

第8回 健康・医療・介護ワーキング・グループ 議事録

1. 日時：令和6年3月14日（木）12:30～14:40

2. 場所：オンライン会議

3. 出席者：

（委員）佐藤座長、津川座長代理、杉本委員、間下委員

（専門委員）大石専門委員、佐々木専門委員、伊藤専門委員、高山専門委員、
時田専門委員、戸田専門委員

（事務局）内閣府規制改革推進室 林室長、渡辺次長、宮本参事官

（説明者）さいたま市福祉局長寿応援部介護保険課

富澤課長補佐

一般社団法人全国がん患者団体連合会

桜井理事

一般社団法人日本ケアテック協会

森常務理事

公益社団法人全国老人保健施設協会

東会長

厚生労働省

斎須大臣官房審議官（老健、障害保健福祉担当）

古元老健局老人保健課長

4. 議題：

（開会）

要介護認定の迅速化・正確性確保について

（閉会）

5. 議事録：

○事務局 定刻になりました。ただいまより、規制改革推進会議第8回「健康・医療・介護ワーキング・グループ」を開催いたします。

皆様におかれましては、御多忙の中、御出席いただき誠にありがとうございます。

本日は、ウェブ会議ツールを用いたオンラインで開催しております。

なお、会議中は雑音が入らないよう、ミュートにさせていただくようお願いいたします。

御発言の際は挙手ボタンを押していただき、座長より指名後、ミュートを解除して御発言いただき、御発言後、再度ミュートにさせていただくよう御協力をお願いいたします。

本日は、「要介護認定の迅速化・正確性確保について」、御議論いただきたいと思います。

本日は、戸田専門委員に御出席いただいております。また、岡元専門委員からは御欠席の連絡をいただいております。

それでは、河野大臣よりビデオメッセージをいただいておりますので、ただいまより再生させていただきます。

○河野大臣 お疲れさまです。お忙しい中、ワーキング・グループに御参加をいただいております。ありがとうございます。

本日は、要介護認定の迅速化と正確性の確保について御議論をお願いいたします。最近、公的な介護サービスを受けるために必要な要介護認定に要する期間が平均で30日を超える、長い場合には3か月以上と長期化しております。適切な介護サービスをすぐに利用できないことは、申請者御本人や御家族にとって大きな問題になっております。特に末期がんの患者の中には、そのほとんどが介護認定を受けていच्छやるという状況にもかかわらず、認定を待たずに亡くなられてしまう方が少なからずいच्छやると聞いております。

また、認定に要する期間以外の問題として、認定のための自治体、申請者、御家族、ケアマネージャーそれぞれの負担が非常に大きいという御指摘もあります。

今日はこういった現場の思いや御苦勞を受け止めて、AIやデジタル技術を活用することを含め、要介護認定プロセス自体の合理化・高度化を御議論いただきます。どうぞよろしくをお願いいたします。

○事務局 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。

○佐藤座長 本日もよろしくをお願いいたします。

それでは、議事に入らせていただきます。出席者を御紹介いたします。さいたま市福祉局長寿応援部介護保険課、富澤文雄課長補佐、一般社団法人全国がん患者団体連合会、桜井なおみ理事、一般社団法人日本ケアテック協会、森剛士常務理事、公益社団法人全国老人保健施設協会、東憲太郎会長、厚労省から齋須朋之大臣官房審議官ほか老健局の皆様方に御出席いただいております。

それでは、最初に厚労省様から御説明を10分以内によろしくをお願いいたします。

○厚生労働省（齋須審議官） 厚生労働省の齋須でございます。よろしくをお願いいたします。

本日は「要介護認定の迅速化・正確性確保」ということでございまして、私どもの取組を御説明させていただければと存じます。

1 ページおめくりいただきまして、資料は3部構成にしておりますが、まず何より迅速性という意味で言いますと、御利用者の方が必要になった後、サービスが提供されるまでの全体のプロセスをなるべく速くやるということが重要だろうと考えております。認定審査というのはその中の一部のプロセスということでございまして、1番目はサービス利用開始までのプロセスについて、それから2番目は、これまでの要介護認定に関する私どもの取組を御説明させていただいて、3番目に今後に向けてどういった取組をしていच्छやしているのかということをお説明させていただければと思っております。

1 ページおめくりいただいて4 ページ目でございますが、こちらは御利用者の方が介護が必要になって市町村の窓口、あるいは地域包括支援センターに御相談いただいてからサービスが供給されるまでの流れを書いております。この全体のプロセスで必要な方に必要なサービスをなるべく速くお届けするということが重要だと考えておまして、この赤く囲んでおりますところについて、これまで様々な取組をしているということでございます。

まず、地域包括支援センターのところは5 ページ目でございますが、これは自治体において全国に5,000か所余りに置いているものでございますが、社会福祉士・保健師、それから主任ケアマネージャー等の多職種が一つのセンターを構成することによって、様々な複合的ないろいろな御事情があると思っておりますので、それに対応できるようにということで設けられているものでございます。

6 ページを見ていただきますと、なかなか高齢者も増えておまして、地域包括支援センターの業務が過多になっているという声をよくお聞きします。右下の負担に感じるのはどういうところかというので出てきておりますのが、総合相談支援業務の負担が重い、それから指定介護予防支援と。介護予防に関するプランみたいなものは地域包括支援センターでつくるということになっておまして、この辺の負担が重いというお声を聞いております。

これに対しまして、7 ページ目を見ていただきますと、地域包括支援センターの業務はどうしても人手に頼っておりますが、ICTの導入を積極的に支援したいと考えておまして、予算を措置しているところでございます。

それから、8 ページ目を見ていただきますと、地域包括支援センター3 職種は、多職種でやってほしいということでお願いして、今、全国で大変重要な役割を担っていただいておりますが、日本の国内はどこでも人手不足ということは皆さん御承知のとおりでございますが、この3 職種について配置を柔軟化するといった措置を講じたところでございます。

それから、9 ページ目を見ていただきますと、ケアマネさんがモニタリングをしていただくことになっておりますが、それにオンラインも使っていただくとか、これは初めて見ていただきました4 ページのところでございますと、右のほうにある赤い箱のところではありますが、9 ページに戻しまして、プロセス全体を通じて私どももいろいろと取り組んでいるということでございます。

次に、要介護認定制度のこれまでの取組を御説明させていただきたいと存じます。この要介護認定制度と申しますのは、介護保険は公的保険制度でございまして、保険事故はここで言いますと介護が必要になる状態、要介護状態になるということでございますが、この保険事故を認定して、それに対して保険給付を行うという仕組みでございまして、これは大きな制度の設計で言いますと、自動車保険、あるいは生命保険といったものと同じなのですが、保険事故の認定というのは保険制度の適正な運営にとって極めて重要なものでございまして、この介護保険制度におきましては、そのための仕組みを整えて、しかも介

護保険の場合には2号被保険者という現役世代の財源も入っております。それから、国の財源も入っておりますので、保険者は市町村でありますけれども、その全国的な一定の横並びというものがありませんと、全国的な財源も入っておりますので、その公平というのも見なくてはいけないということで、このプロセスについて手続・基準を定めているということでございます。

この流れでございますが、12ページを見ていただきますと、まず申請が出てまいりましたら、認定調査員による実地の調査というのをさせていただきます。介護が必要になる方々も非常に状況は様々でございますので、ここはしっかり調査していただくということでございます。それから、医学的知見が非常に重要でございますので、主治医意見書というのが非常に大きな役割を持っているところでございます。この基本的な調査に基づきましてコンピューターで一次判定をして、その上で多職種が入っている介護認定審査会というもので二次判定をしていただいて、それに基づいてケアプランが作られていくといった流れになっております。

なお、「要介護認定」という下のページの枠の上に小さい字で米印で書いてございますが、認定についてはこの認定審査のプロセスを経なければいけないのですけれども、申請日にさかのぼって効力は生じますので、このプロセスはあるのですけれども、その前から暫定的にケアプランをつくってケアをしていただくことが可能な仕組みになっております。

次の13ページ目でございますが、一次判定のコンピューター判定モデルなのですけれども、74の調査項目がございます。それは身体能力、認知能力、それから必要な介助の方法でございますとか、あるいは障害等の有無について74項目でございます。これを入力いたしますと、それぞれ必要な介助に応じた時間というもの、介護は生活支援や身体介助といった人から人へのサービスでございますので、どうしても時間というもので切ることが合理的だろうということで、時間に換算した上で要支援1・2、要介護1から5までというふうに判定がなされるということになっております。

14ページで、この認定審査がなかなか大変な事務だということはよくお伺いしておりますので、どうやったら効率的・合理的にできるかということの技術的な助言でございますとか、あるいは好事例の横展開といった、私どもが要介護認定適正化事業と申しております事業にも継続して取り組んでいるところでございます。

それから、15ページはこれまでこの認定審査について私どもの取り組んできた経緯でございますが、まず平成12年に介護保険制度が発足した頃、この調査項目は82項目でございました。当初よりコンピューターで判定ができるように一次認定のソフトウェアというのを配布して実施されてきております。平成15年には認知症の対応をしたり、それから平成18年には要支援2というものができたり、それから平成21年は調査項目について82項目を74項目に削減するとともに、認知症についてさらに改善を行ったということでございます。

それから、16ページは平成30年度以降でございますけれども、非常に認定審査に時間がかかるとか、負担が大きいという御意見も踏まえながら、ただ、この認定というのは当初申し上げましたとおり保険事故を認定する非常に重要なプロセスでございますので、その公正さを失わないように、それから利用者様にとって的確なものとなるようにということとを両立させながらどういう対応ができるかということと取り組んできたものでございまして、まず平成30年に①、②ということで、更新の場合の有効期間の上限の延長でございますとか、認定審査会の簡素化というものを実施しております。それから、③でございますが、この認定調査の事務は指定市町村事務受託法人というものに委託することができるようになっておるわけでございますけれども、その場合に対応できる人の資格要件を介護支援専門員、ケアマネさんだけではなくて、こういった業務に関わった経験のおありの方が柔軟に対応できるような見直しを行っております。それから、令和3年からはさらに更新の場合の有効期間の上限の延長を行っているところでございます。

17ページでございますが、要介護認定の事務に要する期間の平均でございますけれども、40日前後ずっと推移しておりまして、ここはどうしたら短縮できるのか、私どもも悩んでいるところでございます。

18ページを見ていただきますと、申請件数の推移でございますけれども、上のほうに「新型コロナウイルス感染症の発生」というのがございますが、コロナへの対応として特例を設けまして、令和2年度からは更新の件数が顕著に減っている状況が見えていただけていると思います。

それから、19ページでございますが、高齢化に伴いまして要介護の認定者数はずっと右肩上がりが増えてきているという状況でございます。

20ページは先ほど申し上げました平成30年以降の取組の一つであります。認定審査会の簡素化ということで、一定の要件を満たす要介護の状態が変わらないと、客観的なデータからそういった一定の推定ができるような形態の方について、認定審査会の審査を下側の絵の赤いラインで書いてあるような形で簡素化することを行ったわけでございます。

この根拠となりますのが21ページでございます。新規認定が行われてそれから更新ということで、一次判定、それから二次判定というところで96%の人が変わらないといったデータが出てきたものですから、それに応じてこの簡素化を行ったということでございます。

22ページはその実施状況でございますが、これは横帯で一番下の令和4年度下半期というところを見ていただきますと、この簡素化の対象は一番右の青字に白の点々と斜めのしましまのところでございますけれども、これだけある中で実際に簡素化をしているのは白の点々の入っているところにとどまっているということでございまして、さらにこういった実施ができる余地はあるのかなと見ております。

それから、23ページを見ていただきますと、これはこの簡素化の取組を積極的にやっているような自治体の例でございます。様々な取組をされておりますので、こういったも

のについても全国の介護保険の自治体の担当課長さんに集まっていただきますオンラインの会議みたいなもので御説明させていただいたりしておるといことでございます。

それから24ページからが、これまで地方分権をはじめとしていろいろな御提案もいただいております、その検討状況ということでございます。令和3年度の御提案では、認定の有効期間を延長してはどうかという御提案をいただいたわけでございます。これにつきまして、実態を調査いたしましたのが25ページでございますけれども、新規申請の場合、12か月後になりますと、要介護度でかなり利用者さんの状態に大きな変化が見られる傾向があるということでございます。区分変更申請の場合にも、12か月ぐらい経ちますとこういった状態の変化が見られるということでございまして、その後もいろいろ要介護度に応じたデータを載せております。

ずっと行きまして30ページはもう一つの御提案でございますが、審査会から包括的同意を得ることで審査会への通知を省略できるようにという御提案をいただきました。私どもの社会保障審議会の実務、あるいは学識をお持ちの先生方に集まっていたいでいる介護保険部会というところで検討した結果が31ページでございますけれども、一番上の丸が有効期間の上限拡大の問題でございますけれども、これは当然ながら事務負担は軽減するということが見込まれる一方で、これは介護保険制度の根幹でございまして、それから12か月の経過後にはかなり状態の変化が見られるということで、2つ目の丸でございまして、更新申請については引き続き検証をするということでございます。それから3番目の丸は、認定審査会を簡素化して通知を省略するということについては認定の公平性・医学的妥当性を確保することが困難ではないかという御意見で、慎重に考える必要があるといった御意見を頂戴いたしました。下の2つの丸ですけれども、他方で効率化の推進は重要であって、ITやAIといったことの検討を進めていくべきであるといった御意見を頂戴しました。

そして、32ページでございますが、コロナもございまして、今日もオンラインでやっておりますが、この認定審査会の開催でIT技術を活用していただくことを称揚したわけでございますけれども、その後もこういったテクノロジーを使って効率的にやっていただきたいということを全国の保険者に呼びかけているところでございます。

その状況が33ページでございますが、特になかなか取組をしていないというのが①、②、③、④の3段目にございますが、かなりございまして、まだこういったITの活用というのが浸透していないのかなという印象を持っております。

34ページはなぜなかなかその利用が難しいかということでございますが、右下のグラフでございますけれども、導入コスト、あるいはなかなか慣れていないといった御意見があるのかなと承知しております。

それから、35ページは令和5年度の地方分権のほうの御提案でございますけれども、ケアマネさんに、居宅介護支援事業所に認定調査をお願いする場合がありますけれども、これは更新調査ということになっているのですが、新規でもこれを認めてほしいという御提案がございました。

これにつきましては実は経緯がございまして、36ページでございまして、これは平成14年の総務省からの勧告でございまして、下線部分でございまして、実態よりも要介護状態区分が高くなるような虚偽の記載が見られるといった事例が見られるという御指摘をいただいていたところでございます。

それで、37ページ、平成16年度のこれも介護保険部会の御意見でございましてけれども、やはり委託する場合には公平・公正の観点というものをしっかりと踏まえる必要があるという御指摘。

それから38ページでございましてけれども、上のほうで見ていただきますと、国会でも実は介護サービス事業所で働く介護マネージャーによるサービス利用者の不適正な掘り起こし、あるいはその認定調査が甘く行われているという指摘があるとか、下のほうに行きまして、認定調査で担当の業者が自分の顧客の調査をさせるということが行われているのではないかみたいな御指摘も行われていたところでございまして、こういった懸念を払拭できるような仕組みなり、あるいは事実なりというものがあるかどうかというところはなかなか難しいところだと考えております。

39ページでございまして、私どもも先ほど申し上げましたいろいろな取組をしている中で、こういった指定事務受託法人で実際に調査できる方というのは、一番下の箱の中で赤でくくっておりますが、ケアマネさんだけではなくて市町村でこういった事務をやっていたOBの方でありますとか、あるいは介護の実務経験がある看護師さんや、そういった資格を持っている方といった方でもいいですよ。ただし、新規申請の場合には指定居宅介護支援事業者さんの介護支援専門員の方がやるということになりますと、今、申し上げましたような懸念がなかなか払拭できないのではないかとございまして、これへの対応については検討課題ということで、現在、検討しているところでございます。

最後に、今後のこととございましてけれども、41ページは去年の骨太方針でございまして、医療DXを推進すると。医療DXの中には介護保険も入っております、「全国医療情報プラットフォーム」をつくっていく。その中には介護も入っているということでございまして。

それから、その次のページでございまして、介護事業所、医療機関等で情報共有できるような基盤を整備するという方針が示されております。介護につきましては保険者が市町村ということでございまして、自治体のシステムの標準化やガバメントクラウドといった動きがございまして、そちらと併せて取り組んでまいりたいと考えてございまして、それがその次のページの全体の工程表でございまして、こちらは政府の医療DX推進本部で示しているものでありますけれども、赤い枠の中が介護を含むものでございまして、来年度から先行実証を行いながら、一部の自治体さんはなかなか令和7年度中の標準化、ガバメントクラウドへの移行が難しいという発表も行われておりますけれども、いけるところの自治体さんには間に合うように令和8年度から取り組んでいきたいということでございまして。

44ページが全体のイメージ図でございまして、全体の医療情報プラットフォームの中に介護情報基盤も入っております、この中で右の赤い枠の中の四角の中ですけれども、介

護情報としては利用者さんの資格の情報、それから要介護認定に関する情報、それからLIFEと言っておりますが、科学的介護を推進するために介護サービスの中で利用者さんの状態などをデータベースにしておりますもの、それからレセプト、それからケアマネさんがつくるケアプランといったものを統合したデータベースにしようということでございます。

45ページは、このために昨年、法改正をいたしまして、市町村が行っております地域支援事業の中にこの情報基盤の整備というものを位置づけるということを行っているわけでございます。

これを行いますと、次のページでございますが、利便性の向上、利便性の向上の中では要介護認定事務の迅速化、業務負担軽減というものも見込んでおります。それから多職種の連携も強化できますし、それから介護の質の向上にもつながると考えております。

それから、最後の47ページであります。AIの活用ということにつきましてもAMEDを通じた研究開発を行っております。二次判定の効率化、それから公平なものがないかということで、研究を行っている最中という状況でございます。

以上でございます。

○佐藤座長 御説明ありがとうございました。

続きまして、さいたま市様から御説明を5分以内でよろしく申し上げます。

○さいたま市役所（富澤課長補佐） さいたま市役所介護保険課の富澤と申します。本日はこのような機会をいただき、ありがとうございます。

プレゼンに先立ちまして、市長から意見書を預かっておりますので、まず御提出させていただきます。画面を共有しますので少々お待ちくださいませ。

本市の高齢者人口は、2040年、現在の約31万人から約41万人となる見込みです。要介護認定の結果通知までの日数については、介護認定審査会にウェブ会議を導入したり、簡素化を行ったりと迅速化に取り組んでおりますが、残念ながら40日を超えております。認定調査員や介護認定審査会委員など、要介護認定事務に必要な人員の確保も困難となっております。要介護認定に関する事務負担は非常に大きなものとなっております。こうした状況は、本市だけの特異な状況ではなく、多少の程度は異なるものの、大半の保険者も同様と認識しております。このため、保険者ごとの多少の業務改善で解決できるものではなく、要介護認定制度自体の抜本的な見直しが必要と考えております。そこで、本市から3つの提案をいたします。要介護認定の迅速化・正確性確保の実現に向け、検討いただくようお願いいたします。

引き続き、これから本市の状況について御説明さしあげたいと思います。私から、要介護認定の迅速化・正確性確保について御説明いたします。

まず、本市の状況について説明させていただきます。認定申請の件数は、高齢社会の進展に伴い、増加傾向にあります。一方、人口10万人当たりの医師の数が政令市最下位であるため、審査会委員を委嘱する際、特に医師について苦慮しており、容易に審査会委員を増やせないという状況があります。申請から処分までに要する日数についても、法定の30

日を大きく上回っております。

こちらは結果通知までの流れになります。本市においては、申請から認定調査票の読み込みまでに一番時間を要しており、解決すべき課題の一つとなっております。また、主治医意見書、認定調査票の郵送等に日数を要しておりますが、DXの活用により日数短縮が期待できます。

本市は大宮市、浦和市、与野市、岩槻市の旧4市が合併している関係から、介護認定審査会は旧市ごとで運営しております。一合議体当たりの人数となりますが、医師2名、学識経験者3名の5名、合議体数は計63となっております。

こちらは審査会の内訳となります。

申請件数の推移と業務プロセスごとの申請から処分までに要する日数となります。本市では、平成29年度、申請から処分まで58.76日、一次判定を行ってから審査会に諮るまで24.96日を要しておりました。簡素化の導入により日数は短縮されておりますが、結果通知までに40日以上の日数を要しております。

続きまして、本市の要介護認定に関する取組を御紹介いたします。平成29年度介護認定審査会運営検討会を発足し、日数短縮や審査件数増に対応するための議論を継続して行っております。平成30年度からは簡素化を導入し、日数短縮を図っております。令和2年度、審査会委員の成り手不足解消が主な目的となりますが、介護認定審査会をウェブで開催し、現在、拡大を図っております。令和5年度、認定業務を3つに分類し、ワーキング・グループを立ち上げ、業務改善を進めております。

ここからは本市の課題となります。こちらは本市の申請件数見込みとなります。令和9年度は本年度の約1.5倍の申請件数に対応しなければなりません。申請件数の増加の要因としましては、高齢者人口の増加もありますが、新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱いの終了も要因の一つとなっております。臨時的な取扱いとは、新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から、認定調査が困難な場合に従来の認定有効期間に新たに12か月までの範囲で市町村が定める期間を合算できるものとなっております。

令和6年度の審査件数の見込みとなります。関係団体との協議により、一回の審査会での審査・判定する件数は、通常審査30件、簡素化は10件、一合議体当たりの開催回数は年24回となっている関係上、現在の体制では審査見込み件数を処理し切れない状況となっております。

令和6年度以降の審査会必要回数と必要な人数となります。本市においては、医師だけでなくほかの審査会委員も成り手不足が問題となっており、審査会委員に欠員が生じた際に新しい委員を委嘱するまでに4か月以上かかっております。成り手不足が叫ばれている中、55人増員することは不可能と考えます。そのほかにも、申請件数の増加については一合議体当たりの審査会の開催回数を増やすことで対応する予定となっておりますが、将来的には対応し切れなくなることが予想されます。今後、増加する申請件数に対応するために認定調査員の募集を行っておりますが、応募がない状況となっております。認定調査の

委託についても、介護人材の不足から委託先が見つからないという状況となっております。

本市の認定調査票の確認体制となりますが、職員不足と申請件数増加により、将来的には処理し切れなくなることが予想されております。これは本市だけではなく、大半の保険者の課題であると認識しております。

そこで、本市は3つの提案をいたします。まずは認定調査票の内容をAIで学習させ、新しい認定ソフトを導入することにより一次判定の精度を上げ、審査会の負担を軽減します。また、ウェブ会議の積極的な導入支援により審査会委員の成り手不足の解消につなげるとともに、市町村で時間を要している認定調査票の確認のためのAIソフトの導入支援、精度向上支援、ペーパーレスシステムの積極的な導入支援により負担軽減を行い、結果通知までの期間を短縮します。

2つ目は、介護認定審査会を簡素化する場合の通知の省略です。こちらにつきましては、本市が令和3年度地方分権改革で提案し、社会保障審議会で御承認いただけなかったものとなります。先ほど厚労省様から御説明いただいた内容になります。

簡素化案件につきましては、対象者の一次判定結果が記載されたリストを審査会に提示するだけで、個別に審査・判定をしているものではございません。本市では今年度、簡素化案件にもかかわらず審査会開催待ちが生じ、結果通知が遅れるという時期がございました。よって、形だけの審査となっている簡素化案件については審査会への通知を省略し、一次判定結果をもって審査判定結果とするよう再度御提案いたします。

3つ目となりますが、更新申請における自動延長の導入となります。これは新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いが、調査、審査の必要性を考え直すきっかけとなりました。前にも御説明いたしましたが、新型コロナウイルス感染症への対応から面会が禁止されており調査が困難な場合に、最長12か月有効期間を延長することとなっております。本市では複数回にわたって適用されている方が多くいらっしゃいます。適用理由としましては、面会禁止や感染に対する不安から延長措置を取られることがほとんどとなります。本来の適用の趣旨からは外れますが、状態に変化がないので適用できないか、スムーズな給付管理のためにも適用できないかといった声もいただいております。そこで、一定の条件は必要となりますが、状態に変更がなければ、この特例を制度化し、被保険者の負担軽減につなげられないかと考えました。

新規申請、変更申請後を含む更新申請において、前回介護度から変更がない方は、通常の審査を行った場合は50%以上の方が、コロナ特例を適用された方を合わせますと約70%の方が前回の介護度と変更ないことが分かりました。本市の介護保険システムでは抽出できませんでしたが、2度目以降の更新申請の場合、前回の介護度からの変更状況はかなり少なくなることが見込まれます。よって、本市といたしましては、2回目の更新申請となりますが、専門家からの同意を得た上で、申出により最長48か月間有効期間を延長可能とすれば、被保険者、家族だけではなく、審査会委員、市町村の負担軽減につながると考えます。

本提案に関しましては、様々な意見があると思います。抜本的な改革を行わないと期間短縮につながらないと考え、提案いたしました。導入には本市だけではなく各市町村のデータを基に慎重な議論も必要であると考えております。

私からは以上となります。

○佐藤座長 御説明ありがとうございました。

では、次に全国がん患者団体連合会様から御説明をよろしく願いいたします。

○全国がん患者団体連合会（桜井理事） ありがとうございます。

それでは、私から説明をさせていただきたいと思います。全国がん患者団体連合会理事の桜井と申します。本日はよろしく願いいたします。

私からは要介護認定の迅速化と適正化について、がん患者の立場から要望を伝えさせていただきたいと思います。

それではページをめくらせていただきます。冒頭、河野大臣のビデオメッセージでもがん患者の終末期の状況について言及がありましたが、がん患者が介護保険制度に到達できていないという課題に関してはもう10数年来の問題として指摘をされております。私たち患者団体も何度も国の協議会等々で意見を述べさせていただいておりますが、一向に変わっていないというのが現状かと思っております。現行の介護保険制度の中で、がんは特定疾病の一つとして指定されています。御存じのようにがんはADLの低下、病状の進行スピードが他の慢性疾患と比べて著しく速いというのが特徴でもあります。つまり、治癒困難という状況になった時点で早めに介護認定の申請、それから認定をすることが重要になっています。なぜならば、昨今ですと、新薬が出てきても終末期における患者さんの現状というのは全く変化がございませんし、結果の予測というものが可能になっているからです。

しかしながら、まずそもそもとしてがん患者が介護保険サービスを利用できるということが患者家族の間になかなか知られていないという課題などもあります。また、介護が必要であっても申請に至っていないという事例があるということも加えて、昨今では申請をしても認定に時間がかかるといった問題も課題として浮かび上がっております。また、適正に審査がされない。冒頭、厚生労働省からも過剰にということがありましたが、がんにおいては過剰ではなく過小に評価をされているという現状があると思っております。そのため、家族に迷惑をかけると、大切な時間を望む場所で過ごすことができないという深刻な状況が10数年来続いておりますので、早急に改善をしていただきたいと思っております。

これは遺族調査の結果からも現れておりまして、国立がん研究センターが行った調査の結果からも、介護保険を利用していないと回答された人のうち、申請したが利用できなかった人の割合は23%にも上っているのです。この背景としては、急性期の医療機関で患者さんの在宅での生活の様相の把握というのは困難ではないかと思っております。したがって、主治医の意見書の記載がすごく難しくなってしまう。ただ、病態については書けると思っております。それから、認定の調査票ががん患者の介護ニーズ評価と適合したも

のではないと思っております。急速に状態が悪化することなど、病の軌跡がほかの疾患とは全く異なっているということが背景にあると思っております。

したがって、評価に関わるケアマネージャーなどの福祉側の啓発というものも欠かせないと思っておりますが、今回、議論に上がっておりますようなデジタルの導入も含め、簡素化、それから効率化、適正化に向けた改革が必要と思っております。

先ほど厚労省からも主治医の意見書が大事という御説明がありましたけれども、やはり地域間格差だったり、個人格差といったものを、これは評価に当たる方なのですけれども、こうしたバイアスを是正するためにも、やはりがんにおいては病態の診断、つまり主治医の意見書が入った時点で火急かつ速やかに評価をするということで介護承認をするという仕組みを構築することも重ねて要望させていただきます。

また、現在、家族の介護が必要になった従業員への支援制度の周知などを盛り込んだ育児・介護休業法などの改正案も国会に提出されていると思います。がんの患者さんの介護の場合も、患者自身が介護認定されなければ、家族は介護と仕事の両立も困難な状況に陥っているのが現状でもあります。がんにおいては医療者を介して介護申請が入った時点で最低でも要介護1以上、もしくは2以上、また、余命1か月と医師が判断した場合には、要介護も5で評価するなどの抜本的な改革を今回していただきたいと思っております。

次のページからは参考資料になってきますが、簡単に説明させていただきたいと思えます。がんの介護に関しましては、平成17年に介護保険における特定疾病の一つとなって以来、サービスの開始までの待機期間が長く、開始されたときには患者さんがもう亡くなっているという現状が多数見受けられたということから、平成22年、23年に相次いで迅速承認と装具の使用等々に関する事務連絡が出されているかと思えます。

しかしながら、このページを見ていただきたいと思うのですけれども、これは私どもの団体が実施した遺族調査の結果になります。第2号被保険者、40歳から64歳までのがんの患者さんの御遺族になりますが、本通知が出た前後で比較をしているのですね。しかしながら、承認の時期はほとんど変わっていません、改善されていません。それから、認定に至るまでの期間というのも変わっていないとか、それから等級は残念ながら軽度が増えているということが分かります。実際、3年前に亡くなった私の友人も亡くなる1か月前に介護認定を申請しました。暫定的にベッドのみ使うことができましたけれども、亡くなる3日前に要支援の証書が来たのですね。本当にこれはびっくりしました。この状況で介護予防するんだと。亡くなる3日前ですよ。もう動けません。このような状態が起きていました。

こういう評価が出ること自体、評価のゆがみを表していると思っておりますし、そこから区分変更申請を行っても間に合うわけがないのですね。御本人はもう亡くなられておりますので。それはこの図で示すところのいわゆるがん患者さんの要介護5以上、あるいは申請のスピード化というのが明らかに必要になるという図を示したのになっておりますけれども、やはり症状としていろいろ出てくるものというのは2か月前には確実に

てきておりますし、患者さんによっては胸水がたまっていると呼吸ができなくなって動けなくなりますので、食事を含めて介護の担い手というのは必要になってきます。これはもうエビデンスとして変わらずありますので、ぜひこうしたところを考慮していただきたいと思っております。

ページをめくらせていただきます。先ほど申し上げました遺族調査のまとめのほうです。これは国立がん研究センターがかなりの母数をもって実施したものです。この中で死亡前1か月間で日常生活動作に何らかの介助が必要だったと回答した、つまり介護が必要だと回答した方は78.4%にも上っています。しかしながら、介護保険サービスを利用していたという方が54.6%と、この間でもギャップがあるのですね。これは知らなかったとか、そういう理由になっています。それから、さらにがんで亡くなる前に介護保険サービスを使用しなかったという人たちの中で申請したが利用できなかった人たちが23%もいらっしゃるという数字が出てきています。

したがって、規制改革で今回要望しているような末期がん患者の認定調査のスキップのようなものがあれば、こうした事態というのは避けられたはずですし、予後6か月以内にがんで亡くなった人の14.5%は、このような改革があれば苦しまずに御自身が望む場所で最後の大切な時間を御家族と共に過ごすことなどもできたのではないかなと思っております。

以上より、通知が出されても一向にがんの患者さんの介護、終末期をめぐる状況というのは改善されておられません。これは明らかです。適切な介護保険サービスをすぐ利用できないということは、申請者御本人だけではなく家族にも大きな問題になっています。特にがんの患者は終末期には本当に急激に全身の状態が変化していきますので、間に合いません。ですので、この辺りを考慮した認定が出た時点で、当初認定された要介護の状態よりは重症化しているケースなども多々ありますので、がんの終末期においては申請、要は医師の診断書が出た時点で要介護認定の申請を省略していただいて、1以上、もしくは2で認定をすること、それから終末期においても予後の見通しが1か月以内と推定される場合には、要介護5で即日認定することも重ねて要望したいと思っております。

また、これと併せて皆さんの業務負担というのも先ほどさいたま市の御発表等々を聞いていても感じるところでもありますので、デジタル化についても速やかに進めていただきたいなと思っております。

私からは以上になります。ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございました。

では、次に日本ケアテック協会様から御説明をお願いいたします。5分程度でよろしくをお願いいたします。

○日本ケアテック協会（森常務理事） よろしくをお願いいたします。

改めまして、このような機会をいただきましてありがとうございます。日本ケアテック協会常務理事の森と申します。

では、スライドに沿ってお話ししていきたいと思います。ケアテック協会の概要に関してはスライドを御参照ください。

次をお願いします。現状の認定調査の課題ということでまとめてみました。まずは認定調査自体の聞き取りです。僕も20数年間、認定調査の審査員をしながら、診察しながら患者さんといろいろコミュニケーションを取る中で、例えば待合室でどんな会話がなされているかという、あなたはもう要支援1を取ったのと。認定調査が来てもボタンを留められるとか、歩けるとか言ったら駄目よみたいな会話が普通に交わされている。これはBIもそうですけれども、聞き取り調査の問題性というのはあると思います。

それから、2番は書いたとおりですけれども、地域によって差がある。

それから、下に書きました大阪市で約30億円、横浜でも30億円という膨大な認定調査の費用がかかっている。

4番目、人間は心理的に、重くなれば現物給付ではあるもののたくさんのサービスを使えるということですから、特に軽度の要支援1から要介護2ぐらいまでは、重くなったほうがたくさんサービスを使えるよねというバイアスがかかります。これも課題かなと思っております。

5番目、先ほど桜井さんがお話しされたとおり、僕もかなり長いこと審査会をやっていますけれども、私自身も元外科医として何百例とみとってきましてけれども、本当にサービス提供までに亡くなってしまうというのはあるのですね。私も、余命1か月だと今、どうしているかという、もし要介護度の枠を超えたら、責任は全て私が持つからサービスを提供してくれというちょっと個人に負担がかかるようなやり方をしています。役所にも連絡を入れて、早急に下ろしてくれと認定をお願いするのですが、間に合わない方も結構あります。ですので、そこは一定のルールで、これはデジタル化がなくても先ほどおっしゃっていただいたように余命1か月、もしくは余命3か月の場合は要介護3を認めると。ただし、オーバーしてしまってもそれは例えば予算の中でカバーするとか、仕組みですぐできることで、これは僕も一番重要な課題だと思っております。

それから6番目、どうしても地方自治体の方に聞くと、期間を延長すると予算も当然軽くて済むしというのですけれども、僕は逆の考えです。今、自立支援、重度化防止が非常に大きな国の課題になっておりますが、もし期間を延長するのであれば、例えば改善したときの区分変更とか、悪化したときの区分変更を迅速にスピーディーに正確にできる仕組みと併せてやらないと、非常に大きな問題になるかなと思っております。

7番目は書いたとおりでございます。

次のスライドをお願いします。今日、我々が提案したいのは、認定調査の属人的なところをセンシングの技術であつたり、AIの技術、機械学習を使って相当短縮するだけではなく、正確性も増せるのではないかなと思っております。これは技術的には全然難しい話ではないので、僕はずっと厚労省の方にもいろいろな関係各位のところに行っているのですけれども、その前にすぐできるのはオンライン化ですね。先ほどオンラインで認定調査を

やっている合議体は10数パーセントというデータがありましたけれども、これを早急に100に持っていくことで相当迅速に簡素化できるのではないかなと思っておりませんが、このスライドにお示ししましたとおり、特に一次判定。二次判定は割と難しくないというか、ほとんど変更の場合のAIの予測はもうできています。実績のデータが出ていますので、特に一次判定の手前の認定調査のAI化というのは早急に実証を進めたらいいのではないかと。

スライドをお願いします。これは概要図ですけれども、具体的には左側に書いたような、特にTUGの画像分析でADLの部分は相当正確に判定できますので、あと認知症のところは例えば長谷川式であったり、ADASであったり、本人のインタビューであったり、今は顔の表情からも相当鬱や認知症の程度も判定できるようになってきていますので、そういうものを総合的に機械学習させて介護度の予測ができるのではないかなと思っております。

実際に弊社では、外国の企業とそれを今、開発している。厚労省さんのほうでも既に実証が一部始まっているというお話も聞いておりますので、これは早急に優先順位高く進めていけばいいかなと思っております。

スライドをお願いします。まとめになります。センシング技術、AI技術を使うことによって、以下中黒で示しましたような6点が解消されるかなと思っております。特にこれから日本は自立支援、重度化防止が非常に大事になってくる。東京都をはじめとしていろいろな地方自治体でインセンティブ事業も始まっておりますし、そのときに、東京都は二次判定を使っておりますが、二次判定は正確性があるからということでそこを議論されている地方自治体がたくさんあると聞いております。自立支援、重度化防止を推進する、普及させる大元の土台のところで正しい認定を迅速に出すというのは非常に重要なところかなと考えております。

次をお願いします。お示ししたとおりですが、繰り返しになりますが、一次判定についても二次判定についても、最初は2ライン走ることになると思います。審査会を属人的にやりながら、AIの判定を参考データとして見ていただくと。恐らく実証すれば、2～3年でかなり正確な判定ができるようになるかとケアテック協会の立場としては考えておりますので、これをぜひ提言させていただきたいかなと思っております。

スライドをお願いします。最後になりますが、どうしてもこれはちょっと失礼な表現かもしれませんが、お世話をすればするほど、例えば代わりに買い物に行ってあげる、代わりに掃除をしてあげるというのは本人の状態によっては非常に大事なケアではありますが、過剰にやってしまうと本人のADLはどんどん下がります。ですから、その適正化を進めるに当たっても非常に大事な今日の提言になってくると思いますし、少なくとも御利用者様の健康寿命延伸だけではなくて、これから我々の子供の代、孫の代に社会保障制度の持続可能性がちゃんと担保できて、すばらしい制度を残していくためにも、人間の心理というのは要介護3あったら3を使ってしまうのですね。5あったら、これも人間の心理としてどうしても5を使ってしまいます。これをできるだけ自立支援、重度化防止を進め、介護の世界でも元気になれる人はなってもらったらいよねというため、これを進めていくには

どうしても介護認定の正確性・迅速化が必要になってくるかなと思っておりますので、ぜひ予算を組んでいただいて実証を進めていければいいかなと。私もいろいろお手伝いできることがあると思いますので、最後にそれを述べさせていただいて、私の発表を終わらせていただきます。

ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございました。

では、最後に全国老人保健施設協会様から御説明をよろしく願いいたします。

○全国老人保健施設協会（東会長） ありがとうございます。全国老人保健施設協会の会長の東でございます。

それでは、早速うちの協会の概要をお示ししたいと思います。私どもの協会は全国に会員が3,558施設でございます。組織率は89.1%ですので、ほぼ全ての老健施設がうちの協会に入っているということでございます。

次をお願いいたします。私からは、今あります要介護認定の課題ということを、まずそもそも自立支援の本来のあるべき姿ではない形で要介護認定がされているところを指摘したいと思います。要介護認定は、残念ながらICIDH、介護保険ができたときにはもうそれしかなかったのだと思いますがないのですけれども、いわゆる障害穴埋め型、つまり手のかかり度で判断をするということにされております。障害があってできないことを評価し、そこを補うという考え方でやっているものですから、評価の中には皆さん御存じのように今でも「見守り」「一部介助」のように非常に科学的ではない、つまり評価する人の主観によって「見守り」や「一部介助」というのはかなり変わりますので、その人の本当の能力を示していないということになります。

WHOでは、ICIDHからICF(国際生活機能分類)へと考え方が変わっているにもかかわらず、日本では今でもって20年以上その古い考え方でこの要介護認定をやっているということになります。ICFの考え方では、できること、やっていることを評価する能力サポート型の評価でございます。これは先ほどケアテック協会の方もおっしゃっていましたが、手のかかり度ではなくてその方が何がどれぐらいできるのかということの評価していかないと、自立支援には役立たない。上記のことから、要介護認定の評価項目・調査項目から抜本的に見直すべきだと考えております。

次をお願いします。先ほど言いましたように、我が国の介護保険制度ができたのは1998年でございます。残念ながら3年後にICFの考え方が出たものですから、この当時は仕方がなかったと私も考えております。ですから、先ほど厚労省の資料でも出ていましたけれども、要するにどれぐらい介助の時間が必要かという手のかかり度で判定をしていますし、自立、見守り、一部介助のような考え方で成り立っているのが今の要介護認定でございます。

一方、私ども全老健におきましては、ICFが発表されてから9年後の2010年に、後ほど紹介しますICFステージングというものを完成させております。これはICFの考え方に基づい

てその方の生活機能を何がどこまで可能かというものを評価できる評価指標でございます。全て5段階表示で、ガットマン・スケールでやります。

次をお願いします。一方、ちょっと話が違うところに逸れますが、要介護認定の課題の2つ目は、期間が長過ぎる。これも先ほど何回か出ておりますけれども、私が住んでおります三重県津市では約2年前から3か月かかっているのが現状でございます。これは津市では訪問調査員の委託を社会福祉協議会のみ委託されていたということもございます。介護保険が発足した当初は私どものような老健施設や居宅介護支援事業所にもこの委託があったのですが、なぜかもうそれは全くなくなりました。この訪問調査員を公平性に影響を及ぼさないような老健施設、特養、居宅介護支援事業所等に委託するということで、少なくとも時間はかなり短くなるのではないかと考えています。

次をお願いします。先ほどの話に戻りますが、先ほど森さんもおっしゃいましたけれども、要介護認定を一次判定からAI・ICT化する。これはできると思いますが、再度申しますけれども、今ある一次調査の74項目はできないことや見守りなど、非常に科学的ではない判定をしていますので、そもそも今の一次判定の評価指標というのはAIやICTにのせるには非常に相性が悪いと私は考えております。その点、このICFステージングの場合は、先ほど申し上げたように生活機能全般、しかも交流や余暇というところまで5段階で評価をすることになっておりますので、これは非常にAI・ICTと親和性が高い評価指標だと考えています。これからは置き型ロボット等にこのICFステージング、また、AIを入れまして、これを居宅等に設置して情報を収集する。認知機能に関しましても、音声機能をこの置き型ロボットに持たせることで一定程度認知機能の評価もできると考えております。

次をお願いいたします。現状でございますが、先ほど申し上げたように心身の「能力」、「介助」の方法、どれだけ手がかかるかというものを認定調査項目、中間評価項目の得点ということでやっています。介護の「手間」ということで、介護時間ということでやっているので、時間が多いほど手間がかかる、重度化しているということで、要介護5ほど悪いわけですね。ただ、テスト学会という学会がありますが、普通は点数が多いほど能力は高いのです。ですから、我が国の要介護度分類というのは数字が多いほど状態が悪いということになっているので、そもそも評価の指標からちょっと逆行しているところがございます。しかも、先ほど言いましたようにこの何分というのは一次調査をする方の主観によって手間のかかり度というのがかなり変わりますので、正確でもないということが言えます。

次に、提案ですが、先ほど言いましたようにロボットの中にカメラを搭載して、音声認識機能も搭載することによって、AIでICFステージングの評価というのが可能となります。これは今あるわけではないですけれども、ぜひこういうものを今からつくっていけば、右に挙げましたようにこのICFステージングの総合点は70点でございますので、例えば14点であれば自立度が一番低い。これが14点刻みで上がって行って、57点から70点の方は自立度が5である、つまり自立度が高いというように非常に評価ができます。このような形で

要介護認定そのものを抜本的に改編していくことが必要ではないかと思えます。

次をお願いします。これは先ほどから何遍も出ていますけれども、二次判定も含めてAIを活用して、自動的に判定ができるということが今後は必要になるかなと考えています。

以上です。ありがとうございました。

○佐藤座長 ありがとうございました。

これから質疑を行うのですが、その前に参考資料として時田専門委員、佐々木専門委員、岡元専門委員から御意見をいただいております。まずは代表して時田専門委員より御説明をお願いいたします。

○時田専門委員 ありがとうございます。ワーキング・グループの時田でございます。

介護に関係する専門委員でまとめた意見書を提出させていただいております。全部御紹介するには少し時間が足りませんので、後ほど御覧いただきたいと思えます。

ただいま希少なプレゼンテーションをしてくださいました皆様に厚く御礼を申し上げます。御意見の全てが本当に納得のいくものでございましたし、今の現状を非常に正しく評価してくださっている御意見だと思っております。

今、特に話題になっている迅速化ということに集中して今後の議論を進めていくべきではなかろうかと思っております。先ほど厚生労働省からの御説明で、今後の日本の全体像を考えて医療DXの推進というものを準備されているということ伺いました。これは大変に期待のできるものですし、そこに向かって進んでいただきますと、本来の意味で地域包括ケアシステムがより有効に機能すると大いに期待をさせていただきます。

しかしながら、それは実現するまでには相当の時間も必要だろうと思えます。現実にも今、要介護認定が全国平均で30日を超えているような事実からは、まずは今、速やかに認定期間のスピードアップがどうしても必要だと思えます。これはがんの患者さんのみならず、自宅での療養を必要とするような方々にとっては必須な要件です。

入院の期間が短縮されている今、在宅介護が中心的なテーマになってきています。入院後直ちに介護サービスが利用できるようになるためには、認定のスピードアップは可能であれば、今、入院期間がおおむね14日から10日程度になっていることも考えますと、その入院から退院した後すぐに介護サービスが使えるような、すなわち10日から14日くらいまでの間には介護サービスの認定が下りていくことを期待しています。

同時に、介護サービスは認定が下りたらそれで直ちに使えるかという問題ではありません。ケアマネージャーが決まっていればよいですが、今はケアマネ不足で、ケアマネさんを探すことから始めなければならないという利用者もあります。その上、ケアマネさんが決まった後でもケアプランが作成され、サービス担当者会議が行われ、そしてその後でサービス事業者が介護サービスの提供をするまでにも一定程度の時間が必要になります。認定が遅れば遅れるほど現実的に介護サービスが提供される時間はますます長くなって、在宅療養を困難にするということは申すまでもありません。

私も先ほどのケアテック協会の森さんと同様にこれまで10年余り認定審査会の委員を務

めてまいりました。僅かな時間で30件から40件の認定を一件一件真剣に議論する合議の場であるということは理想的ではありますが、現実的ではありません。一件当たり1～2分でその方の状態像をそのときに初めて見る書面で判断するみたいなことは到底不可能です。

同時に、医療職と介護職の間で将来的な予後予測みたいなことに価値観の違いが生じます。介護保険サービスは目的としている自立支援をテーマにして介護サービスの提供を行うということが前提でございますので、この人の持っている残存能力や改善可能性に着目をいたしますけれども、どうしても医療職の方は治すことに着目されているために、若干でも状態像のある意味悪化の要件があると、認定を重く出してしまうというのは専門職間の価値観の違いであって、やむを得ないと思います。そういうこともありながら、短い時間で合意を得るということ自体が非常に難しい。認定審査会の在り方はまず根本的に改善・改革するべきだと思っています。可能であれば、将来的には属人的にならない客観性と正確性の担保できるシステムの構築が絶対に必要です。誰がやっても判定に正誤が生じる今のやり方はまず根本的な解決をお願いしたいですし、それには一定程度議論を終えて、いつまでには改善をするということもぜひ厚生労働省にはお約束をしていただきたいと思いますくらいにも思うところでございます。

ワーキング・グループではこうした議論が行われていることを御説明申し上げまして、速やかな結果を御提供いただけるように、情報開示にも努めていただきたいと思いますところでございます。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、ここまでの御説明に委員、専門委員の方々から御質問、コメントを受け付けたいと思います。コメント、御質問のある方は挙手ボタンをよろしくお願いします。また、今日御報告いただいた方々も追加の御説明、あるいはこの際厚労省に伺いたい質問などがあれば、よろしく願いいたします。

では、どちらからでもいかがでしょうか。

では、高山専門委員、よろしく申し上げます。

○高山専門委員 ありがとうございます。

皆様のプレゼンは本当に前向きなもので、具体的な改革提言が含まれておりました。地域連携に取り組む現場の医師の一人としてとても期待が持てますし、ぜひそのように進めていただきたいと思いますと思いました。

私は地方の公立病院に勤める医師ですので、その立場から2つコメントさせていただきたいと思います。

まず前提としてなのですが、これまでの介護保険制度について私自身は高く評価しております。高齢社会の進展を前にして、世界に先駆けてすばらしい制度をつくっていただいた先輩方に感謝しております。ただ、それでも社会環境や介護技術というのは変化

してきておりますので、アルゴリズムの更新が求められていると思います。特に最近の不一致事例、つまり一次判定と二次判定が不一致の事例について抽出していただいて、その理由を明らかにすることで更新していただけるのではないかなと思っております。

認定審査会の委員を私もしておりますけれども、その経験から申し上げて、不一致事例が多く出ているのは要支援2と要介護1の狭間の判断にあるのではないかなと思っております。

そこで提案なのですが、介護の手間を時間で測定して、社会的に支援する仕組みとしての要介護認定があるわけなのですが、一方でそこに自立支援を混ぜ込んだために混乱しているのではないかな。なぜ要支援2と要介護1の判断で不一致事例が出るかというと、先ほど全老健の先生もおっしゃっていましたが、そもそも要介護の話と要支援の話混ぜて一緒に判定しようとしているところに無理があると感じております。やはり要支援に該当する人たちというのはできることを評価して、できない部分をできることで自らカバーしていくこと、それが続けられるように暮らし方をアドバイスすることに視点を置くべきだと思っております。これが1点目です。

2点目、主治医意見書のことについて議論がそこまで進まなかったの、コメントさせていただきたいのですが、主治医意見書には日常生活の自立度や認知症の症状の欄があります。例えば外出して買い物に行けるか、あるいは徘徊があるかとか、火の不始末があるかなど、そもそも介護側に聞かないと我々医師では分からないことばかりなのです。結果的に我々医師への負担感が増して、一部にはなかなか書いてくれないドクターもいると聞いております。やはり介護に関することは介護の専門性に任せて、医師は医学的見解を述べることにとどめることができれば、医師による意見書というのは1ページに収まると思います。これは迅速化を進めていく上でも考えていただきたいと思っております。

一方、その分、訪問調査を拡充させていくべきだと思うのです。ただ、訪問調査を拡充させるとしても、認定調査員の人手不足という問題が出てきます。私は沖縄県にいますけれども、調査員に支払われる報酬というのが一件当たりガソリン代込みで5,000円ぐらいと聞いています。僻地だと一日1件ぐらいしか行けないのです。そうすると、日当5,000円ぐらいになってしまいます。地方になればなるほど調査の人手が足りなくなり、地理的な守備範囲が広がっていきます。やはり調査のマンパワーを拡充していくためにも、訪問調査の日当を上げることも含めて評価していただ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、間下委員からの質問を受け付けて、その後、厚労省さんにまとめて今のコメントについて所見をお話しいただければと思います。

では、間下委員、よろしくお願ひします。

○間下委員 ありがとうございます。間下でございます。

本当に皆様の御努力が見えるなと思って感銘を受けているところでもありますけれども、なかなか日数が縮まらないというところで、特にAIだったりICTを導入していく中でも、結果として普及率がなかなか上がらないというのはどうしても現状のことを変えるのはなかなかハードルが高いということがあるのだと思うので、このところの義務化みたいなものをしっかりやっていかなければいけないのではないかなど。当然エンカレッジをしていく、いい事例を進めていくということはもちろんあると思うのですが、何かしら一気に進めるためには義務化みたいなことを考えていく必要があるかなと思っています。そういうことが実際できるのか、できないのかということをお伺いしたい。

あと同時に、義務化ができなかった場合、例えば仕組みの義務化だったり、デジタル化の義務化がもしできないという場合でも、例えば今の法定の30日というものの自体、これでも長いわけですから、例えばこれの半分ぐらいの日数を目標としてもう決めてしまうと。例えば2030年はちょっと先過ぎるかもしれませんが、2020何年に例えば15日なり14日、何日でもいいのですけれども、ある程度決めたものをしっかり設定して、そのゴール設定したものに各自治体、各保険者に向かってもらうといったやり方もあろうかと思しますので、そういったことについての御見解を伺えればと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、ここまでの2人の委員、専門委員からのコメントと質問について、厚労省さんにフィードバックをお願いいたします。

○厚生労働省(斎須審議官) ありがとうございます。いろいろ御指摘いただきまして、本当にそうだなというところも多々ございました。

幾つかかいつまんでお答えしたいと思います。まず2号の被保険者の特定疾病につきましては、これに時間がかかっているというのは私も大変問題だなと思います。一番大事なのは、急性期を診ておられるお医者さんが一番病態などは分かっているはずなので、そこと介護とのうまい連携といいますか、申請さえすれば保険の給付はさかのぼって適用されますので、手続に時間がかかったとしてもそこは手が届くのだろうと思うのです。恐らく急性期病院の主治医の先生は、もし退院して在宅に移られるとしたら、訪問診療なのか、訪問介護なのか、そういった医療的なケアをどうするのかということも併せて考えていかれるのではないかと思います。そうだとすると、その医療と介護の連携が非常に重要なのかなど。

今回、報酬改定の中で医療と介護の連携をいろいろ促すような措置を入れましたけれども、大変重要な課題だと思っております。DXの中でもそういったものの推進が重要だなと思いました。

それから、認定について、ロボットやセンサーを使うというのは大変理想的だと思うのですが、私は既にそういったロボットやセンサーの実績のある大手のメーカーの方々とお会いする機会もあって、お伺いするのですが、施設などでは比較的環境が定型的

なのでいいのですけれども、在宅というのはまさに環境が様々で、センサーでとってもしろいろな人も動きますし、環境もいろいろなので、非常にハードルが何段も高くてなかなかそこまで追いついていないというお話を伺ったことがあります。いずれにしても、今後の検討課題だろうと思います。

それから、今の一次判定の認定調査は、実態を見て判断するというのが大事で、ただ、そこに主観が入ってしまうという問題もあるというのはまさにおっしゃるとおりで、であるからこそ、多職種の人たちに審査会で御議論いただく、あるいは簡易的なプロセスであってもそういった方々の目が届くという形になっていることが非常に重要なことだと思います。

それから、今の認定調査の判定の仕組みにつきましてはかなり長い間全国の自治体でやっていて、これをがらっと変えるということになりますと、そこでまた一つの事務の停滞等も起こると思いますので、現場の流れがどううまく回るのかということも踏まえながら、いただいた御意見も参考にして検討してまいりたいと思います。

それから、認定審査についてですけれども、これは保険者の事務になっておりまして、市町村のまさに自治事務としてやっているわけございまして、ここで特定のシステムみたいなものを義務化するというのは、観念的にはできないことはないと思いますが、なかなか現実的にはそうすぐにやるのは難しいかなという気がいたします。ですから、そういったことにインセンティブをつけるような仕組みというのは考え得るのではないかと思います。

それから、法定で30日となっている状況の中で平均が40日というのはおかしいというのはまさにおっしゃるとおりなので、どうしたらいいかというのをずっと悩み続けているわけございましてけれども、これは目標を設定いたしますと、誰が責任を持つかという、認定審査事務自体は個々の保険者の事務になっておりますので、そこにどういうふうに目標をかけていくのかというのはこれまたなかなか難問でございまして、よく検討させていただきたいと存じます。

取りあえず以上になります。

○佐藤座長 ありがとうございます。

桜井理事からお手が挙がっているのですけれども、今の回答へのコメントになりますでしょうか。

○全国がん患者団体連合会（桜井理事） そうですね、ありがとうございます。

いろいろここにいらっしゃる皆さんがそれぞれで御尽力されていることは十分理解しておりますし、日本の介護保険制度は海外の見本になるような仕組みというのは分かっているのですけれども、やはり末期がんに関してはちょっと別扱いで何とかしていただきたいと思いますと思っておりますが、この辺り、厚生労働省はいかがでしょうか。今日この日も困っている患者さんがいらっしゃるのです、検討しますという答えだとちょっと困ってしまうなと思っています。

○厚生労働省（斎須審議官） 末期のがんの患者の皆さんも状態像はそれぞれなのだろう

と思います。しかも、この介護サービスというのは御家族の方にも大きな影響を与えるものでございますので、皆さんの納得できるような形にしなければいけないと思いますので、こういったやり方がいいのか。

やはりまず出発点として大事なのは、がんを診ていただいているお医者さんから介護への橋渡しがどううまくいくかということころだろうと思いますので、そういった観点からよく考えたいと思っております。

○全国がん患者団体連合会（桜井理事） ぜひよろしく申し上げます。

現状でも、申請しても受理されなかったというのが23%いるというのが現状だと思しますので、主治医の意見書が入った時点で即日承認するような形を火急かつ速やかに検討していただきたいと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

先ほど高山先生から主治医意見書について、お医者さんは医学的な知見を述べるにとどめるというか、そこに特化するべきだという御指摘があったと思いますが、主治医意見書についてはどうお考えでしょうか、厚労省さん。

○厚生労働省（斎須審議官） 私は認定審査会を見せていただいたりしたこともございますけれども、主治医意見書に書いてあることというのは審査会の中で非常に重要で、専門家としての医師の所見というのは非常に重要なので、なかなか診察に来られてすぐに診られないようなところの情報もあるということはそうなのですが、これはどうしたらいいのかというのもよく検討したいと思っております。なかなか軽々にできるものではないと思っております。

○佐藤座長 ありがとうございます。

高山先生と間下委員からお手が挙がっていますけれども、今の質問に関連しているのではないですか。お先にどうぞ。

○間下委員 さらに問いで、さっきのデジタルのところの地方自治の関係なのですが、今、当然地方自治ということと関係するところはあるのですが、デジタル庁を中心に同じものを全国で使っていくことによって効率化していこうという動きになってきていると思いますので、ぜひこのところもデジタル庁と連携していただいて、早めにそういう仕組みを一本化して効率化を全国で図っていくことをぜひお願いし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。

私は地方財政が専門ですけれども、業務は標準化というのが今の流れだと思います。政策は分権的に決めてもいいけれども、業務・仕事の流れは標準化するというのが本来の流れだと思います。自治事務という言葉に逃げないようにお願いします。

では、高山先生、今の質問にさら問いになりますか。

○高山専門委員 ありがとうございます。コメントです。

主治医意見書にある項目の重要性というのは本当におっしゃるとおりだと思いますが、私が言っているのはこの項目は要らないのではないかではなくて、本当に主治医に聞くことなのかということを指摘させていただいたのですね。介護認定の基盤となるべきことは介護の専門性によるアセスメントであるべきで、それをかなり病院医師に聞いてしまっているところがある。実際は病院医師は日頃の暮らしの様子を知らないので、暮らしに即した意見書を書くことができません。

もちろん先ほど厚労省もおっしゃったように、退院調整に当たってそのことを考慮すべきなのですが、どちらかという今、退院支援看護師やソーシャルワーカーへと分担が進んでいるわけです。そうしたタスクシェアというのは働き方改革の一環として厚労省も推進いただいていることだと思います。主治医意見書に生活の巧拙を含めるのは限界があって、医学的見解を述べるにとどめたほうがいいのかというのが今の流れではないかと思っています。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。まさにこの件はタスクシェアにも関わるお話かと思っています。

お待たせしました。では、佐々木専門委員、よろしく願いいたします。

○佐々木専門委員 ありがとうございます。

2点ありまして、一つは今、まさに高山先生がおっしゃった主治医意見書というものが果たしてどうなのかと正直思っているところがあります。病院の先生に主治医意見書を書いてもらったのだけれども、病院の先生は診察室での患者さんのことしか分からないので、結構ぴんしゃんした内容を書かれてしまって困ってしまったので、先生、書き直してくれみたいなことを言われることもあります。結局お医者さんというのは生活の専門家ではないので、どんな治療をしているみたいなことは書けるのですけれども、この人がどんな暮らしをしていてどんな支援が必要かというのは我々のプロフェッションではないので、それを医師に書かせるというのは私は避けるべきではないかと思っています。

実際、私も主治医意見書を多数書いていますけれども、よく知っている患者さんは自信を持って書きますけれども、よく知らない患者さんは御家族やケアマネさんに具体的に同じ質問のペーパーを渡して、その内容を書き写すという形で主治医意見書を書いていきます。そういうことをやっている自治体は多いと思うのですね。だとしたら、これは医者が本当に書く必要があるのかということは一つ検討する必要があるかと思っています。

それから2つ目は、桜井さんがおっしゃっていたがんの患者さんです。先ほど高山先生はいわゆる医療支援と要介護というのを一緒くたにしているのは問題だとおっしゃっていましたが、私はがんと老年症候群を一緒くたにするのは問題だと思っています。現在の主治医意見書や介護保険の認定の仕組みというのは、いわゆる老年症候群、高齢者が穏やかに老衰のプロセスを経て弱っていくということを評価するには大変適していると私は思います。

ただ一方で、がんの患者さんは自立している方が歩けなくなったら、平均余命2か月で

すよ。高齢者が10～20年かけて経る経過が2か月で進むのです。そのことを現在の主治医意見書や介護認定審査の仕組みがカバーできているかという、これは全然できていないのですね。がんの患者さんに関しては、主治医意見書や介護認定というものではなくて、そもそもこの人はケアが必要です、家に帰りますといった時点で要介護1、2を使わないと使えない福祉機器が結構あるのでできたら要介護2で、この介護保険認定で使い始めてからですよ。多分2か月後にこの患者さんは多くの方が亡くなっている。亡くなる前の2週間はほぼ全介助です。動くことも食べることも飲むことも、当然排泄も清潔も自分でできません。この時期をできたら要介護5でカバーしたいのですね。なので、私の意見書にも書かせてもらいましたが、がん患者さんに関しては申請が出た時点で要介護1か2がつくと。ここから先家に帰って重度化が見込まれるぞ、残された予後が1か月程度だと医師の意見書が出てきたら、その時点で即日要介護5がつく。主治医意見書が大変大事だと厚労省さんはおっしゃっていただきましたけれども、がんを診ているたくさんのお医者さんたちはこの患者さんたちがあと1か月でなくなるのか、半年生きるのかは大体分かりますので、1か月で亡くなるぞということであれば、そこから先は要介護5をつけていただく。さかのぼって申請できるのだということをおっしゃいましたが、さっき桜井さんからさかのぼるはずの認定審査が要支援2だったとなると、これぐらいつくはずだったと思って使ったものが結局カバーされないのですね。なので、ここはぜひ何とかお願いをし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、大石専門委員からコメントをいただいて、それでまたまとめて厚労省さんに御回答いただければと思います。

では、大石専門委員、よろしくお願ひいたします。

○大石専門委員 ありがとうございます。

私もこの介護保険制度は世界に誇る日本の制度だと思っておりまして、非常にいい制度をつくられてこれをずっと運用されてきたということの御努力に対しては非常に敬意を表したいのですけれども、制度ができてもう四半世紀たって、今日のいろいろな方がおっしゃった話の中で、迅速性の問題だけではなくて、本当に正確なのかということが問われているのだと思います。森さんや全老健さんが御発表されたいろいろな新しい取組であるとか、そもそもがんに対してどう対応するのかとか、また、このままいろいろな改善はされてきていらっしゃるし、今後もされるのでしようけれども、さいたま市さんのお話を伺うと、ここから先は本当にこの制度が崩壊するのではないかということが、さいたま市だけではなくて全国で起こってくることだと思うのですね。

その中で、今の延長上、いろいろな形でここまでやってきたやり方というのがあるので、いきなり変えるということは難しいと思いますし、その中でも改善はされていくのだと思いますけれども、同時並行でもっと正確なもの、もっと迅速なものを、考え方を変えていろいろ実証し、実験し、どこかの時点で入れ替えるということのプランを持っていかれた

ほうがいいのではないかと思います。

また同時に、今すぐできること、特にがんに関してだとか、先ほどお話のあった主治医意見書の中で何を医師に求めるかということについては今すぐできることなので、そういうことはすぐ取り組むということをやっていたらいいなと感じています。なので、将来的にAIも考えます等々ではなくて、そういう全体感を持ったプランを出して、いついつまでにどうするかという目標値をきっちり定めて動いていただけたらと思うのですけれども、いかがでしょうか。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

全体的に介護保険制度が始まってもう四半世紀たとうとしているので、そろそろアップデートが必要なのだろうということなのだと思うのですけれども、厚労省さんから何かコメントがあれば、よろしくお願いします。

○厚生労働省（斎須審議官） 主治医意見書の中でタスクシェアとか、あるいはどういうところを誰があれしたらいいのか、それから末期がんの問題について、老年と一緒にくたにしているのはおかしいという御指摘は大変重要な御指摘だと思います。しっかり検討してまいりたいと思います。

それから、目標のところはなかなか難しく、例えば自治体の中でも、今、特にさいたま市さんや東京の近郊のところ、都心もそうなのですけれども、どんどん高齢化が進んでしまっていて、絶対量が増えてきますので、自治体の中でのリソース配分というのも見直さなくてはいけないのだろうと思います。また、これは一緒にくたにあしたから急に福祉部門が増えるということにもなかなかならないので、そこをどういうふうにソフトランディングさせていくのかということを考えていかななくてはいけないと思いました。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、戸田専門委員、よろしくお願いいたします。

○戸田専門委員 ありがとうございます。

迅速性と正確性で2点質問させていただきたいのですけれども、まず、先ほど時田先生から実現時期を示せということでDXについての御指示がございましたけれども、厚労省様の資料で43ページを拝見しますと、介護の基盤整備の本格実施が26年以降で、いつだかちょっとはっきりしない図になってしまっていて、過去にもデータヘルスとか、いろいろな名前の変遷がございますけれども、全て本格実施が大体工程表の一番右後ろに書かれていて、時期が明確にされていないというのが厚労省様のお作りする資料の常になっているのではないかなというのがちょっと危惧されるところでございまして、制度やプロセスを見直してシステムを変えていくとなると非常に時間がかかると思うのですけれども、今はエンドツーエンドで紙が介在しているところを電子化して、郵送であるとか、あるいはアナログ・デジタル変換の時間短縮を図るみたいなことはやろうと思えばすぐできる話ですので、やれるところからすぐできるような、段階を踏んでいくような具体的な工程表をきちんと入

れた形でぜひお作りいただきたいというのが1点目でございます。

それから、正確性で今日もいろいろ御指摘があったのですが、主治医意見書を作るところとか、あるいは調査票を作る最初のデータを作成する時点でかなり属人性というか、作成される方の専門性や知識、スキルといったものでかなり左右されるということで、大元のデータでかなりぶれがありますと、幾らその後でAIを使っても適切な回答は出てきませんので、今日、森様から御指摘のあったような技術を取り入れるというのは非常に重要ではないかと思うのですが、特に認知症については意思能力があるかどうかという検出を行うというのは、残存能力を生かして共生社会をつくるという意味でも非常に重要な技術だと思うので、こういったものはかなり力を入れて開発していただく必要があるのではないかなと思うのですが、こういったところについても時期をお示しいただけるとありがたいかなと思います。

以上でございます。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今の2点、厚労省さん、いかがでしょうか。

○厚生労働省（斎須審議官） 資料の43ページにDXの工程表を載せておりますが、このスケジュールにつきましては、デジ庁さんとも何度も何度も調整をした上でこういった形にしております。一日も早くやりたいのはそうなのですが、これは保険者が自治体なものですから、自治体でシステムをちゃんと変えてもらわなくてはいけない話になります。今、それぞれの自治体でレガシーのシステムが流れていまして、これは自治体のシステムの標準化に合わせてがらっと変わりますので、そこに合わせてやると。そうしないと、前のシステムで介護のデータベース基盤にうまくつながるようなものをやりますと、もう一回やらないといけないので、そのときに合わせてやろうという考え方でございまして、この令和8年度～と「～」がついてしまっているのですがちょっとあれなのですが、令和8年度からはきちんと自治体標準化に移って、できるところは介護のDXに乗れるような形にできるように、今、作業を行っているということでございまして、ただ、自治体標準化のほうも170余りの自治体、特に大きいところの政令市みたいなところがついてこれられないという状況になっておりますので、大元のところがそういう状況だということは御理解いただきたいと思っております。

それから、認定をするに当たって大元のデータが大事だというのはまさにおっしゃるとおりなので、であればこそ、この認定調査の事務というのも非常に重要でございまして、実は認定調査については指定事務受託法人に専門化している民間事業者みたいなものも実はございまして、いろいろな工夫ができる余地があるのだらうと思っております。迅速化についても、例えば申請してから調査に入るまでに2週間ぐらいかかっているのですが、これは明らかに日程調整でそれだけかかっているもので、そういったところも効率化の余地はあろうかと思っておりますし、全体を見ながら、それから、やはり自治体さんの事務なので、自治体さんがちゃんとそれを評価して乗ってきてくれるような工夫を検討してまいりたい

と思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

戸田専門委員、いかがですか。よろしいですか。

○戸田専門委員 最初の点は、今回のテーマのシステム化についてはそれほど自治体の基幹系のシステムと接続性があるといったものではないので、例えば厚労省様で統一的なシステムをつくって、それに適宜乗ってくださいというやり方でも十分できる話だと思いますので、あまり自治体の標準化が遅れているからこちらも遅れていいよという話にはならないと思いますので、そこはぜひ御留意いただきたいなと思います。

○厚生労働省（斎須審議官） ありがとうございます。

まさに認定調査の情報というのは非常に重要なので、介護の情報基盤をつくる上でも5つの柱の一つに入れているぐらいでございまして、その中では主治医意見書をデータ化できるような形にしたいと。意外と結構いろいろなところに広がるものですから、そういったことを考えながら、できる限り早くやりたいというのは私どもも全く同じでございまして、取り組んでまいりたいと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

運用しているのは自治体ですけれども、制度をつくっているのは厚労省というか国ですから、まず制度があってその後の運用なので、制度をつくって国がもっとイニシアチブを取る必要があるのかなとは思っています。くどいようですが、介護保険制度は国の制度ですからね。

では、お待たせしました。杉本委員、よろしく願いいたします。

○杉本委員 ありがとうございます。

私からは、御報告いただきました全老健さんの御報告内容についてまず質問させていただき、それを受けて厚労省さんに御意見を伺いたいと思います。

全老健さんの御報告の中で、そもそも要介護認定の基準自体が国際基準としてはICF、どれだけのことが自分でできるかということが基準になっているので、そちらのほうにそもそも基準を変えるべきではないかという御提案があったと思いますけれども、不勉強で大変申し訳なくて、教えていただきたいところなのですが、もしICFの基準に変えることによって、例えばこのICFによると自立度1に当たるものは、現在のところでの要介護5と大体のところ範囲がかぶってくるのか、またはそこで少し差が生じてくるのか、その部分の現在の要介護の介護にどれだけの時間がかかるかというところと、どれだけ自分でできるかというところには結果として相違が出てくるのかというところをまず教えていただければと思います。

仮にこのICFの基準に変えることによって、たしかICT化・AI化をすることでより判断がしやすくなるのではないかという御提案だったと思いますが、それが認定に係る迅速化のところにもつながってくるという御見解というふうにつながっていくのかというところもお聞きできればと思います。

全老健さんのお答えをお聞きした上で、この基準の変更、そもそもの制度としての基準の在り方の変更について、厚労省さんがどのようなお考えをお持ちなのか、お聞きできればと思います。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、まずは全老健様、リプライをお願いできればと思います。

○全国老人保健施設協会（東会長） ありがとうございます。

おっしゃったように、今の要介護5がICFで評価した場合の自立度1というふうになってくると思います。

ただ、今、ある利用者さんをどちらでも評価して、それがどれぐらい相関性があるのかというのはまだ取っていません。ただし、ICFステージングは私どもの会の中でも3割ぐらいがデータを取っておりますし、この度、LIFEにもそれが入るような予定になっておりますので、結構ICFステージングの段階と要介護度がどれぐらい相関するのかというのは、数字的には逆の相関になりますけれども、データの的にはすぐ出ると思います。それが一つ。

それから、私も先ほど申しましたように、今は手のかかり度、介護の時間ということで評価をしているわけですが、これはICTやAIには非常になじみにくいのですね。「見守り」や「一部介助」という評価をICT化するというのは、これはケアテックさんのほうが詳しいと思いますけれども、私は大変親和性が低いと思います。ですから、やはりこれはその方の能力を評価するというのがICT・AI化に非常に親和性が高いと思っています。

これぐらいの返事でよろしいでしょうか。

○杉本委員 ありがとうございます。

では、結局今後、そのような基準に変えることが判定にかかる時間の短縮や迅速化にも結果的につながりやすいのではないかという見解という理解でよろしかったでしょうか。

○全国老人保健施設協会（東会長） そうですね。

それと、私も申し上げましたけれども、そもそも介護保険というのは自立支援というのがもう基本のきになっているわけですね。なので、その方の残存能力をちゃんと評価してあげるとするのが自立支援では非常に重要なのですが、それを評価せずにどれだけ手がかかるかで評価している。なのに、自立支援。誰かほかの方もおっしゃっていましたが、自立支援の考え方と手のかかり度で評価しているところのギャップがうまくいっていないところなのですね。

ですから、私も厚労省さんにぜひ御提案したいのですけれども、介護保険ができて20年以上たっているわけですから、やはり制度疲労も出てきていると思うのですね。ですから、ある程度そのところは、自治体が大変だということもあるかもしれませんが、さっき佐藤先生もおっしゃったように、厚労省がこの評価の仕方をがらっと変えるよと、自立支援に資するような評価指標に変える、しかもそれはAI・ICTに親和性の高いものに変えるということであれば、私はスムーズにいくと考えています。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、杉本委員から厚労省への質問ですね。

○杉本委員 今のお答えをお伺いした上での厚労省さんの御見解をお伺いできればと思います。よろしくお願いします。

○厚生労働省（斎須審議官） ありがとうございます。

自立支援が重要だというのはまさにおっしゃるとおりでございまして、東先生にも御指導いただきながら、来年度からの報酬改定でもそういった考え方を色濃く出したつもりでございまして。

他方で、要介護度につきましては報酬にはね返ってくるものですから、報酬というのはその介護のサービスに平均的な費用がどれぐらいかかるかというのを勘案して公定価格を決めていく作業でございまして、そうしますと、人が人を介して提供するのが介護サービスでございまして、それにどれぐらい時間がかかるかというのを基礎に、こういったものがそもそも構築されたといった背景がございまして。

その上で、東先生の御提案は大変貴重な御提案だと思いますので、しっかり受け止めて検討しなくてはいけないとは思っておりますけれども、ただ、個々の要素に分けてどんどんブレークダウンしていきますと、恐らくそんなに重度化と自立度とで大きく変わらないところもかなりあるのかなという気が、印象論でございまして、しておりまして、いずれにしても自立の考え方も反映して、しかもアルゴリズムにうまくのりやすいような考え方というのはDXを進めていく中で検討してまいりたいと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、お待たせしました。津川委員、よろしくお願いします。

○津川座長代理 今までの議論でAIやアルゴリズムの話は結構出てきていると思うのですが、アルゴリズムに合わせて測定方法を変えるというのは本末転倒なので、常識的な範囲で必要なデータを構造化された形で入手して、それをAIなり何らかの機械学習なりで評価するというほうが正しいやり方なのだと思います。

それに関連して、要介護度の認定が一次判定と二次判定でかなりの割合で差がないということだったのですけれども、例えばこのプロセスだけにAIを利用して、いわゆる二次判定で結果が変わりそうな人のみにある程度のリソースを投入する。確率論的に一次判定と二次判定が変わる確率がかなり低いケースにおいては二次判定をスキップするなどというものは既存のデータさえ構造化されていればAIを利用してできる、いわゆるリソースの有効活用だと思うのですが、そういったものというのは厚労省さんのほうで御検討されたり、何らかの似たような活動というのは行われているのでしょうか。教えていただけると幸いです。

○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。

○高山専門委員 佐藤先生、もしよかったですら私も同じ件で。

○佐藤座長 分かりました。では、まとめて回答いただきますので。

○高山専門委員 この会議の初めのほうにもいただきましたけれども、さいたま市長さんからの提言書にも大事なことが書かれていまして、2番目の二次判定の省略をしてほしいというところは、本当に迅速にサービスを使えるようにする上で重要な御提言だと思えます。ここはぜひ厚労省さんからもお答えをいただければと私も思っておりました。

ただ、私は一次判定結果を正式決定にしなくてもいいと思うのです。仮決定であっていいと思うのです。サービスが使えれば、現場としては構わないので、この仮決定についてケアマネから不服がなければ、これでいいですよということであれば、そのまま審査会を経ずして正式認定すればよい。そういう意味でのスキップでいいのではないかなと思います。

もしこういう制度にした場合、審査会の役割というのは現場から異議が出た事例のみを丁寧に検討することができるようになりますので、現在、流れ作業的になってしまった審査会を、再び専門性を生かして利用者本位のものとしてできると思うのですよ。厚労省さんが懸念を示されていましたね、調査における不適正な掘り起こしなどがある、あるいは実際よりも多めに判定しまう事例が混じっているのではないかと。こういうことはどんな制度でも起こり得るモラルハザードだと思います。これは審査会で一人当たり数分チェックするだけではほとんど見抜けません。むしろこうした不適正事例のチェックについては、審査会に期待し過ぎるのではなくて、審査会でも見抜くこともあるでしょうけれども、市町村で抜き打ちで確認していただくとか、別途検討いただければなと思っております。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今の高山先生から御指摘も含めて、厚労省さん、いかがでしょうか。

○厚生労働省（斎須審議官） ありがとうございます。

資料の20ページでありますけれども、この認定審査会の簡素化というのはまさに御指摘いただきましたような観点から二次審査を簡略に済ますと。ただ、二次審査がありませんと、結局目が届くのが認定調査をしてソフトウェアから出てきた判定だけということになってしまいますので、それは第三者の目といいますか、やはり何人かの目が入っているということが一定の牽制になると思っていますので、そういった範囲で簡素化させていただいたと。

その根拠は、21ページにございます、まさに下のほうに楕円で書いてある96%が変わらなかつたというのを根拠にしておりますので、確かに一件数分でやっていてしっかりした牽制になるのかという御指摘もまさにおっしゃるとおりの側面はございますので、そこも踏まえて検討してまいりたいと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、全老健様、どうぞ。

○全国老人保健施設協会（東会長） 私も2点申し上げます。

まず一点、医師の意見書ですが、私もずっと20年以上書いていますけれども、私も高山先生の意見に賛成でございまして、生活機能というか、医師は医療に関することのみ意見書に書くというふうにしていただくほうがいいと思います。医者が全部生活面を見ているわけではないので、私もその意見に賛成です。

それと、さっきから二次判定はもう要らないとか、同時にされるとか、いろいろ意見が出ていますけれども、これに非常に時間がかかっている一番の原因は一次調査なのです。一次調査に人がいない。そこで物すごく時間がかかっているのです、一次判定が出て次の二次判定を幾らAIとか、自動化しても、あまり認定期間は短くならないのですよ。一次調査をどうするかというのは、今までどおり人の手を使ってそこへ行って手のかかり度を見てやるということを根本的に変えない限り、認定審査期間は短くならないと考えます。

以上です。

○佐藤座長 ありがとうございます。

そろそろお時間になってきていますけれども、ほかはいかがでしょうか。

では、杉本委員、よろしく申し上げます。

○杉本委員 続けて申し訳ないのですけれども、厚労省さんに少し意見をお伺いしたい点なのですけれども、この要介護認定に関して迅速化、そして正確性を担保するには、どのように保険者である各自治体等が要介護認定を迅速に行ってきたのか、正確性はどうかというところをきちんと実際に介護サービスを受ける利用者、そしてその家族、ケアマネージャー、事業者等に対してもっと明らかに見える化を図るということも一つ重要なかなと思っているのですけれども、そういった点からは、各自治体での取組やそういったかかっている時間などについての集計というものを定期的に公表していくということも一つあるのかなと思うのですけれども、そういった取組について、厚労省さんの御意見等がありましたら、お伺いできますと幸いです。

○佐藤座長 ありがとうございます。いわゆる地域差の見える化という形だと思っておりますけれども、以前、認定率の地域差の見える化などはたしかやったことがあったと思うのですが、いかがでしょうか。

○厚生労働省（斎須審議官） そういった方策がもし有効であれば、検討したいと思うのですけれども、各自治体においても状況は様々であろうと思います。それから、コロナの対応についてもかなり影響がございました。今年度一年は経過期間ということで、あまり急激な山にならないように、なだらかになるようにということでやらせていただいておりますけれども、様々な事情で、さいたま市さんなどもそうだと思いますけれども、6年度に寄ってきてしまうみたいなこともあろうかと思っておりますので、どんなやり方がいいのか、先ほど御説明の中で適正化の事業というのをやっておりますと御紹介しましたけれども、そういったもののやり方も含めて検討してまいりたいと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

では、大石専門委員、よろしく申し上げます。

○大石専門委員 先ほど私が申し上げたことについてちょっと補足的にお伺いしたいのですけれども、さいたま市さんが例で出されたみたいに、要介護認定者が今後、大幅に増加するではないですか。どういう取組でどれだけ要介護認定に対する期間が短縮できるのかとか、厚労省様は明確な戦略的な戦略や目標を持っているべきだと思うのですけれども、そういうものを持っていらっしゃるのかという御質問です。

あとは今、いろいろなものを進めていらっしゃると思うのですけれども、どの取組でどれくらい効果があるのかということのを定量化していただきたいなと思っていて、その定量的な効果というのをきっちり出していただきたい。それが今後の要介護認定者が増えるということに対して十分な効果が見込めないのであれば、先ほど私が申し上げたプランBとしてそもそものやり方を抜本的に見直すということをする必要があるのだと思うので、そこら辺の戦略、計画、それによる成果ということを実際に出していただきたいなと。それが十分なのかどうかということも評価して出していただきたいなと思います。

先ほどもちょっとコメントがあったのですけれども、各自治体の自治業務だから難しいというお気持ちは分かりますけれども、やはりその制度をつくっていらっしゃるの厚労省なので、本当に各自治体がフリーハンドでやってもいいというのであれば、例えばさいたま市さんがおっしゃっているのをそのままやっていいですよと言うのも一つの手だと思うのですけれども、そうではないのだとすれば、やはり厚労省様がリーダーシップを取って利用者の立場に立った目標設定をつくって、それに合わせた必要な制度改革というのをどんどん進めていく必要があると思うので、ぜひそこら辺を明らかにしていただきたいなと思います。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今の点、いかがでしょうか。これからまさに御指摘のように埼玉や東京で高齢化が一気に進むわけですから、ある意味介護保険の持続性が問われるときが来ると思うのですけれども、この点について危機対応と言うと変ですけれども、厚労省さんとしてどういう見通しを持たれているのかということだと思うのですが。

○厚生労働省（斎須審議官） まさに大きな課題だと思っております。

目標ということについては、法律上は30日というのが明記されているわけでございまして、何か立てるとすればそれを踏まえざるを得ないのかなと思います。

ただ他方で、さいたま市さんの例、あるいは全国の平均、あるいは東先生のところの例など、今はかなり自治体によってばらばらな状況でもございますので、どういったやり方が自治体にインセンティブを働かせて解決策になるのか、いろいろな知恵があるのだろうと思います。先ほどの認定審査もそうですし、あるいは認定調査にしても、あまり市町村のOBの方を活用していないようなことも耳にしたりしまして、いろいろなやり方があると思いますので、そこはしっかり研究して取り組んでいきたいと思っております。

○佐藤座長 大石専門委員、どうぞ。

○大石専門委員 ちょっとだけコメントなのですがすけれども、法律で30と書いてあるのは、30だったらそれでいいやということではないのだと思うのですよ。先ほどのがんの患者さんなどは30では絶対駄目で、もっと違う方法をやらなくてはいけないということであったり、あと、30を目標にすると絶対30を超えるではないですかということもあるので、それをまずよしとしないということだと思ふのですね。

あとは、さっき申し上げたのは、全体でどうだもあるのですけれども、一個一個の施策がどういう効果があるのかということをはっきりと明らかにしていただきたいのと、あとはいろいろなすごい数の自治体があるところが、それはばらばらになりますよ。だけれども、例えばさいたま市さんでもどこでもいいのですけれども、幾つかのところでは事例的に計測してみる、推定してみる、実行してみるというところから始まっていいと思うのです。それを公開しながら、あとは先ほど杉本委員からも御意見があったように、各自治体がどこまで取り組んでいるのか、それがうちの自治体はすごく長いよということが市議会の中で問題になるような進め方も必要だと思うので、できる限りオープンにしていく等も含めて、抜本的にやり方を変えないとこれは進まないと思うので、ぜひお願いしたいと思います。それができるのは厚労省さんしかないと思うので、ぜひお願いします。

○佐藤座長 ありがとうございます。

今のはコメントという形でよろしいですかね。ありがとうございます。

では、時間が過ぎてしまっていましたので、今日の議論はここまでとさせていただきます。

まとめということになるのですけれども、一つ言えるのは、介護保険制度が始まってもう四半世紀がたっているのです、そろそろアップデートが必要だよねと。その間にもいろいろな状況が変わったよねと。2000年のときには人手を使ってマンパワーを使ってある意味アナログに制度を回していくのが前提だったような気がするのです。コンピューターはあったけれども、これからAIが中心になってくるデジタル化の時代になってくれば、やはりやり方は違うよねということになると思うのです。言われてみてそうだったのですけれども、ちょっと話がずれてしまうのですが、支払基金があるではないですか。あれもコンピューターチェックを主としてやって書面審査をできるだけ少なくするという方向に舵を切っているのです。なので、これまでどちらかというと人間が主でコンピューターが従であって補足だったのですけれども、これが逆になってくるわけで、やはりAIなどのICT技術を最大限使って、それでも足りない部分を人間が補足していくというやり方になってくるのかと思います。

高山先生でしたか、御指摘があったとおりに別に二次判定をやめろと言っているわけではなくて、ある意味不服があればそれに対して不服申請という形で二次判定を使うことによって、むしろ人間の審査の精緻化を図れるのではないかという御指摘もあったかと思ふ。

厚労省さんとも多分ベクトルの方向は似ていると思うのです。やはり簡素化であるとか、

迅速化というところ、あるいは正確性の担保というところについてはすごくベクトルは合っているのですが、長さが違う。そういうところで、より厚労省さんには自治事務自治事務と言わないで、主体的に取り組んでいただければと思うのですね。やはりリーダーシップを取らないと、これは何とも言えないと思います。

ただ、今日緊急に考えなくてはいけないことはがん患者の方々に対する対応で、これは今の制度の枠の中でも恐らくできることだと思います。私も介護保険部会で以前、認知症の方々がなかなか今の既存の認定基準に合わないよねということが問題視されていたことがあったと思うのですね。それと似た案件だと思うので、これは喫緊に対応すべき課題で、くどいようですけれども、AIの活用というのをもうちょっとロードマップを作りながら対応していく課題、共通システムの導入などといったところは少しロードマップに、自治体は1,700あるので大変なのは分かっているのですけれども、やはりそこはしっかりと取り組んでいただけるということだとよいのかなと思いました。

あともう一つ、主治医の意見書、ちょっと細かいですけれども、これも介護の現場で生活の実態を把握している人たちが本来意見書を書き、主治医は医師としての知見を最大限生かすという形での見直し。これも別にICTとは関係ないので、緊急にできることではないかと思います。

こんな感じでもよろしいですかね。ありがとうございました。

では、厚労省の皆様方におかれましては、本日の議論をしっかりと受け止め、検討いただき、検討結果を本ワーキング・グループに報告いただけるようにしていただければと思います。

では、議論はここまでといたします。厚労省の皆様方、それから今日御説明いただいた皆様方、本当にありがとうございました。非常に分かりやすく説明いただけていたと思います。論点がクリアでした。

では、この後ですが、委員、専門委員の皆さん方におかれましては、時間の制約で発言できなかった御質問、御意見がある場合は、事務局に対して3月15日、つまりあしたまでに御連絡をお願いいたします。事務局から厚労省へまとめて連絡いたします。

それでは、本日はこれで会議を終了いたします。本日も御参加いただきましてありがとうございました。

速記はここで止めていただければと思います。