

2025-2-10 第3回「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会

○大原補佐 定刻となりましたので、ただいまから第3回「『2040年に向けたサービス提供体制等のあり方』検討会」を開催いたします。

事務局を務めます厚生労働省老健局総務課の大原です。よろしくお願いいたします。

構成員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。

それでは、以降の進行を野口座長にお願いいたします。

○野口座長 皆様、こんにちは。本日も大変お忙しい中御参加いただき、どうもありがとうございます。

まず、本日の出欠状況ですが、鈴木構成員より御欠席の御連絡をいただいております。

それでは、早速でございますが、まず初めに、本日の資料と会議の運営方法について、事務局様より御確認をよろしくお願いいたします。

○大原補佐 それでは、お手元の資料と会議の運営方法の確認をさせていただきます。

資料について、会場にお越しの構成員におかれては机上、オンラインにて御出席の構成員におかれましては電子媒体でお送りしております資料を御覧いただければと思います。

次に、発言方法等につきまして、オンラインで御参加の構成員の皆様には、基本的に皆様のマイクをミュートにいただき、御発言される際にはZoomツールバーのリアクションから「手を挙げる」をクリックしていただき、座長の御指名を受けてから御発言ください。御発言が終わりました後は、Zoomツールバーのリアクションから「手を降ろす」をクリックしていただきまして、再度マイクをミュートにいただきますようお願いいたします。

報道関係の皆様には御連絡いたします。冒頭のカメラ撮影はここまでとさせていただきますので、御退室をお願いいたします。

(報道関係者退室)

○大原補佐 本日は、ヒアリングに加え、資料10として、第1回検討会の資料を基にした参考資料を用意しております。第1回の主な御意見や自治体や事業者等の事例、参考資料を載せておりますので適宜御参照ください。

事務局からは以上です。

○野口座長 どうもありがとうございました。

それでは、議事に入りたいと思います。

本日は、先週に続きまして関係者の皆様からのヒアリングを実施させていただきます。

本日は、資料1に記載の方々に御参加をいただいております。関係者の皆様、大変お忙しいところ、本検討会に御参加いただき、誠にありがとうございます。

ヒアリングの方法ですが、公益社団法人認知症の人と家族の会の鎌田様、あと、東京都健康長寿医療センターの栗田様が15時頃の御参加となるそうですので、まずは社会福祉法

人友愛十字会の鈴木様、公益財団法人介護労働安定センターの北條様、そして、中村構成員から御発表いただいた後、意見交換の時間を設けたいと思います。その後、鎌田様、栗田様から御発表いただいた後に再度意見交換の時間を設けることとしたいと思います。こういった二段構えでさせていただきたいと思います。

早速ですが、ヒアリングに入らせていただきたいと思います。

初めに、社会福祉法人友愛十字会 法人本部事務局 介護生産性向上推進室室長 特別養護老人ホーム友愛荘施設長、鈴木健太様、会場にお越しいただいております。10分以内をめどに御発表をよろしくお願いいたします。

○鈴木施設長 ただいま御紹介いただきました社会福祉法人友愛十字会の鈴木と申します。御指名によりまして、誠に僭越でございますが、弊法人の介護テクノロジーの活用及び職場改善の取組について御報告をさせていただきます。

社会福祉法人友愛十字会でございますが、都内で障害、高齢、児童の福祉の事業を行っている法人でございます。本部が世田谷区にございまして、ここに砧ホームという特別養護老人ホームと、法人内にもう一つ町田に友愛荘という特養がございます。砧ホームにつきましては開設から33年たつ古い従来型の施設、60床でございます。町田の友愛荘におきましては50年経過いたしました。途中で建て替えを行っておりますが、100床の従来型ユニット型混合の施設となっています。今回はこの2つの特養の話、特に砧ホームのお話を中心にさせていただきます。

この砧ホームでございますけれども、令和5年度介護職員の働きやすい職場環境づくり内閣総理大臣表彰を頂戴いたしました。受賞に際しまして、厚労省様、また関係の先生方には多大なる御支援を賜りましたこと、改めて御礼申し上げます。

さて、砧ホームでございますが、このたびの表彰の選考理由でございます。左側の真ん中辺に選考委員の総評をいただいております。介護現場における生産性向上につきまして、ガイドラインを有効活用いたしまして、自施設の考えをうまく職員に浸透させているといただいているところでございます。

取組の概要につきましてはその下にございますが、私どもの施設では主に3点捉えているところでございます。

1点目が、介護ロボット、ICTの取組によりまして離職者がゼロになったという報告でございます。

2点目が、先ほどありました生産性向上に資するガイドラインを自施設のバイブルとして、これを事業計画に盛り込みながら介護現場改革を推進しているところでございます。

3点目が、多職種協働原理といいますけれども、介護職員を中心とした働き方の仕組みによりまして、ケアの質の向上に努めているところでございます。

このたび、砧ホームがなぜこの取組、生産性向上を含むテクノロジーの活用に取り組んだか、その背景でございますが、15年前の話になりますが、2010年から2020年の10年間の間に、世田谷区内ですけれども、高齢者が増えるということで特別養護老人ホームがたく

さん建ちました。赤色の折れ線グラフがベッド数でございます。特養のベッド数が約10年間で2倍に増えているということでございます。それに比例するような形で砧ホームの常勤介護職員が当初は25.6人常勤換算でおったわけですが徐々に減ってまいりまして、最終的に2020年には17人という人数になってまいりました。この間、何もしていたわけではございませんで、職員を採用しながらということでありましたけれども、有効求人倍率はこの地域で10倍を超えているような状況でございまして、なかなか人が集まらないという状況でありました。

そんな中、職員がどんどん減ってまいりますので、休みも公休、いわゆる定められた休みも取れないような状況がございまして、そういったところで施設をどうにかしてくれということで取組を開始したところでございます。

私どもの砧ホームの取組ですが、当初はまだガイドラインもございませんでしたが、考えながら取り組んでいった取組、主にガイドラインに照らし合わせてこのようなことになってございます。

左下ですけれども、最初に一番大事なポイントとして、理念・行動指針の徹底を行ってまいりました。先ほど出てまいりました多職種協働原理でございしますが、介護職員を中心とした働き方の仕組みを進めてまいりました。利用者さんが真ん中にある組織図は当たり前にあるわけですが、私どもは介護職員も一緒に真ん中に据えて、そのほかの職種が介護職のパフォーマンスを発揮させるような専門性の出し方を行ってサポートしていく、こういった取組を行ってベースにしておりました。

もう一つ行っていたのが3Mの削減でございます。ガイドラインに照らし合わせますと、業務の明確化と役割分担の部分でございしますが、いわゆるムリ、ムダ、ムラを改善していく。特に当初は1日当たり砧ホーム60床に15人の職員を1日に投入してローテーションしておりましたが、職員が少なくなっていまいりましたので、少しずつムリ、ムダ、ムラを省きながら、最終的には1日当たり10人で運営するような状況になってまいります。業務が圧縮されるような形になりますが、そこはテクノロジーに働きやすさを出していただくということで職員も負担軽減が図られて、少ない人数でも仕事ができるという環境になったということでございます。

これは生産性向上ガイドという本に詳しくまとめたものでありますが、業務の明確化と役割分担でございまして、ムリ、ムダ、ムラを削減する、特に入浴、排泄、夜勤の業務を細かく分析いたしまして整理しまして、ムリ、ムダ、ムラを省いていった最終形態が、このような形のローテーションということでございます。

テクノロジーの活用の一例でございますけれども、特に見守り機器のバイタル型のセンサーでございます。左上、ベッドマットレスの下にこのようなシート型のセンサーを敷きまして、全60床にこれを使ってございます。これによりまして利用者様が寝ていらっしゃるのか、覚醒されているのかが一目で分かるようなモニターと接続いたしまして、右上のカラーのものはモニターでございしますが、これは朝方5時ぐらいの図でございまして、寝て

いる方は青色で表示されまして、覚醒されると黄色になってくるという仕組みでございます。今までは左下のようなオペレーションでございまして、3人の夜勤者がコの字型の施設の3辺を手分けして直線上にいる利用者様を朝に起こすということが行われておりました。扉やカーテンを開けないと利用者様の様子が分かりません。起きているか、寝ていらっしゃるか分かりませんので、そういった直線上のケアをしていました。

そうしますと、寝ている人も一緒に起こしてしまうということがございました。また、直線上の最後のほうの方は既に起きていらっしゃって、ナースコールで職員を呼ぶということが行われておりました。非常に非効率なケアでございます。それがこのセンサーを導入したことで、覚醒している人に朝に声をかけに行くという右側のケアが変わってきました。そうしますと、既に起きている方に職員が行きますからナースコールが減っていくということもございましたし、また、起きている方のケアをすることは、寝起きの方をケアするよりも非常にスムーズなケアで自立支援もはかどるということでございます。このテクノロジーの活用によりまして起床解除の概念がこのように変化していく。これはまさにDXではないかと捉えてございます。

この生産性向上の取組によりまして時間というものが生まれてまいりますが、これをいかに使うかということが各施設、事業所におきましてテーマとなってまいります。私どもの施設におきましては既に休みも取れないという状況でございましたので、まずは休みの確保ということにこの時間を充てるわけでございます。また、利用者様と向き合う時間、または直接介護の時間を増やすという考えもございますが、よいインプットがなければ、よいアウトプットもございませんので、私たちはまずは教育の機会を保つということで、いずれにしても投資的にこの時間を活用して、質の高いサービスを目指していっているところでございます。

一番下のほうにありますように、これらが時間を生み出すということがございまして、年間休日にも有給休暇も使いながら140日以上お休みが取れるような環境になってまいりました。そうしますと、真ん中にございますように、常勤介護職員の離職率が3年連続ゼロを達成するというようになってまいりました。

上のほうでございしますが、テクノロジーを導入してから6年間に採用した常勤介護職員は10名おりましたが離職者ゼロ、もっと長い目で見て現在までの9年間でございまして、13人中11人が就業を継続しているような状況でございます。

これまで感染症に備えるBCP、また、自然災害のBCPがございましたが、これからの時代は担い手不足に備えるBCPとして、この生産性向上のガイドラインを用いる、そういった時代になってきていると捉えてございます。

最後になります。一方の法人の中で、同じ特養の友愛荘でございしますが、こちらの施設を立て直してくれということで私が赴任してまいりました、令和5年度から参りましたが、行ってみますとびっくりいたしまして、稼働率のほうは73.8%、当然大赤字の施設でございまして、どんな施設かと思いましたら、職員のほうも介護職員は離職率39%、看護師に

おきましては2年連続100%という考えられないような施設でございました。

今年度からようやく砦ホームの横展開ということでございまして、事業計画の中にガイドラインの考えを盛り込みまして、特に進めていった活動が上にございます理念・行動指針の徹底におきましては理念の具体化、そして、特に手順書におきましては、全く手順書がない施設でございまして人がルールになってございましたので、心理的安全性の確保ということで手順書の作成を鋭意進めてやってまいりました。また、成長の可視化ということでOJTの仕組みづくりも今まで適当でございましたので、それは教える側も教えやすい環境、そして、教えられる側もひとり立ちの目安が見えるような環境を整えてまいりました。

そうしますと、今年度中間の事業報告でございますけれども、稼働率のほうも上がりまして黒字が見えてきた。職員のほうも離職率、これは12月末現在ですが0%、看護職員も多く採用いたしましたけれども、0%というような状況で今横展開をしているところでございます。

簡単でございますが、私からの報告は以上とさせていただきます。

○野口座長 どうもありがとうございました。素晴らしい取組に感銘を受けました。

それでは、次に公益財団法人介護労働安定センター事務局長の北條憲一様、会場にお越しです。よろしくお願いいたします。

○北條事務局長 介護労働安定センターの北條です。資料3で御説明申し上げたいと思います。

1 ページ、私どもの公益財団法人介護労働安定センターというのは平成12年の介護保険制度創設前、平成4年に設立されております公益法人であります。このページの3つ目の○のところですが、私どもの事業は介護保険サービス事業者に対する雇用管理、簡単な言葉で言うと人材マネジメントの改善と能力開発、こちらを2つの柱として実施しておりまして、47都道府県に支部がありまして職員数は350人、こういう組織であります。

私どもの事業というのは雇用管理改善法及び介護雇用管理改善等計画という大臣告示に基づいて次のような体系で実施されております。国からの交付金をいただいております。それから、自分たちで収益を上げるということで自主事業もやっております。

その中で、1番目の柱が雇用管理改善等援助事業ということで、介護労働サービスインストラクターと呼んでおりますけれども、いわば営業マンであります。アウトリーチをして介護事業所に訪問して、そこでいろいろな相談を拾ってくる。そこで相談をして、深い相談になりますと、社労士等に雇用管理コンサルタントとして委嘱しておりまして、そちらにつないで専門的な相談をするということをやっております。そのほか、介護労働実態調査ですとか、自主事業のほうでは処遇改善の取得促進事業とか、ワンストップ窓口ですとか、そういったものを受託しております。そのほかいろいろな事業を遂行しているということでもあります。

3 ページ、私どもの事業の成果の簡単なものをお示ししておりますけれども、年間で事

業所の訪問件数は2万3000ぐらい、相談の中身は労働条件のこと、介護サービスのこと、介護サービスの中には介護保険とか事業運営とか経営管理も含まれております。それから、能力開発、これが三大柱になっております。

4ページ、ページの右側が私どもが介護分野の人材確保、あるいは雇用管理改善を進めていく上での基本的な考え方を示す表です。表の左側に示すとおり介護人材確保は3つの柱から成っていると理解しております。採用を促進する、一度採用された方が辞めないように職場定着を促進する、そして最近に限られた人材の中で高い生産性を上げていくということで生産性向上、これを三大柱として考えております。

厚生労働省のほうでもこういう枠組みだと思いますけれども、この人材確保の3つの柱に

対応するための対策として参入の促進、それから、労働環境・処遇の改善、それから、資質の向上この3つの柱で、左側の3つのものを実現していこうということです。それをもう少しブレークダウンしたものが右側に書いてありますけれども、特に緑色のところの処遇改善、それから、職場のマネジメント、それと介護ロボット・ICT、これが雇用管理改善に近いですが、この3つが特に私どもが重視して対応しているものであります。

5ページ、私どもは介護事業者の雇用管理の状況に関する介護労働実態調査というものをやっておりますので、その中でいろいろなものが見えてきております。よく言われておりますけれども介護職員は人手が不足していますが、採用率ですとか、離職率を取ってみると、全産業に比べてそれほど遜色ない水準であります。ただ、実数から見ると、介護サービス施設事業所調査で見ると、令和5年度に介護保険創設以来、初めて減少しました介護のニーズの伸びに人材の供給が間に合わない、一言で言うとそういうことかと思えます。

それから、介護分野は、給与水準、処遇改善加算等々で頑張っておりますけれども、ほかの産業も伸びてきておりますので、まだまだ全産業に比べると低い状況です。

それから、職場の人間関係というものが、どこの産業でも同様ですけれども、特に介護の場合は人材確保に大きな影響を与えている。離職の最大の理由は人間関係ですし、逆に人間関係がいいところは職場定着が進むという傾向が出てきております。

それから、休暇休業に関して、育児休業、介護休業、いろいろなものが出てきておりますけれども、制度を導入したからうまくいくというものではなくて、その取りやすさ、運用が人材確保に相当影響を与えているということが見えてきております。

それから、職場の運営の在り方も離職理由として大きい。

それから、職場のリーダーが育っていない、マネジメント能力が不足している、能力開発に対する職員の満足度が低い、こういったものが数字で出てきている状況があります。

6ページ、生産性向上の話をしたいと思います。近年、生産性向上が介護の分野でも推進しなくてはいけないとなっておりますけれども、もともと生産性という言葉は経営学・経済学上の概念であります。よく使われるのが付加価値労働生産性というもので、付加価値額を労働力で割り算するというものであります。付加価値額というのは、産業単位、国

単位で合計するとGDPになりますので、この付加価値を総体的にあげていくことが成長戦略だということになります。介護分野もその例外ではなく生産性向上が求められる構図になっております。

7ページ、この生産性を向上させるためにはどのように考えるかということ、当然分母を減らすということ、それから、分子を増やすということです。分子の付加価値額というのはお示した計算式のように計算されますのでまずは経常利益を上げることが重要です。経常利益というのは売上げを上げてコストを下げることでありますから、そういうことを介護現場でも進めなくてはならない。

それから、計算式からもわかるとおり、人件費というのは生産性の概念上では実はコストではありません。人件費を上げるということは、実はコスト増ではなくて、付加価値額を上げて生産性を上げることになります。下のアンダーラインのところですが、介護分野で生産性を上げるということは、加算を取得するなどで介護報酬を上げて収入を上げる、それから、人件費以外のコストを下げる、それから、人件費を上げる、こういうことが生産性を向上するという意味になります。

8ページ、ところが介護の分野における生産性向上というのは、こういう経済学・経営学上の意味、つまり経営の効率化と言い換えてもいいと思いますけれども、介護分野の生産性はそういう意味ではなく、むしろ2つ目の○の緑字の意味で使われております。介護テクノロジーを活用して業務改善を図り、業務効率化を図り、その余力で介護の質の向上を図る、こういう意味で生産性向上というのが理解されております。政府が生産性向上を図ろうということを介護現場に呼びかけたときに、当初、介護現場では相当抵抗感がありましたけれども、実は介護の現場ではこういう意味だということを厚生労働省でアナウンスされるにつれ、だんだん理解が進んできているのではないかなと思います。

9ページ、生産性向上における問題点として、一つは労働者の意識を変えてかないと進みませんということを申し上げたい。つまり介護テクノロジーを入れたらすぐに業務効率化が実現するものではなくて、そこに業務改善というものが必要だし、業務改善をやるには職員の意識改革へのアプローチが不可欠である。そういう意味で業務改善に対する支援は大変重要だということを申し上げたいと思います。

10ページ、雇用管理改善と生産性向上の意味についてお話をしたいと思います。一番右側の枠の青字の生産性向上が、経済学・経営学上の意味で生産性向上です。いわば、経営の効率化。これが最終目的だとしても、今は介護では左から2番目の枠の緑色のところの生産性向上に取り組んでいる。業務効率化を図って介護の質の向上を図る。これを当面介護分野では目論んでいるわけです。そのために一番左側の枠の介護ロボット・ICTを導入して業務改善、これを通じて生産性向上を図る。これにスポットをあてて私たちは取り組んでいるわけです。

ただ、この左から2番目の緑の生産性向上を頑張ったとしても、直ちに一番右側の青い生産性向上というところに行き着かない。そこには間の緑色の枠のところの雇用管理改善と

いうものが必要になってくる。つまり労働時間を短縮する、労働者の意欲の向上を図る、能率向上を図る、それから、職場定着を図る。そういうことをしていかなないと生産性向上は進まないということです。幾らロボット・ICTを入れたとしても、この緑色のところが実現されなければ、決して右側の生産性向上に行き着かないということが言えると思います。

なお、収益増加とか人件費以外の費用の削減、これは雇用管理改善のスコープから外れますけれども、生産性向上とはこういう全体的な構図になっていることを念頭に置いて、私どもはその推進を考えていかなければいけないということを申し上げたいと思います。

12ページ、雇用管理改善を進めていく上で重要なことは、働きやすい職場、働きがいのある職場をつくることです。私どもセンターではこれを雇用管理改善の取り組みのモットーとして考えております。この2つ目の○のところに書いてありますように、厚生労働省の調査では、働きやすい職場、働きがいのある職場をつくると、従業員の意欲も高まる、職場定着も進む、会社の業績が高まる、厚生労働省の調査自体でこういうことが明らかになっておりますので、それに沿って雇用管理改善を進めていくことが重要だと思っております。

15ページ、働きがい・働きやすさを実現するためのモデル図になっております。

16ページ、生産性向上・職場環境改善において、都道府県の役割というのは今後重要と becoming してくるのではないかと書いてございます。生産性向上についてはこれまでも都道府県が大きな役割を果たしてまいりましたけれども、それを一歩進めるということになってくると、国と連携を図りながら職場環境改善・雇用管理改善に力を注いでいただければありがたいと思っております。

17ページ以降は経営支援の話です。生産性を高めるためには、それを一歩進めると、経営を改善していくというところに行き着いていくと思います。その経営の支援が今後重要になってくるということです。今までのいろいろな取組が書いてあります。20ページまでは省略します。

21ページ、経営の改善をしていくためには介護事業者自身の意識改革をしていかなければいけないということが書いてございます。今後2040年になりますと、---あと15年しかないわけですが、---そこへ向けて労働力は既に産業間の奪い合いの状況になっています。従来の人材確保対策だけではなかなか対応できない。このままいくと人手不足倒産ということも他人事ではない。そこで経営の効率化、業務改善、そういう意味で経営の改善が相当大切になってまいります。

22ページ、こういう中で介護事業者間の連携の重要性ということが書いてございます。まず、スケールメリットを実現する。青字で書いてありますような取組が今行われておりますけれども、さらにこれを推進しないといけないということを申し上げたいと思います。

24ページ、社会福祉の連携推進法人の設置が促進されておりますけれども、もっともっとやらないといけない。

25ページ、社会福祉連携推進法人でなくても実態的に介護事業者間の連携は図らなけれ

ばいけないということでもあります。

この25ページの(4)ですけれども、そういう協働化・大規模化を図ろうとするときに、必ず雇用管理改善の支援が重要になってくるということを強調したいと思います。

26ページ、介護事業者に対する経営支援が重要だということを述べてございます。経営者の育成ということで基本的なテキストなど基本的なツールが必要であること、そして②のところですが、経営支援のための仕組みをつくっていかないといけないと思います。共同で経営改善をするとか、WAMの経営コンサルタントの力を借りるとか、そういう仕組みをつくらないといけないということだと思います。

最後に27ページ、そういった支援に対して都道府県も一定のコミットメントをしたほうがいいのではないかとというのが私の意見であります。

それから、介護事業者は自身が経営に対する危機感が薄い場合もありますので、そこはアウトリーチによる支援を図らないといけないですし、法人の特性に応じて支援を図らなくてはならない、こういう要素を考えていかないといけないのではないかと考えております。

ちょっとお時間が過ぎてしまいましたが、以上でございます。

○野口座長 生産性向上、そして、雇用管理改善をはじめとする経営改善との関連性について、理論的な概念を明確化していただくとともに、各ステークホルダーの役割も明確化していただいて、すばらしい御発表をどうもありがとうございました。

次に、日本クレアス税理士法人富山本部長、中村厚構成員、オンラインで御参加ですけれども、御発表を10分以内でよろしく願いいたします。

○中村構成員 中村です。オンラインで失礼いたします。この資料は介護事業の経営者様のセミナーとかでも利用している資料なので、そのせいもあって、今回10分という時間でお話しする中で、かなりの部分を省略して説明することになることを御了承ください。また、早口になってしまうことも御了承ください。

私は今回、経営、あるいは経営者、あるいはその経営者の後継者というところにスポットを当てて御説明したいと思っております。

最初に、地方の介護福祉事業の実情をお話ししたいと思います。

まず、経営層の実情ということでは、一般的な中小企業とかなり同様の問題が発生していると認識しております。ただ、事業の継続性というところがすごく大事なのですが、よく経営者の方とお話をしていると、うちの特養がなくなるとどうなるのだ、うちのデイサービスがこの地域からなくなるとどうなるのだということをお話しされることがあるのですが、もちろんその地域でその事業、その施設が必要だということは当然なのですが、必ずしも事業の継続と法人の継続はイコールではないということは、いつも経営者の方にお話ししております。例えば親族内で承継することもあるし、あるいは別法人でM&Aで事業が継続することが大事なのだということを御理解してくださいといつもお話ししております。

後継者不足という問題もあります。創業家という言葉は株式会社では問題ないのですが、

本来社会福祉法人やNPO法人では創業家というのが正しいかどうか疑問です。ただ、その事業はその施設で責任を負うということで、本当に懸命にやっつけらっしゃるという意味ではオーケーだと思っています。ただ、後継者の段階になると、経営能力、経営意欲、特に経営意欲の点で課題があるケースも見受けられます。逆に優秀な後継者が跡を継がないというケースもよく見かけます。ただ、これも別に介護の問題ではなくて、中小企業全般の問題と認識しております。

次は社会福祉法人特有の問題ですが、例えば評議委員会が最高意思決定機関なのです。理事長が唯一の法人代表者、ところが評議委員のメンバーというのは年に数回しか施設に訪れない、あるいは理事長も場合によっては非常勤ということもあったりして、これだけ厳しい経営状況の中で、このやり方でどうなのかと多少疑問を持つところもございます。

7 ページ、人材不足の実情というのもございます。まず、段階がありまして、自主規制というか、例えば定員90名なのだけれども、法人のほうで暗黙の制限をかけてしまう。80ぐらいで目いっぱいですと、経営層からすると90人に入れてもらいたいのですが、現場職員は介護の安全性とかを考えると80が限度だというような綱引きが行われることがよくあります。その後、実際にもうどうしようもなくなると定員減となります。

その後、休止、それから、廃止、特に廃止になると補助金返還だとか、固定資産税課税とかいったような問題も出てきまして、さらに問題が大きくなるという面がございます。

それから、人員構成の面では、人員全体としては何とかなっているのですが、夜勤人員が足りない、あるいは特養・デイサービスを少し縮小したらホームヘルパーに回せるかという、必ずしもそういう人材が自由に行き来できるわけではないというような問題も聞いております。

それから、人件費高騰、これは先ほどから何回も出ておりますが、価格裁量権がないというのが介護の非常に問題ではあるとは思いますが、これは介護という職種の問題もありますが、大企業と中小企業といった問題も大きいと理解しております。

それから、人材確保の諸経費、特にいわゆる紹介料です。これは年収の20～35%と書いてありますが、今20%はほとんどなくて30～35です。この流れも地方のほうはそれほどでもなかったのですが、この数年急速に人材紹介というものが広がっております。必ずしも悪いことではないのですが、諸経費のアップにはつながっております。

それから、外国人労働者も費用的には安いということは絶対なくて、むしろ諸経費を入れれば高いのです。ただし、人材確保の点ではかなり効果を発揮しております。ただ、これも小規模法人よりも大規模法人のほうが受け入れをしやすい。つまり1人だけ入れる、2人だけ入れるというのはなかなか難しいので、ある程度の人数を入れるとなると、大規模法人ということになります。

12ページ、これは私がある意味で独自につけた名前なのですが、社会福祉法人、特に特養の経営法人で2パターンに分かれると思います。

一つは、預金取崩型といいますか、設立以来あまり大きな投資を行っていない法人、こ

の法人は過去の蓄積としてお金はある、借金はない。例えば預金5億円、借り入れゼロみたいな法人なのです。ただし、毎年の収支がゼロ、もしくはマイナス、こうなると建て替えにチャレンジできなくなるのです。そうすると、建て替え費用が捻出できない。ましてや建設費がどんどん上がっておりますので、つまり新しいことができなくなって場当たりの修繕を繰り返さざるを得ないという状況が一つあります。

もう一つ、その逆のパターンとして、近年大きな投資を行っている、例えばユニット化をしたとかという場合は、事業収支は規模によりますが1億円出ている。ただし、毎年借金を1億円返している。そうすると結局残るものはない。その中で、先ほどの人員の問題とかでフル稼働できないと借入返済自体が困難になる。

つまり1のパターン2のパターンも極めて苦しいという意味では同じということで、財政状況で苦しいパターンが多いということをお話ししたいと思います。

14ページ、これも社会福祉法人独特の問題ですが、資金使途制限というのがありまして、公益事業、典型的には例えばサ高住とか、有料老人ホームとか、こういったようなところに社会福祉事業の資金を流していいかということですが、貸付は可能だが年度はまたげない。繰り入れは可能ですが一定の限度額までということで、結果的に法人全体としてはお金があるのに、公益事業独自で借り入れを行うというようなことも起こっております。

次に社会福祉法人の財務分析から分かる実情、これは土屋先生という方の資料を引用しております。

16ページ、この右側で分かるように、法人全体としては黒なのですが介護が一番悪い。保育とか障害に比べて悪いのが分かると思います。

19ページ、介護事業が90%以上、介護專業の場合に平均値がマイナス0.03、つまり経常利益がマイナスになっている。それから、真ん中のほうに赤の下線がついておりますが、経常増減差額の率がマイナスの法人が54.39、つまり半分くらいがマイナスになっているという実情でございます。

20ページ、これは社会福祉法人全般で介護だけではないのですが、2016年は債務超過法人が31だったのが、2022年は109と約3.5倍になっていることになります。

21ページ、これは2022年度に登録があり、2023年度に登録がなかった法人がこれだけありまして、特に左側、合併による解散とか、あるいは清算終了している法人が36件ある。その中身は22ページにあります。

次に介護等福祉事業の取組事例及び今後についての考察ということで、しばらくは人材不足対応のほうで、ほかのところでもたくさん議論されていますので29ページまで飛ばさせていただきます。

29ページ、これが非常に面白い事例で②のダウンサイジング、3拠点特養の1拠点を廃止して残りの2拠点で吸収するというパターンがありました。これは3つのメリットがあるのです。将来の利用対象人員の減少に備える、そして、1拠点を建て替えなくてよくなるわけですから、建て替えの建設負担の回避、そして、現在の介護人材不足、3拠点分を

2 拠点で人員配置するということで、こういうようなことが今後どんどん出てくるのではないかと考えております。

それから、33ページの下のほうですが、先ほどもありましたが、社会福祉連携推進法人というのは制度としては非常にいい面もあるのですが、事務的負担が大きいのです。その法人自体の運営や決算を組まなくてはいけないということで、一定以上のメリットがないと、ハードルが高い面もあるかと考えております。

35ページ、大規模化というのは人材確保、経営効率、その他の面でメリットは大きいと思います。そういう面では一法人一施設というのがより難しくなると思いますが、必ずしも大きいことはいいことだというのが100%の真理ではありませんので、固有の存在価値を有するケースはもちろんあるということになります。

今後は経営の専門家が重要だと思います、いわゆるプロ経営者、それから、社会福祉法人で言えば経営組織の見直し、それから、外部コンサルの導入、これもコンサルを導入すればうまくいくということは決してありませんで、むしろ法人が主体的にやらない限り、ある意味でコンサルのいいようにされてしまう面もありますので、これは注意が必要かと思えます。

それから、建設、建て替えの判断、これも数十億単位の問題になりますので大きい問題かと思えます。

37ページ、介護現場における必要な経営支援ということで、経営者の現状認識、将来展望と危機感の保有、これが何よりも大事だと思います。それを前提とした上で専門家の活用、公認会計士、税理士、中小企業診断士、こういった専門家を活用する。ただし、もちろん介護に詳しいことが条件になります。

最後のページ、法人の特性を踏まえて、社会福祉法人とNPOは持ち分が原則ない、株式会社は持ち分がある、この点で決定的に違いますので、この特性を踏まえた支援でないという意味がないということになります。

それから、経営テキスト的なものもこれでオールマイティーということはありませんが、一つの手がかりとしてはいいのではないかと思います。

それから、事業者連携の支援、こういったものは都道府県、市町村のコミットメントも必要になるかと思いますが、例えば今、中小企業者向けに事業承継引き継ぎ支援センターみたいなものがありますから、これの福祉版も考えられるのではないかと思います。

私のほうからは以上でございます。ありがとうございました。

○野口座長 経営面からの介護事業所の複雑な課題を論点別に短時間で整理していただきどうもありがとうございました。大変勉強になりました。

それでは、ここから意見交換に入りたいと思いますが、香取構成員と斉藤構成員と東構成員から資料が提出されておりますので、まずはこの3人の構成員の方から御発言をいただければと思います。

まずは香取構成員、会場にいらっしゃっていますけれども、5分以内でよろしくお願

いたします。

○香取構成員 株式会社やさしい手の代表取締役の香取幹でございます。本日は、このような場でプレゼンテーションの機会をいただきましたことを深く御礼申し上げます。ありがとうございます。資料5にございます。在宅介護サービスモデルの構築、包括的介護サービスの種類の提案をいたします。どうぞよろしくお願いいたします。

スライド2、弊社は1993年に自費のサービスを提供する在宅介護会社として生まれました。創業から継承されるこれらのクレドの実現を追い求めております。このクレドの理想の実現を目的として情報開示システムをつくりました。全ての御利用者様と職員が情報レベルでつながっており、そして、その情報レベルの中でコミュニティーを形成しております。

スライド4、2040年以降の都市部におきましては、高齢化と人口増加が進んでまいります。独居の高齢者が急増してまいります。ICTやAIの技術を活用した効率的なサービス提供の方法による新たなサービスモデルの構築が必要でございます。

スライド5、既存の包括的介護サービスの一つである定期巡回随時対応型訪問介護看護の利用者の状況を見てまいりましょう。都市部の定期巡回随時対応型訪問介護看護サービスの利用者は80歳以上の高齢者独り暮らし、要介護3以上の重度介護を必要とする人々です。これらの利用者は複数の疾患を抱えていることが多く、24時間の見守りと迅速な対応が必要でございます。このサービスは医療と介護の多職種連携を通じて高齢者の在宅生活を支える重要な役割を果たしております。特に独り暮らしの高齢者、重度の要介護者にとってこのサービスは安心して生活をするための重要な支援となっております。

スライド6、定期巡回随時対応型訪問介護看護の利用者のサービス提供の状況でございます。表2でございますが要介護4と5の利用者の曜日別サービス提供回数でございます。現在サービス提供は1日最大4回で、深夜時間帯の定期サービスを行っていません。深夜時間帯はオンコール体制を取り、必要時にのみサービスを提供しております。利用者のQOLを優先して、利用者の睡眠を妨げないようにしているという状況でございます。

スライド7、定期巡回随時対応型訪問介護看護の現状でございます。報酬は通所介護の併用によりまして、通所介護減算が適用されています。これにより定期巡回随時対応型訪問介護看護の経営の継続性が低下しております。クラウドサービス、ウェブシステムを利用することにより、情報伝達や多職種連携が既に行われており、定期巡回随時対応型訪問介護看護の課題は改善されています。また、おむつ技術の進歩により夜間の尿漏れが減少し、快適な睡眠が可能となっている実態でございます。

スライド10、定期巡回随時対応型訪問介護看護の課題の解決の方向性におきましては、通所介護の送迎時間を、朝、夕、特定の時間に限定せず、柔軟な時間が設定できる方法が考えられます。これは訪問介護員が通所介護の開始終了前後の特定の時間に全て駆け出される一方、その他の時間に、訪問のサービスが柔軟にはできない状況になっているからでございます。

ケアマネジャーと定期巡回随時対応型訪問介護看護の計画作成責任者の機能により、介護職員の身動きが取りづらくなっているという点が大きな課題でございます。ケアマネジャーと計画作成責任者がAIやICTのサービスを利用して連携していくことが必要になっております。

スライド11、弊社居宅介護支援事業所では、既にケアプラン連携システムを利用しまして現在大幅に業務効率を向上させていることに成功しているところでございます。ケアマネジャーにおけるAI導入後、さらに主に居宅介護支援の業務割合が減少しています。AIがさらに進化していくことが予定されております。そうしますと、事務作業と居宅介護支援の両方の業務が大幅に減少します。ケアマネジャーはAIでは代替困難な対人サービスに注力できるようになります。ケアマネジャーはより付加価値の高いサービスを提供していきます。

スライド12、訪問介護のサービス提供責任者業務もICTが導入されて、既に大幅な業務効率化が図られているところでございますが、この状況からさらにAI等による付加価値向上と業務効率を進めてまいります。直接介護、医師や利用者の連携、コミュニケーション強化などにその時間を充ててまいります。これにより在宅生活継続という形で御利用様に対する高付加価値の提供を実現してまいります。

スライド13、都市部の訪問介護の移動手段は自転車です。持続可能な介護サービスモデルでは半径2キロ以内の利用者からサービスの支持率を圧倒的に高く確保すること、そして、効率的なサービスの提供が求められております。AI、ITを活用した見守りと都市特有の課題に対応した柔軟なサービス設計が求められております。

スライド14、都市部の持続可能な介護サービスモデルには、大変貴重である訪問介護員の時間的資源をみんなでシェアリングしていくことを最優先としていきます。これが必要でございます。訪問介護のスケジュールの最適化、ペーパーレス化による業務効率向上、透明性の高い情報提供システムの構築、人的資源の有効活用、コスト効率の改善が重要です。一方で、AIとITを活用することで利用者の選択の自由の保障を実現し、効率的で質の高いサービス提供体制を構築してまいります。

スライド15、高齢者の自宅のIoTセンサー、エッジカメラ、介護記録等のデータを生成AIで分析してまいります。AIにより予測的な対応が可能になっております。コールセンターにおきましては多職種にデータを提供して在宅の高齢者を統合的に支援します。これにより職員が少数でも在宅の高齢者を支援できます。このようにテクノロジーと多職種連携を融合したサービスモデルの構築が求められています。そこで新たな包括的介護サービスの類型を御提案させていただきたいと思っております。

スライド17、訪問・通所サービスにICT・AI技術を活用した24時間見守りと緊急対応を備えた効率的なサービス提供を行う包括的介護サービスモデルの構築が必要です。既にそこにある資源、訪問介護資源、通所介護資源を利用するAIを用いたシェアリングエコノミーの考え方を導入します。ここでは新たな人的資源配置基準の要求をしないことが最重要で

ございます。中山間地においては既にそこにあるグループホーム、老人保健施設、特別養護老人ホームの介護職員、そこに既にある資源を前提としてAIを用いたシェアリングエコノミーとして活用できるようにする必要があります。そして、そのための新たな人員配置基準については緩和を前提としていただきたいと思います。

また、生成AIによるケアプラン作成の可能性が拡大してきておりまして、さらなる制度構造とシステム連携による効率性の向上が期待されています。

この包括的介護サービスは介護職員不足が予測される都市並びに中山間地の在宅生活継続のための支援の機能が期待されます。

スライド18、19を飛ばしまして、最後にスライド20、都市部でもICTの導入で生産性は向上します。小規模事業所こそ早期に取り組むメリットが大きいです。事業所間連携でICT導入の障壁を下げたり、経験共有や共同調達は大変有効です。訪問サービス向けのテクノロジー開発・実証をすぐに開始しましょう。生成AIの活用範囲は広大です。初期ランニングコストへの継続的支援をお願いします。重要な点が2つございます。

一つは、1拠点当たりの規模の経済性により、先ほど御案内のありました付加価値労働生産性を向上させることです。1拠点当たりの規模の経済性の向上により収益率を向上させ、賃上げを進め、付加価値労働生産性の向上ができるような人員配置基準の設計が必要でございます。

2つ目、範囲の経済でございます。範囲の経済はシェアリングの観点も重要でございます。中山間地では特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホームなどの介護職員がいれば、その人的資源を前提に新たな包括的介護サービスを開始できるように人的資源の有効活用、シェアリングを前提とした人員配置基準の設計をすることでございます。この包括的介護サービスでショートステイや施設入居につながる利用者と早期から関わり、在宅における長い伴走支援の流れの中で、利用者は地域の中で施設入居を行い、最期のときを迎えることができるようになってまいります。

都市部では訪問介護事業所や通所介護事業所に既にいる介護職員について人的資源の有効活用、シェアリングを前提とした人員配置基準の設計をすることです。範囲の経済性と1拠点当たりの規模の経済性による付加価値向上策を盛り込んだ包括的介護サービス類型の御提案をさせていただきました。

利用者にとっても、未来の若い介護職員にとっても、社会保障制度の継続性の観点からも、それぞれが希望を持てる新しい介護の未来をつくる必要があります。

皆様、ぜひ御検討をお願いいたします。御清聴ありがとうございます。

○野口座長 都市部における訪問介護の実態、特にICTとかAIとかの技術的な側面から具体的に新たなシェアリングエコノミーのモデルの提示とともに御説明いただき、どうもありがとうございました。

それでは、続いて斉藤構成員、よろしくお願いいたします。

○斉藤構成員 斉藤正行でございます。当社は全国の介護福祉事業者のネットワーク化を

図らせていただいております。その中から全国での最先端の生産性向上に向けた好事例ということで、地域ごとのカテゴリーごとに3社の共有を簡潔にポイントだけ絞ってお伝えをさせていただきたいと思います。

1 ページ、最初の事例ですけれども、都心部における在宅介護現場での事例ということで、デイサービスの事例ということになります。先ほど香取構成員から訪問介護をはじめとした在宅の事例共有がありましたけれども、一般的にはこの介護の生産性向上というと、施設や居住系が大変多いかなと思います。この在宅分野における生産性の向上ということをして施設の後回しではなく、同時並行でしっかりと取り組んでいくことが重要だということも申し上げさせていただきたいと思います。

その中で、千葉県でデイサービスを中心に事業展開をされているエルダーテイメントジャパンさんの事例を共有したいと思います。2 ページに会社の概要、そして、3 ページに取り組んでいらっしゃる事業所について示させていただいております。特にデイサービスについては大規模デイサービスを展開していらっしゃるの大きな特徴でございます。

4 ページ、こちらの会社では全国に先駆けて、DX、ICT化ということを最先端に取り組んでいくというコンセプトで取組をされていらっしゃいます。デイサービスにおけるありとあらゆる業務についてのDX化ということで取り組んでいらっしゃる中身をここに示させていただいておりますが、一般的な記録や請求、さらには送迎についてのシステム化にとどまらず、インカムの活用ですとか、機能訓練について、さらには清掃業務についても大型な自動のルンバのようなものを活用したりということで、ありとあらゆることの電子化・ロボット化に取り組んでいらっしゃいます。

5 ページ、特にデイサービスは中でも送迎の負担ということが大変大きいということで、最適な送迎システムを導入して活用していらっしゃいます。デイサービスではこの送迎のシステム化は大変重要なポイントだと思います。

6 ページ、この送迎と記録や請求について、それぞれ別のシステムを活用していることによって情報の連携が難しいということで、ここはRPAで自動化の仕組みをつくって業務を短縮化しているという取組でございます。

7 ページではロボットを活用した機能訓練ということについても取組を行っていたり、8 ページのところには職員の教育・育成についても、しっかりとDVDやオンラインを活用した教育ということのプログラムを行っている事例でございます。

9 ページ、これは都心部から一般都市で全国に展開をしている訪問介護の事例ということで共有をさせていただきたいと思います。

10 ページ、東京中心ではございますがケアリッツ・アンド・パートナーズさんという訪問介護を中心として全国に取り組んでいらっしゃる会社の事例でございます。

12 ページ、一般的な訪問介護の記録から請求に至る仕組みが図示されておりますとおり、訪問介護はとにかく短時間で多くの数をさばきますので、一般的に一事業所で700～800枚ぐらいの月間の記録があるということで、これをいかに短縮化することが重要であ

ります。ケアマネジャーやサ責、そして、ヘルパー、事務ということで、この記録、請求、計画、実績、それぞれごとにチェックをしながら対応していくということで、大変な手間がかかっているところでございます。

13ページ、これらのスケジュールを組んでDX化ということを自社でシステム開発が行われて、全ての職員、一部不慣れな職員もいたようですけれども、タブレットの支給とタブレット活用を徹底することによって、14ページのような形でスリムな形に全ての仕組みを効率化することに成功しております。

15～16ページで成果が出ておりますが、特に16ページのところに大きな投資に対する費用対効果を望むことができるということが数字としても示されております。

17ページ、もう一つ、訪問介護における電話業務について、これもかなりの電話が事業所には、利用者、御家族、ケアマネジャー、さらには行政等からあるわけですが、ここについては切り出して自社の中でコールセンターを設けて対応していくということ、外注も検討されたようですけれども、個人情報保護の観点もあり、自社での取組ということを行っていらっしゃる。このコールセンターとシステム化ということが大きなポイントということになります。

最後の3社目の事例は地方での取組ということになります。中山間地域、過疎地域ということでの事例にはならなかったのですが、山形県の天童市で取組をしていらっしゃる株式会社つるかめさん、そして、グループで社会福祉法人でも取組をされていらっしゃいます。在宅から施設まで様々な取組を行っている会社で、21ページのところに大きく4つポイントが示されております。

このDXについて特に重要なポイントは質を下げない、そして、職員の負担を増やさないということを特に重要視した取組を行っていらっしゃいます。

1つ目のデイサービスの事例につきましては、先ほどの千葉の事例と同様のところでもございますけれども、23ページのところに加えて、AIを活用した通所介護計画の策定ということでの効率化ですとか、また、音声入力システムということで、プランや記録については音声で、これは外国人活用にもつながっていくであろうということで取組をされております。

2つ目は教育についてのオンライン化・電子化ということの徹底ですとか、さらには28ページのところににつきましては、転倒防止に向けてということで、こちらは施設の事例ということになりますが、見守り機器ですとか、システムを活用することによってカメラを通じた取組の事例がございます。

31ページ、4番目に自立支援、重度化防止に向けた取組につきましても独自のメソッドによったもの、どの職員でもしっかりと自立支援に向けた取組ができるようにということでの標準化したプログラムと、その教育の徹底を行っていらっしゃる事例でございます。

最後の33ページからは、私が代表を務めております全国介護事業者連盟、34ページに概略を載せておりますが、介護、障害、福祉の横断的な事業者団体として、35ページ以降に

DXのなんでも相談窓口ということで、昨年の秋から、会員の方に無料でDXに関するあらゆる相談を受ける窓口を開設させていただいております。政府・自治体によるワンストップの相談窓口もございますが、事業者の方々がDXにどう取り組んでいいか、どこに相談していいかまだまだ分からないということで、この相談のチャンネルをできるだけ多く設けようということで、団体としての取組をさせていただいていることについても事例として御説明をさせていただきたいと思います。

私からは以上でございます。

○野口座長 都市部・地方、双方の在宅分野における生産性向上に資するDXの具体的な取組の事例について多々御説明いただき、どうもありがとうございました。

それでは、東構成員、オンラインで御参加です。よろしくお願いいたします。

○東構成員 よろしく願いいたします。いこいの森の施設長の東です。

生産性向上の取組ですが、生産性向上といえますのは2018年、前事務次官の大島さんが老健局長のときに介護現場革新会議というのを立ち上げられました。そのときにテーマで挙げられましたのが、一つはタスクシフト、一つはICT・ロボットでございました。先ほど介護労働安定センターの北條さんもおっしゃいましたけれども、生産性向上を成功させるためには、雇用管理改善の成果がないと、なかなかうまくいかないということもおっしゃっていました。私も同感でございます。このスライドにもございますように、生産性向上といえますと、どうしてもICT・ロボットばかりに目が行きますが、介護現場におきましてはICT・ロボットと同時に、タスクシフトをしっかりとやっていくということ、これを両方やらないとなかなかうまくいかないとは考えております。

私の施設で介護助手さんが多く働いておられますが、これはそれをお示ししたものです。まずはタスクシフト、業務を切り分けることが重要でして、右側にございますように、介護現場では様々な周辺業務と私は呼んでおりますが、身体介護以外の本当に様々な周辺業務がございます。これを今までは全ての介護職員が常勤・パートにかかわらずやっていたわけです。ここを私のところでは介護助手という方、オレンジのエプロンを着ておられますが、そういう方々、ほとんどは70歳前後の高齢者の方ですけれども、この方にやっていただいております。それぞれ皆さんやりがいがあるということをおっしゃっております。

平成27年からこの介護助手を導入いたしました、この赤い線が介護助手ですが、正職員の人数はほぼ変わっておりません。30～35人の間です。介護助手を導入してからパートの介護職というのは約13名から2～3名まで減りました。また、右側にありますように、この介護助手を導入するに従って、入所の介護職員の残業時間が大幅に減っております。特に平成31年のところで大きく減っていますのは、左側のグラフにありますように、平成31年に介護助手が20名以上になったときを機会に、残業時間が多く減っていることが分かります。

次にいこいの森におけるICT化・DX化をお示しします。まずはここに書いてありますように様々なICT化をしておりますが、それが一気通貫、1つのスマホで全てできるということ

が重要でございますので、それを示すためにこのスライドをお見せしました。それも全てタスクシフトの上に成り立っているということでございます。時間がないので詳しく一つ一つをお話しいたします。

これはハナスト・ケアカルテといいまして、全ての電子カルテを音声で入力できる仕組みでございます。以前は紙カルテに書いておりましたが、今はこのようにヘッドセットをつけまして、利用者さんとお話をしながら記録が同時にできるという仕組みでございます。

次にコニカのカメラ、ドップラーセンサーが各ベッドの天井に全てついております。そこで得られた画像データとドップラーデータを全てクラウド上に上げまして、その中でAIが判定したものだけが職員のほうに通知されるとなっております。もちろん通知されたものの前後、決められた時間の画像は全て見ることができます。

これが画像とバイタルセンサーを示したものです。画像のところでは利用者さんがどのように動いているか等が全て分かりますし、ドップラーセンサーではいわゆる呼吸の状態とか、睡眠の状態等が全て分かるようになっております。

これが画像の一例ですけれども、画像を見ればAIで判定したもので通知があった場合に、本当にすぐに訪室する必要があるのかどうかというのも全て分かります。

また、HitomeQコネクトという機能もあわせ持っております。これはどういう機能かといいますと、まずは職員の持っているスマホと家族との間でLINEでつながっております。これによりまして、ケアプラン、リハ計画書等は全てデータで家族に送り、やり取りもでき、また、承認も得ることができますので、印鑑、サインというものが全くなりしました。また、医療スタッフの連絡網にもこれは使うことができまして、医療機関からのリハ計画書をいただく。それから、定期的な会議、空床情報の提示等にも使えているところでございます。

先ほど言いましたように、スマホを職員が1人1台持っていますが、そのスマホの中に例えばナースコール、これも全てこのスマホに入っております。ですから、ナースコールのボードというものはありません。全てこの職員のこのスマホに入ってきます。その中で画像も確認できますし、会話もできます。それから、右下、職員間の連絡、インカムもこのスマホ1台でできます。左上、先ほど申し上げたように利用者さんの天井についているカメラの画像情報、AIで判断したときの通知、これもこのスマホに全て入っております。それから、職員がヘッドセットを通じまして音声で自動で入力もできるわけです。

ですから、簡単に言いますと職員が例えばおむつ交換をしながら、その人の排尿の状況を記録もできますし、おむつ交換をしながらナースコールも取ることができますし、おむつ交換をしながら職員間で話もできるという情報の一元化ができております。

これによって記録業務が約60%以上削減できました。また、夜勤業務、巡視が70%減りました。それまで介護職員は仮眠がゼロでしたけれども、今は1.5時間以上仮眠ができております。そういうことによって利用者との関わり、ペーパーレス、それから、離職を防ぐこともできております。

これが導入前後の記録時間の比較でございます。緑が導入前、赤が導入後ですが、このように非常に多くの記録時間の短縮ができております。

最後ですが、これは導入のエビデンスを職員にアンケートしたものでございます。多くの職員が業務が削減できた、それから、利用者に関わる時間が増えたということを答えております。

以上でございます。

○野口座長 音声を中心としたICT、AIの導入事例とともに雇用管理の改善、タスクシフト、業務の切り分け、介護助手の方の導入の効果など、具体例を交えながら御紹介いただき、どうもありがとうございました。

それでは、その他の構成員の間の質疑応答をお願いしたいと思います。会場の方は挙手を、オンラインの方はZoomの「手を挙げる」機能を使用いただき、座長の指名により発言を開始してください。なお、時間が限られておりますので、御発言は手短にお願いいたします。

まず、会場にお越しの皆様から御発言いただきたいと思いますがいかがでしょうか。どなたでも結構です。いかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、オンラインの方でどなたか御質問がある方。

津下構成員、よろしくお願いします。

○津下構成員 介護の分野でのDX化が非常に速いスピードで、また、非常に洗練された動きになってきているということをいろいろな御報告の中で伺うことができました。このようなサービスの普及によって、介護の質がどのように上がってきたか、介護を受ける側から見て介護の質が上がってきたかということについて、例えばケアの中でのいろいろなインシデントとか、ヒヤリハットが減ったとか、介護を受ける側にとってのメリットを評価しているということであれば、それを教えていただきたいと思いますというのが1点です。

それから、このようなICT化の取組については、施設間でかなり温度差があるのではないかなと思います。一部の施設だけの取組というよりもかなり進んでいるのかどうか。例えば東構成員の関係の老健施設の中でどのぐらいの普及度になっているとか、また、特養の中ではどうなのかとか、もし、そういうデータがあれば教えていただければと思います。

以上です。

○野口座長 ありがとうございます。

津下構成員、1番目の受ける側のメリットというのは、どなたにお聞きになりたいでしょうか。

○津下構成員 それは特養とか在宅、どこでも結構でございます。

○野口座長 分かりました。

まず、鈴木様にお伺いしてよろしいでしょうか。

○鈴木施設長 ありがとうございます。

利用者様のサービスの質の向上についてということでございました。私の資料の7ページを御覧いただければと思います。この取組、見守りの機器を使って朝の起床介助の場面でございますけれども、今までは利用者様の状況がセンサーとICTがないと、扉やカーテンを開けないと、利用者様が起きているか、寝ていらっしゃるか分からないというところでは、このセンサーによって寝ている方を起こさないで起きている方からケアができる。私どもは眠りも時間を守るということも権利擁護と捉えておりますが、そういった眠りを維持する、邪魔しないということ、これは一つ大きな質の向上と捉えています。

また、利用者様から催促のナースコールを受けることがない。つまり起きている方に対する先回りの起床介助ができますので、私を起こしてくださいということが減ってくるといこと、これは利用者さんにとっても非常に負担が少ない、職員においても寝ている方を介助することがなくなりますので非常に負担が少ないですし、また、自立支援もはかどる。これはまさに生活の質、サービスの質の向上と捉えています。

以上でございます。

○野口座長 どうもありがとうございました。

この点については香取構成員と斉藤構成員にも伺いたいのですけれども、香取構成員、いかがでしょうか。

○香取構成員 私の資料5のスライド3を御覧いただきたく思います。私どもが冒頭御説明させていただきました情報開示システムでございますが、これを私ども介護職員全員とお客様、お客様の御家族、そして、関係されているお医者様方も御覧いただくことができます。これにより介護記録で今どのような方法論でどういう状態像なのかというものが共有され、その中で協働した多職種連携のサービスが提供できております。これによりまして、まずはサービスの内容で非常に質が高いものが確保できるということがございます。

そして、私どもにおきましては、全ての介護職員が電子媒体を持っていますので、そちらで介護記録を入力しております。その記録をデータ分析させていただきまして、その情報を見る、あるいはデータ分析して、その結果を次なるサービスに生かしていくということです。

一つはBI、ビジネスインテリジェンスシステム、データとして数値化したものをどういった形でお客様お一人お一人にサービスとして反映していくのか、AI、これも生成AIを用いてどのようなサービスが適切なのか、AIにおける次なるアクションプランというのは非常に精度・品質等も上がり、高くなっておりまして、特にお客様お一人お一人の状態像に合わせた対応は、AIは非常に優れているところがある中で、お客様にとっての付加価値を向上することに成功しているということで、まずはこちらの点を御報告させていただきたく思います。

以上です。

○野口座長 どうもありがとうございました。

斉藤構成員、いかがでしょうか。

○斉藤構成員 私からは全体的なところの話として、御質問いただいたとおり、とにかくこのDX、生産性向上とともに質が下がっていないかどうかということを都度きちんとチェックをしていくことが不可欠であろうかと思います。そのためのエビデンス、データということにつきましては、現在、老健調査ですとか改定研修を含めた中で、この生産性の向上に向けてですとか、加算状況についての調査が行われているところだと思います。今年3月にはその報告書も上がってくるであろうということで、そこにしっかりとエビデンスが示されてくるのではないかと思います。

具体的には、それぞれ必要の部分についてはQOLを評価していくような評価スケールに基づいての推移ですとか、さらには利用者さんの満足度の調査ということですから、LIFEを活用した様々な定量的な評価について、この機器を使ったことによって数字が下がっていないのかどうかということをチェックしていくようなデータが示されてくることになるのだと思います。ここはぜひ事務局、厚労省の皆様方にも、この3月4月以降、そういったデータが出てくれば、この場にて御報告をいただければありがたいのかなと思います。

その他、現場レベルではそれぞれの会社で質の定量化ということについてはいろいろな取組をされていると思いますけれども、一般的には例えば業務時間ということで、単純業務や事務時間について削減して、利用者と直接接する直接介護の時間がどれだけ上がったかということによって質の担保という評価に変えているケースですとか、また、転倒ですとか、事故については、その数がどう軽減しているのか、いろいろな指標に基づいて各社が取り組んでいらっしゃる状況にあるのではないかなと思います。

私からは以上です。

○野口座長 どうもありがとうございました。

それでは、1点目と2点目を含めて、東構成員、いかがでしょうか。

○東構成員 ありがとうございます。

まず、津下構成員の御質問にありました私ども老健協会の把握している数字ですが、そこまで詳しい調査をしておりませんが、生産性向上推進体制加算を算定している施設ということであれば、まだ10%ぐらいしかありませんので、多くの施設では私が入れているようなICTが入っているとはとても思われません。

それから、ケアの質はどうなったかということですが、今日は時間がありませんでしたので言いませんでしたが、ICTを導入してから、まず事故、それから、ヒヤリハットの報告書は明らかに数が減りました。それから、利用者さんから聞くのは、以前は2時間ごとに夜中に巡視されています。巡視をしますとどうしても起こしてしまうので、せっかく寝ているのに安眠を妨害される、これは巡視が全くなくなりましたので、夜よく眠れるという声が聞かれております。

以上です。

○野口座長 どうもありがとうございました。

津下構成員、いかがでしょうか。

○津下構成員　ありがとうございます。

高齢者の視点に立ってICT導入にどんなメリットがあるのかということも非常に重要なことだと思いますので、ICT化が進むと、ヒヤリハットの検出率が一旦は上がって、その後下がるのかなと思ったり、職場改善としては、今までは記録になかなか残らないことまできちんと残るようになって、さらにいろいろな改善につながるのかなということも期待感があるのでお伺いしました。

一方では、広がりはまだ限定的といいますか、一部にとどまる、そこに何か理由があるのかなと思います。導入しにくいようなハードル、コストの面とか、いろいろあるとは思いますが、あと、介護職員の意識の問題というか、なかなか新しいものに入り込みにくいところにどうアプローチするかという課題もあるのではないかなと思って御質問させていただきました。

もしよければ、もう1点だけ聞かせていただきたいのですけれども、東構成員のところでICT化を進めるに当たり、職員の抵抗感とか、または理解を進めるためにどんなことをされたのかというのを教えていただけますでしょうか。

○野口座長　東構成員、よろしくお願いします。

○東構成員　実際のところ、事前の研修会を多少しましたけれども、一番危惧したのは、一気に導入しましたので現場が混乱するのではないかと危惧しました。しかし、意外とこれを入れてみたら、2～3か月ではほぼ職員は全て使いこなすというか、びっくりするぐらいでした。あとは便利になるところがあったのだと思いますけれども、思ったよりもはるかに早くきちんと浸透し、使いこなせていったというのが正直な感想でございます。

○津下構成員　ありがとうございます。

○野口座長　どうもありがとうございます。

藤原構成員、よろしくお願いします。

○藤原構成員　藤原でございます。本日はたくさんテクノロジーの活用についてプレゼンを聞かせていただき、生産性向上につながる様子が理解できました。ありがとうございます。

訪問看護でも利用者様の御自宅を訪問した際の状況の変化にタイムリーに対応するためのテクノロジーの活用として、ICTを活用した医師との情報共有システムがありますが、さらに推進していくための方策が必要かと思います。

また、取組の推進を図るものとして、皮膚の状況、排泄の問題に対してポータブルエコーでありましたり、皮膚の状態の写真でありましたり、そういうことを医師への連絡に対して画像を含めて報告している現状もあります。それで指示を得る取組もありますが、訪問看護ステーションは小規模な事業所が多く、小さな事業所では導入に対して費用の問題もあり、なかなか浸透していかない状況があります。

また、在宅においても自宅で御家族様が見守りカメラでありましたり、徘徊時に居場所

が分かるアプリを御家族が導入されていたりということの活用は増えております。在宅のほうでも物理的に距離がある中での対応・対策としてのシステムをたくさん知ることができましたので大変参考になりました。今後の発展・利用も増えてきたら良いかと思っております。

私の意見としては以上でございます。ありがとうございました。

○野口座長 どうもありがとうございました。

ほかによろしいでしょうか。

それでは、お待ちいただいておりますので、次のヒアリングに入らせていただきます。公益社団法人認知症の人と家族の会代表理事、鎌田松代様、会場にお越しいただいております。5分以内で御発表をお願いいたします。

○鎌田代表理事 本日はこのような場にお招きいただきましてありがとうございます。当事者団体としては唯一というところですので、当事者の視点から申し上げたいと思います。

私は公益社団法人認知症の人と家族の会の代表理事の鎌田です。認知症ケアの質の向上をさらに進めるというところで考えていただきたい。そして、認知症の人も家族も自分らしく生きることをサポートしていただけるような取組を進めていただければと思います。

まず、家族の会の活動を少しお話しさせていただきたいと思います。私たちの会は認知症の人と家族を中心に、それをサポートする専門職とか支援者、関心を持つ方々が会員です。認知症になったとしても同じ病の仲間やその介護者と出会い、元気や勇気を得て希望を持って認知症とともに生きるということを応援する活動をしています。全国47都道府県に全ての支部があり、世界の国々とも交流をしております。

1つ目の私たちの活動はピアサポート活動です。認知症の人や家族が交流するつどいとか、会報、それから、電話相談というものをやっております。

国際交流としては、国際アルツハイマー病院協会の日本で唯一の加盟団体として、アジアの国をはじめ、世界の国との交流をしています。

3つ目の活動ですけれども、社会運動、社会の仕組みや制度をよくするために当事者の声を国や社会に届けて、要望とか提言とかアピールというものをやっております。

私たちの会の理念ですけれども、認知症になったとしても、介護する側になったとしても、人としての尊厳が守られ、日々の暮らしが安穩に続けられなければならない。認知症の人と家族の会は、ともに励まし、助け合って、人として実りある人生を送るとともに、認知症になっても安心して暮らせる社会の実現を希求するとしております。

結成からの歩みですけれども、私たちの会は1980年1月に支部7件、それから、簡易90名で結成いたしました。2年後には厚生労働大臣に初の要望書を提出しております。1992年には国際アルツハイマー病協会に加盟をしております。2000年からは住友生命様の助成をいただきまして全国のフリーダイヤルの電話相談を京都でやっております。2004年には国際アルツハイマー病協会の国際会議を京都で開催して、世界から4,000人以上の方が参加をしました。

当初の私たちの会の名前はその当時の家族の思いを団体名にしました「ぼけ老人を抱える家族の会」でしたけれども、国際会議を契機としまして、それから、痴呆が認知症と名称も変わったところから「認知症の人と家族の会」に名称を変更いたしました。2010年には公益社団法人に認定されています。今年は結成45年を迎えております。国際会議は2017年にも開催して、200名の本人が参加しております。

社会の仕組みや制度をよくするための国への要望書や提言やアピールというものを皆様のお手元にあるような形で届けております。こういう形で特に拘束の問題とか、若年の認知症の問題とかも調査をして、その調査から得たデータを予防活動にも取り入れています。

最近国は老健事業も受託をして、調査を続けて、それもまた活動の中に生かしております。

23年度末の会員数ですけれども、9,419名です。円グラフを見ていただければと思いますけれども、現在介護中の方が35.8%、過去介護の方が21.4%、本人が1.3%、あと、専門職とかその他の方が41%というところです。現在の会員数としては9,000名となっております。

2040年に向けたサービス提供体制の在り方についてですけれども、認知症ケアの質の向上をさらに進めていただきたいと思います。そのためには認知症とともに歩んでいる、ともにいる家族も、本人だけではなく自分らしく生きることをサポートするケアということをお願いしたいと思います。認知症の人と家族も自分らしく生きるということをお願いします。

それから、私たちの会ではピアサポートというところで力を得て、前向きに本人や家族はいますので、ピアサポートや情報の発信の充実をお願いしたいと思います。

3つ目は、認知症の人の意思決定支援の充実をさらに進めていただきたいと思います。よかれと思ったことが本人にとってはとても辛い。デイサービスで若年の方だから洗車をしましょう、窓ふきをしましょうと言われてとても傷ついたというお話を最近もお聞きしています。

4番目は、ICTが得意なこと、できること、人でしかできないことへの検討をさらに進めていただきたいと思います。ICTを進めたことで介護の時間が増えたというお話がたくさん出てきていますけれども、そこをもう少し精査していただければと思います。

それから、認知症の人への心の対応は人が中心ということをもう一度お願いしたいと思います。先ほどから大変いろいろな取組が進んでいると思いましたが、受ける側の気持ちへの寄り添いというものも再度見直していただいた形でICT化を進めていただければと思います。

少し時間を超過しましたが、私からは以上です。

○野口座長 家族の会について、幅広い活動とアドボカシーについて非常に詳細に説明いただき、どうもありがとうございました。

お待たせしました。東京都健康長寿医療センター、認知症未来社会創造センター長、栗

田主一様、オンラインで御参加です。よろしくお願いいたします。

○栗田センター長 よろしくお願ひいたします。東京都健康長寿医療センターの栗田でございます。

私からは独居の認知機能低下高齢者の権利利益を保護することができる地域包括ケアシステムの構築に向けてというテーマでお話しさせていただきますが、時間が限られておりますので、はじめに本日お話しすることを要約しておきたいと思ひます。

21世紀の前半に認知機能低下を持て生きる高齢者、特に独居の認知機能等低下高齢者が急増しますが、地域に暮らす認知機能低下高齢者は、そうでない高齢者よりも社会的に孤立しやすく、身体的・精神的健康度が低下しやすく、経済的にも困窮しやすい。

地域に暮らす認知機能低下高齢者は、そうでない高齢者よりも低栄養になる傾向があり、独居の場合はさらにその傾向が強くなる。

地域に暮らす認知症高齢者はそうでない高齢者よりも在宅継続率が低く、独居の場合はさらに低くなる。

独居の認知症高齢者は認知症疾患が診断されていない場合が多い。

独居の認知症高齢者は行方不明になると、その後、死亡率が高くなる。

居宅介護支援員が勤務する事業所の多くが同居認知症高齢者の消費者被害の事例を経験している。

そのほか、認知機能低下高齢者、特に独居の認知機能低下高齢者には、サービスの利用に当たって本人不在で意思決定がなされたり、必要なサービスへのアクセスが阻まれたり、自然災害やパンデミック下において、平時の社会的孤立が増幅され、生存の危機に直面しやすくなるなど、権利侵害に関わる様々な課題が明らかにされてきております。

このようなことから、2040年に向けた超高齢社会においては、認知機能低下高齢者、特に独居の認知機能低下高齢者の権利利益を保護することができるサービス提供システムを包含した地域包括ケアシステムの構築が求められます。

ここからは少しデータを示してお話しします。これは65歳以上高齢者における認知機能低下、すなわちMCI、または認知症の性・年齢階級別の有症率を示したのですが、85歳を超えると60～70%以上が認知機能低下高齢者になることを示しています。

これは今の数値を用いて今後の認知機能低下高齢者の人数と出現頻度の将来推計を見たのですが、2040年の認知機能低下高齢者は約1200万人となり、65歳以上高齢者の約3割、国民の約1割が認知機能低下高齢者ということになります。

これは性・年齢階級別に見た認知機能の低下のある単身世帯高齢者の将来推計ですが、2025年段階で独居の認知機能低下高齢者は約250万人、2040年には330万人と急速に増加する様子が見えてきます。

これは70歳以上の地域在住高齢者を対象に調査した結果ではありますが、認知機能低下高齢者は、そうでない高齢者よりも身体的・精神的健康度が低下しやすく、社会的に孤立しやすく、経済的にも困窮しやすい状況にあることが分かりました。

英語で申し訳ございませんが、独居の認知機能低下高齢者が、同居者がいて、かつ認知機能低下が見込まれない高齢者と比較すると、低栄養の出現率が約3倍高まることを示しております。

向かって左側のグラフ、認知症高齢者は認知症でない高齢者に比べると、全ての要介護度において在宅継続率が低下することが分かります。向かって右側のグラフ、同じ認知症高齢者の間でも独居とそうではない場合を比較すると、独居では全ての要介護度において在宅継続率が低下することを示しています。

これは地域に暮らす70歳以上高齢者で認知症の状態にある人のうち、独居者では認知症疾患が診断されている割合は20%と著しく低いことを示しており、実際に訪問調査員のメモを見ても、認知症状態にある多くの高齢者が社会的孤立状況にあることが見て取れます。

これは警察庁のデータを用いて解析したのですが、行方不明になった認知症高齢者の死亡率を高める要因の一つが独居であることを示しています。

これは東京都内の居宅介護支援専門員が勤務する事業所を対象とした調査でございますが、過去1年間に独居認知症高齢者に対する強引な訪問販売やリフォーム詐欺を経験した事業所は、実際に被害があったものについては33%、被害を回避できたのは40%。

特殊詐欺については、実際に被害があったものについては21%、被害を回避できたものについては28%であることを示したものです。

認知機能の低下とともに生きる高齢者の権利利益を保護するために、社会的孤立を解消し、地域社会とつながり、必要なサービスのアクセシビリティを高める地域づくりと、意思決定支援のある権利擁護支援チームを地域包括ケアシステム、すなわちそれぞれの地域の特性に応じた統合的なサービス提供システムに組み込む必要があります。このような取組は認知機能の低下とともに生きる高齢者のためだけではなく、全ての人が相互に尊重されて支え合うことができる活力ある共生社会の実現を推進するために検討していかなければならないことであると考えています。

以上でございます。

○野口座長 独居のMCIを含む認知症、MCIと認知症を含む認知機能低下高齢者による孤立、低栄養、あるいは在宅継続率の低下など、様々な課題について科学的エビデンスを交えながら御説明いただき、どうもありがとうございました。

それでは、これでヒアリングを終了させていただき、意見交換に入りたいと思います。先ほどと同様に御質問がありましたら会場の方は挙手を、オンラインの方はZoomの「手を挙げる」機能を使用させていただきたいと思います。時間が限られておりますので御発言は簡潔にお願いいたします。

まず、会場の方から何か御質問等がありますれば、まずは今のヒアリング、鎌田様と栗田様の御発表について何か御質問はございますでしょうか。

それでは、また後で戻ってきて結構ですので、オンラインで池端構成員、よろしく願いいたします。

○池端構成員 1点だけ質問させていただきます。鎌田様、いろいろ御発表をありがとうございました。

今ずっとICTの取組の先進事例の報告があったかと思います。その中で、私どももそうですけれども、それを使おうと思うと、どうしても見守りセンサー等々で、一方でそれは逆にプライバシーをある程度無視する形にならざるを得ないところもあるかと思います。それに対して、家族の会等々でそういう憂いとか、不安とか、そういうことが問題になることはないのか。もちろん十分配慮しながらやっていく取組だとは思いますが、それについて家族の会としての御意見等があれば、お聞かせいただけるとありがたいです。

以上です。

○野口座長 ありがとうございます。

鎌田様、よろしくお願いします。

○鎌田代表理事 御質問ありがとうございます。

会としてというよりも、鎌田個人という形で代表理事としてお答えさせていただきます。ICTを使うときに人としての教育というのが、自分がそうやって四六時中見守られているというところの気持ちを理解しながら使っていただくという対人援助の教育、人としての教育というのも私はずっとお聞かせ願っていて、そこも一緒にやっていただければ、もし自分だったかと思いつつながら、そこへの配慮をしながら進めていただけるといいなと思いました。だから、最初も言いましたように、受ける側の気持ちへの寄り添いの教育をさらに進めていただければと思いました。

○池端構成員 ありがとうございます。

大事な視点だと思いますので、しっかり認識したいと思いました。

○野口座長 どうもありがとうございます。

それでは、津下構成員、よろしくお願いします。

○津下構成員 栗田先生のプレゼンテーション、あと、厚生労働省の最後の参考資料のところの80～81ページで、認知症有病率の変化ということで2012年と2022年の状況を示していただいています。厚生労働省の資料を見ると、認知症自体はそれほど増えていない、MCIが増えているというような結果になっておりました。

MCIは、認知機能の一部に障害を受けていても、日常生活にはそれほど大きな支障がないグレーゾーンの状態と理解しておりますが、先生の例えば社会的な孤立とか、そういうことに対して、認知症とMCIを分けて分析した場合に、MCIの段階でも孤立しやすいと言っていかどうかということ。MCIの場合は周囲からの支え、どちらかというとインフォーマルなサポートとか、そういうことが中心であって、認知症になると介護・ケアなどが必要になるのかなという理解でよろしいのか。各段階で何を準備していけばいいのかという辺りについて、MCIと認知症を一緒にしている部分と切り分けて考える部分というか、連続的には変化するのですけれども、準備すべきサポートが違ってくるのかなと思ったので御質問させていただきました。

○野口座長 栗田先生、いかがでしょうか。

○栗田センター長 まず、結論から言いまして、MCIの段階で社会的孤立のリスクは高まってきます。我々は疫学調査をやっているのですが、疫学調査では、診断というよりはまずは認知機能検査をして、例えばMMSEで23点以下の人はどうかとか、そういう切り分けで、認知機能が低下しているという枠組みで調べるのです。

第2段階で、認知機能が低下した人の家に我々が訪問して、認知症かどうか、MCIかどうか、全部診断をしていくのですが、ここで切り分けられた認知症の人たちについてのデータを持っていますけれども、もちろん認知症の人たちも社会的に孤立している状況が分かっています。そのデータの一部を提示させていただいたということです。

実は認知症とMCIを切り分けることはどのぐらいの意義があるかという問題、これは結構重要な問題であって、私は認知症診療をやっていますので、主に軽度の認知症の人たちをたくさん見ているのですが、しかも、MCIから軽度の認知症に移行する状態をずっと見ているのです。本当に連続線上であって、軽度の認知症になったからといってMCIと大きく変わるのかといったら、それはそんなことはなくて、軽度の認知症の人でもそれなりに自立生活を営んでいる人はたくさんいるという現実があります。

ということで、インフォーマルな支援というのは、軽度の認知症の人にとってもとても重要であって、介護保険サービスよりも重要な側面であるということを強調しておきたいと思います。まだ細かいことはいろいろありますけれども、とりあえず津下構成員からの質問に関してはそんな感じでございます。

○野口座長 栗田先生、ありがとうございます。

津下構成員、いかがでしょうか。

○津下構成員 ありがとうございます。

どうしても介護サービスの話になりがちなので、増えていくMCIや軽度認知症に対して社会がどう支えていくのかという視点、これをしっかり基盤にしながらサービスを考えていかないといけないかなと感じております。

○野口座長 ありがとうございます。

斉藤構成員、よろしくお願いします。

○斉藤構成員 全体を通じてということと、中村構成員からの説明の中で少しお聞きしたいことを私の考え方も含めて簡単に述べさせていただきたいと思います。

中村構成員から大変示唆に富んだお話をいただき、最後のまとめにも経営の協働化・大規模化、またM&Aを含めてまとめをしていただいているところだと思います。これらについて先ほど来議論が出ていましたとおり、DX、生産性の向上について質の担保ということをしつかりと配慮していかないといけないということですとか、認知症についてもおっしゃられているとおり、認知症の方に寄り添った対応をしていくというようなことを含めて、この2040年に向けて、効率化を図っていく上でいろいろなことを配慮していかないといけないのだらうと思います。

その中で、協働化、そして、大規模化という部分について、これは第1回目の検討会のときにも私は簡単に申し上げさせていただきましたが、私自身は協働化と大規模化の推進というところを少し並列的に表記している表記の仕方のところに誤解のないようにということをきちんと示していく必要があると思います。この言葉が近年再三使われていることもあって、介護の現場の事業者は、ともすれば政府が小さい会社はどんどんつぶれていって大きい会社を集約されていく、そういうことを推進していこうというような、決して政府がそのような意図を持っているわけではないのですけれども、そういった誤ったメッセージとして受け取ってしまっているケースがあるのではないかと思います。

私自身はあくまでここは企業ごとの戦略の中で、中村構成員の資料にもあったとおり、必ずしも大規模化だけではなくてダウンサイジングをしていくことによって、きちんとした経営ができるケースもあるのだらうと思います。

ただ、この2040年に向けた人口構造ということで考えると、大規模化を推進していくのではなくて、大きな会社ができることができるメリットをいかに全ての事業者に共有していくことができるかということを考えていく視点が大切なのであろう。

その一つが協働化ということで、大きな会社に取り組める例えばコストの協働化とか、いろいろな取組の協働化とか、セミナーや研修を含めた協働化、共通化というようなことにもなるのでしょうし、いろいろな取組を大きな会社ではできるけれども、小さな会社ではできないことをどう広げていくかということが何よりも大切なのではないかなということです。そういう意味では大規模化のメリットをどう推進をしていくのかとともに、中小零細が大半の介護事業者においては、この協働化をどう推進していくか、ここが大切であると決して誤ったメッセージにならないようにということを本検討会でも重々留意しながら議論していくことが必要なのではないかと思います。

そういった観点から、中村構成員の資料の33ページに、協働化や連携についてということのまとめをいただいているのですけれども、効果ですとか、事例が少ないということでもまとめられているのです。ここで中村構成員にぜひお聞きしたいのは、なかなかこの協働化や連携がうまく進まない背景とか、阻害している要因がどこにあると感じていらっしゃるのか。また、その中でも何か一定の参考になるような事例とかをお知りになっていらっしゃるのであれば、お聞かせいただきたいと思います。

私からは以上です。

○野口座長 どうもありがとうございます。

中村構成員、いかがでしょうか。協働化・連携がなかなか進まない背景ということです。

○中村構成員 私の話は首尾一貫しているのですが、最大の問題は経営者だと思います。まず、経営者がそれについて取り組む意思があるかどうかということです。いろいろな意味で障害はたくさんあるのです。その障害を挙げればきりがありませんけれども、それを乗り越えて、まずやってみようという意思決定をするのは経営者ですから、まず、経営者がそういう意思決定をできるかどうかということです。

あるいはそこにも触れてありますが、その意思決定をするために行政であるとか、あるいは業界団体であるとか、そういうところがサポートをするということは必要になってくると思います。

その中で、今おっしゃったことはそのとおりでして、大規模化、大きいことがいいことだということだけではない。そのメリットを小さいところで受けられるならば、同じことができるはずだというのは全くそのとおりだと思います。それに関しては、まずは経営者の問題はありますが、その仕組みづくりとかに関しては、コンサルもあるし、行政もあるし、そういった形で様々なサポートをしていくことが必要かと思っております。

以上でございます。

○野口座長 どうもありがとうございました。

斉藤構成員、いかがでしょうか。

○斉藤構成員 ありがとうございます。

おっしゃられているとおり、2040年に向けて人口構造が大きく変わってくるということを含めた環境変化を、いかに介護の経営者の方々に啓蒙していくことが大切なのだろうということを感じました。

○野口座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。全体を通じてでも結構です。

大山構成員、よろしくお願いいたします。

○大山構成員 御説明ありがとうございます。

中村先生にお伺いします。今の話の延長にはなるのですけれども、経営者の意識改革が一番だというお話、それは当然のことと思っております。ただし、社会福祉法人の在り方は2000年の介護保険法施行前後で大きく変化しています。様々な制度の制約の中で、経営者だけでできることとできないことが表出しているのではないかと思います、その点についてはいかがでしょう。

○野口座長 中村構成員、よろしくお願いいたします。

○中村構成員 おっしゃるとおりだと思います。いろいろな制約がある中でやっていくのはなかなか厳しいものがあるとは思いますが、今はその制約の中でやっていただくしかない。ただし、それについては、経営者はこれだけ真剣にやってもこの点で障害が出てくるのだと、ですから、ここだけは撤廃してもらいたいというようなことがあれば、まさしく経営状況が厳しいということは全ての関係者が認識していることですから、これに関しては、そういう対応はおのずと取られていくであろうと私は期待しております。

○大山構成員 現実的には、このような厳しい制約の中で、経営が成り立たなくなっている。制約を緩和してもらえればというようなことはお感じになっておりますでしょうか。

○中村構成員 間違いありません。細かい話ではありますが、先ほどの公益事業と社会福祉事業の資金のやり取りとか、そういったようなところでももう少し緩和できないかなと考えております。

○大山構成員 今後もそういう御助言をいただきたいと思います。よろしくお願いします。

○中村構成員 ありがとうございます。

○野口座長 それでは、池端構成員、よろしくお願いします。

○池端構成員 何度もすいません。私も今の話の延長なのですけれども、今日御発表いただいた香取構成員とか斉藤構成員への御質問にもあったように、生産性向上の中でICTと大規模化というのは切っても切れないものだと思います。一方で、現状を考えると介護サービスはほとんど脆弱・中小の事業所が担っていることも確かだと思いますので、大規模にするにもできないところがあったり、その辺をどうするか。

あるいはこれは医療も全く同じなのですけれども、M&Aの会社が非常に盛んにアプローチをかけていますけれども、玉石混合というか、本当に不安な業者がいっぱい見えてきているので、その辺をある程度見定めながら、一方で、人材派遣に関しても手数料として年俸の30～35%という数字を要求しており、これでは貴重な介護財源をそこへ持っていかれているような感じもするので、中小をどう助けるというか、管理者がしっかりと認識をした上で、どういうところに落としどころがあるのか、私は全然見えてこないのです。

それについて、中村構成員、斉藤構成員、もし、こういうことがあるということが具体的にあれば教えていただきたいと思います。

以上です。

○野口座長 どうもありがとうございます。

落としどころという点ですが、中村構成員、斉藤構成員、いかがでしょうか。

○中村構成員 先ほどは飛ばしてしまったのですが、30ページのほうで、個人開業医の方がやってらっしゃったのが、大規模な医療法人の経営者に経営が替わったという事例があります。これは法人自体の規模は全く変わっていないのです。職員もそのままということで行っております。ですから、そういう意識の高い経営者の方がやるということで、必ずしも法人の規模が大きくなるということではなくても対応できる面はある。

それから、これは医療法人グループで助け合いながらということがありますが、そういう意識のある方たちが集まれば、別法人、別グループであってもできることもあるのではないかと考えております。

以上でございます。

○野口座長 どうもありがとうございます。

斉藤構成員、いかがでしょう。

○斉藤構成員 落としどころということではないのですが、私の先ほどお伝えした意見の中でも少し不十分なところがあったので補足させていただきたいです。

協働化や大規模化のメリットを享受していくことを推進していくことは大変重要なのですけれども、私は大規模だから経営が必ずしも有利だと思っていないところもございます。もちろん大規模だからこそ有利な面もたくさんありますけれども、小さい会社だからこそそのメリットというのも逆にたくさんあるのだらうと思います。

私自身は大きな会社のマネジメントをずっとやっておりましたので、より一層感じるところなのですが、規模が大きくなって数が多くなると、標準化やマニュアル化はできるのですが、一個一個の事業の質ということに集中して取り組んでいくことがなかなか難しい。結果として、地域で事業所を展開していくときに1か所2か所をとにかくレベルの高い、専門性の高い事業を提供していくということに取り組んでいくことになれば、これは実は大きな会社よりも小さな会社のほうが、私はより質の高い取組ができるのではないかなと肌で感じているところもございます。そういう意味でも、中小零細にはそのメリットということがあり、そこを最大限生かしていけるためにどう取り組んでいくかということが重要な視点なのではないかと思います。

ただ、2040年に向けた人口構造の中で、効率化はどんなに小さい会社でも果たしていかないといけないということは課題なのであるかと思います。ここは大きな会社が行っている効率化のノウハウみたいなところを中小零細が協働化して一緒になってどう生かしていくことができるかということに取り組んでいくことが何よりも大切なのかなと思います。

以上でございます。

○野口座長 どうもありがとうございました。

池端構成員、いかがでしょう。

○池端構成員 ありがとうございます。

私もすごくそれを感じていて、地域の零細な小さなところでも本当に顔が見える、あるいは地域が分かっているからこそ取り組めるきめ細かいサービスで一生懸命やっているとところも多いので、何とかそこも生き残れる方法を考えることも2040年に向けて大事なかなと感じましたので質問をさせていただきました。今の斉藤構成員のお答えは非常に勇気が出ましたのでありがとうございました。

○野口座長 香取構成員、よろしくお願いします。

○香取構成員 大規模事業者のメリットということが一つテーマに挙がっているかと思います。今、大規模で事業者をやることの最大のメリットは、ICTの購買や納入の知見が十分にある、そういった方も雇えるというところが大きなメリットではなかろうかと思うところでございます。

一方で、ICTのサービスを提供する事業者様も厳しい中で投資をなさって、その投資回収をされておられるという状況でございます。そういった中、各ICT事業者さん、個別の会社様の利害を優先していろいろなシステムをつくっているがゆえに、あえて連携できないような仕組みをつくるということも起きていると認識しているところでございます。私どもの会社自身もシステム開発事業者様の団体のほうにも加盟させていただいているところでございますが、情報システムの開発事業者様と私ども中小といわれるような会社を含む介護を実際に行っている私どもの意見がしっかりと反映されてシステムが開発されているのか、これにつきましては少し疑問も残るところでございます。

こういったことから、介護を行っている会社、あるいは団体様と情報システムをつくっ

ておられる事業者様の団体との対話がまず一つ行われて、その中で効率的で合理的なシステム、サービスが利用者様に供給できるような仕組みを構想していくことが一つ考えられるのではなかろうかということで、御提案をさしあげるところでございます。御検討よろしく申し上げます。

以上です。

○野口座長 医療・介護の分野で従前からいわれておりますベンダーの問題を御指摘いただき、どうもありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。大体時間になりましたけれども、今日会場にお越しにいただいている、あるいはオンラインで御参加されているヒアリングをした方々でも最後に何か御発言がありましたら、ぜひよろしくお願いいたします。

それでは、栗田先生、よろしくお願いいたします。

○栗田センター長

1点だけ、先ほどの津下構成員の質問は大変重要な質問で、もう1点付け加えなくてはならないなと思いました。MCIから認知症に診断が移行するときというのは、IADLの障害が顕在化するときですけれども、それは主として、日常的金銭管理とか服薬管理の障害です。日常的金銭管理の問題が生じたときには、権利擁護ということが非常に大きなテーマになるのですが、ここが抜け落ちているのが現在の地域包括ケアシステムの大きな問題でございます。

実際に権利擁護のシステムというのは、独り暮らしの認知症高齢者の診療をしているとつくらざるを得ないので、ある意味では自然発生的に診断後支援という形で権利擁護支援チーム、意思決定支援チームをつくりながら診療しているのが現実です。これをきちんと制度・政策的に推進していくことが、これから重要であるということを1点だけ付け加えておきたいと思います。

○野口座長 大変重要な御指摘をいただき、どうもありがとうございました。

津下構成員、何かコメントはございますか。

○津下構成員 ありがとうございます。

これから認知機能が低下傾向の人が増加していく中で、どういうところに着目したサポートが必要なのかというのを広く皆さんが認識していくことと、一方で、一人一人で違う局面がありますので、それに対してのサポートが適切に行われるように、これからも分かりやすい情報提供をよろしくお願いいたします。

○野口座長 どうもありがとうございました。

それでは、松田構成員、よろしくお願い致します。

○松田構成員 松田でございます。参考になる御意見、事例の紹介をありがとうございました。

先日、九州のほうで介護団体の方の研修会をやっていたのですが、そのときに現場の方たちから生産性の向上とか、効率の向上に関して非常に難しいということで言われ

ていたのが、一つは、介護報酬でいろいろ算定するときの算定要件の複雑さ、それが3年ごとに変わっていくということで、それに対応が非常に難しい。

もう1点は、いわゆる法定研修です。首都圏の小規模事業者の場合には法定研修に對面に行く時間がなかなか取れない。そうすると、まさにこの法定研修みたいなものに関してICTを活用したeラーニングの仕組みを国のほうでつくっていただく、あるいは職能団体につくっていただく。そういう現場の負荷を下げるようなところにICTをもう少しうまく活用していただくといいのではないかなと思いました。

もう一つは、ICTをやっていくために、先ほど申し上げたように算定要件、事務作業の簡素化を図るような仕組みの検討をお願いできればと思います。

あと、なかなか難しい問題なのですが、諸外国の介護保障の枠組みと比較すると、日本は非常に介護保障の給付範囲が広い。それに対して保険料が比較的安くなっている。多分、医療のほうも今この問題がかなり議論されていますけれども、負担と給付の関係性について、もう少しきちんと議論すべき時期にも来ているのかなと思います。

現場の介護事業者の方を見ていると、非常に工夫をされてやっているのですが、なかなか人件費・材料費が出てこないという状況に追い込まれています。それはもともと介護報酬の立てつけに問題があるのかもしれないし、その辺のところをもう少し、これは上げるといふ話になると、国民の理解が大事になりますし、今以上、低所得者の方たちに保険料を払っていただくのは難しいと思いますので、そういう意味で保険料を算定する所得の範囲をどうするのかとか、そういうことも含めて少し給付と所得の関係についても社会連帯という形で議論をしていただくことが必要なのではないかと思いました。

以上です。

○野口座長 松田先生、非常に重要な大所高所からの御意見をどうもありがとうございました。御意見ということでよろしいでしょうか。

○松田構成員 意見です。

○野口座長 ありがとうございます。

それでは、大体お時間になりましたが、よろしいでしょうか。

本日も充実したヒアリングを皆様お忙しい中、どうもありがとうございました。

それでは、今後の日程について事務局様のほうから御連絡をお願いいたします。

○大原補佐 次回の検討会の日程については、追って事務局より御案内いたします。

○野口座長 それでは、本日の検討会はこれで終了させていただきたいと思います。

特にヒアリングで会場にお越しいただいた皆様、あるいはオンラインで御登壇いただいた皆様、本当にありがとうございました。今後とも引き続き議論を続けてまいりますので何とぞよろしくお願いいたします。どうもありがとうございました。