

○柳川座長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第5回「高齢社会対策大綱の策定のための検討会」を開催いたします。

本日は、権丈構成員、澤岡構成員、藤波構成員がオンラインでの御出席、大月構成員、御手洗構成員が御欠席となっております。

それでは、早速議事に入ります。

本日は、高齢社会における生活環境、研究開発、国際協力等について議論を行います。

資料1から資料9までの説明が終わったところで、質疑、意見交換を設けたいと思っております。

本日も時間が限られておりますので、恐縮ですが、御説明については事前にお伝えしています時間を厳守いただくようお願いいたします。

それでは、まず資料1、2について、事務局より御説明をお願いいたします。

○須藤企画官 資料1について御説明をいたします。

現在の大綱に定められた数値目標の実施状況につきまして、本日の議論のテーマであります研究開発等の分野に関する事項をまとめております。

目標期限前のものを除き、ほぼ数値目標が達成されているという状況であります。通し番号2の「ロボット介護機器の市場規模」につきましては、2020年に約500億円という目標を掲げていたところですが、これは2013年のロボット介護機器の市場が黎明期であった時期をベースに概算で設定をしたものであり、その後、販売価格が当初の見直しの10分の1程度であったということで、目標とした市場規模額には及ばなかったものの、当時目標としていた市場規模額を販売台数ベースで換算いたしますとその数字には達しているということで、そのような事情も踏まえて、達成状況の欄には「－」という表記にしているところでございます。

次に、資料2について御説明をいたします。

本日の議論に当たって、御議論いただきたい事項として大きく6点挙げてございます。

1点目は、身寄りのない高齢者への支援の在り方です。病院への入院や施設への入所の際の身元保証、金銭管理等の日常生活支援、葬儀や死後の財産処分といった死後事務などについて、一人暮らしで頼れる人がいない方への支援に当たって、これまで家族等が担ってきた役割を地域社会においてどのように担っていくかといった事項を挙げております。

2点目は、高齢社会対策に資する研究開発の推進です。がんや認知症といった高齢期特有の疾病や介護ロボット等の医療介護機器に関する研究開発、それらの実用化を促進する方策等を挙げております。

3点目は、高齢社会対策に係る国際貢献の在り方です。健康・医療分野における諸外国の研究開発に係る支援、人材育成協力、また、ロボット介護機器の海外への事業展開等に

係る支援など、高齢社会先進国である日本として我が国の知見、技術等の国際社会への展開の在り方等を挙げております。

4点目は、介護離職の防止に向けた企業の取組促進の方策です。今回は、介護保険外のサービスを提供する主体の拡大等の介護の多様な受け皿の整備や、仕事と介護の両立に係る企業の取組を促進するための方策などを挙げております。

5点目は、「社会的処方」の在り方です。受診者の健康増進やウェルビーイングの向上を図る観点から、それぞれの状況に応じた適切な地域社会活動等につなげる方策、また、地域の実情に応じた様々な活動等の社会資源の活用・連携等を挙げております。

6点目は、高齢者の難聴対策です。生活の質や認知機能への悪影響が指摘される難聴について、普及啓発や早期の発見、適切に受診につなげる介入の仕組みの構築、また補聴器の安全な使用等の方策を挙げております。

ぜひ幅広い観点から御議論いただければ幸いです。

私からの説明は以上です。

○柳川座長 ありがとうございます。

次に、資料3について、厚生労働省、和田課長より御説明をお願いいたします。

○和田課長 厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長の和田と申します。

本日のまず1点目の議題、「身寄りのない高齢者等への支援について」を御説明させていただきます。

次のページをよろしく願いいたします。

世帯構成の推移と見通しでございます。これは全体の議論をしていただけたと思います。最新推計でも今後単身世帯の増加が見込まれるというところでございます。それに絡みまして、身寄りのない高齢者の問題について幅広く昨年より省庁横断的に議論してまいりまして、本日での到達点について御説明したいと思っております。

次のページをよろしく願いいたします。

身元保証等高齢者サポートという問題については、順次厚生労働省で対応を行ってきております。この問題の起点につきましては、平成29年1月に消費者問題が発生いたしました。これに対する問題対応ということでやってまいりました。

1点大きなこととしては、平成30年に介護施設等に対して身元保証人がなくても入所等が可能であるというような事務連絡を行い、相談が来た場合の注意事項等を通知するといった対応をしてきております。それについて随時調査研究等を行いながら問題対応ということを行ってまいりました。ただ、これまでの対応が一義的にはこのような消費者問題もしくは問題対応型の解決対応であったことも否めないということであったかと思っております。

次のページをお願いいたします。

それにつきまして、2013年6月に共生社会の実現を推進するための認知症基本法が成立いたしました。これに伴いまして認知症にまつわる、または高齢者に関わる問題を総合的

に議論する場が官邸に設置されました。

認知症に関するプレゼンは前回の会議でもう既に行っておりますけれども、この高齢社会実現会議の中で高齢者の生活上の課題についてガイドラインを作成し、必要な論点整理を進めるというような取りまとめをいただいております。これに基づきまして、政府全体の横断チームにおきまして議論を進めてきたわけでございます。

次のページは飛ばします。

ちょうど一番新しい動きでございますけれども、高齢者等終身サポート事業者に関するガイドラインの案を策定しております。先月に案を作成し、ちょうど5月18日までパブリックコメントを行ってきて、現在、最終の策定に向けた作業を進めているという状況でございます。

先ほども申し上げましたとおり、病院への入所や介護施設への入所の際のしつぽ支援等が必要となるということで、これまで身元保証事業者と言われていたような業者がある、ところが、そうした業者が消費者問題の案件から問題もありますし、そもそもこうした業者の健全な育成や団体としての確立ということが行われていなかった状況、また、所掌としてもはっきりしていなかったというような状況でございます。

ただ、この事業については利用者保護の必要性が高く、適正な事業運営を確保する必要があり、利用者の安心な利用を確保していく必要があるということで、現状において遵守すべき法律上の規定や留意すべき事項を関係省庁横断で整理し、これをガイドライン案として提示させていただいたところでございます。

ポイントを3点申し上げます。これまで身元保証業者と呼ばれておりましたが、この業務を分解しまして、身元保証のサービス、日常生活支援のサービス、死後事務のサービスがあります。これらなかなか介護保険ではカバーできないような多種多様な業務につきまして、このガイドラインにおきましては、身元保証と死後事務を行うものを必須の要件としまして、そうした業務を行う業者を高齢者等終身サポート事業として新しい名称をつけております。そのポイントが1点であります。

この実行に当たりましては、契約内容の適正な説明や、消費者保護、相続人への説明など、必要な事務を行っていただき、適正な契約に留意していただくという必要を明示したことを挙げています。

3点目は、契約解除の際の必要事項や成年後見への移行など、必要なしつぽをつなげていくというような必要なしつぽを行い、最終的には事業者の体制に関する必要事項を明示したというところでございます。

政府としては、パブリックコメントで出た意見も踏まえまして、今後、最終的な策定に向けて動いているところでございます。

最後にもう一点だけ御紹介させていただきます。次のページをお願いいたします。

こうした事業者の適正なガイドラインによる運営の確保ということに加えまして、権利擁護支援策の構築に向けた権利擁護支援のモデル事業を今年度において実施しております。

2つの内容がございまして、包括的な相談・調整窓口を整備するといった事業、また、身元保証、日常生活支援、死後事務に基づく総合的な支援パッケージを提供する取組の2点の取組をこのモデル事業の中で行っております。

今年度におきましては、モデル自治体を設定し、この実施に当たりまして問題点や展開の方策ということを議論させていただきます。このモデル事業を踏まえまして、今後の全国展開に向けた課題等を整理してまいりたいと考えているところでございます。

以上、いただきましたお時間で、身寄りのない高齢者に関する現状を御説明差し上げました。ありがとうございます。

○柳川座長 ありがとうございます。

次に、資料4について藤森構成員より御説明をお願いいたします。

○藤森構成員 それでは、私のほうから、「高齢期の世帯の変容と『身寄り問題』」について御説明申し上げます。

発表の構成は、スライド2に示したとおりです。

スライド3、高齢期の世帯の変容についてまず見ていきたいと思えます。

先月、国立社会保障・人口問題研究所が発表した将来推計から、身寄り問題に関係して注目すべき点を2点申し上げていきたいと思えます。

まず1点目です。スライド4を御覧ください。まず、一人暮らし高齢者が増加しているということです。上のほうの表にありますように、65歳以上の一人暮らしの人数が2020年から2050年にかけて1.47倍に増加していきます。

下の表は高齢人口別の独居率を示したものです。65歳以上の男性人口に占める一人暮らしの割合は20年から約10%ポイント増えて、2050年には26%になっていくと推計されています。女性の同割合も伸びておりまして、2020年の23%から約6ポイント増加して、2050年は29%、3人に1人弱が一人暮らしになっていくという状況です。

注目すべき2点目は、スライド5に行きまして、一人暮らし高齢者に占める未婚者比率の急増です。一人暮らし高齢者の配偶関係別の割合を見ると、一番下が未婚者の比率になっておりますけれども、65歳以上の一人暮らし男性に占める未婚者の割合が、20年は34%だったのが50年には60%になると推計されております。右側が女性ですけれども、女性の未婚率は男性ほど高水準ではないのですが、20年の12%が50年には30%になると推計されております。未婚の高齢者は、配偶者だけではなくて子供もいないことが考えられますので、老後の生活を家族に頼ることが一層難しくなるだろうと推測されます。

それから、未婚者だけではなくて、配偶者と離死別した人も子供のいない人の増加が見込まれます。また、少子化で高齢者の兄弟姉妹数の減少も考えられております。したがって、今後、高齢期に近親者のいない人、つまり身寄りのない人が増えていくことが考えられます。

次に、高齢期に身寄りがないことの問題点を見ていきたいと思えます。スライド7をお願いいたします。

まず、「身寄りがいない人」の定義です。これは、①家族や親類がいない人、②家族や親類がいても、連絡がつかない状況にある人、③家族や親類がいても、支援が得られない人、のいずれかに該当する人をいいます。

私の勤務している大学のプロジェクトとして、東海地方の4つの地域包括支援センターを調べたところ、身寄りのない人のうち、①～③がどれぐらいの割合かという点、①が大体2割、②が3割、③が5割となっておりました。

先ほど社人研の統計で見た身寄りのない人というのは①のことですが、意外にも②と③の比率が高くなっています。③は、例えば家族内で、何かをきっかけに縁を切ったというようなことですね。このような点も踏まえると、高齢期に身寄りのない状況になることは誰にでも起こり得ることではないかと考えております。

スライド8をお願いします。

では、身寄りがいないということはどのような問題があるのかという点ですけれども、人生の最終段階に必要な支援として、買い物、病院の付き添い、金銭管理などの「日常生活支援」、それから、入院・入所に求められる「身元保証」、亡くなった後の遺体の引取りや火葬や借家の原状回復などの「死後対応」などがあります。これまでは主に同居する家族がこれらに対応してきましたけれども、身寄りのない高齢者には支援する家族がおりません。これらの支援をいかに確保していくのかという点が課題になっております。

次のスライド9に行きまして、東海地方の地域包括支援センターが単身高齢者に行っている支援から、身寄りのない単身高齢者への支援のパターンを考えました。この図にありますように、まず身寄りのない単身高齢者が身体面や生活面などで困り事が生じて一人暮らしが困難になると、近所の人や医療機関あるいは本人などから包括、社協、自治体などに連絡が行きます。連絡を受けた包括、社協、自治体は、身寄りのない高齢者の困り事の解決に向けて支援をしていきますが、一方で、今後の生活を安定させていくことを考えていきます。

その際に重要になるのは、本人の相談に乗って「必要とする支援をコーディネートする人や機関」と、もう一つは「居住あるいは生活する場」です。特に居住や生活の場について、入院・入所・入居が必要となる場合は病院や介護施設や大家から身元保証人を求められることが多く、この対応が必要になります。

もし身寄りのない高齢者の判断能力が不十分であれば成年後見人等がついて、入院・入所・入居が可能になります。一方で、判断能力がある身寄りのない高齢者の場合、なかなか難しい状況がありまして、後ほど申し上げるとおり、身元保証をビジネスで行う身元保証団体や、身寄りのない高齢者を支援しているケアマネジャー、あるいは包括や社協などの福祉団体が対応しているという状況です。

次のスライド10をお願いします。

これは、東海地方の包括が単身高齢者に支援をした56事例につきまして、「コーディネートする機関」と「生活の場」をクロスさせたものになります。生活の場が病院や施設の

場合は、コーディネーターする人は後見人あるいは身元保証団体が多くなっています。一方、在宅の場合はケアマネがコーディネーターする件数が圧倒的に多く、包括の場合は施設と在宅がそれぞれ半数ずつとなっているという状況です。

次のスライド11をお願いします。

その上で、自治体や包括の支援の課題を見ますと、まず「身元保証」については、依頼を受けてもなかなか自治体や包括で関与できる支援はないという状況です。「死後事務」についても、例えば残置物処理に対する公的支援もあまりなく、あっても低所得者にとっては高額になっていることがあります。結局、支援者が守備範囲を超えて、法的な権限を超えて提供せざるを得ないという場面があると聞いております。

「日常生活支援」につきましても、必要となる支援の範囲がかなり幅広く多様であるということや、時間や手間も要するという課題があります。例えば、入院した身寄りのない高齢者から「入れ歯を自宅に忘れていたから取ってきてくれ」という依頼があった場合、家族であれば「分かった、取ってくる」ということで簡単に解決するのですが、これを外部の支援者がやるとなると、本人が不在中に大家から鍵を借りて入れ歯を取ってくるという行為は手続を必要としますし、法的な面で大丈夫なのか、適切に対応することができるか、2人体制で向かうべきではないかとか、いろいろと対応に難しい面があるし、また時間も要します。とはいえ、入れ歯がなければ食べ物を食べられませんから、結局、支援者が守備範囲を超えた支援を提供せざるを得ません。

それから、スライド12、身元保証団体の現状と課題についてみていきます。次のスライド13を御覧になってください。

総務省の調査では、身元保証団体は、2017年は100程度だったのが、2023年になると約400に増加しているとのことでした。

増加の背景としては、まず医療機関・介護施設から身元保証を求められるということが挙げられます。そして、先ほどの御報告にありましたとおり、厚生労働省から「身元保証人がいないことだけを理由に入院や入所を拒否してはいけない」旨の通知が出されておりますが、実態としては身元保証を求められるところが多いです。

なぜ病院や施設が身元保証人を求めるのかというと、緊急連絡先、入院中に必要な物品の準備、支払い保証、退院支援、亡くなった場合の遺体や遺品の引取りといった点があげられています。

もう一つ、身元保証団体の増加の背景としては、身元保証団体のサービスは対象者を限定しておりませんし、料金さえ払えば、身元保証だけではなくて生活支援や死後事務サービスも受けられるという使い勝手のよさがあるように思います。

しかし、身元保証団体には課題も随分と挙げられております。1つは料金が高額なために低所得者の利用が難しいという問題があります。総務省の調査によれば、事業者ごとに違いがあるので一概には言えないですが、いくつかの事業者の資料から利用開始時に必要な費用をみると、少なくとも100万円以上であったことが示されております。

それから、本人の死亡後の契約履行について、身寄りがないので、契約通り行われたのかチェック機能が働かないという課題があります。さらに、料金の設定の妥当性に疑問が生じたり、契約が複雑なため、判断能力があるとはいえ身寄りのない高齢者が一人で判断するには難しい面があり、消費者被害に陥りやすくなっています。つまり、信頼性の点で問題があります。

スライド14は、身元保証団体が提供されているサービス内容を記載したものです。これらは、「公的介護保険外サービス」という呼ばれ方もされています。こちらは時間の関係で割愛させていただきます。

スライド15、これは先ほど利用当初には100万円以上かかると言いましたが、身元保証団体の利用料金について示したものです。事業者によってばらばらですけれども、例えば一番左側のA事業所のところで見ますと、初期費用で合計して180万円というような高額な料金になっております。

次に、身寄り問題に関しまして様々な課題が指摘されておりますが、スライド16にあるように、近年3つの動きが起こっていると考えております。

まず、スライド17を御覧ください。

こちらは、先ほど厚生労働省から資料3で、御説明いただいたところです。身元保証団体には様々な課題が指摘されていますので、現在、政府のほうでガイドラインの策定が行われています。先ほど御説明ありましたので割愛させていただきます。

次がスライド18です。

2番目の動きは、いくつかの地域で任意に「地域における支援のガイドライン」を策定する取組が行われております。地域の医療機関や介護事業者、自治体や福祉団体などで支援のネットワークを組んでガイドラインを作成しています。

ガイドラインを作る目的は、身寄りのない人が円滑に医療や介護・福祉サービスを受ける権利を保障するということと、もう一つが身寄りのない人への支援をする機関の負担を軽減するということがあります。そのために、自治体、包括、社協、NPOなどの福祉団体や医療機関、介護事業者、民間企業などが連携して支援のネットワークを構築しています。

スライド19を御覧になっていただきたいのですが、例えば松江市において、松江市と松江市社協が中心になって様々な機関が身寄りのない人への支援のネットワークを組んでおります。そして、地域での支援のネットワークを組むとともに、図の下のほうにありますけれども、身寄りのない方が「ひとりひとりの構え」として終活支援ノートを作ったりということをやっております。

それから、真ん中にある「支援者役割分担シート」では、ネットワークを組んだ支援者がどのような役割を分担していくのかというものを作成して、負担が一部の機関に偏らないようにしているものです。

「体制づくり」としては、それぞれの事業者の中でどのように身寄りのない方を支援するかというマニュアルの策定が行われています。

任意の取組になりますが、いくつかの地域で、こうした支援のガイドラインをつくる取組が行われております。

もう一つ、3番目の動きは、先ほど厚労省から御説明のありました「新たな権利擁護支援モデル」で、スライド20になります。左側のモデル事業が身寄りのない高齢者に対する包括的な相談窓口を整備していくというもので、特に真ん中にあるコーディネーターの配置が重要だと考えています。入居支援から死後事務まで幅広い支援をコーディネートし、長期に伴走していくという役割をこのコーディネーターが担っていきます。

右側は、十分な資力がない身寄りのない高齢者や、社会資源が乏しい地域の身寄りのない高齢者に、社協などが身元保証から死後事務までパッケージで支援していくというモデル事業が示されています。

最後になります。スライド21をお開きください。

今後、このモデル事業を実施して、制度化についての議論が展開されていくのではないかと思います。そこで、今後考えていくべき論点を挙げてみました。

第1に、身寄り問題に対して、公的支援が必要かどうかという点です。私としては必要だと考えています。その理由としては、身寄りのない人にとって従来家族が行ってきたサービスは、それがなくては暮らしていくことが困難になるものや、命に関わるものも少なくありません。

また、判断能力がある身寄りのない高齢者にとって、現在、公的機関の関与が確保された権利擁護の仕組みが乏しいという状況があります。公的支援にして、信頼性における権利擁護の仕組みが必要になっていると考えます。

さらに、身元保証団体ですが、低所得者や採算を取れない地域は対象としておりません。低所得者や採算の取れない地域に住む人も含めて、全ての人がこうした支援を必要としているので、公的支援にすることが重要だと考えています。

第2に、公的支援の対象者についてです。高齢期に身寄りがないという状況になって、生活上のリスクが発生することは、資力にかかわらず全ての人が持ちますので、全ての高齢者を対象にすべきだろうと考えています。

第3に、財源をどのように確保するのかという点です。全ての人が高齢期に持ちうる生活上のリスクに備えていくためには、社会保険が適切ではないかと考えています。また、今後検討すべきことですが、身寄りのない方へのサービスが「介護保険外サービス」と言われておりますけれども、相談機能や日常生活支援などについては、公的介護保険において追加的財源の確保を前提として、財源強化を図った上で、介護保険サービスを拡充することで対応できないのかということを考えております。

一方で、総合相談や支援のネットワークなど身寄り問題に関連した取組は、厚労省の援護局や老健局、国交省、内閣官房での孤独・孤立の問題等、多くの省庁行われています。もっと施策の統合・連携が図れないのかということも思います。

次のスライド22に行きまして、「サービスの提供体制と内容」というところでは、先ほ



と言った包括的な総合相談のところ、コーディネート機関が非常に重要になると考えています。なぜなら、身寄りのない高齢者では、課題が連続して生じることが考えられるので、分野別の対応ではなく、長期に伴走しながら、必要な支援を包括的にコーディネートする役割が求められるからです。そして、中心となるコーディネート機関は地域によって異なりますが、信頼性を確保するために、自治体などの公的機関の関与が重要になると思っています。

それから、日常生活支援は膨らんでいきますので、日常生活に基本的に不可欠な支援はどこなのかということを決めて、公的責任の下で提供していくということも大切だと思います。

身元保証については、先ほど言ったようないろいろな事柄が入っていますが、どの要素が必要なのかという点を精査することが必要だと考えております。

死後事務については、民間保険の活用など、少し工夫の余地のあるところではないかなと考えております。

そして、最後に、前回の検討会でも議論に出ましたが、やはり居場所づくりが重要です。これまでみてきた制度的な支援の仕組みとともに、居場所を作ってインフォーマルな人間関係を構築していくこと。これは、今後とても重要になってくると思っております。

以上で、私の報告を終わりにさせていただきます。

○柳川座長 ありがとうございます。

次に、資料5-1について内閣官房・宮原参事官より、資料5-2については内閣府・三木参事官より、続けて御説明をお願いいたします。

○宮原参事官 内閣官房健康・医療戦略室参事官の宮原でございます。

資料5-1で、国際展開について御説明申し上げます。

1 ページ目をお願いいたします。

政府で、アジア・アフリカ健康構想ということ掲げてございます。この目的は、日本が健康・医療分野で持つ知見・技術あるいはサービス・製品をアジア・アフリカに展開することによって現地の保健課題解決に貢献しよう。さらに、日本にとっては、成長する海外市場を取り込もうということを目指しているものでございます。

健康・医療分野といっても様々な分野がございまして、1 ページに掲げておりますような幅広い領域について日本が貢献し得るだろうということ掲げてございます。この中にも当然高齢化に資するものが含まれるということでございます。

2 ページをお願いいたします。

施策の進め方としては、基本的に二国間の協力で進めようということで行っております。御覧のアジア6か国、アフリカの6か国と協力覚書について署名をしております。

次のページをお願いいたします。

この協力覚書に基づきまして2国間の政府間のハイレベルの対話も行っておりまして、これまでに3か国とヘルスケア合同委員会を開催しております。

この中で、例えば左側のフィリピンとか右側のベトナムでは、合同委員会の議題の中でも高齢化といったところが扱われているという状況でございます。

次のページをお願いいたします。

具体的には、日本が持つ個々の製品とかサービスを世界に展開しようといったところで、具体的な進め方としては御覧のページにありますような関係省庁あるいは関係機関の国際展開のための施策を活用してございます。

政策の類型的には、海外のキーパーソンとネットワーキングとか、あるいはPRによる対外発信、それから研究開発の支援、実際に現地の実証や事業展開の支援、さらには人材育成協力といったメニューがございます。また、こちらのページに載ってございませんけれども、当然ながらODAによる協力も一つも重要なツールでございます。

5ページをお願いいたします。

このうち、我々内閣官房でも直接的には対外発信とかネットワーキングのイベントを開催してございます。御覧のようところでやってございますけれども、高齢化という文脈では、最近では、左下にありますように、昨年度、ベトナムと「ICTと高齢化」といったテーマでワークショップを現地で開催してございまして、日本の関連する企業が現地に出向いて製品の紹介も行ったといった活動もしてございます。

私から、資料5-1は以上でございます。

○三木参事官 続きまして、健康・医療の三木のほうから、資料5-2について御説明いたします。

まず、ムーンショットですけれども、こちらの制度は、困難だけれども実現すれば大きなインパクトが期待される社会課題を、そのうち科学技術によって解決が期待されるテーマを国が戦略的に定めて、実現方法についてはアカデミアから募集して、優れた研究開発計画に対して国が予算等で支援するという制度になっております。野心的な目標で革新的な成果を目指すチャレンジが最も大きな特徴となっているものです。

資料の2ページをお願いします。

このうち、目標7では、2040年までに主要な疾患を予防・克服し、100歳まで健康に不安なく人生を楽しむ医療・介護システムの実現を目標にしております。今資料を御覧いただいていますように、日本人の平均寿命は長くなってきているという非常にいい状態なのですが、日常生活が困難になってしまう、いわゆる不健康寿命が平均して男性では8年ぐらい、女性では12年ぐらいと言われております。ここを短くして生涯健康に過ごせる社会へと医療面からアプローチしていきます。

続いて4ページ、こちらの3つのテーマを実現するために、日常生活の中で自然と予防ができ、どこにいても必要な医療にアクセスできるようになり、そして負荷を感じずにQOLの劇的な改善を実現していくような社会を目指していくために、次の5ページにあるように、真ん中の黄色いところ、加齢の疾患のベースとされる慢性疾患をターゲットとして令和2年度から10年間のプログラムで取り組んでおります。

ここまで、6ページの図に書いております9名の研究者らと、記載のようなテーマ、老化の元である微小炎症の制御とか睡眠制御、細胞にエネルギーを供給するミトコンドリアの制御、老化細胞制御、そういった様々なテーマでチームを結成して取り組み、全体については阪大の平野元総長が率いてくださっているという状態です。

今年度からは、次のページにもありますように、認知症課題も追加するように、現在、公募・選定を行っているところです。

これらの研究成果を基に、企業と組んで創薬へと進むチームも複数出てきております。さらに企業と共同して臨床試験、薬事承認と進めて、目標の2040年にはこれまでにない優れた医療が実現されていくという社会を目指した取組を行っています。

続きまして、その他にもAMEDを通じて関係省庁と連携した取組がありますので、御案内させていただきます。

9ページががん、10ページが認知症となっております。9ページの図で御覧いただけるように、色分けしております関係省庁、緑の文科、赤の厚労、青の経産といったところがそれぞれに連携し合って、がんという一つの疾患に対しての研究開発を進めております。

10ページについては、認知症をテーマに各省の各事業が連携し合って取り組んでおるところでございます。

以上です。

○柳川座長 どうもありがとうございました。

次に、資料6について厚生労働省の飯村室長、奥山室長より、続けて御説明をお願いいたします。

○飯村室長 厚生労働省医政局研究開発政策課、飯村と申します。

厚生労働省における医療・介護関連機器の開発支援の状況について御説明いたします。

次をお願いします。

まず医療機器について紹介します。

次をお願いします。

こちらは、医療機器の研究開発と普及の基本計画というのがございまして、法律に基づきまして、第1期の基本計画が平成28年5月、現在の第2期の基本計画が令和4年5月31日に制定されています。

こちらは研究開発と普及の基本計画ということになっていまして、上段の研究開発の下から2番目に「重点5分野における研究開発の推進」というのがございまして、重点領域を設定している状況になっています。

次をお願いします。

重点の5分野というのがございまして、その中の4番目が高齢者等の身体機能の補完・向上に関する医療機器の開発となっております、こちらに基づいて高齢者向けの医療機器の開発について推進していくことになっております。

次をお願いします。

こちらがAMEDの医療機器開発推進研究事業でございます、今年度は12億円の予算規模で支援しております。医療機器開発のための予算でございますけれども、下の囲っているところで、この研究事業の中の重点領域を大きく4つ書いておりますけれども、その3番目として、高齢者向けの医療機器の実用化を目指す臨床研究・医師主導治験を支援するということございまして、このAMED事業を通じて高齢者向けの医療機器の開発を支援しているという状況になっております。

次をお願いします。

こちらが、具体的にどんな研究を支援しているかという紹介でございます、今、3課題支援しております。まず1課題目は、不眠症に対する治療のアプリの開発に関する研究です。2番目が、超磁歪素子を用いた高齢者向けの骨固定式の補聴器に関する研究開発ということで、埋込み型の補聴器の開発の支援。一番下の3つ目が、嚥下のAI自動解析に基づいて誤嚥のリスクをモニタリングするようなプログラム医療機器の開発という形になっております。

次をお願いします。

先ほど紹介した医療機器開発の2例目の埋込み型、インプラントの補聴器の開発の状況でございます。こちらは愛媛大学が中心になっていただいて、令和5年から令和7年度までの開発を支援しているという状況になっております。

医療機器は以上でございます。

次をお願いします。

○奥山室長 厚生労働省老健局の奥山でございます。

資料の7ページから、介護ロボットの開発・普及促進に関する施策について説明させていただきます。

次のページをお願いいたします。

「介護ロボットの開発・実証・普及のプラットフォーム」とありますが、現在、介護現場においては、テクノロジーの活用などによってサービスの質の向上や職員の負担軽減などを図っていく生産性の向上の推進が喫緊の課題となっております。

その際には、真に高齢者の方やその支援を行う方のニーズに合った現場で使いやすい機器を開発していくことが重要と考えておりまして、厚生労働省では、介護施設と開発企業などをつないで、現場のニーズと企業側のシーズをマッチングさせるための事業として介護ロボット開発等加速化事業を行っております。

具体的には、そこにありますように、介護現場や開発企業双方への一元的な相談窓口の設置をしたり、開発機器の実証支援を行うリビングラボを設置したり、実際の介護現場で実証フィールドを提供したりということをしております。

次のページを御覧ください。

まず、相談窓口としては、全国に11か所拠点を設けております。相談件数は資料中に記載しておりますが、ここで介護現場とか開発企業からの相談を受け付けております。例え

ば、介護現場に対しては、介護ロボットの紹介とか開発方法の助言を行ったり、ロボットの試用貸出しなども行っております。開発企業等に対しては、開発のアドバイスや実証のためのリビングラボや介護施設等の紹介を行っております。

次のページを御覧ください。

その上で、全国に8か所リビングラボを設けております。このラボのネットワークの中で、個別の企業の製品の効果の検証を行ったり、開発に関する専門的なアドバイスを行っております。また、下にありますが、各ラボが提携する協力施設等において、実際に現場で使いながらの実証研究も行っております。

次のページをお願いします。

最後のページが、ニーズ・シーズマッチング支援でございます。具体的には、ホームページ等で介護現場からのニーズをリストとして公開して、それに対する企業からのエントリーを受け付けて、マッチングサポーターが介護現場と企業のマッチングを行うということを行っております。引き続き、こうした取組で、現場のニーズに合った使いやすい介護ロボット等の開発が行われますよう取り組んでまいりたいと考えております。

私からは以上でございます。

○柳川座長 どうもありがとうございました。

続きまして、資料7-1について経済産業省・渡辺室長より、資料7-2について橋本課長より続けて御説明をお願いいたします。

○渡辺室長 経済産業省の渡辺でございます。

次のページをお願いいたします。

医療・福祉機器産業室では、福祉機器と医療機器の開発を行っておるところでございます。福祉機器につきましてロボット介護機器の技術の開発をしておるところでございます。

次のページをお願いいたします。

先ほど厚労省さんからも言及がございましたけれども、経産省のほうでは機器の開発を中心に組み立てていただいているところでございます。その機器の開発の結果を厚労省のほうにつないでいくということで、この分野について今、開発を進めているところでございます。

次のページをお願いいたします。

そうした中で、「医療機器等における先進的研究開発・開発体制強化事業」という事業で、ロボット介護機器についての研究開発の支援を進めているところでございます。

次のページをお願いいたします。

最近の取組の参考事例というところでは、パワーアシストスーツや排泄予測機器や、見守り機器といったものについて支援を行ってきているところでございます。

次のページをお願いいたします。

また、ロボット介護機器について、課題先進国としての日本からの技術ということで、

海外展開についての強い期待も寄せられているところでございまして、現在、FS調査とか現地ニーズに合わせた改良開発について支援を行っているところでございます。

次のページをお願いいたします。

これは直接ロボット介護機器とはずれるところがあるのですけれども、内閣府のほうでSBIR推進プログラムということで、多様化する社会課題の解決に貢献する研究開発型スタートアップ等の研究開発の促進及び円滑な社会実装を目的とした事業を行っているところでございます。

次のページをお願いいたします。

一番下にありますように、高齢者の自立支援や介護者の負担軽減等に資する福祉機器の開発をこちらのSBIRの枠の中で行っているところでございます。

次のページをお願いいたします。

次は、医療機器でございます。

次のページをお願いいたします。

先ほどのロボット介護の支援を行っている枠組みと同様に、こちらの医療機器等における先進的研究開発ということで、医療機器の開発を進めているところでございます。

次のページをお願いいたします。

そうした中で、医療機器についてはものづくりと医療現場のニーズのマッチングが非常に重要ということで、医工連携イノベーション推進事業ということで、ものづくり技術の医療分野での活用について推進を行っているところでございます。

次のページをお願いいたします。

一方、そうした研究開発のシーズをより多く生み出していくために、次世代ヘルステック・スタートアップ育成支援事業という形で、起業に向けたところの支援を行っているところでございます。

次のページをお願いいたします。

そうした取組の成果として、左側が認知症の早期診断を実現するというところで、世界最高分解能頭部PETの開発というところで、現在、この開発が進められているところでございますし、また高齢者に多く見られる大動脈瘤、特にこれについては弓部大動脈瘤の革新的ステントグラフトの開発を行っているところでございまして、その研究開発と、さらに我々としてはその後の実用化について注力をして支援を行っているところになっております。

以上です。

○柳川座長 ありがとうございます。

次に、資料7-2の説明をお願いします。

○橋本課長 経済産業省のヘルスケア産業課の橋本でございます。

資料7-2についてよろしくをお願いいたします。

次のページをお願いします。

経済産業省の役割ということで、今の渡辺室長のお話も含めてなのではございますけれども、私ど

もは一番右側の介護・生活支援の部分に関連することになるかと思えます。

次のページをお願いします。

ヘルスケア産業市場について、今回の高齢者向けサービスというものも含めて、公的保険外のサービスの振興を図っているところでございます。

次のページをお願いします。

今注目しているのが高齢化の進行に伴う家族介護者負担の増大ということで、仕事に就きながら介護に従事する方々、いわゆるビジネスケアラーとかワーキングケアラーと言われてはいますが、そういった方々が年々増えていまして、既に200数十万人いらっしゃるのですが、2030年には300万人を超えてくる。その中で、介護離職者も毎年10万人出ているという状況でございます。

2030年段階での経済損失を試算したところ、9兆円を超えるものになるということで、仕事と介護の両立困難による生産性損失であります介護離職者の損失は極めて大きい、対応すべきものと認識してございます。

次のページをお願いします。

そうした中で3点施策を打っていきまして、高齢者、要介護者の方には自立支援ということで、地域資源を活用しながら地域で高齢者の生活自立支援ができれば、ビジネスケアラーの負担も減っていくだろうということで、地域実証での市町村向けマッチング支援とか、保険外サービスの信頼性向上といったものを行っております。

もう一つ、ビジネスケアラー向けには、その方が働いている企業での両立支援が大事だということで、先般、企業経営者向けの両立支援ガイドラインを策定してございます。

もう一つ、介護についてなかなか言い出しにくいというところで、話題に出しやすいという意味での社会機運醸成も別途行っております。

次のページをお願いします。

もう一つ、認知症に関する取組も行っておりまして、政府として「共生」と「予防」というものの両輪で行っております。

次のページをお願いします。

経済産業省では、東京大学の岩坪先生に座長をしていただいて、認知症イノベーションアライアンスワーキンググループというもので取組を進めていまして、「共生」においては、認知症になった方でも使いやすい様々な生活に関するサービスの開発とか、「予防」について事業者向けの提言、あるいは予防に関するエビデンス構築に関する研究支援を行っております。

以上でございます。

○柳川座長 ありがとうございます。

それでは、資料8について、厚生労働省・堤室長より御説明をお願いいたします。

○堤室長 厚生労働省保険局医療介護連携政策課でございます。

我々のほうからは、「保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくりの

取組について」ということでお話をさせていただきます。

次のページをお願いします。

本事業は、かかりつけ医等と医療保険者が協働し、加入者の健康面や社会生活面の課題について情報共有しながら、地域社会で行っている相談援助等の地域資源の活用を進めて、加入者の健康面や社会生活面の課題に対応する取組ということで行ってきております。

下のところにスケジュールを書いています。2021年から取組を進めておりました、右上に「モデル事業実施府県」と書いてございますけれども、こういった都道府県の保険者協議会において取組を行っていただいております。

2023年度にモデル事業として続けつつ、モデル事業をこれまで3か年やってきました結果の取りまとめも行っておりますので、その内容も含めて御紹介をさせていただきます。

また後ほど御説明いたしますが、令和6年度以降、保険者協議会における継続的な取組支援ということで、ある種恒常化した予算として取組を続けさせていただく形になってございます。

次のページをお願いいたします。

1県分だけ事例を紹介させていただきます。これは兵庫県の保険者協議会で取り組んでいただいたところで、養父市で行っていただいたところでございます。

実施体制として、一番上のところに書いてございますけれども、保険者協議会、兵庫県、養父市、地方の医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会というところで取り組んでいただきました。

フローを見ていただきますと、真ん中の保険者がいわゆる社会的処方などと言うリンクワーカーというところになりますけれども、ここで特定健診、特定保健指導で把握したような加入者さんの健康課題について、かかりつけ医と協働しながら、また逆の情報連携もあるわけですが、住民の方に地域コミュニティー等への参加を勧奨いただいて、住民から社会資源と言われる既存の集いの場とか、農業分野、芸術・文化でいうとアート講座などにも参加いただく、こういった取組をやっていただいております。

多様な取組をほかの都道府県でもやっておりますけれども、今回は兵庫県ということでこちらを紹介させていただきました。

次のページをお願いします。

様々モデル事業をやっておりました、こうした取組、社会課題に対してこういった形で保険者と協働して取り組んでいくかというところで、具体的な課題を3つ捉えております。

1つは、「医療従事者による介入手法」。こうした介入というのは、まだ普及しているところではございませんので、多様な関係者が取組の目的を共有して、一定の共通水準で対象者を抽出するために標準化した手法が必要だろうということで、こちらの対応としてはモデル事業で作成されたような問診票、こういったことで患者さん、生活者さんの課題を抽出するかということを標準化するための問診票などを共有するというをやっております。



2ポイント目が「リンクワーカー機能を担う主体」ということをございます。多様な主体、例えば医療従事者御本人がリンクワーカーをされる場合もありますし、保険者や行政、民間の民生委員の方などがリンクワーカー、つまり医療から生活者さんに資源をつなぐためのつなぎ目を果たす役割ですけれども、それぞれが担う役割も多岐にわたっている。地域ごとにそれぞれ既にリンクワーカーに近い役割を担っている主体がございます。そういった存在をうまく活用するために、地域の実態に合わせて、必要な場合にリンクワーカー機能を担う主体が必要であろうということをございます。

ポイントの3つ目ですけれども、「地域の社会資源の整備状況」。こちらも、いざ社会課題があると把握した場合であっても、社会資源がそもそもどれくらいあるのかというのを全て包括的に把握できていない場合がございますので、対応としまして、活用可能な社会資源の整備等、紹介可能な社会資源を共有するための地域資源マップ等を作成する必要があるのではないかということをございます。

次のスライドをお願いします。

Social prescribingの取組ということで、我々は補助事業でモデル事業としてやってきたものの取りまとめに加えて、Social prescribing、日本では社会的処方と訳されますけれども、この取組について諸外国でどういった取組がなされているのか、また、それを調べることによって我々のモデル事業に反映させられるのではないかとという問題意識の下で、海外調査も行っておりまして、それも含めたまとめのスライドをございます。

Social prescribing、日本では社会的処方と訳されますけれども、各国の取組・位置づけに照らしてWHOがつくっている報告書では、「臨床及び地域社会において信頼された者が、ある個人が非医療的でありながら健康に関係する社会ニーズがあることを認識し、地域社会の中でSocial prescriptionを共に作り出すことで、その個人を非医療的サポートやサービスにつなげるための手段」という定義が用いられております。

2ポツ目ですけれども、諸外国では様々な形でSocial prescribingと称する活動が行われています。日本で言いますと、保険者とかかりつけ医等の協働事業、我々の事業のほかにも、この定義に当たるような取組ですと、医療の中で、介護につないだり、社会福祉サービスにつないだりということは入退院支援の枠組みで古くからされておりますし、モデル事業のほかにも、日本では英国型、入退院支援型、地域共生型などとも言うべき様々な取組がSocial prescribingの枠にとらわれずに以前から進められているということをございます。

※で書いておりますけれども、英国では、かかりつけ医が社会的課題を理由とした受診等の業務逼迫への解消の目的の一つとして、外来患者をリンクワーカーにつなげる取組が進められています。こうした中でSocial prescribingの概念が誕生しました。一方、シンガポールでは、大手病院グループによって入院患者を在宅復帰するための取組としてSocial prescribingが行われております。

3ポツ目に戻りまして、いろいろな取組が進められているわけですけれども、こうした

取組を推進するために、地域共生やまちづくりの中で、社会的課題を有する者を必要なサービスに接続するための手段の一つとして、医療に携わる者が担い得る役割として認識して、地域ごとの社会的課題や活用可能な社会資源の実情に応じて取組を進めることが必要ということで、先ほど申し上げたような取組とか、あと、一番上のところですけども、保険者協議会における一部の取組への継続的な支援の実施ということで、今回から予算化をさせていただきました。

最後のスライドをお願いします。

こちらは、保険者協議会における保健事業の効果的な実施支援事業ということで、一番下のところに本事業を位置づけさせていただきまして、令和6年度から実施いただいております。

以上でございます。よろしく申し上げます。

○柳川座長 ありがとうございます。

次に、資料9について、厚生労働省・和田課長より御説明をお願いいたします。

○和田課長 最後に、難聴高齢者の早期発見・早期介入等に向けた調査研究事業について御説明させていただきます。

次のページをお願いいたします。

従前より、難聴についても、高齢者に限らない生活上の障害となるということが当然知られております。よく知られています『ランセット』の報告では、中年期の難聴が認知症のリスク要因となるというような報告もございます。他方、難聴に関しては、各自治体において、もちろん先進的な自治体が各種ございましたが、統一的なやり方ということはまだ不十分であるというような状況でございました。

昨年、令和5年度の老人保健健康増進等事業におきまして、早期発見・早期介入に向けた関係間の連携について調査研究を行わせていただきました。

加齢性難聴につきまして、本人が気づかないうちに進行し、適切な支援や受診につながりにくいという懸念がございますとか、これを専門医もしくは適切な支援にどのようにつなげるかということが課題ということで、先進的な自治体にヒアリングを行い、このモデル事業を実施させていただいたところでございます。

次のページをお願いします。

モデル事業の目的といたしましては、この状況を基に手引を作成するというを目的としております。最後に申し上げますが、手引についてまとめさせていただきましたので、これから周知に努めていきたいという状況でございます。

協力いただいた自治体としては、旭川市、遠別町、さくら市、静岡市、熊本市、竹田市等がございます。

次のページをお願いいたします。

実施した結果でございますけれども、多くの参加者から、聞こえに関する理解が深まった、ほかの方に勧めたいというような感想をいただいております。また、参加していただ

いた方の6割弱の方が受診勧奨対象者となり、そうした方の20%の方が医療機関を受診したという結果につながったというような結果が得られております。

次のページをお願いします。

この手引でございますけれども、ポイントは一覧して分かりやすい。これは自治体の方も高齢者の方も参考にできるように作ったということでございます。

全体像といたしましては、認知から注意、興味から関心、理解から欲求、そして記憶に至るということで、どのようにすればインセンティブづけができ、このチェックに参加していただけるかということの支援の在り方をまとめております。また、自治体についても、実施の目的やターゲットの設定方法についてこのような仕組みをつくっているところでございます。

ポイントといたしましては、フレイル対策の観点がございますが、どのようにこのような対象者に関心を持っていただいてこの仕組みに参加していただくか、そういうところをまとめさせていただいたところでございます。

次のページをお願いします。

サマリーでございますけれども、時間もございますので後ほど御覧いただければと。5ページ、6ページについては飛ばさせていただきます。

最後に7ページでございますけれども、ちょっと観点が違いますが、厚生労働省では補聴器販売者の技能向上研修も実施しております。令和6年度予算でも約3600万円となっております。

この補聴器をめぐるまは、高額であることから購入に際して消費者トラブルが報告されておりまして、質の高い補聴器販売者の養成等を行うことを目的に実施しております。

補聴器販売者が適切な補聴器の選定や使用の指導等を的確に行えるように、その研修の実施、また、情報の普及啓発を行っているところでございます。

厚生労働省としては、引き続き、補聴器販売者の技能・知識の向上が図られるよう努めてまいりたいと考えています。

以上、難聴対策の御報告でございました。ありがとうございます。

○柳川座長 どうもありがとうございました。

かなり多岐にわたる内容を御説明いただきましたけれども、意見交換に移りたいと思います。

時間がかかり限られておりますので、最大3分程度ということで毎回お願いしておったわけですが、皆さんかなりいろいろ御意見がおありで、大分時間が長引く傾向があったものですから、今回から新しい試みということで皆さんから御意見を紙で出してくださいまして、その上で議論をするということになっておりますので、書面で提出していただいた御意見は皆さんのお手元に既に配られているかと思っております。ですので、この紙を読み上げるという形ではなくて、この紙の部分は既に御発言いただいたということでこの検討会としては残りますので、これを踏まえて、そこまで発言したことという前提で、追加

で強調されたいところをぜひ3分厳守でお願いできればと思っております。大変恐縮ですが、そういう形で時間進行に御協力いただければと思います。よろしくお願いいたします。

それでは、まず若宮構成員からよろしくお願いいたします。

○若宮構成員 若宮でございます。

私のほうからなのですが、今もお話があったように、どこそこに電話、相談するようにとかという話が随分あるのですが、私も89歳で独居のシニアなので、実際に当事者でもあるのですが、何かあったときに電話して、電話にすぐ出ただけということではまずないのです。だから、電話をするということで問題が解決するかどうかというのはまた別途御検討いただきたいということと、それから、全体の流れの中ですごくいろいろ高齢者に気を使っていることは事実なのですが、一番大事なのは高齢者が心身、心と体が両方とも自立するということで、やはり自分の頭で考えること、行動するということを奨励していくことがその次に大事だと思います。

そのために、高齢者教育にもっといろいろなテクノロジーのこと、ITではなくてももっといろいろな幅広いテクノロジーのこととか、QRコードとか、バーコードの意味とか、そういうようなものも高齢者教育の教材に入れてどんどん勉強してもらおうということで、自治体の生涯学習課などにもお願いしてやっていくのが必要ではないかと思っております。

最後に、家電メーカーの方に、いろいろな家庭で使っている電気器具その他を、高齢者とか体の不自由な人でも使いやすい、今どこが使いにくくて、どこをどうしてほしいかということ調べて、使いやすいものにしていただければ、高齢者の受け取り方もまた違ってくると思っています。

以上です。

○柳川座長 ありがとうございます。

それでは、続きまして藤森構成員、よろしくお願いいたします。

○藤森構成員 資料11の私のレジメに記したのは発表した内容になります。ただし、先ほど最後のところで「死後対応について民間保険の活用などの工夫の余地があるのでは」ということを申し上げました。この点については、レジメに少し記載しておりますので、後ほど御覧になっていただければと思います。

死後事務に関しては、亡くなった後の死後対応という見方をされますが、多くの場合、生前から支援団体とつながっていきます。エンディングノートを書いて、持家をどう処分するか、あるいは借家の残置物をどう処分するかという点について、本人の意向を聞いていくということになりますので、生前に支援団体等とのつながりを作っていきます。そして、身寄りのない方が、生前に持家の処分や残置物の処分を決めていくことによって、持家が朽ちて、そこに最終的に公金を使わなくてはならないような事態を防げます。それから、残置物の処分をどうするかということを決めることによって、一人暮らしの高齢者になかなか家を貸してもらえないという問題も改善していく余地があると思っております。生前か

らつながりをつけていく死後対応は公益に関わり、持家が朽ちることへの対応や、一人暮らしに家を貸せない問題という社会問題に対応する一つの手段だろうと思っています。

それから、今日お話をお伺いしながら、介護ロボットなどテクノロジーがどんどん進化していくことを期待しております。一方、例えば2019年の介護職員が211万人いて、2025年時点で必要となる介護職員数と、2019年の実際の介護職員数を比べると32万人の差があると指摘されています。例えば介護ロボットによって、どの程度必要となる介護職員数を削減できるかという試算がもしあったら、少し教えていただければと思います。

それから、社会的処方について御説明がありました。これもまた大事なお話で、イギリスではかかりつけ医がその人をずっと診るようなことがあって、家族の一員のような役割も果たしていて、これは身寄りのない人にとっても心強い存在だろうと思っています。

一方で、なかなか難しいのは、リンクワーカーとかかりつけ医の情報連携というのが図にありましたけれども、その連携が難しいのではないかなと思っています。養父市ではかかりつけ医に一体どのようなインセンティブを与えてこのような連携ができたかということをお話いただければと思います。

以上です。

○柳川座長 ありがとうございます。

続きまして、権丈構成員、お願いいたします。

○権丈構成員 今日は、一言で言えば医療が変われば福祉も変わるという話です。昨年、日本医師会の欧州医療調査団がイギリスを訪問したときに、先方のドクターがsocial prescribingを生活支援と、日本語で書いて説明していたそうです。日本では社会的処方と訳されていますけれども、医師が生活支援と社会的処方の両方のチームの一員として関われば、2つを峻別する必要はあまりないと思います。

そもそも日本人はイギリスのGPの悪口は知っていても、既に日本に大勢いる日本のプライマリ・ケア医、家庭医のことを知らなさ過ぎます。ということで、今日は「プライマリ・ケアって何？」という鼎談の資料を提出しているので、御覧ください。

猪熊さんが提出資料に書かれているように、人は突然身寄りのない高齢者になるわけではないです。日本のプライマリ・ケア医が目指していることは、全人的医療を行うために、長期にわたって人間関係を築きながら、言わば家族の一員になることです。

今、日本で議論されている「かかりつけ医」は、病気にならないと会えない人たちですので、健康なときから関係する全人的医療と言われてもみんなぴんとこないと思いますけれども、まず、今、日本に既に生まれているプライマリ・ケア医、家庭医を理解して、このような会議の場で生活支援、社会的処方を考える際には、今ある社会資源としてのプライマリ・ケア医たちといかに連携していくか、彼らが全人的医療を行うことのできる環境を広く準備するには、医療をいかに変えていくべきかということをお話関係者も率先して考えてもらえればと思います。

最後に、藤森構成員が「公的介護保険において追加的財源の確保を前提して」と書かれ

ています。今朝アップされた東洋経済オンラインの私の文章の中で、医療保険の賦課・徴収ルートを活用した子ども・子育て支援金の次に医療保険の賦課徴収ルートを活用するのは、今は40歳以上のみが被保険者となっている介護保険だと書いていますので、お手隙のときにでも見てもらえればと思います。

以上です。どうも。

○柳川座長 ありがとうございます。

続いて、飯島構成員、お願いいたします。

○飯島構成員 お願いいたします。

資料13を御参照いただければと思いますが、様々なテーマに対して私からの事前コメントを書いてありますので、それを踏まえて補足したいと思います。

まず1つ目、「身寄りのない高齢者」へというテーマに関しましては、当然、実際の親族関係は戻せないですが、地域でのソーシャルサポート体制がどう機能しているのかということが鍵なのだろうと思います。その上で、現場でやっている立場からして、それぞれの地域、特に自治体という単位よりもっと小さなローカルの単位で、いわゆる「地域ケア会議」が医療・介護関係者で展開されております。これは全国で実践されておりますが、そのような会議の場で身寄りのない方の話も出るのです。このような方々が何で早めから対応できなかったのかという核心の部分が話し合われています。それを一つ一つ、現場現場で終わってしまうのではなくて、地域単位、県単位、国全体としてノウハウ蓄積をして、そこから何を学ぶのかというアプローチも必要ではないかなと思います。また、身寄りのない高齢者に関して、ある程度スクリーニングが出来てきたならば、住民主体の多様な活動の推進、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの総合的・戦略的組み合わせ等のシステムに上手く乗せていくことも重要でしょう。それらを上手く総合統括できるような自治体行政職（専門職も総合職も）の養成も必要になってきます。

次に「介護ロボット」に関しまして、介護ロボットが現場に入ったときにオペレーションをどのように変化させていったらいいのかに関する調査研究や標準化の取組がまだ不足しているかなという印象を受けます。また、老年医学の私の分野ではかなりエビデンスが出ておりますが、それを社会実装にどうつなげるのかという方向性の実装科学研究に関する支援というものも不足していると思います。実際に認知症基本法が出まして、認知症関連でも例えば2億円ぐらいの支援はあるのですが、その一部だけが実証研究に回っているだけという現実もあります。それ以外の課題に関する事前コメントも、この資料13に書かれております。そして、認知症に関連する追加として、血液バイオマーカーやIT機器を用いた軽度認知機能低下（MCI:mild cognitive impairment）のスクリーニングから、診断・治療へのパスを確立、さらには認知症に対する社会的スティグマの解消、そして、疾患修飾薬のさらなる開発と非薬物的アプローチによる多因子介入の社会実装等も重要でしょう。

次に、内閣府様及び厚生労働省様からの説明において、特に、平均寿命と健康寿命のギャップ（差）を限りなくゼロにするという大テーマ、これは仰る通りだと思います。慢性

炎症をベースとした最先端研究でスクラムが組み立てられており、どんどん開発されているようですが、やはり我々がメインに推進しております「フレイル」に関しても、もう一回り総合的な研究開発が必要であろうと感じます。身体的な要素、心理的な要素、社会的な要素という、いわゆる多面的な要素が組み合わさりながら負の連鎖が生じるフレイルという状態をしっかりと取り上げて、最先端研究に持ち込むことも重要であろうと思います。

またもう一つ、経産省ベースでAMEDの研究開発として推進して下さっている介護福祉機器開発の部分ですが、そこに携わっている研究者という立場から見ますと、申請案件がもう一回り切れ味の良いチャレンジングなものが必要ではないかという印象を持っております。ここはベンチャー企業も含めてうまく背中押しをして、より斬新な発想の下、ユニークかつ現場が一番求めているものを積極的にチャレンジしてもらいたいです。さらに、介護現場の細かい状況や諸事情を知らなさ過ぎるといふ申請者も多いかなという、大きな課題も感じます。

以上も含め、この分野における大手企業よびベンチャー企業などのチャレンジがもっと加速されるべきです。また医工連携の研究者も企業と組む形で、斬新な発想による積極的な開発が求められます。

さらに、高齢者の労働支援（労働者自身の疾患との両立支援）の研究や対策のさらなる推進が求められます。今回の資料では、高齢者の労働支援（介護との両立支援ではなく、労働者自身の疾患との両立支援）の研究や対策をもっと踏み込むべきと思います。定年の更なる延長が予想されるが、高齢期まで雇用主も労働者も安心して高齢労働者の「健康と職業生活を守る」ための対策が必要です。職場の環境安全までの提言はありますが、高齢労働者のフレイル・ロコモ対策の視点が不十分であり、労働者の両立支援もがん患者など疾患対策にとどまっている印象を受けます。労働可能な高齢者の健康レベルと重篤な疾患罹患者や要介護者の健康レベルは大きく異なり、個人への対策もヘルス、産業保健、個人を対象とした安全管理システムの開発など領域横断的取組が求められます。高齢労働者が一定数存在している国は、定年制のない米国や超高齢社会の日本などに留まり、日本が対策を提示することはアジア諸国の将来にも貢献し得ることは間違いないと思います。

次に「社会的処方」になりますが、これは我々医師側も推進しようとは心掛けているのですが、先ほどコメントがありましたように、かかりつけ医とリンクワーカーがまだまだ全然コンタクトを取れていないという状況にあります。また、養父市の事例にもありましたが、こういうモデルケースを全国のかかりつけ医に取り組ませるといふ戦略性を考えるには、相当の仕組みを考える必要があると思います。あともう一つは、かかりつけ医というと当然MD（メディカルドクター）ということになってくるわけですが、やはり他の医療専門職種も同じように教育されていくべきであると思っております。すなわち、全ての医療専門職や介護専門職が、社会的処方の意義と推進することによる有効性を十分に再教育され、また次世代の専門職の教育の場にも盛り込まれ、全てのスタッフが多様な現場で

「多様な選択肢の地域資源につなげる」という社会的処方を中心に意識しておく環境を目指していくべきであると思います。各疾患単位の管理だけでは限界があり、もっと社会の地域資源（サービス資源、人的資源も含め）を活用し、患者様として対応している臨床現場からも、その患者様を生活者として社会参加や地域資源の選択肢に触れ継続参加できるように推進できる地域システム構築が求められます。そして、社会的処方について、もっともっとAIを活用して、各自治体にカスタマイズしたシステムを国として策定すべきでしょう。さらには、企業（多様な業態から構成されている産業界）の中における、介護、認知症、フレイル（疾患だけによる訳ではない虚弱化）などに関する早期からの啓発も重要でしょう。

最後にもう一言、「難聴」に関しまして追加でお話させてください。聴力低下によって、日常生活が狭まる、そして身体的な機能も落ちていくという、いわゆるフレイルの負の連鎖が始まっていくことは間違いありません。地域での活動の場でも、臨床現場であっても、補聴器問題も含めて聴力低下問題は強く感じます。補聴器を購入して持っている方は多いのですが、多くの方々は常時装着していないという現実もあります。その最大の理由は、ノイズばかりが増強されてしまって不快であり、肝心なお話の内容がよく聞きとれないという理由を述べる高齢者が圧倒的に多いです。同時に、補聴器のお値段の高さの課題も大きいのでしょうか。さらに、静かなところでセッティングしても、やはり地域の集いの場のような環境を想定した調整が必要かなということです。そして、さらに言えば、いわゆる補聴器問題だけではなくて、公共の場において聴力低下の方々により聞こえやすいというスピーカーも開発されていますので、「難聴の方に優しい地域社会」の構築を目指していければと思います。

以上でございます。

○柳川座長 ありがとうございます。

大空構成員、お願いいたします。

○大空構成員 大空です。

皆さん、御説明ありがとうございました。

身寄り問題については、公的制度、身元保証も両方必要だろうと思うのですが、これらは非常に不便さを解消するのと同時に、一人でも生きていけるというようなことを肯定してしまう可能性もあって、社会的孤立が固定化するという側面もあろうかと思いません。ですから、こういうプラットフォームにはぜひNPO団体とか、スポーツ団体とか、これまで社会福祉の中にあまり入ってこなかったような汎用性の高いつながりを入れていくということも重要です。同時に、それを超えていくためには、いわゆる財源論というのは、ある種個人に負担をしていただいているから、それを使うのは当たり前の権利なのだとことを周知していく。スティグマを解消する一つのツールにもこの財源論はなるのだろうと思います。そういった観点から議論するということ。

それから、最近、子供の権利については盛んに言われるようになってきましたけれども、



高齢者の権利については、いまだに高齢者の虐待予防という議論から抜け出せていないと思うのです。高齢者擁護の権利推進事業などもありますけれども、これをもっと広げていく。社会福祉とか支援制度を使うことも権利なのだというような広げ方をしていくというのも大綱には入れていく必要があるのではないかと思います。

医療福祉機器については、ある種スタートアップのような者の経営者の観点から申し上げますと、例えばAMEDもSBIRもそうなのですけれども、研究開発をするのは分かったと。でも、どれだけいいプロダクトをつくっても、そこにスケールするかどうかは全く別の問題なはずなのです。例えばVCとかエンジェルの投資家とかは、プレシードとかシードアーリーの段階から事業の壁打ちなどをやるわけです。こういうものは非常に属人化していきますから、例えば投資家であるとかVCのキャピタリストたち、彼らが持っているような属人的なスキルをこういったAMEDも含めて入れていく。研究開発と普及啓発の中にはやはり属人的なスキルというのにも必要だろうと思いますから、どこに投資するのかということの投資眼は民間から人材を招聘していく以外の方法はないと思います。ですから、この大綱の中においてもそういった観点もぜひ入れていただきたい。

最後は社会的処方についてですけれども、医療の中の話が中心なのですが、社会的処方というのは、例えば文化的処方という言葉もありますけれども、社会的資本をいわゆる援用するような役割もあるわけです。JSTと東京芸大がやっている共生社会プラネットというような取組もありますけれども、美術館とか博物館とか自然公園みたいなコミュニティー資源、文化資本ということをまずはつないでいくということ。我々も去年、日本財団の助成を受けて試行実施しましたが、かなりうまくいきました。温浴施設とか、町にはやはりいろいろな文化資本がありますから、そうしたものとまずはつなぐゆるい社会的処方から推進していくというようなこともぜひ御議論いただきたいと思います。

以上です。

○柳川座長 ありがとうございます。

続きまして、澤岡構成員、お願いいたします。

○澤岡構成員 ありがとうございます。

私からは、こちらに並べさせていただいているところなのですが、まず若宮構成員がおっしゃっていたシニアへの教育、意識改革が大事というところはまさにそうだなと思って伺わせていただきました。様々なサービス、仕組みができていの中で、主体的に自分が生きる手段としてアクセスできるという学び、例えばスマホというものを使うことがそういう入り口になるというような動機づけであったり、様々な方面からそういった意識改革をしていくということがまず重要だなと感じました。

さらに、当事者のお話も確かにそうなのですが、例えば身寄りのお話ですが、一人でいることというのは一つの選択肢として今認められつつあるように思います。その中で、やはり早い段階から、高齢期になったからというのではなく、一人で生きることのその先ということ、早い段階から動機づけとか、こんなリスクがあって、こんな選択肢があって、

こんな備えが必要だという働きかけも行っていく必要があるのかなとも感じました。

また、社会的処方に関してなのですが、先ほど飯島構成員がおっしゃっていましたが、医師、かかりつけ医の方がなかなか社会的処方への理解を得ることが難しいというようなお話もありましたが、こちらは報告書を書かせていただいています。昨年イギリスで調査をさせていただいたときには、医学部のプログラムの中に社会的処方を理解するというようなカリキュラムを取り入れているということで、医師の意識改革ということも積極的に行われているということで、日本でもそういったことも必要なのかなと。

また、さらに言えば、今までサービスを受けることが当たり前と考えているようなシニア、それから、治療とかお薬をもらうことで安心を得られていた。そういう思考を、当事者ですね。御本人も社会を処方される。そういうことが自分にとってのウェルビーイングなのだという意識改革ですね。そういったことをしていかななくてはいけないのかなということも感じております。

さらにもう一つだけ、難聴のお話なのですが、難聴への理解ということで、御本人が補聴器のお話というところもあるのですが、やはり地域の現場で、高齢期の難聴は聞こえにくくなるだけではなくて、何を言っているのかがなかなか理解ができないんだよ。そんなような難聴そのものに対する地域全体での理解ということも進めていくことで、当事者であり、周囲であり、そういった関わる人たちの意識改革ということを積極的に併せて進めていくということが必要であるのではないかとということで、私の発表をさせていただきました。ありがとうございます。

○柳川座長 ありがとうございます。

続きまして、藤波構成員、お願いいたします。

○藤波構成員 御説明ありがとうございました。

私のほうからは、事前に提供させていただいている資料のことを踏まえた上で、3点ほど今日のそれぞれの御説明を伺った上での追加ということで発言させていただきます。

まず1点目ですけれども、予算のお話というか、費用をどうするのかと。単身者の支援であるとか、介護の離職を防ぐというのは、いずれにしろ、お金をどこから出すのかといういろいろな問題がある中で、先ほどお話にも出ていましたけれども、やはり社会保険の利用ということを考えていく必要があるのではないかなと。今まではどちらかというところと介護される本人に支援するというところに重点を置かれていますけれども、やはり周りで補助する人たちが使い勝手がよくなるようにということも少し考慮していく必要があるのかなということ。

それから、もう一点は、長く企業の中で働いてもらうということを前提に考えますと、優秀な人に関しては、ある種企業がベネフィットみたいな形でそういう介護サービスの一部を負担してあげるといったようなことがやりやすくなるような法改正であるとか、税制の仕組みを変えるとかといったところも工夫が必要ではないかなと考えております。

2点目ですけれども、高齢者の方たちに支援をするということは当然なのですが、それ

をしている間に、周りの人たちで、例えば企業の中でも介護対象の人がいないで普通に仕事をしているという人たちに負荷がどうしてもかかってくるというところがありますので、そういう人たち、今までの過去の検討会の中でもいろいろな方が御発言されていましたが、シニアの方たちだけではなくて、若い世代とか、現在自分は対象ではないけれどもという人たちの意識啓発を図るとともに、そういう人たちにも何か副次的に利用できるとか、仕組みの間口を少し広げるとかというようなことで、例えば休暇制度の使い勝手をよくしてあげるといような、介護休業とか介護休暇というところで増やすのではなくて、様々な目的で、多様な意図で使えるものとして休暇制度を設定するとかというような取組も必要ではないかなと考えています。

3点目ですけれども、難聴の対策のことで、こちらは事前資料には書いていないのですが、先ほどから御発言を伺っていて、企業でも離職するときの一つのきっかけがやはり難聴になるというようなところで、聞こえが悪くて職場でのコミュニケーションが図れなくなってくるというところでシニアの方たちが離職されるということがよくあります。補聴器をつければいいじゃないのというときに、先ほど皆さんの御発言にもありましたように、聞こえの問題であるとか、それから、見た目の問題、あと、やはり補聴器をつけているということですごく年寄り感が出てしまって、職場にいづらいつか恥ずかしいというようなメンタルの問題もあつたりしますので、そういう補聴器に関する技術の普及とともに、理解を深めてもらうというようなところもやはり必要ではないかなと考えます。

私からは以上となります。

○柳川座長 ありがとうございます。

続きまして、駒村構成員、お願いいたします。

○駒村構成員 ありがとうございます。

資料は配っておりません。4点申し上げたいと思います。

多くの構成員からもお話があつた未婚の単身高齢者が増えていくということで、本当に身寄りがいない方が増えていく。そういう方の老から死の部分はどうサポートするのか、まさに死の社会化に関しての議論を深めていく必要があるのだろうと思います。北欧ではこれに係る財源も確保している国もございますので、参考にする必要があると思います。

2つ目に、家族機能を代替して終身サポートをする、身元保証事務事務のようなサービス、この関連産業がどのくらいの経済規模で、利用者が一体どうなっているのか、詳細な情報がまだ不足しているのではないかと思います。極めてルール化が難しい分野だと思いますけれども、政府におかれましては、この実態把握をより深めていただけていく必要があるのではないかと思います。

3点目でありますけれども、資料3の5ページに厚労省がつくっていただいた、先ほど厚労省からも御説明があつたガイドラインのお話が出ております。大変難しい議論をやっているのではないかなとは思いますが、この中で、利用者の判断能力が不十分だった場合、は、誰がどう認知症になっているかどうかを判断するのかというのがありますし、それか

ら、認知症になれば成年後見というのも利用対象になるわけですが、軽度認知障害のような状態でまだ成年後見まで行かないようなレベル、本人もただちに成年後見を望まないようなレベルにおいても、それほど多くの生活上の課題はあまり起きないとしても、経済取引においては課題が出てくるということで、曖昧ではさまの状態にある層をどうサポートするのかということも、今後このガイドラインを使っていく中でバージョンアップを検討していただきたいなと思っております。

それから、4つ目でございますけれども、技術開発のところですが、医療・介護、医療においては治療と予防、それから、介護支援においては施設におけるサポートと本人の探索、こういう視点からの技術開発の議論が多かったのではないかなと思っておりますが、高齢者本人が日常生活で持っている能力を生かせるように、社会側が実装するような技術開発に関しても支援をしていく必要があるのではないかと思います。あるいは、在宅の生活において生活をサポートするような技術を支援していく必要もあります。社会のほうの実装するような技術開発を支援する必要があるのではないかと思います。医療・介護モデルからの技術開発とともに、社会モデル、社会的な視点から見た技術開発についても深めていただきたいなと思っております。

以上です。

○柳川座長 ありがとうございます。

続きまして、檜山構成員、お願いいたします。

○檜山構成員 ありがとうございます。

私からは、まず資料6で御紹介されましたリビングラボネットワークに関して、介護ロボットの実証評価をこのような環境を使って市場に持っていくという取組は非常に重要だと感じております。

ただ、介護ロボットに限らず、高齢社会を対象にした新規事業として、健康増進も含めたヘルステックのスタートアップもこれから多く出てくるかと思っております。新しい技術の評価、検証を行うときに、長期的に介入群、非介入群に分けた評価検証を行って、意味があったのかというエビデンスデータを取得していく必要がある。限られた環境だけでは、十分な参加者とデータを取得することができない。もっとリビングラボネットワークを拡充していく取組が必要であろうと考えます。連携する施設も増やしていくことが必要ですが、多く研究の現場など民間企業との共同研究で、例えば福祉事業者が抱えている施設などでも実証の取組を進めていこうとする場合でも、事業者の経営層は新しい技術の検証に積極的に取り組もうとしていても、現場の介護スタッフや職員、そして施設の利用者の理解を得るところに困難を抱えている。現場の理解の促進に向けた働きかけもやはり必要であろう。例えば、新しい技術を取り入れたサービスやプログラムの評価への参加を現場スタッフにとってインセンティブを持たせられるような政策も考えていく必要があるのではないのでしょうか。

もう一つ、社会的処方に関して、医療から社会へという向きと、これまで日本の中で育

てられてきた地域の現場から医療に入っていくような、健康づくりの活動を通じたアセスメントを行って、必要に応じて医療的な診断に繋ぐ働きかけや、高齢期の社会参加そのものを促進していく政策もこれまでの議論の中でも出てきているかと思います。そういった地域から医療に向かっていく流れと、医療から地域に向かっていく社会的処方とを有機的に繋いで再構築していくような制度設計を行うことが、社会的処方の効果を高めて作動させる意味で重要ではないかと思っております。

以上です。

○柳川座長 ありがとうございます。

続きまして、猪熊構成員、お願いいたします。

○猪熊構成員 私からは主に2点お話ししたいと思います。

1点目は身寄りのない高齢者について。家族がいても頼れない人も含めると、誰もが該当する可能性があり、まさに「おひとりさま」仕様の社会をどう築いていくかが課題になるといえます。ニーズの大きさから身元保証団体が増えていますが、やはり公的機関の積極的な関与が求められます。

また、高齢者自らが対応できる範囲を広げるために、各種公的制度の申請手続きや書類の記入の仕方を簡素化したり、文字を大きくしたり、何をどうしてほしいのかというポイントを先に出したりという書き方の工夫も必要かと思えます。支払い決済もICTを使えるようにして、使い勝手のよいICTを開発する重要性も増していると思われます。

他方、人は突然、身寄りのない高齢者になるわけではないことを思うと、若い頃から自身の生き方や将来の姿について考える機会があったほうがよく、そうした機会を提供する意義は大きいのではないかと考えられます。例えば、介護保険の保険料支払いが始まる40歳時ですとか、特定健診が始まる40歳時、企業が定年前セミナーを行うことが多い50歳代時に、将来の健康や経済状態、老後生活に関して、自分の意思固めをするのに参考となるようなテキストとかウェブ資料に誰もがアクセスできるような仕組みがあればいいと思います。そうすることで、支援が必要になったときに、それまでの自分の生き方を理解してくれて、支えてくれるであろう支援者との関係性も築きやすくなるのではないかと思います。

社会保障教育も早期からの準備という点で、一端を担えると思っております。現在の働き方次第で生涯賃金が大きく異なり、それは年金に反映し、老後生活に大きく影響します。権丈構成員が座長を務める東京くらし方会議が就業パターン別の生涯収入など、分かりやすい資料をまとめておられますが、そうしたものに早く触れる機会をつくる。高齢期の生活に密接に関わる年金、医療、介護、雇用の在り方やその意義を学ぶ社会保障教育の充実を指摘しておきたいと思えます。

2点目は、新しい老齡観についてです。内閣府が出されたムーンショット目標の資料を見て、もちろん、こうした研究開発は重要であり、どんどん進めていただきたいと思っておりますけれども、「100歳まで健康不安なく」ですとか、「平均寿命マイナス健康寿命イ

コール不健康時間」という表記には若干、違和感を覚えました。今は死亡年齢の最頻値が男性88歳、女性93歳と、90歳まで生きるのが珍しくない超長寿時代で、長寿化のフェーズがかなり変わってきている印象があります。そんな時代に、いつまでも健康ぴかぴかはあり得るのかという疑問をムーンショットで転換するということかもしれませんけれども、老いの文化とか文学とか芸術というものは超長寿社会の日本の大事な財産であり、たとえ精神的、肉体的に衰えても、それを包摂できる成熟社会、健康ぴかぴかでなくても豊かになれるという新しい高齢期像を今回の大綱で盛り込めたらよいと考えております。

以上です。

○柳川座長 どうもありがとうございます。

御協力いただきまして、少し時間に余裕のある感じの進行になっておりますけれども、それでは、今、皆様からの御意見の中で御質問が少しあったと思いますので、その点、御報告いただいた各省庁の方、お答えできるところはお答えいただければと思います。いかがでしょうか。

お願いします。

○奥山室長 厚生労働省の生産性向上推進室をしております奥山と申します。

藤森構成員から御質問がございました、介護ロボット等の導入でどのぐらい介護人員の削減ができるか試算はあるのかという点についてでございますが、現時点において具体的にどのぐらい人員が削減できるかという数値的なものは持ち合わせておりません。というのも、やはりどのような介護ロボットを導入するか、あるいはその中でどのようにオペレーションを変えるか、個々の施設によっても様々でございますので、まだそういったデータが十分に集まっていないと感じております。

今回、令和6年度の介護報酬改定において生産性向上推進体制加算というのを設けましたが、その中では、生産性向上に取り組んだ際に、それによってどのように現場の労働時間ですとか、あるいは直接介護の時間がどのぐらい減ったかとか、そういったものをデータとして提出していただくようにしております。今、これが動き始めているところですが、そういったデータを集めた上で、そういった部分もしっかり分析できるようにしていきたいと考えております。

また、その他、現場のオペレーションの観点ですとか、スタッフの理解が必要ではないか。そういったところについての御示唆もいただいたところですので、併せてこういった点についても検討してまいりたいと思います。

以上でございます。

○柳川座長 ありがとうございます。

そのほか。

お願いします。

○三木参事官 内閣府健康・医療から発言させていただいてよろしいでしょうか。

御質問ありがとうございます。飯島先生からフレイルの話もお伺いしました。体の面

だけ、身体的側面だけではなく、心の側面、社会的側面も大事ということで、もう一つのほう、取り組んでいる中には、やはり研究推進に当たって評価委員の先生にはELSI、倫理的・社会的問題にお詳しい先生ですとか、PPI研究者、患者・市民参画にお詳しい先生にも関わっていただくような取組はやっておりまして、いかに社会に入っていくのか。そして、研究成果の中でも、成果によりますけれども、先ほど御案内したような睡眠ですとか、腸内細菌ですとか、日常の運動といった生活の中で取り組んでいただきたいことがどんどん出てくる部分もありますので、予想されている部分もありますので、御指摘していただいた点も意識して、関係者を巻き込んでいったり連携しながらしっかりいい社会をつくっていくというふうに取り組を進めていきたいと思っております。

また、猪熊先生から、ムーンショットで不健康というよりも老いの文化、文学、芸術といったものを包摂的に取り組むことの重要性を教えてくださいました。老いということの一つの受入れとはいえ、自立的な生活といった尊厳を守るところ、この両者がうまく合わさってくるところを技術の面からもお手伝いできればと考えております。

ありがとうございました。

○柳川座長 ありがとうございます。

続いて手を挙げていただいているのは厚労省の認知症施策・地域介護推進課長の和田課長ですね。お願いします。

○和田課長 明示的な御質問としていただいておりますが、こういった高齢者終身サポート事業者の経済規模やどのような業種があるのかという御質問、御意見を駒村構成員からいただいたと思っております。

昨年度2つ調査を行っております、一点がまず総務省による行政評価でございまして、当時、身元保証事業者と言われていた事業者を対象に調査を行った。これは400程度の事業者に対して調査を行った結果、回答が4分の1程度だったということでございます。藤森構成員もそれを引いてプレゼンをいただいたと言っています。

これを受けて、昨年、厚生労働省でも身元保証事業者に対する全体的な実態調査を行いました。結果は同じぐらいでございまして、大体400程度の事業者に対して調査を行い、100程度の回答があったということと、極めて小規模な事業者が多く、創業間もないといひますか、まさに小さな事業者が多いという状況でございます。

こういった状況に基づきまして、まず政府としてガイドラインを策定し、業界の健全な事業運営を確保していくという方針を採っておりますが、いずれにしても、こうした調査研究ということは続けてまいりたいと思っております。

以上でございます。

○柳川座長 ありがとうございます。

続いては保険局の堤室長でいらっしゃいますか。

○堤室長 ありがとうございます。

我々は、藤森構成員から、3ページ目で御紹介した養父市の例について、かかりつけ医

のインセンティブがあるのかということで御質問をいただいたと思っています。それに関しては、我々の把握している範囲で特に借金等を払っているわけではなくて、むしろこの取組の必要性を感じていただいた、ここに挙げてある実施体制の保険者協議会ですとか、自治体、医師会、薬剤師会等の団体によって、言わば手弁当でやっていただいているものだと思っております。

また、ほかの先生方からも様々な形で社会的処方に関して御意見をいただいております。先生方のおっしゃる社会的処方というの、いろいろ注意して聞いておりますと、様々な形で捉えていただいているのかなと思っています。主に御意見をいただいたのは我々が英国型だと思っています形で、それに対して、日本ではリンクワーカーが足りない、教育がまだ足りていないという極めて実務的な御指摘もいただいた一方で、博物館等につなげるといった医療の外にあるような形での取組も必要ではないかという御意見もいただきました。

我々、そうした社会的処方を様々な意味で捉える向きに対して、5ページ目でまとめさせていただいているのですけれども、例えばイギリスですと、福祉に当たるサービスが日本よりも恐らく乏しいので、それによるGPの業務逼迫を解消する目的でリンクワーカーを雇用するというのを政府も含めて取り組んできた。そうした中で執り行われているわけですので、必ずしも、同じ施策が日本でも制度的に当てはまるということではなくて、まさに澤岡先生がおっしゃるように、日本における社会的処方を模索する必要があるのではないかと思っています。

こうした問題意識の中で、広くこういった取組を進められるように、我々としては予算を恒久化するとか、この取組に関して継続的にやっていただけるような形で事業を進めていきたいと思っております。

以上です。

○柳川座長 ありがとうございます。

一旦お答えいただいたということでよろしいですか。

それでは、少し時間がありますので、1巡目は手短に話していただきましたけれども、2巡目ということで、こちらも手短にはお願いしたいと思いますけれども、追加の御意見、あるいはほかの御意見あるいはさっきの各省のレスポンスを聞いていただいて、何か追加の御意見があれば御自由にお出しいただければと思いますけれども、いかがでしょうか。

では、駒村構成員、お願いいたします。

○駒村構成員 構成員の発言の中で、先ほど猪熊構成員がおっしゃった、ぴかぴかのまま死を迎えるというよりは、やはり死を受容するというか、老いを受容するような文化も大事にしていく必要があるのではないかなと思います。その部分は私も大変賛成します。

それで、追加の質問になるのですけれども、厚労省のほうに補聴器の話についてももう少し詳しくお聞きしたかったのですが、この素案の6ページには、認定補聴器販売店という名称があり、7ページには研修をやっていると書いてあるのですけれども、この研修を今



やっているようなのですが、予算が500万削られていてちょっと残念だなとは思いますが、けれども、どういう研修をやられているのか、6ページから7ページの関係がよく分からなかったので、説明いただければと思います。

というのも、ごく最近に親族から相談があった案件がありまして、まさに補聴器販売店にいます。通常50万円の補聴器を今日だったら25万円にしてあげるから、今買えと。こういう形のまさに消費者問題が起きそうな瞬間があったわけですが、それは駄目だよと。ちゃんと認定員に見てもらって、それで推薦した補聴器を買うものだよとアドバイスしたのですが、補聴器販売店への研修というのはどういう研修をやられているか。認定されている販売店というのはどういうふうに認識できるのか、何かマークがあるのか、その辺も教えていただければと思います。

以上です。

○平野補佐 今ほどお話のございました補聴器の販売店の研修でございますけれども、こちらは2つございまして、先ほど前者で申し上げられました認定補聴器技能者は、公益財団法人のテクノエイド協会というところがやっている民間資格でございます。今、私たち医政局のほうで持っている研修事業については、認定補聴器技能者の1つ手前の研修ということで、いわゆる補聴器の販売に係る倫理であるとか、補聴器そのものの仕組み等の基礎的な研修を行っているものです。毎年年間1,000名弱の方々が補聴器の研修事業の研修を受けておまして、大体そこから興味をお持ちになった方が補聴器技能者の資格試験を受けるということになっております。今、テクノエイド協会のほうで行っている認定補聴器技能者のほうは約5,000名の方々が出ておまして、こちらについてどこの販売店にいるのかというところは、今、なかなか私たち国のほうでは把握できていないところがございますが、一度テクノエイド協会等の方々に伺った上でお話をさせていただきたいなと思っております。

もう一つよろしいでしょうか。予算が削られているというお話で、500万ほど削られた理由なのでございますが、こちらは今までそれぞれ会場研修、対面型の研修を行っていたのですが、もう少しオンライン研修というほうを受講すれば受講者が広がるのではないかなという御指摘がありまして、少し会場代というところで減額をしたところがございます。事業の実施に関しては特に影響はございません。

以上になります。

○柳川座長 ありがとうございます。

若宮構成員、何か御発言はよろしいですか。

○若宮構成員 これも補聴器でございます。大体高いのは50万円ぐらいで、私が使っているのは10万円近いぐらいなのですが、要するに、音を大きくするだけではなくて、くっきり聞こえるというのがすごく大事なのです。なので、その辺はやはり本人と相性みたいなものがあって、あれなのですけれども、こういうものを使っております。これは充電して使うようになっているのですけれども、ここにこういうふうに入れております。

○柳川座長 ありがとうございます。

それでは、権丈構成員、御発言を。

○権丈構成員 猪熊構成員も発言されていた健康ぴかぴかの話と関連することで、私は2回目に発言していたことをもう一回紹介させていただきますと、樋口恵子さんは2019年、87歳のときに、「日本社会の最大の目標の一つが健康寿命の延伸で、それはそれでいいと思いますけれども、その上で思います。どんなに努力しても、自然のことわりとしての老いが心身の衰退だとしたら、なおその期間もその人の人生の延長としてその人らしさが発揮でき、何よりも人間の尊厳が保障されてほしい。この時期が多くの人によって完全に避けられないものであるとするならば、この時期の問題点を見据え、ソフト、ハードとも暮らしやすいように再設計してほしい。人生100年の中にしっかりと組み入れてほしい」と書かれていた。高齢社会の問題というのは本当に慎重に進めないと、排除、exclusionとか分断が加速することになりますし、さらには、病気というのは自己責任だという考えが蔓延していきまして、この国ではすぐに優生思想に結びついていくので、気をつけてもらいたいと思っております。

それともう一つ、先ほど猪熊構成員が紹介されていた東京都の暮らし方会議というところ、もしよろしければ、チャットのほうにURLをアップさせてもらいたいと思うのですが、よろしいでしょうか。

○柳川座長 構わないです。

○権丈構成員 ここの12ページ、13ページにどういう試算を行ったのかというのがあります。本当に若いときから老後のこと、例えば連合の調査によると、4割以上の人たちが目の前の就業調整が年金と関係しているということを知らないらしいので、しっかりとこの辺りのところは情報提供をしていく必要があるのではないかと思っております。

以上になります。どうも。

○柳川座長 ありがとうございます。

この辺りがハイブリッドの難しさで、全部オンラインのほうがチャットがすぐ見られるのですが、今、対面側の我々はPCにアクセスできないので、チャットで御紹介いただいたものを後で事務局を通して、特に対面の方々、オンラインの方々もですが、情報共有させていただくという形にしたいと思います。ありがとうございます。

そのほかいかがでしょうか。

では、大空構成員、お願いいたします。

○大空構成員 大空です。

研究開発のところでお伺いしたいのですが、いわゆる生成AIについて、やはりものみたいな感覚もあるので、一方で、例えば大阪などは去年高齢者向けの生成AI会はコンシェルジュみたいなものを立ち上げていて、私たちのような相談窓口、いわゆるテキストの相談窓口などは、生成AIを入れないととてもではないけれども相談に対応できないというようなところで、昨年度ぐらいからちょうど外部の研究機関等と連携して実証実験

とかを行っているような状況なのです。倫理的な問題と、それから、そもそもコミュニケーション量がつながりの代理変数のようなものとはいえ、生成AIとの会話で孤独感などは減少するのかなど。まさに研究開発をしなくてはならないような分野なわけですが、今日お話をお伺いした中でリアルプロダクトみたいな話はあったのですが、こういう生成AIについて、今、どれぐらい研究開発は進んでいるのか。もしくは高齢者の福祉とかというところに関連した議論があるのかないかみたいところをお伺いして、今年大綱を作るわけですから、何らかの形で生成AIについても触れておくというのは自然の流れなのではないのかなと思いますので、その辺り、もしお答えいただけるのであれば、知りたいと思ったのですが。

○柳川座長 お答えいただけますでしょうか。これはどちらに。

○大空構成員 もしくは、例えば厚労省さんのほうで生成AIの活用をどのように検討していくのかみたいなのところでも構わないのですが、方針みたいなものがもしあれば、お答えできる範囲でお答えいただくと助かります。

○厚生労働省 厚生労働省の医政局研究開発政策課です。

先ほど紹介しました医療機器の開発のAMEDの事業の中でプログラム医療機器の開発も支援しておりまして、現在、生成AIを直接的に開発するようなプログラム医療機器の支援実績はないのですが、プログラム医療機器の開発支援の中で生成AIを使ったものが出てくれば、そちらのほうも対象として支援していくことになります。

以上でございます。

○柳川座長 そのほかはよろしいですか。

経産省さんは何かございますか。

○渡辺室長 医福室長の渡辺でございます。

先ほどの生成AIについては、具体的な機器の開発の提案がなされれば、それを踏まえて対応するというのが現状になっているところでございます。

以上でございます。

○柳川座長 ありがとうございます。

各省、現状はそういう感じということですね。なかなか方向性の予測が難しい。大きく影響はするだろうけれども、具体的にすることは難しいということなのかなと思いますけれども、よろしいですか。

そのほか、いかがでしょうか。

猪熊構成員、お願いいたします。

○猪熊構成員 恐れ入ります。

死後事務に関してなのですが、最近、パソコンやスマホに文書とか画像とか銀行口座のアクセス権限を入れている人が増えていて、利用者が亡くなった場合、端末内のデータはデジタル遺品と呼ばれるそうですけれども、そうしたデジタル遺品への対応がどれぐらい進んでいるのか。また、今後、デジタル遺品は増えていくことが予想されますが、

対応の必要性が議論されているのか。これは厚労省になるかと思うのですが、もし分かれば教えてください。

○和田課長 失礼いたします。

残念ながら、現状、死後事務についてそもそも何らか明確な所掌があるわけでもありませんので、先ほど御紹介しましたとおり、我々は身元保証問題全体、もしくはそれに係る事業者というところのガイドラインをしておりますが、こうしたことを整理した上で、近年、さらにその次に死後事務の課題というのがいろいろ出てきていると承知しております。いかに事前からそうしたことに備えをしていくかという課題がこの研究の中でも明らかになっておりますし、そうしたデジタル遺品についてもいかに事前に整理をしていくというような課題が我々のほうでも明らかとは思っています。ただ、明確な何らかの所掌があるわけではないと承知しております。

○柳川座長 よろしいでしょうか。

そのほか、いかがですか。

飯島構成員、お願いいたします。

○飯島構成員 時間が押している中で申し訳ございません。

難聴の話にもう一回戻ってしまうのですが、先ほど若宮構成員から、補聴器には高いもので50万ぐらいのものが有りますというコメントがありました。でも、若宮構成員御自身は10万円台ぐらいのものでどうにか対応できているということでした。私の高齢者医療の外来患者様の中に複数名いるのですが、やはり50万円台を出して補聴器を購入している方がおります。いきなり最初から50万円なのか、それとも10万、20万とどんどん引き上がって行って、4台目、5台目で50万に辿り着いたのかは分かりません。しかし、結局、最終的にはノイズがうるさく、しかも自分が喋っている時の声がかんがんと響いてしまい、不快で継続的に装着できないという方々がおられます。従って、外来への通院にもほとんど装着してこられないのです。同居されていない息子さんも、すごく高額な金額がかなり負担になっているので頭を抱えているというケースが何件かあります。

基本的に10万よりは30万、50万といくと、やはりハイスペックで機能がよくなっていくというのが普通なのですが、なぜそういう悪循環になってしまうのかということが疑問として残ります。先ほど国の行政側が養成している技能士ですが、全国でどこに存在し、合計どのくらいの人数がいるのか分からないというお話がありました。そのような課題がもうちょっとしっかりと整備されないと、ややもすると、この補聴器問題が変にドル箱のように見られてしまっただけではないなという大きな危機感を外来医療のところから感じます。

以上でございます。

○柳川座長 ありがとうございます。

そのほか、いかがですか。

それでは、藤森構成員、お願いいたします。

○藤森構成員 先ほど猪熊構成員から社会保障教育の重要性の指摘があり、その通りだと思いました。身寄り問題も財源が必要であり、それを考える際には、負担と給付がセットであることを社会保障教育として伝えていくべきだと思っています。

また、先ほど権丈構成員からもお話があったとおり、介護保険を使って財源をつくっていく場合、40歳以上からの被保険者の範囲を拡大して、その年齢層を引下げていくことが重要だと考えております。本日も議論がありましたが、ビジネスケアラが増えていく中で、若い世代でも、自分が中高年期になった時に親が要介護になっても就労継続できるのか、という不安を持つ方が増えていくと思います。仕事と介護の両立支援を企業が行うと同時に、その土台である介護保険の強化も大事になってくると思います。また、身寄りのない人の増加は、2050年以降も続いていく可能性があると思っています。若い世代にとっても、高齢期に身寄り問題のリスクはあり、それに備えて財源を作ることも重要だろうと考えています。年金と同じで「消費の平準化」という視点が、身寄り問題の財源を考える際にも重要ではないかと考えています。その教育も、しっかりやっていくことが必要ではないかと思っております。

以上です。

○柳川座長 ありがとうございます。

大体よろしいですか。

それでは、最後に私も少しだけ時間を超過しない範囲でお話をさせていただきます。

この大綱をつくっていくに当たっては、どういう議論をしたらいいのかというのはいろいろ私も悩むのですけれども、一つは取りあえず足元でしっかりやっついていかなければいけない問題をちゃんと指摘するということと、大綱ですから、先ほどお話があったように、少し大きな将来の方向性とか、考えなければいけない方向性のようなことにちゃんと視野を広げて、そういうものに目配りをしていただくということかと思えます。

その点では、今日お話が出た身寄り問題、お一人様問題というのは、問題でない部分もあるのでしょうけれども、出てくる可能性のある問題あるいは課題というのが割と大きなものがあって、将来的には広がっていく可能性があることは明らかなので、こういうところに対してどういう対処をしっかりとやっていくかというのは非常に大きなポイントだったかと思えます。

財源問題は当然出てくるのですけれども、介護保険は相当広がってきて大きくなってきている中では、いきなり財源問題に行くというよりは、やはりどういう制度が必要なのか。そういう意味では、この身元保証団体をしっかりとやっていただくというようなことも含めて、しっかりとした活動が行われること、それから、制度的にどういうところをもう少し手当てしなくてはいけないか、あるいはしっかりと整備しなくてはいけないか。こういうものを考えていただいて、それから、皆さんから御指摘があったような、ある種の我々の意識の問題は大きくそういうところに目を向けて変えていく。こういうトータルの中で、我々国民全体としてどういう負担をしっかりと、しっかりとした手当を財源として考えなく

てはいけないかと。恐らくこういうプロセスなのだろうと思いますので、この辺りをきっちり整理できるといいかなと思っている次第です。

2番目の大きな固まりとしては、今の話もそうですけれども、いろいろ出てくる中で、やはり技術革新であるとか、技術開発であるとか、テクノロジー利用というのは非常に大きなものがあって、そういう意味では、難聴対策のようなところも非常に大きなものがあって、ただ、これは各省のお話の中にも出てきましたけれども、やはりこれを実装していく、つまり、技術開発としてすごく重要だから、技術開発にお金を出してしっかりやってもらおうという話と、こちらがニーズに応えるとかニーズに直接うまくマッチしたようなサービスが提供されるかというところには相当まだ差があって、ここが実用化をどうするのかというような問題があって、ここは全て政策がやるわけではないのですけれども、やはり民間の活動も含めて、こういういいニーズと技術開発とのマッチング、あるいはそこでの実用化みたいなところをしっかりと考えていかないと、すごく技術開発的には大事なものをどんどんやるのだけれども、実際にはなかなか高齢の方の役に立たないという話だともったいないので、多分大綱みたいところでそういうことをできるだけ具体的にしっかり指摘していくというのは非常に大事なポイントかなと思った次第でございます。

そのほか、今日は随分いろいろなディスカッションができましたので、かなり細かい点も含めて御議論ができたのではないかと考えております。

まだまだ皆さんおっしゃりたいことはいっぱいあるのだと思いますけれども、ちょうど今、鐘が鳴っている感じでございますので、今日はちょうど12時ということで、これで時間となりましたので、本日の議論はここまでとさせていただきますと思います。

長時間にわたりまして貴重な御意見をいただき、どうもありがとうございました。

以上をもちまして、第5回の検討会を終了いたします。どうもありがとうございました。