

超高齢化研究会提言

2021年12月

1. 直面する現実：不満と不安

1. 多くの高齢者とその家族は、様々な不満と不安を抱えているのが現実。それぞれの家庭により状況は様々であるが、例えば以下のような典型例は数多くの高齢者とその家族に当てはまるのではないか。

2. 高齢者夫婦で夫は病気を抱えつつ要介護。妻が在宅でサポート。介護保険による訪問介護を受けて何とか生活を続けているが、訪問介護はあらかじめ定められた時にしか来ず、サービスは細分化されて、不便はあるものの、妻が頑張ることにより、何とか我慢して生活している。妻は夫の世話のためにサークル活動などは控え、家で夫と過ごすことが増え孤立が進む。徐々に認知症の気配も。

3. 夜間の夫の急なサポートのために慌てて動くことが多くなり、暗闇の中で妻は足を骨折。妻も動けなくなったとたん、生活がまわらなくなる。妻の怪我は一時的であるため、妻は介護認定をなかなか受けられないこともあり、介護保険による在宅サポート等は強化されず。妻による夫の介護に期待できない中、サービス内容が硬直的で細分化された定期的な訪問介護だけではとても夫婦の生活が維持できず。子供達が交代で仕事を休みながら、近くの親戚の助けも借りながら必死で介護。

4. 寝たきりの期間が長くなるに伴い、妻の状態が悪化し、認知症の症状も明らかに始まる。子供達によるサポートも期間が長くなるにつれ、継続が困難化。このため、介護施設を探し始めるも、特別養護老人ホームは長蛇の待ち行列でいつ入居できるか全く見通しが立たない。民間の老人ホームは入居費が高いためとても手が出ない。様々な介護サービスや施設もあるようだが、制度が複雑で事業者・施設も多数かつ様々で、普通の人間にはなかなか良くわからず、実際にはケアマネージャーに依存するしかない。

5. 骨折が治ったこともあり、家のリフォームをしながら、妻は仕方なく在宅介護を続けるものの、妻の足腰は弱っており、従前のような介護が困難に。運転免許は返納し、商店が遠いために買い物にも支障。支出の増大のために銀行取引をしようとしても、コンプライアンスが厳しくなっており、夫本人が店舗に行くことが求められるものの夫は移動が困難なために銀行手続きが進まない。認知症

の症状が出始めているので、妻が店舗に行けたとしても手続きができるかどうかは不安。そもそも退職金で住宅ローンを返済したものの、金融資産は乏しく、足りない年金を埋め合わせするために、貯金はどんどん目減りして、このまま不健康に長生きした場合に貯金が足りるかどうかは大いに不安。民生委員に相談しようかとも思うものの、福祉施策を使うハードルは制度的・心理的に高く、民生委員は身近な存在ではなく、そもそも多忙でなかなかつかまらない。

6. 夫の病気の悪化が進むものの、夫は入院を固辞。在宅医療を選択するものの、近所の医者では 24 時間 365 日の医療介護体制は到底期待できず、いつ夜中に医療が必要となるか不安を抱え続けている状態。いざとなれば救急車に頼らざるを得ないと覚悟しているものの、何度も呼ぶことにならないか不安。ICT を活用した医療介護体制の話題は耳にするものの、実際には ICT は全く使われず、医師・看護師に来てもらうしかない。

7. できれば最期の看取りは自宅で行いたいというのが夫婦の希望であるものの、それはとても無理なのではないかとあきらめている。延命治療は行わないというのが夫婦の元々の気持ちだったが、夫婦ともに認知症が進み、子供達の間で親の希望について認識が異なる中で、結局は夫婦本人達の意に反して延命治療を選択せざるを得ないのではないかと家族もあきらめている状況。

8. 現役時代は全力で会社のために働き、社会のためにも貢献してきたつもりであるものの、人生の最終章が極めて不安かつ暗く、子供達など家族も疲弊し切っている状況に、矛盾とやり切れなさを痛感。長生きはかつてのように皆からお祝いをされるものではなく、むしろ自分と周辺に負担をもたらす迷惑なものになってしまっている。

II. 悪化して行く現実：一日も早い抜本的な戦略の確立と実行を

1. かつてに比べると様々な介護サービスや施設が生まれているものの、こうした不満と不安は根強い。またさらに現実はどんどん悪化していくおそれ大。これまで団塊の世代は、健康で活動的であったものの、2025 年以降はすべて 75 歳以上となり、急に介護や医療のニーズが増大して行く可能性大。こうした超高齢化時代の到来が目前に迫っているものの、それに向けた日本の各種社会システムの整備は進んでいない。

2. 少子高齢化が加速する中で介護などの担い手の人手不足も深刻。増大する介護医療などのニーズに対して、各種サービスの供給が追いついていかないおそれも大。日本の財政状況も深刻に悪化しており、各種制度の持続可能性にも不安がつきまとう。
3. 超高齢化時代の課題は過疎が進む地方においてすでに深刻化。高齢者を支えてきた各種社会システムの維持も困難に。他方、大都市部でも、高度成長時代に開発された郊外の団地・住宅地において急速な高齢化が加速しており、急増する介護医療ニーズに対応できるような社会システムが整備されていない。
4. さらに 2040 年頃には団塊ジュニアがリタイアすると、高齢者を支える経済社会的な基盤が一層弱まっていく。
5. このように直面する課題は、従来の制度の小手先の微修正では到底対応できるものではなく、各種制度やシステムの抜本的な改革・見直しが不可欠と考えられる。また、直面する課題は広範かつ絡み合っており、医療、介護や福祉といった個別分野の改革だけでは限界があり、分野横断的な取り組みが必須。まさに超高齢化時代に備えた国家戦略の確立と実行が求められており、そのためには、全政府的な検討母体を設置し、日本全体の英知を集結し、単年度毎の取り組みではなく、腰を据えた徹底的・抜本的な改革戦略を構築し、徹底的かつ迅速に実行して行くことが今こそ必要なのではないか。

III. 目指すべき姿

1. 人生 100 年時代が、国民にとって不安や不満をもたらすものではなく、国民が充実感と安心を感じられるような社会システムを日本に構築して行くことが望まれる。「長生きが苦痛」と本人が感じ、「長生きしてごめんなさい」とまわりに謝らざるを得ないような日本ではなく、「長生きして良かった」と本人が感じ、「長生きしておめでとう」とまわりが心から祝福できるような日本にしていくことが望まれる。

2. このためには、以下のような要素が満たされるような姿を目指して行くべきではないか。

- (1) 一定年齢によって画一的に社会活動から排除するのではなく、本人の健康状態と意欲や能力に応じ、できるだけ長く働くことが可能となり、あるいは社会貢献を含めた社会活動に参画できる社会。
- (2) 健康寿命をできるだけ長くすることに加え、身体機能が低下しても、社会とのつながりを保ち、生きがいや喜びをもって生きられる社会。
- (3) 身体機能が低下しても、買物、通院など、様々な生活活動を継続することが可能となる社会システム。
- (4) 人生 100 年時代を支える経済的基盤の充実と、認知機能の低下に対応した金融取引活動の長寿化。
- (5) 本人の選択と健康状態に応じて、適切な医療や介護のサービスを受けられる社会システムの整備。
- (6) 本人の意思に沿った最期を迎えられる社会の実現。

IV. 政策・制度・システム改革の方向性

1. 「供給者側の論理」ではなく、「ユーザー側の視点」に立ち、ユーザー側の利便性と判断・選択を重視したシステムを実現。このため、高齢者及び家族を含めた関係者のエンパワーメントを推進。
2. 同時に社会保障サービスを一方的に受け身で受益するだけでなく、高齢者及び家族が自ら主体的に利用可能なサービスを見出して行く社会を実現。このため、ユーザー側のリテラシーの強化に加え、最適のサービスを見出す努力をサポートするシステムを構築。
3. 「制度毎の縦割り個別事業主体ごとの対応」から、「制度横断的なワンストップ・ネットワークによる対応」に転換。
4. 「行政と医療・介護・福祉事業者による問題解決」から、「多様な主体による問題解決」に転換。

5. 「アナログ時代に構築された制度・システム」から、「ICTなどのデジタルの力を最大限に活用した制度・システム」に転換。
6. 「個人を行政などが個別に支援する発想」から、「個人がコミュニティに参画し、コミュニティを通じてお互いに支えあう社会」にシフト。
7. 「分散した点を不効率に支援する仕組み」から、「集住による街づくりを通じて効率的に面的に支援する仕組み」へシフト。
8. 各種社会保障サービスの評価は、ストラクチャー・プロセスに基づく評価の改善に加え、アウトカムの視点も包含する形に転換。

V. 抜本的改革に向けた新たな検討母体の設立と2段階の取り組み

1. 目指すべき姿に向けては、各種制度の抜本的な改革や制度横断的な取り組みが不可避であり、II.5.で見たような、国家戦略としての腰を据えた徹底的な検討が必要。このためには、各省庁の縦割りの壁を超えた全政府横断的な検討に加え、関係者間の利害調整ではなく、日本の英知を結集し、超高齢化時代に対応した国家戦略を検討できる検討母体（関係省庁に対する勧告権限を有する強力な組織。）を設置することが極めて重要。その際には、IV.で示した方向性に沿った改革が期待される。
2. 検討母体は、長期的な社会保障制度全般の戦略等を策定するため、政権や内閣が交代しても継続される恒久的な機関とし、国会の超党派による意思決定（立法措置）をもとに設置されるものとする。このモデルとしては1948年から2001年まで戦後の日本の社会保障政策の根幹作りを長年にわたり主導してきた社会保障制度審議会が参考となるのではないか。同審議会は、常設の恒久的組織であり、勧告権を持ち、個別省庁を超えた政府全体によるものであり、学者、社会保障関係者に加え、与野党の国会議員、関係省庁の次官で構成され、勧告や答申は事務局ではなく、委員自らが執筆したユニークな組織であった。また長年の運営を通じて不文律が形成され、委員の出身組織の利害ではなく、大所高所の見地からの議論がなされていた。

なお、その後設置された審議会には同様の名称のものもいくつかあるものの、時限的なものであったり、特定省庁に限定されたものであったり、毎年度の予算へのインプットを主眼としたものであったりして、この社会保障制度審議会とは全く異なるものであった。

3. 「社会保障は最も政治的なものである。そして社会保障は最も政治的に扱われてはならないものである。」という言葉が社会保障制度審議会の関係者が残しているが、まさに新たな検討母体にも引き継がれていくべき視点である。このため、検討母体は、①日本としての中長期的視点で優先する価値基準を明確に示し、意思決定の判断の際に拠り所とするとともに、②参加者の声の大きさや、短期的施策の検討に偏らないための意思決定の仕組みを持ち、③議論のために必要となる調査機能を自ら持ちつつ、意思決定のために十分なエビデンスが無い課題については、どのようなエビデンスが必要かを示す、など、意思決定における基盤となる考えを示すことが肝要。また、検討課題が複雑かつ幅広くなっており、デジタル化などの知見も重要となっていることから、過去の社会保障制度審議会の時代に比べ、性別、年齢、経験などにおいて多様性を持ったメンバー構成に配慮すべき。

4. 社会保障制度は拡大の歴史が長く続き、その後負担の議論もなされてきたものの、給付抑制までにはなかなか踏み込んで来られなかった。超高齢化時代において持続可能な社会保障制度として行くためには、新たな検討母体は、負担の増大や給付の抑制にまで正面から本格的に取り組むものであることが不可欠。

5. また、超高齢化時代への対応のためには、年金、医療、介護といった社会保障の中核的制度だけでなく、社会保障制度の外にある民間サービス、働き方、社会参加、経済的基盤、生活行動基盤、コミュニティ、デジタル活用、行政機構の遂行能力など多面的要素が必須となり、関わり合い、連携し合うことが重要となることに加え、現在の社会保障制度等の前提となってきた経済社会的状況や人口動態、寿命などが大きく変容したことも踏まえ、全体を包含し、歴史的視点を持ったグランドデザインが必要となる。

6. 検討母体自身が政策決定を行うものではないものの、改革の在り方とその必要性を示すとともに、大きな改革は負担増や給付減といった国民の痛みを伴うことが多いため、改革を実行しない場合における将来像の説明を含め、改革に向けた選択肢を国民に示して行くことが重要。また、個人の利便性や意向を最大限尊重しつつも、システム全体としての効率性・持続可能性の観点からは、限界点

があることを国民に示すことも重要。

7. 他方、超高齢化時代は目前に迫っており、中長期的な取り組みが重要となる
1. の戦略確立と実行を視野に入れつつ、こうした中長期的な改革や方向性に整合的な形で、短中期的にもできるところから改革を迅速に進めて行くことが必要。このように短中期、中長期という 2 段階の取り組みを進めて行くことが重要。

VI. 新たな検討母体で取り組むべき中長期的な課題

新たな検討母体は、1 年では解決できない中長期的な課題、一省庁を超える分野横断的な課題、痛みを伴う改革などに対しても正面から取り組む。

1. 日本が目指す超高齢化社会のあるべき姿の設定

『「長生きして良かった」と本人が感じ、「長生きしておめでとう」とまわりが心から祝福できるような日本を目指す』といった、国民・市民により分かりやすい国民・市民視点での目指す姿（国家ビジョン）を提示。（健康・医療戦略に記載のある「国民が健康な生活及び長寿を享受することのできる社会（健康長寿社会）」や「地域包括ケア」などを国民・市民の視点に立ち、更に分かりやすく共感できるように検討。）

2. 超高齢化時代を支え得る介護サービスの創出

DX、規制改革、人材育成・確保の 3 つの徹底により、効率性が高く、多種多様なニーズに応え、増大する介護需要に対応できる介護サービスへの転換を推進する。

(1) デジタル時代に対応した介護サービスのアーキテクチャーの再設計

- ①本格的なデジタル時代が到来する前の時期で介護サービス産業も草創期の時代に設計された介護保険サービスのアーキテクチャーの再設計が不可欠。
- ②人員配置基準で代表されるような形式・インプット重視の仕組みから、ICT も活用した柔軟性・実効性を重視し、アウトカムの視点も包含した仕組みに転換。あわせて過度な細分化を克服し、DX 化・規制緩和を徹底、医療・看

護・介護の分断を乗り越えることにより、間接費用を減らし、抜本的に生産性を向上することを通じて、介護分野で働く職員の処遇改善と地位の向上につなげる。

- ③本人の自由度を奪うことにより事故を防ぐ発想から転換し、必要最小限の安全性は担保しつつも、本人の尊厳を重視し、行動の自由度を高め、可能な限り自立支援を目指す方向にシフトして行くべき。このため、家庭でも事故は起きうる現実を踏まえ、「無謬性」を追求し、行動の自由を制限するのではなく、家庭での一般的な対応をベースに、自立支援のため、事業者に期待される善管注意義務のレベルについてガイドライン等を通じて形成していくべき。その際、本人・家族に対する十分なリスクコミュニケーションを予め行うことは肝要である。
- ④サ高住、有料老人ホーム、特養等の多岐にわたり複雑化している高齢者向け住まいの在り方も再整理。
- ⑤ケアマネージャーの資質向上を図りつつ、ケアマネージャーがすべての調整を担い介護報酬の精算も行う仕組みから、システム化により、高齢者と家族のエンパワーメントを進め、ユーザーが主体的に、介護保険対象外のサービスを含め、最適なサービスを見出せる仕組みに転換。高齢者と家族のニーズに応じ、ケアマネージャーによる調整のみならず、ユーザー自らによる選択も可能にして行く。
- ⑥介護事業関連の届出手続きなど、自治体毎にバラバラかつペーパーベースでの行政とのやり取りから、標準化され、デジタル化された行政とのインターフェースに転換。居宅介護支援事業所と訪問介護などのサービス提供事業者間における情報連携のためのインターフェースも標準化。
- ⑦公的介護保険制度から独立した私的介護サービスを産業として振興することにより、介護サービスの多様化及び介護人材のキャリアの多様化を図る。特に介護事業者は公的介護保険制度のみに依存するのではなく、公的介護保険制度の枠外にある幅広いサービスを提供することにより、収益を増やし、事業性を高めることにより、介護人材の処遇改善につなげていくことが期待される。

(2) 介護人材の教育・確保の仕組みの再設計

家庭内介護の代替の延長性上にある介護人材の資格の在り方を見直し、専門職としての地位を確立できるような資格体系・教育体系に見直す。認知症ケア、ターミナルケア、ソーシャルワークなどの専門性を持つ人材を育て、一定の処遇が得られるような体系を導入。

3. 超高齢化社会に最適化されたプライマリケア体制の構築

- (1) 超高齢化社会において必要な医療・介護等の提供体制のビジョンとして共有されつつある「プライマリケアチームによる対応」を、民間医療機関中心の日本においてどのように具現化していくか、How の部分を具体化、実行に移す。
- (2) このため、科目別専門医師の育成・配置と急性期疾病のキュア、入院に偏ってきたこれまでの医学・医療の重点の置き方から、総合診療医による高齢者のケアと在宅医療に重点を置いた医学・医療に転換。医療の投入量や入院日数を重視した診療報酬から、「患者アウトカム」や「費用効果比」の考え方に基づく「価値評価」に転換すべき。
- (3) また医療・介護の縦割り型ではなく、予防（健康増進・介護予防）、医療（看護を含む）、介護、福祉などについてシームレスな対応が提供できるようなシステムに転換。このために必要となる情報共有も ICT を最大限活用して推進。介護提供の際に ICT を活用したモニタリングを導入することにより、健康が悪化する前にタイムリーに健康介入を実行して行く。
- (4) 個別の診療所や看護・介護事業者がバラバラに参入・事業展開する現状から、診療所・事業者連携によるチーム化を通じた質の向上、面的集中による効率向上に転換していくべき。
- (5) 以上を支える診療報酬制度を抜本的に改革することが必要。過剰な診療行為につながりやすいフリーアクセス・出来高払いというこれまでの診療報酬の二つの中心的な柱を改め、「かかりつけ医」が日々のプライマリケアの担い手であるとともに、医療資源のゲートキーパー・ゲートオープナーとしての役割を果たすことを明確にした上で、マネージする患者・住民の人数に応じた定額払いを基準にした新しい診療報酬体系への転換を検討していくべき。

4. 自立を促進し、孤立を回避して行くための福祉の仕組みの転換

- (1) 弱者救済のための「施し」という視点を転換し、その人らしい生活を確立することをサポートするという視点を導入すべき。
- (2) 「社会的処方」という発想を導入し、医療、介護など様々な職種が連携しつ

つ、孤立予備軍を早期発見し、民生委員や児童相談所などの行政スタッフのみに依存せず、DX とコミュニティの力を駆使しながら、社会とのつながりを築き、孤立を回避していく。

(3) ビジョンとして示されている「地域共生社会」を具現化すべく、児童・高齢者・障害者等福祉制度内での分断に加え、医療・介護・福祉の分断を乗り越えるための、行政機構の在り方、社会福祉法人等の事業提供体制の在り方について継続的な検討が必要。

(4) その際、生活保護に係る医療と一般的医療制度の分断を乗り越え、一般的医療制度のシステムを福祉分野にも適用し、高額負担回避に留意しつつ、適切な医療サービスの受診を実現していくことも肝要。

5. 意思決定能力や身体機能が低下した高齢者を対象とする民間サービスの開発・規制の在り方の検討

(1) 意思決定能力や身体機能が低下した高齢者も、金融取引や様々な在宅介護支援サービス等に関して、権利を持つ一人の消費者として円滑に取引・利用ができることが重要。そのために、スマートフォンなども活用した様々な民間サービスの開発・拡充が期待される。このため、こうした高齢者をサポートする様々な民間サービスの創出を政策的にもバックアップするとともに、サービス提供を阻害する規制緩和も加速。

(2) 同時に、消費者保護の観点から、高齢者が安心して契約、投資を行いうるよう、高齢者の行動・判断などについての研究を深めつつ、金融取引、不動産取引など多分野にわたる市場ルール作り・見直しも必要。また同時に高齢者向け教育も充実して行くべき。

6. 70 歳まで、働き、社会参加ができる「老後を豊かに暮らせる社会」の追求

(1) 人生 100 年時代に従来のような 60 歳定年の企業社会では対応不能。

(2) 65 歳までの雇用機会提供義務に加え、70 歳までの雇用機会提供の努力義務も導入されたが、実態としてはこのための雇用環境が実現している訳ではない。

- (3) リカレント教育の充実、副業・兼業機会の拡充、資格・評価制度の充実・取得支援、マッチング機能の強化、個人としての業務提供形態の普及、雇用トラブルの調整のための仕組みの強化、就業することが不利益とならない公的年金・企業年金の設計など、総合的な取り組みが必要。
- (4) その際、生産性に応じた柔軟な報酬設定を可能とする高齢者向け最低賃金制度の導入を検討するとともに、対価を伴わない社会参加活動の拡大を図っていくことも重要。

7. 雇用システムの変容を踏まえた社会保障制度の再設計

- (1) 終身雇用・正規雇用・専業主婦を前提に社会保障制度は設計されたが、終身雇用が崩れ、非正規雇用が拡大し、女性の雇用参加が通常のものとなっている現状を踏まえると、社会保障制度の再設計も不可避となっている。
- (2) 例えば非正規雇用者の社会保障制度への包含、専業主婦も社会保障制度の担い手となる改革など、雇用システムの変容を踏まえ、幅広く社会保障制度を再設計する必要がある。

8. 医療・介護・福祉に関わる行政機構（特に基礎自治体）の改革と政策立案・遂行能力の抜本的な強化

- (1) 「地域包括ケア」に代表されるように社会保障の大きな流れは地方分権。一方で、地方行政サイド、特に基礎自治体レベルでは政策立案・遂行能力に課題。それを押し上げる仕組みもない。
- (2) 同一の基礎自治体の中でも、多くの施策が縦割りかつ単年度主義となっており、弊害大。
- (3) 自治体の間でも、各種手続き・書式や IT システムは自治体間でバラバラであるため、行政サイドのコストアップに加え、対応する企業サイドの負担が増大。
- (4) 超高齢化時代において相互に関連し合う地域課題の解決に最適な行政機構の在り方を見出すとともに、政策立案・遂行能力の向上の在り方を検討すべき。

9. デジタルデータを利活用した行政施策・制度の評価の仕組み（PDCA サイクル）

上記 1～8 を継続的に検討・評価するに当たって、リアルワールドデータを含めたデータの利活用によるファクトに基づく評価を推進して行くべき。その際、格差社会と健康格差、過剰医療（及び裏腹にある過少医療）にも焦点を当てる。

なお、健康格差は幼少期の教育や栄養状態に起因する面が大きいことがすでに明らかにされており、高齢者対策だけでなく、幼少期は子育て世代への支援も進めていくべき。

VII. 短中期的な改革のアジェンダと実現に向けた進め方

1. 国民・ユーザー側の視点・選択の重視

(1) 介護サービスの質の向上と利用者の選択支援のための事業所情報の「見える化」

①市町村による事業所別の要介護度の維持・改善等の情報公開の促進（インセンティブ交付金へのメニュー化）

②ユーザー目線で使いやすい介護サービスの検索・情報公開の仕組みの再整備

③個人情報に配慮しつつ、行政に寄せられたクレームの内容を共有できるシステムを構築する。

④ユーザーのために、地域毎の人口及び人口構成と要介護度の人数、特別養護老人ホーム等への待機人数などの基本情報を分かりやすく情報公開する。

(2) 増大し多様化するユーザーニーズへの対応のための介護人材確保

①処遇改善

(i) 包括報酬の介護サービス（施設系など）では、タスク・シフティングや ICT・デジタル技術の活用による民間の生産性向上の取組が処遇改善原資となる。同時に、こうした事業者の経営努力を促すような、質の担保を前提とした要員配置基準の緩和や ICT 導入補助事業の拡充、アウトカムベースの評価を含めた質の向上に対する報酬面での更なる評価など政府・行政のリーダーシップも重要である。

(ii) 出来高払いの介護サービス（訪問介護など）においても、ICT、デジタル技術の導入により高齢者の生活を効率的に支えることにチャレンジすべき。居室への各種モニター・センサー、WEB 会議システムなどの導入により、

無駄の少ない効果的な新たなサービスを産み出し効率化を図るべき。政府はこうした在宅介護における新たなサービス形態に対する保険給付の在り方を検討すべき。

- (iii) ケアマネジメントについては、書類・対面の最小化、オンライン化、業務の合理化等を徹底的に進め、一人当たりのケアマネージャーが担当できる人数を増大。さらに AI なども活用したケアマネジメントサポートシステムを導入することにより、生産性を向上させ、報酬を高めるとともに事業としての自立性を確立して行くべき。
- (iv) 政府・行政は、規制緩和や補助事業を通じて処遇改善に資する民間の経営努力を方向づけ、促しながら、一方で、介護従事者の需給状況を常にモニターし、民間努力で補えないような深刻な供給不足が生じた場合には、処遇改善の原資を賃金改善加算など介護保険給付等を通じて機動的に供給していく必要がある。

②地位向上

- (i) 介護福祉士（国家資格）の上位資格として認定介護福祉士（民間資格）があるが認定者は少なく普及していない。介護人材の資格の在り方を見直し、専門職としての地位を確立できるような資格体系・教育体系に見直して行くべき。認知症ケア、ターミナルケア、ソーシャルワークなどの専門性を持つ人材を育て、専門性に応じて一定の処遇が得られるような介護報酬体系を導入して行くことが重要である。その際、専門性の高い人材にはその専門性に見合った仕事に従事させるタスク・シフティングを進めることも肝要である。
- (ii) ケアマネージャーに関しては、医療知識を備えた者について資格を上乗せし、「医療介護ケアマネージャー（仮称）」として位置づけることにより、専門性を高め、報酬も引き上げ。ユーザーの選択に応じて専門性の高いケアマネジメントを提供することを可能にしていくべき。

③（医療安全の例に倣って、）各施設で職員研修会や事例検討会の開催を推進する。

④外国人技能実習生については、管理の適正化を図る。

⑤要介護度の判定にかかわる調査員の研修を充実する。

⑥介護人材確保に関する市町村の役割（及び予算）の強化。これまで介護人材確保は都道府県マターとされていたが、第 8 期から市町村の介護保険事業計画

に「介護人材の確保」の計画を織り込むこととされた。しかしながら、十分な取り組みを行っている自治体はまだ少ないため、介護人材の確保に向けて地域単位で行政・民間が一体となった取り組みを強化すべき。

(3) 超高齢化時代に対応した金融サービス等の提供

①認知機能の低下に対応した指定代理人の積極的活用

一定の年齢に達した顧客については指定代理人の活用を行うよう金融機関による働きかけを徹底。

②高齢者に配慮した対面サービスの提供を支援

ネット取引では対応できない高齢者向けの対面サービスやコールセンターの提供、高齢者対応の訓練を受けた担当者の育成を金融機関に求めていくべき。

③リバースモーゲージに対する公的支援の充実を通じたユーザーニーズへのよりきめ細かな対応

リバースモーゲージはサラリーマンの多くにとっての最大の資産である住宅資産を活用し、住み続けながら老後の資金を確保して行くための有効な手段と考えられる。しかしながら、利払いによる手取りキャッシュの目減り、対象となる不動産の絞り込み、厳格な担保掛目、債務残高が担保価値を上回った時のリスク、わかりにくさなどの様々な要素が重なり、リバースモーゲージの利用は十分には広がっていない。このため、リバースモーゲージの利用拡大を妨げている要因を克服するため、リバースモーゲージに対する住宅金融支援機構等を通じた公的支援の充実・柔軟化と利用者視点に立った仕組みの周知広報を進めるべき。

④不健康に長生きするリスクへの保険機能の提供

若死リスクをカバーしてきた生命保険に対し、超高齢化時代においては不健康に長生きするリスクをカバーすることが重要性を増している。こうしたリスクに対する保険は一部に登場しているものの、いざという時の保険金が十分ではないと見られている。さらに魅力のある保険商品の開発と普及努力を保険業界に期待する。また老後資金の長寿化機能が期待されるトンチン性年金保険については、我が国では最低解約返戻金率が保守的（高め）に設定されているため、長寿に備えた魅力ある商品設計が難しい側面がある。民間保険会社の創意工夫とあわせて長寿社会を支える政策・制度も重要となる。

⑤買い物や外出サポート、身上監護などの付加的サービスの提供や、相続、信託などの付加サービス紹介・連携

公的介護サービスだけでは高齢者の様々なニーズに対応することができないため、介護事業者が、公的介護制度の外にある身上監護等の付加的サービスを幅広く提供したり、相続・信託サービスを仲介することは高齢者ニーズに合致するものと考えられ、積極的に推進されるべきである。またこうした付加的サービスを提供することを通じ介護事業の収益向上にも寄与することが期待される。このような付加的サービスの紹介のため、高齢者や家族のニーズを踏まえ、ケアマネージャーが積極的な役割を果たして行くことも推進されるべきである。

(4) 終末期医療・ケアの意思についての定期的確認・共有の仕組みの普及

①ACP（アドバンス・ケア・プランニング）をアシストする医療機関・介護事業者への教育を強化し、アシストに対しては報酬上も評価して行くべき。

②人生 100 年時代の終盤における適切な意思決定を支援する市民向け啓発活動を強化しつつ、介護保険認定・更新時における AD（アドバンスダイレクティブ：事前指示）の仕組み化を進める。

2. 縦割りを超えたネットワークによる対応と多様な主体による問題解決

(1) 複数医師・多職種連携によるネットワーク化を通じた在宅医療・介護の提供を推進。

①異事業者間情報共有による効率化を推進していくべき。

②在宅医療の空白地帯のゼロ化。このため、実効性のあるアクションが必要。

(i) 医師不足地域においては、特区制度等も活用し、医師以外の医療専門職（特に特定看護師など）の裁量権や医療対応能力（遠隔指示による投薬や点滴など）を強化し、医師の直接介入がなくとも適切な在宅健康管理が提供できる体制を確保する。

(ii) 医師の介入手段として、直接訪問以外に、遠隔医療（特に D to N to P）の活用を推進する。

(iii) 上記を担いうる能力の高い看護師（特定看護師等）の育成を強化する。

(iv) 巡回診療車や巡回薬局等の活用を推進する。

- ③在宅医療・在宅介護を推進していくため、医師のみに様々な行為を依存することには限界があり、幅広く医師以外の医療専門職や介護人材が実施できる行為の範囲を拡大して行く必要がある。このため、現場の具体的ニーズに即応し、また自治体毎に異なる運用の問題を解決するため、在宅医療・在宅介護に関する具体的課題を迅速に解決するメカニズムを構築していくことが必要である。またその際、事業者サイドからのニーズに対応するだけでなく、利用者サイドからのニーズを幅広く把握し、きめ細かく対応する仕組みに設計していくことが肝要である。
- ④「かかりつけ医」の質向上と役割強化を進めるべき。(全人的医療・在宅医療を行う「かかりつけ医」へ)
- ⑤総合診療専門医の認証プロセスに関する議論を促進するとともに、広告可能な標ぼう名に地域包括ケアを担う「総合診療」を追加。名称が混在している現状を踏まえ、名称を統一するための基準作りを進め、認定の仕組みも構築する。

(2) 規制緩和による移動・買物手段の充実

- ①デイサービス等の保有車両の有効活用
デイサービス等の送迎用車両は日中の間は基本的に使われていない。こうした利用されていない車両を活用し、地域の高齢者の移動手段を提供していくべき。こうしたサービス提供はデイサービスの収益向上にも寄与することが期待される。
- ②条件付き自家用車による有償運送の許可
飲酒した際の運転代行の先例にならい、公共交通手段が不十分な地域等において、高齢者に対して自家用車を用いた有償運送を認めていくべき。
- ③自動運転による移動サービスの提供
運転免許を返納しつつも自立志向の強い高齢者のニーズに応えるためには、技術の進展を最大限に活かし、自動運転による移動サービスを幅広く導入して行くべき。
- ④移動店舗規制の緩和
食品衛生法に基づく営業許可、道路交通法や都市公園法の規制、車両の届出等の規制緩和を行い、行政の許可を得やすくし、補助金等も検討し、移動販

売店舗の促進を図る。

⑤ラストワンマイルサービスの集約化・統合化（郵便・新聞・食料品等）

個別の住宅にモノを届けるラストワンマイルサービスのコストが高いため、特に地方部ではこうしたサービスの維持が容易ではない。このため、業務委託等を通じて郵便・新聞・食料品等のサービスを集約・統合化し、効率向上・収益向上を通じて、ラストワンマイルサービスの維持を図り、高齢者が可能な限り自宅での居住を継続することを可能にしていくべき。

3. デジタル化の力の徹底活用

(1) デジタル化による介護の効率化

①施設介護における人員配置の合理化・現場の負担軽減

特区を活用して施設人員配置基準の緩和の実証を進める。

②ニーズに対応した機動的訪問介護の実現。データ共有による効率化。

(i) 在宅介護分野における ICT 導入の促進と、ICT 利用を前提とした常時モニタリングや適時訪問等の新たなサービス提供の在り方の検討・実証

(ii) 介護記録の音声入力など、介護関連の事務作業の合理化に関する支援の拡充

(iii) 在宅ケアマネジメントにおける ICT 利活用の促進（加算等での評価）

③ICT の導入も含め、介護認定を行う調査員の負荷を軽減するとともに、取得するデータの質を向上。

④各自治体との介護事業関連のやり取り・記録の電子化、標準化の推進。

⑤介護現場における情報連携の推進。居宅介護支援事業所と訪問介護などのサービス提供事業所間における情報連携のための標準仕様の設定・導入

(2) デジタル化による再配分の可視化を通じた財政資金投入の重点化

そもそも、我々は再配分の全体像を正確に把握できていない。例えば母子家庭の約 5 割は貧困だが、生活保護の捕捉率は 2 割程度しかないという研究報告も存在する。非効率な再配分や無駄な給付は増税の賛否にも影響を及ぼすが、

この再分配の歪みを改善するには、税務執行のデジタル化等を強力に推進し、リアルな所得データで再分配の全体像を可視化する必要がある。その上で、真に救済すべき人々に重点的な支援を検討すべきである。

- (3) リアルワールドデータを活かしたケアサイエンスの向上や過剰医療の防止を含む医療・介護の効率化・効果向上
- ① 医療アウトカム白書の作成（どの医療・薬がどのような患者によく効いているか、まずは生活習慣病領域から分析を進める。）
 - ② 診療ガイドラインから逸脱している無駄な医療（過剰医療ないし低価値医療）についての研究・啓発活動を支援・促進
 - ③ 地域による医療の差や、様々の原因で生じる健康格差の課題についての学際的研究・実践活動を支援・促進
- (4) 高齢者に対するオンライン診療・オンライン服薬指導の普及促進
- ① オンライン診療の保険点数の引き上げによる対応医療機関の拡大
 - ② オンライン服薬指導の推進
 - ③（独力でオンライン診療が利用できない高齢者について）訪問看護・訪問介護・施設介護職員等によるオンライン診療補助の促進（端末費・通信費の補助等）
 - ④ ロボット導入による遠隔医療のアシスト
- (5) 高齢者のデジタルデバイド解消、オンライン交流の促進
- ① 「オンライン介護予防」や「オンライン交流（通いの場）」を自治体の総合事業のメニューの一つとして位置づける。
 - ② 高齢者向けに容易に操作できるアプリやソフトなどの開発を促進。
- (6) 「デジタル田園構想」における位置づけ
- 現在「デジタル田園都市構想」が政府内で検討されているが、その中では、地域包括ケアを含め、高齢者を支える様々なシステムが効果的・効率的に機能していくことを重要な課題として位置づけ、そのためのインフラや仕組みの整備が進められていくべきである。

4. 集住によるサービス提供の効率化と社会参加の円滑化

(1) ケア・コンパクトシティの構築推進

急激な人口減少が進む中、地域包括ケアを推進するためには、集住によってサービス提供の効率化が図られることが有効と考えられる。こうした集住を通じて社会参加の円滑化が図られ、孤立も回避されることが期待される。同時に介護とあわせて様々なサービスを集中的・一元的に提供することにより、介護事業者の全体としての収益性が高まることも期待される。

このためには、生活空間や街づくり等のエリアマネジメントやコンパクトシティ、地域包括ケアの視点を含め、介護や看護、医療などの多職種の連携を促進する司令塔が必要と考えられる。地方創生のローカルマネジメント法人といった仕組みも活用し、その司令塔を担う「ケア・コンパクトシティ推進法人(仮称)」を設置すべき。当該推進法人のトップは5年程度の任期とし、自治体が有する一定の権限を委譲可能とすることも検討すべき。

(2) 団地再生の推進

大都市郊外の団地の高齢化は急速に進行。高齢化に伴い運転免許を返上すると移動手段が限定され、買物も近くでできない場合も少なくなく、医療機関に通うことも容易でなくなってくる。今後さらに悪化する実態を踏まえ、自動運転を含む移動手段の整備、住民の健康管理、訪問医療・介護の充実、移動販売の実施といったソフト面での対応に加え、バリアフリー化、医療・介護施設や商業施設の再配置等のハード面での対応を含め、特区等を活用した規制緩和をフル活用し、団地再生を推進して行くべき。

(3) 介護ボランティアに対する地域通貨(社会保障コイン)の発行

ブロックチェーン技術等を活用した、街づくりのための「地域通貨」の開発を積極的に支援すべき。この応用として、例えば減価する地域通貨である「社会保障コイン」(仮称)を発行し、不足する介護人材に対応するため、介護ボランティア等に一定の報酬を支払う仕組みも検討すべき。

(4) 高齢者の社会参加を促進する各地域単位での情報プラットフォーム普及促進

ボランティアやNPO法人の活動についてはチラシ等を用いたアナログでの情報発信が主で、活動に参加したいアクティブシニアとのマッチングに課題がある。このため、ICTを最大限に活用しつつ、社会参加を希望する高齢者と社会参加の機会とのマッチングを強化していくべき。(例：東京大学のGBER)

5. 超高齢化社会を支える行政機構の改革・強化

(1) 地域包括ケアシステムの構築は地方分権で進められているが、自治体側（特に基礎自治体）で政策立案・推進のための課題解決を担う人材育成の仕組みが整っていない。これまでのような「成功事例」の横展開だけでは地域毎の事情に対応しないことになりかねず、自治体人材の課題解決力の底上げが必要。

(2) このため、医療・介護・福祉分野の地域課題解決について、体系的に考え方を学ぶことのできる「地域包括ケア・アカデミー（仮称）」を立ち上げ、全国の自治体に対して継続的に教育プログラムを提供。