

表 B2-2-21 介護認定審査会運営適正化委員会の開催状況について

(平成 27 年度)

氏名(専門分野)	出席率(出席数/会議開催数)
1 A氏 (医療)	100% (3回/3回)
2 B氏 (保健)	100% (3回/3回)
3 C氏 (福祉)	33% (1回/3回)
4 D氏 (福祉)	100% (3回/3回)
5 E氏 (医療)	33% (1回/3回)
6 F氏 (保健)	100% (3回/3回)

(平成 28 年度)

氏名(専門分野)	出席率(出席数/会議開催数)
1 A氏 (医療)	100% (3回/3回)
2 B氏 (保健)	100% (3回/3回)
3 C氏 (福祉)	0% (0回/3回)
4 D氏 (福祉)	100% (3回/3回)
5 E氏 (医療)	0% (0回/3回)
6 F氏 (保健)	100% (3回/3回)

(平成 29 年度)

氏名(専門分野)	出席率(出席数/会議開催数)
1 A氏 (医療)	100% (3回/3回)
2 B氏 (保健)	100% (3回/3回)
3 C氏 (福祉)	0% (0回/3回)
4 D氏 (福祉)	100% (3回/3回)
5 ~H29.7.12 E氏 (医療)	100% (1回/1回)
H29.7.13~ G氏 (医療)	50% (1回/2回)
6 F氏 (保健)	100% (3回/3回)

(福祉保健局作成資料より監査人が作成)

表 B2-2-21 を見ると、C氏とE氏の2名について、平成27年度から平成29年度の過去3年間での出席率が極端に低い(特にC氏において)、この3年間にわたって、平成27年度に1回出席したのみである。)ことが分かる。平成28年度においては、上記2名が全ての回で欠席していることから、開催された回全てで、出席者が4名の委員のみとなっている。

この点、東京都介護認定審査会運営適正化委員会設置要綱第3条別表では、委員構成として有識者の人数を6名程度としており、形式上は6名を委員に任

命していることから、同要綱違反とはならない。しかし、委員会の実態として、出席率が極端に低い委員がおり、参加者が6名を下回っているようでは、実質的に、委員会自体の適正な運営が行われているか否かに疑問が生じるようである。制度上、報酬は委員の出席回数に応じて支払われているため、経済性の観点からは問題とはならないが、介護認定審査会運営適正化委員会を有効に機能させるために、同要綱で委員の構成を6名程度としている以上、都として欠席委員の参加促進を図り、必要に応じて、選定委員の見直しをする必要があると考える。

(意見2-7) 東京都介護認定審査会運営適正化委員会の出席率について

東京都介護認定審査会運営適正化委員会の中で、平成27年度から平成29年度の過去3年間での出席率が極端に低い委員が2名存在する。平成28年度においては、上記2名が全ての回で欠席していることから、開催された回全てで、出席者が4名の委員のみとなっている。

この点、東京都介護認定審査会運営適正化委員会設置要綱の第3条別表では、委員構成として有識者の人数を6名程度としており、形式上は6名を委員に任命していることから、同要綱違反とはならない。しかし、委員会の実態として、出席率が極端に低い委員がおり、参加者が6名を下回っているようでは、実質的に、委員会自体の適正な運営が行われているか否かに疑問が生じるようである。制度上、報酬は委員の出席回数に応じて支払われているため、経済性の観点からは問題とはならないが、介護認定審査会運営適正化委員会を有効に機能させるために、同要綱で委員の構成を6名程度としている以上、欠席委員の参加促進を図り、必要に応じて、選定委員の見直しについても行われたい。

(6) 地域包括支援センターの機能強化について

本報告書「第2Ⅲ2.(3)」で述べたとおり、地域包括ケアシステムの構築を図る中で、中心的な役割を果たすのが、地域包括支援センターである。地域包括支援センターとは、地域住民の心身の健康の保持及び生活の増進を包括的に必要を援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設をいう(介護保険法第115条の46第1項)。

地域包括支援センターは、原則、各区市町村によって、おおむね日常生活圏域ごとに設置されている(区市町村から委託を受けた者も可能)。日常生活圏域とは、地理的条件、人口、交通事情その他の社会条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して、各区市町村が、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築する区域をいう。

また、地域包括支援センターの運営費は、介護保険法における地域支援事業交付金で賄われることになっている。
 地域包括支援センターの役割は、本報告書「第2 III 2. (3)」で述べたとおりであるが、第7期高齢者保健福祉計画の中でも、表 B2-2-22 のとおり記載されている。また、介護保険法の改正とともに広がりを見せており、地域包括ケアシステム構築に向けた取組を推進する中核的な機関としての役割が求められている。都内には平成30年4月1日時点で、449箇所地域包括支援センターが設置されている。

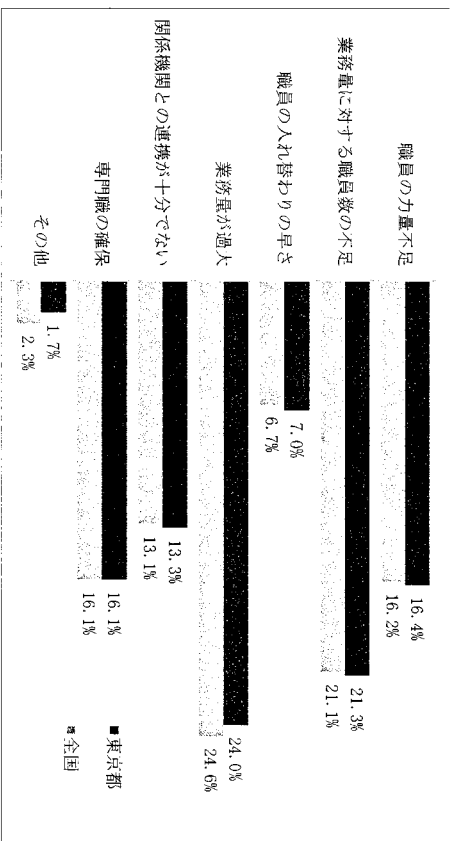
表 B2-2-22 地域包括支援センターの役割について

① 高齢者やその家族の相談対応、必要な支援のコーディネート	地域包括支援センターは、高齢者やその家族からの相談を受け、医療や介護等の専門職によるサービスだけでなく地域にある様々なサービスを活用して、その人に必要な支援をコーディネートするなど、包括的な支援につなげていく役割を担います。また、地域の居宅介護支援事業所の介護支援専門員への支援も行います。
② 支援に関わる様々な関係機関のネットワークの構築	医療や介護が必要な高齢者を支援していくためには、地域の関係機関の連携・協働が必要であり、例えば、在宅療養の提供では、在宅医や訪問看護師、介護支援専門員、訪問介護員等が、認知症高齢者への支援では、かかりつけ医や専門医療機関、介護事業所等が連携し対応していくことが求められます。地域包括支援センターは、個々の高齢者の状況に応じて、様々な機関や職種等によるネットワークを構築する役割を担います。
③ 生活支援や見守り等に住民が主体的に参加し、高齢者を支援していく地域づくり	介護予防の活動や、生活支援、見守り等を行う際には、元氣な高齢者など地域住民の主体的な参加が必要です。地域包括支援センターは、地域全体で高齢者を支援する住民参加の地域づくりにおいて、中心的な役割を担います。

(第7期高齢者保健福祉計画より監査人が作成)

一方で、現状の地域包括支援センターの課題として、図 B2-2-3 にあるとおり、各センターでは、「業務量が過大」、「業務量に対する職員数の不足」等の課題を抱えている。その原因の一つとして、地域包括支援センターの役割が、介護保険法の改正とともに広がり、業務量が拡大していることが考えられる。

図 B2-2-3 地域包括支援センターの抱える課題について



(第7期高齢者保健福祉計画より監査人が作成)

地域包括支援センターは、各センターで管轄区域の広さ、高齢化の状況、相談件数・内容等が大きく異なり、抱えている課題もそれぞれ異なる。そのため、まずは設置・運営の責任主体である各区市町村が、各センターの実情や地域包括支援センター運営協議会(各区市町村が事務局となつて設置する。)の意見を踏まえながら、適切な運営体制を構築していくことが重要である。

介護保険法上では、各区市町村や、各区市町村から委託を受けた者は、各センターにおいて適正に事業を実施することができるよう、その体制の整備に努めるものとする(介護保険法第115条の46)とあることから、各区市町村が、地域包括支援センターの人員配置状況の分析を行うべきである。また、厚生労働省においても、各区市町村に対して地域包括支援センターの適正な人員配置の確保に向けて、働きかけを行っているところである。特に、複数の地域包括支援センターがある場合等では、地域の実情を踏まえ、基幹型センターや機能強化型センターを位置付けるなど、各センター間での役割分担や連携を強化することも、各区市町村に対して提案しているところである。

この点、都としても、地域包括支援センター機能強化支援事業を実施し、各区市町村による地域包括支援センターの機能強化に向けた取組を支援していく体制を整えており、各区市町村が、地域の実情に応じて地域包括支援センターの機能強化を図れるよう、機能強化型センター(区市町村内のセンターを統括

し、困難ケースや地域のネットワーク構築をサポートする。)の設置を促進すること、各地域包括支援センターの業務の充実及び機能強化を図っている。

表 B2-2-23 地域包括支援センター機能強化支援事業について

平成 29 年度 予算額	平成 29 年度 決算額	平成 29 年度 予算執行率	機能強化型地域包括支援セン ター設置区市町村数
563,200	274,828	48.8%	26 区市町 (*)

(福祉保健局作成資料より監査人が作成)

※ 高齢社会対策区市町村包括補助事業により設置する区市町を含む。

表 B2-2-23 から、平成 29 年度予算執行率は 48.8%と低いことがわかる。執行率が低かった理由として、都はそれぞれ以下のとおり考えている。まず、①機能強化型地域包括支援センター設置促進事業については、区市町村への実施意向調査に基づき予算の規模を積算したが、予算の確保や人材の確保ができていないなどの理由により、事業実施区市町村数が伸び悩んだことが背景にある。なお、本事業は、平成 30 年度で終了することになっており、平成 29 年度以降は、事業開始後 3 か年が満了した自治体から、順次、高齢社会対策区市町村包括補助事業に移行している。また、②介護予防による地域づくり推進員の配置事業については、平成 29 年度からの新規事業であり、区市町村のそれまでの介護予防への取組状況から予算の規模を積算したが、事業実施区市町村数が伸び悩んだ。なお、本事業は平成 31 年度までの 3 か年事業とされている。

地域包括支援センターの役割が拡大し、各センターでの業務量が増加していく中で、前述した地域包括支援センターの課題を解決し、地域住民の利便性を向上させるためには、地域包括支援センターの機能強化がより必要となる。

(意見 2-8) 地域包括支援センター機能強化支援事業について

地域包括支援センターの課題として、「業務量が過大」、「業務量に対する職員数の不足」が挙げられる。今後、高齢者人口が増加し、地域包括支援センターの役割が拡大していく中で、地域包括支援センターの業務量は増加することが見込まれることから、各区市町村では、地域包括支援センターの機能強化を図り、都においても、地域包括支援センターの強化を支援するため、地域包括支援センター機能強化支援事業を行っている。しかし、平成 29 年度における事業の予算執行率は低く、この理由として都は、①機能強化型地域包括支援センター設置事業については平成 30 年度で終了し、以後は高齢社会対策区市町村包括補助事業に移行することになっており、②介護予防による地域づくり推進員の配置事業については平成 31 年度で終了することになっているため、と認識して

いる。

しかし、地域包括支援センターの役割が拡大し、各センターでの業務量が増加していく中で、前述した地域包括支援センターの課題を解決し、地域住民の利便性を向上させるためには、地域包括支援センターの機能強化がより必要となる。そのため、都としても、機能強化のための支援がより必要となることから、高齢社会対策区市町村包括補助事業の積極的な活用を呼びかけるなど、地域包括支援センター強化支援に取り組まれたい。

(7) 生活支援コーディネーターに対する研修の効果測定について

厚生労働省の「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」において、生活支援コーディネーターは、「高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネーター機能（主に資源開発やネットワーク構築の機能）を果たす者を『生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）』とする。」とされている。

そもそも、介護予防・日常生活支援総合事業は、平成 27 年 4 月の介護保険法の一部改正により盛り込まれた事業であり、区市町村が中心となって、地域の実情にに応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを実施することで、地域で支え合う体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すもの、とされている。そのため、地域の実情に応じた多様な配置が可能であり、区市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要とされており、地域包括ケアシステムの構築のために、高齢者と地域住民の架け橋となる役割を担っている。

都では、高齢者の生活支援等サービスの体制整備の推進のため、地域において生活支援等サービスの提供体制の構築に向けたコーディネーター機能を果たすことが求められる生活支援コーディネーター等に対して、活動に当たった際の基本理念や具体的なサービスの開発手法等に関する知識及び技術の習得・向上を図るための養成研修を、公益財団法人東京都福祉保健財団に委託して実施し、平成 27 年度から平成 29 年度にかけ、544 名を養成した。

このように、地域包括ケアシステムにおいても重要な役割を担う生活支援コーディネーターを養成するために、都では研修を実施している。ここで、都が平成 29 年 6 月に、区市町村や生活支援コーディネーターに対してアンケート

実施したところ、生活支援コーディネーターの養成や活動の課題について、区市町村からは「資源開発」や「コーディネーターの育成やスキルアップ」、生活支援コーディネーターからは「コーディネーターとしての知識・ノウハウの不足」などが挙げられており、実践力の向上が求められていることが分かった。そこで、都は平成30年度から、従来の養成研修を初任者研修と位置付けて引き続き実施するほか、新たに現任者研修を開始している、とのことである。

介護保険法の一部改正により事業を開始してから3年が経過し、平成30年4月に施行された地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律により、高齢者の自立支援・重度化防止等に関する取組を支援するための新たな交付金として、保険者機能強化推進交付金が交付されることとなった。当該交付金は、国から都道府県及び区市町村へ交付されるものであり、交付額の算定に当たっては、評価指標ごとの評価点数により決定される。当該交付額の算定のための評価指標においては、生活支援コーディネーターについて、単なる配置にとどまるのではなく、地域資源の開発に向けた具体的取組（地域ニーズ、地域資源の把握、問題提起等）を行っているか、といった指標が設けられている。そのため、今後、都が実施している生活支援コーディネーターに対する研修について、より高齢者の生活支援等サービスの体制整備を強化できるよう、保険者機能強化推進交付金の指標を活用するなどして、効果測定を行う必要があると考える。

(意見2-9) 生活支援コーディネーターに対する研修の効果測定について
生活支援コーディネーターは、高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネーター機能（主に資源開発やネットワーク構築の機能）を果たす者とされている。

都では、高齢者の生活支援等サービスの体制整備の推進のため、地域において、生活支援等サービスの提供体制の構築に向けたコーディネーター機能を果たすことが求められる生活支援コーディネーター等に対して、活動に当たっての基本理念や具体的なサービスの開発手法等に関する知識及び技術の習得・向上を図るための研修を実施している。

介護保険法が改正され、介護予防・日常生活支援総合事業を開始して3年が経過し、高齢者の自立支援・重度化防止等に関する取組を支援するための新たな交付金として保険者機能強化推進交付金が交付されることとなった。当該交付金の交付額の算定に当たっては、評価指標ごとの評価点数により決定される。当該交付額の算定のための評価指標においても、生活支援コーディネーターに

ついて、単なる配置にとどまるのではなく、地域資源の開発に向けた具体的取組（地域ニーズ、地域資源の把握、問題提起等）を行っているか、といった指標が設けられている。

そのため、生活支援コーディネーターに対する研修について、区市町村における高齢者の生活支援等サービスの体制強化につながっているか効果検証を行い、研修の更なる充実役に役立つように。

(8) 選択的介護について

介護保険制度においては、高齢者の多様なニーズに対応できるよう、一定のルールの下で、介護保険サービスと介護保険外サービスを組み合わせ提供する、いわゆる混合介護を認めている。都においては、混合介護について、介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせ利用する本人が選べるという点から、より分かり易い名称として「選択的介護」と呼称している。一定のルールについては、厚生労働省が「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」及び「指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について」という通知で示しており、介護保険サービスと介護保険外サービスを明確に区分し、利用者等に対し、予めサービス内容を説明し同意を得て、文書として記録することなどのルールを満たすこととしている。保険外サービスの内容としては、例えば、利用者と同居している家族の分の家事やペットの世話、日用品以外の買い物への同行や、ケアプランに位置付けられない散歩への同行などがある。

しかし、これまで明確な区分の方法が不明瞭なことを要因として、保険者も事業者もこの足を踏んでいた。例えば、訪問介護サービスを提供後、一旦居宅外に出でから再度訪問して保険外サービスを提供したり、保険サービスと保険外サービスとを別の日に行ったり、保険サービスとは別のヘルパーに保険外サービスを実施させるなど、利用者にとっても事業者にとっても、非効率かつ硬直的なサービス提供となっている実態が発生していた。そのため、都と豊島区は連携して、表B2-2-24のとおり、選択的介護に係る取組を実施してきた。

表 B2-2-24 都と豊島区の取組状況

時期	内容
平成 29 年 6 月	選択的介護モデル事業に関する有識者会議を開催
平成 30 年度 9 月	平成 30 年度モデル事業実施に向けた整理案の検討を開始
平成 29 年 9 月	国家戦略特別区域諮問会議で国に対し、都と豊島区の整理案について、法台上的な解釈の明確化を要望
平成 29 年 12 月	モデル事業の実施に当たり、利用者保護の観点から明確な区分を担保するための方策を整理
平成 30 年 4 月	国家戦略特区ワーキンググループにおいて、都及び豊島区が提案した平成 30 年度モデル事業案について、厚生労働省は、介護保険サービスと保険外サービスとを明確に区分する等のルールに照らし支障ない旨の見解

(福祉保健局作成資料より監査人が作成)

表 B2-2-24 の取組状況を受け、平成 30 年 8 月より、豊島区内で選択的介護モデル事業を開始している。

なお、平成 30 年 9 月 28 日に、厚生労働省は「介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせで提供する場合の取扱いについて」という通知を発出した。当該通知については、介護保険サービスと保険外サービスの柔軟な組合せの実現を図る観点から、訪問介護における、介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせで提供することに関する現行ルールの整理や、通所介護における、サービス提供中の利用者に対し保険外サービスを提供する際のルールの在り方の検討・整理等を行ったものであり、具体的な取扱いが明示された。

選択的介護モデル事業の実施により、事業者は介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせで提供がしやすくなり、利用者の利便性が向上するとともに、事業者の収益性が向上し、ひいては介護職員の処遇改善に有効であるなどの利点がある。

一方、介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせで連続的・同時一体的に提供することにより、例えば以下のリスクが想定されている。

・本来、保険外サービスに盛り込むべきサービス内容が、要介護高齢者本人向けの介護保険サービスに紛れ込み、結果的に不適正な給付が増えるおそれ

・要介護高齢者本人やその家族からのサービスの要求が多くなり、サービスを提供する訪問介護員等の負担が過度に大きくなるおそれ

これらのリスクに対し、モデル事業において、以下の 3 点を重点的に取り組んでいる。

- ① 自立支援を阻害しない適切なケアマネジメントの実施
- ② プランに沿った適切なサービスの提供
- ③ 利用者と家族の確実な理解

今後、介護保険の利用者がますます増加していき、介護職員が不足している状況下において、介護職員でなくとも実施できる保険外サービスを、どこまで介護職員が実施すべきかという課題もあると考えられる。

(意見 2-10) 選択的介護について

介護保険制度においては、高齢者の多様なニーズに対応できるよう、一定のルールの下で、介護保険サービスと介護保険外サービスを組み合わせで提供する、いわゆる混合介護（都においては、介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせで利用者本人が選べるという点から、より分かり易い名称として「選択的介護」と呼称。）を提供することが認められているが、その運用に当たっては、介護保険サービスと保険外サービスを明確に区分することが求められている。しかし、その明確な区分の方法が不明瞭であったことを要因として、保険者も事業者もその足を踏んでいたため、都と豊島区は連携して、明確な区分を担保する方策を整理し、選択的介護に係る取組を実施してきた。

選択的介護を実施することにより、利用者の利便性が向上するとともに、事業者の収益性が向上し、ひいては介護職員の処遇改善に有効であるなどの利点がある一方、本来、保険外サービスに盛り込むべきサービス内容が、要介護高齢者本人向けの介護保険サービスに紛れ込み、結果的に不適正な給付が増えるおそれや、要介護高齢者本人やその家族からのサービスの要求が多くなり、サービスを提供する訪問介護員等の負担が過度に大きくなるおそれなどのリスクもある。

今後、介護保険の利用者がますます増加し、介護職員が不足している状況下において、介護職員でなくとも実施できる保険外サービスを、どこまで介護職員が実施すべきかという課題もあると考えられる。

平成 30 年 9 月 28 日に厚生労働省より発出された通知において、介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせで提供する場合の具体的な取扱いも示されたことから、今後、保険者や事業者の対応も、より柔軟に変化していくこと

と考えられるが、都が実施するモデル事業の実施により、介護職員の確保や処遇改善に帰するような事業の実施に向け、引き続き検討を行われたい。

(9) 島しょ部における介護サービスについて

都では、介護サービスの確保が困難な、離島や山間等の過疎地域の特性に応じた施策を検討するため、離島等サービス確保対策検討委員会を設置し、当該地域における介護サービス提供体制の充実を図っている。

「離島等サービス確保対策事業実施要綱(平成19年4月最終改訂)」において、離島等サービス確保対策事業は、サービス確保対策検討委員会において検討・提示された、離島等地域の実情を踏まえたサービス確保等のための具体的な方策・事業を受けて、当該地域の町村が、地域の実情にあった事業を試行的に実施し、もって介護保険サービスの確保を図るとしている。
同要綱において、都が行う事業として、以下が記載されている。

【離島等サービス確保対策事業実施要綱より一部抜粋】

- 都担当者、離島等町村担当者、学識経験者、事業者団体等で構成するサービス確保対策検討委員会を設置し、次の事業を実施する。
- 状況調査(不足サービスの種類、量、先進事例等)、阻害要因の把握及び分析
- サービスの確保・充実のための具体的事業の提示
- 離島等が本事業により実施した事業についての評価等

ここで、島しょ部におけるサービスに関し、区部・多摩部との相違点及び課題と考えている内容を確認したところ、以下の回答を得た。

【福祉保健局の回答】

- 地理的な事情もあり、介護サービスを支える人材の確保(介護職をはじめ、看護師やケアマネジャーなど)が特に困難であるという声が多い。
- 特に小規模な保険者(利島村、御蔵島村、青ヶ島村)は、介護保険制度上、離島等サービスに係る特例等はあるものの、市場性等の面から介護サービス事業として成立させることは困難。

離島等サービス確保対策検討委員会では、都と離島等町村が、サービス確保等に係る幅広い情報提供・検討・意見交換等を実施しており、各町村が実施した高齢者に対するヒアリング調査の状況等も踏まえながら、都と町村、町村同士での意見交換等を行っているとのことである。

これまで、都から離島町村に対し、広域連合体を創設し介護事業を実施することに関し提案をしたものの、実現には至っていないとのことである。これは、各保険者で保険料水準にバラツキがあるため、被保険者である住民の理解を得ることが難しいことや、島しょ部という環境で、保険者同士が隔てられており、介護保険関係事務に係る移動コストが増大するおそれがあること、介護基盤整備においても、島しょ部という環境で、内地のように保険者を跨いだサービス提供がほぼ不可能といったことなどが要因であると考えているとのことである。

ここで、都の区市町村別の介護保険の基準月額保険料を見ても、表B2-2-25のとおりである。

表 B2-2-25 区市町村別の介護保険基準月額保険料(平成30～32年度)

区市町村名	基準月額保険料	高齢者比率(%)
区部の平均	6,037円	21.5%
多摩部の平均	5,622円	26.2%
島しょ部の平均	6,021円	26.9%
青ヶ島村	8,700円	13.5%
利島村	7,500円	23.1%
神津島村	6,500円	27.8%
新島村	6,200円	37.5%
八丈町	5,883円	36.6%
三宅村	5,832円	38.2%
大島町	5,400円	35.4%
御蔵島村	4,800円	17.6%
小笠原村	3,374円	12.7%

(都ホームページ及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)」より監査人が作成)
(注) 都加重平均保険料は5,911円である。
※ 2015年時点の65歳以上割合である。

表 B2-2-25を見ると、島しょ部のうち小笠原村に関しては、高齢者比率も低く、基準月額保険料も都の加重平均保険料と比較して低いが、小笠原村以外の島しょ部に関しては、青ヶ島村や利島村など、都の加重平均保険料よりも大幅に高いことが分かる。

「東京都離島振興計画（平成25年度～平成34年度）」によると、都全域と比較して65歳以上の高齢者の割合が高く、利島村、御蔵島村、青ヶ島村には、特別養護老人ホームが整備されていないとのことである。島しょ部全域に対する課題として、特別養護老人ホームをはじめとした介護サービス基盤について、今後の高齢化の進展を踏まえ、さらに整備を進めていく必要がある、また、介護人材が慢性的に不足し、サービスの提供が限定されていることが挙げられている。当該課題に対する取組として、地域包括ケアの推進への取組を強化し、特別養護老人ホーム等をはじめ、必要な介護サービス基盤の整備を促進し、当該地域の特性に応じた施策の展開を支援し、介護人材の資質向上や確保を図るため、地域のニーズに合わせた研修等の取組を支援していくことが挙げられている。

なお、過去に、利島村が独自に実施してきた配食サービスや、ミニデイズ等を安定的に運営していくため、離島等相当サービス等の基準や、ケアマネジャーの確保などの課題等が示された。そこで、離島等サービス確保対策検討委員会が、課題の状況把握やアドバイザーを行った結果、意欲のあるケアマネジャーを確保でき、離島等相当サービスとして、居宅介護支援事業所、地域密着型通所介護事業所の開設に至った例がある。

このように、島しょ部は高齢化が進行している町村が多いこと、介護事業を担う事業者が少ないこと、隣接する町村から物理的に距離があること、地域の結び付きが強いことなど、区部や多摩部と異なる点が多々あり、それぞれの離島町村によっても特徴が異なる。また、利島村、御蔵島村、青ヶ島村などは、他道府県の離島町村と比較しても規模が小さいことから、他に参考となる例がなく、それぞれの離島町村が課題を解決できるような対策を検討する必要がある。

（意見2-11）島しょ部における介護サービスについて
 都では、介護サービスの確保が困難な、離島や山間等の過疎地域の特性に応じた施策を検討するため、離島等サービス確保対策検討委員会を設置し、当該地域における介護サービス提供体制の充実を図っている。

島しょ部は、地理的な事情もあり、介護サービスを支える人材の確保が特に困難であり、特に小規模な保険者は、介護保険制度上、離島等サービスに係る特例等はあるものの、市場性等の面から、介護サービス事業として成立させることは困難であることが課題である、と都は考えている。

島しょ部は、高齢化が進行している町村が多いこと、介護事業を担う事業者が少ないこと、隣接する町村から物理的に距離があること、地域の結び付きが強いことなど、区部や多摩部と異なる点が多々あり、それぞれの離島町村によっても特徴が異なる。それぞれの離島に住む都民にとって、それぞれの離島町村にあったサービス提供が可能となるよう、今後も保険者を支援していきたい。

3. 介護人材の確保及び育成に関する施策について

(1) 介護に関する研修について

介護人材を安定的に確保し、早期離職を防止するため、介護に携わる人材に対して、専門性の維持・向上やキャリアアップを図る取組が必要となる。

都における、介護人材に対する研修事業について着目すると、介護職員を対象とした研修事業は、表 B2-3-1 の 2 事業であり、この 2 事業はどちらも介護職員のスキルアップを目的とした研修である。各事業において、3 年間の研修実績を見ると、「介護職員等によるたんの吸引等のための事業」については、3 年間のすべてにおいて、研修受講予定者数を実績者数が上回っている。しかしながら、「介護職員スキルアップ研修事業」については、各年 900 名を研修受講予定者数としているが、実績者数はどの年度においても 900 名に達していない。

表 B2-3-1 介護職員を対象とした研修事業

研修名	介護職員等によるたんの吸引等のための事業		
内容	都内の介護保険事業所及び障害者施設等において、適切にたんの吸引等の医療的ケアを行うことができる介護職員を養成するために行う。		
実施主体	都 (公益財団法人東京都福祉財団へ委託)		
	都内の介護保険事業所及び障害者施設等において勤務する介護職員		
	予定数 (名)		
	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
	1, 680	1, 710	1, 710
	実績数 (名)		
	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
	2, 091	1, 916	2, 053
	実績金額 (千円) (※)		
	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
	87, 764	93, 823	102, 768
	※ 研修に係る金額のみを記載。		
研修名	介護職員スキルアップ研修事業		
内容	介護職員に、介護に必要な医療に関する知識を付与することで、より安全で質の高い介護サービスの提供を可能とし、医療機関や訪問看護ステーション等との円滑な連携を図ることを目的として行う。		

実施主体	都 (社会福祉法人東京都社会福祉協議会 (以下、「社会福祉協議会」という。) へ委託)		
	都内の介護保険事業所において勤務する介護職員		
	予定数 (名)		
	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
	900	900	900
	実績数 (名)		
	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
	660	363	451
	実績金額 (千円)		
	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
	10, 863	10, 863	10, 863

(福祉保健局作成資料より監査人が作成)

この理由と本研修事業の今後の方針について、福祉保健局に質問したところ、以下の回答を得た。

【福祉保健局の回答】

・介護職員数は、年々増加しているものの、介護ニーズの急増による人材不足の影響から、介護保険施設等が、所属する介護職員を 3 日間研修に参加させることが困難な状況にあることが要因だと考えている。
 ・本研修は、3 日間の研修となっているため、科目を見直し日数調整する、Web 受講による研修にする等、参加希望者が参加しやすい体制を検討している。

回答によれば、介護人材不足の影響から介護職員が研修に参加できず、このような状況が介護職員のスキルアップを妨げ、介護の仕事を離れる要因になるという悪循環が生まれていると考えられる。根本的には介護人材の不足を解消していくことが問題解決につながるが、現状の介護職員の待遇改善として、スキルアップの機会を設ける取組が必要となる。

前述の 2 つの研修事業以外にも、介護に携わる人材を対象として、表 B2-3-2 のとおり、様々な研修事業が実施されている。このうち、⑥「感染症対策指導者養成研修」については、申込者のうち一部が参加できないほど定員数を超過し、都においても、今後定員を増やしていきたいとの意向である。また、②「介護認定審査会運営適正化研修事業」、⑤「ユニットケア研修等事業」、⑦「認知症介護研修事業」⑨「認知症初期集中支援チーム員等研修事業」、⑩「地域包括支援センター職員研修事業」、⑪「生活支援コーディネーター養成研修事業」に

については、参加予定者数と実績者数がおおむね同程度となるが、その他の研修については、実績者数が参加予定者数を下回る結果となっている。

表 B2-3-2 介護に携わる人材を対象とした研修実績一覧

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
①	認定調査員等研修事業		
対象者	・認定調査員：区市町村職員、事務受託法人職員、居宅介護支援事業所職員等 ・審査会委員研修：区市町村職員、保健・医療・福祉に関する学識経験者（医師、歯科医師、薬剤師、社会福祉士等） ・主治医研修：医師		
予定者数(人)	・調査員：1,770 ・審査会：1,370 ・主治医：1,500	・調査員：1,770 ・審査会：1,370 ・主治医：1,500	・調査員：1,770 ・審査会：1,370 ・主治医：1,500
実績者数(人)	・調査員：1,067 ・審査会：1,078 ・主治医：777	・調査員：1,074 ・審査会：694 ・主治医：732	・調査員：870 ・審査会：1,085 ・主治医：844
②	介護認定審査会運営適正化研修事業		
対象者	運営適正化研修：区市町村職員		
予定者数(人)	・研修：3回(240人)	・研修：3回(256人)	・研修：3回(272人)
実績者数(人)	・研修：4回(204人)	・研修：3回(199人)	・研修：3回(206人)
③	介護支援専門員研修事業		
対象者	都内の介護支援専門員		
予定者数(人)	9,035	5,915	8,892
実績者数(人)	8,720	5,313	7,327
④	ケアマネジメントの質の向上研修事業		
対象者	都内の介護支援専門員		
予定者数(人)	1,600	900	330
実績者数(人)	1,469	812	312
⑤	ユニットケア研修等事業		
対象者	都内のユニットケア施設（ユニット型指定介護老人福祉施設及びユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設、ユニット型指定短期入所生活介護事業所、その他ユニットケアを行う施設（開設を予定しているものを含む）の管理者及び職員		

予定者数(人)	施設管理者研修：31 リーダー研修：101	施設管理者研修：23 リーダー研修：103	施設管理者研修：26 リーダー研修：101
実績者数(人)	施設管理者研修：28 リーダー研修：102	施設管理者研修：21 リーダー研修：103	施設管理者研修：14 リーダー研修：103
⑥	感染症対策指導者養成研修事業		
対象者	特別養護老人ホーム等の施設管理者または感染症対策担当者等		
予定者数(人)	500	500	500
実績者数(人)	590 (申込者729)	481 (申込者723)	502 (申込者730)
⑦	認知症介護研修事業		
対象者	都内の介護保険施設・事業所等に従事する介護職員等		
予定者数(人)	1,529	4,103	4,103
実績者数(人)	1,449	3,422	3,379
⑧	歯科医師・薬剤師・看護職員認知症対応力向上研修事業		
対象者	・歯科医師研修：都内で勤務又は開業する歯科医師 ・薬剤師研修：都内で勤務又は開業する薬剤師 ・看護師研修Ⅱ：都内の病院で勤務する指導的役割の看護職員かつ東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅰの修了者 ・看護師研修Ⅲ：都内の病院で勤務する管理監督的立場の看護職員かつ東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱの修了者		
予定者数(人)	-	歯科医師：500 薬剤師：500 看護師：500	歯科医師：400 薬剤師：1,000 看護師Ⅱ：600 看護師Ⅲ：100
実績者数(人)	-	歯科医師：115 薬剤師：905 看護師Ⅱ：507 看護師Ⅲ：113	歯科医師：139 薬剤師：494 看護師Ⅱ：557 看護師Ⅲ：120
⑨	認知症初期集中支援チーム員等研修事業		
対象者	・認知症初期集中支援チーム員研修：区市町村においてチーム員として配置が予定されている者、既に配置されている者等 ・認知症地域支援推進員研修：区市町村において推進員として配置が予定されている者又は既に配置されている者		

予定者数(人)	チーム員：157 推進員：148	チーム員：180 推進員：200	チーム員：360 推進員：200
実績者数(人)	チーム員：157 推進員：148	チーム員：346 推進員：285	チーム員：337 推進員：186
⑩	地域包括支援センター職員研修事業		
対象者	都内の地域包括支援センター、そのプラント、サテライト、高齢者見守り窓口に勤務する職員		
予定者数(人)	791	783	811
実績者数(人)	785	794	770
⑪	生活支援コーディネーター養成研修事業		
対象者	都内各区市町村の行政職員及び生活支援コーディネーター		
予定者数(人)	180	180	180
実績者数(人)	178	186	180

(福祉保健局作成資料より監査人が作成)

実績者数が参加予定者数を下回る研修について、今後実績者を増やすための検討状況について福祉保健局に質問したところ、以下の回答を得た。

【福祉保健局の回答】

- ①認定調査員等研修事業については、参加者にとって参加しやすい日程や場所を考慮した開催を検討する。
- ②歯科医師・薬剤師・看護職員認知症対応力向上研修事業については、歯科医師会等に依頼して出席への協力を仰ぎながら、参加者にとって参加しやすい日程や会場を調整する。
- ③介護支援専門員研修事業、④ケアマネジメンツの質の向上研修事業は、受講対象者数が介護支援専門員の合格者数に比例する、他の研修修了者が対象で本研修のみで実績者増の達成が難しい等の理由から一概に実績を伸ばすことが困難である。

介護に携わる人材のスキルアップを目的とした様々な研修は、受講者にとつて有意義なものであり、介護人材の充実を図る面からも、重要な事業である。受講希望者が研修に参加できない状況があるのであれば、当該課題を解消し、受講者数の増加につなげることが急務である。なお、都では、研修開催時にはアンケートを実施し、受講者の声を反映した内容となるよう、研修内容を検討しているとのことである。

(意見2-1-2) 介護に関する研修事業の一層の充実について
介護人材の不足の解消に対して、介護に携わる人材の早期離職を防ぎ、長年にわたって介護の仕事が続けることを支援していくことは有用である。都が介護人材に対して実施する研修は、介護職員を対象とするものに限らず、区市町村職員や都内の介護支援専門員等を対象とするなど、多岐にわたっており、今後も介護人材の充実という点から、引き続き、様々な研修事業の実施が望まれる。

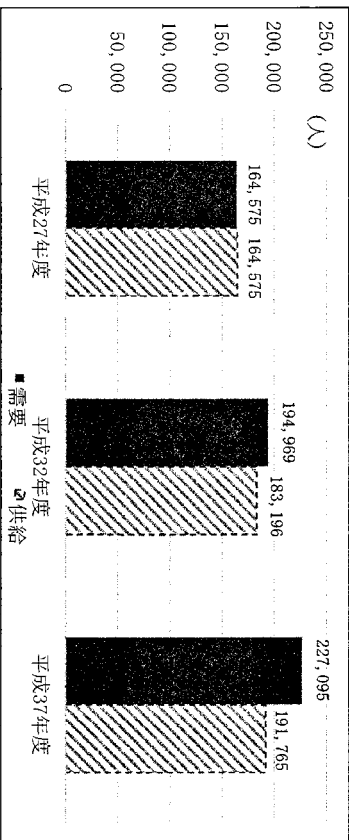
しかしながら、研修実績を見ると、実績者数が予定者数を下回っている研修も多く、介護人材不足が深刻化する中で、研修事業を拡大していく動きが弱いように思われる。また、介護職員を対象としているスキルアップ研修においては、人材不足の影響から3日間の研修へ参加できない状況があり、必要な研修が受けられず、スキルアップの機会が確保されないことで、人材が定着せず、人材不足の悪循環を招く可能性がある。

都は、第7期東京都高齢者保健福祉計画において、介護の仕事の環境改善を支援する目的で、研修の支援や介護事業所等の職員の能力向上を謳っている。介護に携わる人材が研修に参加することのできる環境を構築し、必要な人材に研修事業が有意義に活用されるよう努められたい。

(2) 介護職員キャリアパス導入促進事業について

高齢者人口が増加する中、都における介護職員の今後の需要と供給のバランス予測は、グラフB2-3-1のとおりであり、需要が供給を上回ることが予想されている。

グラフB2-3-1 都における介護職員の需給推計

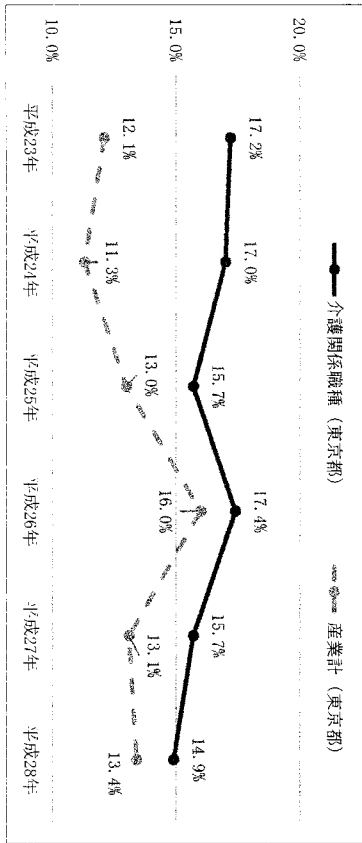


(第7期高齢者保健福祉計画より監査人が作成)

都における、平成29年度の介護関連職種の有効求人倍率は6.14倍となっており、全産業の有効求人倍率は1.80倍を大きく上回っている。また、全国の介護関連職種の有効求人倍率は3.64倍であり、全国と比較しても、都の介護人材が不足していることがわかる。

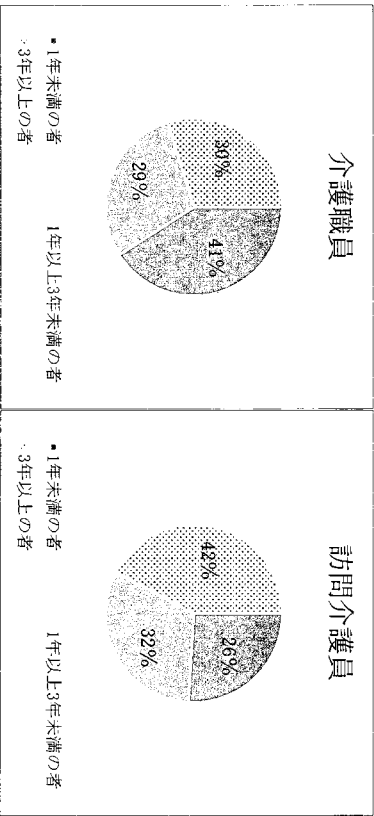
また、グラフB2-3-2のとおり、介護関係職種については、離職率が全産業と比べて高い状況となっており、グラフB2-3-3のとおり、離職者のうち3分の2程度が、勤務期間3年未満で離職しており、短期離職者が多いことが分かる。

グラフB2-3-2 介護関係職種の離職率の状況（産業計との比較、東京都）



(第7期高齢者保健福祉計画より監査人が作成)

グラフB2-3-3 介護関係職種離職者の勤務期間年数

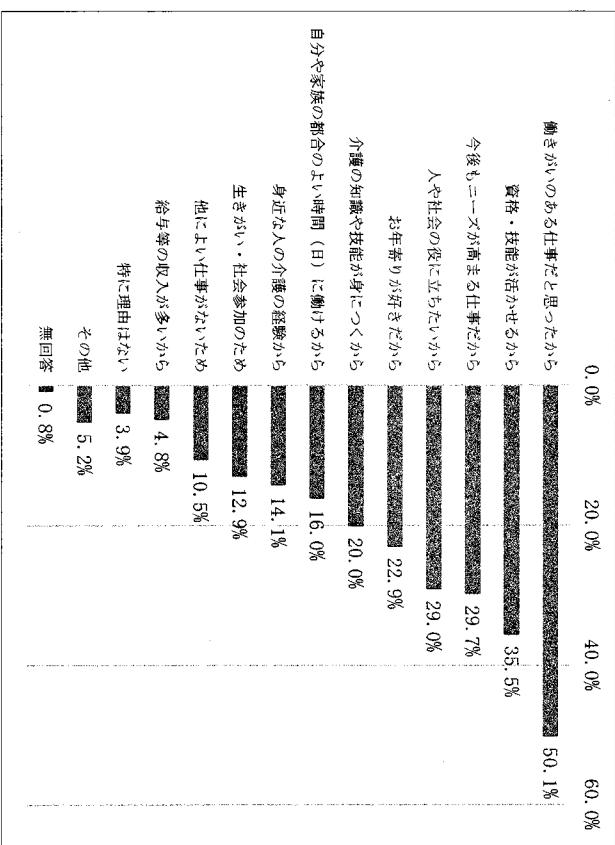


(第7期高齢者保健福祉計画より監査人が作成)

介護職員が、現在の仕事をどのように思っているかについて見てみると、グラフB2-3-4のとおり、介護職員が現在の仕事を選んだ理由のうち、「働きがいのある仕事だと思ったから」が50.1%と最も高い回答率を示しており、「資格・技能が活かせるから」が35.5%となっている。

また、グラフB2-3-5のとおり、介護職員の現在の仕事の満足度の中で、「仕事の内容・やりがい」は53.3%と最も高い。一方で、「キャリアアップの機会」は25.0%、「人事評価・処遇のあり方」は22.9%、「教育訓練・能力開発のあり方」は20.2%、また、「賃金」については21.3%と、他の項目と比べて低くなっていることがわかる。働きがいがあり、専門的スキルが活かせる仕事であると感ずる一方で、キャリアアップの機会や、評価や能力開発の在り方については十分な満足度が得られず、介護職員の定着を妨げる要因となっている。

グラフB2-3-4 介護職員が現在の仕事を選んだ理由



(公益財団法人介護労働安定センター 平成29年度「介護労働実態調査」より監査人が作成)