

○村中総括調整官 定刻となりましたので、ただいまから、第115回「社会保障審議会介護保険部会」を開催いたします。

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

本日は対面を基本としつつ、オンラインも組み合わせての実施とさせていただきます。また、動画配信システムでのライブ配信により一般公開する形としております。

また、本日の議題に関しまして、医政局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官室から田中参事官、西川企画官が出席しております。

それでは、以降の進行を菊池部会長にお願いいたします。

○菊池部会長 皆さん、おはようございます。師走の大変お忙しい中御参加いただきまして、誠にありがとうございます。どうぞよろしくお願いたします。

本日の委員の出席状況ですが、大石委員、大西委員、山本委員、井上委員より御欠席の御連絡をいただいております。

御欠席の大石委員の代理として長崎県福祉保健部長の新田惇一参考人、大西委員の代理として高松市健康福祉局介護保険課長の多田也寸志参考人、山本委員の代理として日本看護協会常任理事の田母神裕美参考人、井上委員の代理として日本経済団体連合会経済政策本部長の清家武彦参考人、以上4名の方に御出席いただいておりますが、御参加をお認めいただけますでしょうか。

（首肯する委員あり）

○菊池部会長 ありがとうございます。

はじめに、本日の資料と会議の運営方法について事務局から御確認をお願いいたします。

○村中総括調整官 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、会場にお越しの委員におかれては、机の上に用意をしてございます。オンラインにて出席の委員におかれては、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。同様の資料をホームページにも掲載してございます。資料の不足等がございましたら、恐縮ですが、ホームページからダウンロードいただくなどの御対応をお願いいたします。

次に、発言方法等について、オンラインで御参加の委員の皆様には、画面の下にマイクのアイコンが出ていると思います。会議の進行中は、基本的に皆様のマイクをミュートにさせていただきます。御発言をされる際には、Zoomツールバーの「リアクション」から「手を挙げる」をクリックいただき、部会長の指名を受けてからマイクのミュートを解除して御発言ください。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「手を下ろす」をクリックいただき、併せて再度マイクをミュートにさせていただきますようお

願いたします。なお、時間が限られておりますので、発言は極力簡潔にお願いいたします。

報道関係の方に御連絡をいたします。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。

(カメラ退室)

○村中総括調整官 事務局からは以上です。

○菊池部会長 それでは、早速議事に入らせていただきます。議題1「医療等情報の二次利用に係る現状と今後の対応方針について」、事務局から御説明をお願いいたします。

○西川医政局企画官 医政局企画官でございます。

それでは、資料1について私から御説明させていただきます。

2ページでございます。こちらは今年の6月に政府で決めました医療DXの工程表、また規制改革実施計画の抜粋でございます。

次の3ページをお願いいたします。今年の6月の骨太方針2024の抜粋でございます。真ん中の赤字のところでございますけれども、医療技術の開発、創薬などのために医療データの二次利用する環境の整備ですとか、医療・介護の公的データベースのデータ利活用の促進、研究者・企業等が質の高いデータを安全かつ効率的に利活用できる基盤を構築するということが定められてございます。

次、5ページをお願いいたします。こうした政府の決定を受けまして、医政局に昨年11月にワーキンググループを設置いたしまして、この二次利用策につきまして5回にわたって議論をいたしました。

それを踏まえまして、次の7ページをお願いします。今回御議論いただきたい点として、大きく3点ございます。医学・医療分野のイノベーションを進めまして、国民・患者またサービス利用者の方々にその成果を還元するために、この医療等情報の二次利用を進めていく必要があると考えてございます。それに当たりましては、医療・介護現場や患者・国民の理解を得ながら進めていくことを大前提にしたいと考えております。

その下に現状・課題と右側に今後の対応方針とありますが、主に3点ございます。

1点目がカルテ情報の二次利用に関するものでございます。これは先日医療部会でも御議論いただいたものでありますけれども、現在「電子カルテ情報共有サービス」というものを構築しております。その中では3文書6情報を共有するという基盤をつくることにしております。そこで集めてきた電子カルテ情報につきまして匿名化ないし仮名化をしまして、二次利用を可能としていきたいと考えてございます。

真ん中の2点目でございます。こちらは厚生労働大臣が持っております医療・介護関係のデータベースの利用促進ということであります。NDBや介護DBなどにおきまして、これまで匿名化した情報の利活用を進めてきたところでございます。一方で、諸外国などでは匿名化だけではなくより研究開発、疫学研究等で有用性の高い仮名化情報の利活用が可能になってございます。また、我が国におきましても、昨年次世代医療基盤法の改正が行われ

まして、今年の4月から一定の枠組みの中で仮名加工医療情報の利活用が始まっているところでございます。こうした状況を受けまして、厚生労働大臣が保有する医療・介護の公的データベースにおいて、仮名化情報の利活用を可能とし、他の仮名化情報との連結解析も可能としたいということでございます。

最後、3点目でございます。こちらはデータの利活用環境でございます。現在、研究者・データ利用者の方々に厳しいデータ利活用環境を求めているところがございます。これにつきまして、研究者・企業等がリモートアクセスをできるクラウド基盤をつくりまして、今までよりもより安全かつ効率的にデータの解析を行う環境をつくってまいりたいと考えてございます。また、データの利用申請や審査の体制につきましても一元的に行うことで、今までよりもしっかりと効率的に受付また審査をする体制を整えていきたいと考えてございます。

8ページ、今申し上げたことをイメージにしたものでございます。

続きまして、9ページをお願いしたいと思います。概要を申し上げたことの詳細でございます。9ページの下半分に対応方針（案）を書いてございます。今回御議論いただきたい点としまして、介護レセプトデータ等について、必要な適切な審査を行うとともに、厚生労働大臣また利用者が遵守すべき保護措置などをしっかりと定めた上で、仮名化情報の利用・提供を可能としてはどうかということでございます。この仮名化データの提供に当たりましては、現行の介護DBとは別にそのための新たなデータベースを整備してやっていきたいと考えてございます。2つ目のポツですけれども、介護レセプトデータの仮名化情報については、他のデータベースの仮名化情報また次世代医療基盤法の認定作成事業者の仮名加工医療情報との連結解析を可能としてはどうかということでございます。これにつきましては、介護保険法の改正が必要となります。他のNDBや感染症のデータベースなどと併せて、それぞれデータベースの根拠法の改正を行いたいと考えてございます。

続きまして、10ページでございます。仮名化情報を提供しますデータベースの管理またその利用者への保護措置などをどうするかという内容の詳細でございます。仮名化情報につきましては、匿名化情報よりもより多くの情報を含むこととなりますので、これまでよりもより安全かつ厳格な仕組みを設けて運用をしていきたいと考えてございます。

1つ目、データベースの管理でございますけれども、仮名化情報の利用・提供を行うデータベースにつきましては、データを格納する際に、本人の氏名または被保険者番号などを削除または記号番号に置き換えるなどしまして、それだけでは誰のものか分からない状態にした上で格納いたします。その上で、このデータベースにつきましては、個人情報保護法上は個人情報の保有主体である行政機関の長等に求められる水準と同等の安全管理措置または不適正利用の禁止、職員等への義務などの措置を講じていきたいと考えてございます。

真ん中の利用場面・目的のところでございます。まず、今の匿名化情報と同様に「相当の公益性がある場合」に利用・提供を認めるということでございます。特定の商品の広告、

マーケティングなどには利用できないということを法律に位置づけたいと考えております。その上で、仮名化情報の利用可能な場面につきましては、真に仮名化情報が必要と認められる場合とすることを考えております。匿名化情報で研究目的が達成できるのであれば匿名化情報でやっていただくことが基本でございます。情報の加工基準や審査基準につきましては、これからガイドラインを整備していく必要がございます。これにつきましては、医療・介護現場の先生方、また利用者の方々の御意見を聞きながら、今後議論をしていきたいと考えてございます。その上で、この仮名化情報の提供に当たりましては、研究目的・研究内容を審査して、きちんと適切にやっていきたいということでございます。

最後が利用者の保護措置・利用環境でございます。先ほどクラウドの情報連携基盤を構築するという事を申し上げました。これにつきましては、利用者の利便性を上げると同時に安全性も高めるということでもあります。これまではDVDなどの記憶媒体でデータを提供しておりましたけれども、クラウド環境で研究者が必要なデータのみをその環境で解析をするということでございまして、生データそのものは相手に渡さないということで、より安全な運用が可能になるものと考えております。一方で、データを提供してほしいという要望は一定ございますので、こういった場合に可能にするかというところは引き続き検討したいと考えてございます。また、法律上もこの利用者につきましては、現行の匿名化情報と同様に、照合の禁止、データの消去、安全管理措置、不正利用の際の罰則などを定めていくということでございます。その上で、匿名化情報よりもより厳格な管理を担保するために、厚生労働大臣から利用者への措置要求の義務に関する規定また利用者に対する従業者の監督の義務、罰則などを上乗せで設けるということで、より安全かつ厳格な仕組みの中で対応していきたいと考えてございます。

最後、11ページでございます。クラウドの情報連携基盤の構築につきましては、今後どういったセキュリティー要件を持たせるか、またダッシュボード機能、ポータル機能など、どういった支援機能を設計するかは、引き続き有識者の御意見を聞きながら考えていきたいということでございます。

また、11ページの下半分、利用申請や審査体制の一元化でございますけれども、これにつきましても引き続き実務的に検討を進めてまいりたいと考えております。申請の受付窓口の一本化ですとか、審査体制の中で各データベースの事情、専門家の先生方の御意見をどう反映した形で組んでいくことができるかを引き続き詰めさせていただきたいと考えてございます。

以降は参考資料でございますけれども、17ページです。ここに一般的な仮名加工情報と匿名加工情報の違いを載せさせていただいております。あくまで一般的な説明になりますので、実際には個々の研究内容、目的に応じて加工のレベルを変える場合があります。一般的な説明としましては、真ん中に元データがございまして、匿名化も仮名化も氏名などについては記号番号に置き換えるなどいたしますので、それ単体では誰のものか分からないというところは同じでございます。一方で、生年月日や受診日、体重、血圧などにつき

ましては、特異な値などがある場合は一定の幅で記載するまたはマスクされる場合がございますけれども、基本的に仮名化データにつきましてはそういったことはしないということでございます。

18ページ、仮名化情報のメリットなどを記載させていただいております。

ユースケースにつきましても19ページ、20ページ、21ページで整理をさせていただいておりますが、特に21ページ、22ページを御覧いただきたいと思っております。仮名化情報のユースケースとしまして、特に電子カルテなどのアウトカム情報が入った臨床情報との連結解析があると思っております。ここでは主に4点で整理をさせていただいております。

これまでレセプトデータのみでの分析では一定の限界があることを指摘されておりますけれども、臨床情報と組み合わせることで医薬品・医療機器の安全性検証などがより精緻にできる可能性があることが指摘をされています。

また、2番は、難病や希少がんなどの有効な治療法がない疾病につきまして、こちらについても難病データベースやがん登録のデータベースとカルテ情報、レセプト情報を分析することによりまして、臨床像の解明、新たな治療法の開発に貢献できる可能性があると考えております。

22ページ、3番、感染症危機への対応ですけれども、こちらについても新型コロナの対応を踏まえまして、感染症、予防接種の情報と臨床情報を組み合わせて分析をすることで、重症化リスク因子の同定、医療資源の配分などについての分析が可能になると考えております。

4番については、医療、介護・障害福祉の関係のサービスの質の評価をより精緻にできるということでございます。レセプト情報と臨床情報を組み合わせてアウトカム情報と連結した分析を行うことで、医療、介護・福祉サービスの質の向上また評価、転帰の情報とも組み合わせることで適切な予後予測モデルの開発も可能になっていくと考えてございます。

資料1の説明は以上でございます。よろしく申し上げます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

ただいまの議題につきましては、公的DBはいろいろありますので、当部会と並行して厚生科学審議会、社会保障審議会、そしてこども家庭審議会の各部会、分科会でそれぞれ議論がなされてきております。当部会においてもこの方向性について了承いただきたいということでお諮りするものでございます。

それでは、委員の皆様からただいまの説明に関しまして御発言がございましたらお願いいたします。会場の方は挙手をいただき、オンラインの方はZoomの「手を挙げる」機能を使用いただければと思います。まず、いつものように会場からお願いできればと思います。

津下委員から申し上げます。

○津下委員 ありがとうございます。

このようなシステムの構築によって最後のところでおっしゃったような介護保険についてもサービスの質の向上などが図られると思っております。

質問なのですけれども、仮名化情報ということで介護DBとはまた違うデータベースをつくるという話がありましたけれども、介護保険の側で仮名化情報と匿名化情報の特に違うところはなにか、介護保険ではかなり個別化した情報があると思いますので、そのような準備を進めていく必要があると思います。ですから、匿名化と仮名化でどういう見え方が違うのかを確認させていただきたいということが1点です。

それから、データ提供のタイムラグですね。このようなデータベースを厚労科研で申請しても終了時ぐらいにしかデータが届かないことがあるなど、なかなか研究をしっかり回していけないとか、研究しているときに追加的にこういうことをやりたいと思ってもちょっと外れるとなかなか利用しにくいということがありまして、そういう意味で今後の運用の中で分析しながら見えてきた課題について深掘りしたいとか、またデータの迅速性が非常に重要だと思しますので、その辺りがどうなるか見通しを知りたいということ。

3点目なのですけれども、医療行為のアウトカムを見るにしても、特に高齢者はその人の要介護状態がどういう状況か、認知症があるかないか、そういうことによって治療の効果や治療の選択も当然変わってくるわけで、医療と介護を一体化したような研究の進め方が可能になると思います。介護側から見ると、どのような病態や医療行為でもって介護状態が発生したり改善したりということについての分析がどんどん進んでいくのではないかという期待感があります。新たな統合した支店での分析もこれから進めやすくなるのかという期待感がありますということをお願いしたいと思います。

以上です。

○菊池部会長 3点目はどちらかといえば御意見ということですね。

○津下委員 そうです。

○菊池部会長 では、特に最初の2つにつきましてよろしくお願いします。

○西川医政局企画官 ありがとうございます。

1点目の介護のデータにおける匿名化と仮名化の違いでございますが、具体的にはこれから加工基準を検討していくことになりますので、その基準の中でどうしていくかということになります。例えば年齢階級につきましてより精緻に出せる可能性がある、また地域性に関してさらに精緻化できる可能性があるとは思っております。ただ、これは加工基準または個々の研究者の研究内容に応じてケース・バイ・ケースである程度変えていくことにはなると考えております。

2点目の申請期間の長さにつきましては、介護のデータベースに限らずほかのデータベース、NDBなどでもそういった御指摘があると承知をしております。ここについては改善に向けてそれぞれ取組を進めてきております。また、今回御提案をしておりますクラウド環境をつくってそこで安全に利便性を高くやっていただくところは、一定の申請からデータ提供までのタイムラグをできるだけなくしていくことができる取組の一つでもあると考え

ております。

以上でございます。

○菊池部会長 よろしいですか。

○津下委員 ありがとうございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、佐藤委員、お願いします。

○佐藤委員 御説明ありがとうございました。

まさに医療等情報の二次利用の促進というのは、今後の我が国の医療・介護の質の向上や新たな技術、創薬に向けては非常に重要な課題だと思います。こういうものは制度はいいのですが、問題は運用のところ、既に御指摘のあったとおり、例えば3点申し上げますと、1つ目は審査期間、申請から審査、許可を得るまで、データを取得するまでの期間、これがやたらめっぽう時間がかかるということであれば、迅速な研究はなかなか進まないということ。それから、私も研究者なので分かりますけれども、データを触ってみて明らかになる仮説もあります。どうしても政府統計、公的統計はややもすれば初めから何を分析するか全部決められていて、それ以上の拡張ができない、やるのに非常に手間がかかるというケースがありますので、そこは柔軟な分析を可能にする、そういう環境を整えていただきたいということ。それから、倫理審査でも時々問題になるのですが、審査をやるときに必ずしも研究とは関わらない研究目的に関する超越的な議論が出てきてしまって、これに答えなくてはいけないとなるとまた時間がかかるということになりますから、審査の基準、何を審査するのかについて、基本的には安全性だと思うのですが、そこをちゃんと明確にしてもらいたいということがまず1点目です。

それから、今回統一審査、審査の一元化をなさるのは非常にいいと思うのですが、ただ、例えば24ページなどにあるような個々のデータを見ると利用の目的などが結構違うのですね。例えばがんであれば、当然がん登録のほうであると、もちろん当たり前なのですが、がんに関わる研究開発に資するとありますが、がんと介護をつなげようと思ったときには、恐らく目的はがんそのものではなくがん患者の方々に対してどのような介護を行うのが適切なのかというそっちになると思うし、場合によっては家族に対するケアをどうしたらいいかという話になってくると思うので、そうすると、これは目的が違うではないかということになるはずなのです。ですから、これは統一された法律、法律は1本ではないので、個別の法律の今回は改正という形で対応されるということですが、ある程度利用目的は統一しておかないと、こっちは目的にはかかないませんと、本当は介護にとって重要な目的なのにがんのほうではこれは目的外使用ですとなってしまうと迅速な利活用が進まないことになりますので、この辺は配慮いただければと思います。

最後に気になるのは相当の公共性というものでありまして、これも狭く解釈しようと思えば幾らでもできるわけで、例えば研究目的、いわゆる学術研究目的だけだと言われてしまったら、でも、これは基本方針にもありますように、医療技術の開発や創薬にはつな

がらないわけです。医療技術の開発と創薬は民間企業です。もちろん広報など商業的に使うというのは論外ではありますけれども、相当の公益性をかなり狭く解釈してしまうと、かえって利用の促進につながらないということになります。単に学術研究だけではないということ、そこは基準として明記いただけるとありがたいかと思いました。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

御意見ということではあるのですが、いずれもデータを実際に使う研究者側からの重要な御意見だと思います。もし可能であれば可能な範囲で応答していただければと思うのですが。

○西川医政局企画官 大変重要な御指摘をいただきまして、ありがとうございます。

1点目の申請期間の短縮、またデータを触ってみてその後分かることがあると、まさにそのとおりだと思っておりますので、仮名化情報のメリットとして追加データをより提出しやすくなる場所もあると思っておりますので、そういったところも応えられるのではないかと考えております。また、審査基準につきましては、御指摘のとおり非常に大事だと思っておりますので、これはこれから利用者の方々もそうですけれども、医療・介護現場の方々も含めて議論を丁寧にしていきたいと考えております。

2点目の審査体制の一元化でございます。先生御指摘のとおりがんのデータベースと介護データベースのデータを連結して解析しようと思ったら、今はそれぞれの審査会で議論をしてもらわなければいけないようになっておりますが、そこを両方の観点できちんと一元的に審査をしてもらうような体制をつくりたいと思っております。ただ、それぞれのデータベースにそれぞれの事情がありますし、患者のお立場で入っておられる方もいらっしゃいますので、そういった御意見をきちんと反映できるような審査体制にしていきたいと考えてございます。

また、相当の公益性のところでございます。これにつきまして、最初にデータベースの運用を始めたときはかなり厳格にやってきたところがございますが、様々な御指摘を受けて解釈を広げてきた経緯があると考えております。学術研究分野だけではなくて医療分野の研究開発については認めてきているところでございますが、これにつきましても今回の見直しと併せて各データベースで運用にそごがないようにしていきたいと考えております。

○菊池部会長 よろしいでしょうか。

○佐藤委員 ありがとうございます。

1点だけ、審査のところでは気になるのは、いろいろな方々の御意見を聞くのはいいのですけれども、がんでの考え方、介護での考え方、みんなそれぞればらばらになってしまうと、審査を一元化しているはずなのにそうではないというか、いろいろな意見が入ってきてしまってかえって何も決められなくなることもなりかねないので、ここは厚労省がきちんと統一的な基準を定めると。どうしてもここもそうですけれども、それぞれの部会ごとにいろいろな御意見があるのですけれども、最後は厚労省でちゃんとした統一基準をつ



くらないと、結局どれに従ったらいいのか分からないということになりますので、そこだけは御留意いただければと思います。

○菊池部会長 ありがとうございます。

小林司委員、お願いします。

○小林（司）委員 ありがとうございます。

各審議会で様々議論されていると承知しておりますが、個人情報の観点について、私からも申し述べておきたいと思います。

情報の利活用で医療も介護も質の向上につながることを期待していますが、機微性の高い情報ですので、様々な条件を照らし合わせることで結局は個人の特定につながり、権利侵害につながってしまうことがないように対応しなければならぬと思っております。患者・利用者・国民が不安を抱くことのないように、資料上記載もありますが、患者・国民の理解を得ながら進めていくということは、大事な点としてくれぐれもよろしくお願いいたします。

また今後に向けて、諸外国のケースが資料に記載されていますが、例えば私たち自身が自らの情報をコントロールする権利について我が国ではどうしていくのか、そういったことの調査を進めて研究を深めていただければと思っております。これは今後、検討余地があることとしてお受け止めいただければと思っております。

繰り返しますが、相当の公共性とは何かですとか、匿名化と仮名化の違いですとか、そういったことは国民にとって分かりやすく御説明いただけるよう今後よろしくお願いいたします。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、橋本委員、お願いします。

○橋本委員 ありがとうございます。

匿名化と仮名化とですが、その違いが分かりやすいのは17ページにお示しいただいた図かと思うのですが、日本の場合、ビッグデータの中に匿名化データと仮名化データの両方が入っているという理解でいいのでしょうか。それを取得して活用したいときには、どちらかを選んで活用することになるのでしょうか。お願いします。

○菊池部会長 事務局からお願いします。

○西川医政局企画官 ありがとうございます。

データベースの構築はこれからになりますけれども、仮名化データの提供は今のデータベースとは別のものをつくって、その中にデータを入れて、そこから出していきたいと考えております。ですから、研究者の方々が申請をするときには、どういう研究をしたいのかこれは仮名化データで提供してほしいということをお願いしていただくこととなりますが、そのときにそれが本当に仮名化データでないといけない研究なのかは、審査の体制の中できちんと審査をさせていただくと考えております。

○橋本委員 では、その審査をされて、これは匿名化でもいけるのではないですかということだと匿名化になるということなのですか。

○菊池部会長 お願いします。

○西川医政局企画官 その場合は匿名化データでの提供をすることを考えております。

○菊池部会長 よろしいでしょうか。

それでは、山際委員、お願いします。

○山際委員 ありがとうございます。民間介護事業推進委員会の山際でございます。

1点意見を申し上げたいと思います。

今回の医療等情報の二次利用の必要性につきましては、進めていくべきだとは理解をしております。その上で、仮名化情報の利活用となったときに利用者のセンシティブな情報を取り扱うこととなりますので、その情報の安全性の担保については十分検討されていることとは思いますが、そこは確実に進めていただければと考えております。また、今後こうしたことを介護現場に影響のあるシステム等への導入を検討されるような場合においては、その目的を明確にし、介護現場の混乱を招くことがないように十分な事前説明をしていただければと考えております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、江澤委員、お願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。

まず、NDB、介護DB、障害福祉DBが連結して二次利用されて、国民の受ける医療・介護の質の向上を図ることは賛同いたしております。例えば高血圧症、糖尿病、脂質異常症の管理と要介護認定がどういった状況にあるのかといった非常に興味深いデータは多々これから解析されて、国民に寄与するということとっております。

一方で、これまで複数意見がありましたように、ほとんどの国民は匿名化情報が利活用されることは御存じないと思います。さらに、仮名化情報の内容あるいは仮名化情報が利活用されることもほとんどの国民は知らず、恐らく法改正されると思います。ですから、国民に対してどういうメリットがあってどういう意義があるのかというのは、丁寧に説明する必要があります。

世の中に完全に防御できるセキュリティは存在しないわけでありまして、危機管理の考え方はワーストシナリオに沿って考えるのが通常でございますから、万が一に備えたときの対応を考えておかないと、不測の事態が起きてから慌てふためくようでは駄目だと思います。特に仮名化加工になりますと、これまでよりは個人を特定するリスクは当然高まるわけでございますので、そういったところへの対応もしっかり考えていただきたいと思っております。

第三者提供に当たって適否を審議する検討会はございますが、その後のどういった研究成果が出たのか、どのようにそういった情報が利活用されて国民に寄与できるようになっ

たのかというところは、現在フォローアップがなされていないと認識をしています。ですから、そういった中で「相当の公益性がある場合」と書いてありますけれども、これは研究の入り口ではなくて出口まで含めて、あるいはどういう論文がどういう内容で投稿されたかなど、そういったところはちゃんと吟味していかないと相当の公益性は判断がしづらいのではないかと考えております。したがって、今後第三者提供の後のフォローアップあるいは検討、審議する場は必要ではないかと考えております。

特に大事な点は、当然こういった情報を利活用して国民に寄与することは大事でありますけれども、個人情報の保護、こういったデータは御本人にとっては大変デリケートかつ機微な情報でありますので、こういったことについて二次利用の促進という面がこれまでの議論でも目立っているような気がしていて、個人情報保護の重みもしっかりと受け止めながら取り組んでいく議題ではないかと考えております。したがって、個人情報の保護、しっかりとそういったところの重みも踏まえながら進めていただきたいということが要望でございます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

ほかに会場からいかがでしょうか。

それでは、松島委員、お願いします。

○松島委員 ありがとうございます。全国老人クラブ連合会でございます。

今、幾つか委員からも御意見が出ていたとおりでございますけれども、特に高齢者についてはこの二次利用等の進め方についてはほとんど情報を持っていないだろうと見ておりますけれども、方向性としてはこういった二次利用を安全性の担保を前提に進めていただくことについては賛成するものでございます。ただし、特に高齢者につきましては、この先この成果がどう還元されるのかについて、特に将来世代に向けてどういう成果が還元されていくのかを高齢者にも丁寧に御説明いただくことによって、特に介護の現場も含めて高齢者の理解が進むのではないかと考えておりますので、その辺の御配慮もお願いしたいと考えてございます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

ほかには会場からいかがでしょうか。ひとまずよろしいですか。ありがとうございます。

それでは、オンライン参加の皆様をお願いします。

まず、幸本委員からお願いします。

○幸本委員 ありがとうございます。商工会議所の幸本でございます。

御説明ありがとうございます。事務局からお示いただいた方向性で、特段の異論はございません。データの利活用が進めば、結果として国民にも多くのメリットが生まれます。多々御意見があったとおり、個人情報保護や情報保全は当然のこととして、本取組を迅速かつ強力に進めていただきたいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、東委員、お願いします。

○東委員 ありがとうございます。

資料1、9ページ「公的DBにおける仮名化情報の利用・提供について」に、対応方針案が2点出されております。介護レセプトデータ等についての仮名化情報の利用・提供を可能とすること、また、他の公的DBの仮名化情報との連結解析を可能とすること、この2点のいずれも私は賛成でございます。医療や障害等、他の分野において既に仮名化がなされている以上、介護だけが仮名化をしないわけにはいかないと考えますので、これは進めていただきたいと思っております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

田母神参考人、お願いします。

○田母神参考人 ありがとうございます。

医療等の情報の二次利用によりまして、医療・介護等のこうしたデータからエビデンスが構築され、質の高いケアにつなげていくことが重要であると考えております。その上で、目的としての公益性の担保、また既に委員から御意見のあったところでございますが、データベースの安全管理をしっかりと確実に講じていただきたいと思っておりますし、何より国民の皆様にごこうした点について分かりやすく、またしっかりと伝わるように周知をしていただければと思っております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

清家参考人、お願いします。

○清家参考人 ありがとうございます。

既にほかの委員の方からも御指摘がございますが、適切な形での二次利用の推進が非常に重要だと考えております。今後の運用を含めイノベーションの推進や研究開発の一翼を担う産業界とも意見交換や情報提供をぜひお願いしたいと思っております。

私からは以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

山田委員、お願いします。

○山田委員 全国老協協の山田でございます。

先ほど来お話が出ておるように、医療ケアや医学研究、創薬、医療機器開発などに医療等のデータを円滑に利活用することにつきましては、より質の高い医療ケア、医療の技術革新ということでは大きくつながると確信をいたしますので、賛成でございます。

全国医療情報プラットフォームで共有される情報の利活用の促進という部分と研究者や企業等が質の高いデータを安全かつ効率的に利活用できるということについては、大いに

期待をしたいと思っております。

仮名化情報の利活用を可能にするということでございますが、そのデータの管理や保護措置等の対応、先ほど来お話がずっと出ておりますので、利用申請等、審査整備も統一した検討をぜひお願いをしたいと思っております。

なお、先ほど出口というお話がありましたけれども、研究者や企業等の成果物報告書については、介護の現場につきましては、エビデンスに基づいた治療方針や支援、決定に役立つということでございますので、個別性も非常にあるデータになると思いますので、公表、発信の仕組みもぜひお考えいただきたいと思っております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

石田委員、お願いします。

○石田委員 ありがとうございます。

私としては、自分自身の病状等のデータがこういう形でデータ化されるという側に立った者の意見としてお尋ねしたいところが1点ございます。先ほど匿名化データと仮名化データの違いというところで御説明があったのですが、匿名の場合は例えば1968年7月生まれと出ています。ざっくり数値も200から210という形で示されています。それが仮名化データになりますと、1968年7月15日生まれという形で日にちまで表記されています。数値は200から210ではなくて208.3などと具体的になっています。この症状に関する数値がコンマで出るところについては納得なのですけれども、7月15日の誕生日まで仮名化でなぜ必要になるのか少し疑問です。例えば本人に言わせてみると、1968年7月15日生まれの女性で体重はこのぐらい、かつこういう数値が示された症状がある人は、完全に自分のことを言われているのと同じだと思うのではないかと、つまり、これは仮名でも匿名でもない、指名だとも感じるようなデータ化ではないかと思ったわけです。

質問なのですけれども、仮名化データにおいてこの7月15日という誕生日をどうしても入れなくてはいけないものなのかどうか、例えば7月生まれと12月生まれの人が違うという根拠があるというのであったら、7月生まれぐらいまではそうかとも思うのですけれども、7月1日生まれと7月15日生まれの人が違うということはあまり考えられないので、なぜこだわるかという、匿名化と言われているにもかかわらず生年月日がここまで出されることについて非常に違和感を覚えたものですから、利用者側の立場としてこの辺のデータ化のルールがあるのかどうか、少し疑問に思った点について述べさせていただきます。

以上です。

○菊池部会長 それでは、事務局からお願いします。

○西川医政局企画官 事務局でございます。御質問ありがとうございます。

17ページで匿名化と仮名化の違いをイメージでお示ししております。生年月日について、全ての場合に日まで出すということではありません。あくまでも研究内容に応じてこの日まで必要という場合に仮名化という中では出し得るということでございます。あまり高齢

者の場合にここまで必要になることはないかもしれませんが、例えば子供の場合に1日と30日で生まれてからの日数でどこまでの違いがあるのかというような研究の場合には、こういった日まで必要という御指摘はあるところでございますが、仮名化だからといって必ず全部日まで出すということではございません。

以上でございます。

○菊池部会長 よろしいでしょうか、石田委員。

○石田委員 ありがとうございます。

○菊池部会長 それでは、鎌田委員、お願いします。

○鎌田委員 認知症の人と家族の会の鎌田です。

今回のこの示されたものに対しては、目的はとてもよいことですが、皆さんがおっしゃっているようにセキュリティには不安があります。個人情報がどのように処理をされてデータとして出されているのか、今回仮名化情報か匿名化情報ということも御説明をいただきましたけれども、それがどう役立っていくのかという部分などを、私たち市井の人間にも分かるような説明なり情報提供をきちんと進めていただきたいと思います。そこまでのデータ、例えば検査データや画像データまでが研究開発に使われていくなどとあまり思っていないところもありますので、個人情報がどのようにこの場合は使われるのか、ちゃんと国民に知らせていただきたいと思います。

私は認知症のところなので、認知症に関して病態と治療と介護、病気と介護のデータがつながり、介護や医療の現場にフィードバックされて、ケアや医療の質が向上していくというようにこの取組があると理解してよいのでしょうかという質問があります。

もう一つは、介護データとして取り上げられようとしているデータ、今でしたらLIFEという形でされていますけれども、それが先ほど私が申し上げたような目的のところに行き着くようなデータであるのかどうかを教えてくださいたいと思います。

私からは以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、事務局からお願いします。

○西川医政局企画官 ありがとうございます。

仮名化情報の提供に当たりまして、国民の方また患者・利用者の方々にきちんと情報提供をしてみたい、御説明をしてみたい、またその理解を得ながら進めていきたいと考えてございます。また、この医療と介護のデータの連結解析によりまして、サービスの質の評価をより精緻に行うことができると考えております。すなわちそのサービスの質の向上にもつながると考えてございます。

○堀老人保健課長 LIFEの情報の活用についても御質問いただきました。詳細についてはこれからの検討となつてございますけれども、質の向上に生かせるような形での提供ができるように検討をしてみたいと考えております。

○菊池部会長 鎌田委員、よろしいでしょうか。

○鎌田委員 検討ということは、今のLIFEのデータだけでは難しいとお考えになっているという理解でよろしかったでしょうか。

○菊池部会長 いかがでしょうか。

○堀老人保健課長 その点も含めまして、今後検討をしっかりとさせていただきたいと考えております。

○鎌田委員 ありがとうございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

あとは野口部会長代理ですが、ほかにはいらっしゃらないでしょうか。

江澤委員からお願いします。

○江澤委員 事務局にお伺いなのですが、今日幾つか意見が出ている相当の公益性、これは研究等が終了してどのように情報が利活用されたのか、その段階での検証によって初めて公益性の判断がなされると思いますので、先ほども意見を申し上げましたけれども、そういった利活用後のフォローアップであったり、最終の研究の成果に対する検証や吟味する場が必要だと思いますけれども、その点についてはどのようにお考えでしょうか。

○菊池部会長 いかがでしょうか。

○田中医政局参事官 御意見ありがとうございます。

国民への普及や情報提供も含めて今後取組を強化していく必要があると思っておりますし、先生御指摘の、今の例えば論文が何本出ました、このような論文でしたぐらいの話ではなくて、もっと国民に分かりやすく、このデータでこの論文が出て政策にどう生かされ自分たちのケアがどう変わったのかなど、そのような観点で改めて新たな検討の場を設けることになっておりますので、その枠組みの中でこういった評価の仕方ができるかは専門家の先生の御意見も伺いながら検討したいと思っております。

○菊池部会長 よろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、最後になるかと思っております。野口部会長代理からお願いします。

○野口部会長代理 どうもありがとうございます。

実は12月の今日の午後にあるのですけれども、本日から介護DBの専門委員会及びNDBと介護DBの連結データに係る合同委員会の委員長を務めさせていただくことになりました。皆さんの御意見を伺っていて、これは審査委員会なのですけれども、本当に身の引き締まる思いでございます。

何人かの委員がおっしゃったように、このNDBあるいは介護DB等の研究者や民間企業に対する提供あるいは彼らの利活用については、匿名データであれ、仮名データであれ、個人情報保護と公益性が大前提となっております。その上で、先ほど事務局の方から何本出たかという話ではなくてどのように具体的に実装に落とし込んでいくのか、そういった検討をしたいというお話が出て非常にすばらしいと思ったのですけれども、皆さんに事実だけお伝えしておきますと、2022年現在、ちょっと古いデータになりますが、医学系専門誌に掲載された日本のこういった医療情報を用いた研究は1,000本を超えております。国際的な

潮流としても、欧米のみならず韓国、台湾等々日本と類似した医療・介護制度を取ってこういった悉皆データを集めている国々からも、経済系の専門誌だけでも約2,000本の論文が出ております。ですから、こうした論文でそれぞれの国の医療あるいは介護政策のみならず、世界中の政策担当者あるいは現場の従事者に有益な情報が提供されている観点から、公益性に十分貢献しているのではないかと私は思っております。ただ、こういった専門誌に掲載された論文を今後どう実装していくのか、あるいは市民に実際にどのぐらい活用されているかを評価していくポイントは非常に重要だと思っております。

第2に、直近のCOVID-19のパンデミックなのですけれども、我々市民が平時からこういった医療・介護の大規模管理情報を収集しておくこと、そして有事の際にできるだけ正確な情報を速やかに国民に提供すること、これがいかに重要であるかを我々が再認識したイベントであったと思っております。COVID-19の経験を経て、将来のこうした緊急な事態に備えるために、厚生労働省ではiDB、感染症の関連情報DBあるいは予防接種DBを構築しつつあるところで、一部iDBについては既に第三者提供が開始されているところであります。

第3は、平時有事問わず今後就職氷河期世代が高齢化していく中で、単身世帯が増加する、医療であれ介護であれ周囲に日常的なケアを提供する家族介護者が存在しない、あるいは家庭内での経済資源が不足する、ケアをするには足りないということが考えられます。先ほどLIFEがどう活用されるかというお話がありましたけれども、こういったNDBとか、介護DBとか、いわゆる診療報酬とか、介護報酬回りのデータは情報が非常に限られているのです。例えば家族の情報がなかったり、所得あるいは資産の情報がなかったりして、どのぐらい家族の中に資源があるか、人的なあるいは金銭的資源があるかという情報が欠けております。LIFEはそういった一部、少なくとも家族情報が分かりますので、そういったところでどのぐらいその方をケアする家族が身の回りにいるのか、それによってケアの仕方あるいは介護の仕方が変わってくると思うのです。そういうところで非常に重要であると。

ここで、本日議論されたような仮名化情報を活用することによって、皆さんからお話もありましたけれども、医療・介護・障害福祉政策に対するアウトリーチにつながると思われます。NDBや介護DBは匿名化情報となっていますけれども、非常に情報が限られているという点で、こういったカルテ情報であるとか、あるいはLIFEの家族の周辺の情報である社会経済学的な情報であるとか、そういったものを使うことによって重症度あるいはそういった家族の資源が不足している、ない方々、こういった高いリスクの人々がどのようなケアを必要としているのかをふだんから平時から把握していくことが非常に重要になってくる。これがアウトリーチ施策にとって非常に重要だと思います。

何人かの委員が今日おっしゃったように、個人情報には非常に重要であります。個人情報を遵守しつつ、市民に対して、我々も介護を受ける側、医療を受ける側ですけれども、市民によりきめ細やかな医療・介護・福祉を提供する、我々の本質を損なわないような政策を検討することが非常に重要で、そのために専門委員会では申請された研究計画書について果たして本当に仮名情報が必要なのか、先ほど生年月日のお話も出ましたけれども、本



当にそれが必要なのか、あるいは匿名情報でも十分その研究ができるのか、そして一つの研究の公益性が本当に担保されているのかについて、今後も引き続き厳格な審査を行っていくように肝に銘じたいと思います。

こうした匿名情報、仮名情報の必要性について、皆様におかれましては、何とぞ御理解いただきますようよろしくお願いいたします。

以上です。

○菊池部会長 私も一応研究者なのですが、データを触ることはありませんので、野口先生から非常に詳細に御説明いただけて、本当にありがとうございました。

以上、皆様から様々な御意見をいただきましたけれども、重要な御指摘があったと思います。個人情報保護への配慮、セキュリティー面への配慮、そして国民に対するしっかりとした説明、それから研究成果のフォローアップの仕方についてなど、非常に重要な御指摘をいただいたと思います。これらの点についてしっかりと対応していただくことを前提に、今回の方向性についてはおおむね御了承いただけたと思いますので、その方向性で進めることについては御了解をいただけますでしょうか。

(首肯する委員あり)

○菊池部会長 ありがとうございます。特に御異論はないということで、そのようにさせていただきます。

私も医療保険部会と障害者部会で議論に関わらせていただきました。同様の御懸念、御心配は出されていたところで、ほかの部会等でも共通している面が多々あるかと思っておりますので、そこは重々御留意いただいて進めていただきたいと思います。ありがとうございます。

続きまして、議題の2「要介護認定の認定審査期間について」、事務局から御説明をお願いいたします。

○堀老人保健課長 老人保健課長でございます。

それでは、資料2を御覧いただければと思います。

本日は本年6月21日に規制改革実施計画で閣議決定がなされました内容について御報告をさせていただきます。そのうち今年度中に措置することとされている2つの事項について御議論をいただきたいと考えております。

3ページにお進みをいただきまして、要介護認定の流れを図式化したものでございます。市町村は要介護認定の申請を受けますと、認定調査員による認定調査及び主治医意見書に基づくコンピューター判定を行います。次に、保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により一次判定結果と主治医意見書及び認定調査の特記事項に基づき審査判定を行い、申請者に対してこの結果を通知するという流れです。

4ページについては、一次判定部分を説明したものです。

5ページを御覧いただきまして、内閣府が作成をいたしました規制改革実施計画に係る資料です。要介護認定の処理期間が長くなっていることにより、介護保険サービスの利用

者がサービスを迅速に利用できていない事例があるとの指摘を踏まえまして、要介護認定制度及びその運用の見直しを行うことが閣議決定をされております。

6 ページを御覧ください。規制改革実施計画の内容を簡潔にまとめたものです。事項が a から h までの項目がございますけれども、本日は今年度中に措置をすることとされました a と b の 2 つについて御意見をいただければと考えております。残りの項目につきましては、今後の介護保険部会において諮らせていただきたいと考えております。

8 ページを御覧ください。最初の項目 a に当たる認定審査期間の平均値の公表について御説明をさせていただきます。要介護認定、要支援認定者の年次推移です。認定を受けた方の数は令和 5 年 4 月時点で 696 万人と、この 20 年間で約 3.2 倍となっております。

9 ページを御覧いただきまして、直近何年かの要介護認定に係る審査件数を申請区分ごとに示したものです。令和元年から令和 4 年度にかけてまして新型コロナウイルス感染症の発生に係る措置ということで認定の有効期間を最大 12 か月延長できるという特例を設けていたため、一時的に更新申請の数が減っておりました。その後、特例が終了しておりました、再度増加傾向にあります。

10 ページを御覧ください。要介護認定に係る事務に要する日数の平均値のグラフでございます。認定の申請から認定までの期間は、介護保険法で定められた原則 30 日を超えて推移をしており、令和 4 年度下半期のデータでは 40 日を超えている状況です。

11 ページを御覧ください。市町村事務の軽減等のために行いましたこれまでの要介護・要支援認定の見直しについてまとめたものです。マル 1、マル 2、マル 4 のとおり、更新の場合の有効期間の上限の延長や認定審査会の簡素化を実施しております。また、マル 3 でお示ししておりますように、市町村が認定調査を委託する際にケアマネジャーだけでなく要介護認定に関わった経験のある方が対応できるような見直しも行っております。

12 ページを御覧ください。改めての表になりますけれども、まず a のところでございます。申請から認定までの期間等について全国集計、都道府県別、保険者別に毎年度厚生労働省ホームページにおいて公表を実施することが閣議決定をされております。

13 ページを御覧ください。申請から認定までの期間について全国 1,735 市町村の平均値を集計し、最小値、パーセンタイル値、最大値を算出したものでございます。最も認定審査期間の平均が短い市町村で 20.0 日、25 パーセンタイルのところでは 31.7 日、中央値が 38.9 日、75 パーセンタイルのところは 48.1 日、最も長い市町村が 78.7 日でした。

14 ページを御覧ください。下の囲みの中の今後の対応といたしまして、今年度から介護 DB から前年度分のデータを用いまして、認定審査期間等を都道府県、保険者ごとに一覧で集計をし、その結果を厚生労働省ホームページにおいて公表することとしてはどうかと考えております。また、今後の対応については、こういった集計結果の公表後の状況の推移も踏まえながら検討することとしてはどうかと考えておまして、御意見をいただければと考えております。

15 ページ、公表する情報のイメージでございます。認定審査期間の平均値に加えまして、

このうち認定調査の依頼日から調査実施日までの期間である認定調査所要期間、また主治医意見書の依頼日から主治医意見書を入手する日までの期間である主治医意見書の所要期間について、まずは令和5年度の介護保険総合データベースを用いて集計を行いまして公表することとしてはどうかと考えております。公表する情報について御議論をいただければと考えております。

続きまして、2つ目のbの項目ということで17ページを御覧ください。要介護認定の迅速化のための取組として、認定審査期間の目安を設定することが閣議決定をされております。

18ページを御覧ください。要介護認定の事務の流れを改めて図式化したものでございます。申請者から市町村に対して認定の申請が出されますと、まず青の線のところですが、保険者が認定調査を実施いたします。一方で、赤線のところになりますけれども、主治医は市町村から依頼を受けまして主治医意見書を作成し、市町村に送付するということです。認定調査の結果と主治医意見書の両方の情報を基に認定審査会が実施をされまして、最終的に申請者にその結果が送付されるという流れです。

19ページを御覧ください。令和5年度に実施をいたしました各自治体における要介護認定事務に関する調査の結果をまとめたものでございます。事務に関して感じている課題として、多くの自治体が主治医意見書の取得や認定調査の実施までに期間を要しているということを課題と感じていらっしゃるということです。

20ページを御覧ください。介護DBを用いまして、認定審査期間、またそのうちの認定調査の所要期間、主治医意見書所要期間の平均値について、全ての市町村と認定審査期間の平均期間が30日以内に収まっている市町村との比較を行いました。表の下になりますけれども、認定審査期間の平均が30日以内の市町村では、認定調査の所要期間が7.3日、主治医意見書所要期間が12.7日と、全市町村の平均と比べ短い期間に収まっておりました。なお、各期間には依頼や結果の送付などの郵送にかかる期間を含むことに留意をいただければと考えております。

21ページを御覧いただければと思います。参考のデータということで、人口規模や高齢化率の高い低いで各段階の所要期間が違うかということと比較したものでございますけれども、人口規模、高齢化率の違いにより明らかな傾向は見られませんでした。

22ページを御覧ください。こちら参考のデータということでございます。各市町村の認定審査期間の平均値をヒストグラムにしたものでございまして、右の表で各パーセント以下以上の市町村について、認定の審査期間、認定調査の所要期間、主治医意見書の所要期間について平均値をお示したものです。認定審査期間の平均値と調査の期間、主治医意見書の所要期間の平均値は連動していることが見てとれます。

23ページを御覧いただきます。改めて上の囲みの中ですけれども、今年度の規制改革実施計画の中で、要介護認定の調査及び審査の各段階について、各保険者が目指すべき目安となる期間を検討し、設定することが閣議決定されており、対応が求められているという

ことです。前ページまでのデータを踏まえまして、認定審査期間が30日以内となるような認定審査の各段階における目安期間について御意見をいただければと考えております。

24ページを御覧いただきまして、御参考までに認定業務の迅速化・効率化を図っている自治体の取組内容を紹介させていただきます。まず、認定調査につきましては、調査結果の入力をアプリケーションで行うことにより、後で転記作業を行うことなどが不要となり、効率化が図られている自治体がありました。主治医意見書につきましては、郵送に時間がかかることから電子的にやり取りすることで時間の短縮を図る取組や、一定期間主治医意見書が提出されない場合に、医療機関への確認のやり取りを行うことで迅速に意見書を入手できているという自治体がありました。審査会につきましては、審査会自体をオンラインで開催していただくことや、ペーパーレス化による効率化に加えまして、審査会の簡素化が可能な対象の活用の取組などにより迅速化を行っている事例などがございました。このような取組も今後市町村には周知を行ってまいりたいと考えております。

25ページ以降、参考資料になりますけれども、26ページを御覧いただきまして、7月、それから9月の介護保険部会でも御議論いただきました介護情報基盤についての資料です。介護情報基盤の整備によりまして、様々な情報のやり取りを電子的に行うことができるようになるということとして、市町村事務の効率化や認定期間の短縮にも資する取組だと考えてございます。

資料の説明は以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、皆様からただいまの説明に関しまして御発言がございましたらお願いいたします。やり方は先ほどと同じで挙手機能でお示しいただきたいと思っております。

佐藤委員が途中退席と伺っていますが、もしこの段階で何かございましたら先にお願ひします。

○佐藤委員 私は規制改革でこの仕事をしていたので、そもそもの問題意識としましては、本来認定期間は30日であることが原則なのに実態がこれから大きく乖離している、これはどういうことかということだと思います。他方で我々も理解しているのは、現場での人手不足や紙ベースの審査にやたら時間がかかると。他方では30日以内に収めている自治体もあって、これはある意味でのベストプラクティスだろうと。蓋を開けてみれば、御指摘のとおりかなりオンライン化を進めてやっていると。医師の診断については、かなり医療機関との密な連携ができているとか、こういった現場があるわけですので、ぜひ全体的にそういう優良事例を全国展開していく形でまさに原則である30日を実現してもらいたいということで、これもまた介護の認定を待っている間はそのサービスを受けられない、あるいはサービスを受けても自己負担になる可能性があることもありますので、現場の利用者の利便性にもかなうこととなりますので、せめて30日以内の達成を目指してもらいたいという趣旨だったと思います。

以上です。

○菊池部会長 どうもありがとうございます。

それでは、皆様から。

橋本委員、どうぞ。

○橋本委員 ありがとうございます。

3点あります。1点目と2点目は主治医の意見書に関してです。30日以内に収めるために主治医が意見書をもう少し早く書くということは必要ですが、今後、デジタル化を進めていくとか、ペーパーレスにしていくとか、そういった議論がなされていくのだと思うのですけれども、そういうものを踏まえて、まず郵送で手元に来るのに時間がかかる、また書いてその後に郵送するのに時間がかかる、院内での流れにも時間を有する。主治医の手元に来るのに時間がかかっているところがあるので、その改善も見直さなくてはいけないのではないかと思います。

次に主治医の意見書の内容ですけれども、私の認識では、この20年間変わっていないのではないかと思います。例えば診断名、発症日、ADLの状態とか、認知症の状態とか、そういったことも全て書かなくてはいけないのですね。そういうことは主治医はもちろん把握しているのが当たり前ですが全部書かなくてはいけないことで時間がかかってしまうのではないかと思います。ですから、ほかから引っ張ってこられるようなところはそれで賄えるようにして、主治医の意見書の内容の見直しも今後検討の中に入れていただければと思います。

3点目、介護認定の見直しに関してなのですが、確かに30日以内でやらなくてはならないと決められていますが、それよりももっと急を要する場合があります。例えば急性期の病院で手術をした後、慢性期、回復期のリハ病院、療養病床に来られたり、施設に退院されたりするのですが、急性期の病院では介護保険を見直すことはあまり意識にないのですね。急性期の病院で治療している間に介護申請の見直しがされることは今の時点ではほとんどなくて、その後慢性期医療のところや在宅期、施設で介護保険が使われる時に初めて見直さなくてはいけないということになります。そこが30日の議論とは別に全く時間がない。介護医療院に来られたときなどはターミナルというか終末期で来られる方もおります。そういったときに介護度1のまま介護医療院に来られて亡くなることも少なくはない。急性期の病院でも認定を見直すことを今後は、考えていかなければいけないのではないかと思います。

以上です。

○菊池部会長 複数にわたる御指摘をありがとうございました。

それでは、山際委員、どうぞ。

○山際委員 ありがとうございます。

要介護認定の認定審査期間について、全国的に目指す期間として各段階の目安期間を示していくことは必要だろうと思います。

その上で、2つ質問を申し上げたいのですが、1点目なのですが、10ページの要介護認

定のプロセスごとに要する日数を拝見しますと、コロナ禍以降のここ数年、平均日数がかなり増加をしていると見受けられるのですが、当然コロナの影響があると思いますが、具体的な要因等が分かっていたらお教えいただければありがたいと思っています。

2点目ですが、目安の期間を設定してそれを実現していくための具体的な対策についてですが、認定審査期間の平均値の公表や迅速化及び効率化の好事例の公表という発信に加えて、もう少し具体的な取組を検討されているようであれば御教示いただけないかと考えております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

○堀老人保健課長 御質問ありがとうございます。

10ページの最近の日数が増加してきていることの要因でございますけれども、説明の中でも少し申し上げましたが、基本的には少しずつ高齢者の増加に伴って長くなってきているということとして、10ページで一旦へこんでいるところは、コロナの対応中に特例的に認定の有効期間を延ばすことをしたために少し減ったということ、その特例の終了に伴ってまた増加に転じてきていると考えております。

2点目、目安の期間を示すことによって好事例の展開以外に何か打ち得る手があるのかということでございます。先ほど24ページでもお示しをしたような具体的に早くこの認定の結果を出されている自治体の取組をしっかりと周知をしていくことは大事ですけれども、それに加えまして、繰り返しになりますけれども、先ほども申し上げましたとおり介護情報基盤の整備をしっかりと進めていくということとして、認定事務に係る様々な書類のやり取りについて、なるべく迅速に行っていただくような取組を併せてしっかりと進めていきたいと考えております。

○菊池部会長 よろしいでしょうか。

○山際委員 ありがとうございます。

○菊池部会長 ほかに。

栗田委員、お願いします。

○栗田委員 6ページにありますように、要介護認定の迅速化を目的に最初のプロセスとしてaとbをやっぺいこう、情報を公開していこうということ、もう一つは各段階の目指すべき目安となる期間を検討・設定していこうと、この2つの段階ですが、これは考え方としては大変合理的な考え方だと思いますので、ぜひ進めていってよろしいのではないかと思います。この数値は目安であって実際に拘束力があるわけではございませんので、この点は重要でございます。様々な事情があつてどうしても達成できないということもありますから、そういうものであろうと。ただ、こうやって目安なり情報を示すことによって意識を高めることにもつながりますし、もう一つ重要なのは、現在のこの事務手続の在り方の改善を考えていく大変大きなきっかけになるかと思っておりますので、そういう方向で

考えていくのは合理的だろうと思います。特にこれまでも御意見が出ていますけれども、ペーパーレス化と電子化、それから介護情報基盤の活用の進展が、今後利用者の利便性を高めるという点では非常に重要なことですので、こういったことと連動させていくような方向でぜひつなげて進めていただければと考えているところです。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

小林司委員、どうぞ。

○小林（司）委員 ありがとうございます。

まず、要介護者認定に要する日数を30日以内に収めるようにする努力は必要なことだと思います。そのためにできることとして、目安を公表していくことには意味があるかと思えます。

ただ、現状があまりに乖離しているといいますか、平均が30日以内の市町村は97しかないという資料を見ると、資料24ページにある取組事例を全ての保険者が行えば大丈夫になるのかやや心配になります。現場に混乱のないように、何より公正な要介護認定をきちんと担保できるような取組を広げていただければと思っております。

その意味で、認定調査員の皆さんがどのような課題を抱えているのか耳を傾けていただきたいですし、市町村が把握している課題感に対しても、一つ一つどのようなことが対応としてあり得るのか、全て電子データ化が実現すれば解消されるのか、その点は丁寧に対応していただければと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

いかがでしょう。

津下委員、お願いします。

○津下委員 ありがとうございます。

主治医意見書について、1点目、郵送については最近郵送に時間がかかるようになってきているということがありますので、本当に電子化は喫緊の課題であろうと感じております。

2点目、医療機関の種別で主治医意見書が出てくる期間がもしかしたら違うのではないかと。こういうことに慣れていて意見書に記載する情報も日頃から集めている医療機関は良いかとは思いますが、そうではないところでは、またそこから情報の取り直しとか、が必要になります。過去にどのような主治医意見書が出されているかの情報についても、医療はフリーアクセスですからどこでも替われるということで、主治医が書くときに前のことを参照できないとか、また現在は介護をどのように受けていてという情報を得ないまま書くというのは非常に負担感があるのだろうと思います。介護DBやPHRでマイナンバーカードなど、現在介護やその状況がどうなっているかを主治医が把握した上で迅速に書きやすくするようなサポート、仕組みづくりも検討していただければ、どこの医療機関でも書

きやすくなるのではないかと考えております。

3点目、目安を公表することは市町村等にとってはかなり大きなプレッシャーになり、改善に向けての動きが促進される可能性があるのですが、この方向については賛成なわけですが、それだけではなくて自治体がどれぐらいの人数を抱えていて、どのぐらいの対応ができたか、その数についてももし可能であれば出していただくのもよいのかとは思いました。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

会場で、ほかにいかがでしょうか。

小林広美委員、お願いします。

○小林（広）委員 ありがとうございます。

認定調査の各段階におきまして目安を出すことは、それぞれの市町村の意識を高め、目的の目安が達成できなかったときに何が原因だったのかを考えるためには合理的になるのではないかと考えていますので、こういった日程を示す、期間を示す、目標値を示すことは意味があるとは思っています。

お話の中で、認定調査の日数ですとか、主治医の意見書までの日数とかというお話もありますが、全体的な日数を見てみますと、認定調査と主治医の意見書は同時にスタートしていきますので、残っている半分の日数は審査会にもかかっている日数なのかとも思います。認定審査会がそれぞれの市町村によってどのように開かれているのか、認定審査会の数ですとか、そういったところも日数がかかっているところの一つの原因にもなってくるかとも思いますので、認定審査会がどのような形で開催されているのかなど、そのようなところも少し見ていく必要があると考えます。

細かなことになりましたけれども、資料2の19ページ、担当者が感じる課題というところにもございますが、認定調査においては早く調査ができて、その後の特記事項を書くところにもすごく手間を要していることがあります。また、特記事項のばらつきや確認に手間がかかると感じているということもあります。この辺りは認知症の介護の実態が選択項目だけではなかなか反映できていない状況も関係していると思われまますので、また検討していく際には選択項目につきましても考えていく必要があるのではないかと考えております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

今、御指摘いただいたのですけれども、認定調査と意見書の所要期間以外の部分のパーツの分析もされてはいるのですか。私からも質問です。

○堀老人保健課長 認定調査結果と主治医意見書が出てから審査会が実際に行われるまでという観点からの分析ができておりませんので、次回までに準備をさせていただきたいと思っております。



○菊池部会長 なるほど。それも参考になるかもしれませんので、追って御検討いただきたいと思います。

江澤委員、お願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。

まず、資料の10ページでございます。ここの一番下の赤いグラフは調査依頼から実施までの期間、青いグラフは主治医意見書依頼から入手までの期間であります。この2つの項目については申請が出された当初から並行して行うものであります。今の御意見にありましたように、そして一番上が申請から認定までの期間でございます。例えば一番右で行きますと、一番上が40.2日、青いグラフが17.8日、この間に約22日を要しています。したがって、要介護認定までの期間に影響を及ぼす因子としては、この赤のグラフと青いグラフに加えて上の緑と青のグラフ、要は主治医の意見書が届くもしくは調査実施が終わり調査票が届く、その2つの後の認定までの期間、この3つのコンポーネントがあるわけです。したがって、15ページの下にあります集計データにも、認定調査所要期間と主治医意見書所要期間がありますが、そこに加えてこの22日のその後の期間が必要になりますので、その3つで今後対応を図っていくことが必要になります。

もちろん審査会のインターバルが最大48か月に今はなっておりますので、今後審査会の回数や審査会に関わる負荷は減ってくると思いますけれども、各審査会までの期間をどうするのか。22日の中には審査委員に資料を郵送して、そして予習する期間を結構取っている自治体があります。要は資料を配ってから5日なり1週間なりの期間を置いて審査会に臨むと。もちろんこれは審査員に配慮してのことだと思いますけれども、我々も審査会を長年やっておりますと十分慣れておりますので、そんなに日数は必要ないと思っていますから、その辺りの審査委員に資料を配付して審査会までに要する日数とか、そして先ほど意見もありましたけれども、今は人手不足で郵送にすごく過去より時間を取っています。これは往復する間の期間などかなり日数がかかっておりますので、そういった郵送をやめて電子化をしていくことは非常に喫緊の課題ではないかと思っております。

したがって、申し上げたように主治医意見書、調査実施、その後の事務手続期間、この3つの因子で対応を図っていくことが必要だと思います。

続いて、15ページでございます。ここでは平均値で公表することになっておりますが、その自治体において30日を超えている方の割合、そこが一番重要な指標で、30日を超えないことがミッションでございますから、要は利用者のうちの30日を超えている方の割合が重要な指標になりますので、そういったことも見ていく必要があります。中央値なり平均値がありますが、平均値であれば標準偏差を見ていかないとイケませんので、30日超の割合に着目していくべきだと思います。その上で、例えば主治医意見書の所要期間が平均で20日を超えているなど非常に長い地域があれば、そこは地区医師会と市町村で十分協議できる場はありますから、しっかりとそういったことを議題に上げて市町村と地区医師会で前向きな議論をしていくことが解決につながっていくと思います。

また、調査実施に関しましては、自治体によっては調査員不足がありますので、これは民間の事業所や介護施設等の職員さん、いろいろ一定の資格を持った方に委託をしておりますから、そういった委託を推進することによって調査員の確保も非常に大事ではないかと思っております。

したがって、総力を挙げて30日を超えている方をいかに減らすか、そういうところに着目していくべきだと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 自治体の中でも30日を超えている人の割合への着目といった着眼点もお示しいただけたかと思えます。ありがとうございます。

ほかに会場はよろしいですか。

それでは、オンラインからお願いいたします。

幸本委員、お願いします。

○幸本委員 ありがとうございます。

御説明ありがとうございました。現行原則30日とされている審査期間について、多くの自治体で大幅に超過している状況が常態化していること、これは利用者・介護事業者双方にとって大きな問題であり、その解消に向けた取組は大変重要だと考えております。実態把握をはじめ事務局から提示のあった対応の方向性は理解できますので、ぜひ進めていただきたいと思えます。

電子化の進み具合や自治体職員、医師の人数など、自治体ごとに事情が異なるであろうことは想像に難くありませんが、最善策あるいは次善策を追求することが必要です。審査期間が短い自治体はなぜそれが可能なのか分析して、目安となる期間を設定する際の参考とするとともに、併せてどういう工夫の余地があるかなど国として対応策を示していくべきだと思います。なお、工夫だけでは改善が困難な自治体については、国が直接支援することについて検討する必要があるかと思えます。

○菊池部会長 ありがとうございます。染川委員、お願いします。

○染川委員 ありがとうございます。

法律上の上限であります30日を超えた状態が常態化しており、かつ悪化傾向にあるということで、この影響を現場の従事者にヒアリングしましたところ、要介護認定されるまでの暫定ケアプランでのサービス提供期間は必要な担当者会議すらできないことや、主に2号被保険者においてがん末期など医療と介護どちらで対応するか決まらないことで適切な対応が図れないケース、要介護認定が出るまでの暫定ケアプランにおいて要介護度が低めに認定された場合を想定して必要な介護サービスを制限せざるを得ないケース、特に特養に特例入所している要介護1、2の利用者が要支援に区分変更になった際に介護給付が使えず実費負担が高額となるケースなど、介護サービス利用者に多くの悪影響が及んでいます。

また、要介護と要支援いずれの判定がされるか予測ができない際に、自治体によっては

要支援、要介護それぞれの暫定ケアプランを作成する必要性が生じ、業務が増える要因になっているほか、要介護認定の区分変更により自費負担が発生した場合の料金トラブルが発生するなど、介護従事者、事業者にとっても悪影響が及んでいます。

したがって、調査依頼から実施までの期間、意見書依頼から入手までの期間と、それぞれに手続上、真に必要な期間を見極めた上で、目安と併せて上限となる日数を明確にすることに加え、資料2にお示しいただいた自治体における認定審査の迅速化及び効率化の取組の例や、資料3の3ページでお示しいただいた要介護認定事務の電子化における先行実証の内容を早期に標準化、普及していただくことで、認定審査期間30日以内の厳守を目指していただきたいと思います。

それから、本日の議題ではございませんが、今回介護従事者にヒアリングをする中で、要介護度の認定結果について明らかに同様のADLであるにもかかわらず自治体によって要介護認定の介護度にばらつきがあり、問題があるとの指摘が多くありました。今後の対応を検討していただきたいと思います。

私からは以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、多田参考人、お願いします。

○多田参考人 ありがとうございます。本日、大西市長が公務により出席できないため、参考人として発言をさせていただきます。

認定審査期間の平均値の公表について御意見申し上げます。

要介護認定の審査期間が法定の30日以内に処理されていない実態を踏まえ、厚生労働省のホームページに認定審査期間について保険者ごとの一覧表と各段階における目安となる期間を公表することとありますが、公表に当たっては単に日数を羅列するだけでなく、現在置かれている要介護認定に係る状況を十分に分析した上で、各保険者がなぜ認定に日数を要しているのかなどの課題や、その解決に向けた国としての取組についても付して公表していただきたいと思います。

資料の8ページにもございますように、要介護の認定者、この20年で約3.2倍となっている状況におきまして、認定に当たり保険者としても限られたリソースの中でそれぞれの実情を抱えながらできる限りの努力はしております。要介護認定に係る日数の平均値につきましても、資料の10ページにございますように、制度創設時から大きな変動や法定日数からの大幅な乖離はないところでございます。しかし、多くの保険者は法定期間内に認定を行えておらず、また人口規模や高齢化率によって要する日数に大きな違いはない実態を踏まえ、全国の保険者はその実情に即して努力しながらも、現実には30日以内に収めることが困難であり、介護保険法の施行から四半世紀がたとうとする今日、法定日数自体を見直すことも視野に入れた検討も考えられると存じます。

今後、介護の分野においてもDXに取り組むこととされており、これが普及、進展し、効率的な運営により認定にかかる日数のさらなる改善にも努めていきたいところでござい

すが、そのためには保険者のみならず医療関係者等の御協力も不可欠でございます。

保険者の立場として、今後も被保険者のためにできる限り迅速に認定審査に取り組んでまいり所存でございますので、公表に当たっては保険者の認定処理日数だけの表面的なものにとどまることなく、また各保険者が現実に取り組めるものとなるよう十分に必要な検討を行っていただきたいと存じます。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、鳥潟委員、お願いします。

○鳥潟委員 ありがとうございます。

要介護認定は介護サービスの給付に結びつくことから、基準に基づいた客観的かつ合理的な判断を行う必要がある一方、迅速な判断を行うことで必要なサービスを早く届け、御本人や御家族の安心につなげることが重要であると認識しております。規制改革実行計画に基づき、認定審査期間の平均値の公表や目安となる期間の設定を行っておりますが、目安となる期間内に認定審査を行うためには、今後検討することとされている制度や運用の見直しが不可欠だと考えます。現場の皆様が要介護認定事務に時間がかかる原因になっていると感じている課題を踏まえつつ、早急な検討をお願いしたいと感じております。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

山田委員、お願いします。

○山田委員 ありがとうございます。

認定審査期間につきましての30日という部分ですけれども、これについては取決めに無理があるという意識の定着が見受けられているのではないかと予測しております。ただ、利用者の現状、がん末期等につきましては、早急な対応が必要な場合もあるということで、認定が下りないままに亡くなってしまうなどというケースは避けたいという部分から、30日以内の最大限の対応をしていきたいと思っております。

ただ、市町村にもよりますけれども、認定調査の利用者との日程調整など、これは病状の不安定さもありますし、各医療機関の入院状況もあるかと思っております。医師の意見書の提出に時間を要していることが事実かと思っておりますが、原因の分析として、先ほど19ページに現状の課題の記載がありましたので、こちらについて一つ一つの現状分析を対処すべきかと思っております。

また、要介護認定は、早急に必要な利用者の差別化の検討や医師の意見書、認定調査票の電子化の検討、先ほど来介護情報基盤の促進のお話もありましたので、こういったことは急務かと思っております。また、審査会につきましては、オンライン会議やITの活用も視野に入れて合理化の促進をするべきかと思っておりますし、二次判定における重点的な審査対象者の基準を創設するという点では効率的な運用が可能になっていくのではないかと考えておりますので、また期間について短縮できるのではないかと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

及川委員、お願いします。

○及川委員 ありがとうございます。日本介護福祉士会の及川でございます。

私からは認定審査期間の目安について意見、それから1点御質問をいたします。

まず、目安についてでございます。平成30年度以降の見直しの経緯を見ても、効率化などの観点から見直しが行われておりますが、しかし、介護保険上で決められている30日以内の審査期間は平均でおよそ40日とあります。この実態は要介護認定の結果を待っている御本人、御家族、関係機関に対する影響が大きいと考えられ、是正が必要であると考えます。特に主治医の意見書の期間については、確認する情報量も多いところであり、何らかの工夫が必要と考えますが、認定審査の期間を30日以内に実施するため、認定審査と主治医意見書の所要期間について、それぞれ適当な期間の目安を設定すべきと考えます。

質問でございますが、こういう介護認定の必要性がありまして申請に至った要介護者等が、認定審査の期間、サービスが利用できない状況がどの程度生じているのか、何らかのデータがあれば教えていただきたいと思っております。お願いいたします。

○菊池部会長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

○堀老人保健課長 御質問の点につきまして、定量的なデータは持ち合わせていないわけですけれども、先ほど来御指摘もありましたようながんの末期の方で急激な状態の悪化がある方で急いで対応が必要な方については、対応していただけるようにということでの取組はしてきているところでございます。引き続き検討と把握に努めていきたいと考えております。

○菊池部会長 及川委員、よろしいでしょうか。

○及川委員 認定結果前であっても本当にサービス利用が必要と判断される方々に対しては、適切にサービスが提供されるような対応はぜひともお願いしたいと思っております。

以上でございます。ありがとうございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、新田参考人、お願いします。

○新田参考人 本日は大石知事が公務により参加できないため、長崎県福祉保健部長の新田が参考人として出席させていただいております。

資料2の要介護認定の認定審査期間につきまして意見を申し上げます。

要介護認定にかかる期間は、現行法上の原則30日を超える状況が常態化しており、本県といたしましても改善を図っていく必要があると認識しております。資料の19ページによりますと、長期化の主な原因は大半が主治医意見書の取得や認定調査の日程調整など、市町村と外部とのやり取りに関するものとなっておりますことから、資料2の24ページにお示しいただいたような認定審査の迅速化及び効率化の取組例なども参考にしながら、各地

域において関係者を交えた検討を進めていくことが重要であると考えております。

本県では、毎年管内の市町村に対し介護保険市町村指導や認定調査員研修の実施などの広域的な支援を行っておりますが、こうした機会を活用いたしまして先進事例の共有や助言を行うなど、市町村の認定審査期間短縮に向けた取組を支援してまいりたいと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

石田委員、お願いします。

○石田委員 ありがとうございます。

私どもの法人で今年の7月に利用者の実態調査を行いまして、家族ではなくて御本人、利用者ご自身を対象とした調査をいたしまして、そのときにちょうど要介護認定の期間について、どのぐらいで要介護の認定が届きましたかという質問をいたしました。全部で770の回収票があったのですが、30日未満という方が26.2%、30日から60日、2か月以内が47.8%と約半数を占めておりました。60日以上という人たちも3.9%いらっしゃったという結果が出ております。その間、認定が下りるまでに暫定的にサービスを受けることもできるという説明を受けられましたかという質問もしたのですが、それについて知っていたという方が22.1%、知らなかったという方が46.5%ということでございました。これらの結果から、介護の認定が下りるまで相当程度の長い間、要介護者はほったらかしにされている実態があるのではないかと考えております。

先ほど来、がん患者さんのこともお話がありましたが、私どもがよく耳にするのは、例えば圧迫骨折等で緊急に入院された方がいらっしゃっても、圧迫骨折の場合は治療が終われば、後は自宅に戻って安静にしてくださいということで退院しなくてはならない、それで本当に一番つらい歩くのも苦しいというときに、自宅で介護の手が借りられずに、ずっと要介護認定の決定を待ち続けているわけです。それも延々と待たされ続けている状態があることについて、なかなか改善されていないことは重大な問題だと思います。先ほどほかの委員の方も言っていました、暫定的にサービスを利用するにしてもこれは決定ではないので、後になってからまた違った結果が出れば費用の面でもケアの面でも変わってくるということで、ちっとも心理的にも安定しないという宙ぶらりんの状況がずっと放置されているわけです。

さらに、例えば要介護の認定が出たときに、利用者側からこれは違うということで不服申立て等もできることが権利として保障されているのですが、このように待たされて、また違うと言って、また待たされて、いつになったら介護を受けられるか分からないと思えば、不服申し立てなど諦めてしまいます。こういった現実が実際に要介護者にはあるので、このことをぜひとも踏まえて実態を知っていただいた上で、要介護認定審査期間については極力短縮化、いろいろな形で御提案がございましたので、そういったことをスピーディーに進めていただいて、できるだけ早く解決していただきたいと考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

東委員、お願いします。

○東委員 全老健の東でございます。

何人かの委員からも意見がございましたが、要介護認定の期間が30日以内というのは法律で規定されているわけでございます。また、これが長い期間遵守されていないために利用者の皆様に大変な御迷惑をかけていることも複数の委員から御指摘がございました。年々上昇している介護保険料を払っている国民のためにも、早急にこの30日以内という法律の遵守を目指すべきだと考えております。

また、要介護認定の仕組みは、介護保険制度を創設以来20年以上変わっておりません。一方で、国は医療DXや我々に介護DXを推進するように現場に求めているわけでございます。しかし、まず国が要介護認定のICT化、効率化に取り組むべきではないでしょうか。資料2の6ページには要介護認定の迅速化のための工程が示されております。今回はaの公表、bの目安について提案がされてございます。まず、やれるところからやるということでしょうが、AI等を用いた迅速化をもう少し加速度的に進めていくべきだと考えております。

その上で、今回の公表、目安、いずれの御提案にも賛成でございます。その中で、目安ですが、この目安を認定すべきは3点あると考えております。これは先ほど御発言された江澤委員の考え方と全く同じでございますが、1点目は認定調査の期間、2点目は主治医意見書の提出期間、そして3点目に2つの情報がそろった後の行政の事務手続の期間、もちろんこれは認定審査会を含みますが、この行政の事務手続の期間においても目安を定めるべきだと考えております。30日以内という法律を遵守するためには、これら3点において聖域のない迅速化が求められていると考えます。

なお、主治医意見書については、橋本委員もおっしゃいましたように、この内容が20年以上も変わっておらず、特記事項という自由記載の箇所が2か所もございます。医師の負担が大きいと思われまますので、項目のブラッシュアップ、記載方法の簡略化、チェック方式の導入等での検討が必要と考えます。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

鎌田委員、お願いします。

○鎌田委員 認知症の人と家族の会の鎌田です。

目安を出して公表をすることに関しては、先ほどの栗田委員の市町村の意識を高め改善につながるというところについて、私もそうだと思っておりますけれども、市町村の要介護認定の事務の課題というところで、主治医の意見書の取得に時間がかかるというところや調査の実施までに期間を要するというところで、その解決として郵送期間が問題となっているので電子化を進めていくというところだったのですけれども、私がいろいろな方からお聞かせ願ったときに、例えば家族が先生に依頼をして調査票を持ってまた受け取りに

行くというようなローカルルールがあったり、先生方がお忙しくてなかなか書いていただけないところとか、入退院のところで書いてくださる先生をどなたにするかがなかなか難しく、期間が延びてしまっているなど、細かいところですが、そういう部分も郵送以上に大きな問題ではないのかと思っています。郵送の問題に関しては近々での変化のところだと思っています。

それから、先ほど事務方から高齢者の増加との説明があったのですが、21ページの資料では人口規模と高齢化での違いはないという説明があったのですが、この整合性についての理解が追いついていないので、もう少し詳しく御説明をいただけますでしょうか。

あとローカルルールに関して何か把握されていることがあればそれも教えてください。以上です。

○菊池部会長 御質問、よろしく申し上げます。

○堀老人保健課長 1点目でございますけれども、マクロとしては10ページでお示しをしましたように、コロナで一時的に特例的な対応をしたところで減ったというのがありますけれども、全国的にも少しずつ日数が延びている状況ではございます。そういう状況の中で市町村ごとの違いがあるのかを見たのが21ページでして、全体が延びている中で人口規模、高齢化の高さ低さによって大きな違いがあるかについては、明らかな違いは見られなかった、ということです。

また、各自治体でいろいろな手続につきましてやり方をされているというのは御指摘のとおりだろうと思っておりますけれども、短く実施をしていただいている自治体の実情をよく把握しながら、情報を提供できるようにしていきたいと考えております。

○菊池部会長 鎌田委員、よろしいでしょうか。

○鎌田委員 高齢化の増加がこういう認定期間が延びている要因となっているということですね。

○菊池部会長 どうですか。

○堀老人保健課長 全体的には認定を受けられる方がここ20年で3.2倍に増えてきているという中で、市町村の方々についても努力いただいているということだと思っておりますけれども、少しずつ期間は延びている状況です。

○菊池部会長 いかがでしょう。

○鎌田委員 うまく理解はできませんけれども、ありがとうございました。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、田母神参考人、お願いします。

○田母神参考人 ありがとうございます。

資料の13ページ、認定審査の期間が中央値38.9日、最大で78.7日であるなど、認定審査期間の迅速化、今後の制度及び運用の見直しは極めて重要な課題であると考えております。

24ページの取組例ということで、事項レベルでお示しをいただいておりますが、今後よ



り具体的な方法とその効果、さらに必要な財源、経費の確保を含めまして、迅速化に関する推進策を併せて検討する必要があると考えております。

また、令和6年5月31日の厚生労働省の事務連絡「がん等の方に対する速やかな介護サービスの提供について」という通知におきまして、入院中のがん等の方について、認定調査に一定の知見を有する医師・看護師などの関与で、オンラインによる認定調査の実施も差し支えないということが示されております。関係者が協力しまして課題の解決に当たれますよう、急速な病状の変化のある方が速やかに介護サービスを受けられるよう事務連絡に示された、ただいま申し上げましたことを含む各事項に関する具体的な取組事例の公表もぜひお願いしたいと考えております。入院中あるいは退院をなさったという場合もあるかと考えております。

今申し上げました趣旨で、6ページのeの2点目でございますががんの進行度等に応じて速やかに認定を行う方法の検討に関しても早期に検討する必要があると考えております。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、お待たせしました。中島委員、お願いします。

○中島委員 茨城県美浦村の中島でございます。

資料2について感じたことを申し上げたいと思います。

デジタル、AIを活用した要介護認定は、現在の認定審査期間による課題を解決する画期的なシステムであると感じております。しかしながら、新たなシステムの活用を準備するに当たり、かえって市町村の負担になることがないように、現場の状況を丁寧に聞きながら進めていただきたいと思います。

また、介護情報基盤の整備を進めるに当たっては、町村や事業者等、介護保険関係者の意見やそれぞれの進捗状況等を踏まえ丁寧に進めるとともに、国による十分な支援を重ねてお願いしたいと思います。

私からは以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

追加で皆様から何か。

江澤委員ですね。ほかにはいらっしゃいませんか。

では、江澤委員、お願いします。

○江澤委員 ありがとうございます。

主治医の意見書について幾つか御意見が出ておりましたので、コメントさせていただきます。

最近の医療受診の傾向として、状態の落ち着いた患者さんは大体月1回、月に数回来ることはあまりなくなってきていて、月をまたいでの受診が一般的になってきています。私も更新申請の場合は、特に医師の主治医意見書の最後の特記事項については、治療方針や症状を書く欄ではなくて、家でどれくらい介護に手間がかかっているかを書くものです。

から、それについては本人、御家族に日頃からメモで書いてきてもらって持ってきてもらったりしております。あるいは、最近ではもうこれは認められておりますけれども、コメディカル等に下書きをしてもらって、最後に加筆修正をした上で印鑑をつくなりサインをして主治医意見書を完成するというのは大分増えてきていると思っています。そういった形で手間の簡素化は進んでいると思っております。

一方で、もう一つ工夫が必要かと思っているのは、初回の申請のときには難しいですけれども、更新申請のタイミング、要は次の医療機関の受診日はもう決まっていますから、そこと行政、ソーシャルワーカー等が間に入ってやる必要はありますけれども、例えば次の受診日が更新のタイミングに当たって主治医意見書の記載に当たるとかということを考えていかないと、主治医意見書の記載のためだけに医師が面談をしたり患者さんに来院をしていただくというのはあまり現実的ではないので、したがって、受診のタイミングと主治医意見書のタイミングなどをうまくかみ合わせるようなことも方策ではないかと思っております。

以上です。

○菊池部会長 どうもありがとうございました。

ほかにはよろしいでしょうか。

本議題についても様々な御意見をいただきまして、ありがとうございました。電子化が急務であるというのは多くの委員からいただきましたし、その他様々な改善策の御提案もいただきました。また、認定調査、そして意見書の期間短縮とともに、審査会までの期間についても見ていく必要があるといった御意見も複数いただいたかと思えます。

本日いただいた御意見を踏まえて、引き続き事務局におかれましてはしっかり御検討いただきたいと存じます。

もう時間が参っているのですが、本日「その他」といたしまして資料3及び資料4がございます。いずれも審議事項ではなく報告事項ということですので、簡単に御説明をお願いできればと思います。

○堀老人保健課長 老人保健課長です。

それでは、資料3を御覧ください。介護DX関係で、介護情報基盤の運用開始に向けた先行実施を行うことの御報告です。

1 ページを御覧いただきまして、医療DXの推進に関する工程表におきまして、赤枠のところがございますけれども、介護情報の共有については今年度から希望する自治体において先行実施を行うということになっております。

2 ページを御覧いただきまして、この工程表に基づきまして先行実施を2種類やるということがございます。1点目が要介護認定事務の電子化、2点目が介護事業所における電子による資格等の確認ということで、来年の年明け1月中旬から一部自治体において実証を開始する予定となっております。具体的に御覧いただきまして、まず要介護認定事務の電子化ですけれども、②の医療機関から自治体へ主治医意見書を電子的に提出していた

だくこと、これについては大分県大分市と別府市で、また⑤の要介護認定情報のケアマネ事業所への電子的共有については大分市でそれぞれ実施をいただくということです。また、⑥の介護事業所における電子による資格等の確認につきましては、大分県大分市と宮崎県都城市でそれぞれ実施いただくこととなっております。

3 ページ、この2 ページの内容をより具体的に記載した資料です。今回の先行実証では赤枠で囲みました②、⑤、⑥について実施をいただくということとして、今回の先行実証で明らかになった課題を踏まえながら、令和8年度以降の介護情報基盤の運用開始に向け、引き続き検討を進めてまいります。

資料の説明は以上です。

○吉田（慎）認知症施策・地域介護推進課長 認知症施策・地域介護推進課長でございます。

続きまして、資料4-1を御覧いただければと思います。

1 ページ、ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会ということでございます。こちらは開催の趣旨の3つ目の○で書いてございますけれども、前回の介護保険制度の見直しを本部会で御議論いただいた際の宿題ということで、ケアマネジメントの質の向上、人材確保の観点から、包括的な方策を検討する必要があるということで御意見を頂戴していた部分でございます。これを踏まえまして、今年の4月から右の構成員の方々をメンバーとする検討会を開催いただいて、議論を重ねてまいったということでございます。12月2日に中間整理の案を御整理いただいたということでございます。

その概要ですけれども、2 ページでございまして、複合的な課題を抱える高齢者の増加などにより、ケアマネジャーの役割の重要性は増大する一方で、従事者数は横ばい・減少傾向にあるということでございます。質の高いケアマネジメントを実現する観点から、ケアマネジャーがケアマネジメント業務に注力することができるよう、業務の整理など負担を軽減しながら、成り手を確保することが喫緊の課題であるということでございます。以下の項目に沿って制度改正、報酬改定等に向けて引き続き検討することが適当ということでおまとめいただいております。

項目は4点ございまして、ケアマネジャーの業務の在り方が1点目でございます。ポイントはケアマネジャーの業務が増えているということでありまして、ケアマネジャーが利用者へのケアマネ業務に注力できる環境整備が大事だということでもあります。下のほうに表が描いてございますけれども、現在このような業務にケアマネジャーが従事をしているということでございまして、いわゆるマル1の法定業務に注力できるよう、例えばマル2、マル3といった様々な業務につきましては、基本的には市町村が主体となって関係者を含めてつなぐべき先をどうするかについて地域課題として協議をすることが適当だということで整理をいただいております。なお、これに関しては、部会長も加わっていただいておりますけれども、地域共生社会の在り方検討会議という厚労省の別の検討会を設けて、独居高齢者の課題について御議論いただいているところであります。そうしたことも踏まえ

て検討を進めることが必要と考えております。

最後、3 ページ、業務の在り方に加えまして様々人材確保・定着に向けた方策を実施することが必要ということでございまして、現在働いている方々の支援ということでは、見劣りしない処遇の確保などの環境整備ですとか、新規入職の促進のための新たな資格の追加・実務経験年数の見直しなどを検討することが必要ということでおまとめいただいております。3 点目ですけれども、法定研修の在り方につきましても御議論いただきまして、ここについては経済的・時間的な負担が非常に大きいという御指摘でございます。その軽減を図ることが適当ということでございます。更新研修については、特に御議論いただきましたけれども、大幅な負担軽減を図るとともに、その在り方を併せて検討することが適当だということでおまとめをいただいております。

なお、この中間整理案でございますけれども、当日12月2日にも御意見を頂戴いたしまして、修正の部分がございまして、座長一任ということで御了承いただいております。その修正が整い次第、案を取った形で公表をさせていただければと考えております。この中間整理を踏まえて制度改正、それから介護報酬改定に向けて検討を進めてまいりたいと考えております。

報告は以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

以上の2点につきまして、報告事項でございますが、この際御発言がおありの方がいらっしゃいましたらお示しいただきたいと思っております。

会場では栗田委員、そして山際委員、お二方ですね。そして、オンラインから東委員というお三方でよろしいですか。

それでは、まず栗田委員からお願いします。

○栗田委員 私、独居の認知症高齢者の地域生活支援に関する厚生労働科学研究を6年間やっておりますので、少しコメントさせていただきたいと思うのですが、まずこのたびの中間整理案で大変意義があるのは、ケアマネジャーのシャドーワークを正面からちゃんと明らかにしようとしている点ではないかと思っております。ただ、シャドーワークにつきましては、ここに書かれておりますように、ケアマネジャーにとってはそうせざるを得ない状況でやっていることを改めて認識しておく必要があるだろうと。

一方、ケアマネジャーがケアマネジメントする上で最も困難としている事例が実際は独居の認知症高齢者ということ、これは繰り返し報告されているのです。しかしながら、独居の認知症高齢者のケアマネジメントの在り方を体系的に行った研究は過去にはほぼないのです。事例研究はあるかもしれないけれども、体系的研究はない現状であると。一方で、では、現場でどうしているかという、これは独居の認知症高齢者を支援している主治医、ケアマネジャー、介護保険サービス事業所のスタッフ、別居家族、そして本人と地域の様々な人が意思決定支援チームをつくって支えているということが現実でございます。ただ、このことも可視化されていないことがございますので、この問題を解決していくためにも、

実際に個別事例をどうしているかを可視化させながら具体的な対策を考えていくことが非常に重要でございます、これをこれからの非常に大きな課題として指摘させていただきたいと思います。

以上でございます。

○菊池部会長 ありがとうございます。

山際委員、お願いします。

○山際委員 ありがとうございます。

資料4-1でケアマネジメントに係る検討会の中間整理ということで、業務について4つの類型に整理していただいたということで、一定前進が図られたと思っています。ただ、現場でいいますとケアマネ業務は非常に負担が大きくなっていますし、人手不足という状況を鑑みてこの法定業務以外の2、3、4について具体的にどのような対策を打っていくのか、これについて引き続き検討を進める必要があるだろうと思っています。ということで、先ほど御紹介いただいた検討会等々も含めて、引き続きの検討をお願いしたいと思っています。

あわせて、同様の課題が訪問系のサービス、例えば訪問介護でいうとサービス提供責任者や訪問介護の現場でも発生しておりますので、そうした点についての整理も必要だろうということで、そのことを申し述べたいと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それでは、東委員、お願いします。

○東委員 簡潔に申し上げます。

資料4-1の3ページ、「2.人材確保・定着に向けた方策」の冒頭に「質の確保を前提とし」とあり、そのうえで「現在働いている方々の就労継続支援」に「他産業・同業他職種に見劣りのしない処遇の改善の確保」という記載がございます。ケアマネジャーの場合、居宅介護支援事業所にもおられますが、私ども老健施設や特養でもケアマネジャーの配置が義務づけられています。しかし、その施設系には処遇改善加算、これは介護職員処遇改善加算という名称になっているのですが、実際にはケアマネジャーにも配られております。ところが、居宅介護支援事業所は処遇改善加算の対象にはなっておりません。居宅介護支援事業所で働くケアマネさんには全く処遇改善の加算が配られず、施設にいるケアマネジャーには配られるという乖離が起こっておりますので、ぜひ処遇改善加算を居宅介護支援事業所にどうするのかという議論をしっかりとやっていただきたいと思います。

以上です。

○菊池部会長 ありがとうございます。

それから、石田委員からもお手が挙がっておりますので、どうぞ。

○石田委員 時間のないところ申し訳ないです。

先ほど申し上げた770人の方の実態調査の中で、実はケアマネジャーに対するいろいろな

感謝の言葉が思いのほかたくさん寄せられておりました、本当に命を救われたであるとか、ケアマネさんのおかげで今の生活がありますということが多々述べられているということがありました。今回の資料でも、いろいろな業務の内容などはたくさん並べられておりますが、それらの業務によって得られている効果といいますか、そういったものについてはもう少し詳しく調べて検証を行い、それにつながる評価、より高い評価をもう少し検討していく必要があるのではないかと考えておりましたので、一言加えさせていただきます。

○菊池部会長 どうもありがとうございました。

資料4に関する御意見につきましては、貴重な御意見だと思いますので、事務局から地域共生社会の在り方検討会議の事務局にお伝えいただければと思いますので、よろしくお願いたします。

ありがとうございます。少し時間が過ぎてしまいました、申し訳ございませんでした。

それでは、本日の審議はここまでとさせていただきます。

最後に、次回の日程につきまして事務局から御連絡をお願いいたします。

○村中総括調整官 次回の本部会の日程につきましては、追って事務局より御案内をいたします。

○菊池部会長 それでは、本日の部会はこれで終了とさせていただきます。

御多忙の中、どうもありがとうございました。