

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2年2月20日（木）9:59～11:56

2. 場所：中央合同庁舎4号館4階共用第4特別会議室

3. 出席者：

（委員）大石座長、佐藤座長代理、菅原委員

（専門委員）印南専門委員、高橋専門委員、武藤専門委員、安田専門委員

（政府）大塚副大臣

（事務局）林次長、彦谷次長、森山次長、小見山参事官、長瀬参事官

（説明者）高山祐志郎 日本商工会議所 企画調査部 副部長

中原修二郎 日本商工会議所 社会保障専門委員会 委員

東京商工会議所 社会保障委員会 委員

東京商工会議所荒川支部 小売・サービス分科会副分科会長

有限会社ケア・プランニング 代表取締役

増田信宏 有限会社ケア・プランニング 専務取締役

佐藤里衣 厚生労働省 老健局総務課 課長補佐

荻田洋介 厚生労働省 老健局振興課 課長補佐

馬場宗一郎 北九州市保健福祉局先進的介護システム推進室

介護ロボット担当係長

齋藤良太 厚生労働省 老健局高齢者支援課長

宇野禎晃 厚生労働省 社会・援護局福祉基盤課長

4. 議題：

（開会）

1. 介護事業者の事務負担の軽減などによる効率化

2. 介護現場でのAI・ICT・ロボットの活用の可能性と課題

3. 介護事業者の大規模化・協働化を通じた効率的な事業経営・運営を促進する仕組み

（閉会）

5. 議事概要：

○長瀬参事官 おはようございます。

定刻でございますので、ただいまから第7回「医療・介護ワーキング・グループ」を開催させていただきます。

皆様、御多忙中、御出席ありがとうございます。

本日は、大塚副大臣が、御出席です。

また、委員の中では、大橋委員が御欠席ということでございます。

議題でございますが、本日は、重点審議項目でございます、介護サービスの生産性向上に関しまして、1つには介護事業者の事務負担の軽減などによる効率化、介護現場でのAI・ICT・ロボットの活用の可能性と課題、そして、3つ目、介護事業者の大規模化・協働化を通じた効率的な事業経営・運営を促す仕組み、これらについて議論をいただきたいと思っております。

それでは、議事進行に関しましては、大石座長にお願いしたいと存じます。

よろしく、お願い申し上げます。

○大石座長 ありがとうございます。

それでは、早速、議事に移ります。

まず、議題1「介護事業者の事務負担の軽減による効率化」についてでございます。

第4回「医療・介護ワーキング・グループ」においても、介護分野におけるローカルルールや文書作成負担等の課題について、厚生労働省からお話を伺いましたが、本日も引き続き、負担の軽減に関して取り上げたいと思っております。

本日は、日本商工会議所社会保障専門委員会委員及び有限会社ケア・プランニングの代表取締役の中原修二郎様。

有限会社ケア・プランニング専務取締役の増田信宏様。

また、日本商工会議所企画調査部副部長の高山祐志郎様にお越しいただいています。

また、厚生労働省老健局から佐藤里衣総務課課長補佐、荻田洋介振興課課長補佐に御出席いただき、質疑に対応していただきたいと思っております。

それでは、中原様、御説明をお願いします。

○日本商工会議所（高山副部長） 日本商工会議所の高山でございます。このような貴重な機会を頂きまして、ありがとうございます。

本日は、私ども日商が昨年10月に取りまとめました「規制・制度改革に関する意見」の中の要望項目であります、介護分野における規制緩和・手続簡素化に関しまして、日商の社会保障専門委員会委員、有限会社ケア・プランニング社長の中原さんと、同社専務の増田さんより、現場の生の声をお伝えできればと存じます。

早速ですが、中原社長、よろしく申し上げます。

○有限会社ケア・プランニング（中原代表取締役） どうぞ、よろしくお願いいたします。

時間もございませんので、説明を始めさせていただきたいと思っております。

まずは、2ページ、3ページでございます写真ですが、こちらは、書類のイメージを持っていただきたいということで、掲載しています。

そして、4ページ目、5ページ目に関しましては、書類の削減に向けた国の取組を掲載しています。

現場としましては、政府は、動いてはいただいているのですけれども、一向に負担は減らず、また、別の形で増えていっているというのが実感です。

詳細は、また、後ほど説明させていただきます。

6 ページから 9 ページでは、必要書類等の種類や、その根拠法令等を記載しています。例えば、アセスメント、ケアプラン作成、サービス担当者会議や、モニタリング等において、この書類を用意しなくてはならない、そして法令の根拠はここに書いてある、ということに記載しています。

ケアマネジャーのところであれば、アセスメント欄の下線部分に、利用者の居宅を訪問しなければいけないですとか、書類を 2 年間保存しなければいけない。こういったものが、ケアマネジャーの業務のプロセスにも書かれているのと同時に、ホームヘルパーやデイサービス、サービス事業者の欄にも、似たような書類、および根拠法令が記載されていますので、御参考までに載せさせていただきます。

また、これとは別に、8 ページの実績確認、給付管理というところで、国保連合会に請求を出すわけですが、そちらもこういったソフトで作っており、非常に手間がかかっているということで、ここも載せています。

また、ここに載せられている書類以外に、サービスごとに利用者さんとサービス事業者がそれぞれ契約を結んでおり、その契約書の厚さは今のプレゼン資料の倍ぐらいあります。こちらも参考までに説明させていただきます。

10 ページは、そのプロセスから、必要書類、種類、分量等を示しており、紙の枚数をイメージできればと思い、記載しています。

10 ページ目の時期の欄ですが、新規ケアプラン作成時や、認定の更新時、認定変更時、また、プランの変更時に、アセスメントシートをもちろん書き直しますし、その都度ケアプランを作成することになります。

最近では、リ・アセスメントシートという書式が推奨されておりまして、こちらも書類の量が多くなっている要因の 1 つで、この時期にケアプランをつくるというところで、下の方に記載していますが、利用者 1 人当たり 16 枚程度になります。

この 16 枚を基に、右側のサービス事業者の欄にも、ケアプランを参考に訪問介護計画書であったり、訪問看護であれば、看護の計画書、デイサービスだったらサービスの計画書、また、それぞれ加算を取ると、それぞれまた計画書のようなものがどんどん増えていくというような状態になっています。また、先ほどの法令の方で載せているように、それぞれ利用者様の御印鑑が必要ということで、また違ったタイミングで印鑑を取りながら、印鑑の複写を関係者に交付をするというような手間が発生するという話です。

続きまして 11 ページですが、これは毎月の業務で、こちらの方が深刻です。毎月サービスを提供していただくために、毎月利用票というものを作成します。

ケアマネジャーが、利用者家族に利用票を作るのですが、利用者 1 人当たり 2 から 4 枚程度、また、サービスが多ければ多いほど、どんどん増えます。こちらに印鑑をもらって、原本保管が必要になります。

介護支援専門員 1 人当たり 35 件の担当ということで、大体利用者 1 人につき 4 枚作成す

ると、これだけで月に280枚になります。また、提供票といって、サービス事業者側に交付するのですが、サービスを使えば使うだけ、この提供の枚数も増えていきます。こちらも1事業者当たり4枚送付で、35掛ける3掛ける4で420枚、この利用票と提供票を合わせて、ケアマネジャー1人当たり、毎月700枚印刷することになります。

これをサービス事業者側に同じように送るわけで、サービス事業者側も利用票がないだけで、提供票がたまっていくというような状況になっています。

また、こちらもソフトは使っていますが、手入力という形になっており、手入力をした上で、介護支援専門員の方に送り返して、それを請求するために、また手入力をして、国保連合会に請求するといった仕組みになっています。

利用票については、必ずしも印鑑をもらうことが規定されていませんが、同意を得たことの証明として印鑑をもらうことが一般的です。

また、同意を得たことを残して交付する必要があるために、基本的に紙ベースでやりとりすることとなっています。

提供票についても、現状、異なる介護ソフト間で、データ上の予定確認と実績入力できる仕組みがないため、結果、紙ベースでのやりとりになっている状況です。

12ページに、先ほど申し上げた東京都推奨の「リ・アセスメントシート」の書式を載せています。

右側が、1か所のサービス事業者に届く1年間分の提供票です。

また、13ページの左側に、先ほど700枚とお話ししましたが、介護支援専門員1人が1か月に送付した提供票を載せています。私たちの事業所には10名のマネージャーがいますから、これが10倍増えていくということをイメージしていただければと思います。

右側が、他社サービス事業者から返送される実績入りの提供票の保管状況、こういった書類を2年間保管しなくてはいけないということで、倉庫代や、保管代等のコストがかかってきています。

14ページの左側は、他社サービス事業者から返送される利用実績入りの提供票の保管状況です。また、右側が介護支援専門員1人分の利用者ファイルの書庫、これも書庫がケアマネジャー1人につき1個というような状況で、それでも入りきらないような状況になりつつあります。

書類を処分する際は、専門業者に依頼する必要もあって、相応のコストもかかっています。

また、こちらの700枚の書類ですけれども、ファックスだったり、郵送代なので、そちらの方のコストも相当かかっています。

書類の大幅な削減により、このコストを低減することで、人件費増加の原資を確保することができるのではないかと考えています。

平成29年の居宅介護支援事業所は、全国で4万1273か所で、平均すると1か所あたり2.6名のケアマネジャーが在籍しております。その方たちが、これを毎月増やしていくというよ

うな状況をイメージしていただければと思います。

続きまして、現状の課題と解決策についてお話しさせていただきたいと思います。

課題の1つとして、介護ソフトごとにフォーマットが違って互換性もないことが挙げられます。このためソフトを変える場合のデータ移行は、ほぼ手作業となっています。

例えば、Aケアプランセンターと、B訪問介護事業者が違うソフトを使用している場合は、このデータのやりとりは不可となります。

このため、先ほどお話しした書類が、結果として紙媒体のやりとりになっていて、それぞれの事業所で手入力した上での保管になっています。

結果的に介護サービス事業所が毎月受け取って、保管する書類が膨大となって、ペーパーレス化は全く進んでいないという状況になっています。

ケアマネジャー側の実績入力、事業所の利用者数掛ける利用しているサービス事業所になり、膨大な作業量になっています。

事務員を雇用する費用は介護報酬に含まれていません。ケアマネジャーが相当の時間を割いているのが現状であります。

また、サービス事業所にも全く同じことが言えます。

以上のことから、利用者への対応する時間が圧迫されるというような支障が出ています。

課題の続きですが、アセスメントシートには、標準書式はありませんが、ケアマネジメンツの質が問題視される中で、先ほどお話ししたように、東京都においては、アセスメントをより可視化するツールとして、リ・アセスメント支援シートが開発されました。アセスメントの精度を高めようとする中では、記載が必要な情報量は多くなって、結果的に作成する書類の分量は増えております。

また、東京都においては、この書式を使用したケアプラン点検を推奨していますし、ケアマネジャーであれば、何年かに一度受講する法定研修でも必ず使用され、事例提出にも使用されています。

また、地域ケア会議にも使用する保険者も増えてきています。

しかし、これ自体がローカル書式のため、介護ソフトには反映されにくく、介護ソフトなアセスメント入力にも入力して、必要に応じ、リ・アセスメント支援シートも作成するという二度手間が発生している状況です。

解決策としまして、書式の統一・情報分析へのAI関与促進・ケアプラン作成支援AI汎用化促進を提案します。

AIによるケアマネジメンツ支援ツールにおいても、全国で標準になるようなアセスメントツールや書式を採用する必要があるのではないかと考えます。

今後AIツールが介護ソフトの垣根を越えて汎用化され、情報を蓄積することで分析の精度も上がることが期待されるため、汎用化促進を望みます。

また、国で統一のCSVプラットフォームを作って、各ソフト会社がそのプラットフォームを活用する形でアプリケーションを開発すれば、ソフト同士の互換性が生まれる可能性が

あるのではないかと考えます。

どのソフトでもデータが共有できるようになれば、提供票やモニタリング報告などを紙媒体でファックスする必要がなくなるのはもちろん、サービス事業所で実績を入力して、ケアマネジャーがそのデータを確認し、給付管理することも可能になるのではないかと考えています。

また、スプレッドシートを活用して、クラウド上でデータ共有をする方法も検討できるのではないかと考えています。

18ページですが、現行の制度下では、居宅介護サービス計画書や、ケアプラン、サービス事業者の計画書は紙ベースでの署名・捺印、交付が前提となっています。

ケアマネジャーは、利用者や主治医・各サービス事業者へケアプランを交付する義務がありますが、このことが紙の枚数と手間を増加させています。

これは、サービス事業者にも同じことが言えます。

解決策としまして、居宅サービス計画書に関する紙ベースでのやりとりを減らせるような規制緩和、交付義務の見直し、ケアプラン標準仕様導入の促進をしてはどうかと考えます。

居宅サービス計画書の同意を電子署名等でも可能にしてはどうか。

サービス事業所への計画書の交付については、個々の事業者への交付ではなく、データで確認することで可とするように、規制緩和をしてはどうか。

若しくは利用者宅に居宅サービス計画書や個別計画書をファイリングしておき、それを介護支援専門員やサービス事業者が確認すればよい形にしてはどうか。

PDF化したケアプランをクラウドに登録し、アクセス権を持ったサービス事業者が確認や印刷をできるようにしてはどうか。

また、茨城県の笠間市の介護健診ネットワークのように、自治体や保険者単位で情報共有システムを構築し、使用している介護ソフトに関係なく閲覧できるようにするのはどうかと考えます。

また、「課題と解決策3」ですが、利用予定と実績に関するケアマネジャーとサービス事業所のやりとりが紙ベースであり、紙の量や業務負担が大きくなっています。

解決策として、ICT導入支援事業を活用した、ケアプラン標準仕様導入のさらなる促進が期待されています。クラウドを使用した介護支援専門員とサービス事業所との情報共有が可能になることで、紙ベースのやりとりは激減するのではないかと考えます。

続きまして、ケアマネジャーによるモニタリング訪問が最低1か月に1回となっていますが、状態の安定している方もいれば、頻回な訪問が必要な方もいます。

現状では、ケアマネジャーの裁量権は認められていないため、業務効率が非常に悪くなっています。

解決策として、ウェブカメラや家電に搭載されたセンサーなどのツールが発展・普及してきていることを踏まえ、これらのツールを活用できる仕組みを作るとともに、法令を見

直し、訪問頻度については、最低3か月に1回程度とし、利用者の状態に応じてケアマネジャーによる裁量を認めてはどうかと考えます。

続きまして、「課題と解決策5」です。

サービス担当者会議を開催する場所は必ず利用者宅と限定されていないものの、法で「召集する」と表現されているように、関係者が一堂に会して行うこととなっています。

主治医も含めた複数の関係者を同じ時間に同じ場所に集めるというのは、かなり調整が難しく、非効率的になっています。

解決策としては、例えば利用者に関わる関係機関が参加できるビジネスチャットのようなツールに、ケアマネジャーが把握した状態や、意見を求める発信をし、そこに主治医や専門職が意見して協議をすることで、サービス担当者会議としてみなすことができれば、利用者に対し、必要なサービス提供にかかる時間が削減できるのではないかと考えます。

介護保険は、どちらかというアウトカム評価よりプロセス、手間とか時間とか作業量の評価が重視されます。確かにアウトカム評価は難しい側面もありますが、実効性重視の規制緩和は必要ではないかと考えています。

23、24ページには、「その他の課題」を挙げさせていただきました。

健康増進や介護・認知症対策で、新しい技術やプログラムが開発・導入され、成果を上げています。

これらの技術を通所介護サービスなどに導入するには、相応のコストはかかりますが、それをどう考えているか。これらのコストは、介護報酬には含まれていないのが前提となっています。

また、通所介護では個別機能訓練加算で機能訓練への取組を評価しますが、これは理学療法士などの専門職を配置することが必要な「人の配置を求める」加算となっています。人ではなくて、新しいプログラムや運動機器を導入することに対して加算をつけることが可能になれば、既存の通所介護事業所やサービス事業所が、「これからの技術を導入しやすくなる」「人材の効果的な配置が可能になる」などの効果が見込めるのではないかと考えます。

また、これらの技術や機器を導入したくても、コスト面でちゅうちょする介護事業所は多いと考えられます。

結果的に普及が進まず、技術や機器のバージョンアップをするための資金も得にくくなると、せっかくの技術も先細りになってしまいます。

補助金制度や状態改善へのインセンティブ活用など、新しい技術・機器の導入について、介護事業者への動機づけが必要でないかと考えます。

現行の介護分野に関わる各種法律は、AIやIoT、ロボットなど先端技術やSNS普及などを踏まえた内容にはなっていません。

今後、法改正を行う際には、5G時代における、さらなる技術革新も念頭に置くべきではないかと考えています。

現行の法律は、人手不足や技術革新といったものがない時代につくられていますので、是非こういったことを勘案しながら法改正に臨んでいただきたいと思います。

また、3年に一度、介護保険事業計画の策定に伴う介護報酬の改定が行われますが、そのたびに書類作成や手続の負担が増加しています。

例えば処遇改善加算ですが、処遇改善加算をやると、また新しい書類が増えていっているというような状況になっています。

そういうところで、介護事業者の業務効率化のためには、既存の制度改正などによる手続簡素化に加えて、新たな手続の負担の増加を抑制するといった視点も持ちながら、改正をしていただきたいと思います。

最後になりますが、社会的なコストの削減だけではなく、介護事業所がペーパーレス化に取り組むことで、人手不足への対策や、そのコストを人件費に充てられるといった処遇改善、また、こういった環境問題や地球温暖化に、介護業界が先駆けて取り組むというような多くの効果が出るのではないかと期待をしています。

以上で説明を終わらせていただきたいと思います。

ありがとうございました。

○大石座長 ありがとうございました。

そうしましたら、ただいまの中原様の御説明について、大塚副大臣、また、委員の皆様、御意見、御質問等ございましたら、お願いします。

では、武藤委員、お願いします。

○武藤専門委員 御説明ありがとうございました。

業務の効率化に関してなのですけれども、これは、厚労省さんにお聞きした方がいいと思いますが、今回の診療報酬改定の中では、いわゆる働き方改革の中で、書類や記録、それから研修の見直しとか、専任、専従要件、それから常勤、非常勤の要件見直しとか、あと、オンライン会議とか、様々な、そして業務効率化に関する項目が盛り込まれたのですけれども、これは、来年度の介護報酬改定の中では、介護給付費分科会の中で、こうした議論というのは、なされているのでしょうか。

○厚生労働省（荻田課長補佐） 厚労省でございます。

介護報酬改定は、御案内のとおり、3年に一度実施してございまして、令和3年度に実施するというところでございます。

具体的な議論自体は、今後キックオフしていくことにはなりますが、診療報酬で議論された内容も踏まえながら議論していくというのが、これまでのやり方でもございますので、今御指摘があったような議論というものは、個別にどうかということはありませんけれども、当然、人手不足対策や、生産性の向上等、大きな文脈の中では議論されていくのかなと思います。今後の議論かと思います。

○大石座長 どうぞ。

○佐藤座長代理 ありがとうございます。

私は、もう一つのデジタル・ガバメントワーキング・グループに出ているのですが、こちらでも今日のお話と似たような議論があるので、それは介護の分野以外なのですが、いろいろな許認可を得るときに、やはりはびこっているのはローカルルールであると。

東京都さんは、ある意味、業務の効率化も念頭に置きながらやっているのですが、ローカルルールなので、やはり、ほかの自治体との汎用性には欠けますので、やはり業者の方から見れば、追加の負担にはなるのだと思うのです。

ちょっと感想めいたこと言うと、1つ目は、これまで厚労省さんを含めて、国というのは、制度は作るのですけれども、運営は地方に丸投げしてしまうのです。だから地方が仕事の仕方を自分たちでカスタマイズするので、それぞれがガラパゴスになっていくところなので、どこかの段階で、やはり書式というか、手続も含めて標準化は進めていかざるを得ないのだろうなと思ったのです。

そこで、これも厚労省に聞いた方がいいのか、現場の方に聞いた方がいいのか分からないのですが、はんこの話、これも実は、デジタル・ガバメントの方でも出ていて、はんこを求める限りは、ペーパーレスは進まないの、絶対にはんこはやめようということなのですが、ただ、現行の制度の枠の中においても、はんこは、もともと求められているのか、ある現場の付度でやっているものなのかということ。

それから、いろいろなアイデアとして、クラウドでデータを共有する、情報を共有するという、紙ではなくて、これも今のフレームでできないわけではない気がするのですが、これも新たな法改正で必要なものなのか、あるいは、実はこれも現場の付度で、やはり紙の方が確実だからやっているのですよというものなのか、その辺りどういうものなのか、これは、どちらに伺っていいのか分からないですが、質問です。

あと、これはむしろ商工会議所の方に質問なのですが、15ページのところで、介護ソフトごとにフォーマットが違っていると、それはそのとおりだと思って、これを統一化させていく。そのために国が標準化を進めるべきだと、そのとおりだと思うのです。統一フォーマットを示すべきというのはいいのですけれども、ただ、今、既にそれぞれの事業者がばらばらのフォーマットを使っているときに、ソフトを使っているときに、どうやって収れんさせていくのかなど。今、既に違うソフトが動いているわけではないですか。

ですので、どういう形で、統一ソフトに収れんさせていくのか、それについて、商工会議所の方として、何か見通しがあれば教えていただきたいと思います。

○大石座長 そうしたら、まず、1つ目の御質問の方を。

○有限会社ケア・プランニング（増田専務取締役） 私は、普段は主任介護支援専門員として、主に現場で御利用者の担当をしていますので、先ほど出ました印鑑の件につきましては、私から意見を述べさせていただきます。

法令上、印鑑を押せという文言は特にございません。説明、同意を得て交付をするという文言があるので、法律的に印鑑を押せということはないわけですが、印鑑をもらうことで同意を得たこととするというのが、慣習になっています。

なぜそうなったかというところですが、保険者から行われる実地指導のやり方が原因の1つとして挙げられます。

実地指導の際に、必ず紙媒体で書類のチェックをされます。自治体によっては違うかもしれませんが、電子媒体では認めないと言われますので、紙媒体の書類が必要になります。

そのときに、ケアマネジャーが訪問をしている証拠として、モニタリングの記録だけではなく、利用者様から印鑑をもらっていることで、ちゃんとやっているということを確認されます。印鑑が押されていないと説明していないのではないのかと言われます。どこかの社協さんの居宅で、利用者分の印鑑を大量にストックして、ケアマネジャーがそれを押していたということが公になりましたが、あの件についても、ちゃんとモニタリングはしていたと推測しますが、恐らくその印鑑がないことによる指摘を恐れる余り、100円ショップで印鑑を買って押したのだと思います。そういった事態が起きているということを考えると、そのローカルルールの中で、余計な規制を自分たちでかけている現状を、まず、認識をしていただいた上で、同意については、電子署名でもいいであるとか、口頭による同意でもいいというようなことを明確にすると、よりよいのではないかと考えています。

以上です。

○有限会社ケア・プランニング（中原代表取締役） もう一点、先ほどの介護ソフトの話、もう一度よろしいでしょうか。

○佐藤座長代理 何を申し上げたかったかという、15ページで、介護ソフトが事業者ごとに違いますが、互換性がないと、だから統一ソフトを作してほしいと、そこまでは分かるのですけれども、ただ、今、この段階で、みんなばらばらではないですか、これを、仮に国が統一ソフトを提供したときに、どういう形で、それを取れんさせていくと、その見通しを教えていただきたいかということです。

○有限会社ケア・プランニング（中原代表取締役） 業者も乗り換えられたくないため、ソフトを独自にどんどんバージョンアップさせます。

そのためソフト同士の互換性が生まれず、例えば利用者様が300人いたら、300人分のデータの移行や、毎月の利用票、提供票の予定と実績を組む作業が全部手作業になります。ソフトの互換性があれば、手作業がなくなるはずなのですが、そのソフト自体が、やはりばらばらなので、どういう見通しというか、そこが解決するだけで、こういうような効果が生まれるのではないかという状況です。

やはり業者さんは、どうしてもお客さんの獲得ですから、なかなか進んでいかないというような状況です。

よくコピー機などでは、乗り換えさせないために独自の仕様にはしますが、最近では、アマゾンであったり、グーグルであったり、そういったところが出てきてくれているおかげで、そこはみんな無料で同じようになっているのですが、日本だと、なぜかそこが既得権益なのか、進まないというような現状になっている印象です。

○大塚副大臣 関連で、データのフォーマットが違うということで、データの項目自体は

ソフトごとでそんなに違わないということなのか、データの項目も、入力項目とかも全然違うとか、そういうことなのか、ちょっと教えてください。

○有限会社ケア・プランニング（増田専務取締役） 特に問題となっている利用票であるとか提供票であるとか、そういった書式に関しては、基本的に入力するものは一緒ですし、書式自体も国が示しておりますので、それは一緒です。

アセスメントシートであったり、モニタリング票だったりというものに関しては、ソフト会社によって特色を出さなくてはいけないので全然違いますが、利用票や提供票の書式については、ほぼ統一されていると思います。

○大石座長 安田さん、どうぞ。

○安田専門委員 今、大塚副大臣と、その前に、佐藤先生からも御質問があったこと、私も介護現場にもいるので、少し補足しますと、ケアプランそのものは、割と定性的な情報で、御本人の目標とかを書くものなので、PDFで情報共有でも事足りることが多いかと思えます。

今、おっしゃっていただいたサービス提供票というのは、訪問介護が何時から何時まで、何曜日に行くかを示すもので、水曜日9時に生活援助で行く1、木曜日14時に30分の身体介護で行く1というふうに曜日・時間・サービス内容ごとにフラグが立っているものになります。それを、ケアマネさんから事業所に、こう行ってねという依頼として送り、事業所が実際に行ったところに、また1と入れて、実績を返すというやりとりがあります。

この部分は、データでやりとりをしないと、私もやりませうけれども、ケアマネさんから頂いたものを一々確認して、水曜日9時に生活援助が入っている、木曜日14時に30分の身体介護が入っているというのを、予定を自社のシステムに入力し直して、実際にヘルパーさんに行ってもらって、行ったという実績を記録してまた返すというやりとりになるのです。

その部分は、紙様式としては様式が決まっているので、通信プロトコルやデータの形式が決まってくれば、電子的にやりとりできるはずだと思います。

また、部分的にはあるのですけれども、そういう仲介するようなソフトというのものもあるように聞いております。

ただ、全然普及していない。ここはやはりコストがかかるとか、いろいろな技術的なハードルもあってのことだと思います。

1つ、私としても懸念しているのは、システム化することで、すごくリジットになって動きにくくなってしまうことがあるかもしれないと思っています。

例えば、サービス時間についても、7時ぴったりから行くのか、7時10分に行くのかというのは、事業所側の都合に合わせて、多少の変更はできますよという緩やかなリクエストを頂くことも結構あって、実態として、こういう時間に行きましたという実績を返すことがありますけれども、システム上もらってしまうと、その時間でなければならぬみたいになると、変更していいかを確認するプロセスが必要ということになってしまうと、返

って余分な手続が増える可能性もあり得ます。システム化することで余計な手間がかかることがないよう、こうした実態を少し念頭において対策を考えないといけないと思います。

以上です。

○大石座長 ほかに、いかがでしょう。

どうぞ。

○佐藤座長代理 追加のコメントで2点なのですけれども、1つは、行政手続の削減というのは、国全体としてのアジェンダですし、政策課題で、今、国の仕事ですけれども、2割削減という目標があるわけなので、やはり介護もそれに準じるべきところはあると思うのですね。

ですので、やはり、まず第1にやらなくてはいけないことは、地域差を見せる、正にローカルがはびこっているのは、多分、やたら業務量の多いところ、手続コストの高いところと、そうでもないところというのは分かれてくるはずなので、その地域差を見せていくということと、何からの削減目標、KPIで2割削減ならば2割削減という目標を掲げて、それに向けて自治体に対しても対応をお願いします。国としては標準化を進めていく、そういうプロセスが必要かなと思いました。

以上です。

○大石座長 高橋委員、お願いします。

○高橋専門委員 今のと同じなのですけれども、介護だけではなくて、医療でも全部そうですけれども、新しい制度ができれば、ルールを作るのがお仕事なので、現場は積み重なって、もう動きが取れないと。

恐らく、何か作るときには、どこかの国でありましたね、1つ法律を作ると1つ減らすという、1つこの書類を作りなさいという規則を作ったら2つ減らすとか、そういう形を作らないと、絶対、どの分野もそうなっていますので、そういうインセンティブが働く方法はあるでしょうかと、厚労省の中でとか。

実際、一番上のITの国の戦略会議でも、ペーパーレスをしっかりとうたっているのだから、それに対するKPIで、各省庁が競い合って減らすぐらいでない駄目なのかなと思いますけれども、いかがでしょうか。

○大石座長 どうぞ。

○厚生労働省（荻田課長補佐） ありがとうございます。

例えば、介護の処遇改善は重要なので、加算を作るといったときに、新しいルールができるというのは、御指摘のとおりかなと思います。

加算を作りますと、事業者の方にとっては実入りが増える話ですが、一方で利用者の1割負担が増えるという面もあるので、その分の質を担保しないといけないという議論が常にあって、新しいルールができていくという事情であるのは、御理解いただければと思います。

ただ、その上で、ルール全体が増え続けるという状況に対して何とかしなくてははいけま

せんので、新しいものをどうするかという議論はありつつも、全体として、減らせるところはないかということと同時に並行で常に進めさせていただくということかなと思います。その際には、まさに事業所の皆さんの御意見も頂きながら進めていくのかなと思っています。

○高橋専門委員 具体的にどうしたら、そうなると思われませんか

○厚生労働省（荻田課長補佐） ありがとうございます。

3年に一度の介護報酬改定という作業がございますが、その際には、事業者の皆様にも常に入っただきながら、当然現場の事務量を念頭に議論を行っています。全ての報酬、それから加算、そういったものも含めて、おさらいをするというような機会がございますので、その機会ですっかり論点に挙げていくということかなと思います。

○大石座長 ちょっと今のお答えについて、事業者側にお伺いしたいのですけれども、意見を聞く機会はあるということなのですが、今日持ってこられた内容というのは、でも、それは反映されていないということになっているのではないかなと思うのですけれども、その感覚はいかがでしょうか。

○有限会社ケア・プランニング（中原代表取締役） 正直、この問題はずっと前から言われていることですので、やはり実感としては進んでいないというのが現状ではないかなと考えています。

現場の声も交えてとおっしゃいますけれども、大企業等が入っているワーキング・グループは見るのですが、我々中小企業が入っているような議論というのは、なかなかないのかなと思います。そのため商工会議所のようなところで政策提言をしているというのが、今、介護事業所のできる限りのことになっているのかなと思います。なかなか現場の声が届いていないというのは、現状として、ずっと続いている状況でございます。

○大石座長 そういうプロセスについての感覚は、いかがでしょう。

○厚生労働省（荻田課長補佐） ありがとうございます。

今、御指摘をいただいた中で、完全にできていると申し上げるのは、なかなか難しいのかもしれませんが、給付費分科会などにおいては、各分野、在宅から施設までの代表の方に入っただきまして、御議論いただいていますので、そのような問題提起というのは常に頂きながら、どこまで行けるかというのを、それは事業者の方、それから御負担される方、更に言うと自治体の方も含めて議論をさせていただいた結果として、少しずつ進めていければと思っています。

○大石座長 どうぞ。

○彦谷次長 それと関連するのですけれども、今日のプレゼン資料の4ページ、5ページのところにありますけれども、4ページですけれども、行政が求める帳票等の文書量の半減に取り組むということで、これは決定が、ある意味なされているのだと思います。

それで、先日、厚生労働省さんからのヒアリングがございましたけれども、そのときに現在の取組について御説明ありましたけれども、主として行政に提出する書類に限定して

議論が行われていたような気がするのです。

それと2016年の決定との関係について、ちょっとお伺いしたいと思ひまして、今やっている議論というのは、たまたま行政に出すものだけの議論をしていて、引き続き、行政が求める帳票の半減に取り組んでいるのかどうか、それともこの議論というのは、もうなくなってしまっているのかどうかについて、ちょっとお伺いしたいです。

○厚生労働省（佐藤課長補佐） ありがとうございます。

こちらの資料にも挙げていただいております、一億総活躍プランの中で言われている文書量の半減という目標については、行政が求める文書と、現場で介護事業所が独自に作成する文書全て含めて半減という目標になっております。

前者については、前回のこのワーキングの場で、介護保険計画課長から御説明差し上げたとおり、今年度新たに専門委員会を立ち上げまして、正に自治体の方と事業者の方と両方入っていただいて、何が減らせるかということやっていかなければということで、新たに場を設置して、削減について具体的な取組を挙げて進めていくという形でやっておりまして、後者の現場の書類につきましては、生産性向上という文脈の中であつたり、あと、介護現場革新という文脈でも各種施策を進めておりますので、そういったところで、正にこのICTの導入促進なども含まれておりますので、その一環として現在は、紙の量を減らしていくということも併せて進めるという形になっております。

○大石座長 印南先生、どうぞ。

○印南専門委員 佐藤座長代理が言ったことと同じなのですが、この問題だけではなくて、あちこちでローカル・ルールが発生、ガラパゴス化する問題、おまけにメーカーが顧客をロックインするために、互換性のないソフトを作り続けるという問題が指摘されて、そこで議論が終わってしまっています。

これを解決しない限りは、元の行政の事務とかを簡素化したって、この問題は永久に残ってしまうので、それに対する対策をどういうふうにするのか。例えば、医療も介護も全部含めて、こういうソフトを提供しているメーカーさんを全部集めて、検討会議を開き、互換性のあるソフトを開発したのに対しては、例えばマル適マークを付けるとか、そういう形で何か標準化を図っていかない限り、この問題は永久に解決しないのではないかと思います。もしも、既に検討しているのでしたら、お聞かせください。

○大石座長 お願いします。

○厚生労働省（荻田課長補佐） ありがとうございます。

先ほどの御質問をいただいた際に、御説明申し上げるべきだったのかもしれませんが、ソフトの互換性がないという問題に関しては、厚労省としても取組を始めさせていただいております。

というのは、ソフトを1つのソフトに集約せよというのは、これはそれぞれ開発されている中で難しい部分もございますので、それぞれ違うソフトで使う、そのデータフォーマットを共通化する、そういったことから始めるのかなと思います。

先ほど御指摘もありましたように、事業所間でやりとりする情報は決まっていますので、それについてのフォーマットを定めていくということで、「標準仕様」と言っていますが、ソフトが違って標準仕様で同じフォーマットでデータが流れていき、ソフトが違って同じ情報がこちらでも見られる。そして電子的に処理できる、ということはやろうと思っています。その標準仕様の開発というところを、まずは進めています。

ただ、実際それをソフトに落とし込む作業は、それぞれベンダーごとに難しい部分もあるようでございまして、実際それをどう普及させていくのかということが今後の課題になってくるのかなと思っていますので、まず、そのような取組を、これは行政というよりは、民間で普及するために進めていきたいと思っています。

さらに、今後、我々としてICT普及のための補助等の政策ツールを設けるときに、その標準仕様を使うということ、きちんとお願いしていくとか、そういったような手段はあり得るかなと思いますので、そういった形でまずは進めさせていただきたいと思います。

○大石座長 高橋委員、どうぞ。

○高橋専門委員 本当に、それは大変だと思うのですけれども、是非お願いしたいのと、さっきのルールが積み重なる問題は、もう今の時代、本当に日本は全部リセットして、ゼロから作った方がいいぐらいなので、先ほど、どうやって削減されますかと聞いても、具体論を言ったけれども、議論しますという答えだったので、これはもうヒアリングに来られている方に言ってもしょうがないことなのですけれども、この会議としては、多分、本当に具体的な、今までは作るのが仕事だったと思うのですけれども、そうではなくて、削減していく方向を、どういう具体案にするかということまで、是非示させていただきたいなと思います。

○大石座長 どうぞ。

○菅原委員 標準化に関しては、今も標準フォーマットを作っていますが、これは、安田専門委員がおっしゃっていたように、がちがちにやってしまうと、逆に現場が動き難くなるので、最低限のものを標準化して、あとはソフトを各ベンダーさんがどう作成するかは、報酬でインセンティブ付けする等すればよく厚労省の標準化に沿ったソフトではないと、介護事業者が購入しないので解決できると。また、印鑑の話は、資料で法律の一部を紹介いただけていますが、法律で規定されていないとすれば、要するに印鑑や電子署名や手書きのサインなどは飽くまでも手段なので、どういうやり方であっても、同意がきちんと取れているという証明ができればよいので、手段を規定してしまうより、選択肢を設けておくという行政をしていた方がいいのだと思います。資料を見る限り法律では規定していないので、それは現場の方でも、きちんとした同意を取っているということの、両者の契約の確認などをしていくのかなと思います。

厚労省にお伺いしますが、例えば、商工会議所の7ページ目のケアマネジャーさんのモニタリングの根拠法令がありますが、少なくともひと月に1回、利用者の居宅を訪問するというのは、技術革新によるIT活用など前提とされていないと思いますが、センサーやそ

の他新たな機器の活用を前提とした見直しの議論はされているのか、あるいは今後、検討していただけるということなのかをお伺いしたいと思います。

○厚生労働省（荻田課長補佐） ありがとうございます。

今後検討するかどうかという点については冒頭にもございましたが、介護給付費分科会の議論というものが3年に一度行われていまして、次の段階が年度始まる前後ぐらいに始まりますので、その中でどうなっていくかということかと思えます。

月1回求めているというのは、ここ20年介護保険制度をやっていますけれども、ケアマネさんの仕事というのは、本人の状態像というものを定期的に確認して、今やっているプランが正しいのかどうかというのを不断に確認するのだと。

それで、実際、電話でも本人の声は聞けますが、やはり、意見はいろいろありますが、現場のケアマネさんの声を聞くと、実際、家に行ってみないと状況は見えてこない部分がある。電話では元気ですと答えたとしても、部屋が散らかっているとか、臭いであるとか、そういったものが、アセスメントをするための情報としては最低限必要なのだという声もある中で、現時点ではこうなっています。

ただ、技術革新が進む中で、それを代替する方法がないのかというのは、当然議論としてあり得ることですので、そういったことを踏まえた議論が、今後、行われるかどうかというのは、まさに機会としては分科会がございますので、そういった中で議論にはなり得ると思えます。

○菅原委員 厚労省としては、今回のような現場の声を吸い上げた形での、こういう議論、検討の見直しはするというスタンスでいらっしゃるということですね。

○厚生労働省（荻田課長補佐） 具体的などんな議論をするかとか、どういう論点を挙げていくかというのは、まさに今後、我々としても検討させていただかなくてはいけない部分であると思えますけれども、そういった声があるというのは承知しておりますので、そういったことも踏まえて検討させていただきたいと思えます。

○菅原委員 介護行政を所管している厚労省の意思として、きちんと見直していかなければならない、検討していくということによろしいのですか。

○厚生労働省（荻田課長補佐） 私の立場で介護給付費分科会の論点にするかどうかというのは、この時点で申し上げるのは難しいですけれども、ただ、現場と実際にやりとりをさせていただく中で、月1回のモニタリングについて、技術革新も進んでいる、そして人手不足も進んでいる、そういった中でどういうやり方があるのかという問題提起をいただいていることは承知しておりますので、それを踏まえて検討させていただきたいと思えます。

○大石座長 安田委員、お願いします。

○安田専門委員 今の現場を見なければというのは、現場に入っていると、確かに行かないと分からない、先ほどの臭い、音、汚さ、環境も見るということも含まれているということは認識しますが、ケアマネジャーがそれをしなければいけないのかという視点もあり

ます。現状でも、ヘルパーが入ると、その状況が逐一事業所のサービス提供責任者に報告され、その中で重要なことはサービス提供責任者からケアマネさんにエスカレーションするという段取りになりますので、それを踏まえればよいとするのか、あるいは、複数のルートからの確認が要るとすると、ほかに入っている訪問看護さんからの情報などを組み合わせて認識できていればよしとするような簡易化というのもあると思います。

また、先ほどの一堂に会するみたいなもの、サ担会議みたいなものとかであれば、今ですと、スマホのアプリを使えばWEBミーティングも簡単にできますし、テレビ会議、電話会議も含め、こうしたものも「一堂に会した」ことの中に含めるという認識をしていくという方法もあると思います。居住環境に関する情報の重要性や必要性は認識しつつも、やり方、手段のところでは柔軟化するようなことを考えていった方がいいなと思います。これは意見です。

もう一つ、「検討の場」なのですけれども、報酬改定の給付費分科会ですと、報酬に直結するところと、それに関する算定要件みたいな議論になってしまうと思うのですけれども、それだと、多分、今日の議論で出てきたようなところの議論をするには時間がない、その内容はこの会のメインの議題ではない、となってしまうので、できれば、その下に小委員会みたいなものを設けて、運用の見直しとか、業務改善に関する議論をするところ、そこは、さっきおっしゃっていただいたように、事業者さんの意見をもっと取り入れて、ベンダーさんなども来てもらって、実務を回すという観点での議論ができる場があってもいいのかなと思いますので、これは、是非検討いただければいいなという御提案です。

以上です。

○大石座長 どうぞ。

○大塚副大臣 今日のお話を聞いて思ったのですけれども、大分ひどいですね。この写真を見て、現場を見るという話を、今、おっしゃっていましたが、事業の現場を見ていないのではないですかということです。はっきり言えば、状況を放置するのは、お役所仕事の押し付け以外の何ものでもないし、それは、一つ一つのルールとか、書類には理由があるわけです。こういう理由があるから、こういうのが必要だと、その積み重ねた結果、どういうふうにサービスが提供できているかというところを見なければいけないのに、これは明らかに保険料と税の無駄ですよ。これをトータルで見直そうという気もないと受け取られますね。厚労関係者は、私の何となくの印象ですが、診療報酬の点数を上げるとか、下げるとかばかり考えていて、その後、現場がどうなっているかなどは放ったらかしとなっている。

その積み重なった、なれの果てが、この写真と、こういう感じがしてならないので、これは会議に参加していただいていますということではなくて、是非、実際の現場でサービス提供がどうなっていて、どれぐらい無駄が発生しているかということを見て、書類半減というだけではなくて、この種のロジスティックな業務の半減というか、8割減ぐらいしなければいけないと思いますね。

それから、ソフト業者も個別民間企業の商売なのですよというけれども、これは、規制のもとでやっている商売ですから、規制できます。厚労省がその気になれば、こういうデータフォーマットで、例えば、クラウドで提供しなければいけないとか、そういうのを決めてやればいいだけのことですよ。

その作った土俵の中で、どういうふうに商売するか、民間の人に考えてもらうという、以上でも、以下でもないと思いますので、これは、はっきり言って業務プロセス全体、末端まで含めた全体を抜本的に見直さないといけないと思いますね。それができなかつたら、ちょっと無責任のそしりは免れないと思います。これは、厚労省の中で、よく共有しておいてください。

○大石座長 ありがとうございます。

ちょっと時間も来たので、本件は終わりたいのですが、私も最後に申し上げたくて、まさしく、今、副大臣がおっしゃったとおりでと思うのです。やはり、そもそも、先ほどの行政が求める帳票等の文書を半減というのは、これは2016年に出ていて、もう2025年までの間の半分はもう過ぎてしまっていて、その間に半減するよりか、増えているという現状があります。

その中で、今日は、いろいろ事業者さんからお話があった内容の中には、ものによっては、確かに厚労省的立場で言うと、それは、各メーカーさんの問題でしょうとか、それはローカルルールだから各自治体の問題でしょうということはあるのかもしれないのですが、そこを1回整理していただきたくて、仮にこれをやるとすると、本当だったら、厚労省ができることは何なのか、例えば、印鑑はなしでもいいですよというのは、これは、例えば通達を出すであるとか、招集ではなくて、何か別の言葉を使うとか、法律を変える、若しくは通達を変える、場合によっては介護報酬を変える等々のやり方でできる範囲というのがあると思うのです。というのが1つ。

あとは、例えば、各ベンダーさんが共通化しないのであったとしても、例えば、クラウドを使うことを可にすると、それによって全然違う仕組みをつくと、これもできることだと思うのです。

ですから、今日の話をもっと受けとめていただいて、多分、今、お立場的に、ここでお話というのは、難しいことはあるかと思うので、一回持ち帰っていただいて、今日のお話の、どれは厚労省として、どうやったらできるか、やるかではなくていいですよ、何だったらできるのかということを一覧していただきたいのと、あと、既に動いているものに関しては、先ほどおっしゃった、どこどこ委員会で、今、検討していますとか、どこどこ委員会で、どう検討していますというのは、そこに今、何が進行しているのかということと、あと、この目標に向けて、いつまでにやるのかという、今やっています、今やっていますと、それで2030年になりましたというのは、これはしゃれにならないので、いつまでに、どの委員会で、どうやってやるのかということ、監督官庁として責任のある立場として、一回取りまとめて、もう一回まとめて御提出いただく、その上で議論をするのがいいので

はないかなと思うので、是非お願いしたいと思います。

どうぞ。

○彦谷次長 来年介護報酬の見直しだとおっしゃっていたと思いますが、3年に1回なものですから、2020年代初頭といいますか、半ば頃までに、こういった取組を進めるためには、恐らく介護の報酬制度というものも含めて議論することが必要で、その期間というのは、もう1年ぐらいしかないということだと思うのです。

そういう意味で、この目標達成のためには、今、座長がおっしゃったように、すぐにも取り組むよう、お考えいただく必要があるのかなと思います。

一応、付言させていただきます。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、済みません、時間も10分ほどオーバーしましたので、本議題は終わりにして、次の議題に行きたいと思います。

ありがとうございました。

(説明者交代)

○大石座長 では、少し時間が遅れて申し訳ないのですが、続きまして、議題2の介護現場でのAI・ICT・ロボット活用の可能性と課題に入りたいと思います。

介護現場における人手不足が深刻になっている中、AI・ICT・ロボットの活用は、非常に重要です。

本日は、国家戦略特区として、先進的介護の実現に取り組まれている北九州市保健福祉局先進的介護システム推進室から馬場宗一郎介護ロボット担当係長にお越しいただき、北九州市における介護分野でのAI等の活用事例や課題について御紹介いただきたいと思います。

また、厚生労働省からは、齋藤良太老健局高齢者支援課長に御出席いただき、質疑応答に御対応いただきたいと思います。

それでは、馬場様から御説明をお願いします

○北九州市（馬場係長） 北九州市保健福祉局の馬場といいます。

まず、このような機会を、本日、頂きましたことに対して、大石座長並びに委員の皆様、又内閣府の皆様へ御礼を申し上げます。本当にありがとうございます。

私からは、北九州市が、平成28年度から取り組んでおります、ICT・介護ロボット等を活用した先進的介護、我々は、これを北九州モデルと呼んでおりますが、こちらについて御説明をさせていただきたいと思っております。

15分ということで、多少駆け足になることがあろうかと思いますが御了承ください。

それでは、1ページを御覧ください。

まず、私どもの取組の背景でございますが、北九州市は政令指定都市の中で最も高齢化が進んでおり、平成30年1月の時点で、もう既に30%を超えております。

こうした状況において、介護人材の確保は本市にとっても喫緊の課題です。

一方、高齢化率が平成2年以降、全国平均を上回っている状況で、高齢社会対策に力を入れてきた結果、医療・保健・福祉関係者との連携、協力体制というものも築かれています。

また、ものづくりの都市として発展した歴史から安川電機やTOTOをはじめとした高い技術力を持った企業も多く存在しています。

さらに、北九州学術研究都市を中心に、アカデミアの集積も進んでおります。

こうしたポテンシャルや、平成28年1月に指定された国家戦略特区制度を活用して、介護職員の負担軽減、介護の質の向上、高年齢者等の雇用機会の拡大を目指すこととしました。

次ページをお願いします。

こちらは、北九州市における実証の推進体制でございます。

公募で選定した市内の実証5施設、これはいずれも特別養護老人ホームでございます。

それから、48の企業等で構成する介護ロボット開発コンソーシアム、医療・福祉、工学関係の有識者等10名で構成するワーキング・グループ、倫理審査委員会、北九州市が連携して取り組んでございます。

次ページをお願いします。

今年度は、平成28年度から取り組んできた介護現場の見える化やICT・介護ロボット等の導入など、3年間の実証の結果、成果や課題を踏まえて、北九州モデルの目標像を具体化するべく、介護職員の業務整理、ICT・介護ロボット等の効果的な活用、効率的な勤務体制という3つの視点から仮説を立て実証を行いました。

ちなみに今年度の実証は、厚生労働省のパイロット事業として実施をしております。

次ページをお願いします。

実証の概要でございますが、大きく3つのステップを踏んで仮説を立てております。

まず、実証施設の業務を全て洗い出し、介護職、看護職などの専門職が行う業務と、そうでない業務に仕分、次に、ICT・介護ロボット等の導入機器の決定、最後に、それらを踏まえた効率的かつ効果的な人員配置を可能とするオペレーション、シフトなどの見直しでございます。

次ページをお願いします。

これは、実証前の施設における業務の需給ギャップを調べたものでございます。

真ん中から上が、実際の提供量、下が配置人員の勤務時間、すなわち供給量でございます。

折れ線グラフで需給ギャップを表してございますが、御覧いただくと分かるように、必要な業務量に対して余力のある、時間帯によっては、非効率な人員配置となっているということが分かります。

次ページをお願いします。

今回の仮説を立てる上で、日中はアウトソーシングにより、周辺業務を担う高年齢者の

活用や介護記録システムの導入、夜間は見守りセンサーを導入することで、需給ギャップの均衡を図り、効率的な人員配置を目指すこととしました。

次ページをお願いします。

これは、実際に実証で導入したICT・介護ロボット等になります。

ポイントとしては、体動と生体を確認することができる2種類の見守りセンサーを全室に導入し、夜間の定期巡回をやめたこと。

また、見守りセンサーと介護記録システムをプラットフォームにより連携させることで、1つのスマートフォンで全ての操作、確認ができるようにしたことでございます。

次ページをお願いします。

今回の北九州モデルの実証による職員の方の働き方の変化でございます。

1つ目が、先ほど述べたように、スマートフォンやモニターで全ての入居者の状態を確認できるようになったことで、職員の unnecessary 訪室をやめることができました。

また、同時に複数のコールや、アラートが鳴った場合にも、スマートフォンの画面で状態を確認した上で、優先順位をつけて対応できるようになりました。

2つ目が、移乗支援機器の活用により、2人がかりで行っていた移乗介助が1人で可能となりました。

この移乗支援機器を使用することで、移乗に若干の時間はかかるものの、むしろ、その時間を活用して、入居者との会話が増加するという結果になりました。

3つ目がリアルタイムでの情報共有と、高齢者の活用により、入居者の安全は確保しつつ、職員が安心して、直接介助業務に専念できるようになりました。

4つ目が、介護記録システムと見守りセンサーのプラットフォームによる連携です。

1つのスマートフォンで全ての操作、確認ができるようになったことで、業務の効率化が図れるとともに、プラットフォームに集まった情報を分析することで、転倒予防や適切な時間での排泄誘導、おむつ、パット交換の実施ができるようになりました。

次ページをお願いします。

実証の結果を少し御紹介します。これはタイムスタディー調査でございます。

まず、業務時間全体の変化ですが、モデル導入前と導入後では、全体の業務量が30%ほど短縮しております。

また、夜間の見守りにかかる時間、介護記録、要は記録時間もそれぞれ60%、50%ほど短縮しております。

次ページをお願いします。

全体の業務は減少する一方で、入居者のケアにかかる時間は増加しています。

介護、看護の専門性を必要としない業務をアウトソーシングしたことで、直接入居者と接する時間が増加し、特に職員1人当たりの利用者との会話時間は2.5倍に増えております。

次ページをお願いします。

これは、2ユニット当たりの人員配置を比較したのですが、左側が国のいわゆる常勤換算上の基準、それから真ん中が全国の施設の実態、そして右側が北九州モデルの1日の配置状況となっています。ちょっと単純に比較はできないのですが、全国的にはほとんどの施設で、常勤換算2対1の人員配置で運営がされており、これが介護人材不足の大きな課題と言えます。

ちなみに北九州モデルでは、2.87対1を達成していますが、仮にこのモデルが全国に広まった場合には、介護人材が27万人増加することになり、生産性としては1.4倍となります。

現在、全国老協さんとも話をしており、連携して会員施設向けに、本市のモデルを情報発信していく予定でございます。

次ページをお願いします。

北九州モデルには、大きく2つの取組がございます。

1つ目が、夜間の見守りや記録業務に、ICTを導入すること。

次に、専門性を必要としない業務のアウトソーシングでございます。

単にICTを導入している施設や掃除、リネンなどを既に外注している施設というのはあると思います。

ただ、北九州モデルのポイントとしては、業務仕分、アウトソーシング、ICTの選定から更に業務のオペレーションの作成までのプロセス、そういったものを基本のツールと併せて提示することで、業務の効率化と介護の質の向上を同時達成可能なところでございます。

次ページをお願いします。

北九州モデルをつくり上げるまでには、様々な課題がありましたが、現場や、事業所です、それからメーカーなどからは、やはり行政が積極的に関与することが不可欠であったと言われており、本市で実証を進めていく中で、行政が関わらなければ困難であった点を少し整理したものでございます。

赤字にしているところが対策できれば、介護現場の生産性は大きく向上するのではないかと考えられます。

介護保険制度は市町村が保険者ということで、市町村ごとに異なるローカルルールがあり、国が一定のルールを定めることで、地域や施設によってばらつきのある職員の負担が是正され、現場が安心して、業務の効率化に取り組むことが可能となります。

一方で、人員配置についてはユニット単位での配置が、現在、定められておりますが、本市で実証していく中で、より柔軟な配置を認めてもらえれば、さらなる生産性向上につながる可能性があるかなと考えております。

また、インセンティブにつきましても、現状の加算制度、補助制度では、若干不十分であり、介護事業者がICT等の導入になかなか踏み込めず、結果として、メーカーも価格を下げるができないといった状況になっていると考えられます。

次ページをお願いします。

これが、このワーキング・グループ、ヒアリングの本題かと思うのですが、規制

緩和等の要望と書いてございますが、私どもが実証を進めている中で、介護現場の課題として考えられるものを整理したものでございます。

まず、介護業務の範囲、内容の明確化です。

介護施設では、介護職の方が掃除、洗濯、リネン交換、食事、おやつ準備から配膳、下膳まで全てのことをやっているところが多いというような状況でございます。

今回、私どもの実証では、これらの業務を介護助手という形で、人材派遣会社から高年齢者の方を雇って、介護業務と切り離したことで、介護職の人数を1ユニット2名から1名に減らすことができました。

一方で、利用者に向き合う時間が増えるという結果にもなりました。

また、施設職員の方のアンケートやインタビューでも、利用者とのコミュニケーションが増えた、利用者のケアに集中でき、気持ち的にも余裕が生まれたとの意見も頂きました。

こうした状況を踏まえ、介護施設における介護職や看護職の担うべき業務をある程度明確にし、それ以外の業務はアウトソーシングをしても運営可能なモデルを作り、全国的な実証なりを行った上で、普及していくことが望ましいと考えております。

次に、行政規制ルール統一です。

これは、地域ごと、担当者ごとに、実地指導などの機会に言われること、求められることが異なるため、平成12年の介護保険制度の創設以降、施設は、これまでに言われてきたこと全てに対応しなければならないと考え、結果、負担が増えているような状況でございます。

特に夜間の定期巡回や救急搬送時の同乗が、かなり負担が大きいと北九州市の実証でも言われました。

そのため、私どもは、実証内容について、北九州市の介護保険担当部署と事前に協議をし、介護現場の生産性向上や質の維持向上に向けた取組をしっかりと共有した上で、夜間の定期巡回は行わなくてもよいということにしました。

結果として、実証期間は3か月間ではございましたが、アクシデント、インシデント等は発生してございません。

また、救急搬送時の施設職員の同乗についても、消防あるいは病院から求められているような状況です。

本市では、我々もまだ対応はできてございませんが、東京都など一部の医療圏ではガイドラインを作成し、施設職員が救急車に同乗しない場合の情報共有などの運用がスムーズに行われるような支援がなされていると聞いております。

こうした取組を各地域で独自にやればよいと言われても、実際には、それぞれの関係者があって、なかなか難しいと思われまます。

こうした取組が全国的なものになるように、少しルールを整理してもらえると助かります。

次に、ユニットの人員配置の基準緩和です。

私ども国家戦略特区制度を活用して、2ユニット単位で実証を行ってきました。

その中で、日中は常に1名以上の介護又は看護職の配置を求められ、夜間は2ユニットに1名以上の職員の配置を求められています。

私どもの実証を進めていく中で、ICT等の導入やアウトソーシングにより、介護業務を整理する上では、1ユニットの職員というのを固定せず、複数ユニット間で業務を整理することが有用ではないかと考えています。

国の、いわゆる人員配置基準3対1を実現していくためには、これらの基準を見直して、どのような配置が最も効率的かつ効果的なものかを、更に実証していくことが必要であると考えております。

この件につきましては、まだ具体的にこうすればよいというところまで、エビデンスが取れているわけではございません。

特区制度を活用するのか、若しくは国のモデル事業として、例えば日中は2ユニット単位あるいは夜間は3ユニット、4ユニット単位で、職員配置を考えていくことが、さらなる生産性の向上につながるのではないかと考えております。

最後に、インセンティブです。

夜勤の職員配置加算は、現状、見守りセンサーを全入居者の15%以上に配置する場合、2ユニットに1名以上の配置に加えて、0.9人以上の配置で加配を算定することができるとなっております。

しかし、0.9人以上は、ほぼ1人と変わらなくて、導入コストに合わない、現場に聞くと、シフト編成の手間を考えると、インセンティブにはならないとの意見が正直多いです。

本市の実証では、全ての入居者に見守りセンサーを導入することで、安全性を確保し、ショートステイを含めて4ユニットを最低基準どおりの2名の職員配置で行いました。

また、夜間の見守りセンサーのデータから、利用者の睡眠状態というのも確認でき、パット交換や排泄誘導を効率的に実施できるようになり、利用者の睡眠状態を妨げられないものですから、日中元気になってきたという声を御家族の方とか、職員の方からお伺いしております。

私どもの実証から、全ての入居者に見守りセンサーを配置、設置した場合には、夜勤職員を削減した場合に、夜勤職員配置加算Ⅰ、Ⅱと同等の加算を算定することが望ましいのではないかと考えております。

次ページをお願いします。

最後に、これは、本日の要望事項として挙げたもの以外にも、全国老協協さんでありますとか、関係者の方との話の中で出てきた課題なども含めて、今後、本ワーキング・グループで改革事項をまとめるに当たってのテーマと、その関連事項をイメージ案として整理させていただいたものです。

内容の精査は、当然必要だと思いますので、あくまでも参考程度にいただければと思います。

少し駆け足になりましたが、私からの説明は、以上でございます。

どうも御清聴ありがとうございました。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、ただいまの御説明について、御質問、御意見等ございましたらお願いします。

では、武藤委員、お願いします。

○武藤専門委員 御説明ありがとうございました。

ちょっと私も不勉強なのですが、例えば最後のページの常勤の問題なのですが、これは介護の分野でも、例の3日間22時間、1日7.5時間の非常勤の組合せで常勤換算をするという、そういう仕組みは入っていたのですか。

○北九州市（馬場係長） 一緒でございます。

○武藤専門委員 それは、かなり活用されていると見ていいのですね。

○北九州市（馬場係長） もちろんです。

○武藤専門委員 もう一つは、これはまた不勉強なのですが、介護助手の配置、これも介護報酬の中に組み込まれているのですか。

○北九州市（馬場係長） いえ、入っておりません。

○武藤専門委員 これは、何か介護助手、今、介護ヘルパーさんとか、ボランティアの人が多いのでしょうか、これを基準の中に入れるための何か要件といたしますか、そういうものが、もし、ありましたら、お聞かせいただきたいと思います。

あと、先ほどのセンサーの問題、これは、60%以上で0.9人以上、この換算というのは、何かルールがあるのですかね。それを緩和していくための何か方策といたしますか、それがあるのでしょうか。それをお聞きしたいと思います。

○北九州市（馬場係長） それでは、私の方から、介護助手の要件というお話がございましたけれども、実際、介護助手という言葉自体も、決して何かオフィシャルなものとしてあるわけではございません。

私どもも思っているのは、先ほど御説明させていただいたように、要は、いわゆる私どもは周辺業務という表現をさせてもらっているのですが、直接入居者、御利用者の方に関わらない介助の部分に関しては、正直、専門性をそこまで必要ないと考えております。

ですので、そういった業務の仕分、整理をした上で、直接介助に関わらない業務に関しては、介護助手とあって、ここに、例えば元気高齢者の方でありますとか、あと、これは、済みません、個人的な意見も入るのですが、例えば夕方とかは、実は結構忙しい時間帯があるのです。そうすると、例えば大学生の方が、アルバイトで入るといったようなことも考えられるのではないかと考えております。

以上でございます。

○厚生労働省（齋藤課長） 厚生労働省です。

0.9人のところなのですけれども、平成30年度報酬改定の際に、事前にタイムスタディー調査を行いまして、それによって、どれだけ業務量が減ったのかというところを見たところ、0.1人分削減というところで見ました。

ただ、今回、また、報酬改定を控えていますので、それに向けて、今年度の補正予算で調査費を取りましたので、これで、また、どれだけのエビデンスが出るのか、あるいは、見守りセンサーだけではなくて、ほかのものも組み合わせると、より効果が出るのではないかとということも含めて、我々としては調査をして、エビデンスが出たところについては、しっかり報酬改定に生かしていきたいと考えています。

○大石座長 ごめんなさい、今のに追加の御質問なのですけれども、北九州市以外にも今回実証実験を何か所かやっていたらいいのではないですか、そこを私個人的にいろいろ調べてみたときに、北九州のようにすごく成果が出ているところもあれば、いろいろなICT機器を入れて10分しか成果が出ていないところもあって、ですので、現場の実態調査をして、その結果0.9ということになると、0.9になるかもしれない、0.95になってしまうかもしれない、むしろ、こういうやり方をして、ここまでの、要するに1.4倍の生産性を上げたらどうだという、何かちょっと違うロジックもいるのではないですかね。いかがでしょう。

○厚生労働省（齋藤課長） それは、報酬改定の際に、一律な基準というのではなくて、個々の施設を見てということですかね。ちょっと、どういうやり方があるのかというのは我々としても考えていかなければいけないと思いますけれども、階段みたいに段差をつけてというようなこともあるのではないかと思いますけれども、ちょっとそこは考えてみたいと思いますが。

○大石座長 やり方は、多分、どうつけるのかというロジックと、あと、どう調査するのかというロジックがあって、医療でもそうなのですけれども、厚生労働省さんにやってらっしゃる、全国わっとアンケートをまいてというのは、そもそもその中でやっているところ、熱心に取り組んでいるところ、やっていないところ、出来がいいところ、悪いところ、全部混ざってしまっている平均値なので、それを頼りにするのは、かなり発展性を阻害するのではないかと思いますので、考えるプロセスと、成果をどう反映するのか、両方お考えいただけるといいかなと思います。

○大石座長 ほかにいかがでしょうか。何かありますか。

どうぞ。

○安田専門委員 今回のプレゼンの内容は、明示的に法律等でやってはいけないと定めているものは、ほぼないのだと思うのです。

それで、阻害要因とまとめていただいた内容も、むしろ、もっと後押ししてと読めばいいのかなと思って伺っていたのですけれども、そういう趣旨でよろしいですかね。

○北九州市（馬場係長） ありがとうございます。

今回、私、このヒアリングに参加させていただいた、ちょっと私の個人的な気持ちにもなるのですけれども、実は、厚生労働省さんが、恐らく国として、多分、一生懸命仮にや

ろうとしても、やはり地方自治体が一緒に本気で動かない限り、こういったものはなかなか進まないのです。

ただ、一方で地方自治体を動かそうと思えば、やはり国が何かしらしっかり、ある程度のかげ声をかけてもらう必要があると。そういった意味で、是非、この規制改革推進会議の皆様にも、厚生労働省さんは、今後、報酬改定、制度改正、来年度進めてまいります。そうしたものをしっかり後押ししていくような形で、まとめていただければと思っております。

○大石座長 高橋委員、お願いします。

○高橋専門委員 本当、今のにも関連しますが、すごく素晴らしい取組で、私、素人が聞くと、みんなこれでやったらいいのと思うのですけれども、今の自治体が、あと自治体のハードルが越えられたら、これを聞いたら、みんな業者の方、みんな右へならへすると思われませんか、あるいは、もしそうならないとしたら、どういうことで、皆さんがちゅうちょすると思われるか教えてください。

○北九州市（馬場係長） 現在、北九州市の実証に関わってくださっているメーカーさんは、是非一緒にやりたいということで、むしろ手弁当で、いろいろ御協力いただいている実態がございます。

ただ、今、委員おっしゃられたように、僕らがこれだけをただぼんと出したからといって、他の自治体がまねするか、メーカーさんがまねできるか、それはできないと思います。

やはりコーディネート機能というのは、ものすごく重要だったと考えています。我々の北九州市もそうですし、関係するコンサルの方たちとか、いろいろな御意見いただいて、更に現場に入り込んで、実際の現場の職員の方と一緒に作り上げていっているのです。

ですので、ちょっと労力はかかるのですけれども、各自治体さん、メーカーさんも、実際の現場に入り込んで、まず、1つなり、2つなり、その地域ごとに事例を作ってもらって、それができれば、あとそれを横展開していくこととしては、そんなに難しいことではないと考えております。

○高橋専門委員 なるほど、コンサル及びプロジェクトマネージャーみたいな、そういう改善のプロジェクトマネージャーが要るということですね。

今ちょっと言われた、私もよく分かるのですけれども、最初のプロトタイプのときはも、みんな手弁当で集まってくれて、費用も少なくできると、逆にそれはちょっと一般化するときには難しいことなのかなとも思いました。ありがとうございます。

○大石座長 お願いします。

○菅原委員 自治体がキーポイントになると思います。国が幾ら法律で規定しても、安全性など何か起きた時の問題として、各自治体が上乘せ規制するケースがありますがとはいえ、自治体任せではなくて、国が好事例を示すなど推し進めていくことが必要だと思えます。

また、今回、ここには出てなかったのですが、こういう取組をすると、先ほどの介護助

手の役割がより必要になったり、そもそも介護士の資格、求められるスキルも変わってくる、ロボットとかセンサーとかがない時代の介護士の業務のやり方とは異なる優先順位の高いスキルや新たに必要なスキル、つまり、オンされていくものと不要になるものがあると思います。せっかく実証実験したので、将来的に、資格、スキルの見直しをしていき、これに加え、地域みんなで介護は支えるという発想に基づくため、周辺業務とそのスキルの見直しも、実証実験を踏まえ、今後行うとよいと思いました。

○大石座長 今のは、多分どう後押しするのかという話と、あとスキルの見直しと2つあるのですけれども、厚生労働省さん、いかがでしょうか。

○厚生労働省（齋藤課長） 国としても、どういう介護の在り方というのがいいのか、業務改善をしていくに際して、どういうやり方、ステップをやっていけばいいのかというところは、生産性向上のガイドラインとかで示していますし、正にパイロット事業で北九州市さんとかがやってくださっているものを、それをまたガイドラインにフィードバックして展開していこうと思っています。で

更にそういったものを、ちゃんと分かってもらわなくてはいけない、身近で感じてもらうないと、そこは分からないと思うので、各都道府県ごとに、介護現場の核心の会議を開いて、各団体に集まってもらって、どうやればいいのかというのを考え、そして、モデル施設を各都道府県ごとに作ってもらって、そのモデル施設で実証し、その実証するための支援はしますので、その支援をした見返りとして、アドバイスだとか、そこに見学に行くことを積極的に受け入れるとか、そういうモデル施設を身近に見に行けることによって、その成果を実感してもらおうというような取組を、来年度からやっていこうと思っています、そういうすばらしい効果があるものを身近に感じてもらうということに取り組んでいきたいと思っています。

あと、資格とかに反映させていくというような、考えていかなければいけないと思っていますので、実証実験の中でいろいろな業務が出てきますので、そういった中でどういうことができるのか、考えていきたいと思っています。

○大石座長 安田委員、お願いします。

○安田専門委員 もう一点だけ、済みません。

北九州市さんの取組は、基本、介護保険施設での取組になると思うのです。

費用としては、施設の方で多くかかっているのですが、施設から効果を出そうというアプローチも正しいと思っているのですが、反面、在宅で働いている方もたくさんいる中で、北九州市さんの成果の中で、これは在宅でも使えるよというポイントがあったらヒントをいただけますでしょうか。

○北九州市（馬場係長） ありがとうございます。

実証、エビデンスを持っているわけではないので、はっきりは言えないのですが、業務見直しに関しては、恐らくどのジャンルでも同じことが言えるかなと思います。

あと、ICTの活用の仕方ですね。ICTに関しても、例えばケアマネさんであったり、ヘル

パーさんたちが持っているところもあるし、今後持つところがあると思うのですけれども、そこから、どんな活用できるようなデータが得られるのかとか、そういった辺りは、フォローできるようにになると、これは施設ではあるのですけれども、入居者の方のケアの質の向上まで、今、実証施設で取組がやっと始まったので、特に居宅、在宅の方は、本当に数がすごいですから、実際、この方たちのケアがカバーできるか、というかカバーしなくてはいけないとなったら、今、委員おっしゃられたような辺りのことも、北九州市としても協力できる部分というのは、当然、厚生労働省さんの方にも、協力していきたいと考えています。

済みません、ちょっと抽象的ですけども。

○大石座長 副大臣、何かございますか。

○大塚副大臣 すばらしい取組で、是非北九州市並みの生産性の向上が全国の施設で、また在宅にもいろいろ派生できる場所もあると思いますので、さっき座長からあったみたいに、調査の組み方で、北九州で生産性が上がったことに、どこがポイントなのかと、これをうまく引っ張り出して行って、それを点数などにも反映していけるような調査の設計にしていただければと思いますので、頑張ってもらいたいと思います。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、最後に私の方から、生産性1.4倍になった施設のところだけでも27万人を浮くかもしれないと、非常にすばらしい取組なので、是非広めていっていただきたいと思います。医療もそうですが介護も、やっていいのかどうか分からないことは、みんな怖いからやらないのですね。ですから、それはやはり国からのお墨つきというのか、これは、こういうふうにやっていいのですよと、当然、これを満たせばこうやっていいのですよという条件つきだと思いますけれども、何かそういうのを明示する、ガイドラインであるとか通達であるとかで、意識の高い事業者とかが、各自治体の、かなりローカルルールで縛られているところがあると思うので、各自治体に、これがあるでしょうと言えるようなものを、是非御検討いただきたいと思いますし、それによってどんどん広めるような仕掛けを、厚労省さんに作っていただければと思います。

よろしくをお願いします。

では、どうもありがとうございました。

○北九州市（馬場係長） ありがとうございました。

○大石座長 では、この議題を終わらせていただきまして、次の議題に入らせていただきたいと思います。

北九州市さん、どうもありがとうございました。

（説明者交代）

○大石座長 済みません、いらっしゃるはずの方が、ちょっと遅れているらしいので、いきなりなのですけれども、齋藤さん、お願いします。

○厚生労働省（齋藤課長） 済みません、私の部分しか御説明はできませんけれども、大

規模化・協働化を通じた効率的な事業経営の仕組みというところをございまして、2つございます。

1つは、通常国会で法改正をしようとしております、社会福祉連携推進法人、これの創設。これによって社会福祉法人が、なかなか今まで法人間連携ができなかったところを、うまくできるようにするというのが1つでございます。これは、後ほど宇野課長の方から御説明をさせていただきます。

2つ目、介護事業者の経営の効率化として、我々としても質の高い介護サービスを、済みません、11ページで経営の効率化についてというところでございます。

○大石座長 経営の効率化の方を、先に御説明いただきます。11ページです。

○厚生労働省（齋藤課長） 済みません、11ページの方から説明いたします。

質の高い介護サービスを安定的に供給していくということは、我々は大事だと思っております、そのためには、法人経営がうまく安定化していくというようなことが重要であると思っております。

そのためには、介護事業者の経営の大規模化というようなところも必要になってくると思っております、まずは、我々といたしましては、令和元年度、本年度、介護事業者の効率的な経営を行っている事例の調査研究ということをございまして、この事例といたしましては、下に書いてありますけれども、経営統合だとか事業譲渡だとか、そういったところにつきましての事例を収集し、こういったところでメリットがあるというようなところについて、ガイドラインとして示していければいいかなと思っております。

それで、経営効率化の手法として、どんなものが、今、調査しているところですが、実際あったかというようなところがございますが、経営統合のところは、後で資料がありますけれども、事業譲渡のところにつきましては、例えば、介護職員の確保は、今、非常に厳しいというようなところがございます。

そういった中で、社会福祉法人が過多だとか、訪問看護ステーション、看護職員がたくさんいるというようなところについて、ここはなかなか事業の採算がとれないので、事業を維持することが難しいという部分だけを医療法人に譲渡するというようなことで、経営を効率化するというような例もございます。

あと、先ほどの経営の統合という面では、次のページになりますけれども、障害者の支援事業を行っている社福さんなのですけれども、ここが障害者だけを相手にしているということだと、リスクがあるのかなというところで、リスクヘッジという意味で、ほかの特別養護老人ホームとかも、経営を統合することによってリスクヘッジを行う、多様な業種の運営を行うというようなこともされている例があります。

これによって、効果としては、本部の事務職員を削減するというようなこととか、調理機能の集約だとかということもできるし、あと離職する理由で、人間関係とかというのもあるのですけれども、法人が複数の施設とかを持つと、そういう面でもメリットがあるというようなところがございます。

次のページに行っていただいて、法人間の連携というところではいきますと、事例を2つほどお持ちいただきましたけれども、まず、社会福祉法人も、それぞれの地域の中で、地域に根差しているというところと、ケアの理念とかが、それぞれで違うようなところもあるので、合併というところをするのは、いきなりは難しいのですけれども、例えば、それぞれの企業さんのノウハウを共有するという意味では、社福の理事さんが、それぞれほかのところの理事を兼ねることによって、それぞれのノウハウを共有し合って、経営を強化するというようなことをやっている事例がございます。

事例の3として、次のページですけれども、外国人実習生を受け入れるというようなことをされているところも多いのですけれども、これが非常に事務の手間がかかるというようなところがございますので、そこは組合を設立して、その組合において、技能実習生の受入れの業務、生活のサポートまでを含めて、そういったことをやったり、消耗品の共同購入を行ったりというような例がございます。

こういった例を、ちょっと我々としても集約し、カテゴライズして、ガイドラインとして示していきたいというのが1点目でございます。

あと2点目、次のページでございますけれども、介護現場革新会議でパイロット事業、先ほどの北九州市さんもパイロット事業をやっていただいていたけれども、ほかの都道府県でもやっていただいている中に、宮城県さんで、先ほどの協同組合みたいなものを行っているという事例がございます、次のページに詳細を書いていますけれども、物品の調達でありますとか、人材の育成、先ほども出た、外国人の技能実習生の受入れというようなところについて、組合の中で、一括して業務を行うというようなことで、コストの削減だとか、そういうようなことを実施している例がございます。

次のページをおめくりいただきまして、こういうパイロット事業の取組というようなものを、我々としても全国に展開していきたいと考えておるところでございます、先ほどの北九州市さんのところでも、少しお話ししましたけれども、都道府県が、それぞれの関係団体を集めて、介護現場の革新会議というものを開いて、その中で、例えば、協同組合みたいなものを作ったりというようなモデル的な取組というものを支援し、それによって、なおかつ、そういうものをした施設さんに対して、他の施設にアドバイスをするというようなこともしていただくようなことによって、身近にそういう取組というものを伝播させていくというようなことをすることによって、法人間の連携というようなことを、各施設で考えていただくというようなことがやっていければということで、来年度予算から、こういったパイロット事業の全国展開というものを進めておるところでございます。

○大石座長 ありがとうございます。

そうしましたら、引き続き、宇野禎晃、社会援護局福祉基盤課長様がいらっしゃっているので、前半の部分をお願いします。

○厚生労働省（宇野課長） 済みません、ただいま御紹介いただきました、宇野と申します。国会業務で遅れてしまって、大変申し訳ございませんでした。

私から、お手元の資料の2ページ目の、連携法人制度の創設の関係で御説明したいと思っております。

2ページ目ございますとおり、社会福祉法人の事業展開等に関する検討会、これは各団体の代表ですとか、有識者の方々を集めまして、昨年4月から12月まで計6回開催させていただきました。

その内容が、次の3ページ目に、この報告書の内容をお付けしております。概要でございます。

問題意識といたしましては、枠の上にありますけれども、1つは人口動態を見た際に、2025年に向けて、高齢者人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになると。また、大都市と郊外では、高齢者が増加する傾向にある一方、地方では高齢者が増加せず、減少に転じる地域もあるということで、いわゆる社会福祉の相手方というか、需要側の方々の人口の構造が、かなり変わってくると、今までのトレンドとは変わってくるというのが1点。

また、供給側の担い手の方を見ますと、生産年齢人口の減少が2025年以降加速するといったような構造の変化があります。

こういった人口動態の変化に加えまして、血縁、地縁、社縁といった共同体の機能の脆弱化といった社会構造の変化も起きているということで、福祉ニーズ自体は、ますます複雑化・多様化しているというところでございます。

こういった中で、社会福祉法人自体が、その地域における良質かつ適切な福祉サービスの提供を可能とし、経営基盤の許可を図るという観点から、非営利セクターの中核として、福祉分野での専門性を生かしつつ、地域生活課題への対応を進められるように、円滑に連携・協働化しやすい環境整備を図っていくべきだということで、報告書としては、その方向性を示しているところでございます。

円滑に連携・協働化しやすい環境整備ということで、実際の方法といたしまして、3つほど挙げております。

1つ目は、法人間連携の推進。これは、社協による連携もございまして、社会福祉法人自体の法人間で緩やかに連携していただくこと。

あと、飛びますけれども、③番で、合併・事業譲渡が円滑に取り組めるような環境整備ということで、希望する法人向けのガイドラインの策定ですとか、会計専門家による検討会の整理とか、こういったものを進めるべきであると。

そういう中で、今、社会福祉法人自体は、この2つしか選択肢がないものですから、②にありますとおり、新たな連携・協働化の選択肢の1つとして、社会福祉法人を中核とする非営利連携法人制度の創設ということ、この報告書ではうたっているところでございます。

では、その具体的な制度内容というのは、次の4ページでございまして、これは、社会福祉法人が、法人として参加して、関与できるように、いわゆる一般社団法人をベースとしております。

一般社団法人を都道府県知事ないし、自治体が認定することによって、社会福祉連携推進法人という名称になっているという形になっております。

社員の範囲といたしましては、社会福祉事業を行っている法人、その他連携業務に関する業務を行っている者といたしまして、社会福祉事業を行っている法人が2以上、かつ、社員の過半数が社会福祉法人であることが必須となっております。

業務自体は、真ん中にありますとおり、種別を超えた地域共生社会の実現に資する業務の実施とか、災害対応での連携、福祉人材不足への対応、本部事務の集約とか、設備の共同購入等の社会福祉事業の経営に関する支援、社員である社会福祉法人への資金の貸付けといったものを想定しております。

あと、経費は、社員からの会費、業務委託費、議決権は、1社員1議決権を有するものとするといった要件で、定款で別段の定めをすることができるものとする。ただし、社会福祉法人の議決権の総数が、総社員の議決権の過半数を占めていることが必須であるということです。

あと、代表理事は、都道府県知事等の認可が必要で、合併自体は、社会福祉法人自体の合併はできますけれども、連携法人としての合併は認めていない形になります。

また、地域の意見の反映が必要だというのは、検討会でも出ていましたので、地域関係者の意見を法人運営に反映するための評議会を設置するというような仕組みとなっております。

5ページ、6ページは、業務の中の人材育成や採用活動の共同実施ですとか、あとは、地域の多様な福祉ニーズに対応した各社員が連携するイメージ、6ページは、貸付けのイメージをつけています。

7ページのところで、実は、この法人制度を参考にさせていただいたのが、地域医療連携推進法人制度でございます。

これは、既に平成2929年から始まっておりまして、同じように一般社団法人で、医療法人等が参画する形で、都道府県知事がそれを認定する仕組みとなっております。

地域医療連携推進法人は、上の枠にありますとおり、医療機関相互間の機能分担及び業務の連携の推進が目的となっております。

そういう意味で、こちらは、どちらかといえば、地域医療構想も踏まえた形の医療の集約化という観点からの法人制度でございます。

それに対しまして、社会福祉法人の連携法人は、社会福祉法人が2万ある中で、かなり小さい法人もございますので、そういった中で、連携強化の選択肢の1つとして加えたということでございます。

ちなみに、地域医療連携推進法人は、8ページにございますとおり、今、全国で15法人できているというところでございます。

雑駁ですけれども、以上で、私の方からの説明を終わらせていただきます。

○大石座長 ありがとうございます。

そうでしたら、ただいまの御説明について、御質問、御意見等ございましたら、お願いします。

では、佐藤代理、お願いします。

○佐藤座長代理 御説明ありがとうございました。

まず、社会福祉連携推進法人についてですけれども、何点か質問があって、1つ目は、まず、このアイデアとしては、連携の1つの選択肢なので非常によいと思うのですが、これは、しょうがないのですけれども、社団法人ですね、1社員1票なので、どちらかというと、中核的になる事業者がリーダーシップを取りやすい環境にあるのかどうか、これは、多分、地域医療連携推進法人で同じことを言われていると思いますし、全く違う文脈ですけれども、DMOなどでも言われていることなのです。

ですので、果たして社団法人というので正しいのか、やり方としてよかったのか、ほかにあるかと言われると困るのですけれども、どうやって中核的な事業者にリーダーシップを取る余地を与えるかということ。

それから、もう一つ、貸付け、資金の融通、これも言うは易しなのですが、社会福祉法人だと、例えば、財務の明瞭性をしていないと、貸し付けた相手は、本当にちゃんとお金を返してくれるかどうかかわからないですね。

ですので、その辺の財務的な、例えば、ある程度の整合性を取られるとか、恐らく、これは社福だけではなく、ほかの法人も入ってくる可能性があるではないですか。そうやってきたときに、会計基準が違っていると、やはり、その整合性が取れなくなりますね。その辺りはどうなのかということ。

あと、地域医療連携推進法人もよく出てくるのですが、成功例として、いつも出てくるのは日本海ネットワークの方で、ほかはないのかという話になるぐらいなので、ちょっとこちらの法人自体も、果たしてどれくらい普及して、実効性、形があるのは分かる、器ができたのは分かるのだけれども、実際の効果はどうだったのかという議論がありますね。

同じように、今回も新しい試みですけれども、果たして、これを進めていくに当たってのボトルネックがあるとしたら、そこはどの辺りなのでしょうかとということ、その点を教えていただければと思います。

以上です。

○大石座長 お願いします。

○厚生労働省（宇野課長） ありがとうございました。

まず、1点目ですけれども、なぜ、社団法人にしたかということなのですが、御案内のとおり、社会福祉法人自体は、持分がございません。ですので、法人として参加しないといけない。法人として参加する方法として、社団法人という形でやりました。

その中核的なリーダーシップが必要だということがございました。実際、地域医療でも、もちろんこれは1人1票なのですが、実際、できている法人を見ると、やはり、財務的な面も含めて、リーダーシップを取っていらっしゃる法人がいる方が多いように見えま

す。

そうでない地域医療もありますので、ある程度、そこは制度の中の柔軟性の中で、実際に、この連携法人をどう回していくかという中で決まっていくのかなと思っております。

ちなみに、報告書にも関わりますけれども、1社員1議決権ですが、一定の要件のもと、定款で別段の定めをすることができるものとする、ここ自体は、不当に、どこかが議決権を多く持つというのはいけないにしても、そこは柔軟な形で、実際の現場で活用するという形にしたらどうかと思っております。

2点目が、資金の融通のところの御質問でございます。

御案内かと思えますけれども、社会福祉法人自体は、平成28年の社会福祉法の改正で、今、財務については、全部公開にしています。これは、必ず公表しなさいという形で、全て明らかになっておりますので、そういう意味では、財務自体がきちんとなっていると、財務自体が公表されて、明らかになっているという意味では、インフラとしてはできているのかなと思っております。

そういう意味で、あとは、実際資金融通の際、今回、こういう形で特例として認めましたけれども、実際の資金の貸付けのところを、どうやって回していくのかというのは、施行段階では、きちんと実際に返済までを含めて、かなりそこはきちんとした制度設計が必要かなと思ってます。

今でも、貸付け自体は、一回一回、地方自治体が認定する仕組みにしています。そうしないと、社会福祉法人自体は、公的なお金が入っていますので、それが焦げつくことによって、拠点の経営が畳むという話になると、これは問題ですので、そういうことがないような形での仕組み方を進めていきたいと思っております。

3点目、地域医療連携推進法人の中で、確かに日本海ヘルスケアネットが成功事例ということで、我々もこの検討会でお呼びして、お話は伺いました。

ただ、設立事例の数を見ていただくと分かりますとおり、29年度4法人、30年度3法人だったのが、今年度は8法人ということで、かなり増えてきているのです。

そういう意味では、だんだんこういう制度というのは、成功例とか、実際の実現例が出てくると、かなり広がってくるのかなと思ってます。

ボトルネックということで、日本海ヘルスケアネットの理事長さんにお伺いしたときに、ボトルネックというよりは、むしろ地域の人がいかにして、こういうものを連携していこうと、実際やってみると、メリットはあると、日本海ヘルスケアネットさんも、やはり医師の人事交流とか、そういった形で、やってみると、効果があるのだけれども、なかなかやってみようというところまで、その地域の方々が、そういう思いになっていただくかどうかというのが、多分、一番のボトルネックというか、これを進めていく上での一番の近道なのかなと思ってます。

○大石座長 ありがとうございます。

ほかに、御質問、御意見等ございますでしょうか。

安田委員、お願いします。

○安田専門委員 私も佐藤先生の御意見と同じで、この1社1票というのは、結構リーダーになるところにとってみると、小さいところを救済する意味で連携法人を組んで、資金融通もしたのに、反対されるときだけは同じ権利で反対されてしまって、何のために合併したか分からないとなってしまうところがあるので、いいやり方はないのかなと思います。これは意見です。

もう一つ、合併のところ、連携法人の合併は認めないとなっていると思うのですが、この社会福祉連携推進法人と地域医療連携推進法人は、似たような趣旨で作っていて、例えば介護だと両方同じようなことを、医療法人でもやって、介護法人でもやって、社会福祉法人でもやると、実態としてグループでもっているようなところでも、分かれてできてしまうということがあって、これは将来的に何か統合できるような方法があるのか、税制が違うので非課税の社会福祉法人があるということで、そこにお金をためられてしまうのも困るねという議論をしていたのも知っているのですが、何かそこにブレイクスルーがないかというのは、検討される余地というか、考えていらっしゃるであれば教えていただくと有り難いです。

○大石座長 お願いします。

○厚生労働省（宇野課長） ありがとうございます。

今、お尋ねのあった件ですが、今回の社会福祉連携推進法人は、社会福祉法人だけではなくて、社会福祉事業を行う医療法人も法人として参加できるようにしました。

そういう意味では、単に社会福祉法人ではなくて、地域のいろいろな社会福祉事業をやってらっしゃるファクターというか、その主体は、ここに連携できるような形の仕組みにはさせていただいたつもりでございます。

地域医療と社会福祉連携推進法人は、目的が違うと思っておりますので、それぞれの目的に合った形でやっていただければなと思っております。

統合云々という話は、今のところは出ておりませんので、まずは連携推進法人を、これは法律事項でございますので、これをまずは国会でお認めていただいて、施行して、その上で何が問題となっているのか、課題になっているのかと十分把握しながら今後の検討に役立てていきたいと思っております。

○大石座長 ほかにございますでしょうか。

どうぞ。

○佐藤座長代理 ありがとうございます。

もう一つ、18ページの介護現場刷新の話なのですが、この介護現場革新会議の主催は、都道府県だというのは分かるのですが、具体的に都道府県、なぜかという、介護は、基本的には市町村ではないですか、いろいろな介護事業関係で、都道府県がサポートするというのは分かるのですが、その都道府県は、具体的にどういう形で関わるのかということと、多分、かなりのステークホルダーを巻き込まないといけない、つま

り、都道府県がやるけれども、市町村も保険者としてはいますし、更に介護の事業者がいて、だから、やろうと思えば、かなりいろいろなステークホルダーが入ってくると思うのですけれども、その中で都道府県は、どんな役割を果たすのかなということ。

それから、やはり、パイロット事業なので、こういう革新的なことをやりたいと思っている人と、ある意味、ベンダー的にできるよという人も、ありますね、そういう事業者が、ベンダーみたいなのが、このマッチメーカー的なことをやらないと、組合せですね、つまり、やりたいというところと、サポートできますよというところ、それはベンダーとは限らないかもしれない、既にやっている事業者かもしれませんが、何かマッチメーカー的な、いろいろな事業者を突け合わせる、そういう役割というのが、この会議にはあるのかどうか、ちょっと具体的なイメージがわかかなかったので、教えていただければと思うのですか。

○厚生労働省（齋藤課長） まず、都道府県の役割としましては、もちろん保険者は市町村ではありますけれども、介護人材の確保であるとか、あるいは施設の整備というものは、都道府県がその基金でやっていたりというようなところもありますので、そういったところで、保険者の上に立って、全体の調整をするという意味で、都道府県がやると。

なおかつ都道府県ごとに関係団体とかがございますので、医師会だとか、そういった関係団体を巻き込むという意味でも、都道府県ぐらいのレベルがあれば、その方が望ましいのではないかということで、都道府県を1つのくりにさせていただいているというところ です。

ただ、市町村で、もし介護現場革新会議みたいなものを開きたいというようなことであれば、それを妨げるつもりはありませんので、都道府県等で実施するというような立てつけにしています。

それで、ベンダーさん、開発企業側さんと、施設側との関係で言いますと、もちろんこの中で、マッチングというようなこともできるかと思えますけれども、別途、ニーズ・シーズ協議会というようなものを作っています、開発企業側さんと施設側さんが、それぞれのニーズ、介護現場で、どういう開発技術が要るのかというところと、シーズとしてどういう技術を開発企業側さんが持っているのかというようなものを、お互い突け合わせて、どういう技術革新をすると、現場に製品が届くのかということについては、別途ニーズ・シーズ協議会というところでやっています、そういった中で、製品がうまいものができる、なおかつ、できた製品を、正にこの都道府県版の介護現場革新会議の場で、更に実証なりモデル施設でどんどん導入していくというようなことができればと思っております。

○大石座長 ありがとうございます。ほかに御意見ございますでしょうか。

では、最後に私の方から、今までちょっと出た意見の繰り返しになってしまうのですが、まず、連携法人の方は、先ほど佐藤代理からも出て、皆さんからも課題が出ました。医療側の連携法人の成立した法人はいいのですけれども、私は成立しなかったものを結構扱っています、というのもうちの会社は、全国で医療再生をやっているのです、結局、駄目だったと、破断になる話は2つあるのです。

1つは、何度も出ているリーダーシップの問題で、結局、企業のガバナンスなども、みんな仲よく正しいことをやったときにはいいのですけれども、誰かが反対したとか、変なことが起こったときに、それをどう止めるのかというメカニズムがちゃんと入っているということが大事で、だからそういう意味でいうと、リーダーシップを発揮するような強いところと、そこに救済される強くなかったところが対立したときに、正しい方向に行くような仕組みというのを入れなくてはいけないのだと思うのです。

ですから、オプションとして複数の投票権があるということだけでは、やはり足りなくて、それをより促進する方法はどうするのかということを考えて方がいいのかなど。これは、頂いた御意見と同じような感じですよ。

あと、もう一つ止まるパターンは、地域の医師会の同意が得られませんでしたというのがあって、当然、その地域のためにやっているのに、余り巨大な組織が周りを食い散らかすようなことというのはあってはいけないのですけれども、でも、地域の利害関係者が、止める仕組みというのもよくないと思うのです。

ですから、ここに書いてあるように、意見を聞かなくてはいけないというのが、どの程度強く受けとめられるかということは考えて、意見は言うけれども、必ずそこに従わなくてはいけないというわけではないということ、どう徹底するのかということは、気をつけていただきたいと思います。

もう一つは、お話が出ましたパイロット事業の方です。これに関しては、その前の、先ほどの北九州市さんを含めたパイロット事業の中で、成功したところは、何が起きているかということ、やはり、北九州市さんみたいな自治体がしっかりしていること、あと、お話の中でも出たマネジメントがしっかりしていること、あと、意外と倫理委員会がちゃんとあったこと、これが結構鍵だったみたいなのです。

これを全国展開していくときに、単に介護事業者さんが集まって、ベストプラクティスをシェアしましょうではなくて、何が成功の要因だったか、反対に言うと、うまくいかなかったところは何が起ったのかということ、これを共有化して、成功の構成要素となるものが、確実にそこへ実現されることが結構大事だと思うのです。

ですから、そういう意味でいうと、やはり介護事業者さんだけが集まるのではなくて、基礎自治体がそこにきちんと入って、しかもベストプラクティスが共有されることであるとか、マネジメント能力をどうやってあげていくのかということ、これを重視した立てつけで展開していただけると有り難いなと思います。これは、意見ですけれども。

よろしいですか、何か今のお話とか、全体に関して、何か御意見が、宇野様、齋藤様からございましたら、どうぞ。

○厚生労働省（宇野課長） ありがとうございます。

今、座長からもお話がありました、どういうふうにガバナンス、特に対立したときにどういうふうにガバナンスを発揮させていくのかというご意見でしたが、議決権について複数のところのオプションがあるというのもありますし、あとは、これは社会福祉法人と

同じで、財務諸表等は原則全部公表の形にしたいと思います。

あと、評議会という形でのチェック機能も果たさせていただきたいと思いますので、そういうもので十分かどうか、それは、また、実際に運用の中で、そこはきっちり確認しながら、それで、必要なことは、また必要な取組としてやっていきたいと思っております。

また、貴重な御意見、ありがとうございました。

○厚生労働省（齋藤課長） 7自治体のパイロット事業の成果は、来月取り込みますので、その中で成功、失敗、どういう原因があったのかというようなところは分析いたしまして、都道府県版の現場革新会議にきちんとつなげていきたいと思っております。

ありがとうございました。

○大石座長 ありがとうございました。

そうしましたら、お時間も参りましたので、議題3について終了したいと思います。

皆様、御多忙の中、ありがとうございました。

本日の議事は、以上となりますが、事務局の方から何かございますでしょうか。

○長瀬参事官 今後の日程につきましては、追って御連絡、御案内をさせていただきます。

以上です。

○大石座長 それでは、本日は、これにて会議を終了いたします。

本日は、お忙しい中、お集まりいただき、ありがとうございました。