

12/14 未来投資会議 構造改革徹底推進会合

「健康・医療・介護」会合（第3回）

（開催要領）

1. 開催日時：2017年12月14日（水） 8:30～11:00
2. 場所：合同庁舎4号館12階1214特別会議室
3. 出席者：

越智 隆雄 内閣府副大臣

翁 百合 株式会社日本総合研究所副理事長

高橋 泰 国際医療福祉大学教授

鈴木 邦彦 日本医師会常任理事

小浮^{こうき} 正典^{まさふみ} 愛知県豊明市市長^{とよあけ}

都築^{つづき} 晃^{あきら} 藤田保健衛生大学地域包括ケア中核センター 講師

藤原 佳典^{よしのり} 東京都健康長寿医療センター研究所 チームリーダー

（議事次第）

1. 開会
2. 有識者ヒアリング、関係省庁による説明及び自由討議
 - 地域包括ケアシステムの構築に向けた諸課題について
 - ・ 保険外サービスの創出、効果的活用
 - ・ 医療介護連携、多職種連携
 - ・ 高齢者の社会参加促進と健康増進、地域連携促進
3. 閉会

（配布資料）

- 資料1 : 愛知県豊明市 小浮正典市長／
藤田保健衛生大学地域包括ケア中核センター 都築晃氏提出資料
- 資料2 : 東京都健康長寿医療センター研究所
社会参加と地域保健研究チーム 藤原佳典研究部長 提出資料
- 資料3 : 厚生労働省 提出資料
- 資料4 : 経済産業省 提出資料
- 参考資料1 : 総務省 提出資料
-

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ただいまから、第3回「未来投資会議 構造改革徹底推進会合『健康・医療・介護』会合」を開会いたします。

御多忙の中、御参集いただきまして、誠にありがとうございます。

本日は、越智副大臣に御出席をいただいておりますので、まず、御挨拶をいただきたいと思っております。よろしく願いいたします。

(越智副大臣)

皆様、おはようございます。

御多用の中、こうしてお集まりいただきまして、心から感謝を申し上げます。

この会合の第1回、第2回では、これまでの成長戦略の確認と、再整理・重点化の観点から、健康・医療・介護のデータ利活用基盤の構築、科学的介護の実現等の具体化に向け、御議論をいただきました。その一端は、先週8日に閣議決定されました「新しい経済政策パッケージ」にも盛り込ませていただいたところでございます。

今回は少し視点を広げまして、いわゆる「地域包括ケアシステム」の構築に向けた諸課題の御議論をいただきたいというふうに思っております。技術革新、ICTの活用など、専門職の世界の高度化に向けた検討と並んで、2025年問題に向けて必要な地域を中心とした取組、例えば高齢者の社会参加や民間サービスの活用促進など、幅広く現状、課題を把握していきたいと考えています。

こうした課題に関して先駆的な取組をなさっている自治体、また、研究をされている有識者の皆様から、これまでの取組や今後の課題について御発表をいただきます。

皆様には、本当にお忙しい中、御準備にもお時間を使っただき、こうしてまた御参加いただいたことに心から感謝を申し上げます。

また、本日は日本医師会から鈴木常任理事に御参加いただいております。今後とも、関係省庁や医療界の皆様と連携して進めてまいりたいと思っております。

それでは、今日は皆様に活発な御議論をお願いして、御挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願い致します。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございます。

本日は、有識者といたしまして、愛知県豊明市の小浮正典市長、藤田保健衛生大学の都築晃様、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所、藤原佳典様に御出席をいただいております。

それでは、議事に入らせていただきます。本日はまず、民間有識者の方々か

らの御発表、その後厚生労働省及び経済産業省から御説明いただきまして、その後自由討議とさせていただきたいと思えます。また、総務省から参考資料も配付をされておりますので、御参照いただければと思えます。

まず、愛知県豊明市の小浮市長、そして藤田保健衛生大学の都築様から御発表をお願いいたします。よろしくをお願いいたします。

(小浮愛知県豊明市市長)

皆さんこんにちは。愛知県豊明市から来ております小浮と申します。

皇居に豊明殿がありますので「ほうめい市」と言われることがあるのですがけれども、「とよあけ市」でございまして、そこだけ覚えていただけましたら幸いです。ここから着座にて説明差し上げます。

本当に今回はすばらしい機会をいただきまして、ありがとうございます。話の主題は、表題にありますとおり、公的保険外サービスを利用した高齢者の自立支援についてお話させていただくわけでございます。パワーポイントを使って説明差し上げる前に、豊明市のスタンスをまずは申し上げたいと思えます。

豊明市が公的保険外、民間企業のサービスを利用して、高齢者の自立支援につなげている。その取組を始めたきっかけは、何も行政のほうがお金をけちる、あるいは介護保険の給付費を削減する、それを主眼としてやったわけではないのです。確かに後期高齢者の方々がどんどん増えていく中で、介護保険の制度を維持しながらデイサービスを提供していく、給付費を抑制する、それが重要なことであるのは間違いありません。ですが、我々は基礎自治体です。目の前に市民がいます。我々の主目的はあくまで市民一人一人の幸せで、高齢者福祉に関しては健康寿命を延ばすことに尽きるわけです。

我々はずっと軽度の方々、要支援のレベルの方々の自立支援に取り組んでまいりました。これまでは、介護保険のサービスメニューをその人たちに当てはめる。それを中心にやってきたのですけれども、その方々が重症化することに歯止めがかけられなかった。要するに、結果を出せなかったわけです。

そういった中、我々としては見直して、高齢者の方々がこれまで過ごしてこられた普通の暮らしを維持させる。言い換えれば、興味を持っていることに関して外出することを促す。それによって、健康を維持してもらうほうが、結局は高齢者の方々にとって必要なことではないか。そういったことを思いついたわけです。

そのために市内にある全ての資源を活用していこうと。例えばスーパー銭湯、食品スーパー、牛乳の配達店、カラオケ店、フィットネスジム、プール、いろいろな事業をやっているところに職員が足を運んで、こういうサービスができませんかということは何回も何回も協議して新しいサービスを創出していった

という背景があります。必要な方には専門職の集中的なリハビリも行うことによって、症状を改善させる。結果として、非常に短期的に軽度の方々が重症化するのを抑制することに一定程度の結果も出せています。

今日は、公的保険外のサービスの取組、ここの部分は私から。自立支援の考え方そのものについては、当市のリハビリテーション連絡協議会などで中心的な役割を担っているのは当市にあります藤田保健衛生大学の地域包括ケア中核センター、そこで中心になって働いていらっしゃる都築先生が隣にいらっしゃいますけれども、都築先生から説明を差し上げます。

豊明市の概況です。豊明市は名古屋市の東隣にあります。南東部に位置しております。豊田あるいは刈谷、大きな企業があるところに面しているものから、典型的なベッドタウンです。人口は6万9,000人ぐらいです。

我が市は全国の都市近郊の街の典型です。つまり、団塊世代と団塊ジュニア世代の人口ボリュームが非常に大きい街です。ですから、ここからは後期高齢者の人口がどんどん増える中、団塊世代の人たちをいかに要介護状態にさせない、それが重要な状態になっております。

本市の医療・介護の資源は、施設系を中心に発展してきております。一番重要なところは藤田保健衛生大学病院。1,435床ある、一つの病院としては日本最多の病床数がある大学病院が小さな6万9,000人の街にあります。

特養とか老健も豊富にあります。そういったことで、施設が十分にあることもあって、在宅のサービスが逆に参入してこない。そんな状況がございます。

本市の医療介護政策のパートナーはあらゆる面で藤田保健衛生大学地域包括ケア中核センターに担っていただいております。行政と一緒に地域での医療・介護の人材の育成を行っていただいております。

市と大学が連携した地域包括ケアのモデルをつくっている代表的なものが、4,000人余り人口が集中しているURの豊明団地という団地で「けやきいきいきプロジェクト」というものを行っております。

例えば、団地の空き室が一定程度あります。特に上のほうの階はなかなか住む方がいらっしゃいません。そういった状況の中、藤田保健衛生大学の学生の方、あるいは先生の方も一部実際に住まれて、地域のコミュニティー活動に参加いただいて、普段の生活の中から高齢者の方々を見守る。

あるいは、商店街があったのですが、空き店舗がたくさん出る状態になっています。空き店舗を活用して、大学が「まちかど保健室」というものを開設して、そこで薬剤師あるいは理学療法士、看護師いろいろな職種の方々が無料で相談に応じる。そんな取組を行っております。

豊明市の特徴として、多職種によるネットワークが非常にうまく機能していることがあります。大学が核となって、これまでつながりがあまり無かった看

護師あるいはハ職の方、社会福祉士の方、そういった方々の地域組織づくりを進めて、それぞれの職種の方々が互いに情報を共有することで、自分のこれまでやってきた仕事で当たり前だと思っていたことが間違っていた、そういったことの見直しにもつなげていただいております。

また、豊明市では平成23年、今は各地で行っておりますけれども、結構早い時期からICTを活用した医療・介護の情報共有ツール「いきいき笑顔ネットワーク」というものを導入しております。それによって、医療・介護の情報共有によって、一体的なケアを提供しております。

ここからがプレゼンの中心部分となっていきます。公的保険外サービスを利用した自立支援の話です。

本市の公的保険外サービス取組のきっかけとなったのは、軽度要介護認定者の給付費の伸びにあります。要支援者のデイサービスにかかる給付費が5年で2.5倍、ヘルパーが5年で1.5倍に膨れ上がっております。

膨れ上がっている分、きちんと効果が出ればいいのですけれども、要支援者のサービス利用1年後の重度化率を調べたところ、一番軽度の要支援1でも、1年後に約6割が悪化。全国の平均と比較しても極めて高い重症化率であることが判明しました。つまり、これまではうまくいっていない状況にあったわけです。

ここで一旦立ち止まって、自分たちが提供しているヘルパーだとかデイサービスが本人にとって本当に効果があったのか。本人の普通の生活を取り戻して、それを維持させることが重要ではないかと舵を切りました。

そうした中、豊明市の名古屋市側にあるスーパー銭湯が送迎バスを豊明市内にて無料で運行していましたが、そのバスがガラガラで運行しているのをたまたま市の職員が見かけました。市の職員側としては、このバスに高齢者の方にたくさん乗ってもらってスーパー銭湯に行ってもらおうと高齢者の方々の外出を促すことができるのではないかと思いついたわけです。

それで、スーパー銭湯に行きました。しかし、最初、スーパー銭湯の店長さんは会ってくれませんでした。つまり、行政は一体何をしに監視に来るのだと警戒されてなかなか会ってくれなかったのですけれども、何回も何回も足を運んで、自分たちの趣旨を伝えることで、今ではバスの路線も見直していただけるほど協力的な関係になりました。その結果、後ほど説明しますが、バスの利用者はぐんと引き上がって、豊明市の利用者も非常に増えた。そういった取組になりました。

豊明市は非常に小さな坂がたくさんある街です。先ほども豊明団地を説明しましたがけれども、そこも5階建てなのですが、ほとんどの棟にエレベーターが

ついておりません。そうすると、高齢者の方々にとっては、スーパーはたくさんあるのですけれども、買い物に行っても重たい荷物で階段を上ったり、坂を上ったりするのが非常に大変な状況にあるということが高齢者の方々との話し合いで分かりました。

それをコープ系のスーパーとお話ししたところ、では私たちが高齢者の方々については無料でその日買った物をお宅まで届けるサービスを始めましょうと言ってくれました。これはスーパーにとっても戦略があったと思いますけれども、そういったサービスを提供していただける状態になりました。

それがこの「ふれあい便」というものでございます。

こうした2つの取組、スーパー銭湯と食品スーパーの取組ですけれども、こうした取組を更に拡大して、市内でサービスを展開するあらゆる企業、あらゆる業態の会社に声をかけて、個別にサービスの開発の協議を仕掛けていったわけです。

今年の2月にこういったサービスを提供されている会社9者と協定を締結して、市のほうは情報発信を主に役割として果たす。事業者のほうは新たなサービスを高齢者向けに開発していく。そういった協定を結ばせていただきました。

協定後、更にいろいろな事業が開発されていっております。

例えば、先ほど説明したスーパー銭湯においては、理学療法士が健康講座を開催する。あるいは、カラオケボックスは夜にお客さんが集中する状態で、日曜はお客さんが少ないのですけれども、日中に体操教室をやっていただく。あるいは、市のほうが200人規模の運動教室をやったことがあるのですけれども、そこに9者全部にブースを出店してもらって、健康チェックをやってもらったり、商品やサービスの説明をしてもらう。そんなことをやっていただきました。

民間企業としても、今後お年寄りばかりの社会になることは分かっているわけですから、高齢者向けのサービスを開発していくのはある意味当たり前ののですけれども、企業側としては高齢者が抱える生活課題を捉えるのが非常に難しい。

例えば、高齢者は情報が届きにくい。慣れた生活を変えたがらない。申し込みとかそういった手続を非常に面倒くさがる。そういったことでためらうことも多い。あるいは、高齢者の実情に合った価格帯でサービスを提供できないと、高齢者は実際にはサービスを利用しない。そういったことがあります。

閉じこもりがちで運動に行きたいといったニーズが高齢者側にあったとしても、公的保険を使ったデイサービスと市場のフィットネスクラブの価格を比べると大きな差があります。これでは高齢者の方々も要介護認定を受けて、サービスを受けられるようにしようという方向に行ってしまう。安いデイサービスを利用しようということになってしまいます。

そこで、例えばフィットネスジムと話し合いをして、高齢者にとって利用しやすいサービス、価格帯を行政と一緒に考えて、開発したサービスを高齢者の方に直接、あるいはケアマネジャーに伝えて利用を促すことによって、公的保険ではなく市場のサービスを活用しながら健康を維持してもらおうという、当たり前の生活、当たり前のことを積極的に進めようとしているわけでございます。

一般的に、広告料をもらっている場合は別として、我々基礎自治体も含めてですけれども、行政が企業の特定のサービスを住民に紹介する、そういったことをするのは難しい。タブー視されます。メディアからもそうだし、正直言って、議会からもそうです。

しかしながら、公的保険に代わる市場サービスを地域にたくさん作り出すということは、最終的には高齢者のためになるわけです。ただ、そのためには企業としても事業収益が確保できないといけません。その点、市役所のほうにはたくさんの高齢者の企業が必要としているマーケティング情報を持っています。そういった情報を元に企業側と協議して、新たなサービスの提供を促すようにしてまいりました。

先ほど紹介したスーパー銭湯です。結果として、バスがガラガラだったのですけれども、バスの利用者の数が2～2.5倍、本当に短期間で一気に膨れ上がりました。

先ほど説明したコープ系のスーパーの宅配をするサービスの利用者なのですけれども、これも利用者数が2.5倍。スーパーの生命線は客単価にあるのですけれども、1人当たりの客単価も6,000円を超えるという、非常に大きな額まで膨れている状態で、企業としても好調な状態になっております。

そして、最終的に高齢者の方々の健康につながっているのかどうかというところでございます。軽度要介護認定者の給付費の伸びは、総合事業の以降後、デイサービスのほうは対前年比2.5%増、ヘルパーは1.5%増、後期高齢者の伸び率を考えると、それを下回る結果が出せております。

これは、ずっと説明してまいりました保険外サービスの活用とともに、自立した生活を支援する。その一点、そこに医療・介護関係者の意識を全体として変化させていったことにあります。

ここからは、藤田保健衛生大学の都築先生にバトンタッチします。お願いします。

(都築藤田保健衛生大学地域包括ケア中核センター講師)

よろしく申し上げます。

話の論点は、ニーズをいかに把握するか、それをしっかり届けるかという話

になるかと思えます。

平成28年3月から総合事業に移行しました際に、虚弱な状態、少し体力低下した場合は、最初に専門的なサービスを短期間入れるC型の短期集中支援というものがありますけれども、それを卒業したら緩和型もしくは市内のサロン等への移行という形で、よくある形で当初考えました。

市内に自分の足で通える場所に運動の教室をたくさん展開し、今、市内の1万8,000人の高齢者のうち2,000人ぐらいが週1回ぐらいは運動教室ができる場所の拠点を20カ所つくりました。

そういった場を設けて行き先を用意したはずなのですが、そこにスムーズに移行しなかった実情があるのです。それは、プランナーがせつかくある資源を上手に誘導できない状態があると、資源をつくっても利用されなかった現状があります。

例えば、総合事業に移行して、最初にプランナーが戸惑った部分をお示します。デイサービスに通い続けることが目標である、終了なんて考えられないだとか、移動の足が無いからデイサービスに行くのを止めたら外出しなくなってしまうことがありますので、介護保険から離れられない状況がプランナーのほうから意見が上がってきてしまう状況でした。

ケアプランナーだけの視点では価値観を変えることは非常に難しいです。そこで、多職種の合同ケアカンファレンスを、同じく平成28年から毎月多くの職種に無報酬の形で行っております。職種に関しては、報酬が無ければいけないとか、日中の時間帯を割愛して会議に出ることはできないと言う職種もありますけれども、豊明市の場合は全く無報酬で、今は、ケア会議に30~40人ぐらい自律的に医師、歯科衛生士、歯科医師、薬剤師等を含めて参加がございます。

また、建て付けとしまして、月1回だったものを月2回にしました。総合事業等対象者の方々も含めた要支援版と、介護1・2を中心にした要介護版に分けます。理由は、要支援や総合事業対象者の方々には生活をいかによくするかという視点になりますので、ドクターの方が参加されても、そもそも医療機関にかかっていないだとか疾病を持っていない方が対象になったりしますので、出席されても御発言が無い場合もあるのです。

ドクターを含めて医療職種が多職種で一番力を発揮できるのでは介護プランのほうです。要介護1の会議体のほうがより多職種の力が必要になってくる。要支援版のほうはリハビリ職を含めた保健師だとか包括の方々を中心になりますので、2つに分けて推進しております。

要支援のケアマネジメントの特徴は、軽度のほうが軽いのではないかと当初はプランナーの方々も簡単に考えていたのですが、多職種からすれば、要支援の方、軽度介護の方のほうが今後の人生が変わってくる起点に立ってい

ますので、軽い方ほどプランニングが非常に難しいと思います。

要するに、毎日の生活を活動的に過ごせるようなプランニングをいかに上手に、頻度、強度含めて運動を日常生活に持っていくのかが本当に大事になります。そこがケアマネや包括の方々にプランニングしてとお願いしても、その概念が多くはありません。そこは多職種の見解が本当に大事になってきますし、疾病に配慮した助言が重要になってきます。

そこで、本市では「同行訪問リハ」というものを保険契約なしで、ケアマネジャー、包括支援センターの方々と一緒に行う形にしました。例えば、リハ職の視点で助言があって、ケアカンファレンスでこれはリハの視点の評価や目標設定が必要だとすると、後に目標設定や合意形成を包括のプランナーだけお宅に行きサービスの説明しようと思っても、御本人や家族がリハビリの必要性や重要性を理解しないと契約や合意しないと、総合事業や介護保険のほうでリハを導入しようというお気持ちにならないのです。

一方で、リハを導入したら3カ月後にどれくらい歩けるのかとか、スーパーまで買い物に行けるのかといったゴールや目標を、「地域包括支援センター」の方が明確に示せるかということ、非常に難しい話なのです。ただ、リハビリ職だとか医療機関で働いている者は、常にゴールを意識して患者様に御説明して回っていますので、得意な分野でございます。であれば、包括支援センターの方とリハ職が1回でもいいのでお宅に同行し、その方の目標設定や、その方の運動強度、頻度、使う手段等を合意形成してくる。それがFAX1枚、電話1本ですぐ動ける状態で同行し、目標を設定できるようにいたしました。

そもそも、以前の暮らしをしっかりと通う場所を元々見つけておく。仮に疾病等で体力が低下した場合でも、短期で3カ月間の専門職の介入を行いながら、介入している間に週1～2回自宅から歩いて行ける場所の確保はし続けて、重層的にサービスを展開する。要するに、専門的なサービスは終わりを見つけて動いておりますので、次に行く行き先をちゃんと確保しながら専門的サービスの目標や終了のゴール設定をしておくことが非常に重要だと思っております。

実際、介護保険サービス漬けにしない自立支援サービスを展開しようとしてきますと、従来型であると、ちょっと悪くなれば過剰な、全てお迎えに行き、1日デイサービスで過ごしてもらおう。ただデイサービスに行き検温して、御飯を食べて、おやつを食べて、集団体操をして、トイレに3回立って歩いて帰ってくる。それが週1回、2回の唯一の外出機会となっていては筋力増強しないのです。

だったら、デイサービスに行かない週5日間をいかに過ごすか。週5日間をいかに活動的に自宅の近くで歩かせるように。買い物に行く、サロンに行く、友達に会いに行くということ、いろいろなインフォーマルサービスを踏まえ

てその人を活動的に地域で暮らしてもらうプランニングをそれこそプランナーにやってもらう。そこが一番重要であると考えております。

最後に提案なのですけれども、症例検討の場自体にこれから保険外サービス、民間事業者の方々に、同じく個人情報保護の下ですが、民間の方々にもケア会議に入ってもらって、多様なサービスを見つけてもらう、もしくは提供してもらう企業活動の場としてフィールドを掘り起こしてもらうことも大事だと思っています。

提案の2つ目には、今は自立支援サービスだけを包括のプランナーがプランをしても全く報酬につながっておりません。ここが一番問題で、一番大変な部分、地域の資源の掘り起こしをしても、一個でもケアプランが入れば報酬はありますけれども、インフォーマルだけのプランニングというのは報酬が無いのです。そこを地域全体で自立支援を考えていくのであれば、インフォーマルサービスの導入を評価付けすることは重要かと思っております。

私のほうからは以上になります。ありがとうございました。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございました。

それでは、続きまして東京都健康長寿医療センター研究所の藤原様からプレゼンをお願いいたします。どうぞよろしくをお願いいたします。

(藤原東京都健康長寿医療センター研究所チームリーダー)

私のほうからは高齢者の参加という側面からお話をさせていただきたいと思っております。

今日のキーワードは、地域包括ケアというものを高齢者の社会参加の視点から見る場合、特に今日のプレゼンと申しますのは、住民のリーダーの方向けですとか、あるいは自治体の職員の方向けに地域包括ケアと社会参加に関して講演をする時の情報を中心にお話をさせていただいております。

地域包括ケアというのは、まさしく総力戦で臨まないといけない一種の戦略であるということ。これは住民の方々にも初めにお話しすることが多いです。

2つ目のキーワードなのですけれども、高齢者の社会参加というのはいろいろなメリットがあるわけなのですけれども、基本的には「三方よし」、私どもの設立者であります渋沢栄一が座右の銘で申しておりました「売り手よし 買い手よし 世間よし」というもので、高齢者、当事者にもよいですし、それが周りの御家族とかにも利をもたらして、更には地域社会全体に福利をもたらすことだということをまず初めに啓発いたしております。

とはいえ、高齢者の社会参加と申しますのは単純なものではありません。就

労から地域の活動、友だちづきあいという非常に幅広いものです。ですので、そういった重層的な形のをどう支援していくのかということも、最後に押さえております。

最初ですが、これからの社会の問題ということで、少子高齢化でまだまだ支え手が減ります。まだまだ高齢者の方も頑張れる方は頑張っていたきたいといったようなことを初めにメッセージとして伝えることが多いのです。

4 ページ目。人口の編成の問題だけではなく、地域の課題の質が変わってきているということも共通理解をしていただいております。つまり、一つの家族で子育てと認知症のケアと複数の課題を持っているような家族、そこにまた貧困が入ってきたり、結局今まで高齢者は高齢者といった縦割りでの施策が限界で、今、国のほうも進めている「我が事・丸ごと」というか、共生社会が必要だといった、多世代・多分野の連携が必要である。

もう一点、そういった地域の課題に関しては、従来は町会とか民生委員の方がやっていたのですけれども、その方々もパンク寸前で、新たな担い手が必要であるということで、住民の方々に初めに社会参加の意義というようにところを少しお話しております。

5 ページ目。地域包括ケアのイメージなのですが、これを基本的に役所の職員の立場に立って、内堀と外堀という考えで整理しております。例えば、医療・介護連携というのは専門職による連携で、お城でいうと最後の砦、内堀になる。外堀というのが生活支援であったり介護予防であったりということで、まだまだこれは住民同士で解決できることも多いだろうということなのです。

今、高齢期の問題と言いますのは、例えば認知機能に関してですと、完全な認知症というのではなく、その手前の軽度認知障害のあるMCI、あるいはちょっと虚弱になってきたフレイルの方、あるいは生活の困窮も、生活保護まではいかないけれども、ゆとりがなくてこもりがちになって孤立している方という人が増えています。つまり、こうしたグレーゾーンの方に関しては、必ずしも専門職の方が出向いて対応する必要はなく、外堀でまだまだ解決できる場所があるだろうと申しております。

これは6 ページ目のスライドでお話をするのです。例えば、お城の守りを考えたとき、外堀がなんのためにあるかということ、いざというときに多職種、専門職の方が機能できるように。つまり、何でもかんでもいきなり救急車、何でもかんでもいきなりパトカーになってしまうと、本当に内堀、専門職でしか対応できない方に対して、対応が後手に回ってしまったり、あるいは専門職の方々が、ついにはバーンアウトしてしまうことになりかねません。これはしっかり住民力、地域力を高めることで外堀をしっかり守ることによって、内堀がちゃんと機能できるように守っていくための第一関門であるというようなことをお

話しております。

そのためには、逆にピンチの状態こそ、城にこもるのではなく、アウトリーチして予防、特に介護の予防ですとか、高齢者の場合は孤立させておくといろいろな弊害をもたらしますので、とにかくつながってもらうための予防を心がけていくことを提唱しております。

8ページ目です。高齢者の社会参加とは、地域を守る外堀の力ということなのですが、まずは、外堀を守る高齢者御自身が元気でいただく必要があることをお話し申し上げております。

その1つ目といたしまして、高齢者の「健康長寿の条件」というものがございいます。スライド9枚目になります。これは私どもの研究所がかれこれ17年前から健康長寿の秘訣について、いろいろな実態調査を踏まえて提唱しているのですけれども、この中でも左の老化予防のところの社会参加が、独立した要因として健康長寿の要因になることがわかっております。それが17年経ちました今年、もう一度ガイドラインを見直しているのですけれども、それでも社会参加というのは重要な要因一であるということが分かっております。

それに加えて、この17年間で一つの要因として浮かび上がってきましたのが、8番にあります「地域力」でございます。つまり、今までは自分で自分の健康づくり、あるいは社会参加を率先してできる方が多かったわけですが、先ほどの軽度障害とか経済的な問題もありまして、頭では分かっているけれども社会参加できない、健康づくりできないといったような方々が増えてきている。そういった方々に対しては自助だけでは限界があり、地域で活躍の場とか社会参加の場を提供したり、背中を押してあげるといっても必要なのです。最近ではソーシャルキャピタルという言葉でも呼んでおりますが、地域力というものが重要だということを説明しております。

社会参加に関してなのですけれども、10ページ目でございます。

学術的な理論の中でも、人間の発達の段階を見ましても、生命が誕生してから一つ一つの機能が備わっていく中で、社会参加、社会と役割を持って接しているということは、最高峰の能力だと言えます。子どもが徐々に役割能力を獲得していくのに対して逆に、老化現象とは役割を喪失することによって徐々に生活の機能が損なわれて、要支援、要介護へと至るプロセスだと言えます。

11ページ目のスライドになります。これは実際、私どもが地域で追跡研究をしましても、まず役割の能力から落ちて、知的な好奇心、状況の対応能力、手段的な自立つまり、家事能力が低下することが判明しております。

ということは、一番早目に落ちる社会的な役割、社会参加を維持することが急がば回れの介護予防になるのではないかという、様々な研究をしてみました。

12ページ目のスライドでございます。とはいえ、人間の社会参加と言いましても、様々なステージがございます。その方の生活機能あるいは社会的責任を考えた場合、一番上にあります就労からボランティア、人様のために役立つことは難しいけれども、御自分たちの趣味、稽古事、生涯学習というものもある。趣味とか稽古事とかボランティアといったような団体活動がしんどくなってくると、今度は気ままな友人・近所づきあいということも社会参加の姿でございます。

こういった友人・近所づきあいもしんどくなってくると、今度は通所サービスというのも一つの社会参加であると考えております。

就労から通所サービスへと徐々にスライドして行って、比較的平易な活動へ移っていくことになるわけなのです。こういったシームレスな変遷がどこかで途絶えてしまった時点で孤立してしまうことになります。それには社会参加の支援ということも今後考えていく必要ということで、後ほど御紹介したいと思っております。

社会参加のステージ、就労は就労、ボランティアはボランティアで、それぞれ健康にいいというエビデンスは多々我々も実証しております。

例えば、13枚目のスライドでございます。働くということ自体が基本的な生活動作能力の維持、特に男性の場合は非常に効果があることが分かっております。

例えば14ページ目ですと、ボランティア活動をやっている、あるいは趣味や稽古事をやっているということ自体が、数年経った後の自立度の違いに非常に影響してくるということは知られております。

こういった中で特に重視しておりますのは、ボランティアとか趣味の活動といったようなところが多く、地域の高齢者の方の長い社会参加の場になるのではないかとということなのです。ボランティアと趣味、稽古事というのは、高齢者においてはある意味、趣味が高じてボランティアになったり、あるいはボランティアをすることで更に質のいい活動を求められて、そのためには練習して、稽古をするとといったように一体化して、それが複合的に生活機能の維持に役立っているのではないかと考えております。

15ページ目なのですが、これは補足のエビデンスでございます。社会参加活動をやるなら定期的にやる必要があるということで、最低月1回ぐらいは参加しないと、御本人の健康にはプラスの影響がもたらされないのではないかとエビデンスも出しております。

こういった社会活動なのですが、具体的にこういったものがあるのか、こういったものが実際に実行可能なのかということをよく問われることがござ

います。我々も幾つかの社会参加のプログラムを開発しております。

その狙いなのですから、単にお楽しみだけで集まるというのではなく、自分たちのやっている活動自体が意義あるもの。一つの例として16ページですと、次世代への貢献というものが人間の発達心理学の中でも高齢者に備わっている一つの本能であろうということで、次世代支援の取組も社会参加の活動のプログラムと位置付けて、我々は長年研究しております。

17ページ目のスライドでございます。その模倣となっておりますのが、アメリカの高齢者のシニアボランティアプログラムなのです。スラム地区で高齢者が子供たちに学校の支援、あるいは幼稚園の支援をするプログラムなのですが、それを通して御本人の頭、体、心をいつまでも活性化させていくプログラムです。

これを参考にいたしまして、19ページ目です。私どもは2004年から、入り口は御自分の脳の活性化、認知症の予防という目的で、絵本の読み聞かせをするボランティアのプログラムを開発しております。これはおかげさまで十数年の中で多くの自治体で今、介護予防とか認知症の予防プログラムということで採用されています。入り口は自分のための絵本の読み聞かせをマスターするといった認知症予防教室です。

21枚目でございます。絵本を使ったプログラムを10回シリーズで自治体の講座でやっているわけなのです。絵本という教材を使いながら音読の練習をしたり、記憶の練習をしたり、あるいは回想法的に用いたりといったようなところで、まずは絵本の読み聞かせのボランティアになれるだけの資質を磨いていただくというものでございます。研究として、そういう活動に参加することでシニアの方御本人の効果を測定してきました。

22ページ目のスライドですが、心、体、頭へ効果を今まで実証してまいりました。

例えば23ページ目ですと、ボランティアの養成講座を受けることによって、認知機能の一部が向上したというエビデンスです。

あるいは24ページ目ですと、6年間長期に続けている方で一部、MRIで海馬の萎縮が抑制されたエビデンスを出しております。

これらは継続してボランティア活動ですとか、知的な活動を続けていく日常生活に密着した活動によって、能力が維持できるのだろうと考えております。

次の25ページ目ですと、読み聞かせというと一見、文化系の活動のイメージがありますが、ボランティアをすること自体で体力の指標が一部改善したり、社会性が向上したりといった複合的な効果が見られることを実証しました。

26ページ目です。あくまでボランティア活動ですので三方よしが重要です。例えば子供とか保護者とか教職員にもどのような効果があるのかということ

実証してまいりました。

具体的には27ページに例えば子供の読書教育への効果、あるいは高齢者に対する親密感とか情緒教育といったものへの効果というものが見られております。

以上、そうしたボランティア活動の意義と効果が認められて、WHOのグッドプラクティスにも紹介されております。

29枚目のスライドでございます。高齢者の三方よしを期待する社会参加のプログラムでございますが、とはいえ高齢者の場合は長く継続していく中で、御本人の健康問題のみならず、家族の健康問題とか介護の問題とか、あるいは様々な社会生活の問題というものが出てきます。何らかの支援をしながらでないと、社会参加を継続できなくなります。

次、30ページでございます。例えば、就労支援も同じでございます。私どもは都内の幾つかの自治体と提携しまして、高齢者専門のハローワークの研究をやっているのですけれども、高齢者は仕事はしたいという思いはあっても、漠然として何がしたいのか分からないとか、あるいはいろいろ条件を出してこられて、就職に結びつきにくいというような実情がございます。

31枚目になります。例えば、案外、学歴の高い方とか年齢の若い方とか、特に事務職を望む方は仕事にめぐり会うことができないミスマッチがあります。こういったミスマッチ解消していくような戦略を練っているところでございますが、仕事一つとってもすぐにはやりたい内容が見つからない。

一方、先ほどのボランティアですとか、趣味、稽古事、これを誰が支援するのかという問題があります。行政の立場からしましても、32ページのスライドでございますが、緑色の字で書いてございますが、一つの役所の中でも元氣高齢者の担当から介護保険担当ですとか生涯学習担当とか、地域振興担当とか、様々な行政の部局がそれぞれのステージで関わっているのですが、それが連動していないという問題がございます。連動していないこと自体がどういうことになるかということです。

34枚目、最後のパワーポイントを見ていただきたいのですが、結局、住民からすると、仕事あるいはボランティアを求めていきたいけれども、うまくマッチングできずにたらい回しで終わってしまったりということになります。

これが若い方ならとことん自分でネット検索をしたりとか、やりたいものを追求しますが、高齢者の場合はそこまでの熱意とか元氣もない。でも、何かやりたいぐらい程度の方が非常に多いのです。れば34ページのパワーポイントにありますように、ワンストップで高齢者の社会参加を支援するような窓口が今後必要になってくるのではないかと考えております。そこで、私どもは、窓口の一元化と同時に、ウェブを使って就労から地域活動まで全て一元的にいろいろな地域の情報を提供するようなシステムを構築していくモデルを開発する準

備にかかっております。

以上でございます。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

藤原様、どうもありがとうございました。

続きまして、関係省庁からの御説明をお願いしたいと思います。

まず、厚生労働省から、地域包括ケアに向けた取組の全般について御説明をお願いいたします。

(椎葉厚生労働省大臣官房審議官(医政、精神保健医療、災害対策担当))

おはようございます。厚生労働省でございます。

資料3でございます。

1ページです。今回のプレゼンテーションは地域包括ケアシステムの構築、2つ目の医療・介護連携や多職種連携の取組。3つ目の介護予防、4つ目の介護保険内・外サービスの柔軟な組み合わせということで、前半の1と2につきましては私のほうから御説明させていただきます。

次のページでございます。「地域包括ケアシステムの構築」ということで、団塊の世代が75歳以上となる2025年をめぐり、重度な要介護状態となっても住みなれた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制、これを地域包括ケアシステムと言っておりますが、この構築の実現が重要でございます。今後、認知症高齢者の増加が見込まれる。認知症高齢者の生活を支えるためにもこうしたケアシステムの構築が重要でございます。

また、人口が横ばいで75歳以上の人口が急増する大都市部、75歳以上の人口の増加はゆるやかですけれども、人口が減少する町村部など、高齢化の進展状況には大きな地域差がございます。こうした地域包括ケアシステムにおきましては、保険者であります市町村、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づきまして、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要ということで、御当地の地域包括ケアがあるということでございます。

下に絵があります。まず、真ん中に住まいがありまして、病気になったら左上の医療、介護が必要になったら介護、いつまでも元気に暮らすためにということで生活支援・介護予防が有機的に連携することが必要でございます。

3ページでございます。「今後の医療・介護をとりまく状況①」ということで、人口構成をお示ししております。今後、日本の総人口は減少します。そんな中で高齢者、特に75歳以上の高齢者の占める割合は、橙色の折れ線グラフでございますが、増加していくわけでございます。75歳の高齢者は医療・介護が

必要となる方が多いわけでございます。こうした方をいかに地域で受けとめるかというのが課題でございます。

4ページでございます。状況②でございます。まず、75歳以上の人口でございますが、都市部では急速に増加するというので、東京都よりも右のほうですが、様々な県をお示ししておりますが、75歳以上の人口につきましては1.5倍に増加するというので、鹿児島県より右のほうですけれども、そうでない地域におきましても緩やかに増加していくというところでございます。

左下ですけれども、認知症の高齢者が増加していくインパクトをお示ししております。

右のほうですけれども、家庭が変わっていく。ひとり暮らしや夫婦のみの世帯、一人暮らしは青で、夫婦のみが赤ですけれども、こうした世帯が増加していく。こうした中で、どうやって医療と介護で支えていくかということでございます。

5ページでございます。医療・介護の提供体制につきましては様々な改革がなされております。まず地域医療構想というものが進められております。左のほうです。昨年度末に全都道府県で策定が完了したのですが、地域ごとに2025年時点での病床の必要量を見える化するものでございます。足元の病床機能が左のほうで133万床ということでございますが、2025年の病床の必要量を各都道府県が計算したところ、119万床ということでございますが、パッと見て分かるように、紫色の急性期が多いところを減らす必要がある。それから、緑色の回復期を増やす必要がある。

下のほうですけれども、介護施設や在宅医療に30万人ほど受け皿を用意する必要があるということでございます。こんな中で上の紫と緑の計でございますが、急性期、回復期につきましては、右上のほうですけれども、今後、地域医療調整会議のほうで議論が進められる予定でございますが、まず個別の病院名や転換する病床数の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、今後、2年間程度で集中的に検討することとしております。

そんな中、急性期病棟の多い、5割強を占める公立・公的病院について調整会議における検討促進をする。後、様々な基金、報酬改定におきましてもそういう取組を後押しすることで今、動いているところでございます。

下の慢性期でございます。これにつきましては介護療養病床が約6万床ございます。これも新たに設けられました介護医療院などへの転換を段階的に実施するということや、一番下ですけれども、在宅医療・介護サービスにつきまして、高齢化の進展、地域医療構想による受け皿の用意をきちんとするというので、都道府県と市町村が連携して受け皿を構築していく。そういう取組が必要となるわけでございます。

6 ページでございます。在宅医療でございます。概要の上のほうですが、まず、地域医療構想は県が作ります。そして、介護保険事業計画は市町村が作りますが、県と市町村のそれぞれの計画が整合性のとれた実効的な整備目標を設定して、在宅医療の提供体制を着実に整備する必要があります。

そして、在宅医療の中には様々な職種や事業者が入ってまいりますので、そうした様々な職種・事業者を想定した取組や、後ほど御説明します市町村が担う地域支援事業と連携した取組など、より効果的な施策を実施することとしております。

まず、左の目標でございます。絵がございます。都道府県、医療計画。都道府県は医療が得意でございます。市町村は介護が得意でございます。では、在宅医療というのはどっちなのだということで、きちんと県と市町村が協議の場を設けまして、統合的な目標を設定していくということでございます。

右上でございます。様々な職種、事業者が入ってくるわけでございますので、多職種連携をきちんとやるということや、下にありますが、地域支援事業と連携した取組ということで、医師会、保健所などを活用しながら地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援することとしております。

「在宅医療・介護連携推進事業」でございますが、7 ページでございます。この事業でございますが、元々医政局でやっていたのを介護保険法改正により制度化して老健局のほうに移しているところでございます。介護保険法の地域支援事業に位置づけられておりまして、市町村が主体となって、郡市区医師会などの関係団体と連携して取り組むものでございます。

下に8つの事業がございますが、この事業全てを平成30年4月から全ての市町村が実施するようになっていくところでございます。

事業でございますが、左のほうでございます。まず、①、実態把握とか、政策立案系の事業でございます。まず、地域の医療・介護の資源の把握をきちんとしていただく。それから、課題をきちんと抽出して対応策を検討する。企画立案をする。

2つ目ですけれども、何よりも顔の見える関係が必要でございます。こういったものを構築する事業でございます。そして、その（ア）と（イ）に基づいてやる取組ということで、（ウ）～（ク）がございます。それぞれ大事なのですけれども、「（キ）地域住民への普及啓発」であるとか、いろいろな連携だとか、こういったことを取り組みながら進めていくということでございます。

8 ページ、地域医療情報ネットワークでございますが、ICTの技術はどんどん進化してございますので、こういったもので様々な連携を後押ししていこうということで、今後、進めていく予定でございます。

9 ページでございます。地域医療連携推進法人制度が新たにできたわけでござ

ざいます。これは複数の医療機関等が法人に参加することにより、キーワードが競争よりも協調だといったことを進めまして、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保するもので、社会保険制度改革国民会議の報告書に基づいて今年の4月2日から設けられた新しい制度でございます。この法人でございますが、上にありますけれども、理事会と社員総会、評議会をつくっていただいて、まず、区域の中で方針をきちんと定めていただく。それから医療連携推進業務などをしていただく。実は、この法人、右のほうにあります。知事の認可を受けると、例えば病床の融通だとか資金の貸し付けなど、そういった今までできなかったことができることになります。連携事業の診療科再編であるとか、医師の共同研修や薬を共同で購入するとか、資金の貸し付けなど、そういったものができるということでございます。

下のほうです。病院等を開設する法人が2つ以上参加するとか、評議会を法人内に置いている。それから、重要事項を決定する場合は法人に意見を求めることを定款で定めている。割と緩やかでございます。こうした基準に基づいて知事が認定をするものでございます。

次のページが今年の4月2日から4つ設立事例を示しております。まず一番上の尾三会でございます。これは尻尾が3つでなく、三河と尾張が連携したということでございまして、特定機能病院ということで、藤田保健衛生大学を中心にまとめた。いわば企業城下町的なつながりの法人でございます。

2番目のはりま姫路でございます。これは将来の結婚を見据えた連携でございます。

3つ目の備北メディカルネットワーク。広島でございます。これは地域で医師確保が難しいのですけれども、お互い協調することによって医師不足を補うという連携でございます。

最後の奄美でございます。これは在宅で地域包括ケアを支えていこうという取組でございます。それぞれいい例が4つありますので、これを積極的に広めていきたいと考えているところでございます。

次に11ページでございます。「地域ケア会議の推進」でございます。これは地域包括支援センターにおきまして、多職種協働による個別事例の検討などを行いまして、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進するものでございます。27年度から、ケア会議につきましては介護保険法に規定されているものでございます。

中に絵がございます。まず、会議の中です。2つ目の○の個別ケース。例えば処遇困難事例など、こういった内容のケースの支援内容を通じた地域支援ネットワークの構築や高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援、地域課題の把握などを行うものでございます。こうした地域課題の把握を通じて、

地域づくり、資源の開発に結びつき、いろいろな政策形成につなげていくというものでございます。地域ケア会議を進めながら推進していくということでございます。

(厚生労働省老健局振興課)

続きまして、御説明申し上げます。12ページをお開きいただきたいと思えます。今、医療・介護連携の話を中心に申し上げました。地域包括ケアの推進のためには、医療・介護連携に加え、例えば介護予防、さらには生活支援といった部分は総合的に確保されていくということが大変重要になってきます。

先ほど来、先生方からのプレゼンでもございましたけれども、介護予防や生活支援という部分につきましては、地域力をどう引き出していか、地域の総合力でどう対応していくかということが非常に大事になってきております。そういった視点で、介護保険の制度の中でもそういった地域の力を引き出すための仕組みをどうつくっていくかということをお設けているところでございます。

先ほど申し上げた12ページでございます。御案内のとおり、介護保険の制度の中では、単に介護の給付ということだけではなく、地域を支援する事業という部分もでございます。右側を御覧いただきたいのです。上のほうに介護の給付として、例えば訪問介護、通所介護等々いろいろございますが、そうした給付がございます。それに加えまして、地域支援事業といたしまして「介護予防・日常生活支援総合事業」というもの、さらに「包括的支援事業」「任意事業」こういった事業がそろってございます。

「介護予防・日常生活支援総合事業」というのは、例えば要支援の方などに対しまして、介護予防や生活支援に資するサービス事業を提供している。これは市町村の事業として行っているものでございます。この点について、御案内の平成26年の段階で制度改正がございまして、これまで制度改正前では介護予防給付の対象であった要支援の方々をこちらの総合事業に移行していただきまして、全国一律の給付ではなく、それぞれの市町村の工夫に基づく総合事業に移行させていただいたということでございます。

そういった市町村の事業でございますので、画一的なものでなく、先ほど来、先生方から御説明があったようないろいろな地域の知恵出しでとか工夫を盛り込んで、かつ、主体についても介護保険の事業者だけではなく、様々な主体の方も御参加いただいてサービスを提供するという仕組みになっております。こちらが介護予防・生活支援サービス事業です。

もう一つ「一般介護予防事業」というものがございまして、こちらにつきましては要支援の方だけではなく、例えば健常な高齢者の方を含めて、いわば地域の高齢者、更に住民全体の方を対象といたしまして、介護予防に資するいろ

いろな取組をしていただくものでございます。

こうした給付や今、申し上げた総合事業は、どちらかといいますと個々の方にターゲットを置いたような内容になるのですが、もっと大きな地域のバックアップ事業として、次の「包括的支援事業」がございまして、これが非常に大事な点でございまして、地域によってどういった課題があるのか。それぞれの高齢者の方の生活課題、介護における御要望等々を紐解きつつ、その背後にある地域全体の課題はどんなものがあるのか。これをきちんと見ていかなければいけない。さらには、その課題に対応するサービスがその地域にあるかどうかといったようなこと。これを地域で検証していかなければいけないということが非常に大事な点になります。そういった役割を担っているのが先ほど御説明があった地域ケア会議等々ということになります。これは各市町村、更に各市町村のいろいろな圏域ごとに地域ケア会議を包括支援センターの中に置くなどして、会議を設置しているものでございます。

加えまして、そういった地域課題が見えている中で、医療と介護の連携ということを先ほど来御説明していますが、そういった重要な事業につきまして、連携事業を行ったり、更に認知症とか生活支援体制整備にターゲットを置いた事業もこれに加えてやっているという内容でございまして。

13ページでございまして、今、申し上げた介護予防・日常生活支援総合事業の概略でございまして、先ほど来申し上げたとおりでございまして「(2)背景・基本的考え方」というところでございまして、総合事業につきましては、一面的な保険給付ということだけではなく、多様な生活支援を充実させていく。更にはNPO、ボランティアを初めとする多様な主体にも参加していただくということが1つ。

口でございまして、高齢者の方の社会参加ということ。これはまた先ほど来、藤原先生のプレゼンでもございましたけれども、高齢者自身の方に社会参加していただくということは非常に重要なポイントでございまして、それがハの介護予防などにもつながっていくということです。繰り返しですが、保険給付の枠内だけではうまく工夫ができないようなことを融通をつけた形で実現していくというのが総合事業の趣旨でございまして。

14ページ、それぞれの総合事業の主なサービスの内容を掲げてございまして。

「(2)一般介護予防事業」の枠の下のところ「地域リハビリテーション活動支援事業」というものがございまして、介護予防の点で非常に大きなポイントになります。それぞれの地域での取組の中で、リハビリテーションの視点が大事でございまして、単なる機能訓練ということではなく、もっと広い意味でのリハビリにもつながっていきますけれども、リハビリ的な活動をそれぞれの活動に加味していく、そういうことの支援をしていくという事業。これが地域リ

ハビリテーション活動支援事業でございます。

具体的には15ページに概念図がついてございます。各地域にいらっしゃるリハビリテーション専門職の方が所属に留まらず、例えば訪問介護事業所、通所介護事業所に出向いていただいてサポートしていただくとか、更には地域ケア会議の中で地域課題を検討する中でリハビリの視点から助言していただくなど、こういった多面的な活動を支援するというものが活動支援事業の内容でございます。

16ページからスケジュール的なことでございます。先ほど来申し上げている総合事業などは平成29年度には経過措置が終わりまして、全ての市町村で実施することになっておりまして、その他の事業につきましても平成30年度からスタートするといったことが書いてございます。

17ページでございます。もう一つ、事業の中にございました「認知症総合支援事業」でございます。こちらは「認知症初期集中支援チーム」が大きなポイントになってきます。失礼ですが、御本人が認知症になりかけていらっしゃるような方が御自身の認識が無かったり、御家族でも戸惑いがあったりする中で、早期に発見、早期に診断し、早期に対応する。更に言えば早期に関係者の方につなげていくということをしちんと支援していく。そういった事業でございます。

更には、認知症の方につきましては、適度な生活支援といったサポートみたいなものがあれば、普通に暮らしていただくことは可能でございます。それが行えるのは地域の総合力ということになりますので、地域の総合力をどう引き出すかというのもポイントになってきます。

18ページです。こちらは「生活支援体制整備事業」でございます。こちらは先ほど申し上げましたが、地域の多面、多様なサービスを活用していくというポイントの中で役割を果たしていただく事業でございます。それぞれの地域にどんな課題があるのか。課題を見つけた上で、ただ、どういうサービスがあるのかというのがなかなか見えないということがございます。地域の中に潜在しているサービスを見つけ出すようなもの。更に、サービスが無いとすればどういったサービスをつくり出していくか。とりわけ住民の方の参加の中でつくり出していけるかということを引き出していく。引っ張っていく。そういった役割を担うのが生活支援体制整備事業でございます。

19ページにつきましては、いろいろ申し上げましたが、それぞれの事業について、市町村の整備状況、実施状況でございます。いずれにせよ、平成30年4月からは全市町村で諸々の事業を実施していただくということになってございます。

加えて20～21ページですが、これは規制改革のほうのテーマでもございます

けれども、介護保険のサービスと保険外のサービスの柔軟な組み合わせについて、関係の規定を整備すべきという御指摘をいただいているところでございます。現在、介護保険サービスを利用されている方が、同時ないしその後に保険外のサービスを同じ事業者から提供してもらうような場合に、ルールが全国的に統一されていないということがございますので、現状のルールをきちんと統一させる、一覧性や明確性を持たせた形で統一する、ルールの整理をするという作業に取り組んでいるところでございます。

御説明は以上でございます。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございました。

最後に、経済産業省から「保険外サービスの創出等」について御説明お願いします。

(江崎経済産業省商務・サービスG 商務・サービス政策統轄調整官)

ありがとうございます。

資料4に基づいて御説明をさせていただきます。タイトル「保険外サービスの創出等」ですが、先ほどの藤原先生の御説明でいわゆる外堀のところを多分担当することになるだと思っておりますし、経済産業省でございますから、あらゆる資源を活用するというところで、サステナブルな仕組みをつくらなければいけない。ビジネスとして、補助金を無くしてもちゃんと回るという仕組みをつくっていかないと、コアの部分が救えないという発想であります。

1枚めくっていただきまして、先ほど厚労省から御説明がありましたように、地域でちゃんとそうした仕組みをつくるというのは非常に大事なことなのですが、2ページ目を御覧いただきますように、実は、切れ目なく健康サービスを提供するというのは確かにみんな言っているのですけれども、実はなかなか難しく、我々の反省で申し上げますと、一番左の「①健康への気づき」だということなのですけれども、大体、健康に関心のある方ばかり集めてやってきたというところがありますし、どちらかというところ、「この野菜を食べて、温泉に入りましょう、終わり」みたいなものがあって、残念ながらこれまではバラバラで、お医者様はどうしても忙しいので、病気になったら診る、介護も動けなくなったら支えるとなるのですけれども、そこはつながっていない。ここをつなぐことは、分かっているながら非常に難しい。それを本格的に厚労省と連携しながら、日本医師会にもアドバイスをいただきながら進めているものでございます。

次のページです。特に私どもが大事にしておりますのは、これから、超高齢

社会をどういう社会だと思って政策を打つのか。3ページ目の図ですけれども、特に一番上の文章にありますように、実は高齢化対策という言葉、我々は使っておりません。なぜかというと、人が健康で長生きをすることを望み、それが可能になれば、社会は必ず高齢化します。実はいいことなのだとということで始めませんか。加えて、数字だけ見ると、平均寿命が50歳から80歳に延びたように見えます。ように見えるというのは何かということ、平均寿命は乳児死亡率によって決まるので、江戸時代だって100歳超えはいたのです。

実は、人生90年時代も間近と言っていますけれども、生物学的には我々の寿命は120年あります。したがって、実は定年が終わった後にもう一周人生があるのだということを前提に社会をつくり直そうと。例えば、江戸時代の100歳は介護されていたのかということ、そんなことはなく、ちゃんと社会的役割を持ってその一員として生きていた。そこに戻せないかというのが基本的な発想です。

その中で、一番左のほうに経済活動とありますが、いわゆる現役世代のころにここで頑張った。資源も何もないこの国であるにも関わらず、おかげで世界に代表する経済大国になったのですけれども、実は、私どもの世代だと「24時間働けますか」と言われて、「黄色と黒は勇気の印」だった時代の通り頑張っていたのでは、2周目が大変になる。

したがって、今、健康経営といって1周目から頑張らしようということをやっております。その次に青い矢印がたくさんありますけれども、昔はこの国の医療制度、介護制度ができたときには、その後は余生でよかったのです。後はいろいろなサポートをしますから楽しくやってね、ということでしたが、これから2周目を生きる人たちが非常にたくさんになります。だからといって、定年延長をして80になって残業というよりは、緩やかに社会活動に入る。そして何が大事かということ、ありがとうと言われることです。

お年寄りの方々にアンケートを取ると、尊敬されたいという気持ちを満たす仕組みをつくらなくてはいけない。そして、農業、園芸、土に触れる。これは精神的にも非常に大事。緩やかにつながり、体を動かし続け、住み慣れたところで住み続ける。縦に青い点線が入っていますけれども、最後の最後は誰かにお世話にならなければいけないかもしれませんが、今、この国は青い矢印を全部まとめて1周目の人が支えることになっているので、これは大変だと。

かつての胴上げ型が騎馬戦になって、肩車と言っていますけれども、別に胴上げをされなくてもいいです。本当は担がれるべきは青い点線から右側。したがって、矢印の事態をいかに健康で長く生きるかということができれば、これはまさに外堀なのです。ただ、最後はどうしても医療のお世話にならなければいけないので、そこは手厚くちゃんとサービスを受けていただくということでございます。

それをイメージしたのが次の4ページ目でございます。厚労省が御説明いただいた地域包括ケアの中で、公的な医療・介護保険制度という本当に世界に冠たる保険制度を何としても維持したい。ただ、今、ここがあまりにも豪華過ぎて、みんな乗ってしまっているのが船が沈んでしまう。したがって、その外側、公的保険外をちゃんとつくることによって、ギリギリまで船に乗らない、ないしは乗らないほうが幸せかもしれないという世界を外側につくるということで、どうしても乗らなくてはいけない人には手厚くサービスをするという社会をつくりたいということです。その発展系として、農業・観光とか新しい産業もつくることによって、補助金が無くても回る仕組みをつくりたいというものでございます。

ただ、地域で連携と言いながら、バラバラにやってきたという反省がありましたので、「地域版次世代ヘルスケア産業協議会」を全国で展開しておりますが、特に医師会の方々とつながろうというのを一昨年から強力に進めております。各県とか市がありますけれども、アンダーラインが入っているところも医師会に御協力いただいています。実は日本医師会から御紹介いただきまして、先にアポを取っていただいて私どもが挨拶に行くというところから始まりましたけれども、そういったことは意外に地元でできていなくて、ただ、行くと、よく来たということでもいろいろアドバイスいただいたり、協議会そのものに御参加いただいたりとか、そうした動きがあるとすごくいろいろなことができたというのがこれまでの印象でございます。

結果、何をやっているかというのが6ページ目でございます。病気になってからというよりは、一次予防、二次予防、三次予防と書いてありますけれども、まず、気づくということです。そして、早く見つけて、なったらなったらできっちり対応するという3段階をしっかりとやりたいということで、補助金を使いながら、全国でいろいろな取組を推奨するというので、これまで一次予防、健康づくりが25件、縦に13件といろいろやってきました。おかげさまでいろいろな取組が始まっています。これを全国展開するというのがこれからのテーマなのですが、具体的な取組はその次のページでございます。

7ページ目でございます。まずは生活習慣病の場合、一次予防、健康づくり。まずは知るということです。これは全てお医者さんに関わっていただいております。まずは一番左の健康づくり。これは鹿児島なのですけれども、お医者さんが中心になって、健康リテラシーを上げよう。まずそれが大事だということです。

そして、その次の二次予防です。ちゃんと気づきなさいということです。忙しくて行けないという言いわけをしないために、いろいろなツールを使いながら気づいていただくということです。

一番右の三次予防。これもお医者さんにやっていただいているのですけれども、そうはいつてもなってしまうたらどうするのだという時に、ただ薬をもらって、後は知らないというのではない。このお医者さんはすごくて、地域のレストランとか社員食堂と連携しながらそのサービスも全部きっちりやり、その取組を医者がちゃんとチェックしてフィードバックをするところまでやっていただいております。ここで地元の製品を使いながら、よりおいしいものをつくろうという取組も、医者が中心になってやっていただいているものでございます。そして、医療関係者の間で、その地域で同じデータをシェアしようということで、手づくりでやっていただいておりますけれども、こういったものが始まってございます。

8 ページ目が認知症でございます。認知症も同じく、一次予防をまず知ることです。自分の可能性を知ること。年をとったら唯々諾々と弱るわけではなく、セカンドライフにどんな可能性とチャンスがあるのかということを知っていただくという一次予防。

それから二次予防、気づくということ。知らず知らずに認知機能が低下していることをわかってもらうことが結構大事なので、フィットネスクラブなどと連携しながらそれをやる。

一番右でございます。実は、認知症になったら駄目なのかということ、そんなことはなくて、これは資生堂にやっていただいているのですけれども、化粧療法といって、私、最初、化粧をしてあげるのかと思ったら違って、自分で化粧をします。お年の女性の方が自分で化粧をすることによって、昔のことを思い出して、外に出かけるようになる。まさにそういう取組です。どの段階であってもやることがあって、これを連携していくことによって、できるだけ外堀を厚くしていくということでございます。

9 ページ目でございます。そうした取組をただエピソード的に終わらないようにするために、全国大会といって成功事例を共有する会はやっているのですけれども、もっと強力的に、これまで地域の取組をしていないところも含めて、各省とも連携しながらこれを応援していく。それによって、サステナブルな仕組みをつくりたいというものでございます。

ただ、10ページ目にありますように、そうはいつても事業を始めるときにはお金が要るではないか。これを全部補助金でやったら同じだろうという議論がありますので、ソーシャル・インパクト・ボンドという取組を今、進めております。

11ページ目を御覧ください。ざっくり説明をすると、むしろ右側の棒グラフを御覧いただくと、例えば行政コスト、認知症対策で払っているお金が100だとします。これに対して、今はとにかく悪化する一方なので毎年100を使い続けま

すが、ここにプラスアルファで、本当は認知症予防のためのトレーニングをしたいのですが、私も自治体にいた時にはプラスアルファにお金なんか出せませんという状況の時に、その部分を民間からお金をお借りして、取組をします。その結果として認知症が進まなければ、来年100使うはずだったものが50で済むかもしれない。そうすると、事業をやっていただいたところに借りたお金を返したとしても、一番右側の緑の行政コストが削減できる。

実は一昨年、公文と連携して、九州を中心に認知症のトレーニングをやりました。自治体はほとんど資金繰りが厳しい状況なので、プラスアルファで経産省のほうから出していたのです。その結果、何が起きたかという、それまでほとんど表情がなかったおばあちゃんたちがしゃべるようになった、自分のことができるようになった。仮指標でありますけれども、しっかりと改善するデータは出ております。これをモデル計算でやると、ここでかけたお金、3,000万円ほどなのですからけれども、はるかに上回る効果が証明されております。

これを投入するというのもそうなのですからけれども、副産物的に何が起きたかという、トレーニングをやった施設のスタッフの方々が非常に喜ばれて、今までは悪化するお年寄りを世話するだけの生活だったのに対して、改善する、笑顔が見られるということで、職員としてもモチベーションが上がるという思わぬ副産物もありました。ただ、これを各自治体に自分で予算を工面してプラスアルファをやれというのは結構難しい。したがって、この部分に、想定される投資家というのが左側にありますけれども、社会的投資家だとか、そうしたものを一旦お借りする形で事業を実施して、自治体としては当初どおり、毎年100ずつ使っているお金を維持しつつ、そこを逆にフィードバックをすることができないかというものでございました。

次のページにありますように、おかげさまで、今年、神戸市と八王子市がこれのはしりになるような取組をしていただいております。この仕組みは、行政的には一番難しいのは何かという、要するに成果報酬型になるのです。結果が出るか出ないかによってバランスが崩れたりもするし、出なかったら持ち出しになるので、その部分をやるためには、まずは成果に応じてお金を払う、払わないという議論をやらなければいけないのです。予算単年度型のこの国はほとんど不可能と言われたのですが、自治体も議会決定していただいて、そういう取組が始まっているので、これができるようになると、本格的に資金を集めてやる仕組みにいけると期待しているものでございます。

その次、13ページ目でございます。最初に申し上げたように、2周目の人生をいかに幸せに生き切るかというのが我々のテーマでございます。もちろん、動けなくなったらサポートすることは大事なのですが、サービス高齢者住宅を最後、不安もなく、これはセーフティーネットですので、不安はないの

ですが、実際にサ高住とかにお邪魔すると、食事が出るし、洗濯もしてくれるし、本当に寝るところも心配ないのだけれども、何もさせてもらえないのですという声が非常に多い。どうしても最近、予算的な問題もあって、外に連れ出す時間も無いので、認知症が悪化している。

経験則的なものでありますけれども、だったらここで仕事をしませんかということ。これは制度的には厚労省にいろいろアドバイスをいただきながら進めなければいけないのですけれども、やりがいを持つということです。お年寄りにとって何が大事かということ、自分は社会的に価値がある人間であるということを理解してもらおう。これは別にお金を稼いでくださいということではなく、やりがいを持たせるためにどうすることができるかというシステムで、サ高住ならぬ仕高住、「仕事付き高齢者向け住宅」というものでございます。

14ページ目にモデルがあるのですけれども、まさに認知症予防。実は、御案内のとおり、世界のメガファーマはほぼ認知症の薬から撤退をする。これはどうしても薬が1因子特定型で、シングルターゲット型の審査をしてしまうと、マルチファクター型の認知症に対しては非常に難しいと言われていています。であるならば、むしろ生活環境を変えることによって、認知症の予防、進行抑制ができないだろうか。これは人によっていろいろなケースがあるので、簡単ではないのですけれども、まずは何かをしてもらおう、目的を持ってもらおうということでもやるものでございます。これは「未来投資戦略2017」にも書いていただいているものでございます。

最後、15ページ目に、実際にできるのかということで、既に始めております。これは神奈川県藤沢市で伸こう福祉会、東レやイオンにやっていただいているものなのですけれども、言ってしまえばまさに施設で農業をやってもらっているだけなのですが、非常に効果がありまして、農業と言ってしまうと、これまでの農協の中に入ってすごく効率化というのではなく、できてもできなくてもいい。まずは役割を持つということ。できたら売ってもいいし、食べてもいいしということでありまして、こういったものを広げていくことによって、役割を持っていただく。

繰り返しになりますけれども、別に若者の仕事を奪いに行くのではなく、役割を持つ。できれば社会的な課題を解決してもらおう。今後の取組としては、補助金でまた応援するのですけれども、施設から働きに行ってもいいし、仕事を施設に持ってきてもいい。あとは施設のスタッフになってもいい。いずれにしても、役割を持ち続けることが認知症対策、フレイル対策の一番意味があるのではないかとということで、食べることと動くこと。

食事に関してはいろいろできているのですけれども、動くということ、特に目的を持って動くというのがすごく大事で、単に筋トレだけをやってきた筋力

維持のチームは認知症が悪化してしまったというデータがある。むしろ何かをするために筋力維持をするためには、ある意味、仕事というのは非常に役に立つということで、こうした取組を進めていくことで、外堀を手厚く、できれば船に乗らないほうが幸せだという仕組みをつくっていきたいと思っております。以上でございます。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございます。

以上、有識者の方々、厚生労働省、経産省から御説明をいただきました。ここから残された時間、自由討議、御質問、御意見を自由にお願ひできればと思います。

翁会長、お願いします。

(翁会長)

それでは初めに質問をさせていただきます。

御説明本当にどうもありがとうございました。いろいろな取組を御説明いただきまして、大変勉強になりました。

まず、豊明市の小浮市長にお伺いしたいのですけれども、こういった公的保険外サービスを使っていこうという取組というのは、非常に先進的な取組と思うのですけれども、それがうまくスタートできた背景というのはどういうところにあると御覧になっているのか。市長のリーダーシップというのはもちろんあると思いますし、市役所の方々はかなり問題意識を持って取り組まれたというところもあるのだろうと思うのですが、同時に近くに非常にいい病院があって、そことの連携というのもあったと思うのです。

いろいろ横展開していく上で、どういうことが決め手になるのか。どういう創意工夫をするということの起爆剤というか、そういったところはどこにあるのかということをお自身の経験から教えていただければと思います。

(小浮愛知県豊明市市長)

自分から簡単に説明差し上げて、それから担当の、実際に企業と交渉している職員から、説明差し上げます。

説明の中で、豊明市に豊明団地というURの大きな団地があります。そこで大学とURと豊明市と連携しながら高齢者の見守りサービス、地域包括ケアの取組をしている状況で、豊明団地の住民といろいろな話し合いをしている状況がありました。そういった中で、高齢者の方々がこういったものに困っているのか、こういったニーズがあるのかということが自分たちは非常に詳細に把握できた

ということと、高齢者の方々も非常に行政に対して信頼関係も結べる状態になっていました。大学とも信頼関係を結べる状態にありました。

そういった中で企業と話し合いをした時に、企業と高齢者の方をつなぎやすい状態が素地としてあったので、企業の方々が新たなサービスを創出しても高齢者につなげるのが更にまた難しいという部分があるのですけれども、そのハードルが元々低い状態でうちの市はあったので、一定程度は成果が出ていると思います。

後は、実際に補足をさせます。

(豊明市役所)

失礼いたします。

私たちが民間企業にお声がけする時に必ず心がけておりますのは、決して民間企業に損をさせないということでございます。例えば無料の招待券とか割引券を出してくださいとか、そういったことは全く要求しておりません。企業の本来活動を支援するという立場で、私たちが応援させてほしいということで全てお声がけをさせていただいております。

そうしたことを申しますと、企業から非常に驚かれまして、一般的に、先ほど市長が申し上げたとおり、行政が企業の事業活動に対して個別に応援するということが今まであり得なかったわけですが、そちらのほうをやるということで、非常に好意的に思っていると思います。

(翁会長)

どうもありがとうございます。

また他にも御質問が後で出てくると思うのですが、藤原先生にもお伺いしたいのですが、外堀が非常に重要だということで御説明いただいたのですが、1つは高齢者の方々に自然に介護予防といった方向に向かうようにする取組としては何が一番効果的なのか。例えば、意識啓発するようなことなのか。高齢者に気づきを与えるような、それは専門家の目から御覧になって何が必要だとお考えになっておられるのか。

また、さっき御説明いただきましたような社会参加を促すために今、行政のほうの取組として何が足りないのか、こういう支援が必要なのではないかというところがもしありましたら教えていただけたらと思います。

(藤原東京都健康長寿医療センター研究所チームリーダー)

地域の高齢者の方に普及啓発する入り口としまして、やはり、インターネットとかウェブでの情報発信というのはまだ一部の方に偏っておりますので、ど

うしても一番メインになりますのは行政がいろいろ企画するような、例えば啓発の講座ですとか、あるいは生涯学習とか社会教育部局が開催するようないろいろな講座ですとかシニア大学みたいなところが一つの突破口だと思います。

大体、地域の高齢者と言いましても、2通りのタイプの方がいらっしゃいます。多くは伝統的には地縁団体といいまして、町会、自治会、民生委員さんを担っていらっしゃる方々なのです。その方々は行政とは密接な関係を持っていますので、いろいろな情報が入りやすく、逆に頼まれ過ぎて負担が過剰な状態なのです。

一方、自分から何かアクションを起こそうと思っいらっしゃるような、おそらくこれからどんどん増えてくるようなシニアの方、ボランティアあるいは趣味、生涯学習、あるいはNPO、中にはコミュニティービジネスを立ち上げようかといったような志もある方も多いのです。逆にそういった方々は通常、行政とほとんどパイプを持っていらっしゃらない。ですので、そういった方々には目的別に講座を開設するとか、啓発の場を持っていくといったようなところが一つ望まれるところだと思うのです。

確かに、入り口として、地域包括ケアの絵柄全体が、まず最優先が町会、自治会の方への啓発になっているのです。本当に後継者もなかなか見つからなくて、過度な役割をされていて、また仕事か、みたいな話になります。私が関わっている自治体については、新たに自分から何かやりたい人を味方といいますか、外堀のメンバーに加えないと、お互いに消耗戦ですというようなことを申し上げているのです。そういう意味では、いろいろな新しい人種の方に啓発できそうな講座とか入り口の啓発の場を設けていくというのが一番効果的なのではないかと考えております。

あと行政の方の視点で弱い点は社会参加を支援するといったときに、どうしても自治体の縦割り行政で、高齢支援の部局としては例えば子供の支援をしたいとか、あるいは障害者の支援をしたいという方は、それはちょっと駄目ですといったように、たらい回しになってしまう場合があります。そういったところは、先ほど最後、私のプレゼンでも御紹介していましたが、ワンストップで一元化していくことが重要だと思います。

実際、現実には今はそれができていません。特にボランティアセンターですとか、地域包括支援センターで何か相談をしても、紙ベースの2~3年前の台帳を引っ張りだしてきて、経験と勘によって紹介しているみたいなのが非常に多いのです。それは今の情報、アドバイスもできません。そうした状況でも若い人なら自分でいろいろ検索してアプローチできますけれども、高齢者の場合はそこで単純にウェブだけに任せていいかというと、そこで誰かがかみ砕いて説明してくれるとか、安心を与えてくれるような人が介在するという必要が

あるかと思えます。そのあたり、支援するほうも人材の育成、それも多領域にまたがるような人材の育成が必要なのではないかと考えております。

以上でございます。

(翁会長)

ありがとうございます。

非常に重要ですね。私たちが区役所とかに行ってもたらい回しにされること
がすごく多くて、一つ窓口があって、そこから全部つないでもらえることが、
どこの自治体でもこういった特に高齢者向けのことは多様な取組が必要な
ので重要ですね。ありがとうございます。

(高橋副会長)

椎葉審議官の発表でありましたけれども、今、国家戦略の中で家族の形態が
変わってきて、それに対応しないといけないという動きはいろいろ見えてきて
いると思います。

私の話というのは、質問の前に長くなりますけれども、高齢者の価値観がこ
このところ急速に変わってきて、それにどう対応すべきかということについて
お話と質問をさせていただきたいと思えます。

私は1992年に東京大学で学位をいただいているのですが、医療情報とい
う名前で日本第1号だったのですが、実はやった内容は介護でありました。
おそらく、介護で初めて医学博士をとった人間でありまして、90年代から介護
の研究を始めました。1991年に、今は同僚で、当時朝日新聞の論説委員であ
った大熊由紀子さんが「『寝たきり老人』のいる国いない国」というとてもす
ごい本を出されました。一言で言うと、北欧には寝たきりがいないという本
なのです。

そんな馬鹿なということで、私は3回北欧に行きまして、10施設ぐらい回
りました。全くいません。3回も行くとそのカラクリがよく分かりまして、食
べられなくなったら諦めるというのが徹底しているわけです。そうすると、何
が起きるかということ、寝たきりになる前に死んでしまうのです。だから寝
たきりがいないのです。

当時、3回行った中で、2回ぐらいお医者さんと一緒に行ったのですけれど
も、日本のお医者さんには極めて評判が悪く、一緒にいったうちの一人は、北
欧の高齢者医療の様子を見て、こいつら殺人だと言って激怒して、大変にな
ったこともありました。その当時の日本の感覚でいうと、それは当然正しく、脱
水で亡くなるわけですので、点滴をすれば生き返るだろうというのは明らか
なのに一切やっていないという形であります。

その流れでありまして、1992年10月に厚生労働省のほうからMDSRAPsという、当時の世界最先端のマニュアル及びアセスメント方式の翻訳の仕事をするもので、大学院生でありながらも引用をやらせていただいたのです。そのプロセスにおきまして、世界最先端の高齢者ケアマニュアルなのですが、おむつ換えという言葉が一言もないのです。spoon feedingという言葉も一言も出てこないのです。要は食事介助。

不思議だなと思いつつ、1年ぐらい過ごしていて、ボストンのハーバードに留学したときに、たまたまMDSRAPsの開発チームリーダーがボストンにおられた。ジョン・モリス先生というのですけれども、仲良くなりまして、7回行きまして、サシで1回1時間ぐらい、5～6時間ぐらいは議論しました。

そのときに明らかになったことは、やっていないから一言も書いていないのです。中の生活マニュアルに、雪かきという言葉がないのと同じように、日本の感覚の寝たきりの人のおむつ換えをするという行為はほとんど存在しないので書かれていない。尿失禁予防という章はあって、そこはすごく詳しく書いてあるのですけれども、腰痛防止とか、寝たきりの人にどうやったらけがをしないとか一切書いていないのです。spoon feedingもほとんどありません。

介護の研究をしていたので、結構聞きました。その時に明らかになったのが、彼らは個人の尊厳という話をよくしました。高齢者もこんなものを望んでいない、何でやるのだみたいな形のことを言われて、日本に持っていくのは非常に難しいなと思いました。当時、私は生活費を稼ぐために横浜の老人病院で高齢者を相手に死亡診断書を60枚ぐらい書いているのです。その時に診察に行くと、我々は戦争で生き残った、とにかく徹底的に生かしてくれ、治療をしてくれという人がとても多かったです。やってもらうことに喜びを感じる高齢者が多かったわけでありまして。

その分水嶺がどこにあるかと考えますと、昭和元年生まれの上か下かが非常に大きいのです。昭和元年の方というのは、終戦のときに20歳であります。友達あるいは親族がたくさん亡くなられて、自分たちは生き残ったという感覚が強い。それより上の大正、明治生まれの方は、私の接した感覚で申し上げますと、とにかく生き残る、家族から大切にされてやってもらうということを確かに喜んでいたわけでありまして。

昭和12年は丑年生まれなのですが、暦一つ回った昭和12年生まれは現在80歳です。私の母親がまさにその年代なのですが、私の母親の世代に100人ぐらい、おむつを当てられたり食事介助されてまで生きたいかと聞きますと、8割の人がはっきりまっぴら御免だと否定しています。

私の母親は小学校3年生、早生まれですから、昭和12年生まれは小学校2年生の夏に終戦を迎え、戦前教育は2年半しか受けていません。個人主義的にな

ってきて、価値観が明らかに欧米化してきているなと思います。

要は、社会のほうは高齢者に対してまだやってあげないとというイメージが非常に強いわけでありますけれども、高齢者自身は、欧米的に、とにかく自立して、その後要介護の状態になったらもういやという人が非常に増えてきていることが間違いなく起きているようであります。これはまだリサーチしてデータを正確にとっているわけではないのですけれども、かなりの人に聞いているサンプル調査の感覚に似ているので、ほぼ間違いないだろうと思います。

つけ加えますと、この話を私は5万人ぐらいの方、高齢者を含めていろいろな人しておりますけれども、おまえの話はおかしいと言われたことは一度もなく、多くの方が感動してそのとおりだと言っていたので、社会的にも間違いなく受け入れられる話だと思っています。

ここまでを前段といたしまして、まず、豊明市の取組について伺いたいです。90より上というか、明治、大正生まれの方と昭和生まれの方に対して、豊明市のサービスに対する反応は両方元気な方として差があるのかどうか。それから、マスとして捉えたときに80歳と92歳でサービスの取組の感覚に差があるかを豊明市のサービスについてぜひ伺いたいと思います。

それから、藤原先生は研究されておりましたいろいろな形でやっていますけれども、先生の中から見て、大正生まれと昭和2桁の差はどうあるかということ、同じ研究者の中からぜひ聞かせていただきたいと思います。

厚生労働省のほうに関しましては、介護保険ができたときは家を支えるという形、家で介護をするのを進める形でモデルができたことは間違いのないわけなのですけれども、それが現在、先ほど言いましたように、家族形態が変わってきて、独居をどう支えるかという形にサービスが転換してきていることはいろいろなものにおいて間違いのないのです。そこにおいて、高齢者個人がされることではなく、自分が自立するための支援が必要だとか、政策を見ているとそういうものが混じってきているのです。省としてそういうような方針で、転換は難しいのですけれども、省として個人の価値観が変わったからというような、ビジョンの転換について話し合われている、あるいはそういうものを出されているのかという点について伺いたいと思います。

豊明市のほうからよろしく願いいたします。

(都築藤田保健衛生大学地域包括ケア中核センター講師)

率直に申し上げますと差があると感じております。

事例を2つ挙げます。豊明市の団地の中で高齢者の方々が全く無料で相談とかができるまちかど保健室というものを展開しております、年間6,000人ぐらい高齢者の方が来て、利用してもらっています。そこで様々な講座だとか御意

見を伺うのですけれども、先生のおっしゃるとおりの部分、最期は誰かの世話になって、意識を失ってベッドの上に縛られて終わるということは全然望んではいない。終末期の在り方みたいなものを誰かに示すことで、それを叶えてくれる人はいないのか。要するに、点滴の状態とか、ずっと縛られた状態を長く続けたくはないのだけれども、それを誰かに言えばそのようにしてくれるのかという、住民から自分の終わり方はスパッと終わりたいという意見はおっしゃいます。

私どもは訪問看護ステーションを持っておりまして、他のステーションとの大きな違いは、大学病院等で勤めている看護師が非常に多く従業員としておりますので、看取りが非常に多くございます。それはがんも非がんもいますけれども、利用者の5割以上ががんです。年間70人ぐらい看取りをしていますと、その方々の終末期の生き死にの決定の在り方が年代によって差がある。最後まで手厚くしてほしいという方と、すっきりと楽に逝きたいという方と2つに大きく分かれています。

以上です。

(藤原東京都健康長寿医療センター研究所チームリーダー)

まず、私どもが高齢者の方の社会参加活動を支援していく中で、はっきりいつの世代からという区切りというのは難しいのですけれども、例えば先ほど御紹介しました学校ボランティアの団体なんかも、明らかに戦中・戦前派と戦後派、例えば60歳以上ということで募集した場合、若い人は60歳ぐらいで、高年齢の方は80歳ぐらいとなりますと、同じグループの中でもものすごくジェネレーションギャップがあるのです。

特に、戦前・戦中派の方はそもそも絵本が無かった時代、わら半紙の教科書を使った時代で、絵本自体をありがたがっていらっしゃる。その分、例えばメモ用紙でも、お金持ちの方なのですけれどもチラシ広告の裏紙を使ってるような儉約の精神を持っていらっしゃる方がまだまだ非常に多いかと思えます。

一方、戦後生まれの方は身なりからして今どきの方ですので、ともすれば、その中でジェネレーションギャップが出てくるのです。どういう時に出てくるのかといいますと、健康問題だと思えます。ボランティアをやっている人、働いている人というのは、どうしても先入観であの人たちは元気だからという具合に支援者は思いがちなのです。高齢者の場合は、見かけ上、ボランティアをしていようが、仕事をしていようが、御本人の健康問題とか家族の介護の問題とか、爆弾を抱えながら活動をしております。特に、戦前・戦中派になってきた後期高齢の方でまだ社会活動を続けている方は、あれこれ、特に認知症の不安でありますとか、徐々にフレイルになっていったりとか、あるいは家族の介

護の問題を抱えながらやっております、そのあたりが前期高齢の60代の若いシニアからは理解できなかつたりします。では、そういったところを内部でうまくコーディネートして調和していくということも大事なのですけれども、第三者が時々介在して、社会参加の中のジェネレーションギャップを解消していく。

私は先ほど、高齢者の社会参加というのは入り口としての一元化というのが重要だということを申しました。一方、継続をどう支援していくかということも非常に大事な視点だと思います。介護予防というのはロングランで見ていく必要があるものですので、例えば初めにグループに参加して1～2年元気であっても、後で落ちていくとあまり意味が無いのです。、少なくとも5年とか7年、10年間活動をできるだけ綱渡りしながらでも維持していただくということが重要だと思っております。その点、高齢者主体は主体なのですけれども、全部丸投げというか、任せきりですと、いろいろな問題が出てきたりするのです。

そこで重要なのは、保健部門あるいは健康づくりの部門がつかず離れず見守っていくということだと思います。例えば、同じように高齢者の社会参加を支援するのは、就労ですと産業振興、キャリアカウンセラー、あるいは生涯学習ですと社会教育主事といったような方々が応援されるのですけれども、その方々は健康の支援とか、それこそ地域包括ケアといった大局的な支援というのが立場上、理解できなかつたり、そういう役職ではないというところがあるのです。

最近では、ボランティアの活動でも、5年、7年、10年とやってくると必ずいろいろな問題を抱えてきますので、そういった中で、地域の地域包括支援センターあるいは市区町村の保健師と顔の見える関係に必ずグループ単位でなっていていただく。地縁団体とだけではなく、逆に専門職の方にもお願いしているのは、自分が直接育成したのではないけれどもボランティアとかいろいろなサークル、そういった方々とも顔の見える関係で年に何回かは、例えばボランティアの集まりのときに行って啓発したり、あるいは情報をももらったりというような関係性を持ってくださいということをお願いしています。

そういった専門職の方が時々見え隠れすることで、内部のいろいろな健康の問題とか地域包括ケアが抱えているような問題が違うルートで噴出したり、それが解決に結びつくというようなこともあるかと思っております。そういう意味では長いスパンで。健康部局というのはつかず離れずお付き合いいただきたいと考えております。

(椎葉厚生労働省大臣官房審議官(医政、精神保健医療、災害対策担当))

高齢者の福祉でございますけれども、本当に歴史を紐解けば、出発点は1963

年の老人福祉法の制定だと思えます。これは世界初の高齢者の法律だったのです。日本が最初につくったということですが、この時に特別老人ホームが日本に1個できています。これまで養護老人ホームだったものを特別に収入に関わらず見られる施設、要介護状態だったら収入にこだわらずに見るということで、特別な老人ホームが昭和38年、1963年にできたのです。今は特別ではなく、幾らでもありますけれども、その時は特別だったのです。

施設の進化から見ると、昭和62年～昭和63年にかけて、老人保健施設という医療とまさに介護、当時、介護という言葉が無かったのですけれども、ケアホーム的なものを中間施設と言っておりましたけれども、7つのモデル施設をつくって、展開していいということで今、老健施設というものがつくられています。そして、平成8年にはグループホームという小規模のもの、これは認知症用ですけれども、こうした施設だけでも様々な取組で、実験的にやっていいということで拡大しております。

最初に、老人福祉法時代は措置制度だったのです。予算も限られて、予算の範囲内でしかほとんど何もできないというものだったのですが、その後、1989年からゴールドプランが始まりました。この時には、消費税財源で高齢者福祉も一生懸命やるということで、例えばその時に問題となったのは、まさに「『寝たきり老人』のいる国いない国」の本で、大熊由紀子さんのあれを受けて、なぜ日本には寝たきり老人がいるのだということで、当時行われたのはゴールドプランの中では寝たきり老人ゼロ作戦というものがあったのです。寝たきり予防の10箇条やら、寝たきり判定基準だとか、やたらそんなものがあったのですけれども、それを基にゴールドプランでいろいろな施設整備やヘルパーの人的整備を進めた結果、介護保険が2000年から始まったのですけれども、介護保険というのはいわゆるガソリンでございまして、車体がゴールドプランでつくられて、ガソリンが来て今の介護保険制度がうまく動き出したというわけです。

そんな中で、介護保険制度の中でも、個人の尊厳を大事にしようということでやったのは、中村老健局長の時の「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」という報告書の中に、高齢者の尊厳を支えるケアが大事だということで、例えば集団から個人へとか、痴呆を認知症にしようとか、痴呆というのは差別用語ですから変えようとか、いろいろな取組をやって、それからリハビリも集団リハだったのを個別リハだとか、その人の状態に応じた基本的なケアをやっていこうということで進められたわけです。そういった中で、考え方がだんだん変わってきております。

介護保険制度の一つの特徴は、何と言っても要介護認定で、人によって差はない。要するに時間で決めていくという全国一律の要介護認定であり、大事なものはケアプランです。ケアマネジャーがきちんとケアプランをして、その人の

状態に応じたケアプランをつくって評価するという仕組みを入れた。それと支給限度額を設けて上限を決めた。こういったものを日本全国でやったということで、世界にも類を見ない制度だと思います。

そんな中で御質問ですけれども、確かに今、高齢者の考え方がかなり変わってきていて、自分の状況に応じたケアをやってもらいたいという人が増えてきているようでございます。例えば、終末期には医療は受けたくないとか、自分は医療はいいだとか、そこまで世話してくれなくてもいい。そして、住み慣れた自宅で支えてほしいとか、高齢者のニーズに応じて我々も変わってきておりますし、制度も変わってきているので、今後、そういう取組をやっていきたい。予防が大事なので、予防とともに保険をきちんと持続可能にしていく仕組みが大事なかなと思います。やはり、経産省が言うておられましたように、人生100年時代で何度も何度も働いていただく。忙しくなると病院に行く暇もないですし、介護に行く気も無いわけですので、生きがいを設けるとするのは大事で、そういった取組を進めていくことが本当に大事かと思えます。

以上です。

(高橋副会長)

ありがとうございます。

ちょうど今週の火曜日、大学の1年生に椎葉審議官が話したような内容を私が講義していたので、学生はこんな気分で聞いていたのかなと思って、非常に興味深く聞かせていただきました。

国家戦略を考えると、家庭は平均的にこんなものである、高齢者はこういうような形という基本像は非常に重要だと思うのです。私も介護保険の立ち上げのところに周辺から随分いろいろ関わらせてもらっていて、当時、自立ということを非常に言っていたのですけれども、高齢者自体があまり望んでいなかったし、社会が望んでいなかった。だから、理念はよかったですけれども、一回本当にやってあげて、施設に入れてという介護が広まって、一回理念が忘れられかけていたのです。もう一度高齢者像を介護保険当初のころに戻して、高齢者の価値観が変わったという価値観、変化というものをぜひ政策の中に入れて、これからの高齢者が望むものはこういう形だから、自立支援型、社会参画型に変える。今、非常にお金が使われているところの重度の介護というのは、実は欧米では存在していないので、そこは望んでいないわけです。そこを御本人が望んでいるからという形で消えていくと、その費用が無くなって、それが予防のほうに回せるのではないか。社会参画のほうに回せるのではないか。ぜひ、そういうような方向に舵を切ってほしいと思いつつ、お話を聞かせていただきました。

最後に江崎調整官に、戦略ということで。江崎調整官の話の中にも転換の話が随分ありましたけれども、利用者をどう考えるかという視点から今の介護はどうあるべきかということ意見をいただければと思います。よろしく願いいたします。

(江崎経済産業省商務・サービスG 商務・サービス政策統轄調整官)

ありがとうございます。

今、椎葉審議官が御説明されたように、本当にこの国は世界に先駆けているいろいろな取組をしてきたのだと思います。後は、経済産業省的に申し上げると、それができた経済力があつたということの一つラッキーだったのかなと思えました。

先ほど先生がおっしゃったスウェーデンは、実は歴史を紐解いてみると日本と同じだったと聞いたことがあります。スウェーデンは初めから死生観が高く食べなかったのではなく、スウェーデンも社会保障がいいところは日本と同じようにジャブジャブだったそうです。それがいよいよお金が無くなって、コスト的にはできないということから、先ほどおっしゃったように、食べられなくなつたらしないと言われました。

これはある意味、必然でそうなったというのもあるのですけれども、そのプロセスは結構シビアだと思います。できれば日本はそのプロセスをたどらずに、ある意味でまさに先生がおっしゃったような、高齢者の方が納得して最期を迎えられることができたらいいかなど。

もう一つ、非常に難しい問題だと思っておりますのは、非常にいい制度であつたがゆえに、それを止めるということが果たしてできるだろうかということがあります。

先ほどまさに東京都のおっしゃった外堀のほうが実は楽しいのですよと。今はできるだけ内堀の中でどれだけたくさんもらうかみたいな議論になってしまっていて、そこしかなければそうなるのはある意味当然です。だったら、それよりもよりいい外堀をつくる。先ほど先生がおっしゃった幸せの形です。これから社会的価値観も変わり、社会の仕組みも変わる中で、どっちがより幸せなのか。

私はこの国の医療制度はすばらしいと思っていますし、自分がいかにお金を持っているか持っていないかに関わらず、最先端の医療を受けられる。人類の理想なのです。ただ、ここにあなたは乗らなくてもいいのではないのという人もいて、みんな乗るから沈んでしまうのです。本当に救わなければいけない人に集中してもっと手厚くやる時に、自分の可能性を諦めて外側に行くのではなく、外側が楽しいから行った結果として席が空いている状況をどうつくれるの

か。それがまさにテーマだと思っています。

ありがたいことに、高齢者の方々も意識は非常に高うございますし、やるのが当たり前の世界がそうでもない。今、自治体からもありましたように、幸せの形の一つモデルが普及すると、あれは格好いいね、ああいうふうに生きたいね、ああいうふうに亡くなりたいねというのがどこまで出せるか。これは本人の気合いと根性の問題ではなく、社会全体がそれをよしとするし、それを支えるためのいろいろな仕組み。先ほど先生がおっしゃったように、多分、100歳超え70万人8割が女性という世界になってくると、新しい家族の形をつくっていく。それはお互いに支え合いながら、実際、血縁ではないのだけれども、仲よしグループでお互いに財産を共有しながら、最期を誰かに看取ってもらえる環境をつくれれば、それができない人が先ほどの特養か何かに行ってもいいけれども、できればグループのほうがいいというところをマッチングする。実際、民法的には問題はなくて、後の人に財産を残し、その代わりに、自分の葬式を出してもらおうということはこの国はできるのです。ただ、それが誰も思いつかない、やったことがないからやらないだけであって、それが格好いいねとなれば、この国は大きく動く可能性があると思っています。

明日から私、台湾に呼ばれて、実は介護制度をどう台湾がやるべきかという議論に参加してくるのですけれども、まさにこれからつくるがゆえに、台湾も言っていましたけれども、いかに保険の中でたくさんサービスをやるかということは国会でものすごく議論されていると言ったので、そうではなく、本当にやらなければいけないサービスが何で、そうではないところはどこかを今からやらないと大変だという話をしているのです。まさにそういうものをつくっていくことこそ、国家の戦略かと思っています。

（広瀬日本経済再生総合事務局次長）

本日、医師会から鈴木常任理事に来ていただいています。まさに地域包括ケアをずっと推進していただいておりますので、ぜひコメントをいただければと思います。

（鈴木日本医師会常任理事）

いろいろあります。私は介護給付費分科会の委員として、介護報酬改定の議論を行っていて、昨日ちょうど終わったところです。

介護保険が今回、大きく変わります。自立支援や重度化防止の視点、あるいは看取りの視点も入れて、豊明市でやっていらっしゃるようなりハ専門職がいろいろなサービスに入っていった自立支援のサポートをするようなことも保険で始まりまして、大きく変わる方向に舵を切っていくと思います。

地域包括ケアそのものは全部保険で見るというサービスではないのです。地域包括ケアが進めば進むほど、1つは全世代・全対象型といって、障害者や子供にも広がっていきます。もう一つは究極の目標はまちづくりですから、介護保険を使う人は一部にいますが、そうではない人をどうやって増やすか、そういう人たちがどうやって自立して長く住みなれた地域で過ごしていかれる社会をつくるかという大きな取組ですので、これからそうした第2ステージに向けて介護保険が動き出したのではないかと考えております。

そういう意味では、藤原先生のお話はもっともであり、それをいかに広げていくかということだと思います。豊明市の取組ももっともだと思いますが、大学がそこまでやる必要があるのかという気はします。大学でなくてもできるのです。行政と医師会が車の両輪になって、医師会が多職種連携のまとめ役になって一緒に地域包括ケアを進めることが必要です。顔の見える関係というのはある程度限られた、日常生活圏域と言いますが、人口2~3万のようところが中心にやらないと顔が見えないので、そういう関係が必要です。

地域力あるいは個人の活性化、生きがい、社会参加をいかに引き出していくかが重要で、そういうものは上から目線では駄目なのです。どこが地域に密着しているかということを考えて、密着している担い手がやるのが基本になるべきだろうと思います。

いろいろな話が出ましたが、自立している人が8割以上はいるわけです。そういう人たちはどんなフィットネスクラブでも何でも利用していただいたら良くて、その人と要介護認定者は混同しないほうがいいと思います。要介護認定者は、要支援も含めて、公的な保険を利用しながら、地域支援事業をこれから充実させていきます。それとフィットネスクラブとは違うと思いますので、自立した人、行きたい人はいいのですが、公的サービスを混ぜてどっちにしますかみたいな話をするのは、本来の在り方とは違うのではないかと思います。豊明市で、地域ケア会議に民間の営利企業を入れるとか、あるいは民間の事業者も紹介できるようにするというのは、別なところでやるのは自由ですけれども、そこで一緒にするというのは問題があるのではないかと思います。

後は、地域に自立した人を増やすことです。1つは就労です。地方では労働力不足なので、75歳ぐらいまで働ける社会をつくるということは重要だと思いますし、仕事と子育てが両立できる社会をつくることも必要だと思います。大都会が高齢者で満杯になりますから、23区はピーク時には特養状態になると言われています。私は地方に移れる人は移ってもらって、そこでもっと自由にのびのびと暮らしたり、畑もつくれたりと、いろいろなスモールビジネスが起こせるような土壌をつくっていったらいいと思います。

そういう意味では、私は厚労省にももう少し自由にそういうものができるよ

うな仕組みが必要かと思えます。江崎調整官のお話は、医師会との関係が最近いいので我々にも共感できる話が多くて、その辺は厚労省も少し参考にしていただけだと思います。

あとは終末期の話も出ましたが、私も世界のいろいろな国を見ていますが、1つは、死生観は時代とともに変わります。国によって違うということです。オランダは積極的に安楽死を認めているわけですが、日本では幾ら何でもそれは、ということもあります。これは時代とともに変わります。

いろいろなガイドラインもありますので、徐々にそういう形ができてくると思えます。また、日本医師会の横倉会長が世界医師会の会長になられまして、終末期の国際会議の中で、日本はこれからガイドラインをベースにかかりつけ医の教育の中に入れてやるのだということをおっしゃいましたので、そういうような形で地域に浸透させていきたいと思っております。

方向性としては、厚労省の中では変われなかったものが未来投資会議のいろいろな働きかけによって少しずつ変わりつつあるようになってきた。厚労省もこのままでは大変だと考えていると思えます。昨日も介護給付費分科会で改定の議論が終わった後、このままでは介護保険がもたないのではないかという意見が出ましたが、私もそのためには地域包括ケアを止めるのではなく、推進して、まちづくりをして、元気な自立した人を増やすような社会をつくっていくのが究極の目標であることをもう一回再確認する必要があるという話をしたところです。

以上です。

(翁会長)

豊明市にお伺いしたいのですけれども、さっき、ICTの活用をされているというお話がありました。やはり医療と介護は連携していかなければいけないので、そういったところでネットワークを構築していくというのはすごく鍵だと思うのです。もしお分かりでしたら、どういう情報が共有されることが非常に役に立っているかということが、もし現場のレベルからございましたら、教えていただきたい。

後、医療や介護やいろいろな職種が一緒になってやるということがこれから非常に重要になってくると思うのです。薬剤師とかリハビリ職とかですね。さっきリハビリのことを御説明いただいたのは厚労省だったですか。では厚労省のほうにそれはお伺いしたいのですけれども、もっとリハビリ専門職とかは地域の現場でいろいろな形でサポートすることがすごく必要なのではないかと思うのです。今、それを妨げているものが結構あるのではないか。その辺の認識とか、どうリハビリ専門職などを活用できるようにしていく取組ができるかと

いうことについて、もしお考えがあったら教えてください。

(都築藤田保健衛生大学地域包括ケア中核センター講師)

どういう情報がという点からお話させていただきます。

ICTの部分で、豊明市の一番のメリットというのは、そもそも情報を共有したときは何かしらアクションが起きた時。急速に体力が低下したとか、退院したけれども、その時に事前にMSW等がついていて、退院支援がちゃんとされているケースで、退院した後の生活をフォローする人間がクリアな場合はいいのですけれども、なくて帰ってきてしまった。さあ、この人をどうしようと困った状態で見つかったときに、誰が行けますかとか、ここで手を挙げて今、すぐお宅に行ける人はいませんかみたいなアクションが起きたときに、それを共有できる。そういった点は一番使い勝手がいいのかなと思っています。それは多分、いろいろとイベントが発生しますので、そういう時に情報を迅速に共有できる点はとても大事な点だ。

後、関連職種同士の会議体だとか合意形成の場面でICTを普段から使っていないので、それが介護保険だけではなく、総合事業であったり、職能団体同士の連絡であったり、様々なものがそもそもネットワークをつくりやすい土壌があるというのは、地域性というか、距離の問題を解決してくれますので、非常に情報共有する手段としては、法人の中で働いている人間からすると、それ以外とつながる手段があるというのはとてもありがたいことだと思っています。

なので、使い方というのは、例えば保険外のサービスであれば、私たちがリハビリと包括支援センターの方が介護保険を使わずに、その手前側で先ほどの電話一本とかファクス1枚で同行訪問するという話がありましたけれども、退院の時期は包括支援センターの方は病院から連絡が無いと分からないのです。家に帰って本人が電話してきて初めて分かるとか、そういったケースがあります。

では、退院して一月、二月たってサービスを調整して、リハビリの合意形成を得てから訪問リハビリが始まると、訪問リハビリが退院してから二月間ぐらいい入っていない。その間に体力がずっと悪化してしまったりします。だったら、その間にもっと早目に保険外のサービスでも一緒に行って、早く環境整備とか合意形成、もしくはリハビリの目標設定みたいなものをポンとってしまったほうが、体力低下する前との間を埋めていけます。そういった点では、リハビリ職の活用だとか、アクションが起きた瞬間に情報を共有する仕組みという点でICTが使えるかと思っています。

(鈴木日本医師会常任理事)

今の話ですけれども、今まではそうかもしれない。今度の診療報酬改定で退院後2週間以内に訪問リハを開始できるように、前倒しでどんどん入院中にセラピストが病院に行ったりという話が入りますから、おっしゃっているようなことは、今度の改定はかなり大きな改定になりますので、そういうものが一気に進むことになると思います。

全体を見る人がいなければいけないので、地域包括ケアシステムのリーダーは、私はかかりつけ医にぜひなってほしいと思います。そのために「日医かかりつけ医機能研修制度」を始めました。ぜひ、多職種連携のまとめ役はかかりつけ医がなれるように、我々も頑張りたいと思っております。そうすると、いろいろなことが起きても調整がつきます。

今回も、終末期の急変時に医師とかかりつけ医とケアマネの連携がかなり進みました。一々ケアプランを変更したのでは間に合わないわけです。医師の指示で必要なサービスを入れて、後からケアプランに反映させれば良いと柔軟にさせていただきましたので、かなり改善されて、連携がかなり進むと私は見ております。実際は違ったということにならないように、細かいところはよろしくお願いしたいと思っております。

(厚生労働省)

鈴木常任理事にほとんどお答えいただいたので、私から御説明することは特にはないのですが、先ほど御説明した資料15ページに地域リハビリテーション活動支援事業というものを示させていただいておりますが、1つはリハ専門職の方の、どうしてもなかなか数が足りないというような部分もあって、いわゆる資源の限界の中で、失礼な言い方ですが、こういった方々をどう有効活用していくかということが一番大きなポイントです。

先ほど来お話があるように、そこをどう連携していくかということで、特定のリハの事業所にいらっしゃるリハ専門職の方が利用者の方だけをお相手するというやり方では当然限界がある。今、鈴木常任理事からも御紹介いただきましたが、今度の報酬改定では他の事業所に対してリハ専門職の方がどう連携して関与していくかという、外の方が関与するような仕組みに対する評価もできた。

元々15ページの地域リハ支援事業もございしますが、都道府県レベルなりでリハ専門職の方をある意味ストックしておいて、その方々がそれぞれの事業所なりに出向いて連携していくという形を取っています。こういった形で、いろいろな限界を超えていかなければいけないと思います。要するに、ポイントはこういった専門職の方の連携に尽きますので、そこがポイントだと思っております。

(鈴木日本医師会常任理事)

リハ専門職の地域派遣です。医療機関とか介護施設はよくても、そこが一つネックだったのですが、現在、地域リハ推進体制がありまして、平成12年～18年まで国の補助事業でした。国の補助が無くなって、残っている県と残っていない県があるのですが、厚労省で再構築ないし活性化して、医療機関に8割以上のセラピストが就職していますし、20～30代の若い人が多いので、その人たちが地域に行かれるように、行政と医療機関が契約をして業務の一環としてきちんと行かれて、リスクもちゃんと保障できるような仕組みをつくって、推進していくことも始まっていますから、これから地域への派遣ももっと活発になっていくと思います。

(越智副大臣)

今日は、大変興味深いお話をありがとうございます。

高橋副会長のお話も今日ゆっくり伺って、私もそのとおりだと思いますし、我々50代は介護の両親を抱える世代という意味では、実感は本当に湧いております。大変いいお話を伺えたと思います。

まず小浮市長のお話を伺って、感銘を受けたのですが、自立支援ケアマネジメントについて、要支援から要介護になるところが多く、要支援予備軍も含めてケアしようという動きがあります。先ほど、民間業者も負担が無いようにとおっしゃられていましたが、公費も入れていないということではよいでしょうか。

(小浮愛知県豊明市市長)

入れていません。

(越智副大臣)

人件費とかそういうものがあるとしても、それは入れていないということではございます。

お伺いしたかったのが、最後のところでケアマネの報酬、要はケアプランをつくらないと報酬をもらえないので、どうにかならないかというお話がありました。今、完全に自前で頑張っている中で、公費が必要な部分、あるいは保険制度に一部はいらなければいけない部分とか、その境があることで、できることができなくなっているとか、その辺の悩みがあったら聞きたいなというのが1つです。

もう一つは、厚労省にお伺いしたいのですけれども、先ほど、介護予防・日常生活支援総合事業という話がありましたし、また、鈴木常任理事から地域包

括ケアの精神みたいなお話もございましたけれども、こちらのお話を聞かれています、地域包括ケアをこれから進めていく上ではどう解釈されているのかというのを伺いしてみたいと思いました。

（小浮愛知県豊明市市長）

越智副大臣がおっしゃられるように、企業に対しては全く公費を入れていません。基本的にはいろいろな交渉をして、企業側としても、うちの市も小さな市ですから、名古屋をターゲットにしているところはいいのですけれども、豊明市を重点的にターゲットにしている企業からすると、店を存続することとか、チェーン店においても店を存続させるためには新しいターゲットとして高齢者が必要なわけです。そういったニーズは企業側にもあるわけです。それを自分たちは十分いろいろな企業と話し合いをすることによって把握して、新たなサービスをそうするように自分たちも十分仕向ける。情報を与えてこういったサービスを提供すれば、高齢者は確実にサービスのニーズがありますということを提供してそうしている状態になっています。

今後、ケアプランの中でケアマネジャーのところで必要である、必要でないというところを都築先生から補足してもらえますか。

（都築藤田保健衛生大学地域包括ケア中核センター講師）

ケアプランの中にインフォーマルのサービスをより多く入れる。そのための地域資源を探しにいくとか、そういったインフォーマルをやっている方々は、NPOの団体から、民間のサービスから、様々ありますけれども、サービスの内容をアテンドしてあげて、一緒にこうやって使うのだよとか、こうやってやると大丈夫だねというところまでやってあげれば、確かに定着していくと思うのですが、そこに関する時間的、もしくは負担みたいなものが報酬として評価されていない現状だと、積極的に行きづらい。では、介護保険でポンとサービスをつけてしまって、電話一本でお願いねと言えば、すぐそちらが動いてしまう建て付けだと、つつい今までどおりの仕事のほうに向きやすいというのはあって、我々が自立支援だから週2日デイのそれ以外の週5日間の過ごし方を見つけてくださいということをお願いしようと思うと、そこはすぐに動いていただけないような現状が、悩みという点ではございますし、そこが何とかなっていくと、医療者としては、もしくは事業者、介護事業者等では、自分たちの事業所に来たら一生懸命やるのですが、それ以外の日にちの過ごし方というのは、指導はさせてもらいます。日記をつけたり、チェックをしたり、自主トレ表を渡せるのですけれども、実際にやっているとか、アテンドされてちゃんとそれ以外の行き先まで行っているかどうかということを手帳に誰かがついていく

ような、それがやはり必要なのかと。そこの悩みは実際、事業者として持っております。

（厚生労働省老健局振興課）

今までいただいたお話について、地域包括システムにどう位置付けるかというお話ですが、今までいただいた御議論は厚労省の方針として全く違うものではございません。鈴木常任理事におっしゃっていただいたように、地域包括システムの構築というのはイコールまちづくりである。まちづくりということは、単に制度的な背景にあるサービスだけではなく、様々なサービスを取り込んで地域づくりをしていく。これは皆さんおっしゃっているところで、これは厚労省としての考え方もそのとおりです。

ただ、今、お話しになったケアプランの関係なのですが、制度的な話で恐縮なのです。1つは今もケアプランにインフォーマルサービスなども含めてきちんと位置付けてください、むしろそういうことに取り組んでくださいということは厚労省としてもお願いしているところです。

さらに、要支援者の方を対象とする総合事業での介護予防支援事業、介護予防のケアマネジメントですが、ここにはもちろん、民間企業のサービスだけであっても、そういったものを位置づけるということは全く問題ないことだと思います。

ただ、要介護の方の介護給付について、要介護の方のプランについて、例えばインフォーマルサービスだけ、いわゆる介護保険外のサービスだけというプランでもケアマネにお支払いができるかというのはいろいろ議論があるところで、当然介護給付を前提としたケアプランですから、制度の給付が無いものに対してお支払いできるかどうかという問題と、お話がございましたけれども、要介護の方に対してのサービスとしては、基本は制度の中のサービスをきちんと中核においていただいた上で、その周辺にどう組み合わせていくかということなので、真ん中の部分がないプランというのはどうなのかというのはいろいろ御議論だと思っておりますが、今の我々の考え方としてはそういう考え方に則しているということでございます。

（高橋副会長）

私、医療情報ネットワークについて伺いたいと思います。厚生労働省から提示された資料の8ページを開いていただきたいと思います。

これまでの情報システムというのは基本的に施設内で作ってございましたので、施設内のサービスというのが1社つくっていただければ非常にうまくつながるといってできておりました。ところが、これから先は、8ページの図に示して

ありますように、いろいろな事業者の情報をつなぐということになります。病院がA社、かかりつけ医がB社、薬局がC社、訪問看護がD社でというような形で情報をつくっていると、A社とB社をつなぐとき、A社とC社とつなぐ、A社とD社をつなぐ、それぞれ連携に費用がかかるということになります。さらに、使っている指標が、病院がBarthelを使って、かかりつけ医がFIMを使ってという形で、使っている物差しが違っていると送ってこられても比較もできないし、非常に困るという形になります。

それぞれの情報というのは、あまり詳しいものは要らないのですけれども、みんなが共有すべきものというのは整理するとそれほどの量でもないだろうと思われるわけであります。その情報の内容、みんなで共有するものを患者ベースでつくって、そこにみんなが同じように入れると、まず、システムをつくるのが非常に安くなる。連携のところの話は無くなるという形になります。それから、同じ物差しでつくっていると、いろいろなことに利活用が可能になるだろうと思われるわけであります。

そういう意味で、医療のほうは非常に進んでいるのですけれども、介護はまだほとんど進んでいないので、今の時点でそのような利用者ベースの共通のフォーマットみたいなものができ、それをみんなで使うような形になるのが非常に望ましい形ではないかと考えているわけであります。

もう一つ、さっきは25年前の話をしましたけれども、今年の9月1日の話をつけ加えさせていただきたいと思えます。

私、10年間ぐらい毎年フランスに行っております。フランスのいろいろな医療機関とかを回るのですけれども、今年の9月1日にEUの医療情報委員長のガブリエルさん、6回目なのですがお会いしていろいろお話をしてまいりました。彼が真っ先に言ったことは、フランスも日本も個人情報で縛られて身動きがとれない。個人情報を無視している社会主義的な国家、幾つかの例を出していました。それから、グーグルとか個人の認証を取ったふりをして好き勝手を許しているアメリカ。その2つにどンドン置いていかれるということをもまず言った後に、次にプラットフォーマーがない。プラットフォーマーでうまくいっている例として、エストニアとGAFA。アメリカのグーグル、アマゾン、フェイスブック、アップルを出しまして、2つの戦略があって、どっちかという日本はなかなかうまくいかない、日本もフランスも置いていかれてとても寂しいねということ2人で話してきたわけであります。

何とか今、私もいろいろな業界、企業を集めたりして研究会をしているのですけれども、最初、どうも7割とか8割ぐらいの人が同じものを使うと残りの人は使わざるを得なくなって、デファクトになる。案はつくれるのですけれども、実際にそういうものが集まってデファクトにするときに、やはり何らかの

強制力がないと、デファクト化、みんなが同じものを使うという非常に効率的な社会をつくるという面で非常にハードルが高くなるということがございます。ですから、医療情報と書いてありますけれども、医療・介護情報ネットワークをやるためには、みんなが使う仕組みをぜひ考えていただきたいということが希望です。

エストニアの話は江崎調整官がとても詳しいので、その辺の事情をみなさんに、随分参考になったのでやっていただきたいということと、こういう情報システムがうまく動くための秘訣みたいなものをお話しいただければと思います。

もう一点は、厚生労働省のほうにお伺いしたいのですけれども、医療のほうはできてしまってレガシーが多過ぎてどうにもならないところがあるのですが、介護に関してはできていないから、まさに今、つくらないといけないのではないかと思うのです。その情報の標準化というか、皆さんが同じ形でやることに個別性を出すというのは、ちょこつとは気持ちいいのですけれども、みんなが個別性を出すとみんな不幸になってしまうのです。だから、ぜひ共通の形でこういうものをつくるという仕組みみたいなものを考えられているかどうかというあたりについて、お話を聞かせていただければと思います。

お願いいたします。

(江崎経済産業省商務・サービスG 商務・サービス政策統轄調整官)

それでは、前座でエストニアのお話をさせていただきます。

世界的にもエストニアというのが最も進んだ効率的な医療システムを持っている国で有名でございます。実は私、やや半信半疑で、だってエストニアは小さいではないかと、茨城県プラスアルファぐらいの大きさなのですけれども、この間、エストニアの方から直接お話を伺う機会がありまして、実は全然そんなことはない。日本、それからフランスも抱えた悩みは全部持っておりました。つまり、医療関係者からデータをもらうのが大変。それぞれの先生は全然違うことをやっている。後、国民もプライバシーが大変ということにおいては、我々のぶつかっている問題と何ら変わらないのです。

彼らはなぜできたかというところ、ここは小さいということもあるのでしょうけれども、国民投票も含めて基本的にITベースであることと、自分たちで何とか国をまとめなければいけないという意識がそれなりにあったのだそうです。ただ、医療だけを特別にIT化したのではなく、全体をIT化する中でまずやろうとした。

ただ、その中で起きたことは、協力は得られない、システムは統合できない、フォーマットは決まらないとあったのですけれども、先生がおっしゃったように、それでもとりあえず協力者を募ってやっていって、一定の数字、閾値を超えた

瞬間にピタッと無くなったそうです。今や、医療関係者はこれを使わないとそもそも医療ができないという状況になって、反対した人なんていたのですかといような状況になりましたということをおっしゃっておられました。

ただ、その時に、彼らと話をしている、日本はむしろシステムができ過ぎていて、どちらかというところだとITで共通化するという全体的な流れが彼らにあったのに対して、日本の場合は逆にむしろITが先行したがゆえに、病院もそうですし、自治体もそうですし、バラバラなシステムで、場合によっては病院単位ではなく、病院の中の先生ごとにシステムが違うというものまであるという状況になってしまっています。ここをどう変えなければいけないかというのが我々にとって大きなテーマなのです。

ただ、実はエストニアがヒントになっていて、これを使わないと医療ができないというところまで持っていけば、そこは統一する。それを何でやるかというのが大きなテーマになります。したがって、今の介護がそうであるように、できてしまったシステムを変えるというのは大変なのですけれども、これからつくるシステムというのがチャンスの一つです。もう一つ、ITをやるときの最大のレッスンは何かというと、どこまで情報を絞れるかなのです。

システムをつくる時は、どうしてもあれも欲しい、これも欲しい、あれがやりたい、これがやりたいでだんだんお化けになっていくというのがあるのです。前回私どもで御説明差し上げました糖尿病に関する実証事業ですけれども、元々160項目取ってくれというところから始まったのですけれども、それは無理だと。安定的に質のいいデータを取ろうと思ったら、最終的に学会が妥協してくれて、24項目に絞ってくれたのですけれども、それでも取れない。最終的に4つしか取っていないのです。4つしか取っていないのですけれども、少なくともその4つをきっちり取ることによって、糖尿病だけではなく、他の高脂血症も全部改善することが分かったのです。

したがって、介護も、先ほどあったように、病院から自宅に行くときに最低限この情報だけは欲しい。あれもあつたらいいというのは止めて、これだけとりあえずくださいというところからシステムをつくる。それに足していく。最初にすごいものをつくってしまいたがるのがIT業界の性であり、どうしてもシステム屋の性なのですけれども、そこをある意味、ここは厚労省等が自治体も含めて協力して、我々もIT屋さんをやりたいと思っています。

一ついいことは、世界で話をしている、1億人以上いる国民で、これだけ質のいいデータがとり切れるのは多分日本しかないだろう。先週、アメリカに行ってきましたけれども、アメリカはすごいのですけれども、金持ちのデータは取れる。ないしは貧乏な人のデータを金で買うというのはできるのですけれども、国全体をバランスよく取るというのはほとんど不可能に近いのです。そ

れは日本だったらできるだろうし、それをコアにして広げていくことによって。だから、あったらいいなというシステムではなく、無いと困るシステム。キラーコンテンツでシステムを統一していく作業ができると、まさに介護から逆に医療のほうにつないでいける可能性はあるかなと思います。

以上です。

(厚生労働省老健局振興課)

厚労省での現段階での考え方でございますけれども、御案内のとおり、介護についてはいろいろな方々の連携がポイントになるのです。介護をより一層、情報連携というのがポイントになってくるのだと思います。なので、それに向けた検討というのは今後進めていかななくてはいけないのです。

ただ、一方で、今、例えば1法人の中での情報連携みたいなものがむしろ進んでいたりするところもあります。ある意味、でき上がってしまっている部分がそれぞれあったり、また、ベンダーそれぞれの仕様があったりとか、その辺を今後、どういうふうに可能な範囲で整理できていくのかというのが大きなテーマであるということは厚労省としても認識しています。

(高橋副会長)

先ほどの江崎調整官の言われたように、最小限のもののは出せという形のコアのところだけ決めて、これを提出するというような形ができますと、例えばBarthelを使っていて、国がFIMのこの項目だけ出せという形でやっている、BarthelとってFIMとるの面倒くさいので施設のほうもFIMになる。その部分を置き換えるという形でいくと思うのです。膨大なものを出させるというよりも、コアのもののミニマムデータセットを決めて、その提出はみんなするというような形の取り決めができると、社会全体がそっちに動いていくという形になるのではないかと。

まだ構想の段階で、これは本当に大変だというのはよく分かっているのですけれども、トータルの意味の国民の利便性、それから利得というものを考えた場合、連携の時に提出するみんなが使うものだけを決めるという部分が、おそらくシステムが成功するかしないかの一番コアの部分なのではないかと思えます。ぜひ、そういう形での取組を考えていただけたら大変ありがたいと思えます。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

今日は総務省の吉岡審議官にいらしていただいておりますけれども、総務省の参考資料5ページに「医療・介護データ標準化の推進について（H30要求）」と

ということで、来年度事業の話。まさに医療・介護連携に必要なデータの標準化という話がありますけれども、今の関連で、総務省としてはこれについてどんなことを今、考えておられるのか。ございますでしょうか。

（吉岡総務省大臣官房審議官（情報流通行政局担当））

参考資料 1、5 ページです。来年度の取組としまして、医療・介護データの標準化を進めていこうということで予定をしております。御案内のように、これまで私どもはEHRの高度化を進めてまいりましたところ、実のところ医療側で必要な介護情報は何か、介護側で必要な医療情報は何かということについてしっかりと全国的に統一が全く取れていないということが分かってまいりましたので、医療機関と介護施設間での情報のやりとりをする際のデータ標準をしっかりとつくっていこうということで考えております。

最終的に、結果としましてはデータ流通の標準化に向けた実証をやるわけですが、その結果はJAHISとか厚生労働省のほうにもフィードバックをいたしまして、実際の施策の中に取り組んでいくことができればということで考えております。

（広瀬日本経済再生総合事務局次長）

総務省のほうでつくっていただいたものを、厚労省のほうではそれをまさに標準にしていくとかということころは、どんなふう連携をしてやっていかれることを両省間でお話をされているか。

（吉岡総務省大臣官房審議官（情報流通行政局担当））

私どものほうでJAHISなり厚生労働省にその結果を提供しますので、後の取り扱いは厚生労働省のほうで検討していただくということになると思います。

（高橋副会長）

JAHISを通して医・介連携のフォーマットをつくられたのを見せていただいたのですが、使っている例をまだ見たことが無いという形で、また同じことになるそうだなという形で、もう一工夫必要かなと思いますし、どちらかというと現場ベースでそういうものはつくって、それをシステム屋さんが支えるという形でいかないと、日立とか富士通が中心につくられると現場は使えないなという感じがするのです。その辺はもうちょっと戦略の練り直しが必要ではないかと思います。

(吉岡総務省大臣官房審議官(情報流通行政局担当))

御指摘のとおりです。私どもは全国数カ所の現場で実際に実証して、よりよいものをつくっていきたいと思っております。その実証のやり方を含めて、今、厚生労働省と相談しながらやっているというところであります。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

後はよろしいでしょうか。

それでは、最後に翁会長からコメントをいただければと思います。

(翁会長)

本日は本当にいろいろと、重要な御示唆いただきましてありがとうございます。私ども、自立支援・介護予防ということで、ずっと未来投資会議を進めてきているのですが、一層これを進めていくということについて、今日、非常に力強いいろいろな事例を伺って重要性を改めて感じました。ありがとうございました。

高齢者のニーズが大きく変わってきているということもあります。それから、自立ということを求めているということもあります。こういったところから出発していくという根本的な御指摘もいただきました。

地域包括ケアに関しましては、地域で目指すべき全体像というのが共有され、創意工夫ある取組が進むよう、より実効的な情報の共有とか発信をどんどん進めていただければと思います。

2025年の問題を展望いたしますと、今の公的医療保険、介護保険制度は、先ほど鈴木常任理事もおっしゃいましたけれども、早晚、費用、体制の両面で限界ですので、今日お話があった外堀というのをどう対応していくかということが非常に重要だと思います。

公的医療・介護をより高度化すべき部分と自助、互助を強化すべき部分の外堀というのを改めて整理しまして、国、地方双方で取組を加速していくということが必要ではないかと思っております。

また、地域で就労、社会参加支援、予防・介護、医療サービス等、一連のサービスが高齢者の希望とか状態に沿う形でシームレスにつながるということがとても重要で、御指摘があったように窓口を1つにするなど、縦割りの弊害を無くして、連携、協働、情報共有というのを十分にしていくということが非常に重要だということが分かりました。それぞれの取組が有機的につながるように、高齢者のニーズからまず出発して、そういった仕組みを早急に構築すべきだと思います。

各論を3つだけ申し上げます。予防や社会参加につきましては、予防の観点

では要介護、要支援にならないということで、身体機能や認知機能の低下を早期発見して適切なケアにつなげるということがとても重要だということが改めて確認できました。特に社会参加の促進ということが非常に求められると思います。高齢者が支え手として社会的役割を担うと同時に、自身の健康増進につなげていくということがこの日本では非常に重要になってきていると思います。

就労または従来の枠を超えた幅広い社会参加支援ということをぜひ推進するような方向で政策を行っていくということが必要ではないかと思います。

保険外サービスにつきまして、これも先ほど申し上げましたような公的介護状況の^{ひっばく}逼迫を踏まえれば、鍵はやはり公的保険外サービスをどう生かしていくかということだと思います。役割分担、両サービスの関係というところを整理して、保険外サービス推進のために、地域の資源を活用したり、事業を活用したり、事業を創出していくことを後押ししていくということが重要だと思います。

先ほど、経産省のほうからはヘルスケア会議地域版でやっているというお話もありましたけれども、同時に厚労省のほうでは地域ケア会議をやっているわけございまして、こういったところを連携していくとか、いろいろ強化の方法があると思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

また、保険外サービスにつきまして、予防や自立支援の選択肢としやすくするというようなことがあって、どういうことができるか。例えばケアプランのところはどう情報提供していくかとか、そういった保険外サービスに関する積極的な情報提供といったことも考えていただきたいと思います。

最後に、医療・介護連携、多職種連携でございます。最後に議論がございましたけれども、少しずつ進んでおりますが、特にICT活用、地域医療ネットワークに関しましては、多職種間でどの情報を具体的に連携してやっていくことが効率的で効果的かということをごひ整理していただきたいと思います。また、標準化につきましても今、御議論ございましたけれども、実効的に進められるような取り組みをお願いしたいと思います。

いずれにせよ、地域で現実的な実効性のあるネットワークをどう構築していくか、手順、優先順位づけというのをしっかり検討していただければと思います。

それから、職種連携。医師を中心に医療・介護、専門職がチームとしてやっていくことがとても重要になってきているということです。多職種間の役割分担をどういうふうに柔軟にしながらやっていくか。リハビリ専門職とか薬剤師、こういった人たちも入れてどういうふうに体制を構築できるか。何が考えられるのか。こういったことについて議論が深められればと思います。

今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございました。

それでは、最後に越智副大臣からまとめの御発言をいただきたいと思います。

(越智副大臣)

最後にお礼の御挨拶をさせていただきます。

今日は2時間半、皆さんにお時間を取っていただきまして、ありがとうございます。

長い時間、時間を取っていただいた価値があったといいますか、意味がある議論ができたのではないかと思って、心から感謝申し上げたいと思います。

豊明市の皆さんには本当に具体的な事例を教えてくださいましたし、また、藤原先生からは「三方よし」、また「外堀」というキーワードを使っていろいろとお話をいただいて、御示唆いただけたと思っております。

後半の自由討議におきましても、高橋副会長から率直な御意見をいただいて、私も大変共感する部分がありました。

また、それぞれ御意見をいただきましたけれども、今日は幅の広い、また、深度の深いといいますか、示唆に富むお話をいただきました。これは未来投資会議ならではの、であると思います。ぜひ、今日の議論を踏まえて、各省庁には取組をいただきたいし、しっかり連携してほしいということを申し上げて、私からの御挨拶といたします。今日はありがとうございました。

(広瀬日本経済再生総合事務局次長)

ありがとうございました。

それでは以上をもちまして、本日の会議を終了させていただきます。