

仙台市介護保険審議会議事要旨

(第6期計画期間 第3回会議)

日時：平成28年6月29日(水) 14:00~15:45

場所：市役所本庁舎2階第1委員会室

<出席者>

【委員】

阿部 一彦委員，五十嵐 講一委員，板橋 純子委員，井野 一弘委員，大内 修道委員
小笠原 サキ子委員，岡本 あき子委員，草刈 拓委員，小坂 浩之委員，駒井 伸也委員
佐藤 功子委員，鈴木 峻委員，鈴木 久雄委員，田口 美之委員，辻 一郎委員
出口 香委員，森 高広委員，若生 栄子委員
以上18人，五十音順
(土井 勝幸委員，長野 正裕委員，欠席)

【事務局 仙台市職員】

會田保険高齢部長，下山田高齢企画課長，木村介護予防推進室長，大浦介護保険課長
伊藤若林区障害高齢課長，小原太白区障害高齢課長，吉田青葉区障害高齢課高齢者支援係長
星高齢企画課包括支援係長，大友高齢企画課施設係長，川村介護予防推進室主幹兼推進係長
石川介護保険課管理係長，伊藤介護保険課介護保険係長，中野介護保険課指導第一係長
佐藤介護保険課指導第二係長

<議事要旨>

- 1 開会
- 2 事務局職員紹介
石川介護保険課管理係長より，4月1日付異動職員の紹介
- 3 議事要旨の公開に際し発言者を記載することについて → 異議なし
会議公開の確認 → 異議なし(傍聴者なし)
議事要旨署名委員について、板橋委員に依頼 → 委員承諾
- 4 議事
(1) 介護保険の実施状況(平成27年度決算見込み版)について
大浦介護保険課長より説明(資料1)

<質問事項>

森委員： 滞納繰越をしている方のランク状況はわかるのか。介護保険料の段階が第1段階から第12段階まで分かれているが，どういった方が主に滞納繰越をしているのか。それなりの所得がある方が入っているのであれば，それに対して市としてどういう徴収方法を今後とっていくのかを聞きたい。

會田部長： 今、保険料段階ごとの数字を持ち合わせていないので、次回等に示せるよう資料等を準備させていただく。介護保険料は原則特別徴収で年金からの引き落としになるので、滞納される方というのは、年金から引き落としされていない方、具体的に言うと、65歳になった当初の方、仙台市に転入された方、年金の金額が低くて年金からの徴収ができない方が普通徴収という形で納付書で納めていただくので、この方々が保険料を納めていただけていない状況になる。したがって、割合としては低い所得の方が一定程度存在するのは事実だと思っている。質問があったとおり、一定の所得等がある方に対する対応だが、これについては私どもでその方の資産の状況なども調べた上で、保険料を納めるのが遅れている方すべて個別に対応させていただいているが、その中でも収入がある方については法的な措置も含めて対応させていただいている状況である。

森委員： 今年度から私のところにも介護保険料の通知書が届いて、金額の大きさに正直びっくりしている。そういった意味で、高額な所得のある方が何らかの方法で課税逃れをされているのであれば、それは許されないことだと思うので、くれぐれも徴収の対応をお願いしたい。

田口委員： 8ページの介護保険サービス提供事業所の指定状況で、27年4月1日と28年4月1日の状況を比べると、各サービスに違いがあるが、事業所の数がけっこう減っているものがある。去年の4月の報酬の引き下げで、特にデイサービスを中心に事業がやれなくなっている。先ほど地域密着型通所介護に移ったので通所介護が減ったと言ったが、通所介護だけでなく、他でも事業所の撤退等も含めて事業所の数が減っている部分があるので、これからますます厳しくなる状況がある。さりとて利用者がサービスを利用できない状況には至っていないと思うが、対象者が増えているのだから本来であれば事業所が伸びるはずだが、事業者が増えない、横ばい状態になっている部分について、これからもっと下がっていく可能性があるのではないかと。提供される側のサービスが足りなくなれば良いと思っている。母親が栗原市でデイサービスを毎日使っていたが、今回の介護報酬引き下げで、事業所が日曜日にやらなくなり、7日が6日になったということがあり、サービス供給が少なくなり厳しくなるのかと感じているが、どういう認識を持っているのかお尋ねしたい。

會田部長： 今の質問にもあったとおり、8ページの表で見ていただくと、極端に数字が減っているのが通所介護である。先ほどの説明でも申し上げたとおり、地域密着型サービスの通所介護に移行したが、それでも若干減っている状況である。また、22年度から経年で載せているのを見ていただくと、通所介護は年々伸びてきていたのが今回減っている。これについては田口委員からご指摘があったとおり、一番大きかったのは介護報酬の引き下げが多分に影響しているのだろうと思っている。仙台市の状況で言うと、市内の事業所の数は、人口あたり等々で見るとある程度確保されており、供給ベースではまだ必要な供給量は満たされているという思いはあるが、今後報酬の影響がどうなるか、さまざまな要因があるので、実際サービスを受けている方が、必要なサービスを受けられなくなると非常に大きな問題なので、このあたりの実状は、他の政令市などとも連携しながら、国に実状を伝える形で、今後の介護保険制度の運営について、国で考えていただく際の材料の提供を保険者として取り組ませていただきたいと思います。

岡本委員： 人口の話で、国政調査と住民基本台帳で3万人ほど累計が違っているというお話があった。介護保険の事業計画や当局で持っている数値だと思うが、こういうものはすべて住民基本台帳をベースでやっているのか。

27年度の状況ということで事実は説明していただいたが、この3カ年の計画の27年度の計画に対しては、そのとおりなのか、何か課題があるのか、順調にいつているのか、評価はどのようになっているのかを聞かせていただきたい。

森委員からもお話があった滞納繰越で、不納欠損の処理もあるのかを教えていただきたい。

大浦課長： 使っている人口の数値は、住民基本台帳に基づいて対応している。

計画に対しての状況は、介護保険の実施状況の7ページに執行比率というのがあり、計画に対しての予算の執行率になっている。予算に対して93%ぐらいなので、計画に対しておおむね計画の範囲内で推移していると考えている。

會田部長： 不納欠損については、介護保険料の徴収の時効が2年間なので、それに合わせて所得の状況の調査などを含めて、納めるのが困難という場合については、不納欠損の処理をしている。

冒頭の国勢調査と住民基本台帳の関係だが、現在国政調査がまだ速報値であり、これが今年の秋ぐらいに確定値に変わる。その時点で住民基本台帳のほうを国勢調査の数値ベースに置き換えて、住民基本台帳の数値をそれに置き換える形になるので、今年の秋ぐらいになると今推計される108万というのが住民基本台帳の数値と一致して、それをもとに次期の計画策定時点においては推計をさせていただくという流れになる。

岡本委員： 3万人ほど違っているというのは、被保険者の数にもかなり影響すると思っていたので、確定した時点で108万のほう为正しいとなると、数自体ももう一度精査しなければならないのではないか。

予算執行率では、予算内で収まっているということだった。予算上は確かに超えたら新たな予算を組む、流用などしなければならないが、サービスの目標が達しているのか、必要な方にきちんとサービスが届いているのか、あるいは予想よりも対象者が増えているのか、あるいは対象者が少ない、サービスの提供の見込みが思ったより少ないから予算の範囲内で収まったのか、供給しているサービスと、事業者数や対象者の数の部分で、計画と違いがあるのかを聞かせてほしい。

會田部長： 今ご指摘があったとおり、介護保険事業計画策定にあたっては、各サービスの種別ごとに、年度ごとの利用の見込みを立てている。これについては、過去の利用の実績や、入所サービスの今後の開所見込みなどを立てながらそれぞれ個別のサービスごとにどれぐらい利用者がいるのかなどを積み上げて、必要な保険給付費などを算定する。また、今後の必要なサービス量の供給のための施設整備を計るというような仕組みになっている。この中で言うと、基盤整備の部分については、計画を上回るペースで事業者の選定などが進んでいるので、サービス基盤としては、一定の供給が十分計られていると考えている。その上で、計画で見込んだ給付費には達していなかったというのが一方ではあるが、そのサービスの中で例えば、入所のサービスだと1人当たりにかかる費用が高額になるが、在宅のサービスが充実すると、在宅に移る形で、1人当たりのサービスの

金額が抑えられるなど、実際の給付の実績を詳しく分析しないと分からないが、計画に対する執行で言うと、順調にきているというのが私どもの受け止めである。

草刈委員： 審査認定件数で、要支援から要介護の構成比に関してだが、全国と比べて仙台市の構成比は何か特徴はないのか。以前、一次審査、二次審査の変更率が非常に高いという時期があって、昨今は全国レベルに近づいてきたということだが、以前は構成比が全国のものとの違いがあったので、現状はどうなっているのか。また、審査請求棄却の件数だが、本人の審査請求の理由としては、状況が改善していないのに要介護度が下がった。しかし、それには理由がないので棄却という話である。私は認定審査もやっているが、どこで線を切るかという話なので、給付が限られているため、状態に即した審査ではなく、給付に即した審査ということで良いとは思いますが、こういった実状も含めて利用者にきちんと説明がされているのか伺いたい。

大浦課長： 全国比率との比較については、27年度の暫定の平均では、要支援1、要支援2については仙台市は若干多めになっている。要介護1、要介護2はほぼ同じぐらい、要介護3は少し少なめで、それなりの違いは出ていると思っている。

會田部長： 認定の結果の話だが、具体的話で言うと、要介護1だった方が状態像が安定したということで要支援2の判定に変わったのを本人は要介護度が下がったととらえて審査請求を出されたが、認定としては介護の手間は要支援2と要介護1は同じで、状態が安定不安定というところで、発症から一定期間経過し状態が安定したので要支援2の判定になったのだが、そこを捉えてご本人は納得がいけないということで審査請求をされている。実際の判定の流れは、ご存じのとおり認定調査、主治医意見書を基に、コンピューターによる一次判定と認定審査会による二次判定で行っているが、この状態像については、しっかり適正な判定をこれまでも行ってきており、今後も適正な判定に努めていきたい。認定申請の審査請求の案件については、こういった事情があるということをご理解いただければと思う。

草刈委員： 構成比の話だが、要支援1、2、要介護1、2の比率が仙台市は全国とかなり開きがあり、全体的に軽度が多い。原因として、要支援者が多く申請を出しているのか、あるいは審査の判定の方向で何か差異が生じているのか。

會田部長： 冒頭に質問があったとおり、仙台市の傾向として介護保険制度が始まった時点から軽度の方が比率として多い傾向が続いている。これについてはどういった要因があるのかその都度調べてみたが、決定的な原因が見つからない。認定自体は適正に行っている。一次判定から二次判定の変更率が全国より高いというご指摘もあったが、その部分についても検証したが、これもすべて適正であると、国とも一緒に検証させていただき、そういった結論になっている。なぜ仙台市が軽度の方の割合が多いのか、なかなか決め手となるような分析はできかねている。

(2) 仙台市「介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）」について

大浦介護保険課長より説明（資料2～5）

<質問事項>

森委員： 通所型サービスの中で、新規事業ということで、フィットネスクラブとスイミングスクールが入っている。短期集中型介護予防サービスにはフィットネスクラブが入っているが、スイミングスクールは入っていない。この欄に該当する人ほどフィットネスクラブやスイミングクラブが必要だと思うが、なぜスイミングクラブが入っていないのか。

會田課長： 右端の短期集中型介護予防サービスについては、現在取り組んでいる元気応援教室という事業があり、その事業所として委託している事業所を例示として上げさせていただいた。具体には新しい総合事業として、来年度もこのような中身のものを進めさせていただくが、移行スケジュールの中で別表で示したとおり、改めて事業者を公募で募るので、その際にはそういった事業者も声かけをさせていただき、賛同が得られれば委託をさせていただく流れになると思う。

森委員： 「フィットネスクラブなど」と書いてあればわかったのだが、断定的書いてあったので、どうしてなのかと疑問に思った。

鈴木(峻)委員： 資料4の1、4の2で、各団体等で聞き取り調査等を行っていただき、ここに出ている、報酬8割程度または9割程度ということで書いてある。緩和した基準によるサービスというのは、今後大変必要になってくるサービスだと思うが、例えば人員配置基準等で、先ほど話しがあったとおり、兼務可や任意配置とあるが、介護職員等については専従1名以上と書いてある。介護報酬が8割9割でやっていって、各事業所が経営的にきちんとやっていけるのかどうか。今後始まった以降、その辺の調査等についても継続的に段階を経て続けていただきたい。参入する事業者があまりなかったり、はじめは登録したが撤退することがあると利用者が困る。その辺を継続しながら進めていただければと思う。全国で出しているものと比べても、似たようなものにはなっているが、これからサービスを受ける方が、やる事業者がなくなってサービスが受けられないことがないようお願いしたい。

會田部長： 今回、新しい総合事業は、市町村が実施主体という形で行うサービスで、今回案に示しているようなものを、仙台市の考えとして提示をさせていただいている。これについては鈴木(峻)委員からお話しがあったとおり、利用される方に必要なサービスを提供できるということが大事だと思っているので、この部分については事業者団体の方々からも、移行後も含めて状況などを聞かせていただきながら、より良い仕組みになるように、こちらとしても実態の把握にも努めていきたい。

鈴木(峻)委員： 我々からも、情報提供など逐一していきたいと思う。

田口委員： 最終案ということではないが、5月の段階でサービス提供をしている4団体に事前にお話をいただいたが、それについて私の団体からは意見を出したが、他の団体から意見はなかったのか。

また、他の市町村に比べると報酬の水準も含めて、いい水準になっている。23区では、5割6割とかなり厳しい減額があるところがあり、その点では非常に考えていただいていると評価する。

大浦課長： 5月に高齢者福祉団体に説明をさせていただいた際には、「介護ネット」からの意見で、要支援の方々が更新された場合に、現行相当のサービスを利用できなくなるような取扱い等についてどう考えているのかという意見があったが、これについては、運用し

ながら、状況を見ながら判断しなければならないと考えている。まず29年4月からの段階としては、要支援1,2の方,更新された方について,今回示す現行相当と緩和型,予防,3つの柱で,通所と訪問と予防を利用させていただくイメージで考えている。

田口委員： 出した意見をこの場で示していただければと思った。我々からすると,利用者が安心して総合事業を利用できるように,国に対して引き続き財政支援措置を継続してもらうような働き掛けをしていただきたい。

それから,仙台市のスキームについては,豊齢力チェックリストを活用して客観的な評価で運用してもらいたい。訪問型サービスA型について,ヘルパーの3級研修並みの研修受講を必須とするようお願いしたい。報酬水準については,妥当な水準と評価しているような意見を出させていただいた。おおむね評価できる内容だと思っている。

若生委員： 資料4の1の訪問型サービスの緩和した基準によるサービスの利用者のところだが,(2)の「利用者本人が単身または,家族が障害・疾病などのため利用者への介護や支援ができない場合」とあるが,これは,家族が障害・疾病はなくても,例えば二人暮らしで息子が母親を介護していて,息子がどうしても仕事で抜けられないなど,介護ができない場合の緊急の場合の事例は該当しないのか。

大浦課長： それぞれの方にさまざまな事情があると思っている。難しい状況があれば,ある程度緩和する。全くだめということではない。

若生委員： 先日介護相談会の中で,そういう切実な声が出されたので,聞いてみると答えていた。そこは柔軟に対応していただける場合もあるということではよろしいか。

大浦課長： 個々の状況をケアマネジメントを組む中で,緩和しているので,柔軟な対応をさせていただきよう,今後文書などに入れていく。

小坂委員： 資料4の1,2,資料5で,「要支援1,2の認定を受けている者」または「豊齢力チェックリスト該当者」ということだが,豊齢力チェックリストのところは地域包括支援センターまたは区役所,総合支所ということで,これ以外の他の関係団体との連携を踏まえた上で,チェックリストが集まってくる状況は,仙台市としては想定していないのか。

大浦課長： まずは区役所,地域包括支援センターでの対応とさせていただければと思っている。

小坂委員： 実際それに該当しそうな方がいると,いろいろな職種の方が来ていただいた時には地域包括支援センターの方に相談していただく。また,地域包括支援センターの方はやる事が多く,今の状況はきついと思うが,今,地域包括ケアと言っているのであれば連携した施策も考えていったほうがいいのではないか。

大浦課長： チェックリストを書いていただいた後,ある程度手続きしていただければ,該当非該当は本人も分かるものだと考えているので,どちらかというと,そのあとのケアマネジメントのあたりが負荷がかかってくる,業務量が多くなってくるころかと思っている。入口の部分は,地域包括支援センターなり,区役所なりでしっかり受け止めさせていただければと思っている。

會田部長： 別表のほうに書かせていただいているが,介護予防ケアマネジメントの欄だが,今まさに包括支援センターも含めてどういった流れにするか検討させていただいている。今の整理としては,実際のサービス利用につなげるための介護予防のケアマネジメント,

これを地域包括支援センターで行う必要があるので、こちらをまず相談の窓口として、区役所であったり地域包括支援センターを掲げさせていただいているが、小坂委員からお話しがあったとおり、さまざまな方、さまざまな専門職種の方を通じてご相談いただくということが非常に大事だし、タイムリーに対応できる一つだと思っている。ケアマネジメントとのつながりということで、地域包括支援センターを窓口と考えている。そういった連携部分も十分配慮しながらこういった仕組みに構築していければと思っている。

板橋委員： 同じく資料４の１で、緩和した基準によるサービスの中で、従事者の資格が特にないというところで、市としてはこれから研修を行っていくという説明があった。心配されるところは、調理などで今現在ヘルパーの支援を受けている方、その調理の部分で、糖尿病だったり高血圧症などのある程度の病気があって、それをケアプランの中で栄養に注意した調理という形での支援を受けられる方がいると思うが、そのところが専門職ではない資格がゆるやかな方が今後対応していく中で、病気の進行の心配はどのように考えているのか。それに含めて、研修などを経て、ある程度の基準に満たした資格がとれるような研修を行っていただきたいと思う。

木村室長： 資料４の１の「短期集中型介護予防サービス」があるが、今おっしゃった、糖尿病や高血圧で、そういった食事の指示に基づいたような献立が必要な場合には、訪問指導の中で栄養指導が先生方と相談しながら献立のアドバイスをすることができると思うので、ケアプランの中に組み入れていただく形でやっていければと思っている。

草刈委員： 資料２の「新しい総合事業」実施の趣旨のところ、「地域における支え合いの体制づくり」とか、住民等の多様な主体が参画した多様なサービスの充実というような表現もある。今回の流れのところでは、指定事業者のサービスが中心ということだが、実際の地域団体の方たちの参加、Bの形になるのだろうが、地域団体の日赤とか赤十字、地域の社協など、既存の団体、地元で元々ある活動を生かしていくほうが、支え合う体制を作れるのではないか。

同じ５ページの豊齢力チェックリストに関して、以前、65歳以上の検診対象の方に配布されたことがあると思うが、実際私の患者さんが外来に持って来て、何を書くのかという話になる。このリストの内容が、何と答えたらいいのかわからない。窓口で豊齢力チェックリストを書いてくださいと言った時に、その人の状態に合った回答が得られるのか。チェックリストを見てあげる方が必要である。訪問調査もそうだが、役所の方が来るとみんな優等生の回答をする。この内容をよりいい回答をする可能性もある。もの自体はしっかりしているが、使い方によっては問題点が浮き彫りになってこないのので、チェックリストの方法を考えていただきたい。相談者という形の流れではなくて、多くの形で市民のみなさんが豊齢力チェックリストでチェックをして、この流れに乗っていただきたい。

もう１点は、全体の流れのところ、一番懸念するところが医師との連携の不足である。全く医師の介在がない。糖尿病食とか高血圧食に関して指導を受けると言っても、誰に受けるのか。主治医がいない方は左側の流れになる。実際かかりつけの先生に聞くと、わからないと言う。そう言った場合に責任を持ってこの方たちの医療面でのサポー

トをする医師の介在がない流れができていますので、まして、ケアプランを作ってくださいとケアマネジャーがお願いした場合に、介護保険の法律ではケアマネジャーは主治医の意見を聞きながらケアプランを作らなければいけない。医師のチェックを受けながらケアプランを作ることが前提になっている。この流れでは医師のチェックのないケアプランが発生する。安全で適正なケアプランあるいは介護サービスの提供ができなくなる。ではどこに主治医を持たない方たちに医師が介入していくか、医療のサポートを受けるか、というのを考えていただきたい。

下山田課長： 地域の支え合いの体制の点だが、今仙台市で取り組んでいることとして、地域包括支援センターを中心として、地域のさまざまな関係機関、医師、薬剤師、そういった専門機関の方々や、介護の事業者を含めた地域のさまざまな事業者、また、町内会、民生委員、地区社協などさまざまな関係機関とのネットワークの構築に取り組んでいるところである。そういったことを通して、地域で高齢者をどのように支援していけばよいのかを、ネットワークを構築しながら支え合い体制作りを進めているところである。

サービスBについては、いろいろな担い手を想定しているところである。特に「この団体でなければいけない」ということはしない方向で考えている。例えば地区社協が担い手になることも十分に考えられる。制度の詳細は検討している段階なので、はっきりとお示しできる段階になったら審議会の場でも説明したいと考えている。

木村室長： 豊齢力チェックリストの話だが、現在は71歳から89歳までの奇数年齢の高齢者に郵送し、それを返送していただく中で振り分けをしている。次年度からは、国ではチェックリストの一律の配布に頼らずに、地域の中でチェックリストを利用するということだが、仙台市では全く郵送をなくすのも不安があるので、ある程度節目の年代の方にチェックリストの送付をする中で把握をできればと考えており、その年齢について今検討をしているところである。豊齢力チェックリストも、包括支援センターや区役所の窓口だけではなく、例えばどんな所に置いておけば皆さんの目に触れ、利用できるのかということらを各団体、機関と調整しながら考えていければと思っている。

医療との連携については、通所型サービスのサービスCでは主治医の先生の許可を得ることを条件の中に織り込もうと思っている。何か、心疾患や今までの既往歴の中で医療との関わりが必要な方に関しては、連携しながらやっていければと考えている。

草刈委員： 豊齢力チェックリストのチェックをする段階で、本人に記入してもらうのか。脇でちゃんと説明して、本人とやりとりをしながら、例えば、バスや電車で一人で外出していますかという質問では、はいと答える方が多いと思う。良く聞いてみると、それは1年前だったりする。そういった詳細のことをきちんと聞くことをしないと、この内容はだいぶ点数が変わってくる。このチェックは誰が見て書くのかということが一番疑問に思っている。例えば認知症の方が全部まるを付けてしまうかもしれない。

木村室長： 郵送の場合はチェックできないかもしれないが、窓口では対面した職員が説明しながら聞くことは可能だと思っている。そこで振り分けたあとに、また、この方はどんなサービスが必要か、どういうことに困っているか、またケアマネジメントの中でのアセスメントのシート等も今後考えていきたい。

草刈委員： 非該当に流れていってしまう認知症の方とかがいる可能性を考えてほしい。チェック

リストを付き添って書いてもらうのはかなり時間をとる。30分くらいかかると思う。その時間をさいてチェックに付き合っていたきたい。

田口委員： 資料4の1と2で、先ほど研修の必要性について議論があったが、緩和した基準サービスのところの従業者、訪問介護の従業者のところの「生活援助のみを提供」する場合について、一定の研修修了者と書いてあるが、その下に※で「生活援助のみを提供する従業者は、資格をもたない地域の高齢者等を新たに雇用することも可能」というのは、高齢者の方に対して一定の研修を修了するという意味でよいのか。

通所の場合、介護職員は資格要件が元々ないが、事業者とすると、介護の仕事なので、私が所属している事業所では、最低ヘルパーの2級研修を受講した人を対象にしている。そこは緩和されているので、事業者にもこれぐらいのレベルはお願いしたいなど、ある程度決めておいたほうがより良いサービスが保障されるのではないかと。

大浦課長： 資料4の1地域の高齢者等については、研修が必要と考えているので、研修を受けていただいてサービスの提供に参加していただければと思っている。研修の中身についてはまだ検討中なので、おおむね、今までヘルパー何級というところを基準にしてやっていきたいと思っている。

資料4の2の通所型の従事者の方に研修を必要とするかどうかについても検討中なので、固まった時点で報告させていただきたい。

岡本委員： 訪問型、通所型でA、B、Cとあるが、実際に相談者の方が相談してチェックリストを行った時に、AなのかBなのか、Aを利用されるのか、Bを利用されるのかという判断は、基準を設けるといふことなのか。ランクで事業所があつて、それを補完するためにBがあるのか。位置付けというのは明確なものがあるのか。

大浦課長： A、Bの判断については、流れでいくと(4)のケアマネジメントのところそれぞれの方々の状態を確認し、短期的な目標、長期的な目標と合わせて、機能訓練が必要だったり、一般の予防だけでいいなど、ケアマネジャーがプログラムを組んでいくので、その中で状態に合わせて判断をいただくことになる。どのような状態でどのような介護サービスが必要なのかということとはさまざまな例がある程度できているので、ケアマネジャーはある程度わかっていたらいいかと思っている。

岡本委員： 同じ訪問型でも、Aのサービスを利用したほうがいいのか、Bのサービスを利用したほうがいいのかについても、ある程度きちんと住み分けがされるということでもいいか。私はそうあるべきだと思った。どこにもそのような記載がなかったのだから、その確認である。

大浦課長： 資料4の1の利用者のところで、Aを受ける方と現行相当を受ける方についてはある程度制限をかけている。A型を受ける人は利用者本人がある程度支援が必要な方。元気な方はAを使つていただく対象にならないと考えている。ある程度元気な方についてはBのサービスを使つていただくような流れになってくると思う。チェックリストに該当する方でも、ある程度症状が重く、要支援1、2にかなり近い方と、症状が重くなく、予防だけでいい方、いろいろな方がいると考えている。何らかの支援がないと日常生活を営むことができない方、機能訓練が必要になってくる方は、ヘルパーやデイサービスで機能訓練をしていただいたり、必要のある方についてはAのサービスの対象になるが、

そこまで重くない方については、Aと現行相当のサービスの対象から外している。チェックリストの中でも重い軽いというのはあると考えている。

岡本委員： 訪問型でいくと、一人暮らしや、一緒に暮らしていても、一緒に暮らしている家族も助けることができないという考えがあった場合は、必ずAの方になる。4の2の通所型のほうになると、何らかの支援を得なければ日常生活を営むことができないという何らかの基準があって、これに該当するとAで、そうでなければボランティアによるサービスをご利用くださいということになることでよろしいか。何らかの支援を得なければ日常生活を営むことができない方は、ケアマネジャーはある程度統一した基準を持っているということでのよいのかの確認である。

3 報告

地域密着型サービス運営委員会（第6期第4回会議）について

小笠原委員長より説明（資料6）

4 その他

(1) 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の主要事業取り組み状況について【平成27年度】

(参考資料1)

<質問事項>

五十嵐委員： 参考資料の9ページの7、人材確保の件について聞きたかったことがある。事業所とか介護職に対するアンケートなどというのは、仙台市では行われているのか。

大浦課長： アンケートは特段実施していない。

五十嵐委員： 介護職員の離職の理由が新聞に載っていて、大きな理由が二つある。一つが、現場の人間関係に問題があったというのが26.6%。それは私も介護をやっていたことがあるので分かるのだが、2番目の原因が、法人・事業所の理念や運営に不満があったのが22.7%という数字が出ている。介護職員の定着が非常に問題になっている中で、調査の結果、収入などはもっと下にあり、どちらかという、理念とかそういうものを問題視して離職する介護職員が多いと出ている。そういう意味で地域密着型では、よく資料では理念とか企業理念という形で私達も見ているが、結局それはお題目になっているような気がする。仙台市でも介護職員の離職というのは非常に問題になっていると思う。そういう意味で、事業所の認識、理念とかそういうものに対する到達度みたいなものを拾ってもらいたい。離職する職員、離職しない職員もいるが、職員の意識、自分の事業所の企業理念に対する到達度はどんなものかを知るべきではないかと思う。介護職員のことでお金のことが非常に問題になっているが、実は全国版の新聞の調査によると、それはもちろんそうなのだが、意外と人間関係や理念、要するにレベルの高いところで失望しているという形で辞められている方が多いような感じがする。その辺りを把握していくことによって、事業所の指導なり、考え方を変えていくことができれば、もしかしたら介護職員の離職というものに対するものも大分変わってくるのではないかと。要するに介護の職に就くという者の意識というのは、結構高いと思う。失望して辞めるというのが多い

という感じを受けるので、そのようなところを仙台市ではアンケート調査などをしていただくわけにはいかないのか。

會田部長： 市としてということについては、先ほど課長から申し上げたとおり、個別の具体の調査ということはやっていない。今ご指摘いただいた国の調査、これは国がやっている介護労働の実態調査の結果であると思うが、この結果については私どものほうでも公表された都度把握している。離職の理由としてそういったことが挙げられているのも事実だと思っている。ここの部分については、運営の理念等の達成度がどうであるか、これを例えば市などが評価をするのはなかなか難しいものも一方ではあると思うが、今現在も介護保険の仕組みとして、サービスの公表制度や第三者のサービス評価の仕組みというものがある。そうした中でそういった部分も一定程度外部の目を通して、事業者の実態を明らかにするという仕組みもとられている。このあたりについては、事業者の方々とも相談をしながら自治体側として何ができるのか考えてみたい。

(2) 事務局より次回の日程案について説明。

5 閉会