も含め他職種との連携を図って行うことが、介護保険から外されてできるのか疑問である。

44. 生活援助が算定除外となった場合、老老介護・認認介護のすすんでいる方などのケアを対応できる社会資源が確保できるのか。予算はどうか？手続きは？等々サービスが担保されても、結局従来のサービスと変わらないのでは？ある程度、地域支援事業所が進んでもまた、改定が行われることの繰り返しでは？
45. 1時間でも利用者の状態を読みとることは（長時間、一緒に過ごす場合と比べて）難しいと思う。独居の方は施設にいくしかないと思う。人としてより物として扱われているように思える。機械的。
46. 「在宅サービス優先」という制度の方針と矛盾しているように思う。
47. 利用者の生活を丸ごと支援できる制度ではなくなり、生き方まで変えなければならなくなる。
48. 生活援助を地域支援事業で活用し対応するというはとても素晴らしいことだと思います。
49. 生活援助の算定除外については、除外されると在宅生活が困難になる方が増えると思います。民間サービスでは料金を払えない人も出てくるのでは。

《問4》について

1. 機械的で人としての生活が出来るのか不安。
2. 日常的に介護を積み上げている施設において外部サービスを利用することはサービスを選択できるということだけで、他の時間の生活については置き去りにされている。施設の解体と考えてもおかしくない
3. 在宅、終の棲家そのものの概念を変えるものである。施設への外部サービス導入というより、介護が必要となった場合、集合住宅に移転し、それを施設とは呼ばずに住み慣れた場所(=在宅)と定義することに疑問。
4. 利用者はいろいろな選択ができるかもしれないが、事業所や、そこで働く人も収入が減り困る。
5. 施設サービスの意味が無くなってしまう。
6. 利用者や家族が混乱してしまうことになると思う。また、介護保険外の事業所について誰が把握するのか？疑問に思う。
7. 選択が増えるのは良いことだと思うが、多数手を出してしまうと、誰が管理するかということにならないだろうか。
8. 施設内で事故が発生したときの責任の所在が不明確になりそう。
9. 他市から入所されている利用者は地域密着型サービスの利用に時間がかかる、若しくは利用できない恐れがある。
10. 施設職員とサービス事業所との連携に課題が残る。
11. 様々なサービス事業所が入ることによりばらつきができることが、予想される。同じ施設内に居ながら利用者毎にバラツキが出ると利用者側から考えると差別化になってしまう。(自己の経済状況等他にも問題はあるとは思います)
12. 唱ってあることは素晴らしいが、自治能力(財政力)が低い自治体では実現不可能。
13. 施設ケアマネ、相談員、職員の業務・調整が煩雑になりパンクする。もしくは、肝心の生活支援のケアワークの質が下がる。
14. 施設が併設事業で外部サービスとして入れることも想定され導入する意味が有るのか分からない。デメリットの方が多いのではないかと。
15. 外部サービスが導入されても、介護保険施設で結果として持ち出しになってしまうケアが増えてしまう懸念がある。また外部サービスを導入することで、施設の職員配置が少なくなることが考えられ、夜勤職員の負担が増大するのではないかと。また多数の事業所が関わることは個室以外の施設では難しいのではないかと。
16. 選択の幅は広がるが24時間安心して暮らせるか疑問。
17. 多様な生活の場を準備するという点では、より少人数で家庭的な環境の施設が増えることは良い点もあると思います。しかし状態によっては様々な生活、介護支援が必要になった場合、在宅生活が無理で施設入所されている方は結局、形式だけ「外部からサービス提供している」になってしまうことが予想されマイナス点しか考えられません。
18. サービスの基本軸は一緒である外部サービスが入ったとしてもサービスの質が確保されないことはな
19. 失業する介護職員がたくさん出る。
20. 低く担保されるより、ばらついたほうがよい。
21. 現状でも施設と在宅生活の乖離がおきているのに、外部サービスが入り在宅とかけ離れたサービスが提供されれば、在宅復帰はいつそう困難となる。
22. 認知症の方の理解ができずBPSDの対応困難となる。

23. 認知症を有する方の研修をしてきたことはいったいなんだったんでしょうか。画一化されず介護される側にとっては余計な負担がかかり、身体状況に不安がよぎる。
24. 外部サービスの具体的なことがわからない。
25. 施設ケアマネージャー・相談員等、職員の業務・調整が煩雑になりパンクする。もしくは肝心の生活支援やケアワークの質が下がる。
26. 日常的な介護を外部から取り入れるのは得策とは思えません。しかし、施設にないサービスを取り入れるのはいいと思います（訪問介護・訪問リハビリ・癌や難病などを専門とするケアサービス・施設から通所へ行ける等）
27. 施設が併設事業で外部サービスとして入れることも想定され、導入する意味があるのかわからない。デメリットのほうが多いのでは。
28. 施設内外、両方のサービスを利用となると、どちらのサービスも業務範囲内のことしか考えず、質の高いサービスが行えなくなる。
29. 養護老人ホームなどでは、レベルが落ちている人がたくさんいて、職員が足りないところが多くなっていてと思います。外部サービスは必要だと思います。
30. サービスの質や現状の従事者の雇用が心配。
31. どのように外部サービスを取り込んでいくのか予測ができません。
32. 養護老人ホーム等で行っていることがある程度、よい意味での効果が上がっているということか？イメージとしては利用者にとっても施設のスタッフにとっても良い効果が出るとは考えにくいのだが・・・ただし、その施設内では利用できないようなサービス（デイサービスのよう）については有用だと思う。
33. 現時点において、施設職員が人員不足等によって抱えている問題点を補足するという部分においては、検討するのは良いと思う。設問の問題点はあるが、段階的にあれば考えてもよい。個別ユニット化という観点はよいが、現状ユニットを実施している施設の実態を把握した上で検討して欲しい。
34. サービス事業所との連携が難しくなる。特定の事業所との密着が強くなり、良い面・悪い面が出てく
35. 在宅とは自宅に限定されるものではなく、住み替えも含むとあるが高齢者が永年住みなれた場所を替えることで、混乱状態に陥ることが懸念される。現に、都営住宅に移転しそのような状態になっている方がいる。
36. 外部サービス利用をどのように考えたらいいのかわかりません。ただ、施設の手手が足りない等で本来行いたいと思っているサービスが提供できない状況であるならば、その部分で外部サービスを利用するというような考えはあるのかと、現時点では思います。
37. 利用者の経済的負担が大きくなる。
38. 特定施設としての高齢者専用住宅における外部サービス利用については、職員の目が届かないようなところも観察ができ、情報の共有もできるという利点がある。
39. 介護の目的の共有や施設と外部サービスの連携が確実に取れれば個々の利用者のニーズにこたえられる面もある。
40. 居住地域によってサービスの質と量に大きな差が生じるのではないか。
41. 外部から医療サービスが提供されるようになるのは良いと思います。

《問5》について

1. 介護分野の人材離れにより、質が下がるように感じる。
2. 利用者へのサービスの質の低下につながるのではないか。
3. 介護の人材が少なくなれば、ケアの提供の質を保つことも難しくなる。
4. サービスの画一化が強まり、ここにあった適切な援助が難しくなる。
5. 全産業を比較して、ただでさえ介護福祉業界は給与水準が低いのに、これ以上マイナス改訂されれば、経営の悪化から職員の処遇の悪化、最終的には利用者へのサービスの質の低下に繋がる。
6. もう勘弁してください。
7. 現在でも介護の担い手不足であるため、報酬がマイナスになるとますます人材が居なくなる。
8. 若手の介護従事者がいなくなるのでは？新人が育たない。
9. ヘルパーをする人が居なくなってしまう。本当に介護が必要な人が困るような国になってしまう。
10. 小規模事業所の継続が困難になる。
11. 事業経営の悪化により、事業撤退に繋がっていく。
12. 正当な理由があれば納得できると思う。その代わり正当な理由を考えるにあたり、現場の声をもっと沢山聞いて検討するべきと思う。
13. 今でも充分とは言えません。雨の日も風の日も自転車です。移動するのに交通費といったものは一切ありません。時間がかかる割にはお金になりません。
14. 現在でも介護報酬が悪いのにこれ以上悪くなったら働く方もイヤになってしまう。
15. 現在でも介護報酬が悪いので、イヤになっている。
16. 現状でも移動・空き時間も有り、割合が悪いのに問題だ。
17. 気力・体力が必要な仕事で、大変な仕事とされているからこそ、マイナスはなってはならない。より若者は入ってこないだろう。
18. 今でも人で不足なのにますます介護する人がいなくなる。閉鎖する事業所も多くなる。
19. 介護保険の未来は無いと思う。
20. 今以上に働く人が居なくなる。
21. 今でも人手不足なのに、今後も人材確保には困難が予測されるため、介護報酬のマイナス改定には反対。
22. 仕事に見合った報酬が得られなければ、ますます介護分野離れが進み、良い人材が減ってしまう、つぶれる事業所も増える。
23. サービスの質が下がる。
24. 処遇を改善する気も評価する気もないと感じる。
25. 他分野に比べ現状でもなお労働条件・賃金体系が低いのにこれ以上悪くなるとは人材確保も又、一旦介護現場に従事した人が継続して働き続けることが難しいと思います。老いの過程で誰もが必ず「介護」を必要とします。「決してなくならない仕事」として整備しなければならないと思います。
26. 優秀な人材は他分野にいたり、辞めてしまう介護分野の方も増え、結果そこで働いている方のモチベーションも下がるという悪循環になってしまう。
27. 現在でも一般企業に比べ、給与は安く介護従事者の確保が困難になっている現状の中で、質の良いサービスを提供していくためには職員を育て、定着して貰ってもらうことは最低条件となってくる。資格取得を奨励しているが、それには専門職に見合う給与が保障されるべきでは。
28. 必然的に介護職の収入（月給）に影響が出る。
29. 事業経営が悪化すれば施設が減り受け皿がなくなる。

30. 平均的な給与が保障できるものでなければ皆、今の仕事から離れていく（体力的にも精神的にもきつい仕事ですから・・・）
31. ただでさえ介護報酬について問題になっている今、マイナス改定になった場合、介護従事者のモチベーションが下がると共にその職に定着しない・できないことにつながってしまう大きな問題点の1つかと思われます。
32. 3Kの労働なので報酬がマイナスになることは、これからの介護離れがますます進むと思われる。
33. 介護職の質の確保も困難となる。
34. 利用者に対して望まれるケアが一体化されない気がする。経営不振に陥り従業員確保ができない。施設がどんどん潰れる。
35. 現在のサービスの質が低下する。また向上に関心がなくなる。
36. 介護職員の離職率が確実に悪化する。介護分野から撤退する企業も多くなる。介護保険の利用が不便になり、自費のサービスを利用する方が増えれば介護の環境でも経済格差が拡大する。
37. ケアマネージャーも現場も一生懸命働いて、今以上に効率的な介護が行われる。マスコミにおどらされる。医療のあとを追いかける。
38. 売り上げに対して会社の要求が厳しくなる。
39. ケアの質が下がる。利用者によって十分なサービスを提供できなくなる。
40. 処遇を改善する気も評価する気もないと感じる。
41. サービスの質が下がる。
42. 経営が成り立たない。
43. 結果的に必要な支援が行えないという状態になるのではないのでしょうか。
44. 若い人材が入らなくなる。
45. 今後も社会における介護職の役割は重要なものと言えるが、低賃金・労働負担等なら解決されないまま、現状よりもさらに悪条件な労働になるのは目に見えている。「介護報酬のマイナス」は考えがたい発想と思う。
46. 良い人材の確保は見込めなくなると思う。モチベーションが下がり、質の高い介護をめざそうという気持ちもなくなる。
47. 若い世代の介護という分野への関心が今まで以上になくなり、今後の介護分野における人材育成が困難。現在も介護の質が問題になることがあるのに、今後の日本の介護サービスの質は下がる一方になると思う。他外国に依存するような現状ではなく、「介護」という職に興味をいかにもってもらえるか？ということが必要なのにこれでは全く逆方向である。
48. 若い人の人材離れは非常に困る。
49. そこで働くそれぞれのスタッフが男・女問わず、生活設計ができる報酬体系をつくるべきですが、事務所の母体によってかなり実際の賃金に差がでるでしょうから、何をベースに組み立てるのは難しいところだと思います。
50. 他の職種と比べると、どうしても収入は低いほうだと思うので、ますますの人材離れが進み、国全体の悪化につながると思います。
51. 従事者のモチベーションも下がるし、事業経営に影響がでると思われる。
52. もともと介護職は低賃金なため、介護報酬が改定により上がったことで、モチベーションが上がった職員も多かったと思う。マイナスになったときに離れてしまう人はいるかもしれない。
53. 今でさえ、きつい・厳しいと敬遠傾向になる。マイナス改定になること反対。
54. 介護従事者の質が下がると思う。

55. モチベーションも下がるが、今の対応を低下させることはできないので、コーディネーターがケアマネージャーとして難しくなる。更にストレスがたまる→更に太る→体調不良→退職
56. 給料を上げて人材確保をしてほしい。
57. 経営第一となりサービスの質が下がると思います。
58. サービスの質を維持することが、企業努力のレベルを超えてしまうため、質の確保が困難になると考えます。

《問6》について

1. ショートステイ予約が3ヶ月前なので、緊急時にショートステイを利用できる場所があると良い。
2. デイで慣れている場所なら泊まっても良いと考える利用者も居ると思います。
3. ショートステイのニーズは高く、需要に対して供給が間に合っていない現状がある。画一的なスタイルでなくても、人員・環境・安全の基準を満たした介護を受けながら泊まれる施設は必要(それを緊急ショートとするか、お泊りデイと呼ぶかは別)施設としては緊急ショートステイ用のベッドの保障(空きの場合も保険者が費用を負担する等)がないと、確保が難しいと思われる。
4. 家族の介護負担を軽減するため。
5. 緊急はいつ起こるかわからないから、どっちも必要。ショートがいっぱい受け入れが出来ないのであれば、利用者はお泊りデイもあったほうが良い。
6. ショートステイとの差別化にならない。リハビリを行うのであれば、リハビリを特化したものの方が良い。ただ預けるのであれば、ショートステイと一緒に。
7. 定期的なショートステイの利用は、利用者増加により困難になってきています。慣れているデイの延長でのお泊りということで、精神的な負担が少ないのではと思えます。
8. 全く知らない施設に宿泊するより、慣れた施設のほうが落ち着いて過ごすことが出来ると思う。
9. 半ネグレクト状態(保険目的)なケース、もちろんショートステイでもOKですが。ニーズとしては十分あると思いますが、ハードルが高いと思います。
10. サービスに慣れた通所施設で宿泊出来ることは、ご本人の状態に良いと思う。
11. ショートの利用ができないときや、緊急の場合必要と思う。
12. 緊急ショートが必要時に空きが無かったり、医療情報がないと利用できないため。
13. 緊急ショートのベッドが確保されていないため。
14. 慣れた場所・職員による対応が利用者の安全・安心につながるため。
15. ショートステイ予約が3ヶ月前なので、緊急時にショートステイを利用できる場所があると良い。
16. 夫・妻2人とも介護を受けている時に、もし一人が入院してしまったらやっぱり泊めてほしいと思います。
17. 1日だけでも介護している家族が休める場になるのでよいと思う。
18. 環境の変化に大変混乱の大きい利用者にはお泊りデイが必要と思われるが、サービス提供事業者の負担が大きく経営を圧迫する様な制度になっては困る。
19. お泊りを設置できない小規模デイサービスは消滅してしまう。
20. 夜の介護が大変な方、家族にとってもどうなのか？
21. 緊急の場合、入所するところが無く困っていらっしゃる方が多い。2, 3カ月も前から予定が分からないので予約もできない。
22. 家族介護の負担軽減、お泊りデイでは利用する利用者家族が安心できる。(顔なじみのスタッフ・施設利用で)
23. 予定として計画できるショートステイ(緊急でなく)の変形。
24. 帰る家がある人には不要だと考える。ただ、一人で自宅で過ごすような場合、緊急時にのみショートステイがあれば、家族は安心できるので必要。
25. 家族が中心になって介護している場合、そう多くなくても必ず緊急な時があると思う。その時包括機能が多く働いていたら便利。
26. 介護している人にも1日ぐらい休みをやる。
27. 目的が違うものを複合的に行うには、コストを減らすことはできないが、場合によっては必要だと思う。
28. デイサービスにお泊まりができる人員・設備を整えることがかのうであれば、必要時に利用ができるので

いいと思うが、そこまで必要か？

29. デイへ行き、ショートへのつながり、経験の為タイミング良ければ泊まってみる。
30. 状況によっては必要な場合もあり、一概に必要なとは言えない。
31. 保険外サービスゆえにむしろ緊急時に柔軟に対応ができているところが保険対象となるその長所が削がれる可能性が有る。既存デイがお泊りにも対応するようになり、日中のサービス内容が低下する。
32. 透析患者など重度の人は週に3回の治療を必要としているため、家族がどうしても付き添えない場合、お泊りデイは有ってもいいと思います。
33. 新たに予算を付けるぐらいなら、他のサービスに付けてほしい。
34. デイ利用者の中に徳であってはならない。介護保険利用者にひとしく宿泊サービスを整備していくべき。
35. 介護者の体調不良・キーパーソンの急用・介護される側との関係のリフレッシュ
36. 家族の事情により必要な場合もあると思います。ただお泊りデイを連日お願いする家族もいると思われるので、しっかりとした方針が必要。
37. 特に認知症の方はショートステイという環境に対応できず、ストレスからBPSDが悪化し利用が困難となるケースも多いので、認知症の方にとってはなじみの職員が対応してくれれば、ご利用者も家族も安心して利用でき、在宅生活も継続しやすいと思われる。
38. 20年以上前に「ナイトケア」が創設されたことがあります。その時はまだ他の制度や在宅支援が充分進んでいないこともあり、ほとんど活用されませんでした。認知症の方は夕方から落ち着かなくなり、夜間の対応で苦労される方も多いため夕方～翌日の必要な時間までのケアが提供してもらえると良いと思います。緊急ショートステイは受け入れ側のやり方もあり、結局情報ばかり求められ調整が難しいのではないかと思うとも言えない。
39. 気軽に利用できるようにすることが条件。
40. ショートステイに空きがない場合などに必要だと思います。
41. 家族が出張etcで自宅を留守にすることが急に決まったとき等、必要。
42. 人・物・金がそろわないと思われる。
43. 今の状況では困難と思われる。
44. 難しい。人・物・金がそろわない。
45. 緊急時には必要と思うがその機能をデイに付属させる必要があるかは疑問。
46. お泊りデイは普段の生活を知る職員が夜間も対応でき、緊急時にも利用できるとするならば、ぜひ実現してほしい。
47. 緊急ショートステイについては、いつも利用しているデイサービスなら職員も利用者のことをわかっているのだと思います。
48. 混乱を招きません。
49. 認知症があり、こだわりが強くある方のショート先が本人拒否で決まらず、デイ（小規模）ではうまくいき、自費で泊まっていて費用負担が大きい場合。
50. 理想の小規模多機能で充分でしょう。
51. どのような取り扱いにするかがはっきりしないと、単独デイサービス事業所が運営維持できなくなる。どのような形でも制度の統一が必要。
52. 独居・老老介護・認認介護が増す現状、多種施設サービスをあじわい、適する場所を決めるのも宜しい。
53. 家族の急な外出（入院・急用など）の際の受け入れとしては有効。
54. 介護者（家族等）の急な状況変化に対応する等。
55. 夕方～夜の都合が悪い方も多いのでお泊りデイがあれば助かると思う。

56. 緊急でショートステイを利用するのが現状難しいので、すぐに対応してくれるところがあり助かったことがあった（ショートステイ以外）
57. ショートステイとは別物として、受け入れ態勢が必要な緊急性のある泊り可能のデイは必要な場合があるかと思います。現状、緊急ショートステイは利用できずにいる利用者が多いので。
58. ショートステイが取りにくいいため、家族の都合で利用できるサービスとして必要だが、運用時の基準やマニュアルがしっかりしていないと、事故の元になるので要注意。
59. 保険外サービスゆえに、むしろ緊急時にも柔軟に対応できているところが、保険対象となるとその長所がそがれる可能性がある。
60. 既存デイサービスがお泊りにも対応するようになり、日中のサービス内容が低下する。
61. 地域差があるようだが、緊急ショートステイの枠が絶対に必要。なぜ急にお泊りデイなのか不明。ショートステイ・小規模多機能等の整合性は??も予算がついているのがわからない。
62. どちらでもいいと思うが、家族がどうしても緊急な用事で夜、本人をみることができないとか、また独居等身寄りのない方などでやむを得ない事情により、緊急でショートを利用すること等ができる体制が必要。
63. 家族の急用だったり、具合が悪かったり、入院したとき等は必要。
64. 本来不要なのだと思います。デイサービスからの延長お泊りは他にも利用できるサービスがないために起きている現象で、もともときちんとショートステイなどが整備されていれば必要のないものだと思う。もしお泊りデイを認める場合お泊り部分の法整備は必須。
65. 家族が急に用事ができ、出かけなければならなくなったとき、必要。
66. お泊りデイは不要であるが、ショートステイ拡充する必要がある。
67. 他地区にあり使っているケアマネージャーもいたが、本人・家族にとってはとても有難いと話していた。ショートへのベッド数がなく、予約を取るまでに時間がかかり2泊3日しか取れない。3ヶ月前からショートの申し込みで必ず取れるとは限らない。
68. 緊急時、対応できるツールは多ければよいと思う。
69. 認知症のある高齢者であって何らかの周辺症状をもっている場合、普段、関わりのある馴染みの職員が関われる状態であれば、利用者にとっても安心して精神的にも落ち着いて過ごせると思われる。但し現状のショートにおいても、お泊りデイにしなくても、機能は果たせておりそのノウハウは備えていると思う。
70. 現状のショートステイは空きが少なく緊急時の対応が難しいためデイを利用中、そのまま継続し利用できるとうよいと思います。
71. 家族の勤務形態や急な仕事の都合で要介護高齢者を介護している家族が対応に困るケースは多々あると思う。
72. 仕事をしている家族がデイからの送りの時間までに帰れない場合が多い。延長デイでよい。
73. 家族の緊急時に利用できれば本人・家族も心配ない。
74. 家族（介護者）の急な用事などでやむを得ないときには必要。
75. ショートが必要。足りない。
76. 家族が急な用で不在になる時に対応できるのであれば、お泊りデイがあってもよいが、緊急ショートのベッド確保もしてほしい。
77. ショートステイの受け入れ先がない。お泊りデイは介護保険にて適用なのか。
78. デイサービスはデイサービス。ショートステイはショートステイでニーズがあり、それを一緒にする必要はない。新しい設備・体制を整えることは簡単ではない。デイサービスの介護者は日勤希望を含むパート従事者が多い。現状のデイサービスは現状のまま営業しないと従事者の入れ替えが必要になる。マンパ

ワ一の確保が難しい。夜間の職員を雇用する人件費がかかる一方、それに対するニーズがあるか疑問。デイの多くは経営が成り立たなくなるのではないか。

79. 実際に利用者や家族から希望がある。
80. 介護する家族の急用・急病などに対応できる。
81. どのように考えたらよいのかまだわかりませんが、状況によっては必要なこともあると思います。緊急ショートの扱いのほうがいのかわかりませんが、その機能は必要だと思います。
82. ご家族が急用で遠方に出かけた場合に緊急ショート・また場合によっては、お泊りデイも必要かと思う。
83. 利用者の家族の意向によっては、お泊りデイも必要になることもある。
84. ショートステイが使えない場合には必要だと思いますが、安全面で不安もあると思います。
85. ショートステイと違い行き慣れたデイサービスに泊まることができ良いと思う。
86. 家族の中で不幸があった場合、急に病気になった場合、緊急の場合に身内は助かると思います。
87. 家族（主介護者）が急な入院などで全く援助出来ない状況になった時、そのままお泊り出来たら安心。
88. 急な利用が必要となった場合、老健のショートでは情報提供書がないと利用できないし、利用まで日にちがかかる。特養でもいっぱい利用できない。こういう場合に手続きも簡単ですぐに利用できるお泊りデイで助かる家族も実際にあると思うが、利用しない場合のリスクとどちらが高いかと考えると、一人残して不在になるリスクのほうが高いのでは？とも思う。
89. 安心な生活が送れる。
90. 介護者の介護負担軽減（長時間）
91. ショートを申込に1～2ヶ月前で、利用者家族の予定されたことに限る。緊急がとりにくい。現在は入所が出来ずに入所まちの利用になっている。利用している（1件）
92. 泊まる状況の整備、人員配置などきちんと定められた上で。

《問7》について

1. 介護職からのケアマネにも交付金対象にして欲しい。
2. 恒常的に必要なものだと思います。
3. 交付金ではなく処遇そのものの改善を考えるべきでは。
4. 一時金ではなく、毎月同じだけ出ることが良い。
5. 解らない。
6. 介護職員の為にも改善交付金を公費に入れていただきたい。
7. 介護報酬を上げてほしい。
8. 今だけやっても、将来的に明るい展望が無いと続ける人はいなくなる。
9. 介護報酬が上がると良い。
10. 介護報酬を上げるべき。
11. 介護報酬で対応すべき。
12. 本当に処遇で改善する気なら、組み込むべき。または、業界全体のベースアップを図るべき。
13. 処遇改善に使われているのかどうか、確認できる方法がなければ単に事業所の運営費に消えてしまったり、あるいは悪い経営者は別の用途に流用してしまうのではないかと思います。
14. 財源確保のため、保険料があがることに理解をされている方が多いのに驚きます。できる範囲で行うのが良いと思います。
15. 現在の交付金制度だと、ケアマネージャーや相談員は同じ職場の職員であるにも関わらず、枠から外れているので介護施設の職員対象として交付してほしい。
16. 事務手続きの煩雑さで現場の負担はとて大きいです。アンケート・申請・監査・報告etc現場の意識が少なくなる原因でもあります。事務手続きの簡単な方法を導入すべきです。
17. 介護職員の確保の為にも、利用者負担増など一律で不平等でない形で報酬制度を確立すべき。
18. 現行制度は廃止する。根本的に見直す。介護報酬で改善をもっとわかりやすく、人件費は事業者が決めること。
19. 施設介護者の労働実態にみあった生活できる賃金確保が必要。介護従事者の安定により介護サービスも安定されると考えます。一時的給付は中止。安定的制度が望まれます。
20. 賃金が安すぎるので職員が定着しないと思う。もっと処遇を改善すべき。そのためにも安定して事務所に交付金を出すべき。
21. 本当に処遇を改善する気なら組み込むべき。または業界全体のベースアップを図るべき。
22. 介護報酬で対応すべき。
23. とにかく、介護従事者が生計を維持できる制度にしなければならないと思います。
24. 本来、介護報酬できちんとカバーしていく部分はずで、介護保険制度以前の公私格差是正のための補助金に似ている。その時もそうでしたが、本体部分に手を付けず補助金や加算などで、本筋をずらすのはそろそろ止めたほうがよいと思う。
25. もっとシンプルにしてほしいと感じました。
26. 現在の交付金について、疑問点も多い。なんとも言えないが、改善の意味で組み込むべきだと思う。
27. 良い人材確保のためには収入アップは必要。
28. 実際どれだけ職員に反映されているのか疑問。

《問8》について

1. 介護度や、家族収入(所得)により割合を変えていく必要がある。1～3割負担
2. 必要性に追われて、限度額いっぱい利用されている利用者にとって、現状維持が望ましいのでは。
3. 2～3割
4. 2割
5. 所得に応じて割合を変えることも、検討の余地があると思う。
6. 生活レベルに合わせた介護保険料にしたら良いと思う。
7. 3割
8. 2～3割
9. 収入(所得)によって変えても良いと思う。
10. 3割。介護度によって、負担額を変えても良い。
11. 3割
12. 利用者個々に差があるので何とも言えない。
13. 低所得者は応能負担も検討してほしい。
14. 1割負担でも支払えない人が大勢います。
15. 収入により利用者負担を考えてもよい。
16. 高所得者は3割など改善が必要かと思えます。
17. 所得等により格差が有ってもよい。
18. 健康保険と同じ3割負担とし、経済的困窮者には別途施策で対応。
19. 収入によって利用者もよいが、財源が問題である。
20. 妥当だがたとえ2割に増えた場合、現在の支払いが2倍となると利用する方が減少、もしくは利用回数が減る。
21. 医療保険同様収入に応じての方が良い。
22. 1割負担はとても安価。
23. 介護保険の予算が足りないなら、利用量の負担増は仕方がないと思う(医療費が3割負担なのでそれに近いものでも良いのでは)
24. 介護度によって負担の割合を変えても良いと思う。軽度は2割、重度は今まで通り1割でも良いかなと思います。
25. その人に有った割合が良い。
26. 2号被保険者は16疾病に類すると、同じ身体障害でありながら、自立支援法では0なのに、介護保険優先となり1割負担はおかしい。
27. 1割負担はかなり経済に響く、0.5%なら仕方ない。
28. 応能負担を取り入れるべき。
29. 収入や支払い能力(所得)によるべき1～3割(例)で良いと思う。個人によって異なる割合があってもよい。
30. 2割が良いと思います。
31. 一率1割ではなく収入その他いくつかの要件を設定してみてもどうか。
32. 2割。ただし低所得者に対しては対処が必要、受益者負担は止むをえない
33. 2割、安すぎると何でも頼もうとする。
34. 収入によって割合に差が有ってもよいと思う。
35. 負担額が増えると利用できない利用者が出てくると思われます。
36. 3割位、安いことがすべて良いとは限らない。

37. ケアマネとしては1割負担のままが望ましいと思うが、財政が厳しいのであれば、収入に応じて、2割、3割と負担額を増やしても止むを得ないのではないか。
38. 利用者負担はこれ以上は限界。するなら、応能負担へ戻す以外ないのではないか。
39. サービスに対し料金を払うことで、支払い側・受け手側の関係ができるので、1割でも支払いが有る方が良い。収入の少ない人に対して段階的な補助を出して多くのサービスを受けて貰えるシステムも必要。
40. 現実難しいと思う。
41. 所得に応じた応能負担
42. 医療保険のような収入別の負担割合にしたら良いと思う。
43. 応能負担
44. 国の財政や使われ方を公開し現実的な負担額を提示すべき。
45. 全サービスが1割負担でなくてもいいのかなと思います。財源に限界があるので。
46. 現状を見ていると1割負担でも保険外の負担が多かったり経済的に厳しい方が多いと思います。サービスを減らさないといけない方は確実に増えるため、必要なサービスを受けられない方が出てくると思います。2割、3割にすることで経理もプラスになるとは思えません。
47. 介護、生活にかかる費用は様々です。介護保険の負担だけではなく、多くの負担額が増えています。今後に不安を感じる要因の1つになっていると思います。
48. 収入によって支払額が変わるようになればよいと思います。応能負担。
49. 妥当とは思えない。払える人はもう少し払っても良いと思う。
50. 収入（所得）に応じてがよいのでは。
51. 利用者負担の最低限を1割とし所得の高い家庭では5割くらいまで、よしとすべき。
52. 収入により決めたほうがよい。
53. 利用者の収入状況により、考慮したほうが良いと思います。
54. 2割程度
55. 収入に応じて負担額を決める。
56. 本人・家族の収入が現役並みならば2割でもいいかも。軽度者の訪問介護を2割にするとか。そうすれば本当に必要な分しか頼まなくなる側面もあると思う。
57. 保険料を大幅にアップしなければならない。ならば、不公平感正のため利用者負担増も仕方ない。
58. 1割負担でも重荷で利用制限されている方もいる。無料にしてほしい。保険料は仕方ないにしても。
59. 一律に1割でなく収入によったり、サービス内容によっては2~3割位に上げてても良いのでは？四点杖が1月1500円の原価？単価自体がどうかと思う。
60. 現時点では妥当と思いますが。今後サービスによっては負担額をあげてもよいのでは。
61. 年収により一律でなくてもよい人もいるのではないか。
62. 所得スライドの応能負担。0~3割。限度額は廃止。
63. 介護保険料と同様に所得による負担額の区分などがあってもよいと思う。応益負担はもちろん、応能負担も取り入れるべき。区分によって請求する段階を分けるなどすれば、請求管理にも混乱は生じない。
64. 地域の包括的支援を定期的に受けられる状態や、自治会・地域住民の方の意識が共助・互助というレベルに達すれば、介護保険サービスとして支出する割合に応じて2割~3割も仕方がない。現在はまだ環境（地域住民・行政）が整わないので、利用者負担の引き上げは不当と考えます。
65. 2割~3割にしてもいいと思う。
66. ケアマネージャーとしては1割負担のままが望ましいと思うが、保険財政が厳しいのであれば、収入に応じて2割・3割と負担額を増やしてもやむを得ないのではないか。

67. 利用者負担はこれ以上は限界。するなら応能負担へ戻す以外ないのでは。
68. 1割負担でも支払い困難で必要なサービスを制限する方も多い。また収入で判断も実態に合わないと思う。資産等（預貯金）等の把握ができれば、公平かとも考えるが・・・（国が資産等の把握をすることにも危険を感じるが・・・）
69. 難しいことだと思うが、所得に応じた負担等を検討してもよいかもしれない。
70. このままでは財源が底をついてしまうこともあり、負担増はやむを得ないのではないかと思います。一気に上げるのは望ましくないので、2割程度からがよいと思います。
71. 一律1割は変なのかもしれません。やはり、それぞれの収入に応じた負担のほうが合っているように思います（手続きは大変なのかもしれませんが）
72. 利用者の所得に応じた負担割合にする。
73. 0～2割で所得・資産等で段階的に負担。
74. 1割は妥当だが高所得に限ってはもう少し負担増でも良い気がする（2割程度）
75. 使わない人がいて、今の介護料金徴収。使う人が増えていく。2～3割なら、医療費同様仕方ないと思う。ただ低所得の方には減額制度は必要と思われる。
76. 所得の多い方からは多くいただいてもよいのでは・・・
77. 応能負担でなく応益負担のほうがよいのではないか。
78. 1割は当然。使う人はそれ以上仕方がない。
79. 本来的には医療も同様と思いますが、医療や介護が必要となった人もお金のことを気にせずに、誰もが安心して生きていかれる仕組みづくりが必要だと思います（難しい問題ですね）
80. ご利用者およびご家族の収入に応じて負担額に差をつけてもよいと思います。
81. 介護保険制度が成り立たなくなるようなら、保険料を上げるより利用者負担を上げる必要があるのではないか。
82. 3割程度が妥当だと思う。
83. 所得に応じた負担がよいと思う。
84. 今のままでもいいのですが、介護保険の財源が厳しいのであれば2割負担までは構わないと思います。
85. 給付抑制に向かわないなら、1.5割増にしたらどうか。
86. 医療保険と同様に割合をわけても良いと思う。
87. 現状では今のままでも良いと思うが今後、利用者が増えてくることを考えると負担は大きくなるのもありと思う。ただし高齢になっても利用されない方については、介護保険料を「〇〇〇金」として返礼してもよいのではないか。
88. 2割位にしても良いのでは。
89. 収入に応じて。
90. 医療保険が3割なので3割が良い。
91. 1.2～1.5割増。
92. ランクにより負担割合を変える等行ってもよいと思います。
93. 介護度（介護にかかる手間）により、1～3割ぐらいの段階があっても良いのでは。（訪問介護の身体や訪問看護）

《問9》について

1. 財源確保のために必要。20歳以上(学生含まず)
2. 現時点での範囲で十分。同意見：30
3. 60歳～
4. 高齢化社会なので、70歳以上でいいと思う。同意見：2
5. 第2号被保険者の拡大となる。少子化による若年層(生産世代)の負担増。
6. 20歳～ 同意見：5
7. 30歳～ 同意見：10
8. 35歳～ 同意見：2
9. 収入の少ない若い人への負担は生活難民の拡大にもなりかねないと思われる。労働関係とあわせて45歳にする。(45歳＝中高齢)
10. 過剰にサービスを利用することで圧迫しているところが有る気がします。その辺の整理も必要ではないか。
11. 介護認定基準の調整は必要かと思いますが、範囲までは必要ないかと思います。
12. もっと公費を使い、被保険者の範囲を拡大させないでほしい。
13. 若い人があまりにもかわいそうです。いずれは若い人も介護のお世話になりますけれども少ない人数で多く支えることは大変です。 同意見：4
14. 年齢は決められないが、成人すればよいのではないか。
15. 今の時点では不要。もっと介護保険や年金の制度維持に対する信頼を高めてから若い人たちへ拡大すべき
16. 成人したら収入に応じて。
17. 必要な場合、不要な場合どちらにせよ介護保険と医療保険の区分をもう少し明確化してほしい。
18. 35歳まで範囲拡大。(若年型の脳内等疾患が増えている、医療機関でのリハビリの実施期間が制限、徐々に縮小されていることで、リハビリを受けられない現状がある)
19. 現在の枠組みで対応できないので、年金同様20歳以上。
20. 自分の体は自分で守る。それ以上必要と思うなら私保険をかける必要あり。
21. 若い人たちは経済的に苦しいのにさらに負担がかかるのは大変。
22. 今のままで良いと思うから、無駄をなくすことから始めるべきだと思う。
23. 何歳までと決められない、若年でも必要とする人がいるはず。
24. 病気により制限が無いと良い。現行の「出・入」を明確にされた上で考える。具体的イメージがわからない。
25. 多くの若年者の生活が安定していない現在、若い人から集めるのは無理(年金・国保と同じことになる)
26. 今後の財源を考えるとこれ以上拡大することができるか疑問。
27. 「介護」というひとくくりにはされるが、高齢者への支援と若い障害の有る方への支援とでは、ソーシャルワーク・ケアマネジメント・ケアワークいずれにおいても異なる専門性が求められる。一括して介護保険のサービスということでは、利用者にとっても支援者にとっても望ましいことにはならないと思う。
28. 「介護保険」というシステム自体考え直す必要が有る。社会保障費の中でなんとかならないか。
29. 将来的には有り得ると思うが、すぐは困難と思う。
30. 40歳～70歳が2号被保険者・71歳以上が1号被保険者。
31. 医療保険と異なり介護保険では被保険者が要介護状態になった場合には、利用できることが前提です。今以上若い方の場合、どのような条件のときに適用になるかと考えると、理解が得られるとは思えません。

32. 今後、財源確保が困難になってくれれば範囲拡大の対象になっていくと思います。
33. 現在40歳からだが、雇用不安もあり若年層の負担は増える一方。世代間契約とは言っても、これ以上の負担増は難しいのではないか
34. 具体的に明確な基準を決めてから（年齢だけではない）
35. 制度利用が必要な方が利用できるといい。
36. 介護保険は老化に伴う疾病などで利用できるもので、若年者には合わない。保険料の使い方の検討と行政の負担分を合わせて検討する必要がある。
37. これ以上の負担は厳しいと思われる。
38. 介護保険料の支払いも学生を除き20歳以上に義務付け被保険者の年齢制限はなくす。介護が必要とされれば受けられるように。
39. 被保険者を拡大するのか、社会保障費の根本的見直しをして税制を見直すなど、大きなスパンで考えるべき。
40. 高齢社会、行く末が見えているのに範囲拡大要すとの考えには答える言葉がありません。
41. 必要。若い世代（20歳・25歳）から介護保険に加入していただき、介護予防という概念をもって年を重ね、日常的な生活の中に「要介護にならないための習慣」を身につけてもらう。
42. 年齢区分は現状でよいと思うが、障がい等で利用できる制度を別枠でたてるなども1つの案となると思う。
43. 混乱する。
44. どちらとも言えない。
45. 医療や社会制度利用年金期間より、介護保障対応の期間が長い。医療や社会制度の改定されたものが介護保障制度に組み込まれている。若年者のあり方の考慮要す。
46. 保険料支払いからの年齢でよいと思います。
47. 年齢の拡大は必要性を感じないが、特定疾患疾病枠を緩やかにするのはどうか？
48. 20歳~にすればよいと思います（年齢によって金額を変える）
49. 範囲は今のままでも対応できている。ただ40歳以上、2号の特定疾病には内容をもう少し検討してもいいと思う。
50. 保険料を払えるように、雇用確保が先では？
51. 20歳から使えるようにすると、年齢制限がなく問題がないと思います。
52. 拡大することにより2号の方も増える。介護従事者の人材不足で対応しきれなくなる恐れがあるから、現状のままでよい。
53. 範囲の拡大は必要に応じて。
54. 年齢は関係ないと思われる。範囲の拡大は必要なときに。
55. 高福祉高負担の社会形成をするためにも20歳より徴収すべし。
56. 消費税を上げ福祉事業を充実させてほしい。
57. 重大疾患により30歳。
58. 介護が必要な状態になった方が、誰でも利用できるということは必要と考えます。
59. 30代に保険料を支払えというのは、かわいそう。年金と同じでピンとこないと思う。
60. 現在、65歳の人で介護保険の利用が必要な人は少ない。拡大は必要ではない。
61. 被保険者の年齢は70歳くらいからでよい。70歳以下に必要な人は2号被保険者。
62. ケースバイケースがよいかと。
63. 50歳以上。
64. 利用負担の1割を維持できない状態になったら、やむなく拡大すればいいと思うが、現時点ではあまり

若い人にまで拡大すべきではないと思う。

65. 40歳以下から介護保険料を徴収できるようになっても、若年層の生保者が増加するように、これまた同じことが起こりかねない。
66. 拡大する意図やメリットがかなり狭い範囲にしか効果がない。それよりも、障がい者施策との統一を図るべき。
67. 加齢に伴う疾病等が定義となっているため、現状のままで必要性は充分だと思います。
68. ターミナルが特定疾病にかかるが、30代でターミナルとなっても利用が出来ない人も多い。若い人は子どもが小さい、一家の大黒柱就労できなくなり、生活が困難になる等とても苦しい。どの年代で区切っても問題解決には至らないが、20歳以上とか、又ターミナルのみ年齢を下げる等。
69. 年齢を拡大することにより、ますます若年者への負担が多くなるのはいいかがなものか。雇用状況が悪いなか、自分達の生活も確保できない人たちがいること。
70. 広げると別の問題もいろいろ出てくるのでは？（今でもいろいろ問題があるのに大変）
71. 高齢化が進み財源が厳しいので。
72. 若い人で就職ができない人も多いのに、範囲は拡大出来ないと思う。そうではなくて、年齢は若くても働いている人からなど、ある程度の年収制にすればよい。
73. 高齢化が進むため必要。
74. 収入に応じてほしい。何歳からとは一概に言えない。
75. 現状でよい。
76. 少子高齢化で範囲拡大は現実、避けられない。今までより10歳は拡大しても許せる。
77. どちらともいえない。保険料負担の年齢も下げなくてはいけなくなるので。
78. 40歳以下で使う必要がある方はほとんどいないと思います。

《問10》について

1. 介護を利用していない人も沢山おり(対象者であっても)不公平感を持っている人も居る。
2. 現在でも保険料が高いと思います。
3. 被保険者の範囲拡大をすれば、必要ないと思われる。
4. 消費税等別枠で。
5. メリット、デメリットをもっと深く検討する必要がある。
6. 利用者の負担を増やすことと同時に、引き上げが必要だと思います。
7. 介護保険料の引き上げだけでなく、国会議員や公務員の給与も見直して欲しい。
8. 公務員の給料カット。
9. 過剰にサービスを利用することで圧迫しているところが有る気がします。その辺の整理も必要ではないか。
10. 引き上げは低所得者等軽減措置をとり、安定的に運用できる水準に持っていくことと考えます。
11. 介護保険料は40歳からであるが、収入が有る人すべてから保険料を支払って貰えば、保険料の値上げをする必要が無いと思う。
12. いたしかたない。
13. 介護保険に健康保険に市都民税に固定資産税に、支出ばかりが重なります。介護ばかりに掛けるのは片寄ると思います。十分な財源はどんなものにおいても不足しているからです。
14. 家族の金銭的負担がさらに多くなる
15. 国の負担を増やす。
16. 制度を見直し現状で続けられるようにしてほしい。
17. 保険料負担額としては上限に来ている。
18. 第3号被保険者(厚生年金)を無くし、個人がきちんと支払う。配偶者の陰に隠れる制度廃止。
19. 今までが柔軟過ぎたのではないか。
20. 介護保険料引き上げにより、介護保険を利用する利用者の自己負担料が上がり、必要なサービスが利用できない状態となる。
21. 年金制度が確立してからの高齢者は年々増加しますので、引き上げは必要。しかし、それを使わなかった人々への多少の還元も必要かも。元気で生きる励みになるかも。
22. 介護保険料を引き上げるのではなく範囲を拡大して財源確保した方が良いと思う。
23. 保険料アップは、年金生活者にとっては経済的に負担が大きすぎる。
24. 現状のままで良い。同意見：4
25. 低収入であり、年金収入が少ないので支払分を捻出するのが大変。
26. 国の別財源から捻出してほしい。
27. 個人的には生活が苦しくなるから望みたくないが、いろいろな手段を取った上で最終的には引き上げも仕方ない。
28. パートタイム・アルバイトで働く人も保険料を支払うべきだと思う。介護保険サービスを利用できる条件は一緒だから。
29. 介護保険料の使い方、工夫をしていく必要があるのではないか。
30. 必要だと思うがこれ以上の引き上げは市民の理解を得るのは難しいのではないか。
31. 高齢者がこれから増える中、サービス面で考えていけば、利用する側からしたら、必要かもしれない。
32. 税金の分配を考え直すのが先。
33. 税の無駄使いを止め福祉に使えるように！

34. これ以上社会福祉の負担をあげるべきではない。消費税率の段階的アップが一律平等である。年金受給者の所在調査を行う（例えば、対象年齢を80歳以上～）
35. 財源を明確に提示すべき
36. 財源確保するためには、保険料の引き上げしかないのか？！引き上げは最終手段とするべき
37. 現在も介護保険料は基準額が4000円強となっており、年金生活の高齢者にとっては負担が大きい現状を考えると引き上げは難しいと考える。
38. 財源を確保してサービスを維持していくか、サービスを再編して持続可能な制度にしていくのかになると思います。
39. 高齢者がこれから増える中、サービス面で考えていけば、介護保険料の引き上げは利用する側からしたら、必要なのかもしれませんが。
40. 必要に応じて。
41. 生活費が逼迫する。
42. ある程度の引き上げは否めない。
43. 保険料以外の財源を増やせれば。
44. 消費税を引き上げ、税負担を全国民で考えていかないと繰り返しこの問題が出てくると思う。
45. 消費税等で国民全体から財源を確保。
46. 国庫より財源確保が必要だと思う。
47. 福祉目的のために国から予算を算出すればいい。
48. 年金給付や医療保障制度などと合わせ、負担可能なものであるべきです。支払えなければ、利用できないのですから限界があります。
49. 財源を確保して充実化を考えていけば無限に引き上げの方向を考えなければなりません。介護保険を支払うべく年代層にもそれぞれ経済状況にばらつきがあり、格差があると思うから。
50. いくら上げても、ずさんに使えば又足りなくなると思う。使い方を検討してからだと思う。
51. 大幅な保険料の引き上げには反対ですが、引き上げは必要だと思います。
52. 税方式に。社会保障に戻すべき。サービス、サービスってアメリカ追従はいい加減にしてほしい。
53. より明確な応能負担があってもよい。段階の所得「～円以上」の額が低すぎないか。
54. 年金支払額の低下が見込まれる中、保険料アップは日常生活のレベルを低下せざるを得ない状況に追い込むことになる。
55. 介護保険料の引き上げだけですむ問題ではなく、根本的な見直しが必要。
56. 生活困窮になる。
57. 現在の内容でもまだ必要のないプランもあると思われるので、見直しが必要だと思う。
58. 現状の保険料でめいっぱいという家庭が多いと感じます。
59. 介護保険料を引き上げて財源を確保することは安易すぎる。この保険は国全体で支えていくものなので、公的な部分の費用を使う仕組みをまず検討してほしい。
60. 低収入者が多いため介護保険料の引き上げは不要。
61. 今でさえ、支払うことが厳しい人が多い。介護保険料を支払い、サービスを利用していない人も多い現状で引き上げは難しいと思う。
62. 財源見直しをした上で、解決が無理であれば引き上げ検討。
63. 年齢なども考慮し保険料の見直しは必要。
64. 理想は引き上げなくて賄えるのであれば必要ないと思うが、現状は難しいと思う。
65. 介護保険料の引き上げは最終的手段。公費負担分を引き上げるべき。

66. 全く別枠からの財源から出して欲しい。
67. これ以上の社会保険料の引き上げは困難。支払えない。高額所得者の割合を増やす。
68. 公費部分の検討にて対処すべき。
69. 必要だと思うが、所得により負担上限があるのが望ましい。
70. 財源が不足しているのであれば、常識的な範囲での引き上げはよいと思う。
71. 利用者も今後増えることが予想されるので、必要。
72. 軽度者を保険対象外とする前に、財源を確保すべきであり、公費負担割合を上げると共に、介護保険料も引き上げてもっと制度を充実させるべきだと思う。
73. 年金生活者にとって支払いが厳しくなる。
74. ある程度必要であるが、大幅増は不要。消費税増や無駄の削減により、財源を確保する。
75. 公費で財源確保してほしい。
76. 国が国民のために財源確保すべき。
77. 生活が厳しくなる。要支援者のサービス見直しをする。
78. 引き上げは仕方ない。使う方が支払うしかない。
79. 介護保険料が払えなくてサービスを利用できない方もいるため、そのことを考慮した検討が必要と考えます。
80. 国の効率的な税の活用。無駄の削減。不必要な天下り機関の廃止。
81. 引き上げは多少は必要だと思うが、何倍にもなることは避けるべきである。
82. 徴収対象者（被保険者）を増やすことから始めればよい。
83. 介護保険料の引き上げは必要ですが今後、高齢化がすすみ国の負担も必要。
84. 引き上げはやむを得ない。
85. 自治体ごとに決められた金額ではなく、収入にあわせてほしい。
86. 確保＝引き上げではなく、その前にいろいろな無駄を財源確保に回してほしい。
87. 財源確保としては必要だが、国民の負担になる。
88. これ以上高くなると、年金生活者のほうが負担が大きくなる。
89. 引き上げを考えず現在の予算の中で組み込んでほしい。
90. 生活が苦しくなる。
91. 引き上げではなく、被保険者範囲の拡大。
92. 利用者負担。

《問11》について

1. 公務員の給料カット。
2. 要介護認定が適正化されていないので、適正化を徹底する。国の予算の使途を、介護保険にもっと当てる。
3. 要支援1・2の利用者のサービスは必要ない。
4. 公費を追加する。
5. 財源を他より補う。
6. 居宅介護支援事業所を完全に独立した組織にし、客観性・中立性を担保する。サービス提供事業所と同じ法人は居宅介護支援事業所を併設できないようにする。
7. 財源の確保。
8. 今後老人人口が増加するのは分かっているが、そのために利用者負担割合の増加・要介護認定の廃止もしくは変更によるコスト削減・サービス提供範囲の縮小を行うのは苦しめること。国がもっと予算を増やしていく方向になってほしい。
9. 家族介護が無い今、もっと年齢を下げて保険料を徴収してもよいのではないか。
10. 一率1割ではなく収入その他いくつかの要件を設定してみてもどうか。
11. 要支援は必要ないと思う。
12. 保険料は収入により段階をさらに分けて、低収入の方は、保険料を引き下げ、収入の高い方の料金を引き上げる。利用料金に補助を。税の分配を考え直す。
13. 互助のシステムが無い以上、税負担は避けられないのではないか。
14. 1, 2, 3, 4すべての効果はあると思いますが、どのような影響があるかをよく議論していく必要があると思います。現行のままでは制度を持続できないと思っている人がほとんどだと思います。
15. 6は全軽度者除外ではないが、負担割合やサービス提供見直しは必要かと思う。
16. 現状、問題点を現場で洗い出す。
17. 利用料金に補助を。
18. 税に分配を考え直す。
19. ケアマネージャーのアセスメントにより、サービスを利用できるようにすること。国全体で支える制度とするため、公費を利用できるようにすること。
20. 制度の変更のつど事務手続き等、書類作成も多くひとりひとりに合ったケア・プランについて考えることも時間もとれない。
21. 制度そのものを見直すべきです。しかも長期スパンで！目先のことを考え、ころころと変わるのでは現場は大変です。せつかくユニット・小規模多機能をつくり個人重視の方向でいくと思いきや、逆戻りして多床型をすすめる・・・納得できません。
22. インフォーマルなサービスの充実。
23. 社会的に介護休暇を認め合える（経営サイドも同僚も）
24. 一律ではなく所得に応じた応能負担をより明確に取り入れるべきだと思う。
25. 予防廃止。市は特定事業のみ。介護保険は都・県が保険者で限りなく税方式にする。透析やIVH等、重度は在宅介護から外して入院対象。給付しない。
26. 他法の見直し等による財源の確保。
27. 公費の負担割合を増やす。
28. 介護保険料や福祉目的税を高収入の階層の人・企業から徴収するような仕組みがよいのか・・・
29. 消費税の10%引き上げもやむなしで増税分を福祉に利用するべきだと思います。

30. 全て当てはまらない。介護保険制度より生活保護者の増加を止めるべき。特に若年の生活保護者が多すぎる。
31. 介護報酬引き上げ。
32. 無駄な事業・不要な特殊法人をなくすことにより、財源を確保する。
33. 不要な加算の見直し（施設のサービス提供加算等）
34. 介護保険料の引き上げは仕方ないと思う。財源が足りなくなるので、消費税等の導入は仕方ないが、無駄使いはやめてほしい。法人等の人件費に消えるのはだめ。
35. 介護保険は制度としては不可欠であり、持続していくべきだと思うので、財源を確保することがまず重要だと思います。
36. 国民全体が平等に負担するという方式をとり、利用者の方が負担をするということは避けるべき。
37. 社会保障制度を見直すべき。生活保護者の増加が重要問題（行政はもっとしっかりチェックすべき）保険料や税金の未払い者（長期間）延滞者への規制を行ってもよいのではないか。
38. 国・保険者が介護サービス（特に訪問介護）の利用の適正な範囲をもっとPRしてほしい。
39. 社会福祉である以上、基本的には国が負担することになるが、国の負担はすなわち国民の負担なわけであって、どういう社会福祉を目指すのか、そのために何が必要でどういうメリットが国民にあるのか、広く議論すべき。厚労省や福祉関係者だけで議論しても始まらない。
40. 今まで使えたサービスが使えなくなる・・・といった毎日の生活の変化が顕著なものについて理解するのに時間がかかり、慣れた頃に改正となれば心身状況の悪化につながる可能性があるため、保険料の引き上げや負担割合の増加がやむを得ないのではないか。その中で、あきらかな余分な給付は抑えていく必要があると思います。
41. 介護保険制度の中だけでなく国全体で介護の問題を考える。
42. 利用者負担割合の増加は条件付きとする（収入制限等）事業所へのこれ以上の締め付けは必要ない。
43. 今のままで良い。
44. 一律の年齢ではなく生計が立てられる人のみ。

《問12》について

1. 朝令暮改の制度改正に疑問を感じる。改正のたびに事業所や利用者是对応し振り回される。次回の報酬改定の際にすぐに廃止しなければならないような加算を設定するとしたら、その議論の内容の妥当性に疑問を感じる。
2. 約2年前に評価を考えたのは国、方法が間違っていて算定理由が低いなら、失くすのではなく修正が筋だと思う。
3. 実際の仕事の差・手間等を評価してもらえる加算にしてほしい。
4. 約2年前に評価を考えたのは国。方法が間違っていて算定率が低いのであれば、無くすのではなく修正が筋。
6. 加算の条件が厳しい。そのため加算をとることが面倒くさい。報酬そのものを上げてほしい。
7. 加算がとれない小さな事業所が淘汰されて大きな事業所が生き残ることになるのでは→国が管理しやすい。
8. 退院へ向けての相談を受けて何度も足を運んでも、そのまま入所になったり、相談のみで利用につながらないケースが多いと、報酬に結びつかない。認知症加算は医師の認識のせい、アルツハイマーの診断があっても取れないことが多い。結局はゆっくり話を聞けなくなることになると思う。
9. ペーパーワークに喜んでる姿が滑稽でした。廃止は正解！小さい事業所はつぶれろという方向は変わらないと思う。
10. 加算にかかる業務が煩雑すぎる。加算の種類を減らし業務の簡素化を図るべき。廃止であれば、特定事業所加算の該当用件を緩和すべき。
11. 加算廃止など理解できない。多くの資料と連携を図らせ、ケアプラン作成の手間を賃金として認めていただけない状況となることは、労働基準法に抵触することになると思う。私も労働者です。労働に見合うだけの報酬があって生活を送っているのだから。
12. 今まで行ってきたことの評価（独居加算や医療連携等）と考え、加算ができたことを喜んでた。算定率が低いから廃止とするのは納得がいかない。
13. 独居や認知症だから必ず大変というわけではないので、この算定方法は適正か疑問でした。
14. 問7にも書いたが、目先のことだけで行き当たりばったりにするのは止めたほうがよい。医療もそうだが「加算」が多すぎる。本体部分を徹底的に考えるべき。
15. 3年ごとにころころと改正され、利用者もとまどっている。
16. 制度が変化しすぎる。加算ではなく本体報酬を上げてほしい。介護度の低い利用者のほうが訪問回数も多く、手間がかかる相談も多くあり低すぎると思う。
17. 必要でない加算は不要とすべき（たとえば事業所加算）ヘルパーステーションの加算は単位オーバーの時はとても利用者の負担も大きい。

《問13》について

1. 中立・平等の立場(意識)を保つため。
2. 実質的な値上げになる。
3. ケアマネの実際の働きを見ると1割では少ないと思う。
未収金を含む利用料管理等、事務負担が増大する。
4. なぜ10割給付されるようになったのか？を考えるとケアマネは利用者や事業所にとっても公平な立場であるべきと思う。そもそも居宅介護支援の必要性を理解できない利用者も少なくない中で、介護支援専門員は苦勞することも多い。そのため、居宅介護支援を利用しない利用者が増える。結果、介護支援専門員の介在のないサービス利用が増え、給付の拡大・自立支援の視点の欠如が著しく起こる。また、ケアマネが不在になることで支援の枠組みにおけるソーシャルワーク機能が低下し、虐待事例の増加・家族の介護負担の増大・不適切介護事例の続出など、社会問題が深刻化する恐れが有る。また、権利意識を煽り、利用者から不当な要求の強要が介護支援専門員になされるケースも増える。
5. 窓口がお金を取ることで低所得者層は利用を控えてしまう可能性が有る。
6. 財源確保の検討が必要であれば利用者から利用しているサービスの一部分を負担するという一方で、理解が得やすいと思います。
7. 負担にするなら担当件数をもう少し減らしてもらい、もっと濃く対応したい。
ケアマネージャーへのクレームが増えそう。
8. わからない。
9. どちらとも言えない。
10. 介護保険サービスについて、社会的環境が理解を深めていない現在、ケアプランを作成し自立に向けた適正なサービス調整は必要になる。少しの知識ある方が不当にサービスを乱用しないためにも、ケアプラン有を前提にするためにはプラン料金の1割はないという期間を延長する必要がある(期限つきで)
11. 自己作成をする方が増えると、利用者の意向のままにサービスを利用する人が増える。介護給付増大に直結すると思う。
12. 利用者に通じない言語をつかい、読めない書類をつくり、自分を偉いと思っている。相手がお金を払うことが自覚できれば、コンピューターオタクが減る。
13. 介護支援専門員の事務がより一層、煩雑になるため。
14. 1割負担より負担割合を上げるべきではと思われる。
15. 何でも無料の時代ではない。
16. 利用者への負担増は回避すべき。
17. 財源がなければ仕方ないと思う。利用者にも負担してもらうことは必要になっている。
18. 確かに介護保険での1割負担がないのは居宅支援だけで、サービス利用に際してどのケアマネージャーでも良い仕組みで、質が高い低い問題はとされず、選ばれるケアマネージャーの仕組みにはなっていない。
19. 初回相談においては実績が支払われるようになればよい。相談だけで、1回も給付請求が発生しないケースもある。
20. ケアマネージャーが行っている業務内容があまりにも多く、事業所ごと・1人1人のケアマネージャーごとではばらつきも大きいのに、何に対しての負担なのか明確にできない。
21. ケアマネージャーの職務をきちんと利用者様に理解していただいたうえで、報酬が発生する。
22. 支払いが困難な人が多いことと、サービスありきになる可能性が大きいため反対。
23. それでなくても経営も大変なのでは？

24. これまでと同様負担なしがよい居宅介護支援につながると思います。

《問14》について

1. ケアマネの仕事がなくなるのは非常に困る。
2. 現在の介護保険制度が理解できていない状況で、高齢者の増加、財政難のためとはいえ、全国民に十分理解の徹底がされる必要がある。日本を支えてきてくださった方々の行き方、価値観を忘れた制度であってはならないと思います。
3. 高齢者の「生活を守る」将来のビジョンを見据えた長期的な計画を打ち出して欲しい。介護従事者の処遇・働く場の保障。
4. 介護報酬、点数の引き上げで、介護の人材が確保できる。
5. 利用者としてはサービスが増えることは良いことだが、働く側としては事業者の収入が減り、給料減になるのは困るので、両者ともにより良くなる改定を考えて欲しい。
6. 介護報酬のアップ。加算によるものでなく、基本ベースのアップ。
7. 改定の度、不満がでている。利用者・家族・サービス事業者が万歳できる制度が出来上がることを期待します。
8. 介護報酬の引き上げをしてほしい。
9. 在宅高齢者の日中独居の不安・寂しさが解消できる見守りサービスの充実。
10. 軽介護者への給付がなくなるならば、その方たちへの代替サービスや体制を整えてからにしてほしい。
11. 財源確保の課題はあるが、利用者本位の視点で制度を考えてほしい。
12. 自分が介護を受ける時は十分な介護を受けたいと思いますけれど、それは難しいと以前から分かっています。ではどうしたら良いか・・・私自身もっと介護の勉強をしなければ答えは出ません。
13. 個人の生き方の選択肢が狭くならない様、住み慣れた場所で安心して暮らせる制度にしてほしい。
14. 生活援助なしの介護では、地域の中での暮らしは成り立たないことを十分に理解したうえでの制度設計を行ってほしい。
15. 受ける側・仕事をする側の思いを考えた改定。
16. 人の生きざまに係る大事な仕事を軽々しく考えないでほしい。みな心身を削る思いで携わっているはず。特に一家を支える立場に有る人に十分な報酬をだせるようにしてほしい。
17. 制度改定については、現場のことが分かる人は策定委員会に入ってほしい。あまりにも、現場のことをわかっていない。
18. 一人ひとりのニーズに対応したサービスを受けることのできる制度改定をしてほしい。
19. ケアマネの質向上については、一人事業所立ち上げの際の指定基準を厳しくした方が良い。その方向で、報酬アップを。
20. 生活援助は、安すぎる(1割ではなく、3割くらい)高くしてヘルパーのマインドも上がると思う。
21. 病気をしたり年を摂ると、自分でできなくなることが多くなります。でも一つでも助けてもらうことにより、今までの生活を送ることができます。介護される方、介護する方とても大変です。私も介護を経験しましたが一つでも助けられることにより救われました。老後は安心して暮らしたいです。
22. 消費税の導入、受益者負担、保険料の値上げのいずれを検討する上でも、私たちに分かり易く説明して、見えるようにしてほしい。どんなに厳しくても持続可能な制度のためには、こうするとはっきり示してほしい。
23. 利用する高齢者が理解納得できないような制度はよくないし、改定も頻繁にあってはついていけない。
24. 少しは今までの事を積み上げて行ってほしい。3年ごとに方針転換することで混乱するのは国民だ。
25. 灰色な部分を公開しサービスを提供する、される側が納得できるようにしてほしい。
26. 給付をいかに制限していくかのような改定は止めてほしい。制度を説明するケアマネージャーが対応に

大変になるような改定はしないでほしい。

27. 「この範囲でどう使うか」ということから考えがスタートしては、「どうあって欲しいか」がみえなくなってしまう。介護が必要になっても、生活を支えられる制度であらねば意味がないと思います。
28. 介護従事者の給与改善。
29. 働く側にも、利用する側にも思いやりのある制度改正をして欲しい。
30. 少しはいままでのことを積み上げて行ってほしい。3年ごとに方針転換することで混乱するのは国民だ。
31. 低所得者にはもっと低負担を、高所得者にはもっと高負担をさせるべきと考え、それに沿って制度も考えれば良いと思う。
32. もっと現場の現状にあった内容にしてほしい。現場を知ったうえで決めてほしい。
33. 同居介護者の介護負担が軽減されるよう、生活援助（買い物代行など）に対する柔軟性をもっと考慮してほしい。
34. 軽度者対応。地域での柔軟な居場所提供により、できることによる社会参加・活動なども行われる整備により対応していく。施設介護従事者の資質向上・賃金の安定（長時間の精神的・身体的負担大きい）人間らしく生活できる安定したサービスの供給を望みます。
35. 現状を把握した上で、高齢者の方々が安心して生活を送ることが優先される内容の見直しになって欲しい。
36. お泊りデイサービスはやらないほうが良い。
37. お泊りデイサービスとショートステイとの差がよく理解できない。デイサービスは日帰りとして、それぞれのサービスに従事するのが良いと思う。
38. しっかり決めてケアマネージャー・保険者がしっかり把握した後に開始してほしい。いつも細かい冊子がきたりQ&Aなどで調べたりするが、確実な答えが出てこないことが多い。現場の声を優先してほしい。
39. 予防廃止。全て介護給付で。
40. 応能負担を明確に入れるべき。この形であれば平等な受益者負担が実現するので、一律上げる・下げることを考えるより現実的と思う。受益者が相応の対価を支払うことで、介護職員の処遇改善につなげてもらいたい。まかり間違っても制度の大幅な変更で、システム等の投資が膨大になるような改悪は行わないでもらいたい。
41. 介護保険制度の方向性・考え方としては評価できます。在宅の概念を超えサービス調整していくことは必要になると考えます。一人暮らしの高齢者がいつまで、本来の在宅で生活できるか？ということを見ると、自分で選んだ施設も在宅。しかし、社会的・環境的整備が物理的にも精神的にも整っていない現在は、時期尚早と考える。
42. 要支援者の見直しや利用者負担増は仕方ないと思う。実際、必要のない家事援助を求められることがある。料金を上げることで自立を促せる例もあるかもしれない。お泊りデイについては、緊急ショートを探すことが困難な現状を知らないでなぜ反対するのか？
43. 財源の確保等必要かと思いますが、利用者負担割合の増加には反対です。反対ですが、福祉目的税の導入等、何らかの形で徴収が必要となるでしょう。
44. 高齢者が増加している現在、利用者の立場になっては当然だが、従事者の雇用も含め考慮する制度改定を望む。
45. 要介護者やその家族が安心して生活できるように改定を望みます。
46. 利用者の身体状況が悪化したり、在宅生活を行うことが難しくなってしまうようなサービスになってしまうことは避けてほしい。
47. 公的資金の導入。

48. サービスをパッケージ化するのではなく、介護保険法をもっとわかりやすいシンプルなものにすることで、報酬や保険料が増加することになっても国民（利用者等）の理解が得られる割合が増えるのではないかと思います。今の制度については、健常者の方に説明してもなかなか理解していただけないので困るときがあります。
49. 介護保険制度のことだけを議論してもどうにもならない。この国の社会福祉についてまず議論すべき。このままなかば儀式的に制度の見直しをしても、結局行き当たりばったりになるだけ。地域ごとにいうなら、社会福祉法人というものが何のために存在するのか見直すべき。
50. 介護予防サービスは中止してほしい。3年ごとに改正しないでほしい。福祉用具購入は安易にPトイレ購入がされていると思う。もう少し検討したほうがいい。
51. 実際の現場を見ていろいろ決めてほしい。
52. 複雑化している制度をこれ以上複雑に細かな仕組みにしないで欲しい。更には利用者の生活実態に合わせ、利用しやすい制度設計に直してほしい。
53. 介護者が前向きになれて安定して働ける制度であり、利用者の方に負担がなく安心して過ごせる制度
54. 介護報酬プラス改定。
55. 消費税等が上がることは、これだけ高齢者が増加しているので仕方ないと国民も思っているが、行政法人・独立法人とか不要な法人をつくったりその方たちの人件費に消えるのではなく、現場で働く人たちに還元しないと若い働き手がいなくなる。希望のある職種にならないといけないと思う。
56. 地域包括が要支援者全てを管轄すべきと思う。
57. 制度を縮小させることなく、拡大を目指して欲しい。
58. 給付抑制のための改定ではなく、ニーズに的確に答えるための改定にしてほしい。
59. 改定ばかりで嫌になる。頭のよい人が集まって考えていると思うが、振り回されてばかりだ。
60. 要支援が必要であるが、検討してほしい。地域で住みやすいサービスが誰でも利用できるサービス内容であるとよい。ショート利用が認知症状により利用できなく、家族の介護負担が増大している家族がある。ショート利用が必要時に利用できるサービスにしてほしい。
61. 通所に関しては送迎加算の導入。入浴サービス加算の単位引き上げ。お泊りデイサービスは止めたほうがよい。他、介護報酬の引き上げ。
62. 認定期間を長くする。
63. 利用する側はもちろん、働く側が納得できる改定であって欲しい。
64. 介護する側、利用する側、共に人間として生活出来る事を第一に改定の内容を考えて下さい。
65. もう少し書類が簡素化されるとよいです。
66. 介護の職場の声を聴いて欲しいと思います。人間らしい暮らしができるような制度改正をお願いします。
67. 今のままで変わらないことを希望。財源の工夫を国でもっと考えて欲しい。介護従事者の介護報酬を上げてください。
68. 高齢化、国税の減少が進むなか、現状維持は難しいと思う。利用できる人には良く（特養入所）（介護保険高額介護費）（生保の方の無料）利用者負担は見直しが必要ではないでしょうか。ただし小規模事業所としては不安があります。
69. 介護に携わる者にとって、やる気の出るような、労働量に見合う報酬を受け取れるようになって欲しい。また、低所得の利用者にあまり負担のないようにしてもらいたい。所得の多い人からより多く出してもらうように。
70. 被保険者の範囲の拡大と福祉目的税の導入が不可欠だと思う。財源が無ければ制度の維持はとてもできない。