

第7回 医療・介護ワーキング・グループ  
議事概要

1. 日時：令和3年12月20日（月）16:00～18:42

2. 場所：中央合同庁舎8号館12階 1224A会議室

3. 出席者：

（委員）夏野議長、佐藤座長、武井座長代理、杉本委員、中室委員

（専門委員）印南専門委員、大石専門委員、大浦専門委員、大橋専門委員、佐々木専門委員、落合専門委員、戸田専門委員

（政府）牧島大臣、小林副大臣

（事務局）村瀬室長、辻次長、渡部次長、山西次長、木尾参事官

（説明者）堀江吏将 北九州市保健福祉局先進的介護システム推進室次長

竹田一雄 社会福祉法人若竹大寿会理事長

山岡悦子 社会福祉法人若竹大寿会副本部長兼経営企画室室長

遠藤健 SOMP Oケア株式会社代表取締役社長COO

藤崎基 SOMP Oケア株式会社取締役執行役員CRO

岩本隆博 SOMP Oケア株式会社取締役執行役員CDIO

堀内斉 厚生労働省大臣官房審議官（老健、障害保健福祉担当）

山本史 厚生労働省大臣官房審議官（医薬担当）

山本英紀 厚生労働省医事課長

須藤明彦 厚生労働省老健局高齢者支援課長

関野秀人 厚生労働省医薬・生活衛生局医療機器審査管理課長

中井清人 厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課長

新田惇一 厚生労働省老健局老人保健課介護保険データ分析室長

福田悠平 厚生労働省医薬・生活衛生局医療機器審査管理課

プログラム医療機器審査管理室長

伊藤健 厚生労働省大臣官房企画官（医薬・生活衛生局併任）

石毛雅之 厚生労働省老健局高齢者支援課課長補佐

東好宣 厚生労働省老健局高齢者支援課課長補佐

原田耕太 厚生労働省社会局福祉基盤課人材確保対策室室長補佐

金光一瑛 厚生労働省保険局医療課長補佐

高橋未明 独立行政法人医薬品医療機器総合機構執行役員

4. 議題：

（開会）

1. 介護施設における介護サービスの生産性向上及び医療アクセスの向上について

2. 中間取りまとめ案について
3. 規制改革ホットライン処理方針について

(閉会)

○事務局 それでは、定刻になりましたので、ただいまより「規制改革推進会議 第7回 医療・介護ワーキング・グループ」を開催いたします。

皆様には御多忙の中、御出席をいただきましてありがとうございます。

本日も引き続きウェブ会議ツールを用いてオンラインで開催をさせていただきます。お手元に資料を準備いただきまして御参加をお願いいたします。

本日は、議題1として「介護施設における介護サービスの生産性向上及び医療アクセスの向上について」、議題2として「中間取りまとめ案について」、議題3として「規制改革ホットライン処理方針について」の3件について御議論をいただきたいと思っております。

それでは、以降の議事進行につきましては、佐藤座長をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

○佐藤座長 本日もよろしくお願いいたします。

本日は、牧島大臣、小林副大臣が公務のため後ほど途中から御出席いただく予定になっております。また、夏野議長、落合専門委員、戸田専門委員にも御出席いただいております。

また、牧島大臣よりメッセージをいただいております。私のほうから代読をさせていただきます。

では、メッセージを読み上げます。

皆様には、本日も議論に参加いただきありがとうございます。

本日は、まず、介護施設における介護サービスの生産性向上のための規制改革、そして、介護施設のうち、特養の利用者の方々の医療アクセスについて御議論いただきます。

現在、介護人材の不足は危機的な状況です。人材不足による介護事業者の倒産は過去10年で6倍以上に増加しています。今後、全てのベビーブーム世代が75歳以上に到達する2025年、高齢化のピークである2040年を迎えるに当たり、この問題はますます深刻化する見通しであり、「介護制度は持続可能なのか」「自分は老後どうなるのか」との不安の声も耳にします。国民の皆様が最期まで自分らしく暮らせる、そのための介護制度の持続性を向上させる必要があります。

一方で、政府は、「成長と分配の好循環」と「コロナ後の新しい社会の開拓」をコンセプトとした新しい資本主義を実現していくこととしています。この「成長と分配の好循環」に向けた分配戦略においては、安心と成長を呼ぶ「人」への投資の強化の観点から、公的価格の在り方を抜本的に見直すこととしており、介護など現場で働く方々の収入の引上げが大きな柱とされています。規制改革の観点からも、この動きを加速させていきます。

このような介護制度の持続性向上、あるいは、介護分野の人への投資の強化につながる規制改革として、データやテクノロジーの最大活用を通じ、介護サービスの生産性向上や介護人材の処遇改善を進める必要があります。本日は、具体的な規制改革の提案として、介護現場の人員配置規制などについて御議論いただきたいと思います。

次に、特別養護老人ホーム、いわゆる特養における医療アクセスについても御議論いただきたいと考えています。特養の多くは非常勤の医師が配置されているものの、入居者は入院しない限り、医療をなかなか受けられないとの指摘があります。高齢な入居者にとって、医療アクセスの向上は、生活の質、人生の質に直結する重要な問題です。最後まで「自分らしい」生活ができるため、特別養護老人ホームの医療提供の在り方について御議論いただきたいと思います。

加えて、引き続き、中間取りまとめに向けて、これまでのワーキング・グループで取り上げた議題について更に議論を深めていただきたいと考えています。

厚生労働省には、本日の御議論をしっかり受け止め、速やかな対応につなげていただくようお願いします。

以上がメッセージです。

さて、大臣からのメッセージにもございましたが、本日の議題2「中間取りまとめ案について」は、調整中の案文に関するものであることから、運営規則第2条を準用する第9条の規定にのっとり、資料及び議事録を非公開としたいと思いますが、本日御参加の委員の方々におかれましてはよろしいでしょうか。

大丈夫ですね。ありがとうございます。

では、議題2については、資料、議事とも非公表とさせていただきます。

それでは、まずは議題1「介護施設における介護サービスの生産性向上及び医療アクセスの向上について」に入らせていただきます。

本日ですけれども、北九州市保健福祉局から、堀江吏将先進的介護システム推進室次長、社会福祉法人若竹大寿会から竹田一雄理事長、山岡悦子副本部長兼経営企画室長、SOM P Oケアから、遠藤健代表取締役、藤崎基取締役執行役員、岩本隆博取締役執行役員。

また、厚労省からは、堀内斉大臣官房審議官、新田惇一介護保険データ分析室長、須藤明彦高齢者支援課長、石毛雅之高齢者支援課課長補佐、東好宣高齢者支援課課長補佐、原田耕太福祉基盤課人材確保対策室室長補佐、金光一瑛医療課課長補佐にお越しいただいております。

では、早速ですけれども、北九州市保健福祉局様から5分以内ということになりますが、御説明をお願いできればと思います。よろしく願いいたします。

○堀江次長 それでは、よろしく願いいたします。北九州市、堀江と申します。

私からは、介護老人福祉施設での取組で、少し見えてきたことということをお話しさせていただきます。

まず、本市は、平成28年に国家戦略特区の指定を受けたことをきっかけといたしまして、

先進的介護の実現に向けた取組を推進しております。その中で、ICT、介護ロボット等を活用した介護現場の新たな業務改善手法である北九州モデルというものを構築いたしました。

このモデルにつきましては、業務仕分け、ICT・介護ロボット等の導入、業務オペレーションの整理という3つのステップをパッケージ化したものになります。

これを実践することによりまして、時間を生み出すという「時間を生み出す介護」、これが施設に提供できる価値だと考えております。

ここで令和元年度に行った実証の取組を少し紹介させていただきます。

この実証施設では、日勤帯におきましては、記録システム、インカムの活用、それから、洗濯、清掃、リネン交換、入浴前後の物品準備といった周辺業務を介護職以外の方に担っていただくことで業務負担の軽減につながりました。

また、夜勤帯においては、バイタルセンサーと映像センサーの2種類を活用することを軸にして業務の組み直しをいたしました。

これによって、夜間の定期巡回と言われる、不要といったらちょっとあれですけども、巡回を廃止して、不要な訪室を減らすことができました。さらに、利用者の睡眠を妨げないケアの提供が可能となりました。

結果といたしまして、利用者に対する介護の質はきちんと維持した上で、ユニット全体で大幅な業務効率化、負担軽減というものを達成することができました。

具体的には、2.87：1の人員配置を実現した上で、かつ、職員が月に1日年休取得が可能となるような業務シフトを実現することができたと思っております。

今、出している表につきましては、日中、それから夜間のケアの体制を表にしたものです。日中夜勤ともに実証中は、ほぼ基準のどおりの体制でケアを行うということができました。

日常業務において、人員配置についての実証というのは、確かにこれでできたと思うのですが、実際の運営では、施設で行事があったり、突発的な事故があったり、それから救急搬送があったりとか、非日常的なイベントというものが実際は発生します。これにどのように対応していくかというのが、まだこれから課題として残っているかなとは思っております。

本市では、今年度、令和3年度から、このように構築した北九州モデルを市内の特別養護老人ホームへ社会実装するということをミッションにしております。そのため、市独自で相談や支援を行うセンター、相談拠点を設置いたしました。

この拠点には、専門の相談員を常勤で配置いたしまして、相談窓口としての機能に加えて、相談員自らが現地に出向き、施設のニーズや課題を把握した上で、北九州モデルの各ステップを伴走型で支援していくことを売りにしております。

また、センター内に、利用者の居室を再現したスペースを設け、体験が可能なような形で、今、写真で出していますけれども、このようなスペースをつくっております。このような展示を行っています。それから、機器の使用貸し出し等も行っております。さらに、

介護ロボット等を使いこなすような人材の育成というのも、このセンターで行っているところでは、

まだ北九州市だけの取組なのですけれども、これからこういう取組を全国に展開していくということを考えた場合に、ローカルルールというものが1つ大きな壁になるのではないかと考えています。

表のほうには何点か例示をさせていただいておりますけれども、ここでは一番上の例だけ説明させていただきます。

令和3年度の報酬改定で、厚生労働省様にも御尽力いただきまして、見守り機器を活用した夜勤職員配置加算というのが拡大されました。ただ、自治体によっては、見守り機器を導入している施設であっても、まだ人による定期巡回を行ってくださいという指導行うこともあるようなことを聞いております。

例えば、夜勤職員配置加算を取得している施設に対しては、人による定期巡回は必須ではないですよというようなことがルール化されていくことで、より介護職員の負担低減や利用者の睡眠が確保されて昼間の活動も活発になるといった、利用者さんに対しての好循環も期待できるのではないかなと思っております。

一つ一つの事例はすごく地道ではあるのですが、実効性が高いものとして、ローカルルールの整備というのにぜひ取り組んでいただけたらなと考えております。

最後になりますが、私たちは支援を始めるときに、施設に対して、「私たちは時間を生み出すことはできます。皆さんは、生み出した時間を誰にどのようにして使うのかということを考えてほしい」とお願いをしております。

例えば、今より人員配置をさらに効率化するのか、有給休暇の取りやすい職場にするのか、利用者と触れ合う時間を増やすのか、そういったことを、最初に施設内で共有することが業務改善のモチベーションにつながっていくものだと考えています。

その上で、人員配置のさらなる効率化を目指すのであれば、これから先、もっと現場ニーズに即したテクノロジーというのが開発されていくことが大事かなと思っております。

また、現場の仕事をただ効率化するだけではなくて、そこから、日々の業務スケジュールを変更して、シフトを変更してちゃんと働けるという形まで落とし込めるということを検討していくというのが、施設にとっては大事なことになるのかなと思っております。

参考資料の末尾には、北九州市が現在取り組んでいる事業の内容を添付させていただいているので、お時間があるときに御一読いただければ幸いです。

御清聴、ありがとうございました。以上になります。

○佐藤座長 ありがとうございました。

では、若竹大寿会様から御説明をお願いいたします。また5分以内でよろしく願いいたします。

○山岡室長 社会福祉法人若竹大寿会の山岡でございます。

私どもの業務改善の取組は、2016年にトヨタ方式のカイゼン活動の手法を学ぶことから

スタートいたしました。その後、活動の中で介護現場特有の効果の出にくさを実感し、現場をよく知る私たちだからこそ分かる、できる、介護現場にフィットした独自の業務改善手法を開発いたしました。

トヨタカイゼン方式をベースとした取組は、直接業務や間接業務に潜むムダやムラを徹底的に削減し、真に必要な御利用者と関わる直接業務の時間を確保することです。

具体的取組内容は、まずは、食事や入浴の準備など、間接業務を中心に業務の標準化を行います。そして、次は作業時間の山を崩す平準化です。全ての時間体の業務を60分以内に収めることで、ユニット1名配置で基本業務が行える体制をつくります。

そして、こうして行うのが簡素化です。生活の質やサービスの質に大きく影響しない業務はできるだけ削減いたします。

この業務改善の取組により、法人内特養、老健、全8事業所で実際の配置が御覧のとおりとなりました。これは、業務時間の想定や換算ではなく、実際の職員配置の変化です。1事業所でメソッド化したものを他7事業所で展開し、再現可能であることの確証を得ました。

介護現場では、業務の時間短縮はできても、なかなか業務改善が進まない共通の理由が幾つかあります。そういった介護現場でも取り組める必ず効果が出る取組として、この手法を他法人にも公開していきます。

次のステップとして、生活の質、サービスの質を担保しながら生産性の向上を実践するためには、介護現場の業務改善とICT機器などの活用、この両輪が必要です。現在、ICTを活用した介護総合支援システムを法人独自開発中であり、少ない人員配置でも安全に介護ができるよう取り組んでいます。

そこで、ユニット型特養において、介護の効率化を実現するため、規制改革見直し案について御提案申し上げます。

まず1つ目は、ユニット施設定員の見直しについてです。

ユニット当たりの定員について、おおむね10人以下とすべき合理的な根拠はなく、介護の質と効率、双方の最適化を図るため、ユニットの定員上限をおおむね15人以下と見直しではいかがでしょうか。

右下の表は私どもの試算ですが、ユニット定員を15人に変更することで、職員を効率的に配置することが可能になります。そして、夜間の職員配置についてですが、夜勤業務の職員負担は大きく、その主たる業務は、各居室を訪室して安否確認をする夜間巡視業務です。この訪室による夜間巡視をICT機器による巡視に置き換える具体内容について、ガイドラインなどで明示していただき、ユニット型についても、従来型特養同様の見直しがされることにより、安全を確保した上で夜勤配置を効率化することが可能となります。

2つ目の御提案は、特養での医療アクセスについてです。

特養に配置されている医師に求められる役割は、あくまで健康管理であり、提供する医療サービスは限定的なものとなっています。また、特養の入居者に対しては、診療報酬の

制限があるため、訪問診療は積極的には行われず、外部受診に頼らざるを得ない状況です。

そこで、特養への訪問診療、訪問看護について、診療報酬上の適切な評価を行うことで、医療アクセスを向上させることができないかの御提案をさせていただきます。

このことにより、施設内での積極的な診療が可能となり、外部医療機関への受診や入院が少なくとも3割程度は削減できる可能性があると思われます。また、救急搬送時の職員の付き添いも介護現場の大きな負担となっています。この見直しの御提案も併せて御検討をお願い申し上げます。

社会保障を支えるための業務改善は必須です。けれども、業務改善のみでは現場はさらに疲弊していきます。介護施設への過剰な期待や常識を社会的に見直し、合意形成することも必要です。介護事業を守るため、報酬内のサービスとは何かについて、制度上の担保もいただきたいところです。

課題解決のため、今後も介護現場からのチャレンジを続けてまいります。以上、御検討いただけますと幸いです。貴重な機会を賜り、ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございました。

では、次SOMPOケア様から御説明をお願いいたします。

○遠藤代表取締役社長C00 SOMPOケアの遠藤でございます。

本日は貴重なプレゼンの機会をいただきまして、誠にありがとうございます。私からは、持続可能な介護保険制度を実現するために必要と考える規制改革について御提案させていただきます。

まずは、制度の持続性を高める規制改革の必要性について御説明いたします。資料の2ページから5ページまでを御覧いただきたいと思います。

日本では高齢化が進み、2040年には要介護者は749万人、介護給付費が27兆円まで増える見通しです。一方で、少子高齢化に伴い、69万人の介護職員が不足する見通しです。

6ページです、給料が安く、きつい仕事のイメージによって介護業界は人気がありません。現場は既に深刻な人材不足となっています。

7ページです、人が足りない一方で、感染症と自然災害への対策強化が求められるなど、業務は増えています。現場は必死に頑張っています。

8ページです、このような状況下で、介護事業者の倒産が増加しています。制度の持続性に危機感を持っています。

9ページです、厚生労働省には多くの御支援をいただいております、大変感謝申し上げます。これらを活用し経営努力を続けてまいります。

一方で、より先進的な取組にチャレンジする事業者の創意工夫を促す政策も併せて推進していただけないかと考えております。

10ページです、平均的な介護施設では、高齢者2名に対し介護職1名を配置しています。例えばこれを4対1にすることができれば、施設系の職員だけで30万人のマンパワーが確保できる計算になります。

11ページです、人への投資で、介護職員の給与を適正な水準に引き上げる、その財源を現場のイノベーションにより創出する、この好循環によって高齢者の選択肢が増えること、現役世代の介護離職を減らすこと、介護職員の労働環境をよくすることなどが達成されるのではないのでしょうか。

次に、当社が推進する新しい介護のパッケージモデルについて御説明いたします。13ページでございます。

サービス品質向上と、介護職員の負担軽減を目指す未来の介護創造プロジェクトを展開しています。御利用者様の自分らしさを尊重し、個別性のある最適なケアを目指して、デジタルテクノロジー、介護補助者、リアルデータの3つの手段を活用する取組を進めています。

14ページです、睡眠センサーをはじめ複数のテクノロジーを施設に導入しています。当社の研究施設での実証を経て、本当に使えるものを厳選して現場に展開しております。

15ページです、テクノロジーの活用は、サービス品質の向上につながります。夜間の見守りでは、人による巡視によって高齢者を起こしてしまうことがありました。遠隔の見守りによってこの問題はなくなり、睡眠の質が向上しています。

16ページです、睡眠センサーは、呼吸数、心拍数などのデータが取得できます。お体の状態が見える化されます。これによって早い段階で体調悪化を把握することができます。

17ページです、2つ目の手段は介護補助者です。

例えばアクティブシニアに活躍してもらうことで、介護の専門職は、より専門性の高い、人でしかできない業務に専念することができます。また、洗濯などの外部委託も職員の負担を軽減する一つの手段となります。

18ページです、3つ目はリアルデータの活用です。

当社では御利用者のアセスメントから、職員の介護の予定、記録に至るまで、一気通貫のシステムを活用し、データを管理しています。テクノロジーで集めたデータを活用し、予測する介護を実現したいと考えております。

19ページです、例えば、排泄介助のタイミングをデータから予測することで最適なケアが提供できます。

20ページです、全国で収集したデータを分析すると、高齢者の平均データが見える化されます。例えば、御利用者一人一人のデータと、全体の傾向を複合的に分析すると、体調の変化を早期につかむことができます。

21ページです、当社が目指す新しい介護モデルの全体像です。

御説明のとおり、3つの手段によって間接業務を中心に業務を見直します。人にしかできないことに注力できる介護モデルをつくりたいと考え、実証を進めています。成果は介護職員の処遇改善などにつなげてまいります。

最後になりますが、人員配置基準の見直しに関する御提案でございます。

当社の目指す介護モデルは、品質向上と職員の負担軽減を目指した結果として、現行の



3対1基準を超えることができると考えております。

23ページです、人員配置基準の見直しについて、業界全体で一気に規制を見直すのではなく、まずはモデル事業によって新しい介護モデルの実証を行います。少しずつ全国の事業者を取組を拡大し、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、条件付きの規制改革を検討してはいかがでしょうか。

24ページです、モデル事業の展開に関するアイデアとなります。

モデル施設の採択に当たっては、事業者には計画書を提出してもらい、行政による承認と第三者チェックを行う方法はいかがでしょうか。このような国のモデル事業が実現すれば、当社は公募にチャレンジしたいと思っております。

25ページです、モデル事業で集めたエビデンスを基に、業界全体の規制緩和を検討してはいかがでしょうか。品質の確保が前提になりますので、事業者や自治体を限定したスタートもあり得ると思っております。

26ページです、どのような状態であれば品質が確保されているのかについて議論が必要です。事業者の情報開示とチェック体制の強化、すなわち品質を客観的に評価する仕組みがポイントになると考えております。

私のプレゼンは以上でございます。介護保険制度の持続可能性を高めるため、前向きな御検討をいただければ幸いです。御清聴、ありがとうございました。

○佐藤座長 御説明、ありがとうございました。

では、次に厚生労働省から御説明をお願いいたします。10分以内でよろしく願いいたします。

○堀内審議官 厚生労働省、老健局担当の審議官の堀内でございます。

それでは、資料に基づいて説明させていただきます。

まず、2ページと3ページ、社会・援護局のほうから御説明させていただきます。

○原田室長補佐 それでは、私、社会・援護局、原田のほうから、まず、介護人材確保の現在の全体像について簡単に御説明させていただきます。

まず、2ページでございますが、介護職員の必要数につきましては、第8期の計画ということで、今、足元211万人おりますけれども、2025年には、今より約32万人増が必要という必要数の推計を出させていただいております。これは都道府県が推計した介護職員の必要数を足している、積み上げているというものでございます。

続いてのページをお願いします。

そこで、総合的な介護人材確保対策として、今、厚生労働省が取り組んでいる主な取組を御説明させていただきます。

まず「介護職員の処遇改善」です。

こちらにつきましては、約10年で月額平均7.5万円の改善がされますなど、処遇の改善に努めているところです。

続きまして「多様な人材の確保・育成」というところで、様々な取組をさせていただ

いておりますが、ここでは令和3年度から始まりました事業を1つ御説明させていただきます。

「多様な人材の確保・育成」という枠の中の右側の一番上ですが、今般のコロナでの離職等の影響を鑑みまして、他業種からの参入促進のために、介護分野への訓練に組み込むことを要件に、他業種から介護分野に新たに参入してくださる方々に対しまして、20万円の貸付金をお貸しする。そして2年間、その介護業務に従事していただければ返済免除をするという新しい取組みも始めております。

続いて「離職防止 定着促進 生産性向上」というところで、本日のテーマにもなっておりますように、介護ロボット、ICTの活用などを進めております。こちらについては後ほど老健局のほうから詳細を御説明します。

続きまして「介護職の魅力向上」というところでして、介護職に興味を持っていただくため、今、我々厚生労働省のほうでも大々的な広報とかSNS、そういうものを活用しまして、介護の魅力というのを伝えていけるよう取り組んでいるところです。

最後「外国人材の受入れ環境整備」です。

現在、外国人の受入れは止まっておりますけれども、我が国に在留する外国人の方に向けて、日本語の支援とか、そういう定着の支援にかかるものを事業としてさせていただいております。

以上が簡単になりますが、介護人材の確保対策の全体像です。

続いて、各論のほうを御説明させていただきます。

○堀内審議官 それでは、再び老健局審議官の堀内でございます。

本日は、現場からの貴重な御意見、貴重な御説明、また、御提言をいただきまして、ありがとうございます。

テーマになりました生産性向上と医療アクセスの向上についてということで、4ページ目以下で御説明させていただきます。

まず、4ページ、牧島大臣からのメッセージにもありましたけれども、福祉施設の人員配置基準ということで、現行の御説明でございます。

まず、4ページの左側でございますが「人員基準」ということで、まず「医師」でございますが、入所者に対して、健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数を配置することになってございます。

また、1行飛んで「介護職員または看護職員」、入所者の数が3またはその端数を増すごとに1以上となってございます。

右側「設備基準」を御覧いただきますと、「居室」、原則定員1人、入所者1人当たりの床面積10.65㎡以上となってございますが、ユニット型の場合は別の基準がございまして、それが左下でございます。

今日は若竹大寿会様からもお話がありましたけれども、ユニット型介護老人福祉施設の場合でございますが、1つのユニットの定員は、これまではおおむね10以下としていたと

ころ、今回の介護報酬の原則として、おおむね10人以下として、15人を超えないものとしたところでございます。

5 ページ、上の四角で囲ってございます、先ほどの看護・介護職員のところが、いわゆる3対1と言われているものでございます。四角の上のほう、入所者3人当たり看護・介護職員1人以上で、3対1と言われるものでございます。

実態でございますが、下のほうの「■全国の介護施設の人員配置の状況」でございます。

介護老人福祉施設が、ユニット型、多床室併せてでございますが、2.0対1、介護老人保健施設が2.2対1、特定施設入居者生活介護指定施設、これは2.7対1というのが、ちょっと古いですが、令和2年度の介護事業経営実態調査結果でございます。

これは全国平均でございますが、6 ページを御覧ください。

これは先進的な取組をさせていただいているところの実態ということで、3つ挙げてございますが、そのうち、若竹大寿会と北九州市は、まさに先ほど御説明いただいたとおり、先進的な取組によって人員配置が、若竹大寿会ですと2.5対1、北九州市ですと2.87対1となっているということで、我々もこれにつきましては、出所で書いてございます社会保障検討会議、全世代会議でも紹介させていただいているところでございます。

7 ページは、改革工程表ということで、諮問会議で議論がされて決定されるものです。

2021年の足元の版は、まさにこの年末ということで、今月中に作成ということなので、まだ確定していないので、昨年の段階のものでございますけれども、この右側の、ちょっと細かい字で恐縮ですが、工程ということで、いろいろな取組をするようにということになってございます。そうしたものに基づいて取り組んでいるところでございまして、後ほど少し御説明しますけれども、介護報酬の面あるいは補助金といった予算面、そうしたところに対応しているところでございますし、今後に対応していく予定でございます。

8 ページ、直近のいろいろな取組を少しまとめたものでございます。

令和3年度からということで、まず上の四角、介護報酬改定ということで、3年に1度行われますが、令和3年度から3年、4年、5年の3年間、第8期の介護報酬改定で対応したものでございます。

今日も御紹介がありましたけれども、見守り機器を活用した場合の夜間人員基準の緩和、また、夜勤職員の配置加算の要件の緩和となっております。

また、予算面でございますけれども、介護事業所が介護ロボットを導入する際の費用の一部補助、また、補助額とか補助率、そうしたものを段階的に拡充しているところでございます。

また、3つ目の四角で囲ってございますけれども、まさに現場ニーズに応じた介護ロボット、介護機器、ICT化を図るということで、各種の実証なども重要と思っております、プラットフォーム事業も予算に支援しているところでございます。

2つ目の黒ポツで、開発企業に対し開発実証のアドバイスをを行うリビングラボの設置ということで、全国8か所ございますけれども、SOMPOケアさんのラボの施設ものこの

1つに入っていて協力していただいているところがございます。

3つ目の黒ポツで、実際の介護現場を活用した介護ロボット導入に関する大規模実証の実施ということでございます。

これにつきましては27ページを御覧ください。

介護報酬改定で、令和3年度からスタートしましたがけれども、引き続きそうしたものを現場への提供を徹底していくことが必要ということで、左側が実証調査のテーマで、①夜間の見守り、右側は、介護ロボットのパッケージ導入モデルの実証ということで行っているところがございます。

今日も現場からの声をお伺いしましたし、いろいろこうしたことに関する提言をいただきましたので、こうした実証モデルの中で取り組んでいければと思っております。

また、資料、戻っていただきまして、8ページの一番下です。

これはまさに現場の支援ということで、自治体、また、現場の経営者層、こうしたことに対する生産性向上の取組等を周知しているところがございます。

9ページからは、もう一つのテーマであります医療アクセスの向上についてでございます。

介護老人福祉施設は、基準上、入所者に対して、先ほども少し述べましたけれども、健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数の医師を配置するというようにしています。その配置医師が行う健康管理や療養上の指導は介護報酬で評価するというので、初診再診料等については診療報酬の算定はできないことになっております。

一方で、この3つ目の○でございますけれども、医療行為の報酬上の評価の取扱いにつきましては、特別養護老人ホーム等における療養給付の取扱いということで規定しているところがございます。概要でございますが、真ん中の丸でございます。配置医師以外の医師、外部医師が行う場合、緊急の場合と、この(1)、(2)、(3)、(4)と書いてございます。そうした場合には入所者を診ることができるとしてございます。

10ページ、介護老人福祉施設における医療の提供ということで、近年、特に看取りの充実ということに力を入れているところございました。介護報酬改定におきましても、看取り介護加算について充実を図るということで取り組んだところがございます。

下のほうの四角でございますけれども、こうした医療ニーズにおきましても、きちんと現場の声を踏まえることが必要ということで、上のほうの黒ポツでございますけれども、これは令和2年度に実施して、まさに令和3年度の介護報酬改定に反映されたものでございます。特養における看取りの在り方に関する調査研究。

また、今、足元でやっているものが、その下のほうにございます。医療ニーズに関する調査研究事業ということで、当ワーキングの委員にもメンバーになっていただきまして、今、調査研究事業をやっているところがございます。

また、11ページ、12ページで、今日いただきました、現場の、北九州市、若竹大寿会、SOMPOケアの方からの御提案に対する考え方を少し整理してございます。

多岐にわたる論点をいただきまして、まさに重要な課題として、我々のほうも認識しまして、現場の事業実施主体の方、そうした方の意見をこれからも踏まえて取り組んでいきたいと思っております。

そうした中で幾つか考え方を整理してございます。

まず、ユニット型施設の定員や夜間巡視、人員配置基準についてもお話しいただきました。

先ほど申し上げましたように、個室ユニットの定員は、この令和3年度介護報酬改定におきまして、おおむね10人以下として、15人を超えないものとするところとさせていただきます。こうしたことの影響などの実態を踏まえていく必要があると思っております、こうしたことを見ながら、今日具体的に15人以下にすべきというような御意見もいただきました。そうしたことについても、次期介護報酬改定に向けて検討していきたいと思っております。

また、夜間巡視の在り方についてもいただきました。これにつきましても、夜間の状況について、いろいろな取組をしているところの効果測定事業をしまして、そうした知見に基づいて周知をしていきたいと思っております。

また、3つ目、見守り機器を配置した場合のユニット型特養の人員基準の緩和の話もいただきました。先ほど申し上げたように、おおむね15人を超えないものということで、少し緩和してございますので、こうしたことの影響も見ながら、また引き続きこの点についても検討していきたいと思っております。

また、医療ニーズの話でございます。これにつきましても、先ほど申し上げましたけれども、まさに今、足元でも調査が行われております。そうした中で、対応を検討していきたいと思っております。

最後、12ページになります。

介護付ホームの人員配置基準の緩和ということでございますけれども、こうした人員配置基準につきましても、我々も精力的に取り組んでいるところでございます。介護報酬の議論を行う審議報告の中でということで、24ページに具体的な文言が出てございますけれども、介護現場の生産性向上の方策について、きちんと検討していくべき、この中で、エビデンスデータの蓄積などを行うとされております。

今日もSOMPOケアさんのほうからもお話をいただきました。ぜひ、現場の事業者も協力しながら、テクノロジーを活用した業務効率化の効果や介護の質、安全の確保、そうしたものを踏まえた検討をしていくということで、我々のほうも取り組んでいきたいと思っております。

少し長くなりましたが、以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、これから質疑に入りたいと思っております。

議論の整理上、まずは第一部として特養の医療アクセス以外の部分、具体的には介護の

生産性向上です。配置基準の見直しとかICTの利活用とかそういったものです。それについて議論をいただき、その後、第二部として、特養の医療アクセスについて議論いただきたいと思います。

特養の利用アクセスの部分につきまして、佐々木専門委員から参考資料1を御提出いただいておりますので、第二部の冒頭に、佐々木専門委員から簡単に御説明をお願いしようと思います。

今回ですけれども、まず、本日、途中退室されます大浦専門委員と大橋専門委員、お二人いらっしゃいますので、この2人に関しては、第一部、第二部にかかわらず、まずは御意見、御質問をいただいて、それからほかの委員の方々との議論に入りたいと思います。

では、まずは大浦専門委員からお願いできますか。

○大浦専門委員 すみません。私は本当にすぐに出なければならないので、お話しさせてください。私、本当にこの部分だけのために呼ばれているのではないかなと思っていますので。

いろいろと前に資料いただいて、いろいろと内閣府の方々とも質問のやり取りとかをさせていただいたのですが、今日出てきた話を聞いて私的には少し安心した感じです。

1つ、人員の不足を、例えばほかの人たちに任せるからいいやというこの話に関しては、例えば介護補助者をつけるとか、それから、委託をすればいいんじゃないということに関しては、根本的な人員不足の解決にはなりませんので、それ以外のことを考えていただければと思いました。

また、自治体によってかなりルールが違うという話があったかと思うのです。これに関しましては、強く厚生労働省さんをお願いしたいところです。自治体によっては、本当にめっちゃめっちゃな指導をされますので、これをやられている限り、根本的な改善というのが見込めません。ですので、厚生労働省の皆様からのきちんとした指導が行きわたることを、私は心から願っております。

若竹大寿会さんのトヨタ生産方式のカイゼン、本当に勉強になりました。このようにして一つ一つ改善していくのが今は精一杯かもしれないと思うのですが、次にやってくるものは確かにICTなのです。確かにセンサーだと思います。ただ、実はこれだけでは無理で、介護自身をやってくれる介護ロボット、しかも自立型、人間がいなくても大丈夫だというものができるまでの間、私たちは人間と介護ロボットのハイブリッドの中で頑張るしかないかなと思っています。

今の介護ロボットというのは動きが遅過ぎて、しかも、安全に問題があるということで、使うときに、何と人が2人ついていなくてはいけないものもあるのですね。そうすると、何の改善か分からないことになりますので、ぜひ介護現場のことをどんどんよくしていくと同時に、介護ロボットの開発に、もっともっこの国は注力するべきだと私は考えております。

それから、今、科学的介護という文言があるはずなのですが、今日あまり資料に

出てこなかったもので、科学的介護というのは、私の理解の範囲では、介護度を改善していくのだということが科学的介護の本質だと思っておりますので、人員配置を減らしても、それが科学的介護の面からも、いい取組みになるということを私としては望んでおります。

それから、職員配置の緩和は、もちろん私もやったほうがいいと思うのですが、ここで問題になるのが、介護という仕事をいかに人気の職業にするかということだと思っております。それに関しましては、皆様方それぞれにいろいろと工夫なさっていると思うのです。確かにある一定年齢以上の人は、今までの私たち日本人の感覚で職業を選んでくれると思います。ただ、若い人はどうでしょうか。若い人は違うかもしれないと思います。なので、介護というものが、若い人たちにとっても本当に人気の職業になるためには、やはり彼らが好きなのは格好いいことだし、それから実は面白いことなのです。今どきお給料だけで釣られる若い子は本当に少ないです。ですので、こういうことも、今、発表してくださった方々の施設で、さらに発展させていただければありがたいのかなど。よくなっていくのかなと思いました。本当に力のある方々の発表を聞いて、私は今日本本当にありがたかったなと思えます。

最後になりますけれども、医療のアクセスについてです。私自身が医師でもあり、それから、介護施設も27年も運営してきましたので、それなりに、私なりの考えがあるということで、ここに発表させていただければと思っております。

1つは、実はこれは介護報酬と診療報酬の問題なのです。ですので、ぜひこれをやるに当たっては、本人様の負担にもならないけれども、施設の負担にも全部なるわけではなく、全部施設が負担しなくては行けないと、これはものすごい負担で、だから結局、なかなか難しいよねという話になってきますので、そのところをよく配慮いただいて、これからの仕組みをつくっていただければと思えます。

最後になりますが、1つ、これは想像力を発揮していただければと思うのですが、私は現場を本当に見ておりますので、大体2対1でも、夜勤帯もあるので、人は休むので、そんなに人はいないのです。2対1というのは多いと思うけれども、そんなに人はいません。3対1になったら、さらにこれから人が減るので。4対1という現場があったら、実はほぼ誰もいないとしか人には見えないかもしれないです。これぐらい少ない人数でオペレーションを回すということになりますので、それまでの、本当に介護ロボットがいかにすばらしいものができるかということに、この企画はかかっているのかなど、現場を知っている人間としては思いました。

最後になりますけれども、実は私も老健局さんとは長く長く学ばせていただきましたが、今までの会議の中で一番聞きやすいお話だったなと思って、とてもうれしく思っています。

そして、最後の最後ですが、このワーキング・グループにかかわらせていただきまして、医療、介護は相当な制度疲労を起こしてしまっていて、規制改革だけではよりいい形にたどり着けないのではないかなどということを本当に強く思っております。規制改革は規制改革として私も誠実に関わらせていただきたいと思えますけれども、ぜひ、内閣府様におかれま

しては、医療介護制度の抜本的な改革を厚生労働省様と一緒にあって、一体となって、この国のために、国民のために、何年かかってもいいから、5年後でも10年後でもいいから、あのときに一生懸命頑張っただけよかったなど、ここにいる委員がみんな思えるような、いい、新しい医療と介護の仕組みができればいいなと心から祈っております。

今日はもうこれで私は退席させていただきます。ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、厚労省に御回答をいただく前に、まずは大橋先生のほうからコメントをいただければと思います。

○大橋専門委員 ありがとうございます。

AIとかあるいはビッグデータも活用しながら、業務オペレーションを改善するという、現場の御努力を、3つの発表を通じて大変感銘を受けました。こうした努力を、しっかり制度が追いついていかないといけないと思います。介護のニーズがますます高まる中で、介護職の負担や、あるいは給料が見合わない状況というものを一刻も早く改善する必要があると思います。

今回、SOMPOケアさんのほうからも4対1という話もありましたが、そういった技術的などところを含めて、これは介護職員の負担の軽減に加えて、給与増の原資も捻出できるという、一つの方向性を見せていただいたのかなという感じもします。

北九州市さんをはじめとして、既に実証とかデータの蓄積もやられているということを経験したときに、次期介護報酬を目指してというのはあまりにも遅過ぎないかと思えます。

できれば、北九州市さんのお話を聞く限りにおいては、来年度からやってもいいのではないかと思いますので、ぜひ実証の前倒し、そして、職員がおかれている非常に厳しい状況をしっかり老健局も踏まえていただきたいと思いますので、ぜひ強く検討をお願いしたいところだと思います。

医療アクセスについてですけれども、ここは供給者目線でやられている制度だと思いますが、ぜひ入居者の目線で考えていただきたいと思います。入居者の観点からすると、介護と医療の違いはほぼないと考えてよろしいのではないかと思います。そうすると、訪問診療なり、それが結局、介護の中で制度をつくろうとするがゆえに、外部医師の診療行為が、診療報酬上、非常に限定的になっているという状況が生まれているのかなと思います。ここはしっかり医政局と連携をしていただいて、診療報酬上の扱いとして考えていただきたいと思いますので、ここもぜひ入居者の視点で制度を考えていただきたいと思います。

(非公表の議題2に関するコメント削除)

○佐藤座長 ありがとうございます。

最後の話は、この後の中間取りまとめのところでまた改めて議論させていただきます。

ここまで、大浦専門委員、大橋専門委員から御意見、御感想をいただきましたけれども、特に改革のスピード感を含めて、厚労省さんのほうからリプライがあればよろしくお願



します。

○堀内審議官 老健局審議官の堀内です。

大浦委員、大橋委員、ありがとうございました。

全て網羅する形ではございませんが、まずは、科学的介護の話、また、ビッグデータの話がございました。これにつきましても、老健局のほうでも、科学的介護ということで、ちょうどこの令和3年からLIFEという制度を進めたところでございます。

これはまさに現場の御協力といいますか現場での理解が必要なところなのですけれども、既に報道等もされてございますが、例えば、こういうLIFEのような科学的な仕組みを導入することに対して、現場でICT化がなかなか進んでいないとか、むしろ入力の手間がかかるというようなところがございます。こうしたことが、これはICTに取り組む上での非常に重要な課題かと思っています。

そうしたことから、今日御説明していただいたような、自治体、事業者の方々の現場でどうやっているのか、そういうことも踏まえて、IC化の取組は進めていく必要があると思っています。

また、一方で、大浦委員から、人員基準の緩和について、例えば4対1であるのは、ほぼ誰もいないような状況ではないかというお話もございました。介護報酬の改定は中で、昨年、ちょうど今日のような時期、年末にいろいろ議論が行われましたけれども、やはり生産性の向上や配置基準の緩和はいいのだけれども、一方で、利用者にとっては質がどうなるか、また、そこで働くスタッフにとって、かえって過重労働になるのではないかという、そうした懸念の声もいただいたところでございますので、こうしたことも、やはりきちんと。

一方で、北九州市のように進んでいるところは、スピード感を持ってというように、大橋委員からありましたけれども、現場の懸念を解消するためにも、きちんと各種のデータを集めたいと思っています。

そうしたことで、進めるものが進められるなら、もちろんそれに応じてやっていきたいと思っておりますけれども、いずれにしましても、きちんと現場を踏まえていい方向に進めていきたいと思っています。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございました。

では、これから、最初に、特養の医療アクセス以外について議論を始めたいと思います。おおむね時間は20分程度を想定させていただきます。

夏野議長、お待たせいたしました。まず、最初にお願いいたします。

○夏野議長 ありがとうございます。

厚労省さんにお聞きしたいのですけれども、2ページの、介護職員の必要数についてというのが出ていますが、現在というか、2019年度、211万から280万までリニアで増えていると思うのですけれども、この前提、この必要人員数というのは、基本的に要介護者の数

と比例して伸びていると思うのですが、それは同じ比率なのですかというのが1番目の質問です。つまり、現在の介護職員211万に対する要介護者の比率と、2040年の介護職員必要数280万人に対する要介護者の比率は変わっていますかというのが質問です。

その次のページに、あと70万人労働者を確保しなくてはいけないので、取組が書かれているわけなのですが、一つ一つの項目について、この例えば待遇処遇改善によって、この70万分のどれぐらいがこれで達成できて、2つ目でどれぐらいが達成できてというこの内訳はあるのでしょうか。

というのは、これは単に、こういうことを書くだけではほとんど意味がなくて、例えば外国人材の受入れと最後にありますけれども、これは具体的に何万人入れるのですかということがないと、恐らくここに書いてある5つの確保対策というのは、あまり現実味を持たないと思うので、この内訳はどのようになっているのでしょうか。これが2番目の質問です。お願いいたします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、厚労省さん、回答をお願いいたします。

○原田室長補佐 まず、1つ目の御質問なのですが、すみません、厳密に比例しているかということについては、エビデンスが今手元にないので、回答についてはまた後日させていただこうと思うのですが基本的な考え方としては、自治体が出してくる今後の介護サービス見込み量、介護の受皿、それに対して、サービスごとにどれだけ人手が必要かというのを、基本的には掛け算をしまして、出てくるものを足し上げているということからすれば、基本的にはサービス量と人員というのは密接に絡んでおります。

今おっしゃられた、この要介護の認定の割合とどうリンクしてくるのかということについては、今にわかにはお答えができませんので、また調べてお答えをさせていただきたいなと思います。

2つ目の御質問につきましては、おっしゃるようにそれぞれの政策の柱ごとで、どれだけの職員が確保できるのかということをお質問いただきましたが、1つの柱の中でこの政策でこれだけの人材を確保するというところを区分して議論するのはなかなか難しいかなということをお考えしております。

最後に委員がおっしゃった、外国人材がどれだけの数かということに関しましても、特定技能という新たに31年から始まったものにつきましては、5年間で6万人というところの数值は出させていただいておりますけれども、全体像でどれだけかということを出しているわけではなくて、現状、あくまでこういった総合的な対策によって人材を確保していくということが、今、我々厚生労働省の考えになります。

以上です。

○夏野議長 70万人を、この労働人口が減っていく中で確保するのに、その具体性がないというか、具体的にこれだけ確保するという数字がない目標を立てても、焼け石に水になってしまうと思うので、そこは厳しくというか、もっと積極的に、例えば外国人材は、70

万人増える分の20万人は外国人だとかいう目標を立てないと、これは全くそんな受入れ数にならないと思うので、そこはぜひ具体的な目標を掲げてほしいのです。

それから最初の質問の意味は、生産性の向上というのを、やはり厚生労働省さんが意識的に目標として立てないと、例えば、今、1対2なら2でなっているものを、1対3になるように技術開発はしていくのだというようなことを、ちゃんと目標として立てないと、この70万人という枠は埋められないと思うので、そこはぜひ検討していただきたいなと思います。

それによってやり方が全然変わると思いますので、今お話を聞いていると、全て新しい技術が出てくるとその安全性を検証した結果、実証して、安全だということが分かったら入れるよというように聞き受けられますが、そのペースだと恐らく間に合わないと思うのです。なので、その辺のやり方の再検討をぜひお願いしたいと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

大橋専門委員からも指摘ありましたが、やはり改革がスピードというのも大事ですので、よろしく願いいたします。

では、大石専門委員、よろしく願いいたします。

○大石専門委員 私のほうからは3点ばかりあります。

私の立場を明らかにしてからお話ししますと、私どもの会社のほうで、北九州モデルづくりはかなり密に関わっておりますので、その経験を踏まえて発言させていただきたいと思います。

まず、1つ目は、御覧いただきましたとおり、北九州モデルはかなり成功事例だと思っております。ここは生産性も2.8対1を超えているということで非常に成果が出ておりますし、あと、現場の方々も、本来やるべきであると思っていたやりたい介護ができるということで、安心して取り組んでいらっしゃいます。

これをどんどん北九州市様の御尽力もあって、全国に広げていこうという段階になっていると理解しております。

そういうことの中で、まず1つ目は、そこで3対1を超えられない大きなハードルとして、やはりユニットケアの人員配置問題がございます。1ユニットを15人にするかどうかという話と全く別に、仮に10であったとときに、今、私の理解では、夜間配置加算を取るための基準は、ユニット型は緩められましたけれども、そもそもの夜間配置の基準自体は変わっていない。これは厚労省様の御発言ですと、今後検証していく中で可能かどうか見ていくということと伺ったのですが、これは北九州モデルでできる、かなり安全にできるということが分かってきて、次のトライアルとして、2ユニットに対し1名配置ということ崩してできるかどうかということをきっちり検証できれば、そこで変えていってもいいはずだと思うのです。

何を言っているかということ、1つは、ユニット型の夜間配置を見直していただきたいと

ということと、あと、もう一つは、今、夏野議長や大橋委員からもあった話と同じなのですが、けれども、そういうところからスピード感を持ってやっていかないと駄目なのだと思うのです。ここから先、何を検証するのかということは非常に疑問だと思っています。

ですから、できるところからさっさとやる。その1つの象徴として、ユニット型の夜間配置があるのではないかと思っています。これが1つ目の話。

それにちょっと付随してなのですけれども、有料老人ホームとか、要は非ユニット型の特養以外のところというのは、グループホームとか、ここら辺は配置基準は変わったのか変わっていないのか、そこら辺を教えていただきたいということで、あと、もう一つは、そこら辺が、何が変わったか変わっていないかということが、恐ろしく分かりにくい文書の伝達の仕方になっていて、我々専門家でも、どうなっていたっけというのは、あちこちふりながらではないと分からないということは、結構介護現場にとって分かりにくくなっていて、なので、何がどう変わるのかとか、その根拠とかをもっと明確に示せるような連絡の仕方をお願いしたいと思っています。これが1つ目の話です。

2つ目は、北九州モデルが何でうまくいったかという、これは別にICTだけではなくて、やはり業務全体を見直し、それによって人員配置も変えていったからだ認識しています。

これは若竹様の事例でも多分同じことをおっしゃっていると思うので、やはり、業務無見直しということはすごく大事で、その部分が、厚労省様の今の打ち出しの中では不十分だと思っています。

8ページに、取組の推進として、業務改善に取り組む事業者に対するコンサル費用の一部補助とか、ベストプラクティスをセミナーを通して知らせるだとかという話が一番下の欄のところに出ていて、ここは、別に私どもがコンサルをやっているからそこにもっとお金を回せということを行っているわけではなくて、やり方は何でもいいので、とにかく業務をきっちり見える化して、どのようにこの業務を変えるか、それによって人員配置をどう変えるのか。それとともに、それによってより、やりたい、やるべき介護、もっと面白い介護に人を振り分けるといいうところは肝なのです。ですから、この肝のところをきちんと確保できるような仕組みをもっとつくっていただかないといけないと思っています。

3つ目は、それにも関連するのですけれども、これは大浦先生からお話があったのと重なるのですが、当然給与水準を上げていかなくてははいけませんし、ブラック職場はやめなくてははいけませんけれども、やはりどれだけ介護という仕事を面白くするのかということがポイントだと思うのです。ですから、今、介護保険制度はどちらかというと性悪説に立っていて、こんな悪いことをするんじゃないかとか、こんな問題が起こるんじゃないかということで、すごく、手を縛り、足を縛り、このとおりにやってくださいという感じになっていて、創意工夫の余地がないのです。やはり創意工夫がない仕事は面白くないのです。

なので、やはり考え方を変えて、これは、SOMPOケア様が御発表された話に近いの

かもしれないですけれども、どんどん新しいことにトライして、それが実行できるような仕組みというものをもっとつくっていかないと、誰もこの業界に寄りつかなくなる。これは個人もそうだし事業者もそうだと思いますので、そこも御検討いただければと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、厚労省さんに御回答をお願いいたします。

あと、ほかの、今日報告いただいたSOMPOケア、若竹大寿会、北九州市さんからも、もしコメントがあれば、手を挙げていただければこちらで対応いたします。お願いいたします。

では、厚労省さん、よろしく申し上げます。

○須藤課長 厚労省老健局高齢者支援課長を務めております須藤でございます。

今、大石先生のほうからお話ありましたように、まず、そもそも何が違って、何が変わっていないか分かりづらいという点、この辺については、確かに、もう少し分かりやすく、どういうものが対象になって、どういうところが緩和になったのかというのは、こういう改定の報告の際にも、しっかり分かりやすい資料にまずしていきたいというのが、これは基本でございますが、しっかり対応していきたいと思っております。

その上で、北九州市のモデルをベースにちょっとお話いただきました。夜間についての基準の人員配置の緩和につきましましては、今回の令和3年度の改定におきましては、いわゆる特養の従来型でございます。こちらは、ユニットではない従来型については緩和をさせていただいたところであるのですが、ユニット型についてはエビデンス等が足りなかったということもありまして、今回緩和することができませんでしたので、こちら、先生の御指摘が多々ありますように、スピード感を持って、しっかりと実証をやりながら、その上でしっかりとこの緩和のほうも検討してまいりたいと思っております。

まずはしっかりと実証を進めていく、これをスピード感を持ってやっていくことが重要ではないかと考えてございます。

また、これは関連する話でございますが、それぞれの業務をよく見える化しながら、しっかり分析することが必要ではないかと。これは特養ではございませんが、SOMPOケアさんの中でも、タイムスタディーのような形で、しっかりとそれぞれにどれぐらい時間がかかって、どういうものが時間を短縮できるか、こういった実証も非常に重要だと思っておりますので、冒頭、審議官のほうからも御紹介させていただきました、そういった検討の実証事業を我々もやっていきたいと思っておりますので、そうした実証の中で、各事業者さんの内容なども取り込みながら、一緒になってしっかりと実証を進めていきたいと考えてございます。

以上でございます。

○佐藤座長 大石専門委員、いかがですか。

○大石専門委員 2つあって、北九州モデルは相当きっちりタイムスタディーをやっている

ます、そういう御認識があるのでしょうかというのがまず1つ目で、あと、2つ目は、エビデンスがないとできないというのは、それは政策だからえいやーとはできないと思うのですけれども、何をもってエビデンスとするのか。

例えば、2ユニット型に対して1人ということ崩したければ、こういうエビデンスを出してくださいとか、これぐらいだったらできますよとかいうのが、もっと透明化しないと、いろいろなことやりました、こういう成果がありました、いやでもエビデンスがないとできません。では、そのエビデンスは、誰がいつどうやってつくってどう認定されるのかということが全くクリアではないのです。

なので、例えば北九州モデルだったら、これ以上何を具体的に求めているのかということをはっきりさせていただかないと、少なくとも私の納得性はあまりないと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

エビデンスといっても何をもってエビデンスとするのかという議論があります。いつ取るのかという議論もありますよね。

では、厚労省さん、この件はいかがですか。

○須藤課長 まず、北九州市さんに限らず、今日御発表いただいた事業者の皆様方の取組は非常に先進的な取組ということで、いろいろと分けて分析していただいたり、そこは非常に細かくやっていただいている点については、当方も認識してございます。

その上で、今、大石先生も言われたように、こちら、エビデンス、エビデンスと言うだけではなくて、確かにこういった先進的な取組の、皆さんの取組を参考にさせていただきながら、どういったところをもっとエビデンスを取って、全般的に実証を進めて、3対1の緩和も含めてどう検討につなげていけるのか、どういうところをもっと取らなくてはいけないのかというのをよく整理して、ほかの事業者の方々でもできるような形、そういったところにつなげられるような実証を進めていきたいと考えております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、佐々木専門委員、お手が挙がっているので、よろしくお願いします。

○佐々木専門委員 ありがとうございます。

SOMPOケアさんのデジタルテクノロジーをケアの現場に入れていくという部分については、厚労省の方は、介護の効率化、人員配置を変えることで、介護の質が下がるとか職員の負担が上がるということを懸念されていると思いますが、実際、私も幾つかの施設でこういったデジタルテクノロジーを使っている施設に関わっていますけれども、むしろ現場の負担が軽減され、介護の質が上がるのではないかと考えています。

特に予測ができるというのはあるのです。例えば、呼吸数のデータがちょっと出されていきましたけれども、この人にとってのスタンダードからどれぐらい離れたらこの人は何が起こるのかといったようなことが予測ができたり、あとは、入眠導入剤が投薬されているけれども、夜間はちゃんと眠れているのかとか、この人の認知症に伴うBPSDの原因は何なのかみたいなのが可視化できるのです。これまではプロの介護職でなければアセスメ

ントできなかつたところがちゃんと可視化できるというところは、これはケアがきちんとサイエンスに基づいて提供されるものになっていくのではないかと。

ケアの現場は、私、15年前に訪問診療を始めたころに比べて、現場のケアのスキルそのものはかなり上がってきていると思います。また、どの施設に行っても、おおむね再現性の高いケアというか、標準的なケアと同じぐらいのレベルで提供されるようになってきているので、もろもろの基準がつくられたころと今とでは、ケア専門職のスキルそのものもアップしてきているというところはあるのだと思うのです。

一方で、ユニットの考え方はなかなか難しく、多床室か個室かという話ではなくて、ユニットケアというのは、家族ケアというか個別ケアなのです。ユニットで暮らす人たち同士がお互い家族のような関係性の中で、コミュニティーを形成できるサイズというのがそもそもユニットケアのスタート地点だと私は理解しています。スウェーデンから来たときは、多分8人とか9人とか、認知症グループホームはだから9人ということになっているのですけれども、特養に関しては10人、東京都は特例で12人。

では、ユニットは小さければ小さいほど個別ケアがちゃんとできているのかというと、やはりここもそうではなくて、12人のユニットでもすごく穏やかにみんな暮らしているところもあれば、8人に満たないような小さなユニットでも、なかなかケアがうまくいっていないところはうまくいっていない。そこがなぜうまくいかないのかをきちんと可視化した上で関わっていくというところがすごく重要です。

そういった意味では、デジタルテクノロジーとユニットの見方、考え方、そういったものを踏まえて、できないからやらないではなくて、やりながら、どうやったらできるかと調整をしていくというところがすごく重要なのではないかなと思っています。

ユニットを例えば15人にしても、私はケアは十分にできると思いますし、そういった意味で、何となくあの人はできる人とか、介護は0JTでしか教えられない部分があって、これも生産性を下げる一つの要因になっているのだと思いますけれども、こういったテクノロジーを使うことで、もうちょっと合理的な技術職、専門職になっていくことができるのではないかなと思っています。

○佐藤座長 ありがとうございます。

お時間の関係もありますので、質問は杉本委員までとさせていただきます。

では、今、佐々木専門委員からのコメントについて、厚労省さん、御回答をお願いいたします。

○堀内審議官 佐々木先生、ありがとうございます。

私、先ほど少しはしょってしまいましたが、ユニット型の考え方は、資料の4ページの左側の下、黒ポツの4つ目、昼間は1ユニットごとに常時1人以上の介護職員または看護職員ということで、佐々木先生からおっしゃっていただいたように、家庭的な10人なりの1単位で、アットホームな雰囲気ということで取り組んでいるところでございます。

そうしたことによる影響、これも繰り返しになりますけれども、現場でどのようになっ

ていることが重要かと思いますので、佐々木先生の御意見も今日はいただきましたし、また、いろいろお話を伺わせていただきながら考えていきたいと思っております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、お待たせしました、小林副大臣、よろしくお願いいたします。

○小林副大臣 ありがとうございます。大変すばらしい発表をいただいたと思っています。

私も、この分野は数年前から関心を持っていて、技術を導入することに対して補助金を出すよりも、テクノロジーを導入することでインセンティブが生まれるという設計のほうで、全体としてイノベーションの導入が進むのではないかと考えています。今回も、こういうテクノロジーを導入することで、この配置基準、対応の配置を変えられるとなると、じつはものすごく現場は進むのだろうと思います。

厚労省さんの先ほどの答えを聞くと、どういう理屈づけでオーケーにしていくかということこれから整理しなくてはいけないということなのだと思います。したがって、今日登場いただいた現場の皆さんも、みんなで安全にできるようにということでいろいろご検討いただきましたので、一緒にどういう項目をクリアすれば、この配置基準にできるのかということ、現場の皆さんで構築するような取組をぜひ早めに始めていただけたらなと思います。

それを落とし込んで実証をやるのか、もう既にここで実証がやられているわけですから、もう今や実証はほぼ必要ないと思っていますので、ぜひ早めに結論を出していただきたいと思っているのですが、どういう項目であれば可能なのかという整理及びこの緩和に向けた取組について、いつ頃までに結論を出せそうかというスケジュール感を共有いただけたらなと思いますので、よろしくお願いいたします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、厚労省さん、御回答をお願いいたします。

○堀内審議官 先ほど少し触れましたけれども、介護報酬改定の中で通常議論をしているテーマでございます。介護報酬は3年に1回ということでやっておりますので、そういう面では、それに向けて最終的な結論は出ていくところでございますけれども、その議論が本格化したときに、各種データがそろっていないということではいけませんので、また、今回もお話を伺いましたし、また、今日のワーキングでもいろいろ御説明がありましたし、いろいろなデータ、我々も性悪説というよりは、いろいろなデータを集めるのだけれども、それが目的意識に合ったデータ収集になっているのかというのは非常に大きな課題だと私も思っております。

また、今日も委員の方からもお話がありましたので、どのように前向きに進めていくためには、こういうようなデータがあればいいのだということ、きちんと早急に整理をして、調査を行っておりますけれども、それもただ単に調査するのではなくて、目的意識を持って、必要にして十分なデータが収集できる、質にしても量にしても十分なデータが収



集できる方法を、今日の皆さん、SOMPOケアさん、若竹さん、北九州市なども含めて、先進的な取組をやっているところと協力していただきながら考えていきたいと思っています。

○小林副大臣 ありがとうございます。

これは委員の皆さんとも共有したいし、厚労省の皆さんとも協力をしたいと思っているのですが、介護報酬改定の際に、テクノロジーを入れたら人員配置基準が緩くなります。それによって、報酬は今までどおりちゃんと総額が出るということにしないと、結局、1人当たりのお給料というのは増えないというのでは困るのです。だから、この報酬合計は変わらないのだということを、やはりみんなで守っていかないと、テクノロジーを導入して効率化したら人件費が下げられましたみたいなことになってはいかんと思っていますので、ここは皆さんで団結して、そこを守ることで規制緩和を進めていくということが重要かなと思っています。厚労省の皆さんも応援していますので、ぜひ頑張りましょう。

○佐藤座長 ありがとうございます。

ただ、先ほどからスピード感を持ってという議論がありますので、もちろん3年後の介護報酬を目指すのは結構なのですが、できるだけいろいろな見直しは、前倒しやっていただけのものは前倒しでお願いできればと思います。かなり喫緊の課題でもあります。人手不足は目の前の課題ですから、喫緊の課題ではありますので、スピード感を持って対応をお願いできればと思います。

では、お待たせしました、杉本委員、よろしくお祈いします。

○杉本委員 ありがとうございます。

私からは、最初の北九州市さんからの報告資料にもありましたけれども、あと大浦先生もおっしゃっていましたが、自治体ごとに存在しているローカルルールの整備という問題点が挙げられていたかと思います。この点について、厚労省さんの資料には、私が聞き逃していたら申し訳ないのですけれども、特に回答がなかったように思われますので、この問題点に関して何か取組が行われているのか、あるいは実態調査などを各自治体で行われているのか、何か取組がありましたら聞かせていただければと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

こちらはいかがでしょうか。私も介護保険部会の委員で、そのときはやはりローカルルールは大きな課題だったので、その後、何か進捗はあったのでしょうか。よろしくお祈いします。

○堀内審議官 御質問、ありがとうございました。

今日の資料には入っていませんでしたので、口頭で御説明させていただきます。

座長からお話がありましたローカルルールということで、我々も取り組んでおりまして、具体的に今取り組んでいたものにつきまして、例えば、地方の自治体によって文書の記載事項が異なるというようなものがございます。例えば、運営規程における人員の基準を「5

人」と実数で記載することとしている自治体もあれば、「5人以上」と記載することも認めている自治体もありまして、そうすると、6人になったときに、「5人以上」としている自治体は運営規程を変えなくていいのだけれども、「5人」としているところは変えなければいけないとか、いろいろあります。そういう文書の記載事項、そうしたローカルルールを廃止する取組はしてございます。

あと、個別具体というよりは、今、政府全体として取り組んでいる自治体の業務の効率化、標準化、あとシステムの標準化というのがございます。これにつきまして、介護の分野も、第1グループということで位置付けられてございまして、これにつきまして、自治体業務の標準化、そして、また、システムの導入化そうしたものを進めているところでございます。

○佐藤座長 よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

○武井座長代理 すいません、一瞬だけ。

○佐藤座長 では、一瞬だけ。

○武井座長代理 すいません。これを行うのが3年後というのはあり得ないように思います。来年春から議論して進めていくべきレベルの話だと思えます。診療報酬、介護報酬とかに関わりなくこれは直ちにやるべき事項、来年春から実際に話が前に進むとすべき話だと思えます。「これまでの慣例に従って3年待つ」ということはやめていただきたいと思えます。

以上です。

○佐藤座長 我々と方向感は合っていると思えますので、後はスピードだと思えますのでよろしくお願いいたします。

やはり盛り上がりましたので、第一部で結構時間を使いましたが、まだ第二部があったのです。第二部というのは、特養の医療アクセスについてということになります。

まずは、参考資料1に佐々木専門委員から御意見をいただいておりますので、佐々木専門委員、では、御説明のほうをよろしくお願いいたします。

○佐々木専門委員 ありがとうございます。

では、資料を共有させていただきます。

私自身、特養で嘱託医として、配置医師として仕事をしていますけれども、先ほど要点についてはまとめられていましたが、日本は世界的に見て病院死率が非常に高いと。その高い病院死率によって病床の機能が十分に発揮できない、あるいは患者さんの人生の最終段階のQOLが低下しているということは間違いなくあると思えます。また、実際、高齢化の進行に伴って死亡者数は著しく増えていますが、病院外での看取りが追いついていません。

世界的に見たときに、人生の最後をどこで過ごしているかで、見てみますと、日本は7割強の方が病院で最後亡くなっていますが、先進国の中でこういう国はほかにあまりないのです。

多くの国は、では、自宅で死んでいるのかということ、実はそうではなくて、高齢者施設の看取りが実は重要なのだということがお分かりいただけると思います。

なので、病院死率を減らすためには、施設の看取りを増やす必要がある。しかも、この在宅死というのは、死亡場所統計で、実はこのうちの半分ぐらいが警察による検案死だという自治体もどうもあるようで、自宅での看取りというのはまだまだ進んでいないと。

日本は高齢化に伴って亡くなる人の数が増えていっています。病院死はこれ以上増やせないという前提に立つと、自宅や老人ホームでの死亡を増やしていかなければいけないのですが、現状、死亡者の伸びに追いついていない。この部分が多分孤独死みたいな方たちで統計に出てきてはいないのですが、実際には在宅死というカウントですが異常死になっている。

これは入居費用と要介護度で見たときの施設類型です。

在宅医療を受けている方はお金かからないです。入居費はかからない。要介護度は様々です。「非特定施設」「特定施設」とこんな感じになりますけれども、特養というのは安く入れる、だけれども要介護度3以上みたいな感じで、比較的重たい方が多いのです。よくいらっしゃるのは、有料老人ホームで療養していて、要介護度が重くなって施設で診れなくなったので特養に引っ越した。そうしたら、特定施設にいたときは訪問診療が入っていたのに、特養に入ったら訪問診療が来てくれなくなったみたいなことがよく起こると。

特養で、看取りが前提であるということでは受入れができないといったようなことを言っている特養があるのです。特養は終の棲家のはずなのに、こんなことを言っている特養があるのです。何でこんなことになるのですかとすると、夜間は介護職員がいないからとか家族の問題だとかということもあるのですけれども、看取りをサポートしてくれるお医者さんがいないというのは、10%ぐらい要因として上がっています。これは看取りに関して。

配置医師緊急時対応加算というのがあるのです。何かあったときに配置医師が駆けつけて、施設の中で治療したりとか看取りをしたりする。ただ、この加算を取っていない施設が現状8割ぐらいあって、何でこんなことになっているのかと見てみますと、実際、配置医師がこれに対応できないからみたいなのところが大きいのです。あるいは配置医師との契約の中に時間外の対応を含められていないのだというのがあります。

何でこんなことになるかということ、配置医師というのは保健室の先生と一緒に、基本的には施設のほうからお給料をもらって、特定の時間そこにおいて、健康管理を担うという業務だけなのですね。従って給料はかなり安いというか、私たちの法人の場合ですと、1つの施設から1か月20~30万ぐらいのコストで100人ぐらいの入居者の健康管理を担うのですが、これは非常に大変であるということです。実際には全て、緊急時に救急車で運んでしまうみたいな施設も、まだまだ3割ぐらい存在しているというのが現状で、これは訪問診療が入れば解決する問題です。

実際、私たち、私が嘱託医として足立区のある特養に訪問診療に準じた診療サービスを

提供しました。毎週1回訪問して、全員を月に1回は診察する。何かあったら24時間対応するということをした結果なり、何が起こったかという、介入前は、年間延べ日数が1,700日を超えていたのが、介入後、これが98日に減る。看取りはほとんどできていなかったのが、ほとんど施設の中で最後まで過ごせるようになった。

サマライズすると、年間で1,600日入院が減る、看取り率が92%に上がるということで、これをいやらしい話ですけれども入院コストに置き換えますと、1,600日の入院というのは、高齢者の場合ですと大体5000万円ぐらいの入院コストになると。訪問診療が入ったら、1か月当たり、これは集団診療になるので、月1回診療だと月1万ぐらいで済むのです。そうなってくると、非常に安価です。

診療報酬というか在宅医療が入ることによって、入院医療費、医療費の削減効果は、入所者1人当たり1か月5.7万円ぐらいになります。訪問診療でかかるコストはこのうちの5分の1に満たないわけですから、これは訪問診療を入れたほうが合理的ではないかと私は思っています。

以上です。

○佐藤座長 非常に多岐にわたる御報告、ありがとうございます。

まさに具体的な数字があって、これがエビデンスだと思うのですけれども、厚労省さんのほうでもこういう比較検証はされているのですか。緊急対応ができないボトルネックは何かということについて。

いかがでしょうか。今の佐々木委員の報告を踏まえて、リプライがあればよろしく願います。

厚労省、よろしく願います。

○石毛課長補佐 厚生労働省です。

先ほども審議官のほうから説明があったと思いますが、資料のほうに看取りの実態調査ということで、参考資料の17ページ以降のところにつけています。特養における医療ニーズの対応実態ということで、これは佐々木先生も委員に入っていただき調査している項目でございますけれども、こういったところで実態の調査は行っておりますが、先ほど先生が申し上げたようなコストの検証だったりというところは、現状は厚労省のほうではデータを持ち合わせていません。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、質疑のほうを始めたいと思います。おおむね15分から20分程度を目安にさせてください。

では、大石専門委員、よろしく願います。

○大石専門委員 特養の方々が、実質的に医療難民になるような仕組みになっているということについては、私どもも、うちも訪問診療をやっているので問題意識を持っています。

あと、私どものところも、特養に頼まれて実質訪問診療に近い形で、それは追加料金を

いただいて運営させていただいて、同じような効果が出ています。数字のデータもありますので、そこら辺は、必要でしたら佐々木先生と同じような感じに出すことはできませんので、ぜひ検討してください。

あと、それに付随して、多分厚労省の今の考え方は、要は訪問診療をかけたときに、本当に月1で済むかどうか、月2要るのではないかと、そんなのがありますけれど、どちらにしても、ここでコストがプラスオンになってしまうから、その財源をどうするかということを、トータルで、今、佐々木先生がおっしゃったみたいに病院の分が減るので、そこから原資を出すとか、あと、正直言って特養は、配置医を配置するためにお金が余分にかかっている、余分にもらっているのです。なので、例えば、病院に入院しているのにかかるお金を、全部在宅で診ると、1人の分で3人診られる。特養だと3人は診られないのです。ごめんなさい、3対2だから、1.3ぐらいしか診られないとか、そういう状況があって、要は特養は結構余分にお金をもらっているのです、そのところを減らして原資にして、その代わり訪問診療を入れるとか。要は、もっとダイナミックにお金の原資を組みかえることも含めて考えていただければありがたいと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

これは介護報酬、診療報酬に係る話だと思います。この辺り、厚労省さんはいかがですか。

○堀内審議官 今、大石先生からお話がありました、まさに配置医師の在り方、業務の在り方という点も絡んできますし、また、冒頭お話がありました大橋委員や大浦先生からも、介護報酬と診療報酬の問題点の御指摘もありましたので、保険局ともよく相談しながら検討していきたいと思っています。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、落合専門委員、よろしくお願いいします。

○落合専門委員 御説明、ありがとうございます。

この介護施設における訪問診療だけを切り取ると、訪問ができるのか、できないのはなぜかという話だとは思いますが、先ほどの1つ目の論点と同様に、リソースが限られてくるところがあります。一方で、ICTを使うというのも一つの手段だと思いますし、どういうパズルの組合せをしたらよいかは、ICTを使うことも含めて、どういう形でパズルを解いていくと一番よい形になるのかをさかのぼってしっかりと考えていきたいと思いますという話だと思っております。

ですので、制度ありきというよりは、どちらかという、こういう形でという目標を設定して持っていただくことが重要と思っております。それを達成するために、どういう手法やエビデンスが必要なのかを整理することだと思います。ICTもそうですし、訪問診療を推進していくに当たっても、このぐらい認めていけば、こういう効果が上がるということを検討することが必要です。また、実際に制度を変えるときだけではなく、運用すると

きにもデータをとっていくことにつながると思っています。

そういった中で、医師についても単純に常駐していただくだけではなくても、訪問も組み合わせてということだと思います。基本的に個別化された論点というよりかは、全体として介護であったり老人ホームであったり、どういう計画を立て実行したいかをしっかりと立てていただいて、生産性だったり質というものを定義した上で、それぞれ目標が達成できるような方法に次第にリソースを配分していくことが必要だと思います。そういう政策形成をしていただければと考えますが、どのようにお考えになられているか伺えればと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

厚労省さん、いかがでしょうか。

○石毛課長補佐 ありがとうございます。

まさに、特別養護老人ホーム等における医療ニーズという話でも様々ありますけれども、1つ大きな目標としているのは、多分看取りにどう対応していくのかというところでございます。これについては、これまでも看取りの介護加算の見直しであったりというところをやっていますけれども、これからさらにその後ということで、どういうロードマップを描いていくのかというところは、今の委員の御指摘を踏まえて検討してまいりますし、また、先ほどからあるように、これは介護報酬の話と診療報酬の話がありますので、厚労省内で言うと老健局、医政局と、診療報酬を所管する保険局と一体なってやっていかなくてはならないと認識しています。

○佐藤座長 ありがとうございます。

落合専門委員、いかがですか。

○落合専門委員 ありがとうございます。

おっしゃっていただいたとおり、看取りのところも重要だと思うのですが、先ほど佐々木先生がおっしゃられた中では、QOLだったり、入院をしないでどういう形で日常の生活のQOLを担保できるかというこういう視点も御指摘があったと思います。そういった観点も入れていただいて評価していくということで、この問題も前向きに議論が進められるのではないかと考えておりますので、ぜひそういった観点も今後御検討いただければと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今、3人からお手が挙がっていますが、佐々木専門委員、大石専門委員、印南専門委員、ここまででこの第二部は終わりとさせていただきます。

では、順番に佐々木専門委員、よろしくお願いします。

○佐々木専門委員 落合先生、ありがとうございます。

看取りというのは一つの重要なアウトカムの指標になると思うのですが、厚労省さんが看取りの加算を厚くしてくださっているというのはすごく重要なことだと思うので

すが、ただ、加算が厚くなれば看取りができるかという、そんな簡単なものではないのです。看取りというのは、その場所で最後まで生活が継続できた結果、そこで旅立っていくというのが看取りなので、加算がついたから無理やりそこで死なせませうということではないのです。

したがって、弱って医療依存度が高くなっていく方もあります。原疾患が悪化する。例えば、私、今年、新しい老健局の調査実証事業に参加していますけれども、途中で医療機関に行かなくてはいけない、入所していたのだけれども、退去をして途中で医療機関に行かなくてはいけない人たちというのは、基本的にはがんと肺炎と心疾患、脳血管障害なのです。こういう病気というのは、では、超高齢者の場合、治るのかというと治らないのだけれども、施設でケアが継続できるかという、できないから、やはりそこで病院に行ってしまうのです。

こういった人たちが、施設で最期まで過ごすために何ができるか、何が必要かという、例えば吸引ができたとか経管栄養ができた、時に点滴の管理ができたということが必要になる。これはこれまで議論してきた介護施設の看護職員がどこまでやるかとか、看護から介護にどうタスクシフトしていくかという議論とまさにリンクをしていて、ここをちゃんとやらないと。看取り加算をつけたから看取りができますよということでは全くないのだということです。なので、医療ニーズにどうやって施設で対応できるかというところもきちんと組み合わせてやっていただく必要があるかなと思いますし、医療に関しては、これも介護と一緒に、全部プロセス評価で、アウトカムが全く設定されていないからおっしゃるとおりだと思いますし、ここの部分について何らかの目安が示されるというのは、それはそれで有意義だなと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

お時間の関係もありますので、大石専門委員まで一回質問を受け付けて、まとめて御回答をいただきます。

では、大石さん、お願いします。

○大石専門委員 質問ではなくてコメントで、すごく短くやります。

看取りに関しては、私どものほうで、全国各地で死亡診断書の分析をやっていて、その中で、特養と有料老人ホームとの間で、そこでの看取りに如実に差が出ているというデータを持っています。

何を言いたいかという、そういうのも抛出しているのですが、先ほどのエビデンスの話と一緒に、今からいろいろなものを集めて考えるのではなくて、もう既にいろいろなものがあるので、その中でスピーディーに判断していくということが必要なのではないかなと思いますし、広くそういうのを呼びかけて、データを集めて、きちんとPDCAを回すようにしたほうがいいと思います。

余談ですが、オンライン診療に関してちゃんと検証ができていないのが、今いろいろなことの議論を呼んでいると思うので、やはりそういう、きちんとデータを日頃から

ちゃんとした形で取って、そこでPDCAを回すということの一つの方式として厚労省さん、全般的にお考えいただけるとありがたいと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

日頃からエビデンスを集めるという仕組みがやはり必要ですね。

では、佐々木専門委員からコメントも含めて、厚労省さん、まとめてお願いいたします。

○堀内審議官 佐々木委員、大石委員、ありがとうございます。

PDCAを回す、まさに重要とっておきまして、第一部のほうでも申し上げましたが、まさに科学的介護ということで、こうした施設類型にこだわらず、全事業所から各種データを出していただいて、きちんとフィードバックすると。それによって、看取りに限らずQOLを向上させる取組をいただくことが重要かと思ってございます。

また、いろいろなデータが大石先生のところにあるということで、ぜひいろいろいただきたい、我々のほうからもお願いしたいと思っております。

また、佐々木先生から看護師の話もございました。まさに配置医師の問題と併せて、これにつきましても、いろいろな要望として、喀痰吸引などの行われる専門研修を受けている介護職員が少ないという話もございますので、こうしたところの底上げも急いで取り組んでいきたいと思ってございます。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、お待たせしました。印南専門委員、よろしくをお願いいたします。

○印南専門委員 訪問診療とか、そういう診療報酬絡みの側面と、これはもう一つ、嘱託医の在り方のほうから見ることはできないのでしょうかというのを、特別養護老人ホームは非常に長い歴史を持っていて、昔は非常にラッキーな、元気な人が入っていたというのがあるのです。それが、要介護度が3以上の人が中心になって。そうすると、やはり死ぬ直前に結構レベルの高い医療が必要になると。そういう現状変化に対して、嘱託医の在り方を全く見直していないのではないのでしょうかというのが私の意見です。

これは偏見かもしれないですけども、私が知っている嘱託医というのは、みんな現役を退いた方とか、そもそも臨床をしてなくて解剖だけやっていた医師とか、病理医とか、ばりばりの臨床医が実際に嘱託医になっているというのは、私個人はあまり知らないです。

ですから、もう入居者の性質も変わったので、嘱託医制度そのものをよく見直して、きちんと、嘱託医でできる部分は医療もやれるような仕組みにして、できない部分は訪問診療を積極的に活用するという仕組みに転換する必要があるのではないのでしょうかというコメントです。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、今のはコメントということでお願いします。

ありがとうございます。すみません。やはり時間がちょっと超過いたしましたけれども、では、議題1はここまでとさせていただきます。ありがとうございます。



私も、実は途中で厚労省さんの資料に御紹介がありましたけれども、経済・財政一体改革推進委員会の委員だったのですが、あそこでもよく出てきた優良事例の横展開というものがあまして、今回北九州市さんの事例も含めて、優良事例だと思いますので、もっと積極的に横展開があっただいかなというのと、あと70万人の不足というのをどう埋めるかを考えるよりは、ICTや規制の見直しで、どうやってこの70万人を減らせるかということ考えたほうがよろしいのではないかと思います。

ありがとうございました。では、議題1はここまでとさせていただければと思います。

(議題2については非公表)

あと、残りそんなに時間はかからないと思いますけれども、規制改革ホットラインの処理方針について、事務局のほうから簡潔に説明をお願いいたします。

○事務局 資料3であります。

資料3に記載されております案件ですけれども、本年8月から11月までの間に、厚労省から回答があった規制改革ホットラインの案件です。その取扱いについて御説明いたします。

ここに挙げております案件について、本ワーキングで今後取り上げる可能性があるものということであります。

1つ目の国内医院・カルテの共通システムについては◎とさせていただいて、今後のワーキングで取り上げたいと思っております。

2つ目の薬局の24時間調剤については、事務局で事実関係を確認した上で、再検討するか否かを判断していきたいと考えております。

事務局から以上です。

○佐藤座長 ありがとうございました。

ほか、この件は大丈夫でしょうか。

それでは、議題3、ホットラインの処理方針についてはここまでとさせていただきます。

それでは、本日予定していた議事は以上となりますが、よろしければ、牧島大臣から一言お願いできればと思います。よろしくをお願いいたします。

○牧島大臣 ありがとうございます。

まず、前半の介護サービスのところですが、介護人材が不足しているという喫緊の課題に対して、もうどうすればいいのかという、かなりスピード感が必要な分野だろうと私たちは思っています。また、特養での医療アクセス向上についても具体的に前に進めていただきたいということをお願いします。

(非公表の議題2に関するコメント削除)

ありがとうございます。

○佐藤座長 牧島大臣、ありがとうございました。

それでは、本日はこれで会議のほうを終了とさせていただきます。10分超過ですね。すみません。

では、委員・専門委員の方々におきまして、事前に御連絡申し上げたとおり、御都合のつく方に限って、この後打合せしたいと思います。最大15分程度と思いますので、このままお残りください。

では、会議のほうはこれで以上です。お疲れさまでした。ありがとうございました。