

10/31 未来投資会議 構造改革徹底推進会合

「医療・介護－生活者の暮らしを豊かに」会合（第3回）

（開催要領）

1. 開催日時：2016年10月31日（水） 15:00～17:12
2. 場 所：合同庁舎4号館11階第1特別会議室
3. 出席者：

越智 隆雄 内閣府副大臣
翁 百合 株式会社日本総合研究所副理事長
高橋 泰 国際医療福祉大学教授

今村 聡 日本医師会副会長
鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
落合 慈之 東京医療保健大学 学事顧問／NTT 東日本関東病院 名誉院長
長谷川佳和 日本介護支援専門員協会理事
中山 辰巳 特別養護老人ホーム「みちのく荘」園長
竹内 孝仁 国際医療福祉大学大学院教授
齊藤 貴也 杜^{もり}の風^{かぜ}上原 特別養護老人ホーム「正吉苑^{しょうきちえん}」施設長

（議事次第）

1. 開会
2. 有識者からのヒアリング
3. 自由討議
4. 閉会

（配布資料）

資料1：東京医療保健大学学事顧問・NTT 東日本関東病院名誉院長 落合慈之様提出資料
資料2：高橋副会長提出資料
資料3：日本介護支援専門員協会 長谷川理事提出資料
資料4：社会福祉法人青森社会福祉振興団 特別養護老人ホームみちのく荘 中山辰巳園長提出資料
資料5：国際医療福祉大学大学院 竹内孝仁教授提出資料
資料6：社会福祉法人正吉^{しょうきち}福祉会 杜^{もり}の風^{かぜ}・上原 特別養護老人ホーム正吉苑^{しょうきちえん} 齊藤貴也施設長提出資料
資料7：日本医師会 鈴木邦彦常任理事提出資料

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ただいまから、第3回「未来投資会議 構造改革徹底推進会合（「医療・介護－生活者の暮らしを豊かに」会合）」を開会いたします。

御多忙の中、御参集いただきましてありがとうございます。

本日は、日本医師会から、今村聡副会長、鈴木邦彦常任理事に御出席をいただいております。

また、本日は、有識者として、東京医療保健大学学事顧問、NTT東日本関東病院名誉院長でいらっしゃいます落合慈之様、日本介護支援専門員協会から長谷川佳和理事、社会福祉法人青森社会福祉振興団特別養護老人ホーム「みちのく荘」から中山辰巳園長、国際医療福祉大学大学院から竹内孝仁教授、社会福祉法人^{しょうきち}正吉福祉^{もり}会社の^{かぜ}風上原特別養護老人ホーム^{しょうきちえん}「正吉苑」から齊藤貴也施設長に御出席をいただいております。

また、本日は、越智副大臣に御出席をいただいております。

始めに、越智副大臣から御挨拶をいただきたいと思います。よろしく願いいたします。

(越智副大臣)

皆さん、こんにちは。

ただいま御紹介いただきました、担当副大臣の越智隆雄でございます。

本来であれば、石原伸晃経済再生担当大臣がこちらで御挨拶するべきところですが、今日は国会対応がございまして、代わりに御挨拶をさせていただきます。

構造改革の総ざらいを行いまして、成長戦略を更に加速するための新たな司令塔であります未来投資会議では、現在、その下に設けられました構造改革徹底推進会合で、分野別の議論が進められているところでございます。

主要分野の一つであります医療・介護分野では、先週26日に第2回の会合を開催しました。主に医療分野について、有識者の先生方に御発表いただきまして、翁会長、高橋副会長や、各省庁含めて、活発な意見交換が行われたところとございまして、私も議論に参加させていただいてきたところであります。人工知能を活用した診療支援など、技術革新を現場に取り入れることで、より質が高い、効率的な医療を実現できる可能性を実感したところでございます。

本日は、医療分野について更にお話を伺うとともに、介護分野についても、第一線で研究や活動をしておられる有識者の皆様から、それぞれの取組や、今後対応すべき課題について、御発表いただきたいと思っております。有識者の

皆様には、大変お忙しい中で、御準備・御参加いただいたことに、心から感謝を申し上げます。

また、本日は、日本医師会から今村副会長、鈴木常任理事に御参加いただいております。ぜひ、医療界の立場から、忌憚きたんのない御意見を今後の検討に向けてお願いできればと思っております。

今後ますます医療・介護ニーズが増大する中で、特に介護分野では人材不足が喫緊の課題でございます。自立支援の取組の強化や、ICTやセンサー等の技術革新の活用など、本日皆様に御発表いただく内容は、まさに今後の医療・介護の在り方に大きな影響を与えるものだと考えています。ぜひ、今後、国として執るべき政策の方向性も含めて、各省庁も交えて活発な意見交換をいただくことを心からお願い申し上げまして、御挨拶とさせていただきます。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございました。

それでは、プレスの方はここで御退室いただければと思います。

(報道関係者退室)

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

時間も限られておりますので、出席者の御紹介はお手元にお配りしております座席表で代えさせていただきます。

なお、日本医師会の今村副会長におかれましては、御都合により途中で退席をされる予定と伺っております。

それでは、議事に入らせていただきます。本日は、有識者の皆様方から御発表いただきまして、その後、自由討議をさせていただきたいと思っております。

それでは、まず、東京医療保健大学学事顧問、NTT東日本関東病院名誉院長でいらっしやいます、落合様からよろしくお願いいたします。

(落合東京医療保健大学学事顧問・NTT東日本関東病院名誉院長)

東京医療保健大学の落合と申します。今日は、お招きいただきましてありがとうございます。

今日は、トレーサビリティに加えて、ついこの間まで視察に行っていましたエストニアについても後半の資料に混ぜさせていただいて、お話しさせていただきます。

翁会長が、本会合の論点についてということをおっしゃっておられて、それを拝見しますと、現在我々が当面する問題、考えなければならない事柄の全てがそこに網羅されていると、私も理解いたします。

そのようなことを書いたのがこのスライドでありまして、いかに医療機関の運営を効率化するか。しかし、そのために人手を使うのでは意味がない。情報を有効に活用できるように相互連携をさせられるか。それから、速やかに共通インフラの整備を進めて、効果的なICTの導入・活用ができる体制を構築する。そのために、自治体や医療・介護の関係機関、多様な職種の人材を有機的に連携させることが重要である。これは、翁先生の言われていることと全く同じであります。

各省庁の資料を拝見するとビッグデータということが通奏低音のように言われておりますけれども、既に我が国ではこのナショナルデータベース、DPCデータ、NCDB、MID-NET、これは再来年からですが、がん登録と、既にある程度のビッグデータが登場していることは事実であります。

しかし、それらのビッグデータには、一長一短がまだあります。

一長一短の最大の部分として、「長」はこのような大きなデータが扱えるようになってきたということ自体、時代の進歩を感じさせるわけでありましてけれども、大きな「短」として現状から見えてくることは、データ同士の連結性の困難さであります。加えて、これらのビッグデータの中では、使用されている医薬品・医療機器・医療材料に関する情報が欠落をしている。ですから、この医療において、費用対効果をはじめ、国の医療体制が行き詰まっている中で、いかに節約をするかといった話をする時に、費用の話に関わる部分の正確なデータが把握できていないことが大きな問題であると考えています。

ですから、今後に求められることとしては、医療情報用コードの標準化は、既にあるビッグデータの中でもある程度揃ってきてはいますがけれども、病名であるとか、処置方法であるとか、そういうものを標準・コード化すること、加えて、使われたものについてのコード化が必要であると考えています。もう一つ、このような体制をつくる上で重要なことは、人手がかかっては困るのです。医療・介護現場における自動認識技術といいますか、人手をかけずに記録ができるような方式が必要だと思えます。電子カルテ・医療機器等のデータアウトプットのための仕様を、データを集めるためには標準化ができていないと集まらない。

SS-MIXといわれるようなものがようやく登場してきましたけれども、まだまだこの普及率が非常に低い現状があります。

カルテ、医療情報を統一して使えるようにするためには、ここにあるような

厚労省標準規格等々、いろいろなものが既に使われ始めてはいますけれども、いずれも中途半端であって、100%完璧にこれができるという体制になっていないことが非常に問題で、少しでもこれを100%の方向に向けて整備していくことだと思います。

加えて、医療においては、トレーサビリティというときに、「いつ」、「どこで」、「誰が」、「誰に」、「何を」、「どのように」という形で把握できることが重要と考えています。医療安全を考えたときには、患者さんから標本を採った。それを検査部へ送って、がんである、がんでないということが判定されて、初めて手術をする、しないということが決まるわけですが、そういう病院の中でのモノのやりとりの課程に不具合であるとか不明確さがあるては困る。取り違え事件が起きたりということがありますけれども、そういうことがないためには、5W1Hが捉えられることが必要で、これらがコード化されていることが必要です。

「いつ」というのは時間ですから、問題がありません。「どこで」というのは、医療施設に番号が要るわけですが、これもいろいろな名前がついていて統一されていません。「誰が」というのは、医療者、医療職ですが、これは医師会が電子キーを新しく始められるということで、そういうものが徹底されることを期待しています。「誰に」というのは患者さんですが、医療等IDが登場してきて、本当にこれが早く使われなければつながらないと思っています。それから、どのようにということが、先ほど言った上の厚労省の規格になりますが、この「何を」が、今のところは全く医療機関で標準化して伝える方法がないのです。こういうものが必要だと考えています。

トレーサビリティと申しあげましたけれども、流通業界、商品の世界では一つ一つに固有のコードをつけることでトレーサビリティを確保することは早くから行われています。一つの商品に複数の呼称があっても対象を特定することが困難であるからです。一般商品の場合、そのコードは内容に生産国・メーカー番号・商品番号・製造番号・ロット番号・消費期限などが含まれています。これらは、目で見て判読できることも書き写せたりすることも重要ですが、機械で自動的にそれらが行える。だからこそ能率が上がる。バーコードであるとかRFIDと言われるようなものを使う。そういうことを自動認識技術といいます。ですから、ぜひ自動認識技術が早くに導入されることを願ってやみません。

例をお見せします。こういう場に似つかわしくないかもしれませんが、これはある栄養飲料です。皆様のお手元にあるドリンクのペットボトルもそうですけれども、これを見ますとバーコードが必ずついています。このバーコー

ドをお持ちのスマホでもって読ませます。そうすると、このようなコード化された体系の番号が出てきます。

現状では商品ですから、グーグルでこれを読ませます。そうすると、左上に検索した番号が出てきますけれども、検索をすると、皆さんのスマホでもこのようにその商品に関する情報が分かります。このグーグルのような、妙な言い方ですけれども、素性が分からないデータベースでは困るのですけれども、医薬品であればドラッグインジャパンであるとか、医療材料であればしかるべきそういうものを全て登録したようなデータベースをきちんとつくって、それにアクセスすれば、それに関わる人々にとって自分が扱っているものの内容や由来がすぐ分かるという体制をつくるのが重要かと思う次第です。

既に、医療界においては、薬については、アンプル、バイアルにはバーコードがつくように厚労省の指導で行われています。また、普通の飲み薬の裏側にもあのようなバーコードがつくという時代になっています。ですから、これをスマホで読み取っていただければ、医療施設の方でなくても、例えば、介護施設のヘルパーさんとか、そういう方でも、お薬のことが分からない方も、これを読み取れば何の薬か分かって、下剤であるとか、解熱剤であるとか、そういうことはすぐ分かる。そうすれば、患者さんが妙に下痢をしている、この薬は止めたほうがいいのか、そんなことも分かるし、病院のナースにとっても、患者さんが入院してくるときに持ってくる薬、特にジェネリック医薬品が最近は多く使われるようになりました。いろいろな名前があってもなかなか分かりにくいのですけれども、そういうものについているこれを読み取れば、医療職にも何の薬かすぐ分かるという時代になりかけている。そのためには、データベースが重要だと思っています。

これは医療機器についてもそのようなコードがついているということであります。

これらができれば、5W1Hは、最後にどの薬をとということも、それらを読んで間違いなく患者さんに投与するということができる。間違いなく投与することができるということは、それだけでなく、病院の中の在庫がどれだけ必要であるとか、あるいは、月間に何の薬がどれだけ使われたということが非常に明確に把握できることを示します。

そういうことができるようにするために、私たちは、前に中医協の会長をしておられた森田先生を中心に、JUMPという組織をつくり、そこで医療トレーサビリティに関する委員会をやっていきます。

そこで目指していることは、このような医療情報管理プラットフォームが完成できないかということです。ここには、データベースとして薬、材料、機器

に関する情報が入っています。製薬会社や医療機器メーカーは、こういう物をつくりましたとあって、そこへ登録をしておきます。途中に入る卸とか問屋さんとかは、どのメーカーから物を買って、どの病院に入れましたというデータを入れておきます。病院、医療機関は、どの問屋さんからそれを買った、どの患者さんへとは医療等IDがありませんので難しいのですけれども、月間にどれだけ消費したかということは記録として残せる。また、患者さん自らあるいはヘルパーさん等も、このクラウドにアクセスすることで、先ほど申し上げたように、使われている医療材料は何か、あるいは、飲んでいる薬は何かということが分かる。

そうしないと、例えば、介護施設に入っていて、おむつを用意してくださいと言われても、非常に小さな話ですけれども、同じおむつと思って持ってきたら、MサイズとLサイズでこれは使えないとかということが日常ではしょっちゅう起こるわけです。そういう時に、これを読んで、この物を持ってきてほしいと言え、全く違わないものを持ってこられる、ミスが起きないということが期待できるわけです。

これらができれば、後でプリントを見ていただけたらと思うのですけれども、各ステークホルダー、医療機関にとってのメリット、メーカーにとってのメリット、卸／SPD業者にとってのメリットはこういうことが挙げられると思います。また、行政・自治体にとっても、ビッグデータをつくる上での正確なデータの基になりますし、自治体内施設の経営の最適化にも役立つし、もう一人のステークホルダーであるリサーチャーにとっても、使われた物についての情報も分かることで、初めて費用対効果ということも検討できるようなビッグデータの利用ができると考える次第です。

このようなものにコードをつけて識別可能にすることをUDI、Unique Device Identificationといいます。その物についている識別子のことを、やはり同じようにUDI、Unique Device Identifierといいます。既に世界ではこのUDI規制が始まっていて、アメリカのFDAが最も有名ですけれども、医療機器に関しては全てUDIを付すこと、そして、付した商品をつくったら必ずそれをデータベースに登録をすることが義務化されています。ですから、日本の医療機器メーカーも、アメリカに輸出しようと思ったら、そのUDI規制に対応するようにコードをつけて、それに登録しなければアメリカの市場では売れないという世の中になっています。同じことが既にヨーロッパにおいても始まっていて、かつ、薬についてもそれが始まっている。日本でそれを行わないと、いかに日本の医療を産業化して国外にとっても、向こうの市場では相手にされないという時代になっています。

私の主張はこういうところなのですけれども、エストニアを見てきたことから、つけ加えさせていただきます。

エストニアは、御存じのように、北欧の端のほう、フィンランドに直面したところであって、わずか人口130万の国です。130万の国と1億1,000万から2,000万の我が国とが比較できるかという議論は多々ありますけれども、そういう状況の国であると思ってください。

そこにはこのようなX-ROADと呼ばれるITの設備が既にできています。左から、住民登録、健康保険登録、車両登録、公文書管理と言われるように、国民の生活に関わるようなことが全部登録されるような、データが入れられる基盤があるのです。そして、国民は自分のマイナンバーとパスワードを入れることによってここにアクセスができます。そして、自分の分は全部見られるということでもあります。

その中で、健康・介護分野を見ると、Estonian eHealth architectureというものがあって、お手元のプリントを見ていただきたいと思いますが、細かな作業の細分化された部分がやはり同じようにここへアクセスすることで見られます。向こうで説明を聞くと、自分のカルテを説明者がのぞいているところを見せてもらえたり、親御さんが子供については見られるという状況を見せてもらうことが可能です。

私たちはただ視察しただけでなくて、国民性とかそういうことも見てきたのですけれども、国の施策としてどうしてこういうことができたのかという問いに対して、できることから順次ということをしていました。それから、何事にも反対する人はいるかもしれないけれども、便利さが伝われば共感する人は必ず増える。最初から全員参加は求めない。参加しない人には参加しない人なりの理由がある。向こうは、選挙をするのもX-ROADでできますし、納税に行くのもX-ROADでできるのですけれども、そういうものを自分の家でするのではなくて、ちゃんと納税の税務署、銀行に行って、そこで払う。そうすると、同年代の人が集まれて、そのほうが楽しいのだと、家の中に閉じこもってこういうことをやっても楽しくないという人たちもいっぱいいる。そういう人たちは、そういうことはそうされればよいので、できる人だけ来たらいいいのではないかといいことをしていました。これが政府側の立場でした。

今度は国民のほうの意見として、今の自分のマイナンバー、IDカード、これをスマホに入れてモバイルIDとして持ち歩くことも可能のようなのですけれども、それを持っていけば何も困らない。日常の買い物において、小銭をお釣りでもらっても、ポケットがジャラジャラするだけで、貯金箱に入れるだけで、

全く無駄だ、^{わずら}煩わしいと。それよりは、数字でもって全部決済されて、決済の時に数字が間違っていないことだけチェックすれば、後でおかしいと思った時には銀行に言えば、銀行のミスとして認めてくれるので、全く不安がない。国に個人情報管理されていると思わないのかという問いを日本人は必ずするわけですが、国に個人情報を管理されているとは思わないと。国が個人について何を知っているのかを知ることができこそ、個人の権利だという発想でした。サイバーアタックでこれが壊滅するようなことはないのか。何度かそういうことはあったと。しかし、システムが破綻することもあり得るかもしれないけれども、国はその度にそれを乗り越える。後からできてくるものほどより強固なものができる、信頼性が高まる。全く不安を感じていないということが、国民性としてありました。

非常に見にくい図なのですけれども、エストニアのこのシステムを国外に売り出そうとしているオフィスがありまして、そのオフィスの部屋と部屋との間の仕切りの壁にこんなものがあつたので写真を撮ってきたのですが、緑色で細かくポチポチとあるのは、既にエストニアが国外で自分たちのシステムを売り出すことで商売をしている国々を示しています。

我が国に求められることとしては、精神論的という言い方がこの場で合うのかどうか分かりませんが、便利さを享受^{きょうじゆ}するのは国民自身であるという国民自身の自覚を持ってもらう必要があると思います。

そのためには、国民に容易にアクセスできる仕組みであること。既にビッグデータと呼ばれるデータベースが多々あると申しあげましたけれども、あのデータベースを国民の一人が誰か見ようとして、自分のことが何か分かるかといったら、一切分かりません。そういうことが自分に反映できるようなシステムであるべきだと思います。だから、メリットを可視化することが必要だと思います。例えば、今、監視カメラというものが世の中にありますけれども、あれを導入したらいいかどうかという議論をしたら、おそらく国民は最初に反対をしたと思いますが、今日、あれに伴うメリットのほうはるかに大きくて、誰も文句は言わない。それを抜き打ち的にやる方がいいかどうかは別として、ああいうメリットを見せることが非常に重要だと思います。海外のどこの視察でも聞こえてくるのは、一般の市民が、カード1枚を持っていれば、どこの薬局でも薬がもらえるのです、どこに行っても私の情報は分かるのですと、国民が皆言うことです。これは、エストニアに限らず、台湾も、韓国も、ヨーロッパの国々、トルコも含めてマイナンバーを持っている国々の声です。

重箱の隅をつついて、あれはできないからやめようとか、これは困難だから

というのではなくて、できることからやろう、小異を捨てて大同につこうという事です。

それから、できるところから。そういうことをやろうしても、医院に入れようとしたら、だれがそのための施設投資のお金を出すのかという議論になるわけですが、できないところはできるようになったときにやっていただければいいわけで、次回へのバージョンアップの時にはそれができるような設備を入れてくださいというおおらかさが必要だと思います。

技術論としては、先ほど申し上げた医療情報用語のコード化、標準化の徹底、それから、いわゆる情報だけでなく、使用される薬品や機器や医療材料についても、GS1というコードを私たちは進めていますけれども、そういうものでコードが統一化されて、物が何かということが明確にわかることが重要です。保険申請のためのコードと物を買ったときのコードと業者が入れてくるコードが、1つの物を扱っていながら、全部コードが違う、電子カルテではつながらないという現実には話になりません。

それから、自動認識技術の積極的利用です。そのためにいちいち番号を書き写しては意味がないので、バーコードリーダーでぱっと読めばよいとする。そうすると、バーコードリーダーにつながるようなパソコン、電子カルテである必要があるわけで、次期のバージョンの時からはそういう接続口を必ず備えた電子カルテであるべきことという形になってほしいと思うのです。

そのために、一斉に医療機関に設備投資を強いるのではなくて、順次更新時にできることから。基本ルール、実行期間を定めて順次と。

その前に、言い忘れましたけれども、もう一つ、電子カルテは、メーカーによって全部仕様が違うのです。なかなかつながらない。電子カルテだけではなくて、モニターに使われる機器もいちいち仕様が違う。あるいは、CTやMRIでも、会社によって仕様が違ったりします。共通のコードとしてDICOMが使われているという言い方をしますけれども、最終的な仕様でみんなちょこちょこ違うのです。ですから、こういう部分に関しても、国はこのこととこのこととこのことに関しては、必ずアウトプットできるような形にしてください。それ以上のことは、どういふことが使えても、デザインはどうあっても自由ですということをお願いしたいなと思っています。

我が国に求められる制度論としては、例えば、薬の裏にバーコードをつけましょうということ厚労省が言ってくださって、あそこまでいっているのですが、メーカーによって、斜めにつけたり、縦につけたり、薬1錠1錠につけたり、1錠のシートに1個だけつけたり、これがバラバラです。こういうことでは、使う現場は非常に困難なのです。

そういうところのつけ方に関しても、つけ方についてはデザインをこうしよう、使う文字、フォントはこうしようということを、ぜひ統一化していただきたいのです。民間の企業は非常に努力しておられて、エクスピレーションデータ等を調べるためにどうするかというと、箱の脇のほうに書いてあるところを自動的に読もうというものを開発しています。そうすると、各社によってフォントが違うのです。また、書き方も「2016年10月31日」というものもあれば、「10.31.2016」というものもあったりするわけで、そういうことを全部変換できるようなソフトを自分でつくって読むという非常に大変な努力をされていて、そういうこと全体が日本の発展というよりは効率性を落としていると私は思うのです。だから、そういう内容、体裁といった時に、使う媒体、形もこうしましょうという、そこだけはまとめていただけたらと。血圧計であるとか、心電計であるとか、そういうものもどうせ血圧が130の80と出るのであれば、それは130の80と同じ信号で出しましょうと。モニターの中の見せ方は各デザインで御自由にとしていただけたらと思うのです。

もう一つ、翁先生最初に提出された論点の中で書いておられたことは、ほとんどデータベースを基にしたアウトプットへの期待ですね。おっしゃるとおりだと思うのです。

しかし、ここで敢えて付け加えることがあるとすれば、1行だけ書いてあるのですけれども、ぜひお願いしたいのは、インプットする側への優しさなのです。看護師の実働時間の中の80%が何に使われているかというときに、あるデータによれば、これは記録に使われているのです。やってきたことを全部カルテに書き写すために使われています。そういうことを自動認識技術でもってピッピッとやったら、自然に入ってしまう。本当に最後の最後の患者さんがどこどこが痛くて苦しそうにしていたとかという看護情報だけは自由記載で書くことがあってもいいと思います。また、なければいけないと思いますけれども、全く事務的な、何を使ったとか、あるいは、かかった経費が幾らであるとかという事柄に関する情報は、全部自動的に記録、整理されて伝わるというシステムにすべきであると思います。

情報をインプットする時に、皆さんはほとんど御存じないと思うのですけれども、一番苦労しているのは、看護師や医者です。例えば、NCDB、ナショナルクリニカルデータベースは、目的に沿ったデータとして登録するという一方で非常に優れたデータベースになっていますけれども、1人の患者が入院する度、退院する度に、医者は500項目ぐらい入力しなければならないのです。これはデータベースをつくるために強いられているということになります。ナースについても同様です。

もう一つ、ほとんどこういう時の視点として目が届かないのは、病院の受付です。病院の受付の彼らも、いかに苦勞しているか。例えば、生活保護を受けているという患者さんが来られる。そうすると、23区と都下では書式が違う。あるいは、妊娠をして妊婦健診が無料で受けられる届出とかという時にも、例えば、NTT東日本関東病院ですと、神奈川県とか、東京都、埼玉県、千葉あたりから患者さんが見えますけれども、この行政単位によって全部書式が違います。これをいちいち現場が説明をして、あれを持ってきてください、これを持ってきてくださいというのは、えらく大変なのです。そういうことが、ぜひ市町村単位で、同じ中身を伝えるのであれば、その書式を統一にしていだけないか。そうすることによって、非常に無駄が省けることになると思います。

それから、つい最近、私が知ったことなのですけれども、医療・健康格差という言葉があるそうなのです。個人によっても格差があるけれども、地域によっても格差がある。それを是正していくためにまたデータベースが必要だというときに、非常に困難なものは、〇〇県〇〇市〇〇区〇〇〇丁目〇番〇〇号と標準的な地番になっていればそれがまとまるそうですけれども、字何とかというものが今もいっぱいあって、そうすると、住所によってつなぐこともできない。郵政の郵便番号の地域割りとはまた違う区になっているということが、届出が同じようになされていても中身が違うということで混乱が多いのです。

そういうところをぜひ統一化していただくようなムーブメントが起きれば、翁先生が最初に言われた、このデータベースを利用するの次の社会ということが期待できるのではないかと思います。

ちょっと時間が超過したかもしれませんが、ありがとうございました。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

落合名誉院長、ありがとうございました。

引き続き、本会合の高橋副会長から御発表をお願いします。

(高橋副会長)

落合名誉院長の話は医療でありましたけれども、ここから先は介護の話になります。

詳しいことは資料2に書いてありますので、要点のみをお話いたします。

今回の発表の目的は、介護分野の質が上がり、働き手も集まるようになることが不可欠なのですけれども、そのために必要な構造改革の項目がどのようなものであり、具体的なアクションでどのようなことをするかということをはっきりさせるためのものです。

介護と医療を比べた場合、介護はかなり危機的な状況に近いと言えるだろうと。特に大きな問題は、人の問題であります。私は、全国の施設の長とネットワークを持っていますけれども、皆さん悲鳴を上げております。

人が集まらないその第一の原因は、やはり給料が安いということ。特に都心が問題で、今まで300万円ぐらいだったのですけれども、450万円ぐらい出さないと集まらなくなる時代が間もなくやって来るだろう。300万円を450万円 みんなに払うようになりますと介護保険自体がもうもたないということでもありますので、ここを解決しないといけません。

2番目が、3Kのイメージ、きつい、汚い、危険です。これを何とかしないといけないだろうということです。

非常に大ざっぱな言い方ではありますが、介護に必要なものはイメージチェンジです。

介護職の給料を公的財源を入れて上げるというのは、今の状況から見てあまり現実的でない。どうすればいいかというと、今まで4人担当していた職員が、仕事の質を落とさず6人を見られるようにすれば、理論上は給料を1.5倍まで上げられるだろうということで、効率を上げることが必須な状況にあります。

その時に、本人の尊厳を尊重し、介護職員にとって時間のかかるおむつ交換や食事介助を減らして、むしろ結果的に時間を減らすことになる自立支援に介護の方向を変えることが、結果的に介護の効率性を上げる。それから、介護の構造化・見える化、ハイテク機の導入が要になると思われます。

それで、まず、「(1) 自立支援型の介護の普及」であります。

今回、国際医療福祉大学の竹内教授と、「正吉苑」の齊藤施設長の話がこの項目に該当するプレゼンであります。

具体的なアクションとしては、まず、自立支援に向けた方向に教育や研修の方向を変えることが必要であろう。もう一つ重要なのは、今の要介護度は、機能が下がると点数が上がる形になっている。そうではなく、機能が上がった場合に点数がむしろ上がるという仕組みも導入して、この自立支援が進むような形をつくる必要があるだろうということです。

続いて、「(2) 介護の構造化・見える化（ビジュアル化）」であります。

前回もお話ししましたように、情報化のステージというものがあります。

第1段階は、アナログ、手書きをとにかくデジタル化したものである。今、介護はこの段階にあります。

さらに、情報が構造化されて、テンプレートを使用して入力省力化が図られ、さらに入力形態が一定でありますので、統計が非常にやりやすくなって、施設内などの統計とかやっていることが非常に見やすくなるということがステ

ージ2であります。

そのためには、このテンプレート化、構造化というものが必要であります。

医療は、非常にこの構造化が進んでいる。病名も構造化でありますし、プロトコルも標準化でありますけれども、こういうものが情報化を進めるために不可欠であるということです。

介護の見える化に関しては、日本介護支援専門員協会の長谷川理事からの発表が、これに相当いたします。

実現に向けたアクションプラン例としては、医療のがんのTNM分類のように、高齢者の状態像とそれに応じたケアの方向性を示すプロトコルを示し、医療分野でも介護分野でも共通に使われるような方策を実施することです。

それから、業務の効率性の妨げとなる可能性のある人員配置などの制度のあり方を検討することが必要かと思えます。

「(3) ハイテク機器の導入による3K(きつい、汚い、危険)のイメージの払しょく」です。

要は、格好いいというイメージ像を打ち出すことが必要だろうと。鍵は2つあると思えます。まず、元気にするケア、それから、ハイテクの活用が非常に重要かと思えます。

これに関しましては、長谷川理事、竹内教授、齊藤施設長等の発表も関連いたしますけれども、「みちのく荘」の中山施設長の発表がこれに関連しているものと思えます。

実際のアクションプランといたしましては、1社だけではなかなか大変でありますので、開発支援を行えば、と。それから、これらを導入する施設への補助を行うことが必要である。

また、実際に格好いい介護をしているモデル施設をつくるのが非常に大事ではないかと思っています。

ハイテク機器の導入やICTの活用について、インセンティブになるような介護報酬や人員・設備基準の制度設計が必要であろうかと思えます。

今回プレゼンで示した技術や手法が発展した場合のビデオを後でお見せいたしますけれども、これに関しても、医療よりも基盤がそろっておりませんけれども、早急にこのようなことを整え、2025年に向けて、介護のイメージチェンジが進み、人が集まる職場に変えることが不可欠であると思えます。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございました。

それでは、ここからは介護に関係いたします有識者の方々のプレゼンをお願い

いしたいと思います。

まず、日本介護支援専門員協会の長谷川理事から、御発表をお願いいたします。

（長谷川日本介護支援専門員協会理事）

御紹介いただきました、長谷川と申します。よろしく申し上げます。

肩書き的には、日本介護支援専門員協会の理事となっておりますけれども、私は、介護保険が始まって以来、在宅で居宅介護支援事業所をずっと運営し続けまして16年が経っております。なので、末端の現場はどうなっているかという話をぜひ今日は皆さんにお示ししたいと思いますし、さらに、ケアマネジャーの質が上がるような方向性で話ができればよろしいかと思っておりますので、どうぞよろしく申し上げます。

まず、介護支援専門員という言葉が非常に言いづらくて、普通はケアマネジャーと言っていることが多いと思うのですけれども、介護保険が始まってから、介護保険の要と言われておりました、言ってみれば、ケアマネジャーの技量によって利用者の生活がよくなるかどうかということがかなり握られていると思っております。その中でも、当初、平成12年からずっとケアマネジャーには研修のたびに「尊厳の保持」と「自立支援」型ということを徹底的に教わっている状況だと思っております。

今は随分変わりました、地域包括ケアシステムということで、地域の中で高齢者を見ていく体制をつくろうではないかということで、各現場で頑張っておりますけれども、当然、医療、介護、地域との連携がないと、地域包括ケアシステムが動かないということがあると思っております。その中では、地域もそうなのですけれども、正確な情報のやりとりは書かせないということなのです。

今は、アセスメントの項目とかがいろいろとありまして、23項目ということで厚生労働省から提示はあるのですけれども、これについては、項目はあるのですけれども、記載方法とかがあまり決まっていないということで、一生懸命手で書いている人も結構たくさんいらっしゃると思っております。

要介護認定というのがありますけれども、それ以外で我々が使っているのは障害高齢者の自立度（9段階）と認知症高齢者の自立度（8段階）という指標がありまして、要介護度とこの2つの区分を併せ持って、どういう介護をしたらいいかということを考えている状況でございます。

その部分で、これはお手元の資料にはございませんけれども、実際に我々が使っている帳票類の名前をずっと列挙してみました。ここに9種類があります。

その他にも、法律では決まっていないのですけれども、住宅改修理由書とか、

いろいろなこういう書類があって、介護支援専門員、ケアマネジャーの業務負担がかなり重くなっている。要するに、先ほど落合名誉院長からも看護師さんが記録を取るのが大変だということだったのですけれども、介護支援専門員、ケアマネジャーも、その業務の大半を記録にとられている状況だと思うのです。

そういう中で、記録の仕方の方法もあると思うのですけれども、先ほど情報共有と言いましたが、情報共有の方法も非常に原始的で、いまだにファックス又は紙ベースで手渡しという在宅の事業所が半分以上、8割と言ってもいいかな。毎日、私の単独の事業所なのですけれども、1日にファックスが30通、多いときは100通ぐらいが来ます。それから、郵便物、手渡しの書類とかは、「10通」と書いてありますけれども、多いときは50通ぐらい来ることもありまして、全部紙ベースなのです。

これについては、実際には私のところは全部電子化していますので、他の部分はそんなに問題ないのですけれども、ほかの事業所はコンテナを借りているところもいっぱいあります。今までの書類をとっておくためにです。そういうことで、電子化が必要になってくるのではないかと思います。

構造改革の中で、ICTの活用で情報共有が迅速かつ正確になるということで、なるべくペーパーレスにしていって、介護分野、在宅の分野もペーパーレス化をしていって、情報共有していく。それから、効率的にタイムリーな支援につなげるために、ケアチームの対応迅速化のために、スマートフォンとかiPadとかを使って情報共有をしていくという方向もあると思います。

介護支援専門員には義務づけられているのですけれども、必ずサービス担当者会議というものをやらなければいけないと決められているのですが、これは一堂に会してやる会議でないと認めないと言われていたのです。なので、この在宅のスタッフを同じ施設内の中に入っているのではなくて、違うところにたくさんいらっしゃいますので、そういう方たちを集めて、一堂に会してやる会議はなかなか困難窮まる。皆さんも都合がございます。これも、テレビ会議とか、こういうものに変えていって、タイムリーにカンファレンスができるとしていくべきだと思います。

ケアマネジメントは、基本的に介護支援専門員が、人間、ヒューマンベースで、人対人で本人と向き合ってケアプランをつくっていくものでございます。なので、全面的なICT化については無理があります。けれども、ICTをうまく使っていってマネジメントの補佐をしていただいて、一部マネジメントの部分が楽になっていくという方向は十分考えられると思います。

それで、要介護者、要支援者の方たちがこれから増えていく中で、一部支援が円滑になる。これはICT化によって一部支援が円滑になりますので、これにつ

いては適正に使用することによって、今後の介護の分野にも、ケアマネジメントの分野にも寄与するものだと考えております。

ここから先なのですけれども、資料にはございません。スライドを御覧ください。私の事業所のデスクです。16年間やっていて、実際に紙ベースで残っている資料はこの引き出し1個です。これで約50人ぐらいの利用者のデータ、カルテがあるのですけれども、紙ベースのものはこれだけです。

私事で申し訳ございませんが、私は家内と2人でケアマネジャーをやっていますので、これは家内のデスクなのですけれども、片方は、ネット、メール専用のパソコン、片方は、ケアマネジメント、要するに、アセスメントとかプランをつくるためのパソコンときっちり分けているということでございます。

これが私のデスクなのですけれども、実は4畳半にあって、背を向けて座っている感じなのですが、私は3台のパソコンを、今、言ったように使い分けてやっている。これは当初からやっております。

更にもう一点、地域包括ケアの部分であるのですけれども、私は地域の自治会長を13年間やっています、地域活動をやっていました。介護支援専門員としても実働していましたので、地元で自治会長をやりながらケアマネジャーもやっているという人はなかなかいないと思います。

13年間やっていて、今から7年前なのですけれども、自治会連合会の会長も1年間務めました。その時に、市長さんとメンバーと一緒に行った旅行の写真なのですけれども、こういう形で地域の狭山市の中の全自治会長なのですが、皆さんとコミュニケーションをとって、地域で困っていることはどういうことがあるかということについて、私の会長時代はいろいろな情報収集をしました。これはデータベース化してあります。

もう一点、これはJICAでやっている活動なのですけれども、ケアマネジメントのLTOPという事業があるのですが、タイ王国に介護の技術とかを提供しているということで、今やっているプロジェクトです。

その中で、ケアマネジメントトレーニングの中で、こうやっているものです。

こういう利用者がいましたら、プロトコル化と先ほど先生からもありましたけれども、タイ人の方たちをこうやって4種類の部分を見て行って、どこの部分に判定されるのかということで見えております。これが非常にタイ人に合っていて、この最後に「C3」と出ていますけれども、C3といたら、どういう人なのかというイメージができていくということになっております。

これが本邦研修の中で最後に終わったところの修了式なのですけれども、17名が終わりましたということです。

この間の報告で聞きましたら、実はもうタイではケアマネジャーが2,000人ほ

どいるそうです。介護保険制度はないのですけれども、様々な社会資源をつなげていって、ケアマネジャーが要介護高齢者のためにサービスを提供していく手立ては打っているということになります。

その卒業式の風景です。

これは向こうのケアマネジャーの免状なのですけれども、そういう形で、未来投資会議としましても、介護は、きつい、汚い、危険の3Kとありましたけれども、これからは海外にいろいろと伝達していくものもたくさんあると思うのです。そういうものを含めて今後は介護の部分を考えていく必要があると思います。

最後に、言ってみれば、地域包括ケアシステムをつくっていかねばいけませんけれども、やはり介護職もしくはケアマネジャーのメンバーが、地域活動に入っていくことが具体的には必要かと思えます。まだまだ入れていない部分が多いので、今後はそういう形で、日本国民全員で介護を頑張っていこうではないかという気概をつくっていくことが必要ではないかと思っております。

以上でございます。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

どうもありがとうございました。

続きまして、特別養護老人ホーム「みちのく荘」、中山園長から御発表をお願いいたします。

よろしくをお願いいたします。

(中山社会福祉法人青森社会福祉振興団特別養護老人ホーム「みちのく荘」園長)

皆さん、こんにちは。

私は、特別養護老人ホームを運営しております。青森県の本州の最北端にありますむつ市から参りました、中山と申します。よろしく申し上げます。

まず、私どもの事業のネットワークは、これに当たります。いろいろなICT化を進めていますけれども、食のICT化もしております。皆様から向かって左側になります。それから、一昨年より、ベトナムで介護人材の養成をしております。また隣を見ていただければ分かると思いますが、ドイツのほうでいろいろと進めております。ドイツというのは、非常に労働生産性が高い国です。1番です。何よりも介護保険制度を第一に出発された国だと、いろいろと学べるのではないかということで、進めております。私どもの事業規模は、職員数でいいますと300とちょっとになります。医療から介護、食までということで進めております。

次に、簡単にICTのビデオを皆様に御覧いただきます。

(動画上映)

それでは、皆様も御覧になったかと思えますけれども、もはや地方にも介護人材はいなくなってきました。かつては有効求人倍率がいつも0.5からということでしたけれども、最近は1倍を普通に超えています。介護人材がいない。介護現場がきつい。私は6K職種だと言っています。給料が安い、休日が少ない、将来への希望がない、こんな感じです。プラス3Kと私は思っておりますけれども、この状況がもはや根底から変わるという状況に入っております。特に介護士でございます。これを使い切るためには、こういうIoT・ICT・ロボット、それから、海外人材です。今の社会福祉法人、介護施設では、この2つしかないと考えています。これを打破するためにはどうしたらいいのかということが、緊急かつ重要な課題です。特にこの促進に当たっては、介護記録を今までは手書きでやっていた。しかし、これはタブレットで即インプットする。サービスを提供したときにインプットすると、ミスもなく確実です。

グループウェアシステムは情報の共有に使います。

インカムも使います。

それから、モバイル機器、ここにもありましたけれども、リアルタイムのインプットということです。伝聞ではございません。

食のICTは、真空調理というNASAで開発されたものなのですけれども、これも働き方を変えました。

最終的には顔認証・音声認証で、介護の記録が自動化されることを望んでいます。

ロボット系では、先ほど御覧に入れました予測型見守りシステムです。センサーです。これを3日間実証しました記録が32ページにありますので、後で御覧になってください。

次にハイビジョンのビデオカメラですが、ほとんどの場合、誰も決定的瞬間を見ていません。事故が起こった後です。昨今の社会福祉施設のいろいろな事件、事故がありました。これからの時代は必要だと思います。教育・研修でも使います。これから様々なカメラが必要になってくるでしょう。

介護支援ロボット、特にこのリフト、天井走行型リフト、かつては床走行というものがあったのですが、日本の介護現場ではなかなか使えません。部屋が狭い。それから、高齢者ですから、徘徊、けがの元です。そういったことから、こういうものが必要になってくるかと思えます。

課題としまして、ここに挙げましたけれども、モラルハザードは起こる可能性が高いです。ロボット、機械に介護されたくないという人もいます。これを一体どうするのか。もっとも、これは高齢者の自立支援と深く関わっております。ですから、倫理委員会の設置も必要でしょう。いわゆる人とロボットの関係性は、これから議論をしっかりとしていかなければいけないと思います。

これを普及させるためには、やはりトップなのです。トップの意識改革が何より必要だと思います。そこには「介護認証評価制度」を書きましたけれども、国が、働き方や職場環境等を認証制度でしっかりつくって、それに優先的に予算を配分していくとか、何かそういうインセンティブが必要かと思っています。

装着型のロボットは、ここには登場していません。これはやはり安全性。材質もありますけれども、接触事故、誤作動、こういうこともございます。何よりも、小型化と軽量化をしなければいけないと思います。あと、水に弱いということですね。

効果の検証なのですが、先ほどの夜勤の例を御覧に入れましたけれども、今、万歩計をつけておりました、ビフォー・アフターですね。一体夜勤に何キロ動くのかと。これは実際の検証をしなければいけないと思います。労働生産性は、私どものほうでは1人時間当たり約2,700円です。これは高いか低いかわかりません。そういう状況にあります。このことにつきましては、これからこのロボット、IoT、ICT、50代から60代の介護職員には、ある意味では必須だと思います。腰を痛めたり首を痛めたりします。これから、シニアとは言いませんけれども、高齢の介護職員にこのようなシステムも必要になるために、これからは、どうしても必要だと思います。それから、検証基準の統一化は、バラバラでは何も得ることがありません。導入するに当たっては、初期費用がかかるのです。これをどうするか。

最後にありますけれども、海外人材がこれから入ってきます。特に東南アジアの人材は、体は小さいです。体が小さい方が、日本の高身長・高体重の方を介護できるのだろうか。トランスファーできるのだろうか。IT化、ICT化、ロボット化はセットだと思います。

更にこれからもっと進めて、日本のおもてなし介護というものを、ICT、ロボット、日本食も含めまして、海外に輸出する時代に入ったのだろうと思います。そういうことが日本の発信、生産性につながるのかなど。ホスピタリティーのあるJAPANESE KAIGOをブランド化することが、私はこれから何よりも必要だと思います。

ざっばく
雑駁でしたけれども、以上です。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

どうもありがとうございました。

次に、国際医療福祉大学大学院の竹内教授と、杜の風上原特別養護老人ホーム「正吉苑」の齊藤施設長から、御発表をお願いいたします。

(竹内国際医療福祉大学大学院教授)

自立支援介護の現状について、皆様に御報告をしたいと思います。

「自立支援介護」という言葉が世の中に登場してきてわずか10年余りのところなのですが、急速に広がって、かつてはおむつを当てられて一日中寝かされている生活に終始していた特別養護老人ホームで、大体3分の2の人が入るときにおむつないしは入った後におむつという経験をいたします。そういう特別養護老人ホームで、次々におむつを外していっておむつがゼロになっている特養が、今、全国で110あります。30%以下というところで入れますと、大体260まで来ています。おそらく、4、5年のうちには1,000施設ぐらいがこのように非常に質の高い施設になっていくのだろうと思われれます。

年をとっておむつを当てられて寝かされていたくないというのは、誰でも思っていたことで、これまでも散発的におむつ外しをやろうということが行われてはいたのです。その結果、おむつゼロになりましたという特養が時々出たという歴史があります。ところが、平成16年度から、特養の団体であります全国老施協が、介護の質を上げないといけない、そのためにきちんとした研修をやるということからスタートしたのが、このおむつゼロ特養ブームの直接のきっかけになります。

平成26年度よりは、各県の老施協が主催して地方に広がっていったのが、110のおむつゼロ施設につながり、現在も増え続けています。

自立支援介護の名で行われている介護の内容ですが、1つは、文字どおり、身体的な能力の自立をさせる。この中におむつゼロが入ってくるわけです。これと共に最近、我々が力を入れているのは、歩けないと思っている寝たきりの人も、やってみると100%歩けるのだということが分かってきて、歩行を再獲得することに力を入れています。

それから、認知症の症状を片っ端から取って平穏な生活に戻していくこと、更にそのケアを施設から地域に広げ、家族に認知症の異常行動を取るケアを教えて元どおりの生活に戻していくというところまで広がってきて、大体症状の消失率は8割ぐらいというところまでこぎ着けてきています。

もう一つは、昨今、大きな問題となっている胃ろうです。胃ろうだけではな

くて、流動食を流し込まれている人も随分多いもので、その人たちに普通食を口から食べてもらおうということで、胃ろうに限っていうと、胃ろうになってから2年以内の人であれば、100%元どおり、普通食を口から食べるという状態を回復させています。この3つが自立支援介護として行われているものです。

ともかくおむつが外れると、元気になります。この方はすっかり元気になってビールを飲んでいます。この後の齊藤施設長の施設のおばあちゃんなのですが、けれども、彼女は、これ以来ビールの消費者に戻ってきたということで、個人消費を押し上げるのにも自立支援介護は多少役に立つのかなという感じがいたします。

この方は認知症です。家族に治し方を教えて、すっかり治って、治った後に自分の通っているデイサービスの水分チェック係に任じられて、それを立派にやりこなしています。我々は家族に教えて治す認知症ケアの全国大会を年に一回ずつやっているのですけれども、そこに宮崎から飛行機とJRを乗り継いでやってきて、シンポジストとしていろいろと感想を述べている。楽しかったと言ってお帰りになったのですが、そういう普通の高齢者に戻ることができています。

口から流動食をドロドロ入れられていたおばあちゃんで、口からちゃんと食べられるようになって、鶏のもも肉にかぶりついているところです。

自立支援介護をやっていると、今みたいに、ともかくおむつが外れるだけで本当に生き生きとした人間に戻っていくという、QOLの向上は確実にあるわけで、それと共に、自立度が改善すればするほど家族の介護負担が軽減していく。これは、在宅において非常に大切なことです。

それから、非常に多くの人で介護度が改善し、しかも、重度者ほど改善率が著しいという傾向があります。介護保険の抜本的な対策は、理想論的な言葉と言われるかもしれませんが、要介護者をゼロにすることが非常に重要な目標になると思うのです。要介護度をどんどん改善していくと、限りなく要介護者ゼロに近づいていくということになり、今後の介護保険に大きな影響を与えることになると思います。

しかも自立介護は、医療費に相当大きな軽減効果があるということが分かってきました。

まず要介護度改善のデータです。まず特養の入所例で、後の齊藤施設長の施設のものです。入所後の要介護度改善が48%です。しかも重いほうが、要介護度がよくなる。この施設では、要介護5よりも要介護4のほうがよくなっているという結果なのですけれども、複数の施設を集めてくると、重度要介護のほうが改善する率が高いということが出てきます。

これは、在宅の例です。自立支援のためにマシンを使ったトレーニング、パワーリハビリテーションを行うデイサービスの例です。ここからICTの世界に足を半歩踏み入れていることになるのですが、パワーリハビリテーションでやってみると、非常に多くの方が改善していくのです。左のほうを見ていただくと分かります。「卒業」という文字があると思います。これは、我々のパワーリハビリテーションの世界では、卒業者を出そうと。つまり、介護保険はしばらくさようならですよという人を出そうということが、ここ4年ぐらいの間、合い言葉になっていて、そういう人が出てくる。

これは後で計算していただくと分かるのですが、要介護5になると、大体改善率が50%を超えてきます。要介護4が大体40%台と、重くなればなるほどよく改善するということになります。

次は医療費削減のデータです。自立支援介護をやっていると、医学的には完全にそのメカニズムは分かっているのですが、高齢者に多い肺炎にかかる人が激減します。それから、転んで骨を折る人も激減する。要するに、元気になると病気にならないし、けがもしないという、平凡なことなのかもしれません。

肺炎が1人出ると、治療費が145万7,000円かかるというのが厚労省のデータで出ています。骨折の場合には、リハビリをやって大体169万円がかかります。これを基に特養入所者64万人について減額分を計算してみると、肺炎と骨折の減少で919億ぐらいの医療費が節減になる。

範囲を似たような施設の老健と療養病床に広げ、自立支援介護に努めると、1,787億という試算ができる。それから、全介護保険利用者、介護保険を利用するようになると、我々は介入できますので、そういう人たちに自立支援介護をしっかり実践してもらって、肺炎、骨折の減った分を計算してみると、8,000億ぐらいになるのです。一番下のラインの右のところに、8,692億という数字が見えます。もちろんこれは理想値なのですが、しかし、やれば限りなくそこまで近づけるといいう数値でもあります。

安倍総理が、介護離職ゼロをおっしゃって、私たちは感動いたしました。この実現は実はそんなに難しくないのです。とりあえず重度と呼ばれている要介護度3、4、5をターゲットにして、自立支援介護によってそれを要介護2まで戻そうではないかと。どれぐらい戻せるかというと、今までのデータでは、30%は戻せます。要介護2まで戻すと、外出はできるし、中には温泉旅行に行く人もいるぐらいですから、割と元気だと。家の中の介護に対しては、あまり心配しなくていい。必要があるのであれば、せいぜい食事のサービスぐらいのところになります。そうすると、家の中の身の回りのことをそんなに心配しなくてよくなってくると、家族は会社に行ける。

もしそこが不可能であると、要介護3まで押し戻せる率はどれぐらいなのかというと、67.9%、3人に2人ということになります。この人たちで一番家族が心配するのは、家の中でつかまり歩きができるのですが、転んだりしないのだろうかということが心配で、そばについていなければいけないと、拘束されるわけです。これこそ介護ロボットの出番です。歩行、移動、一番問題はトイレなのですけれども、その移動について、安全でバランスを崩したときにぱっと対応できるような機能を持った、我々は安全歩行介助ロボットなどと勝手に名前をつけているのですけれども、そういうものがあれば、家族がそれによって安心だということになり、留守にもできるだろうということなのです。

こういう成果を重ねながら、根本には、要介護者は限りなくゼロにすべく努力していく。先ほどの卒業者を出そうというのがその一つの波になってきているということになります。

こうした試みは「自立して元気で明るい老後と社会」を作っていくことにつながります。介護はどうも暗い話ばかりで私は非常に嫌なのですけれども、ともかくもうちょっと明るい世界にしようではないかということを考えています。何よりも必要なのは、政策的に、介護は、今までのおむつになったから仕方なくおむつ交換するようなタイプではなくて、おむつを外して歩いてもらって旅行にでも行ってもらうという自立支援型に転換するのだということ、国に明確に方向づけをしていただくことが非常に重要だと思います。

次に大事なものは、教育の問題です。介護福祉士養成校のカリキュラムには、実は自立支援介護というものは入っていないのです。それをちゃんとシラバスとして導入して組み込んでいく。これは、外国の介護技能実習生が入ってきても、そういうことをきちんと教育して、日本の進んだ介護を彼らに学ばせて母国に返すのがよいと思います。つまり、教育の問題です。その中に、IT、ICTの活用の仕方とか、そういうものをふんだんに入れていくべきだと。資料の中にアセスメントシートとか、そういうものを載せておきましたけれども、ああいうものをフルに使い分けていく。ICTがあると、かなり大きな力になる。その組み合わせをきちんとやる。

3番目は、後の発表に出てきますけれども、介護度がよくなって、本人のQOLが上がって、よくなっていくと収入が下がるという非常に不健康な今の報酬体系は、ぜひ改めたほうがいい。よくすればするほど事業者にもメリットがあるという形に変えないと、なかなか動機づけにはならないのではないかとということになります。

後は、おむつゼロ特養の一覧表です。110ほどあります。

これが続きです。沖縄県までです。

これが、我々が講習会で使わせている資料です。このあたり、ICTを併せて使うと、かなり便利になるという印象を持っております。

これはアセスメントシートです。これなども全くそのとおりです。進んだ施設では、既にICTを使って、前の演者が言ったようなやり方をしているということになります。

私のほうからはここまでにして、あとは現場の特別養護老人ホームからお願いしたいと思います。

どうもありがとうございました。

(齊藤社会福祉法人正吉福祉会 杜の風上原特別養護老人ホーム「正吉苑」施設長)

私は、杜の風上原という特別養護老人ホームの施設長をさせていただいてます、齊藤と申します。よろしく願います。

私からは、ただいま竹内教授からお話がありました、自立支援介護の実践という点と、もう一つ、我々の施設自身が、今、自立支援ケアを実施し、おむつゼロということになっているのですが、実際におむつゼロという施設自体が本当にそんなに難しいことなのかという点について、お話しさせていただきたいと思います。

我々の施設は、東京都渋谷区にあります特別養護老人ホームになります。特養の入所者は80名、ショートステイは20名という形になっております。

先ほど言った、我々の施設がおむつゼロになるということがそんなに特別なのかというと、そんなことはなくて、実は私たちの施設は平成25年4月、まだオープンして3年半しか経っておりません。開設のときに、ベテランの優れた職員ばかりを集めて実施したのかという点もまた違って、開設時には、やはり新人職員ばかりですし、数名経験者はいましたが、そんな形でスタートしました。ですが、実際には、開設時からおむつは一切買わないで、入所したその日からどんな要介護度の方であってもお手洗いに誘導することから介護を始めてまいりました。

この自立支援ケアの基本になりますのが、こちらに書いてある水分、食事、運動、そして、自然な排泄という4つのことになります。御高齢になりますと、体内に水分が貯められなくなったり、腸の機能が低下したりします。まさに運動しなくなったりということが続きますが、これを改めて、介護、ケアの中できちんと整えようということがこのケアの原則になります。あくまでもおむつ外しということが目的ではなくて、健康な状態に再びなっただこうということが、この介護の目的になっております。

そして、こちらが実際におむつゼロをつくり上げるために必要なプロセスになります。

まずは、先ほども言ったように、現在、利用者さん自身が改善されずと収入が下がるという構造になっておりますので、どうしても積極的にあまり自立支援がされていないということも実際の現場の現状です。そういった中、施設として再び元気になっていただくということを指標にいたしました。

また、今までの介護というのはどうしてもお世話介護でした。お世話介護になりますと、その方の思いや気持ちみたいなところがどうしても中心になってきてしまいますので、職員がてんでばらばらの介護をしていたことが実態です。そういった中、科学的に利用者さんの状況を再び元気にしていくという理論的な介護を行うことが非常に重要になってきます。

具体的には、こういう施設で実はなかなか実施されていない水分のケア、運動のケアを改めて実施することが重要になってきます。

実際の入居する前の方々の状況を見てみますと、非常に摂取水分が少なく、中には、400ml、500mlという水分の方もいらっしゃいましたが、こちらは仕組み的に水分が取れるようなそういったシステムを導入していきながら、全体での水分量が1,500mlとなっております。

また、高齢者の方はこういう老人ホームに入ると皆さん車椅子で生活するというイメージがあると思いますが、実際に高齢者の方が、特に要介護高齢者の方が歩くことができなくなってしまう本来の理由は、長期間歩行しないことによって、歩行する仕方自体を忘れてしまうことなのです。ですので、この介護の理論でいきますと、立てるような状況であれば、もちろん安全を確保した上で、どんどん歩いていただくということを行います。

こちらの方ですと、具体的に言いますと、101歳、要介護5で入所された方になります。101歳となりますと、なかなかそこから再び歩くということは想像できないと思いますが、こういった方に関しましても、歩行能力の回復に向かっています。動画を御覧ください。

(動画上映)

こちらの方は、今度は100歳の方になります。要介護4で、この方の場合は2年間歩いていなかったのですが、訓練を行いながら生活の中で少しずつ歩いていていただくうちに、2カ月でこのような状態になっております。

(動画上映)

実は、この方の場合は、再びこれで歩けるようになりまして、今度はお家に帰ったというケースになります。

事例を紹介させていただきます。93歳、要介護5の女性の方で、アルツハイマーの重度の状況で、アルツハイマーで進行しますと、お食事が認識できなくなってしまって、飲み込めなくなってしまいますのです。

この方の場合も全介助の状態でしたが、お食事が飲み込めずに、また、排せつなどもベッド上でおむつをつけている状況でいらっしゃいました。

(動画上映)

こちらは、入所時の御本人の状況で、嚥下^{えんげ}状況が悪いので、今、歯科医の方が状況を見ております。認知症の重度の状況で、表情が本当にないような状況でした。

こういった方々に関しましても、入所時からトイレにお連れさせていただいております。トイレに行くことによって、少しずつ立位が可能になってきています。立位が可能になってきますと、そこから歩行練習を開始します。それと、入所時から、食事、水分の摂取についても少しずつ頑張っていくきます。結果的に、半年後にはトイレでの完全な排泄^{はいせつ}が行えるようになりまして、車椅子なども要らない状況になっております。こういったケアは、先ほど竹内教授からもお話がありましたが、認知症に非常に有効になります。認知症の認知は、意識レベルがきちんと上がることによって状況の認知ができるようになってきます。水分や運動などを行うことによって、十分に会話などができるような状態まで回復されております。

これも、特養で導入していますパワーリハビリテーションの様子になります。

(動画上映)

こちらが、御本人の半年後の御様子になります。

(動画上映)

このような形で、施設のほうも、車椅子ももちろん併用していますが、開設してから半年で約8割の方が毎日何らかの形で歩いている状況になります。もう一つ、おむつをつけなければいけない便失禁も、日常的にはほぼないという

状況になっております。

ですので、日中は、80名、皆さん、トイレもしくはポータブルトイレに行かれまして、全く紙パンツなども使わずに、普通の布パンツで24時間生活していただいていることが現状です。

先ほどもありましたが、結果的に、入所後、介護度は約半分の方が改善されておりまして、一番極端な方ですと、要介護4の方が要支援2になって、在宅で1人で住んでいらっしゃるような方もいらっしゃいます。

もう一つ、こういった自立支援ケアを地域包括ケアの中に取り入れようということで行っているのが、特養からの在宅復帰という事業になります。こちらは、特養の加算事業であります在宅・入所相互利用という事業なのですが、2カ月、3カ月の入所を行いまして、在宅で介護状況に困っている方々を、その間に今の自立支援ケアで状態を改善して、再びお家に帰っていただく。そして、それを交代で施設と在宅を行ったり来たりしながら、御家族、御本人が望む在宅の生活を継続していることが目標になっております。

結果的には、平成27年度が80床中5床をこのベッドにしまして1つのベッドで2人、在宅復帰率でいきますと特養からの在宅者の63%の方がお家に戻っているという結果になっております。

先ほどの介護度の改善ですが、48%、30名の方が改善されたということでしたが、そちらを年間の給付費に置き換えますと、施設収入でいきますと9割分ですけれども、約1,200万弱という形で、いわゆる給付費は抑制されている状況になっております。

もう一つ、在宅・入所相互利用は、施設サービスは在宅サービスに比べて非常に給付費が高いと言われておりますので、1年のうち半分でも在宅に戻るとは、その分、給付費自体を抑制できる。これは、調査をしたときには、1年間で約80万弱、ちょっと金額は少ないですが、これがお1人ですので、当然、ベッド数が増えてくれば、その分コストを削減できるということが言えると思います。

現場の中での利用者さんからの声ですが、今まで利用者さんが重度化、認知症が進むと、仕事を辞めるか施設に入れるかしかなかった。その中で、こういった、まず、御本人自身の自立性を回復する。そして、いわゆる介護負担をできる限りゼロにすることによって、現在でも、仕事を続けながら、こういった相互利用を利用して、在宅での生活を続けていらっしゃるという方が大勢いらっしゃいます。ですので、こういった手だてができるのではないかと思います。

今、介護の世界は暗いイメージになっていますが、我々現場では、こういっ

たように、どんどん利用者さんが元気になる。そのことによって職員自身も笑顔で楽しく働けるとなっていることが実態です。

そもそも介護保険の目的が自立支援だと思いますので、そういった自立支援をいかに徹底していくかということが、全てのことにいい方向に向くのではないかと、現場からはそのように思っています。

御清聴ありがとうございました。

（広瀬日本経済再生総合事務局次長）

最後に、ここで高橋副会長から動画をお願いして、その後、鈴木常任理事から御発表をお願いいたします。

（高橋副会長）

今、言ったようなことが順調に進むと2025年はどうなるだろうかというイメージ映像をつくってきましたので、見ていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

（動画上映）

これで終わりでありますけれども、ぜひこのようなことが実現できるようになればいいと考えております。

（広瀬日本経済再生総合事務局次長）

ありがとうございました。

それでは、お待たせいたしました。最後に、日本医師会の鈴木常任理事から御発言をお願いいたします。

（鈴木日本医師会常任理事）

日本医師会常任理事の鈴木でございます。

時間も限られていますので、早速お話しさせていただきます。

今日のお話は、日本医師会というよりも、私どもの法人で取り組んでいるものがかなり含まれているということは、前もってお断りさせていただきたいと思います。

最初の図でございますけれども、がん・脳卒中・心臓病、この辺が今までは医療の中心だったわけですが、それを克服された方が大幅に増えてくるということで、そこから下のところをいかに地域で見えていくかということがこれから

重要になってくるわけでありまして、それが地域包括ケアシステムでもありませんし、私のところでは、地域リハビリテーションという同じような理念が以前からありまして、それに沿って15年ぐらい前から取組を進めております。

この地域リハビリテーションについては、先週、つくばで3日間学会がありましたけれども、2016年版の定義の新しいバージョンが出ましたので、ちょっと読ませていただきますと、「障害のある子供や成人、高齢者とその家族が、住みなれたところで一生安全にその人らしく生き生きとした生活ができるよう、保健、医療、福祉、介護、及び地域住民を含め、生活に関わるあらゆる人々や機関・組織が、リハビリテーションの立場から協力し合って行う活動の全てをいう」というもので、理念でございます。ロボットやICTもいいのですが、それはあくまでもツール、手段でございますので、理念、地域包括ケアも理念だと思いますが、そうしたものも重要ではないかと考えております。

これは、また別に私が提唱している医療・介護施設を使った地域活性化モデルでございます。人手不足は全国どこも同じでございますけれども、地方でもまだ我々の分野には若い人がそれでも来てくれることを活用して、有資格者は男女平等で女性が働きやすい職場でもありますので、産休、育休、あるいは短時間勤務といったものを取りやすくし、保育所もしっかりつくって、仕事と子育ての両立ができるような仕組みを我々の分野でもつくる必要があると考えております。

最近読んだ本に、「子育て支援が日本を救う」という本もありましたけれども、これによると3.8兆円で日本の明るい未来が見えるという内容でございました。

この地域リハビリテーションの理念に沿って、我々の職員がこういう平成22年にフロイデDANというプロボノ組織をつくっています。これはプロのスタッフがボランティアとの中間に立って、地域の様々な住民の活動を支援していく取組でございまして、こうしたものも理念で動くということで、ある意味、費用はかからないことでもありますので、こうした取組もこれから必要ではないかと思えます。

それが地域にネットワークをつくる活動をしておりまして、「フロイデDAN」があって、その下に「バンホフ」とありますが、これは平成24年につくったコミュニティカフェでございまして、ここをベースに地域の方々が集まって、様々な活動をしながらネットワークをつくっていきました。例えば、地方創生で起業をする方に補助金を出すという話もありますけれども、土壌がないところに補助金をつけても何も生まれないので、まずこういうネットワークづくりが必要ではないかと思えます。

ちなみに、私のところは、茨城県北西部の人口4万2,000人、高齢化率も30%を超えているという小都市でございます。

これは我々の取組ですが、右下がコミュニティカフェで、左上に「医療・介護の情報連携」とありますけれども、これは我々が病院を建て直した、去年の4月に、電子カルテを含めて、医療・介護、在宅まで、情報を共有する仕組みを独自につくったのですが、これがものすごくコストがかかったということでございます。ちなみに電子カルテだけですと1億1,750万ぐらいなのですが、それに医事システム、介護システムを入れますと2億1,400万、その他の部門システム、栄養とか薬剤とか、みんながつながれるようにすると、全部を合わせて2億8,600万、それにシステムのメンテナンス費用を6年間分足しますと4億5,200万ということで、我々の178床の中小病院と介護系のサービスを持っているようなところにとっては、幾らリースで購入するとはいえ、非常に重い負担です。これが我が国の非常に大きな問題だと思っておりますので、ここを何とかしていただかないと、導入コストも高いし、メンテナンスコストも高いということがICT化の大きなネックになると思っております。

右上が、元気な高齢者も含めた多世代の交流拠点ですが、こうしたところもこれから必要になってくるでしょう。

左下は配食サービスで、御発表もありましたけれども、我々にも社会福祉法人もありますけれども、医療法人を中心に配食サービスを地域の中に展開して、月間9,000食以上、平成10年ぐらいから実施しておりますが、地域の在宅を支えるという意味では有効ですが、これも利益はゼロというか、持ち出しでございます。一旦企業を退職された方に70歳過ぎまでまた働いていただくという地域の雇用、元気高齢者の活用にもなっております。

さまざまなイベントをしているのですが、左上のイルミネーションのイベントも今年は11月27日にスタートしますし、右上は子供の宿題の教室、左下がフロイデ健康カフェ、元気な高齢者に向けた教室です。右下が、子供の貧困が最近言われていますけれども、元気食堂を12月10日にスタートいたします。

こうしたさまざまな取組を、地域リハビリテーション、すなわち地域包括ケアの理念の下に展開していくという形でございます。

もう一つ、ぜひ子育て支援を我々の分野が率先してやる必要があると思えます。厚生労働省の中でも、雇用均等・児童家庭局がくるみんマークを認定しておりますが、これを取っている医療介護機関は極めて少ないのが現状です。それを取ると、本人や保育所の支援はいいのですが、事業者も我々の分野は定数があり、人が足りないと報酬が下げられますので、常に人を補充しなければならないので、事業者への支援も必要です。一番多い部門では、3分の1が産休、

育休で休んでいます。ただし、地域の出生率に貢献しているという結果も出ています。

地方の中小病院は地域と運命共同体であり、我々の目標自体が地域の高齢化対策、人口減少対策、少子化対策、中心商店街との連携による活性化などにつながっています。我々は簡単に場所を動かさませんので、その意味では、既存の資源の活用も重要ではないかと考えております。これは、中小病院に限らず、有床診療所、診療所、あるいは介護施設でも同じだと思います。

さらに、このコンパクトシティは国土交通省が提唱しています。真ん中にあるのが人口20～30万人のコンパクトシティですが、その周辺の我々のような5万人前後のところにも、そうした考え方が必要であり、更にその周辺の数千人のところにも必要だと考えております。それらは公共交通機関で結ばれなければいけないということです。

最後になりますけれども、地域包括ケアは進化するという話でございます。左上のところに「高齢者の医療・介護」とありますが、これは狭義の地域包括ケア、まちづくりと言ってもいいと思いますが、それ以外に、「障がい児・者支援」「仕事と子育ての両立＝次世代の育成」「ミニコンパクトシティの構築」「元気高齢者の就労・社会参加の推進」「若年層の転職支援 再就職支援」「子供の貧困対策」「公共交通機関の確保」、我々だけでできるものとできないものがありますけれども、わが国は先が暗く、明るさが見えないので、企業は投資をしないし、人々は消費をしないということですから、こうした活動を通じてそれを変えていかないと根本的な解決にはならないということで、「人口減少社会から全世代・全対象型地域包括ケアで再生を目指す社会づくり」、そこまで進める必要があると考えております。

以上です。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

どうもありがとうございました。

それでは、質疑応答の時間にさせていただければと思います。よろしく願いいたします。

翁会長、お願いします。

(翁会長)

今日は、いろいろなお話を伺いまして、大変参考になりました。特に介護の分野については、ビジュアルに自立支援をやっている先進的な事例を見せていただきまして、将来あるべき姿が少し見えてきたように思います。

長谷川理事、中山園長、竹内教授、齊藤施設長、介護をなさっておられるのに関連してお話しされた方々にお伺いしたいのですが、2つありまして、一つは自立支援を促していくということで、例えば、介護ロボットなどいろいろと今はありますけれども、どういうロボットとか、どういう装置が自立支援に資する方向になり得るかということで、何かお考えがあったら教えていただきたいということが一つと、もう一つは、今日は先進的な事例についてお伺いしたのですけれども、これを全国に広げていくために必要なことはどのようなことか。介護報酬制度が一つはあるのですが、他に例えばどのようにやったらいというお考えがおありか。こういったことを考えていけばいいのではないかと、ちょっとお考えがあったらお伺いしたいということです。

(竹内国際医療福祉大学大学院教授)

全国化するには、先ほど申し上げましたが、介護職の基礎教育の中に、この理論だとか知識、技術というものをきちんと教えていくことが必要になってきます。今の介護福祉士の養成教育の中には残念ながらそれは入っていないということが現状で、ここはぜひやらないといけない。私どもが行っているのは、現役の介護職になった人たちに改めて教育しているのですけれども、学校を出てきた連中はこんなことは初めて聞いたということで、これではうまくないと。

広げるのだったら、この教育をきちんとする。これは先ほど申し上げましたように、外国人の介護技能実習生が来たときもそこに一緒に含め込めば、彼らにとって大変な恩恵になるのだらうと思います。そこは急いでやる必要があります。

私どものグループでは、老施協の理解も得て、各県でこういう研修を始めたいとなると、全県を充当できる講師陣は育ってきているのです。ですから、県で介護士の養成校の教員の研修をまずはやるということであれば、それも対応できます。ですから、教育のほうはできる。そこに、応用的にICTの活用法とか、そういうものを入れていけばいい。

今、自立支援介護は完璧なところまで到達しているのかということ、私の個人的な印象では、まだ3分の2ぐらいまでだらうと。というのは、やればやるほど、要するに、今まではこういう人は無理だと思っていたのが、そうではなくてできるということがわかってきた。そうすると、評価するとき、この人は無理だ、この人はできそうだというラインの引き方は相当用心していかないと、評価の間違いを犯してしまうというところがあるのです。だから、先端部分はそういうことを実験的にどんどん先に行きながら、そこでつかんだ成果、考え

られる理論、身につけるべき知識、そういうものを提案していくという構造が必要になってくるのではないかという感じがします。

全員自立できる。これは皆さんにお約束しますから。本当に。もしお疑問になるのであれば、司会の広瀬日本経済再生総合事務局次長も実物を見ているけれども、認知症のおばあちゃんが、入所したときに大暴れして、この施設長をぶん殴っているのです。その人が、今、行くと、にこにこして、彼は、あの女性は、入所したときに私はぶん殴られたのですよと言ったら、こっちもにやにや笑いながらしゃべっているのですけれども、そういう生活に戻すことができる。そこまでレベルの高いところまで来ているのだということです。

そういうことができる可能性があるのだということを前提に政策を考えたり促進したりしていただければ、更に速いスピードで上がっていくのではないかと思います。

（鈴木日本医師会常任理事）

私は、日本医師会で介護保険担当なので、その辺は少し勉強しているのですが、介護保険の理念そのものに自立支援がありますので、これは別に、竹内教授の方法が優れているからといって、それを全国展開すればいいという話ではなくて、この介護保険の理念をいかに実現していくかが重要で、その手段の一つが竹内教授のお考えだということだと思います。自立支援は一つの手段とは限らず、有効な方法がたくさんあると思います。それらを今まで必ずしも十分に評価してこなかったところも確かにあるので、そこを整理して介護保険の中に取り入れていくことが今後は必要になってくるのではないかと思います。

（竹内国際医療福祉大学大学院教授）

おっしゃるとおりだと思います。

（柳瀬日本経済再生総合事務局代理補）

私も、介護で、こんなにすばらしいことがあるのかと思って、今日は言葉を失って感動していたのですが、竹内教授、齊藤施設長のお話を伺って、介護の情報をデジタル化するという話と、自立支援をするという話が2つに分かれていて、受けた印象は、どちらかかというところ、デジタル化するほうは現場のケアマネジャーの人たちの負担を軽減するほうが大きなアウトプットになっていて、自立支援は自立支援でカリキュラムとかやり方を変えらっしゃいましたけれども、私みたいな素人が考えるには、介護のほうもデジタ

ル化して、こういう症状の人がこういうことをやったら半年後はこうになりましたというデータのデータがバツと揃ってくれば、カリキュラムで、ヒューマンインタラクションで解決するという方法と併せて、必要なデータを入れれば、大体この人はこういうケアプランをやるとかなりの確立で回復をしていきますよというベーシックなものが出てきて、それにヒューマンインタラクションでその人の特徴に合わせて変えていくということが、すごくオーソドックスな道のように見える。そういうデジタル化、データ、人工知能を使ってケアプランのベーシックなものをつくらせて、それを自立支援につなげていくという道はあり得るものではないでしょうか。

（竹内国際医療福祉大学大学院教授）

おっしゃるように、実際のパソコンを使うかどうかは別にして、普通のおむつ交換をやっている施設が、職員がだんだんいろいろなことを覚えていっておむつゼロになっていく課程は、介護は1人でやるものではないのです。今日は私がやったけれども、明日は別の人ができるというチームでやりますので、そういうところになると、完全にある根拠を持って、介護自体は自然に標準化されている。ある状態に対してはこういう介護をやるのだということが標準化されて、それを多くの介護職が自らのものについて共有していくと、だんだんゼロになってくる。ですから、おっしゃったように、デジタル化するかという前の段階は十分にできているのです。それをどういう処理のパソコンのシステムに載せるかというのが、すぐそこに来ている。ですから、それができるのかと言われると、それは十分にできるといえることです。

基礎データも、我々がやっている研修会では、常時1万2,000人ぐらいの要介護高齢者を扱っている施設に研修しているのです。1万2,000人分のデータが全部出てくるのです。ですから、それを統計処理して、標準化して、こういう場合にはこうなる、これをやるとこうなるんだよということを示す。非常に単純な話ですから、いつでもできるといえます。

（柳瀬日本経済再生総合事務局代理補）

それでは、データはあるのですね。

（竹内国際医療福祉大学大学院教授）

データはございます。

(翁会長)

厚生労働省にお伺いしたいのですが、自立支援の方向にかじを切っていかなければいけないと思うのですけれども、理念としては、先ほど御指摘のように、元々あった介護保険の理念なのですが、なぜ今までそれがなかなか自立支援にうまくいかなかったかということについて、どんなお考えをお持ちか、コメントをいただければと思います。

(濱谷厚生労働省大臣官房審議官)

高齢者の自立支援という概念は元々介護保険法に入っていますが、自立支援という概念はありますけれども、現場のケアマネジメントとかケアの仕方とかについて、自立支援型の介護とか、そういうものはどういうものなのかということが、必ずしも統一した標準的なものが確立されてこなかったということがあると思います。

その中で、先ほど鈴木常任理事からもありましたけれども、やり方も1つのものなのかどうか。自立支援型ケアとかをやられているところは、私どもも幾つかのお話を伺いますけれども、それぞれで検証されてやっていますが、それが必ずしも共通なのかどうかというところの分析もいるかと思います。自立支援型の介護とは何ぞやというところを標準化するためには、先ほど柳瀬日本経済再生総合事務局代理補からもお話がありましたが、データ分析とか、ファクトファイディングといいましょうか、そういう分析なども必要ではないかと思えます。ベクトルとしてはそういうものも経た上で、全国展開のためには、具体的なものをできる限り標準化した上で、それができなければ、養成カリキュラムはできませんし、現場の職員の研修などもできませんので、そういったものをまずはできる限り標準化していくというステップが要るのではないかと思います。

(翁会長)

ありがとうございます。

これまで3回やってまいりましたので、少し感想を述べさせていただきたいと思えます。

先ほど中山園長の御説明にもありましたけれども、団塊の世代が75歳を超えまして、これから2025年問題という医療・介護費の急増が見込まれているわけですし、また、介護の人材不足も非常に深刻になってきておりまして、それまで後10年足らずになってきている。このままですと、日本の社会保障制度は非常に危機的な状況に陥ることが懸念されることを改めて認識いたしました。

国民が安心して医療・介護が2025年に国民生活の中に定着していることが大事ですので、2025年までと言わず、もっと前の2020年ぐらいには、技術革新を最大限に取り入れて、予防健康医療と自立支援を推進するといった新しい医療・介護システムが稼働していくことを目指してやっていく必要があるのではないかと感じております。

介護と医療の両方に課題がありますが、介護に関しまして今日お話を伺いまして、ビジュアルに見せていただきまして、一部の先進的な事業者の方の取組を御紹介いただいたのですが、自立支援型の介護は早急に全国に広がる必要があると認識しております。

今、濱谷厚生労働省大臣官房審議官からもお話しいただいたのですが、これをやっていくためには、構造化、標準化ということがまずは必要になってくるわけで、今日御指摘の教育や研修のためにもそれが必要になってくるわけですが、急いでこの自立支援について先進的な取組を行っている事業者のデータを収集するとか、そういった形で、時間をかけずに、例えば、この半年とか、そういった形で構造化、標準化の制度について、取りまとめていくことが必要なのではないかと感じております。

今日は、またいろいろと介護現場では非常に紙ベースのものが多いというお話がありましたけれども、ケア記録をICT化して、データを標準化して、利活用していくという基盤を早急に推進することが必要ではないかと思えます。

教育が必要だと御指摘がありました。1回目の時には、介護事業者に対してインセンティブを取り入れる仕組み、例えば、品川区などではそういった仕組みがあるという御紹介もありまして、介護報酬体系の中にそういった仕組みを取り込んで全国展開をしていくことが必要で、次の介護報酬改定がございますので、そこでそれに取り組んでいくことが大事ではないかと感じました。

今日もおむつゼロのところが増えていと御紹介がありましたけれども、これが広がっていきましたら、かえってそういうところをやっていないという事業者に対してはディスインセンティブが働くような仕組みを考えてもいいのかもしれないという感想も持ちました。

ロボットやセンサーにつきましては、いろいろな取組を教えていただいたのですが、どうしても、どういうものが高齢者の自立支援に資するのかということについて、少し検討を急ぐ必要があるのではないかと思います。

介護現場のニーズも十分に踏まえて、何が一番そういった方向に資するのかを検証することとか、介護の質や、どうやったら効率的に人材不足の中でやっていけるのかというエビデンスを早急に収集して、よいものについて現場で導入を促進できるような仕組みを、次の介護報酬制度や人員配置基準の緩和も非

常に効果的だと思うので、ここの見直しで検討してはどうかという感想を持ちました。

医療につきましては、前回と今日、落合名誉院長からお話を伺ったのですけれども、厚労省から既にICT活用推進懇談会の提言をいただいております、こちらでは次世代型保険医療システムを2020年度から運用するという方針はいただいているわけでございます。ぜひこの2020年度から本格運用できるという方向で検討が加速されることが望ましいと思っております。

第1回、第2回のところでは、厚労省がお考えになっておられる次世代型医療保険システム、健康・医療戦略室がお考えになっておられる代理機関制度、経産省でお考えになっておられるウェアラブルデバイスから取得可能な健康情報をどうやってデータ収集して分析していくのかといった取組、それから、日本医師会でも医療等分析の専用ネットワーク網を築くということでお話しいただいて、それぞれがバラバラではなく、国民のニーズとか医療現場のニーズに応えられる、全体として一つの大きなシステムとして機能していくようにできるのかということが大きな課題であると感じております。

既にこの間の懇談会の資料として、厚生労働省からは、診療データ等の標準化を進めるために規格に準拠したデータを提出することをルール化して、方針として打ち出すということを出されていますけれども、まさにぜひこういったことを進めていただいて、現場の取組を加速すること、とにかく標準化に向けてどんどん国でできることをやっていただけることはとても重要であると思えますし、ほかの項目についても同様の姿勢で取り組んでいただけるといいと思いました。

今日、落合名誉院長からも書式の統一が非常に重要だということとか、インプットする方への優しさが非常に重要だという御指摘をいただいたのですけれども、まさにIT化を進めることが医療現場にとってどういうメリットが感じられるのか、実際にどのようにやることでメリットが感じられるかということ、医療現場の方からよく意見を吸い上げて、メリットが実感できる仕組みに仕立てていくことがとても重要だと思えますし、同時に、患者もエストニアの例では非常にメリットを感じておられるということだったので、そういったメリットを実感できる仕組みの構築ということについて検討を加速していただけるといいと思いました。

それから、データを最大限活用していくという意味では、遠隔診療です。IoTを活用した遠隔診療とか、前回はAIを活用した診療支援についても御紹介いただいたのですが、まさにこういうものをどうやって推進していくのか。プロジェクトとして推進していくという、遠隔診療にしても、AIの活用にしても、政

府全体として進めていくという仕組みが必要なのではないかと感じましたし、診療報酬への反映もそうですし、人員配置基準も、遠隔診療とか、そういうことを進めていくと、当然それに伴っていろいろと見直しができる部分があると思いますので、そういうことも検討していただきたいと感想を持ちましたので、申し上げさせていただきます。

以上でございます。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございました。

最後、越智副大臣から御挨拶をいただきたいと思います。

(越智副大臣)

まずは、皆様、長時間にわたりましてありがとうございました。

今日は、各先生方からプレゼンをしていただきましたけれども、各現場で長年にわたって問題意識を持って実際に取り組んで行動してこられたということを感じまして、皆様のこれまでの活動に本当に敬意を表したいと思いますし、心から感謝を申し上げたいと思います。

落合名誉院長のプレゼンを聞きながら、エストニアの先進事例は、とてもピュアなモデルでありますけれども、大変刺激を受けましたので、またいろいろと考えてみたいと思います。

また、介護の分野については、各お立場でお話しいただきましたが、一言で言うと、介護に希望を持ったと、私、個人的には思いました。効率化の話、自立支援の話、在宅復帰の話と一つの流れを皆様のプレゼンを通じて感じました。それに加えて、データ、ICT活用の話と、後は介護理論という理屈ができてくるとみんなが働きやすくなるということも、皆様のプレゼンから感じたところでございます。

いずれにしても、より質の高い、そして、効率的な医療・介護を実現できる可能性を感じまして、大きく勇気づけられました。各省庁の皆様には、こうした取組をいかに前に進めていくか、ぜひ御検討いただきたいと思います。

翁会長からも、いろいろと取りまとめの方向性について御示唆がございましたけれども、引き続き、議論を深めてまいりたいと思いますので、皆様の御協力をお願い申し上げ、また、今日来ていただいた皆様に改めて感謝を申し上げます、御挨拶とさせていただきます。

今日は、ありがとうございました。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございました。

以上をもちまして、本日の会議を終了させていただきます。