

2009年7月13日

要介護認定の見直しに係る検証・検討会

淑徳大学
准教授 結城康博

新要介護認定システムに関する意見

1. 今後の検証・見直しについて

一部の全国紙でも報道されたが、私は独自に、「2009 要介護認定調査に関する現場実態緊急調査報告」2009年6月30日付（結城・本田）として、あくまでケース・スタディではあるが、新要介護認定システムに関する現場実態の調査結果を公表した（本検討会では、『自治体・審査員・調査員等編』のみ、参考に資料を配布）。

それらの結果、新基準の問題点は推察できるものの、今後、厚労省の全国調査データを踏まえたうえではあるが、一次判定ソフト（コンピュータソフト）は、このまま活用しながら、運用面での検証・見直しの議論を重ね、早急に経過措置解除の方向性を模索すべきと考える。

具体的には、「2009 要介護認定調査マニュアル」の判断基準及び説明文の変更・追加などの作業を実施し、できるだけ早く通常どおりの要介護認定調査を実施すべきである。

2. 厚労省全国データを注視するポイント

今後、検証・見直しにあたって、厚労省の全国調査データを、以下のポイントで注視する必要があると考える。

- ①「一次判定」と「二次判定」との差は（重軽度変更率）？
- ②要介護度別の「一次判定」と「二次判定」との差は（重軽度変更率）？
- ③在宅と施設の要介護認定調査結果の差は？
- ④地域間のバラつきは（要介護度別出現率及び重軽度変更率）？
- ⑤従来と比べての、自立（非該当）の出現率は？

3. 2009年要介護認定調査マニュアルの変更

私は、自治体、要介護認定調査員、審査員、主治医等から現場実態を把握するため、自由意見形式で調査を行った（別紙、配布資料参照）。この中には、「調査が明解になった」「調査項目がわかりやすく、調査自体がすっきりした」「一次判定ソフトの精度が上がった」との、新基準に対するプラスの評価の意見も寄せられた（配布資料P12～13）。

しかし、多くの意見は、「調査項目に関する判断基準の変更」「さらなる丁寧な説明を加えるべき」等のマニュアルの変更を希望するものが主であった。なお、本調査で多く寄せられた、具体的なマニュアル等の論点箇所は後述のとおりである。

ただし、要介護認定調査に携わる従事者は、「一次判定ソフトを見直すべき」「新基準を凍結して旧基準に戻す」等といった意見は皆無であり、あくまで運用面での見直し・変更を希望する意見に終始していた。

4. 2009 要介護認定調査マニュアルにおける主な論点箇所 (配布資料 P13～19 P31～33)

①第一群

1-1 「麻痺」 1-2 「拘縮」 1-5 「座位保持」 1-8 「立ち上がり」

②第二群

2-1 「移乗」 2-2 「移動」 2-3 「えん下」
2-4 「食事摂取」 2-5 「排尿」 2-6 「排便」 2-12 「外出頻度」

③第三群

3-1 「意思の伝達」 3-3 「生年月日や年齢を言う」

④第四群

4-12 「ひどい物忘れ」 4-15 「話がまとまらない」

⑤第五群

5-3 「日常の意思決定」 5-5 「買い物」 5-6 「簡単な調理」

⑥特記事項について (配布資料 P20～21 を参照)

具体的な記入方法の説明を詳細にしてほしい。旧来の認定調査に比べ、特記事項に記入する時間がかかり、かなり労力が増えた。

5. 審査会委員及び自治体の意見 (配布資料：P3～11、P26～30)

主に審査会委員及び自治体関係者の主な意見は以下のようであった。

- ① 旧来よりも一次判定ソフトの精度は上がり、評価できる。
- ② 事前に審査会資料を読みこなすなど、審査会委員の労力が増えた (特記事項が多い)。
- ③ 主治医意見書が、医師によって異なり、参考になるものと、ならないものの差が激しい。
- ④ 審査会資料が簡略化され (日常生活自立度の組み合わせ、レーダーチャートなどがなくなった)、審査しづらい。また、事務局 (自治体) の負担が増えた。
- ⑤ 一次判定における「在宅」と「施設」との違い等の対応に苦慮する。
- ⑥ 経過措置は、審査会の機能を形骸化しているため、早急に解除すべき。
- ⑦ 調査員の能力の差 (特記事項の記入) により、二次判定が影響してしまう。
- ⑧ 一次判定を二次判定で覆す傾向が見られる (自治体に判定を完全に任せられるのか?)。

6. 主治医意見書 (配布資料 P34)

診察時と意見書記入時とのタイムラグが課題である。ただし、介護保険受給に不相当と思われる方が、時々見受けられる。

7. まとめ

厚労省の全国調査の結果を分析しなければ、安易に評価は下せないが、少なくとも「2009 要介護認定調査マニュアル」の変更は必要であろう (判断基準及び説明文)。

経過措置解除にあたっては、「2009 認定調査マニュアル」等の変更で対処できるとなれば、これらの解除に踏み切るべきと考える。また、調査員等への周知徹底も重要である (説明が不十分であると現場は混乱する)。

なお、「在宅と施設」「要介護度区分」「認定調査項目」等の要介護認定システムの根本的な論点は、長期的なビジョンで、今後の介護保険制度再改正の議論と並行しながら、別の検討会もしくは委員会で議論されるべきと考える。

2009年7月13日
配布資料（結城）

2009年要介護認定調査に関する 現場実態緊急調査報告 (自治体・調査員・審査員等の意見編)

2009年6月30日公表

淑徳大学 准教授 結城康博

助手 本多敏明

はじめに

第1章 自治体からのヒヤリング

第2章 認定調査員の意見

第3章 審査員の意見

第4章 主治医の意見

謝辞

はじめに

本調査は、データ編に続き、新要介護認定システムの実態を把握するために、「自治体のヒヤリング」「調査員」及び「認定審査員」「主治医」を対象に調査したものである。主に、ヒヤリング、アンケート等の方式で現場の従事者の意見を集約した。調査期間が2か月間（2009年4月14日～6月22日）であり、できるだけ多くの関係者に意見を伺うことができた。本調査が、現場実態を把握する一助となれば幸いである。

2009年6月30日
淑徳大学 結城康博・本多敏明

第1章 自治体からのヒヤリング

調査概要

首都圏を中心とした自治体（介護保険担当部署）を訪問し、新要介護認定システムについての実態を調査した。主に、自治体関係者からの意見を徴収することができた。対象自治体数は計8か所（ただし、1か所は、九州地方だったので、電話でヒヤリング）。

A 自治体：2009年6月5日訪問

※認定調査員比率（自治体及び社協：7割、民間ケアマネ3割）

①基準時間による二次判定について

- ・二次判定において認定調査「特記事項」「主治医意見書」の内容から、通常の例に比べて介護の手間が多い（少ない）要素があると判断しても、それが基準時間に換算してどの程度に相当するかについて具体的な資料は示されておらず、合議体によってバラつきが生じる可能性がある。バラつきを減らすことが、今回の制度改正の目的の1つと理解しているが、むしろ逆の結果になることを懸念している。
- ・第3回要介護認定調査検討会（平成19年11月9日）の資料によれば、基準時間は平成19年1～3月に介護保険施設で3519名を対象に実施した「高齢者介護実態調査」（1分間タイムスタディ）の結果によるものとなっているため、在宅高齢者（同調査には含まれていない）と、要支援1・2の高齢者については、基準時間への換算が疑問視される。
- ・基準時間は「食事」～「医療関連行為」の8区分を合計したものとなっているが、それぞれの区分に含まれる「介助」がどのようなものなのか、具体的な定義が示されておらず、介護の手間が基準時間に適切に反映されているかを判断することが難しい。

②一次判定ソフトについて

- ・一次判定ソフトによる基準時間の推計は、樹形図作成に用いた1分間タイムスタディのデータと、同一の定義で認定調査を行うことによって精度の高いものになると考えられるが、第2次モデル事業後の昨年末になってから、各調査項目の定義が変更されており、精度の低下を招いていないか、検証する必要があるのではないかと。
- ・一次判定ソフトに「状態の安定性の判定ロジック」が新しく搭載されたが、当市での判定事例を集計したところ、基準時間が長いほど不安定であるという判定をする傾向がある。審査判定すべき「不安定」の定義とズレが生じていないか、検証する必要があると思われる。（当市での850件の事例を調査したところ、基準時間32.0～34.9分となった対象者のうち一次判定ソフトが「不安定」としたのは20.6%であるのに対し、基準時間が延びると「不安定」の出現率が上昇し、47.0分～49.9分では93.5%に達する。基準時間70分以上では、100%の対象者が「不安定」となった。）

③審査会資料の作成について

- ・現在の審査会資料様式は、前回の調査結果を参考情報として表示するが、経過措置が適用された認定を前回情報として表示すると、調査結果と介護度に乖離が生じることになる。経過措置による介護なのか、あるいは考慮すべき要素がどこにあるのか、読みとりが困難となり、審査判定が混乱することが考えられる。経過措置については、ある期日をもって適用を終了するだけでは済まず、適用終了後にどのように対処していくかが今後の課題となる。

④認定調査について

- ・経過措置で、従前と同じ介護度を希望している場合、なぜ認定調査を行う必要があるのか理解を得ることが難しい。認定調査は、家族の方が仕事をもっていたりする中で、平

日中に時間を確保していただいで行うものであり、費用も1件あたり数千円かかるものである。検証のために一定数の認定調査を行うことは必要としても、全件について認定調査を通常通り行う必要性はないのではないか。

- ・認定調査員テキストについて、表現が曖昧すぎて、選択基準がわからない。県へ問い合わせても適切な回答が得られず、各市町村によって解釈を行うため、各市町村で解釈が異なる可能性が大きい。バラつきをなくすことを目指すのであれば、より具体的なテキストが必要である。また、都道府県庁を窓口とすると都道府県ごとに解釈が異なる可能性が生じるため、一括して迅速に対応できる問い合わせ窓口を厚生労働省に設ける必要があると考える。
- ・認定調査の調査項目の中で、調査時の状況で選択肢を選ぶこととなったものについては、調査時と日頃の状況に差異がある場合は特記事項に記載して補うとされている。しかし、一度だけ行う調査の際の状況が日頃の状況よりも優先するというような選択基準は、家族からの理解が得られにくいのが現状となっている。認定調査の内容は、認定調査員テキストを読み込まないと理解できないものとするのではなく、多くの人が容易に理解できる基準とすべきではないか。

⑤経過措置について

- ・更新申請については、状態が改善・悪化していることが明らかと思われる場合であっても、経過措置の適用対象外となることはない。一方、新規申請と区分変更申請については、経過措置の対象から外れている。今後、経過措置適用期間に更新申請を行う機会があった被保険者と、それ以外の被保険者の間で、公平性が問題視されることが考えられる。経過措置の適用対象を更新申請以外にも拡大したり、検証終了後も経過措置を適用可能とするといった対応を検討する必要があるのではないか。
- ・経過措置の希望調書は、すべての更新申請について作成することになっており、事務負担が大きなものになっている。例えば、認定結果通知の後に一定期間を設け、その間に経過措置適用希望者に申し出てもらおう方式にすることにより、事務負担の軽減を図ることができるのではないか。
- ・経過措置の適用終了にあたっての対応やその時期については、各関係機関及び各自治体と十分な協議を行った上で決めていただきたい。経過措置開始時のように、急に方向性を転換したり、時期をさかのぼって適用するようでは、利用者と事業者の混乱を招くばかりであり、介護保険制度の信頼を損なう。事前に具体的な対応方法を明示された上での終了でなければ、対応が困難である。

⑥要介護認定制度全般について

- ・今回の経過措置の趣旨にもあるように、利用者が安定的にサービスを利用できるようにすることが大前提であるが、今後、要介護認定者数の増加に伴い、更新申請に係る市区町村の事務量や経費等も増加していくことが予想され、現行制度の再検討が必要ではないか。

例えば、

- (1) 更新申請で認定が要支援と要介護の間を渡った場合、新規の認定として扱われるために有効期間が最長6ヶ月となるが、純粋な新規規定とは性質が異なるのでこれを延長すること
- (2) 改善することが考えにくい重度者について、審査会の判断により認定有効期間の終期を設けないこと。
- (3) 更新申請について、状態の大きな変化がない限り、簡易な審査判定により有効期間を延長できるようにすること。——が考えられる。

B 自治体：2009年6月2日訪問

※認定調査員比率（自治体：5割、民間ケアマネ5割）

①新要介護認定制度及び経過措置について

- ・「経過措置」というところの希望調書という考えが出てくる状況では、末期状態である。
- ・何が目的の新要介護認定制度なのか明記したうえで施行してほしい。
- ・要介護認定は介護保険制度において、介護サービスの利用に先だって利用者が介護を要する状態であることを公的に認定するものであり、この認定により介護給付の量を決定し、介護事業者より介護サービスが提供され、事業者はその対価を受けるという介護保険制度の根幹をなす重要なシステムのはずだが、今回の新要介護認定基準は信頼を失わせるものを感じる。
- ・今回の制度改正によって認定調査項目の変更が行われたが、この変更により生活状況の把握が大幅に制約されるのではないか。
- ・今回の改正による認定調査における判断基準の変更が審査判定に大きな影響を与えるのではないだろうか。
- ・調査項目が少なくなった分、これまで以上に調査委員特記事項の重要性を感じる。それだけに調査員の力量が問われ、調査員によって認定結果の明暗が分かれることにならないよう検証が必要と思われる。
- ・昨年、行ったモデル事業の問題点について検討する期間が少なかったのではないかとと思う。改正する際は、1年くらいかけて、話し合いの場がもてるような状況が作れないのか。
- ・経過措置において、認定審査会で改正後制度に基づく審査会での判定通りで良いとする方がどのくらいいるのでしょうか。以前と同じ介護度を希望する方が多いのでは、審査にかかる労力が無駄になる。

②認定審査会資料について

- ・認定審査会の初期の頃の資料が最も解りやすく、毎回、変わるたびにわかりにくくなる。平成21年4月以降の認定申請受付後の審査会資料は、状態像の例などもなくなり、調査員特記事項の「行間を読む」（文章の表面に表されていない筆者の真意を読み取る）行為もやりにくくなってきた。
- ・要介護認定等基準時間が帯グラフ化されたが、こうしたグラフを使うならばカラー表示にしないとわからない（見づらい）
- ・参考指標の日常生活度の組み合わせ、要介護度変更の指標が従来通り「介護認定審査会資料」に表示されている方が使いやすい。（今後、改定される場合、用いることとしてよい参考指標については審査会資料に表示するように検討をお願い致します）。認定調査、審査する側にとっても介護保険を利用する側にとっても、適切な結果を得られるような介護制度にしてくださいようお願い致します。
- ・新制度での審査会資料を見て、特に要支援1～要介護2での1次判定が以前より軽い傾向を感じた。今回の改正でそのように判定される仕組みとなっていることはないのでしょうか。今回の制度改正では、介護認定審査会とともに認定調査についても、色々見直しがありました。関連するテキストを読み込みつつ、審査会資料を読み込んでいくと事前の読み込みにかかり手間がかかる。（30件で3時間はかかる）

③認定調査項目、認定ソフトについて

- ・認定調査項目は各群の内容が整理され調査・審査しやすいように感じる。
- ・認知機能に関する調査項目が細くなり、動ける認知症の方の介護状況がきちんと把握できる調査内容になっていると思う。また、買い物や簡単な調理などの項目が加わり、生活状況も把握できるため、より対象者の人物像が理解しやすくなっていると思われる。
- ・新制度についての認定調査内容の改変では、本人の状態が今までよりも十分に表されて

いない。

- 旧認定制度の 1 次判定ソフトの仕組みに納得がいかなかったものがありました。(例えば、1 次判定を変更する事例が毎回、判定件数の約半分くらいあった状況であり、また調査項目では何箇所も「自立、できる」以外の調査結果になっているにもかかわらず、1 次判定が非該当となっているケースもあった)。旧認定制度では認定審査会資料の 7 群(問題行動)の項目はどうしても軽く見ているように思われる。身体介護を重く見ているように思われる。
- 1 次判定ソフトは、施設入所者のデータが元になっており、居宅や医療機関に入院中の対象者の介護度をうまく反映しません。今回の見直しでも「介護保険施設 60 箇所において高齢者実態調査(約 3500 人を対象)を実施し、これに「一般高齢者データ」を加味したとされますが、ベースは施設入所者です。
- 介護施設には気管切開をしているなど医療需要の高い方や、重度の認知症で手のかかる方は、受け入れてもらえません。独居老人は、きちんと日常生活ができていなくても、本人ができていますと答えれば「自立」となります。これまで何回も行われてきた制度改正では、医療時間の加算や動ける認知症への配慮など、それまでは認定審査会での二次判定において修正してきたことが、プログラムへ反映されてきました。しかし、今回の制度改正では、訪問調査における能力勘案など、現場の工夫が排除されましたが、かえって調査委員の聞き取り能力による個人差が広がる可能性さえあります。
施設では給食職員が刻み食など事前準備をしますが、居宅では食事の時に食べやすくする介助に時間をとられます。このように、施設で測定した介護時間を元に介護の時間を計るのは、無理があります。
- 多変量解析の統計ソフトが作る 1 次判定結果で、介護の必要性を適切に示すようにするために大切なことは、タイムスタディーの対象者を適切に選ぶことです。出た結果に加算の工夫で修正を加えるのではなく、判定に用いる元となる指標が充分なのかを見直す必要があります。施設に入所中なのか、介護者が身近にいるのかなどのファクターも、介護時間の算出にあたって影響があると考えて検証していただきたいと思います。
- 1 次判定ソフトは、介護にかかる時間が客観的に算出できることを前提に作成されています。しかし、介護をおこなうのは人間であるため、ばらつきとずれが発生します。介護度が低いときは、家族や本人がまだ頑張ると思うため、予防が必要な時期なのに必要な介護予防のためのサービス利用が遅れがちです。このため、聞き取り調査だけでは介護時間の評価が低くなりがちです。
- 介護度が高くなっても、施設には入れない場合は家族の疲弊から十分な介護時間がとれてない場合があります。逆に、家族の介護が十分に注がれ、最重度ではない状態の方が要介護 5 と一次判定されることもありました。要介護度の上がり方と介護にかかる時間の変化は、シグモイドカーブを描くと考えられます。このため幅が小さい割に分散が大きな介護時間を、要支援 1 から要介護 1 の 3 つに分けねばならないことは認定審査に過重な負担をかけています。
- 介護認定の始まる時点では、介護度ごとの状態像を示すように研修されました。現在では、状態像の例示がなくなり、新しい調査員や認定審査員は、マニュアルに従った質問と回答を元に判断しています。
- 認定調査員テキストにある「調理(厨房・台所でのきざみ食、ミキサー食の準備等)、配膳、後片づけ、食べこぼしの掃除等は含まない。小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる等(厨房・食卓は問わない)、食べやすくするための介助は含まない」といった選択基準は、特記事項に書くことで審査の場には伝わりますが、調査員には納得いかない内容です。現場の人間が感じる介護の手間とかけ離れたマニュアルは、逸脱した回答

が記録される可能性が高いものです。

介護度の説明をしても利用者・家族に説明するにあたって、納得してもらえる状態像が必要です。国として、介護判定を平準化するのでしたら、国民にわかる介護度の状態像が作られないと困ります。

- ・調査員の特記事項に、歯科的なことがもう少し書いてあれば良いと思う。例えば、義歯が入っているか。口腔内の清潔は保たれているか等記載されていればアドバイス、予後等の参考になると思われます。

- ・動ける認知症についての評価が今回の改正でも点数に充分加算されていない状態でした。認定調査項目で、排尿・排便→失禁・弄便→尿臭・便臭の強い状態はヘルパーでお世話する方も家族の方々も大変です。点数の評価が不十分だと思います。

ご家族で手間をかけて世話をしている方々のストレス、PTSDの心配があります。一般の方のように休養がとれません。外出制限と夜の睡眠もとれない状態が続き生活費の補償もなく、会社を辞めて世話をしている家族が増えました。家族崩壊が、すごくなってきました。介護ストレスを表示する工夫をしてください（自殺者が増えます）。

C 自治体：2009年6月5日訪問

※認定調査員比率（自治体：5割、民間ケアマネ5割）

①一次判定から二次判定

一次判定でカウントされていない「介護の手間」とは何か？もっと明確化すべきです。一次判定結果を変更するには、基本調査項目の定義以上の内容、もしくは、それ以外の介護が行なわれていた場合ですが、全く具体性に欠く項目もあるのが現状です。

タイムスタディで、どのあたりまでを一次判定の基準時間に組込んでいるのか、審査する人の殆どが、全く理解していません。このような状況で、委員の専門性、経験に基づき合議しろというのは、少し無責任のような気がします。実際に不服審査となった場合も、何をもって不当であるかの線引きが非常に難しくなり、被保険者に大きく不利になるのでは？と思います。

現在、一次判定が軽度化される傾向にあるため、特記事項を中心に、戻す材料を審査会で議論している。何か、戻す材料はないかと探しているが、特記事項に、あまり書かれていないと、軽度化されたままになります。

稀に、「要介護3」が「要支援1」と、一次判定によって判定されるケースもあり、概況調査からは、どうも状態は変わっていないようですが、特記事項の記述が少ないので、覆す材料が見つからず、一次判定のまま、二次でも判定しました。もっとも、経過措置があったので、結果的には要介護3でした。数は少ないいいのですが、一次判定で軽度化されるので、二次で覆すにも、調査員の特記事項の差で、軽度にされたままになってしまう懸念があります。

②主治医意見

提出される主治医意見書のレベルに差があります。調査員の調査内容と大きく乖離してしまうことが多いように感じます。意見書の書き方を理解していない医師が、かなり多いような印象を受けます。その結果、非常に問題のある要介護認定が、なされる場合があります（結構、多いです）。

認定調査員の調査を補完する立場にある主治医意見書が大部分です（確かに、良質な意見書もありますが、少ないです）。中には前回の内容をそのまま写したと思われるものや、誰のものかわからないものもあります。

現場の医師は非常に忙しく、丁寧に意見書を記入する時間がないことは分かりますが、調査票と主治医意見書で要介護度が決まることを考えると、もう少し、やり方を検討した方

が、いいような気がします。

③要支援2と要介護1における時間区分！

32分以上50分未満で、要介護区分を2つもうけるやり方は、今回の改正の中で改めるべきであったと考えます。

実際のところ、要介護1というのは、要支援2の特例的な位置づけであり、介護給付は要介護2からというのがこの制度です。しかし、このことは、全く理解されておらず、多くの人が要介護2に該当しない人が、要介護1であると思っています。

また、要介護1が、いたずらに要介護区分として残っているため、審査委員ですら要介護2でない人で、予防給付では厳しいかなという人を、要介護1と判定してしまうケースがかなりあります。

それも、状態像に「認知」も「不安定」もない人です。要介護2未満の人は、予防給付であるということをもっとしっかりと周知すべきだと思います。要介護1というのは特別な要介護区分であり、「認知が無い」とまず認定されず、そうでなければ急性期の病状が今後悪化することが予想できなければ認定はあり得ないということをもっと国民に知ってもらわないといけないと考えます。

また、要介護1を「特例」としておきながら、要支援2と要介護2の限度額の差が、あまりにも大きいのはいかがなものかと思えます。この辺の要介護区分と利用限度額の整理も合わせて行う必要があると考えます。整理できないのなら、要介護1の扱いを再考しないと、軽度の要介護認定は歪んだままになってしまうと思えます。

④説明不足

今回の新システムでは、一次判定が軽く出る傾向です。しかし、どうしてこのようなシステムとなったのか保険者にも、国民にも一切説明がありません。一次判定を軽く出すのはいいのですが、どうして、このようにしたのか説明が必要です。今回の制度改正の決定的な問題は、説明不足です。厚生労働省が独自にものごとを進めすぎたことが、大きな混乱を招いたと思えます。

樹形図を改めた理由等を十分に説明しないと、国民は納得しないと思えます。また、今回の検証期間中で分かったことを、システムにどのように反映させたかのかも、報告しなくてはならないと思えます。

⑤ある程度の状態像を明確に！

そもそも二次判定において、審査委員の経験で被保険者の要介護度を決めるというのは、非常に乱暴な話です。基本となる状態像のようなものを、数パターン作って示すべきだと思います。各介護度の最低ラインを示さないと、経験だけで判断するのは厳しいのではないのでしょうか？基本形をしっかりと示せないというのであれば、保険者によって判定結果がバラバラになるのは当たり前の話です。

この点も合わせて検討しないと、新制度はうまく機能しないと思えます。二次判定で一次判定を、変えづらいのも分かります。調査から一次判定まで立派な理論で固めているにもかかわらず、最後の決め手を経験で判断しろというのでは、結局、基本調査項目の点と点を、主治医意見書と特記事項で繋ぎ、被保険者が必要とする介護を決めるといった決め台詞は、無意味なものとなってしまいます。状態像はいろいろあるなどと言って。

D 自治体：2009年5月23日訪問

※調査員比率（自治体：8割、民間ケアマネ2割）

①調査項目等

当自治体では、8割が自治体の嘱託職員で調査を行っているため、2月から新制度の説明や問題点を指摘しながら、担当部署で確認してきた。その意味では、厚労省の方針が、度々、