

規制改革推進会議「公開ディスカッション」 議事概要

1．日時：平成29年2月21日（火）14:00～16:48

2．場所：中央合同庁舎第8号館1階講堂

3．出席者：

（委員）大田弘子議長、安念潤司、江田麻季子、野坂美穂、長谷川幸洋、原英史、
林いづみ、森下竜一

（専門委員）川淵孝一

（政府）山本内閣府特命担当大臣（規制改革）、松本内閣府副大臣、
務台内閣府大臣政務官、羽深内閣府審議官

（事務局）田和室長、刀禰次長、佐脇参事官、中沢参事官

（説明者）厚生労働省 坂口大臣官房審議官

老健局 三浦振興課長

竹林介護保険計画課長

佐藤高齢者支援課長

社会・援護局 石垣福祉基盤課長

和光市 東内保健福祉部長・子どもあんしん部長

一般社団法人在宅介護協会 香取常任理事

社会福祉法人全国社会福祉協議会 寺尾常務理事

笹尾政策企画部長

一般社団法人全国福祉サービス第三者評価調査者連絡会 新津会長

4．議題：

介護サービスの提供と利用の在り方について

5．議事概要：

大田議長 皆さん、こんにちは。ただいまより規制改革推進会議「公開ディスカッション」を開催いたします。

規制改革は、私どもの生活や企業活動に密接に関連いたしますので、特に重要なものについてはこういう公開の場で議論を行って、消費者や利用者の目線で改革の方向性を見出していきたい、これが公開ディスカッションの趣旨です。

きょうは、介護サービスをテーマとして取り上げました。幅広い観点から、忌憚のない闊達な議論を行っていただくよう、お願いいたします。

会議の開催に当たりまして、山本規制改革担当大臣から御挨拶をいただきます。よろしく申し上げます。

山本大臣 皆さん、こんにちは。規制改革担当大臣の山本幸三でございます。本日は、お忙しいところをお集まりいただきまして、ありがとうございます。

制度の創設時には合理的だった規制も、時代の変化とともに社会に合わなくなっていくことがございます。このような規制が見直されずに残っていると、経済成長に必要な新しいビジネスやサービスの展開を阻害してしまう可能性があります。そのため、豊かで活力ある国であり続けるためには、既存の規制についても不断の見直しが必要であります。

今回は、介護サービスの提供と利用のあり方をテーマに意見交換を行っていただきます。規制改革推進会議におけるこれまでの議論を通じて、国民がどんな介護サービスがあるのかを知らない、知らされていない、そして必要とするサービスを自由に組み合わせて選ぶことができないという現実の課題がはっきりしてまいりました。本日は、超高齢社会において喫緊の課題となっているこれらの問題をどう克服していくべきかについて、ここにお集まりいただいた関係者の皆様方の活発な議論に期待しているところでございます。

また、議論をより充実させるため、会場で傍聴されている方々、インターネットの生中継を視聴されている方々におかれましても、積極的に御意見・御感想をお寄せいただきたいと思っております。

どうぞ、本日はよろしく申し上げます。ありがとうございました。

大田議長 大臣、ありがとうございました。

それでは、早速、介護サービスの提供と利用のあり方について、議論を開始いたします。

本日は2部構成となっております。第1部では、今、介護サービスに何が求められているのかというテーマでディスカッションを行います。

初めに、介護サービスに求められていること、そして、それを実現するために必要な改革の全体像について、医療・介護・保育WG座長の林委員より御説明をお願いいたします。

林委員 皆様、こんにちは。本日の公開ディスカッションを始めるに当たり、まず介護サービス利用者の生の声をお伝えします。

松村美洋子さんは現在75歳、平成元年からの介護経験を経て「ひだまり」という介護者の家族交流会の代表をされています。本日は御主人の介護のため、御登壇ができませんでしたが、お預かりしたメッセージの要旨を私が読み上げさせていただきます。メッセージにかえてお伝えすることをお許してください。

平成元年、私は退職して介護生活に入りましたので、介護元年と心に刻んでいます。夫の母、実の父母、そして、今また夫とのつき合いが始まろうとしています。一人の介護者として、在宅での介護支援を振り返ってみたいと思っております。

実母は、昭和63年、胆石手術の退院後、脳血管性痴呆症と診断され、平成6年に総胆管腫瘍で亡くなるまで在宅で介護しました。

父は、平成元年の脳硬膜下出血の後から飲酒がふえ、平成7年にアルコール依存症、アルツハイマー型痴呆症と診断され、要介護3の在宅介護を続けました。その後、平成16年に胃ろうを増設して、要介護4で寝たきり生活となり、平成17年に亡くなるまで訪問介護

などを受けながら自宅で介護しました。

夫の母は、昭和63年の子宮がん手術後、ずっと入退院を繰り返していましたが、平成24年の結腸がん手術後にストーマ、人工肛門生活となりました。要介護3で自宅介護をし、平成27年9月に在宅でみとりました。

平成28年、夫の介護が始まりました。認知障害の境界線で、医師からは、今後、病的なわがまま、怒り、物忘れで奥さんの負担が大きくなるだろうが、かかりつけ医に戻さず、こちらで診ましょうと言われました。軽度では本人がそれを自覚したときのつらさ、混乱、拒絶、居直り、受容を行ったり来たりするのを脇で診る介護者にはかなりの許容が必要です。在宅での介護を支えるため、現場第一の支援、ニーズに応えていただきたいと切に願うものです。

最後に、介護者家族交流会「ひだまり」からのお願いです。

- 1、健康検診に認知症の項目を設けると、早期発見しやすい。
- 2、通院時に介護者とかかりつけ医や専門医との対話時間を設けてほしい。
- 3、転院の手続、緊急時に対応できる施設を確保し、周知してほしい。
- 4、終末期の訪問医療や介護の支援体制を周知してほしい。

さて、いかがでしょうか。

私は、誰もが迎える介護元年に私たちがもっと向き合う必要を感じました。そして、1月20日から1週間、オンライン会議「働く人の円卓会議」に置いて、介護制度の改革について意見募集をしました。

これからの議論に先立ち、これらの利用者、国民の生の声に基づく次の3つの観点を御紹介します。

第1の観点です。利用者の目線で介護の入り口に立って考えてみましょう。

介護サービスにはさまざまな種類があり、費用や手続は医師でもわからないくらい複雑です。利用者は何をどう選択したらよいのか、費用や手続もわからないと、さまざまな不安や疑問に悩んでいます。利用者・家族が主体的にケアプランを作成・判断することができるか。医療から介護への連結はスムーズか。利用者・家族にわかりやすく使いやすい、選択のための情報ツールはあるのかなど、介護の入り口において利用者が適切な介護サービスを選択できる仕組みが求められています。

具体的な介護サービスの内容は、ごらんいただいているようなケアプラン次第で決まります。

左側がケアマネジャー1人でつくったケアプランです。要介護3の方について、週4回30分ずつの訪問介護と週1回の通所リハビリだけでした。これに対して、右側は同じ方について、医師らの多職種でアセスメントした後に立てたプランです。毎日、1日3～4回の定期巡回、週2回の通所リハビリ、週3回の訪問看護。こんなにケアを充実させても保険支給限度内でおさまっています。

第2の観点は、サービスの多様化です。

皆様は「在宅介護の限界点を引き上げる」という言葉を御存じでしょうか。介護する家族は心身ともに疲弊し、ぎりぎりの限界状態になってしまいます。そうならないためには、要介護者のみならず介護者を支援する、支える観点から、介護保険外のサービスを含め、きめ細やかなニーズに応える多様なサービスを選択可能にすることも必要ではないでしょうか。

この点、現在は平成12年の旧厚生省課長通知に基づく保険内外サービスの明確な区分の要請などを理由として、介護保険内外のサービスの柔軟な組み合わせが認められていません。例えば、このレジュメにありますような、「横出し」と言われる保険内外サービスの同時一体的提供や、「上乘せ」と言われる指名料、時間指定料などが認められていません。しかし、利用者が選択できるサービスを多様化すれば、家族にとっては介護限界点の引き上げ、要介護者にとっては自立支援や満足度向上、サービス事業者にとってはサービスの質と生産性向上、介護従事者にとっては待遇改善、働き方改革などのメリットがあります。

私が先ほど行ったと申し上げました円卓会議、オンライン会議でも、「子育てし、働き、在宅介護することを国が推し進めるのであれば、複雑だとしても訪問介護のルールをつくってほしい。」という声が寄せられています。

第3の観点は、自宅以外の施設サービスの選択についてです。

地域包括ケア政策に基づく各自治体の取り組みは、ピンからキリまでさまざまです。いわゆる待機老人問題は改善しているのでしょうか。オンライン会議でも、利用者が経済力に応じた負担でニーズに合った施設を選べるか。サービス提供者が公平な条件のもとで切磋琢磨し、介護サービスの質の全体的向上を図るにはどうしたらよいか。サービス従事者が報われる環境か、などの検討課題の声が上がっています。

そこで本日の議論では、まず第1部において、インフォームドチョイスを可能にするサービスメニューの提示や、保険内外サービスの同時一体的提供の区分けルールの整備など、在宅介護・施設介護を通じた介護サービス改革の必要性について、利用者目線で議論したいと思います。

次に第2部では、第1部で議論したインフォームドチョイスの実現にとって必要不可欠な、利用者にわかりやすく、使いやすい情報提供・評価の在り方について、やはり利用者目線で議論していきたいと思います。

それでは、どうぞよろしくお願いいいたします。

大田議長 ありがとうございます。

介護サービスに携わってさまざまな課題に取り組んでこられた方々に御出席をいただいております。順次御説明をいただきますが、恐縮ながら、時間の制約がありますので、持ち時間の残り1分のところでベルの合図をさせていただきます。ベルが鳴りましたら、まとめに入ってくださいますようお願いいたします。どうぞ、御協力をよろしくお願いたします。

まず、和光方式と呼ばれる先進的な介護制度を独自に運営されている、埼玉県和光市の

東内保健福祉部長から御説明をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

和光市東内保健福祉部長 皆さん、こんにちは。埼玉県和光市の東内でございます。

本日は、和光市の介護保険に対する取り組み等について、保険者機能、いわゆる自治体の保険者機能といった立場から、地域包括ケアシステムにおける部分を中心にお話をしたいと思います。

それでは、スライドのほうなのですが、地域包括ケアというと、俗に医療・介護連携とか、そういった言葉が多く出のですが、視点を変えますと、自助・互助・共助・公助といったところで、本日、後の議論になると思いますが、混合介護の視点でいくなれば、自助の市場サービスの購入といったところと、介護保険の保険給付。こういったところの組み合わせがどうであるのか。また、経済力なんかでいけば互助力という御近所力、NPO等の力。こういったものを組み合わせて、高齢者一人一人の生活課題を解決していくといった観点が重要だと認識をしております。

和光市では、行政の大きな計画。ここでは介護保険事業計画になりますが、これをマクロと表現します。それで、Aさん、Bさんの生活課題を解決する事項をミクロのケアマネジメントと表現します。その中で今、林先生のほうからもございましたが、和光市は事前に高齢者全戸に対して個別記名式の、生活課題を抽出する調査を行います。それで回収をする。未回収者には全戸を訪問するといった形で、和光市内のAさん、Bさんの生活課題等を累積していきます。その中で累積した課題を解決することができるサービスと基盤整備を市内で行っていく。

その中で、始まった当初は介護保険サービスのみの組み合わせというものが非常に多かったです。しかし、現場を知っていくと在宅医療、住まい、介護保険以外の生活支援、それに福祉権利擁護。こういったものを一体的に提供しないといけないことがわかってきました。私は生活課題の自立というものは、身体的自立ができない、メンタル的自立ができない、さらには経済的自立ができない。その3要素が絡み合っていると考えております。

そういったものを、一番下に書いてあるミクロのケアマネジメントで、法制用語では地域ケア会議と呼ばれるものですが、本市におきましては和光市コミュニティケア会議といったところでAさん、Bさんのケアマネジメントを実現していく。これがいわゆる多制度多職種連携であり、その人に最適なサービスの組み合わせ。そこには、再度申し上げますが、経済性の部分であるとか、市場のサービスの購入の力であるとか、そういうものを踏まえたケアプランを1点、2点、3点提示する中で自己選択していただく。その合意形成が非常に重要だと私は感じております。

そして、これは今、お話しした、和光市が行った高齢者全体に行ったニーズ調査を行う。それで、未回収者には訪問に行く。これは一部の例ですが、虚弱のリスクがどの地域に何%ぐらいいるのだろう。尿失禁や軽度認知症、足のトラブル、口腔ケアがどうだろう。

ここには組み合わせていくと、例えばひとり暮らしで、認知症で、低所得の方が賃貸住宅に住んでいる方が何人いるというデータも所有しております。そういう中からわがま

ちはどういう手法をもって、この課題に対応していくのだというものを発信する。これがマクロの計画。それに対して、Aさん、Bさんのサービスのうまい使い方をバックアップする。それが先ほど申し上げた地域ケア会議の機能になります。

そういう中では、一人の方がずっとケア会議にかかるケースはございません。皆さん、どんどん巣立っていきます。そういう中では、ケアマネジャー、包括センターの職員といったところが、今、言った最適のプランニングを家族に御提示し、本人の了解を得てサービスを行うという状況になります。

こちらがニーズ調査のほうからいった、きょうの論点にもなるのですが、和光市は11.05平方という非常にコンパクトシティです。人口は8万2,000人ですが、今は人口がまだ伸びている状況です。そういう中でも、埼玉県南部は団塊の世代が日本一住んでいる地域なので、2025年には埼玉、千葉、神奈川といったところの高齢化の進展は多くあります。

私が今、懸念しているのは、現在の後期高齢者の方の、例えば介護サービス、生活支援ニーズといったところが、団塊の世代の方が多くなると、これは誤解を承知で言いますが、吉田拓郎さんのフォークソングがはやったころ、さらにはジープンの世代ですね。ジーンズ世代の方がどんどん高齢期を迎えるといった中では、今のサービスのニーズというものはなかなかマッチングしない要素も出てくるかなと考えます。

そういう中で、和光市は地域包括ケアの観点から、地域に密着したサービスを多くつくっております。代表的なものは、小規模多機能型居宅介護にグループホームを併設するであるとか、介護予防の拠点というものをニーズ調査で計測して、リスクが多かった地域に整備をするという手法を持っております。そういう中では、市場サービスであるとか、社協さんのボランティアであるとか、いろんな組み合わせが可能になってくるのです。そういう中では地域保健、地域福祉の推進というものは地域密着が原点と考えております。

また、マクロ的な政策、コミュニティケア会議でやっていくのですが、Aさん、Bさんのミクロ的な支援というものはケアマネジメントの範疇において、いろんなサービスを組み合わせます。マクロ的では和光市は、先ほど林先生からもありましたが、「在宅介護の限界点」という言葉は、私が記憶するところ、和光発信だったと思います。平成12年にその言葉を申し上げております。

その中で、在宅介護の限界点の追求。さらには予防重視の考え方。そういうものの政策方針を掲げ、ケア会議で和光市民のQOLを高めるといったところの両視点から見ていますが、このスライドの一番下に、保険給付の介護保険サービスと、自費サービスのマネジメントといったところも、不具合が起こる部分については地域ケア会議等が応援をするといった制度になっております。

また、これもきょうの論点なのですが、混合介護は市場サービスの部分であっても、和光市においては予防重視とか重症化予防といった視点で市場サービスのあり方も必要なかなと考えております。これは一定度のアウトカムで65歳以上に占める要介護認定者の割合が全国と比べて和光市が低い。

下のグラフですが、5歳刻みで今のグラフを刻んでおります。76～79歳の後期高齢者から5年たった段階で、全国値では約3割が要介護認定、和光市では16.3%といったところが出ておりますので、やはり予防前置主義というものが私は高齢者の尊厳等をきちんとしていく手法・手段かなと。でも、加えて合意形成というもの、さらにはプランを複数見せる。その中の自己選択というものを改めて、ここで確認をさせていただきます。

これが、今、申し上げた部分のいわゆるストラクチャーの図になります。地域における医療・介護の連携やインフォーマルの連携、市場サービス・自費サービスの連携、さらには医療機関・介護保険サービス等の、入院だとか退所。それに係る等の連携があって、始めてわがまちの地域に高齢者の方が、俗に言う「住みなれた地域でいつまでも」といったところの実現が可能かと考えております。

きょうの論点になりますが、いわゆる混合介護について、私の意見を述べさせていただきます。

総論的には、混合介護というものは必要不可欠と考えております。そもそも要介護認定者の支給限度額超過分や保険算定範囲外についても、その支援というものが実態化しているのは現場の認識でございます。

そして、そういう中でも混合介護による自費サービスの導入の、私が思う絶対条件としては次の3点です。保険者、いわゆる自治体が主催する地域の介護サービス事業者連絡会等で、いわゆるルールといったところ、マナーといったところを構築して、公民連携の視点で取り組むことが重要かと考えます。また、居宅介護支援事業所のケアマネジャー、地域包括支援センターのケアプランの範囲に自費サービスの部分も置いていくといったところが重要で。さらにその組み合わせが難しい、いろいろとトラブルが起こるといったときに、地域ケア会議等で、その支援範囲において調整を図る。こういうものが地域地域で熟成することが私は混合介護には必要かなと考えております。

そして、改めて申し上げますが、自費サービスにあっても介護予防であるとか重度化の予防の視点というものは重要です。介護保険サービス等の給付を使わずして、自費をどんどん使う。ところが、その自費において廃用症候群が進むようなことがあったとしたら、これは本末転倒で、将来的には社会保障費の増大、医療費につながります。そういう観点も踏まえた経済視点も重要かなと考えております。

最後に、保険外サービスの実態事例として、ケアプランによる保険給付の訪問介護には、これは例示が余りよくなかったですが、年末の大掃除を頼まれることもございます。そういったときに、例えば事業者のやりくりでやっているのか。それとも、報酬の10割としてきちんとそれをマネジメントしてやっているのか。さらには経済的弱者には社会福祉協議会等の歳末助け合い部分のサービス等もございます。これらがいろんな選択の視点です。

私たちも予防重視ですので、ひとり暮らしをしていて、例えば閉じこもりになってしまった方で、孤食といって、ひとりで食べることによって食事量が低下する、低栄養になる、脱水になる。こんな事例はよくあります。その中でホームヘルパーによる調理等、つくる

というのは保険給付ですが、「共食」といって大皿もしくは鍋等の料理を、2人で取り皿で食べるような手法というのは非常に有意義です。そういったものの自費サービス。和光の場合は、これが市町村独自のサービスであるのですが、これを場合によっては自費サービスのほうで行うこともあるのが実態かと考えます。

最後に、これは一部の提言ですが、今後、介護人材が少ないとかいろいろ言われます。そういう中で、介護保険の訪問介護、障害サービス、さらには和光市なんかでは子供のサービスみたいなものもヘルプとしてやっております。こういったときに、基準緩和みたいなものを将来的には明確にしていくことが今後の介護保険制度等には国民・市民のために重要かと思えます。

それでは、私の説明を終わります。ありがとうございました。

大田議長 東内さん、ありがとうございました。大変すぐれた自治体の取り組みを御紹介いただきました。

続いて、介護サービス改革の必要性について、日本在宅介護協会の香取常任理事から御説明をお願いいたします。

一般社団法人日本在宅介護協会香取常任理事 日本在宅介護協会常任理事の香取でございます。「いま、介護サービスに何が求められているのか」。このようなテーマでお話を差し上げたいと思います。

今、混合介護、保険給付と保険外給付を一体的に提供する、どういう方法論があるのか。それは十分に法制度の中で許されている。これ以上、何があるのだろうかという議論があるかと思えます。私どもとしましては、まだ改善の余地があるのです。そこについて、きょうは御案内ができればと思っております。

お手持ちのページをめくりまして、スライド1をごらんいただきたいと思えます。

日本在宅介護協会のこれまでの提言の内容でございます。

2ページをおめくりいただきまして、これまでの提言活動としまして、保険内・保険外のサービスの柔軟な組み合わせにつきましては、これまで各方面に提言を行ってきているところでございます。

スライドをめくりまして、さらにスライド5に行ってくださいたいと思えます。

スライド5をごらんいただきますと、在宅介護サービスの特性と生産性向上の課題について御説明させていただくところでございます。

在宅介護サービスにおきましては、空間的・時間的な同時性により効率的な運用を行うことが難しく、コスト高となっております。変動制がサービス標準化を防ぎ、作業効率だけでなく、質も向上しづらいという環境下にある状況でございます。

さらにスライドを、次をおめくりいただきまして、スライド6をごらんくださいませ。事業上の構造についても報酬が一律であったり、パート社員が多かったり、女性社員が多かったり、さらに定着率が低い、人員配置基準が有資格者であるという制限が加わられたという制約条件がある。

その中で、次のスライド7でございますが、サービス産業の生産性を向上する5つの施策を取り組み、その中で生産を上げる取り組みを各社が行ってきております。規模の経済性、範囲の経済性、密度の経済性、労働生産性、経験効果。このような取り組みを進めてきているところでございます。

次のスライドをごらんくださいませ。介護サービスの柔軟な組み合わせ。これは多くの生産性向上手段がある中、本日、この方法論によって御説明ができればと思います。これにより、範囲の経済性の拡大というものにつながっていくところでございます。

スライド9に参ります。多様なニーズを求める利用者様がおられます。この利用者様のために選択肢を御用意申し上げたいところでございます。

そこで、新しい付加価値を与える具体的な取り組みとしまして「パーソナルスタッフ制度・時間帯指定制度」「同時一体的提供」。これらを御提案申し上げる次第でございます。

次のスライドに「上乘せ」「横だし」というフレームワークの中で位置づけを御案内できればと思います。

この下の箱の中の「介護サービス費用」の上に「区分支給限度基準額を超えるサービス費用」。今まで、例えば上乘せは区分支給限度額を超えるサービス費用であるという説明がなされていますが、私どもの協会では例えば質の高い介護等に対し、追加負担する公定価格以上の価格を設定することについて御提案申し上げたい。これは質の高い事業所に現状ある特定事業所加算制度を算定しているところでございますが、加算部分が自費になったと考えるとわかりやすいと思います。

2番目に「横だし」のところで、保険給付と保険外サービスの同時一体的提供。こういったものを、緩和策を協会提案するところでございます。保険内と保険外のサービスを分離しないサービスのあり方を御提案するというところでございます。

続きまして、スライドを進ませさせていただくところでございますが、スライド12をごらんくださいませ。

一番下の箱に「介護従事者・事業者」で、パーソナルスタッフ制度などの導入というようなことを。 に、時間帯指定制度の導入。 に、保険内・保険外サービスの同時一体的提供。これをやることによりまして、これを行うことによりまして、上の箱の中に入っていきます。「利用者・ご家族ニーズ」を実現することができます。新しいスタイル、新しい価値観、そして制約から解放し、充実感を味わうことができます。例えば新しい価値観におきましては、IoT、センサー類といったものと介護職員がコラボレーションすることで新しい付加価値を提供し、それをお客様にお届けすることができます。

さらに働き方改革としましては、ビフォア・アフター。非正規雇用介護従事者の経験・能力を評価することにより、待遇改善の実現ができる。こちらの図にごらんのとおり、ビフォア・アフターという形になってまいります。

さらに、次のスライドに参りたいと思います。このスライドではパーソナルスタッフ制度の導入について提案をします。

利用者ファーストを徹底し、利用者・家族から要望のあったスタイルに対応可能なスタッフを含む複数名で構成されるチームを編成し、継続的なチームケアを行っています。このスタイル、ほかのスタイルとしてはどのようなものがあるのか。ゲストとホストの間でSNSのつながりを提供し、その親密さを演出していくような付加価値システム。3番目に、看護師に疾患管理の助言を得ることを付加価値とするスタイル。こういったものが想定されており。

これも先ほど申し上げたとおり、特定事業所加算におけます加算部分が仮にも自費になった場合、どうなるのかという想定に当てはめやすくとわかりやすく思います。こういったものは利用者の御満足、そして従業員の満足も生む結果となってまいります。

スライド15に進まさせていただきます。時間帯指定制度の導入でございます。

利用者都合による時間指定料金で、人材確保が困難な時期の「繁忙期料金」を設定し、人材確保を図ってまいります。割引率を日時に応じて設定することなども行うことにより、分散し、効率が上がり、利用者・従業員とも満足を生む結果となってまいります。

次のスライドに参ります。さらに、保険内・保険外サービスの同時一体的提供を提案して参ります。

こちらの箱の中に書いてあるとおり、通所介護における通所介護サービス利用中の買い物支援。さらに、同居家族分の洗濯・調理・買い物等、こういった介護保険内サービスを同時一体的に提供します。ICT・IoT・センサー・ロボット等による見守りなどを介護保険内サービスと同時一体的に提供します。こういった新しい付加価値とメリットを享受することができますし、時間を有効に使うことも可能になってまいります。

デイサービスで考えますと、デイサービスのサービス提供時間があると思うのです。の中で、デイサービスの後の持ち帰り弁当につきましては弁当を買うとか、弁当を運ぶといった行為。これはデイサービスの行為と明確に区分する必要があるかどうか、なかなか難しいと思います。あるいはICT・IoT・センサー、後ほど御案内しますが、全体と区分するということに意味があるのかどうかということについても、むしろそういった取り組みについては一体的に提供するべきではなからうか。

最後のスライドに参ります。IoT機器等を活用した一体的「介護観察」。この下の赤い箱でございます、身体介護中心業務、生活援助中心業務。この中に附帯して「介護観察」というものがあります。

さらに、緑の箱でございます。「介護観察」は、IoT機器を使って介護給付内の「介護観察」と、介護保険外の給付。これを同時一体的に提供します。それにより、上の箱に行っています。医師、看護師などの多職種連携による個別利用者のサービスのケアプランの見直しがなされます。

そうすると、先ほどありました利用者の在宅生活限界というものの引き上げが可能になっています。そうしたときに、この混合介護に新しい価値が創造します。

この「介護観察」というものは何か。右の箱でございます。疾患に関連した病状の観察、

排便・排尿に関する状況確認、皮膚観察に関する状況確認。このような疾患の、御自身が管理する、疾患の自己管理の支援を行うものでございます。

その緑の箱の中でございます。中段から、サービス提供時間外で行われる「介護観察」につきましては、ICT・IoTを活用することで保険内サービスの提供時間内の「介護観察」と一体的に提供することが可能になります。ICT・IoTの機器活用は生産性の向上のみならず、それらの機器を活用し「介護観察」を行うことで、新しい価値を生み出すことができます。

私どもの協会におきましては、IoTの服薬支援ロボットと介護職員が一体的に提供し、日常的な服薬をしっかりと支援していく。認知症の方もきちんとお薬が飲めました。あるいはIoT、コンベクションオープンと介護職員がコラボするなど、新しい考え方が提案されているところでございます。

このように、今、介護サービスに何が必要なのか。まさにこういった新しい付加価値を生み出していく工夫とアイデアが重要なのではないかとということで、きょう、私が御提案するところでございます。

どうもありがとうございました。

大田議長 ありがとうございます。

ここからはディスカッションに入ります。ディスカッションの進行は、公開ディスカッションの担当をしております長谷川委員にお願いいたします。

長谷川委員 それでは、ディスカッションを始めたいと思います。

本日は後ほど、一般傍聴の方々にもディスカッションに御参加いただく時間を設けたいと思っております。また、ニコニコ動画によるインターネット中継も行っていますので、視聴者の方からも御意見をお寄せいただければと思います。

さて、これまでの御説明で、まず林委員からは、介護の入り口について、利用者や利用者の家族が持つさまざまな疑問や不安を解消し、介護サービスを自由に選択できる仕組み。これが重要であるという説明がございました。また、国民の声からも、利用者と家族のニーズにこたえて、自宅における介護の限界点を高めるためには、インフォームドチョイスに基づいて、保険内・保険外のサービスを柔軟に組み合わせたケアプランの策定が可能となるような介護制度が必要ではないかという問題提起をいただきました。

これを受けまして、和光市のほうからは具体的に、地域包括ケアシステムの構築に係る、自治体が強いリーダーシップを発揮して、ケアプランづくりを地域ぐるみでサポートしていく。そういう仕組みの構築が重要である。こういう御意見をいただきました。

また、今の日本在宅介護協会からは、介護サービスの多様な選択を認めて、保険内・外の介護サービスを柔軟に組み合わせることによって利用者の満足度が向上する。そして、介護従事者・事業者にとっても働き方改革とか、あるいは生産性向上にも資するのではないかと御指摘がございました。

以上のような御意見を踏まえまして、この保険内・保険外の介護サービスの柔軟な組み

合わせという問題について、まずは厚生労働省から、そもそも、この柔軟な組み合わせというものが今の介護保険制度のもののルールでは認められていない。それについての理由を御説明いただきたいと思います。よろしく願いいたします。

坂口審議官 厚生労働省の審議官をしております坂口と申します。どうぞ、きょうはよろしく願いいたします。

今、発表者の方々からございました関係、そして今、長谷川コーディネーターのほうからございましたけれども、この現在の介護保険制度であります、我々としても実は一定のルールのもとで多様な介護ニーズに対応できるようにという点では、この保険サービスと保険外のサービスを組み合わせ提供することを認めているということがまず前提でございます。

ただ、先ほど香取理事のほうからも、発表者のほうからもございましたとおり、我々とする、そういった組み合わせということを提供することは認めておりますけれども、保険のサービスと保険外のサービスがやはり一定の明確な区分が必要ではないか。あるいは利用者の方に、保険外サービスの提供に当たっては、あらかじめサービスの内容をきっちり説明して同意を得ることが必要ではないかということをお尋ねしております。

これはなぜかといいますと、この介護保険、公的な保険の制度で保険料の拠出もいただきながら行っておるわけでありますので、やはり不明瞭な形で料金が徴収されることになってしまったりはいけないだろうということ。あと、事実上、保険外の負担をしないとサービスが受けられなくなってしまうことになってしまったりはいけないのではないかと。あるいは曖昧なまま提供されることによって保険給付の範囲を超えたサービスが保険料請求されてしまうということも出てきやしないか。

そういうような、いってみると、やはり利用者のニーズにも応えつつでありますけれども、多くの利用者の方々の保護ということの観点が必要だということで、先ほど申し上げたような点については求めた上で、ただ、全くだめだということではもちろんなくて、保険サービスと保険外サービスを組み合わせ提供する形にしておるといってございませう。

長谷川委員 ありがとうございます。

今の御説明は、今、スクリーンに映っておりますけれども、スクリーンの右側のほう、参考1の右側のほうでございます。そして、懸念事項として挙げられたポイントは5つ、下のほうに出ていますけれども、下半分の5つの部分がそれに相当すると思われまふ。ちょっと字が小さくて見にくいかもしれませんが、一応そこに出ているということでございませう。

さて、今、厚生労働省から懸念の点が示されたわけですが、まず和光市の東内部長さん、これらの厚生労働省の懸念について、どのようにお考えか。和光市はケアプランを緻密につくられているわけなので、その御意見をお伺いしたいと思います。よろしく願いいたします。

和光市東内保健福祉部長 わかりました。お答えいたします。

まず、今、審議官の御説明というのは、厚労省からしたらごもっともかと考えます。また、香取さんのほうも民間事業からしたらそうなのかなと。

ただ、両者に出てこなかったのが、私の立場で、自治体の機能ですね。介護保険というものは介護保険法という国の法律があり、そこから市町村が条例でいろんなことを定める。保険料であるとか、事業計画、さらには基盤整備の関係もやっていくわけです。そここの今回の混合介護というものは、連動した議論がないとなかなか成り立たないと私は考えております。

その中で一例を挙げますと、これは国土交通省所管かもしれませんが、白ナンバーの有償運送特区というものがあまして、和光市もその特区の範囲に入っております。その中には白ナンバーが地域のタクシー業界さんとかトラック協会さんとかと協議体をつくって、そういう中で新たなサービスが導入されているのです。そういう観点から行くなれば、私は先ほど言ったルールとマナーを官民共同で作り上げて、地域の住民のために良質なサービスの組み合わせができるようなところが一番、私は解決策としてはいいのかなと考えております。

以上です。

長谷川委員 ありがとうございます。

以上のような議論を受けて、委員の方からもそれぞれ御意見を頂戴したいのですけれども、森下先生、いかがですか。

森下委員 では、よろしく申し上げます。

厚労省さんに質問したいのですけれども、確かに言われているポイントはわからないでもないのです。ただ一方で、現実問題として介護をやっている方の待遇というものが非常によくはない。また、介護を受けている方も実際にいろんな意味でなかなか自治体のサービス等だけでは十分できない。これは多分、厚労省も認めている、そのとおりだろうと思います。だからこそ、混合介護といえますか、組み合わせというものがもう既に認められている。

ただ、これをもうちょっと何とかしてくれという声があるのは事実でありまして、そういう声が非常に多い状況の中で、何もできないのはちょっと問題ではないか。では、何ができるのかという中で、今の厚労省の話を聞いていますと、結局のところ、家族の方や利用者の方が過大な負担等を受けないかどうか。そういう心配が解決されればいいのではないか。あるいはその内容がちゃんと介護に役立っているかどうか。そういうことがわかればいいのではないか。

これは突き詰めると、例えばケアマネジャーの方なんかに入っていて一緒にプランをつくれれば、どこが必要な介護であって、基本的な部分を国から受けるか。そして、どこが混合といえますか、民間の事業者の方のサービスを利用して、自分たちのお金で分けていくか。これはそんなに難しいお話ではないと思うのです。

なぜ、せっきくのケアマネジャーの方々の職種がある中で、包括的に全ての介護をやるうという考え方の中でうまくそれができないのか。私は、これは非常に不思議だと思うのです。普通に考えたらできない話ではないと思っているのです。特に今、お話があった和光市さんの、自治体が絡むという話になれば、そこにそういう方が入ってもいいでしょうし、これは単純にルールだけの話だと思うのです。なぜ、かたくなにそういうふうに言われているのか、私は非常に理解できないのですけれども、御説明いただけたらと思うのです。

長谷川委員 お願いします。

三浦振興課長 どうもありがとうございます。老健局振興課長でございます。

今ほど、ケアマネジャーさんがしっかりとマネジメントすればという御指摘をいただきました。そこは私どもも全く同じ考えでありまして、ケアマネジメントがないところに公的なサービスと自費のサービスの組み合わせはないと思っておりますし、私どもが現在、先ほど坂口のほうから御説明申し上げました組み合わせるパターンの中でも、そこは和光市さんもそうだと思うのですけれども、実際のケアプランの中で自費の部分と保険の給付の部分の組み合わせを書いていただくという形にはさせていただいております。

ただ、ケアマネジメントがしっかりしておればというお話。そこは御本人様とケアマネジャーさんの相対の中でというよりは、今、お話もございましたとおり、一定のルールが必要だと思いますし、そのルールづくりについては私も一定の課題があると思っているというのが、繰り返しになりますけれども、御説明でございます。

長谷川委員 どうぞ。

森下委員 一定の課題があるというのがわかってあれば、一定の課題を解決してやってくださればいいではないですか。わかっていないのだったらわかりますけれども、わかっているというのだったらそれでやってくだされば結構な話だと思うのですが、なぜ、そこに一定の課題があるというのがそこから行かないのか。そこが理解できないのです。

三浦振興課長 加えて申し上げます。

実際のケアマネジメントを考えますと、今の和光市さんの御説明にもありましたけれども、マクロ的なニーズの把握ですとか、地域の実態の把握、地域の資源、あるいは提供者の状況、その他もろもろを、全体状況を把握しながらルールづくりというものは必要だと思います。その中で、国として画一的なルールをつくるのが適当なのかどうかということについて、私は疑問はなしとしないところであります。

長谷川委員 森下先生の御指摘の中にあつた、利用者の負担が拡大するということをちらっとおっしゃって、厚労省さんの、そのスクリーンに出ている参考1の一番上のところにもありますけれども「利用者の負担が不当に拡大するおそれはないか」と書いてあるのですが、この「不当に拡大」というのはどういう場合を想定されているのでしょうか。

三浦振興課長 当、不当ということですので、具体的な案を見てもわからないところはありますけれども、例えば一例で申し上げますと、きょう、香取さんのお話の中

にございましたが、一定の時間について、例えば料金を高くする、あるいは低くするといったことをしてはどうかという御提案があったかと思えます。

これについて、実際のホームヘルプサービスの供給状況を見てみますと、朝と夕方に集中しているということは恐らく現場の感覚としてもおわかりだと思います。そうしますと、朝と夕方にホームヘルプサービスを受ける場合には、例えば少しプラスアルファのお金を払わなければサービスが受けられないような実態になりはしないか。それをもって、当と考えるか、不当と考えるかということは議論が必要かなということを申し上げております。

長谷川委員 お願いします。

川淵専門委員 先週、網膜剥離の手術をやりましたので左目しか見えませんので、申し訳ありません。

そもそも混合介護については、私自身、産業競争力会議の分科会で「横だし」「上乘せ」は認められているのに、どうして普及しないのかという問題提起をして、この後、公正取引委員会も取り上げた次第です。いわゆる混合介護を解禁すると不当に拡大するおそれがないかという御懸念ですが、この点については厚労省がいろいろと調べておられて、直近の平成27年度の介護給付費実態調査によりますと、区分支給限度基準額を超えて利用している方の割合は1.3%で、要介護5は2.9%でとまっているとあります。この点については日本福祉大学の二木立学長がずっと詳細に調べておられますけれども、増加する傾向にはないようです。そうすると、そんなに不都合がないのではないか。介護保険は医療保険と違って現金給付ですから、費用の給付という仕組みになっています。

そうすると、先ほど香取さんの話を聞いていて、割引もあるのだなと再認識致しました。この点については皆さん方の御先輩の堤修三さんも3月で休刊される「介護保険情報」に論文を書いておられますが現行の介護報酬は上限価格を決めておられるわけですね。これに対して、医療保険では割引もよくない。保険薬局のポイントカードも争点になりましたが、介護現場では割引もいいのですね。

長谷川委員 どうぞ。

三浦振興課長 お答えします。

介護保険制度のもとでは、基本的に料金はサービスに対して公定価格を、地域の差は設けておりますけれども、定めております。その中で、その一定価格よりもより低いコストで提供する場合というのは割り引くことはできるという規定がございます。

川淵専門委員 現行でもいいのですか。

三浦振興課長 はい。現行規定の中にございます。

長谷川委員 それと、今の論点のところ、在宅協の香取さんにも御説明いただきたいのですけれども、いただいている資料の10ページの中に「上乘せ」と「横だし」の具体例が幾つか挙がっていて「上乘せ」の規制緩和がパーソナルスタッフ制度。それから、今、議論になりかかっている時間帯指定制度。つまり、朝と夕方が忙しくて、そこの値段が上がってしまって、それがいわば負担増につながるのではないか。こういう御懸念があった

わけですけれども、香取さん、このあたり、時間帯指定制度というものをやるとどういふふうになるとお考えですか。

一般社団法人日本在宅介護協会香取常任理事 時間帯指定制度の導入によって、非常に繁忙な時間帯において多少なりとも繁忙でない時間帯。こういったところの介護職員のルートを、料金的に差を仮に設けた場合、その料金において時間に非常に価値を見出している方はそれなりの費用を払われますし、むしろすいている時間でお安く御利用になられたいという方については、その時間帯を御利用になられるという形で、そういった形でお客様の利用時間帯が均等・分散されますので、そういうことによって一人一人の労働者の稼働効率が上がっていくという方法論で、生産性の向上に役立つのではないかという考えを持っております。

長谷川委員 三浦さん、今の御説明を受けて、どうですか。朝と夕方が必ずしも高くなってしまって、それが結果として利用者の負担増にはならない。安いところに行くのではないかという御指摘だと思いますけれども、いかがですか。

三浦振興課長 ありがとうございます。振興課長でございます。

なぜ、朝と夕方に集中するかということをし香取さんから御説明があるとよかったですかなと思いますけれども、私ども、利用者さんの生活のリズムに起因するサービスというのがございます。例えば食事ですとか、あるいは排泄ですとか、そういったものの介助の時間帯は、どうしても一定、人間ですので、生理現象としては集中しがちだという点に起因しておる部分もありますので、どの時間帯でもセレクトティブなサービスであれば選べばよいと思いますけれども、そうではないサービスも内在しているのではないかとこのことを御懸念申し上げているということでございます。

長谷川委員 わかりました。

ほかはいかがですか。

林委員、どうぞ。

林委員 今の森下先生の御質問に関連してでございます。

厚労省は、この保険内外サービスの柔軟な組み合わせへの懸念点として、先ほど利用者の負担が不当に拡大するおそれがあるのではないかとこのことをおっしゃったと思います。しかしながら、現在でも保険外のサービスの提供に当たっては、利用者や家族に対する内容などの説明とか同意取得、それから、料金などを見やすいところに張るといった規制がございまして。それでも利用者の負担が不当に拡大するとおっしゃるのであれば、そうだとすると、現在においても利用者は理解しないまま保険外サービスを活用するリスクがあるということを制度的に厚労省が許していることになってしまうのではないかと思います。

その点で、在宅協様に御質問したいのですが、こういった厚労省が言うような、理解しないまま保険外の料金を使わされるといったおそれへの対処。これについては、消費者との契約である以上、しっかりとした説明と納得、苦情処理体制などを整えれば対処できるのではないかと思いますし、また、その体制を整えた事業者だけがこういった柔軟な組み

合わせや指名料を導入できるようにすればよろしいのではないかと思うのですが、その点、サービスの提供者側であります在宅協様としてはいかがお考えでしょうか。

一般社団法人日本在宅介護協会香取常任理事 まず、介護保険外のサービスと介護保険内のサービスを一体的に提供して、介護保険外のサービスがいかなる効果を発揮し、利用者の支払いに対し、どれぐらいの成果を上げて、どのような取り組みをするのかということについては、例えば一定のルールという御案内がありましたけれども、やはりガイドラインで定めていく必要性はあるのではないかと。

いわゆる介護保険内のサービスと介護保険外のサービスを一体的に提供しているとはいえ、片方は介護保険内のサービス。これは国が整備するルールにのっとってやらなければいけないというところでは、私どもはいわゆる行政の指導に従っていかなければいけないという立場は全く変わりません。そういうことでは、この介護保険内のサービスであるということの一つ担保として、それに派生した介護保険外のサービスというものを、ある一定のレベルでマネージができるのではないかとこのところでもあります。

その延長線上において、あるいは民間の評価をする機関があって、その評価をする機関が適切な評価をすることによって介護保険外、介護保険内のサービス利用に関して、きちんと御評価の中で事業者の指名という形になることについては非常に有効な方法ではなからうかと考えます。

長谷川委員 江田委員、お願いします。

江田委員 こちらの、今、映っている参考1のシートの留意点のところについての質問でございますけれども、保険給付の範囲を超えたサービスが保険請求されるおそれがないかという御懸念点がございまして、これこそ切り分けのガイドラインといったものを設ければいいのではないかと単純に思っておりますが、いかがでしょうか。厚労省の皆様、お願いいたします。

三浦振興課長 ありがとうございます。

切り分けのガイドラインというお話は、このワーキングという場でも何度かお話をいただいております。既存のルールの中でも組み合わせができて、それがどういうふうに区分していくかといったこともいろんなところに書いてあってわかりづらいという御指摘がございました。その点については、私どもも真摯に受けとめたいと思っております。

その上で、ルールを定めてしまえばというお話がございました。今の林委員のお話でございますけれども、その中でも私ども、実情あるいはその反作用と申しましょうか。それを定めることによって、どのようなことが起きるのかという点については懸念事項がございまして、そこは少し慎重な立場をとらせていただいているところであります。

長谷川委員 江田委員、よろしいですか。

江田委員 その具体的な懸念に当たるかもしれないのですけれども、保険外サービスに要するコストを保険内サービスに寄せるといっておそれがそもそもあるのであれば、保険内サービスの価格、いわゆる公定価格が保険外サービスに要するコストを賄えるほど高く設

定されているということも考えられるのではないかと思いますけれども、もしそうであれば公定価格の引き下げの余地があることなのではないかと思いますが、その点については厚労省の皆さん、どうお考えでしょうか。

三浦振興課長 御指摘が真実であれば、そのようなことに私も考えます。

長谷川委員 ガイドラインについて、大田さん、いかがですか。

まだいいですか。

大田議長 川淵さん、お先にどうぞ。

川淵専門委員 この点についても、保険外サービスを適用している介護保険事業者は、株式会社等が58%、社会福祉法人が38%と公正取引委員会の調査報告書にありますね。実態化はしているので、そんなに不都合がないのではないかと。むしろ、介護保険が始まった当初は介護事業者が燃えていたのが、特に2012年度の改定以降、実質マイナス改定が続いているので、モチベーションが下がっているのではないかと。特に都市部の供給不足のところがゆゆしき問題だと思います。

一方、支給額を使い切らない方も結構いますね。たしか4割か5割ぐらいで、これが、供給不足が理由なのか、需要がないのか。厚労省は、どう認識、分析されてますか。

長谷川委員 どうぞ。

三浦振興課長 先ほど川淵専門委員からの、要するに支給限度額を超える人がごくわずかであり、また仁木先生の論文の中でも余り伸びることが予想されないのではないかとというお話がございました。

少しおさらいさせていただきますと、介護保険制度は重さに応じまして支給限度額、どれぐらい使えますという限度額、アッパーリミットを設けております。それを超える場合には、介護保険の場合には同時に原則1割負担、それから、収入によって2割負担という制度がありますので、そことの関係もあろうかと思えます。

また、限度額を超えますと10割負担になりますので、その部分まで払ってサービスを受けたいというお気持ちがあるかどうか、あるいは負担能力があるかといったことも関係しておるかなと思っております。

長谷川委員 東内さん、どうぞ。

和光市東内保健福祉部長 そもそも論になってしまうのですが、介護保険はやはり居宅サービス中心なので、基本的に属地性が高いのですよ。だから、大手の方もいろんなところでやっているのですけれども、その事業をするのは市内とか2市にわたる範囲でやっている。先ほどから「上乘せ」「横だし」が出ているのですが、実は介護保険法には市町村が条例で定めることにより介護保険料に上乘せを独自にして「上乘せ」「横だし」というものはできるのです。和光市も「横だし」で、配食、紙おむつ、送迎といったものは保険給付で市民に対して提供しております。

そういう中から、私が言う官民共同というものは、そういうことを国の規制改革で全部やっていくのか、それとも、属地性を持った市町村と地域の企業との関係を整理

して、そこで新しい混合介護を生み出していくのか。和光でいったら、混合介護でやっているような部分を和光市独自の保険給付みたいなものでやっている実情もあるわけです。それが地方分権の試金石と言われた介護保険制度だと思いますので、そこで何か議論が噛み合っていないのかなと思うのです。だから、私は一定の、厚労省がどういう規制緩和を今後考えるかというのも論点の一つだと思います。あとは、自治体の政策能力と地域の介護事業者がどういうふうにご利用者目線、さらには市民目線といったところを制度構築していくとかということは俯瞰的なものとして必要かなと考えております。

もう一点なのですが、課題で、あと、当、不当と出ていましたね。あれは一例でいえば、MCIと言われる認知症のおひとり暮らしの方なんか「上乘せ」というのはあり得ないのですが、「横だし」的な自費サービスみたいなものが、例えば少し問題のある事業者から提供されてしまうことの懸念はあると思います。ただ、それが介護保険制度の部分のケアマネジメントであるというふうにきちんと決まっていれば、その問題は多分ないと思うのですが、その辺の不当以外は、私も現場でやっている以外には余り考えられないのかなと考えます。

以上です。

長谷川委員 幾つか御指摘を受けたのですが、和光市は先進的な取り組みをしている自治体と聞いていますので、独自の「上乘せ」「横だし」があるのだということですが、先ほど出ていたガイドラインは、そうではない自治体がかかなり大半であるわけで、そういう自治体にとってみれば何らかの国からのガイドラインがあったほうが取り組みがしやすいのではないかとこの観点なのだと思うのです。

そこでガイドラインについてどうなのかということをお聞きしているわけですが、大田議長、ガイドライン問題について。

大田議長 先ほど来、一定のルールという言葉がたくさん出てくるのですが、そのルール自体がなかなかわからないし、解釈に幅があるという現場からの意見があります。自治体ごと、その自治体の中でも担当者によってルールが違う。つまり、どういうサービスなら組み合わせることができて、どういうサービスならできないかという規定が不明瞭であるという声があります。

これに対して三浦課長からは先ほど、地域の実情に基づいてルールをつくるのが望ましい。国がそれに対して画一のルールをつくるのは望ましくないという御意見がありました。もちろん、東内さんが言われるように、自治体が独自のルールをつくってやるのはいいことだと思います。しかし、1,800の自治体で1,800のニーズがあるわけではありませぬので、やはり基本的なところ、標準的なところは厚生労働省がガイドラインをつくってくださるのが私は必要だと思います。

国の制度として保険給付と保険外サービスを組み合わせることは認めておられますし、自立支援のためにはやはり組み合わせることが必要だという指摘もあります。そうすると、ここは介護行政に携わる者として一定のガイドラインをつくるというのがあるべき姿だと

と思いますが、いかがでしょうか。

三浦振興課長 お答えします。

少しガイドラインという言葉がひとり歩きするとどのようなものかというのはあります。今、お話があったような、例えば香取さんがおっしゃったようなものについて、右だ、左だというものについて、すぐできるかと言われると、私はなかなか難しいと思っております。

ただ、一方で先日も、どこに何が書いてあるかわからないのですといった事業者の方のお悩みがあるということは教えていただきましたし、そこは私も、真摯に反省しないといけない部分ですので、そこも含めて何ができるかということは考えていきたいと思っています。

大田議長 真摯に反省して、何をしてくださるのでしょうか。

三浦振興課長 ここで即答というのはなかなか難しいのですけれども、少なくともどこに何が書いてあるのかわからないといったことについては、お答えになるようなものは考えていきたいと思っています。

大田議長 事業者の方が何ができて、何ができないか、わからない。自治体によって違う。利用者のニーズに応えられない、という意見に対して、何らかのガイドラインをつくらうというのはやはりできないということですか。

三浦振興課長 お答えします。

私が懸念いたしますのは、和光市さんのように実際に地域ニーズを事細かに把握されて、これについて、この地域ではこのニーズがあるだろう。和光市さんも、先ほど小さい面積や小さい人口だとおっしゃっていましたが、その中でもさらにブロックを分けて地域ニーズを把握されています。そういうニーズ把握をされているようなところがこういうふうにやっていきたいのだというものの足かせになることは避けたいなと、まず思っているところであります。

長谷川委員 森下委員、どうぞ。

森下委員 今のお話は、逆にそういう実際にいらっしゃるような介護されている方が苦勞されないようなガイドラインをつくれればいい話であって、そういうところがあるからつくれないという話は全く違うと思いますよ。しかも、もっとシンプルに言うと、書類を減らしてもらえればいいと思うのです。あるいは介護の給付の、2万件もあると言われるようなシステム自体を改めればいいのであって、これは単純な話ではないですか。そんなに難しいことを言っていると思わないのです。書類を2割削減しましょう。

三浦振興課長 ありがとうございます。

書類自体は、サービスの質を事後的に確認するという意味合いがございます。ですので、細かいルールをつくれればそれだけ紙がふえてきたというのが、この介護の歴史ではないかと思えます。そのあたりを少し割り切って、質について、ある程度問わないということであればそういう割り切りも可能かとは思いますが、そのあたりは現場の方の意見も

伺わないと、結局、私どもは、私自身も含めて、私も介護の2号被保険者ですので、その負担をしている方がいらっしゃるわけです。マーケットになっておるわけですから、その市場価値というものを説明できる形でドキュメンテーションしておくことは、どうしても私は必要な部分はあるのかなと思っております。

長谷川委員 坂口さん、どうぞ。

坂口審議官 今、三浦が申したのは、今の話題の中で必要な書類は必要だということでは申し上げているのですけれども、森下先生がおっしゃったように、全体としてこういうICT化の流れも含めて、私ども厚労省としても、この介護の現場の取り組めるような形で、書類は減らしていくという取り組みについては、私どももしっかり取り組んでいきたいと思っています。

長谷川委員 森下委員、どうぞ。

森下委員 私は支払基金に関する委員会にも関係しているので、これは厚労省さんに対して、いつも非常に不満なのです。明らかに削減するコストよりも、削減するためのコストのほうが大きいというわけのわからない状態です。この介護保険も全く同じだと思っていて、明らかに回数をふやして行って、正当性を確かめると言いましたけれども、そのための行政コストのほうが大きいわけです。そういう意味では、書類を減らすというのが一番簡単で、しかもみんな喜ばずなのです。そこだけでもせめて約束してもらえば、かなり介護の現場が助かると思うのですよ。そこは約束してもらえると考えていいのですか。

三浦振興課長 約束というのか、文書を定量的な、例えば先ほど森下委員から2割といった数字も出ました。私、2割ということについて、わかりましたということは現在では申し上げるわけにはまいりません。

一方でもちろん、今、坂口が申し上げたとおり、現場の方がペーパーワークで大変御苦労されていること。これは声として、私どもにもたくさん届けられております。そのことについて何かしらできないかということは、幾つかの研究事業なんかも行いながら進めておるところであります。

長谷川委員 どうぞ。

川淵専門委員 実は介護保険は非常によくできた制度で、一定のマーケットメカニズムを使っています。しかし、最近はずごく複雑なプライシングになってきましたね。コード数だけで2万9,546もあります。17年前は、1,760でしたから16.8倍となっています。

療養病床だけでも6,572あるわけですが何故か居宅だけしか混合介護が認められておらず、施設系は混合介護が認められない。しかし、仮にプライシングを市場メカニズムに任せても、お上がきちんと市場を監視する必要があるかと思いますが、その時によく出てくるのがローカルルールだけはやめてくれという主張です。自由放任主義もさることながら、混合介護についてはローカルルールもいかなるものか。介護報酬がこんなに複雑多岐になってきましたから、むしろお上が「社会化の節度」と「市場化の限界」を見極める必要が出てきたと思いますが、当局はどういう考えをお持ちなのでしょう。

三浦振興課長 ありがとうございます。

ローカルルール自体がアプリアリに全てがだめだというふうには私は思っていない。一方で、だめなローカルルールというものもあると思います。実態の中でその地域の特性、どうしても一定の応用が必要な項目があるということは想像にかたくないわけでありすけれども、例えば先ほどおっしゃっていただいたような、担当がかわって、ある意味、私どもの用語で申し上げれば、法的安定性がないような運用がなされているとしたら問題なしとしないところでもありますし、そこは東内さんの資料の中にもありましたけれども、事業者との対話というものをもっとしっかりとやっていただいて、徹底をしていただくことは、私は必要だなと思っています。

長谷川委員 ほかの論点もさわりたいので、余りこれにこだわるつもりはないのですが、私がおもうのは、この厚労省の御懸念の1点目、 の1点目で「利用者の負担が不当に拡大するおそれはないか」。これはみずからそういう懸念をお持ちなわけですね。その不当か、不当でないかを切り分けるのがまさに切り分けのガイドラインなのではないのかと私は単純に思うのです。

つまり、その切り分けの部分がはっきりしないから皆さん御自身が不当に拡大するおそれはないかと懸念されていらっしゃるわけなのではないのですか。そうであれば、それに対する対処法としては、切り分けのラインをはっきりさせることは皆様方自身が抱えている懸念を解消する一つの方策になるのではないのでしょうか。

三浦振興課長 ありがとうございます。

不当という中で幾つかのパターンが、私も言葉が尽きておりませんので、例えば少し横の話といたしますか、別の仕組みの話をしますと、委員の中には医療にお詳しい方もいらっしゃると思いますが、病院の中の差額ベッドというものがありますね。特別室なんかは病院の中でも半分までといったルールもあります。地域の中で、例えば先ほど香取さんがおっしゃったような時間帯別の差額を取る、追加料金を徴収するという仕組みをとった場合に、その地域全体がそのようになってしまう懸念はないわけではないのです。そのような形で懸念があるということをお伝えしたいと思います。

それについて、切り分ければよいのではないかというのが長谷川委員の御指摘だと思います。ただ、私ども、この懸念というものは一個一個が独立事象と考えておりませんので、不当に拡大するおそれはないかという点がクリアされたからといって、その仕組みとして完全なものとして成立しているかと言われると、例えば保険給付との関係ですとか、自立支援に資するようなサービスになっているかどうかといった懸念は相変わらず残るわけでありまして、長谷川委員の御指摘の不当に拡大するおそれはないかという点に関して申し上げれば、割り切ればルールとしては成立するのではないかという御指摘はごもっともだと思います。

長谷川委員 では、ガイドラインについてはこれでよろしいですか。

ほかの点についてはいかがでしょうか。

では、野坂委員、お願いします。

野坂委員 初めのほうのお話に戻らせていただきますが、厚労省の資料の中に、不明瞭な形で料金が徴収されるおそれはないかということをお懸念があるのですが、指名料であったりとか時間指定料というものは対価性が明確であり、決して不明瞭ではないのではないか。どのようなケースを想定されて不明瞭となるおそれがあるとおっしゃられているのかどうか。この点について御説明いただきたいと思います。

長谷川委員 お願いします。

三浦振興課長 ありがとうございます。お尋ねが指名料と時間ということでしたので、それぞれお答えしたいと思います。

まず指名料については、少し労働法制の課題もあると思いますので、そのあたりも整理が必要かなと思います。幾つかの関係する法規もございますので、そこが一つの課題だということはまず申し上げておきたいと思います。

対価性があるという観点で申し上げれば、指名料については、実はワーキングの場でも私、申し上げましたが、もう一つ、例えば認知症の方がいらして、その方が指名料ということになりますと、同じ人に来ていただきたいということを例えばおっしゃったとします。そうしますと、それ自体に指名料が発生する仕組みにしますと、なじみの関係を構築していくという認知症のケアの関係からいって果たしてよいケアができるのか。言葉を返せば認知症の方は、一定の差額を払わないと同じ人にずっと来てもらうことが難しくなるような仕組みになるとしたならば問題があるのではないかという懸念があると申し上げました。

それから、時間指定の場合で、対価性があるという御指摘かと思えます。時間はもちろん、はっきりといたしますので、区別といいますか、不明瞭かという基準で申し上げれば、明瞭化はできると思います。私どもの懸念では実際上、例えば朝とか晩に集中した場合に、差額をいただかないとそのようなサービスが受けられないようになりはしないかという点を懸念しているということでございます。

野坂委員 その朝や夕方に集中していて、自然と価格が高くなるというのは需要の関係でも別におかしくはないと思いますが、いかがでしょうか。

三浦振興課長 価格によって需給調整するという一般財であれば、もちろん合理的なサービス形態だと思います。その一方で、介護を受ける立場、利用者目線でという御指摘を今回も頂戴しておりますので、その観点からいきますと、多くの方が生理に合った生活をしたいという御希望はお持ちだと思います。その公的なサービスで束をしていく中で、その生理に合ったサービス提供自体に差額を設けることがどのように受けとめられるかという点は議論が必要かなと思っております。

野坂委員 もう一つありますが、同時一体的提供でも保険内サービスと保険外サービス、それぞれの対価を明確にして、しっかり説明すれば可能ではないかと思うのですが、これについてはどのように思われますか。

三浦振興課長 説明をすればという御指摘であります。もちろん、説明というのは必要

条件と申しましょうか、必ず必要だと思います。

その上で、介護の専門職の皆さんというのは家事援助をしている。行為として家事援助のように映るかもしれませんが、要介護者の尊厳のために、あるいは自立支援のためにさまざまなサービスを提供されている実態がございます。そのような観点の中で、家族の分も一体的に提供することはどう受けとめられるかということについての不安の声も私どもは承っているところであります。

野坂委員 ありがとうございます。

長谷川委員 ほかはいかがですか。

では、原委員、どうぞ。

原委員 今の点で指名料に関して、先ほどの認知症のようなケースで問題が生じるのではないかというお話がありましたけれども、それはまさにどういうケースでどういう料金設定が適切なのかというルール設定をされたらよろしいのではないですか。

三浦振興課長 ありがとうございます。

少し具体的な、関連する法規も幾つかございまして、私どもも完全に整理が終わっているわけではございませんし、結局、指名料という仕組みを導入すると何が起きるかという点に関して、先ほど香取さんの発言もございましたけれども、少しくリアになっていない点があると私は理解しております。

長谷川委員 どこがクリアになっていないのですか。

三浦振興課長 別のところで制度設計についての提案をされたお話を伺っておるのですが、その提案の際にも利用者保護の観点ですとか、あるいは介護職員の処遇改善に本当につながるのかですとか、あるいは上乗せ料金の負担が困難な業者がいるのではないかと。このような懸念があるということは承っております。

長谷川委員 森下さん、どうぞ。

森下委員 もう少し具体的に説明してもらわないと、何を懸念しているのか、よくわからないのです。上乗せ介護の負担ができない業者さんがいるというのは意味がわからなかったのですけれども、どういう意味でしょうか。

三浦振興課長 滑舌が悪くて済みません。利用者さんです。

森下委員 最低のところというのは当然、保険で賄われるわけですね。だから、そのところが担保されれば別に構わない話ではないのですか。

三浦振興課長 もちろん、最低のというのはどのラインかというのはありますけれども、実態上、それがドミナントに、その地域でその差額が必要な実態になれば、またそれはそれで問題だと思います。

長谷川委員 東内さん、どうぞ。

和光市東内保健福祉部長 なかなか難しい議論なのですけれども、要するに例えば認知症で、来る人がかわってしまうと、リスクがあるとが困惑してしまう。そういったときには保険給付として、例えば保険給付の上乗せをするのかしないのかというのが1点ですね。

もう一つは、経済性が高くして一定度の生活援助が必要なのですけれども、それに私は、やはりこの人がいいと、頭のクリアな方で健常な方がおっしゃれば、そういう方が自分で自費を使うという区分はあるのかなとは考えますね。だから、その辺はやはり認知症の方の判断能力のない方のケア上に必要で、同じ人が来るという問題とは別にしなければいけないというのがそこら辺の観点かなと認識します。

森下委員 まさに、それこそガイドラインで切り分けができるお話だと理解しますけれどもね。

長谷川委員 東内さん、どうぞ。

和光市東内保健福祉部長 そうなのです。私も先ほど和光の話をして、最低限のところまでガイドラインというのは賛成のほうです。

ただ、私が思うガイドラインは、ここですごく重要なのが、ケアマネジャーだとか包括支援センターが行うアセスメントとあって、そのアセスメントに基づいて一定のレベルを決めていくかという話なのです。要介護1でも状態は十人十色で、要介護2でも十人十色なのです。それがガイドライン上のアセスメントで基準が作れるかかといったら、なかなか難しい。

ただ、アセスメントをした上で複数の多職種が診た上での判断というものは、私はできると思うので、そういったところであれば制度導入は前向きな一つの方策はあるのかなと考えます。

長谷川委員 ほかにいかがですか。

では、原さん、どうぞ。

原委員 あと、先ほどの5つの点の中での2つ目で、トラブルが生じた際の救済という話もありましたが、今までの話とも重なると思うのですけれども、要するにおっしゃっていることは、負担が不当に拡大するおそれがあるとか、トラブルが拡大していくおそれがある。だから、やめましょう。やらせるわけにはいかないのですということを言われているように聞こえます。

それで、トラブルが拡大するおそれがある、あるいは問題が生じるおそれがあるから、掃除と草むしりを一体的にやってはいけないとか、洗濯をやってはいけないということにするのが本当に適切なのでしょうかという問題だと思うのです。問題が起きる可能性があるから全部やってはいけないのですということになったら、これは自動車の運転だって何だって、事故が起きる可能性があるから全部やめなさいという話になるわけでありまして、通常、世の中では一定のニーズがあることについては、トラブルが生じることをどう抑えるのか、抑止するのか、あるいは問題が起きたときにどういう対応をするのかというルール設定をして対処していくのが当たり前のわけがあります。

この問題に関しても、例えば何らかの問題のある業者がいて、本来お金を取る必要のないようなところまで不当にお金を取っていくとか、そんな事業者さんがいるということをお懸念されるのかもしれませんが、そういうところで必要があればペナルティーを

きちんと強化をしていくということで対応していけばいいことだと思いますが、そこはどうお考えでしょうか。

三浦振興課長 どうもありがとうございます。

原委員がおっしゃっていただいているとおり、仕組みというものは恐らくリスクベネフィットで考えるべきであるとは思いますが。リスクフリーで、今、守っている価値が仮に何らかリスクがさらされるとすれば、それは顕在化したことを考えなければいけないというのは一般的なことが書いてあるにすぎないと思います。

実際の利用者の局面と申しましょうか、場面を考えたときに、そのリスクが顕在化した場合、トラブルになった場合、トラブルシュートをしなないといけないわけです。それで、これは全体に密接に関係すると申し上げましたが、一番下に書いてあるような、実際には行政が出張って行って、それをトラブルシュートしていくですとか、そういったことが同時に必要になってくるわけです。すなわち代替的な措置、ないしは保障的な措置ということが同時になければ、単なるリスクが顕在化する仕組みになってしまうのではないかとこのことを申し上げているわけでありませう。

原委員 これは先ほどのような、一体的な提供をやるのでなくともトラブルは今でもあるわけですよ。行政が出張って行って対処するというのは、例えば介護保険法に基づいて勧告をしたり、指定の取り消しをしたりといったことを意味していらっしゃるのだらうと思いますけれども、では、これは今、どれくらい運用されていて、一体的な提供をしたときに、どういう問題が生じるということを今、厚生労働省さんは把握されているのでしょうか。

三浦振興課長 全てについてリスクを定量化しているわけではありませぬので、お答えは難しいのですけれども、例えば1つに、きょう香取さんの資料の中にありましたけれども、例えばデイサービスで物を売りましようみたいな話がありましたが、実際の消費者相談のデータを見ますと、やはり一般的な販売ですとか健康食品なんかの相談は多いわけです。そういったものが提供されることになると、そういったリスクが顕在化することは想像にかたくないなと思っております。

原委員 それで、今は想像の範囲でおっしゃっているということだと思いますけれども、そのリスクがあるということであれば、そこは対応されればよろしいわけです。

だから、先ほどの話に戻りますけれども、ルール設定をしていけばできる。やれないことではないと理解してよろしいのでしょうか。

三浦振興課長 そこは武蔵野市さんもおっしゃったかと思うのですけれども、ルールに加えて、それを対応すべき体制というものを各保険者はとらなければならなくなると思います。そのあたりは自治体の判断も出てこようかなと私は思っております。

長谷川委員 だんだん時間が迫ってきているのですけれども「横だし」の部分が余り議論できなかったもので、ちょっとだけ触れたいのです。

在宅協さんの資料の16ページで「横だし」の具体例として挙げられているのが、これは

非常によくある例だと思えますけれども、同居家族分の洗濯・調理・買い物等というものです。これに対するニーズはとても大きいと思うのです。でも、これについては同時一体的な提供は規制というふうに整理されているのだと思うのですが、これについては厚労省さん、この現実の介護の現場でのニーズをお考えになって、これについて何らかに対処する道筋はないものですか。

三浦振興課長 現時点で私の判断をお示しできないのは非常に申しわけないのですが、現在の制度は介護保険という仕組みの中では介護保険の被保険者、すなわち65歳以上が原則ですけれども、そのような方に対するサービスとして制度設計されています。その制度設計の中で、御本人さんと申しましょうか、利用者さんのためにするサービスとそうではないサービスが一定程度区分をしていただきたいというふうにお願いを申し上げています。

先ほど原委員の中で草むしりというお話がありましたけれども、草むしりは恐らく空間的に区分されていますので、現在もできるのではないかと。その中では、市の中でできるものとできないものが少し混在していることは御指摘申し上げたいと思います。

長谷川委員 でも、例えば高齢者のために、被保険者のためにスूपをつくりつつ、同居家族のために煮物をつくるのは、一回、火をとめて、鍋や釜を全部かえてからということとは現実的ではないですね。そのあたりの工夫ができないかということなのですから、坂口さん、いかがですか。

坂口審議官 実際上はやはり、この保険という仕組みで行っているんで、我々は先ほど申し上げたような形で一定の区分をお願いしているということなのですから、この問題のみならず、今、三浦が申し上げたとおり、直ちにこの時点でどういう解決がというのはなかなか難しいのですけれども、きょうはいろいろ一連いただいているような形で、先ほど東内部長からもありましたとおり、全部一律、国で全て決めてしまうわけにはなかなかいかないのですけれども、どういう形でやるのが我々としても、冒頭に申し上げたとおり、保険サービスと保険外サービスの組み合わせは大丈夫だという部分はあるわけですので、どういったところがそういったことがわかりやすくなるのかということについて、きょういろいろ申し上げる段階では、まだ我々の知恵が足りないので、いろいろと知恵を絞ってまいりたいと思います。

長谷川委員 この問題が重要なのは、今、出ている資料3のスライド16の下の方にも出ておりますけれども、新たなニーズ発掘により長期的には収入増に結びつく可能性が高いという点なのです。つまり、介護に従事する人たちの待遇が悪いのは広く知られた問題で、介護サービス従事者に対する処遇をどうやって改善していくかというのは大きな問題です。この一つの解決の出口が、もしかしたらこういう保険外サービスの同時一体的提供によって新たな収入につながっていく道があるのかもしれないという観点もあると思うのです。そのあたりはいかがですか。

坂口審議官 今、長谷川さんがおっしゃったとおり、いろいろ介護従事者の処遇の改善

ということも、我々は介護離職ゼロの問題も含めて、政府を挙げて、今、取り組んでいる問題ですから、非常に重要な問題だと思っています。

ただ、その問題もいろいろしっかり取り組みながら、そしてきょうの問題も、そこにも、今、おっしゃったとおり、関連するかもしれない一方で、やはり利用者の保護についても十分、我々も思いをめぐらせながら、どういったことができるかということについて、しっかり知恵を絞っていきたいと思います。

長谷川委員 では、最後に林委員、どうぞ。

林委員 ありがとうございます。

結局のところ、厚労省が示された各種の懸念点、おそれというものは主に消費者被害防止の観点ではないかと思えます。インフォームドチョイスという言葉を使わせていただいておりますけれども、事前にサービスの内容や対価についてのしっかりとした説明をして、合意に基づく契約をする。違反をする者には事後的にサンクションをする。厚労省は、今の保険内・保険外を問わず、同時一体的提供とは関係ない点でも当然必要なことをちゃんとやっていないから、懸念をしているのではないかと思えます。

それから、全国統一のガイドラインをつくるかどうかという点ですが、先ほど大田議長からもお話がありましたように、実際にローカルルールで非常に困られているのです。利用者も、それから、サービスの提供者側がこのサービスを提供できないと萎縮すれば、利用者はそのサービスを受けられないわけです。和光市のような、「ピン」のところだけではないのです。これが横展開すればいいですけれども、「キリ」のほうが多いわけですから、全国統一のガイドラインにする。少なくとも標準的なものをまずは国が出す。それでガイドラインができてグレーゾーンがなくなれば、事業者が創意工夫をして利用者のきめ細やかなニーズに応えられるのではないかということをもっと議論したいと思えます。第2部でも、ぜひよろしくをお願いします。

長谷川委員 それでは、第1部はここまでとさせていただきます。まだ言い足りないことはあると思えますけれども、第2部のほうで御発言いただければと思えます。

この後、休憩を挟みまして第2部では、要介護者やその御家族が、ある介護サービスの類型の中で何を、どのように選べばいいのか。まずは自分で能動的に動いて選んでいくためには、どんな仕組みが必要なのかについて見ていきたいと思えます。

それでは、15時37分まで、10分弱ですけれども、休憩とさせていただきます。

ありがとうございました。

(休 憩)

大田議長 それでは、第2部に入ります。

第2部のテーマは「もっと、利用者のサービス選択に役立つ仕組みは何か」としております。

まずは、事務局より問題の所在について御説明をお願いいたします。

中沢参事官 それでは、事務局、内閣府規制改革推進室で参事官をしております中沢でございます。よろしくお願いいたします。

資料4に沿いまして、第2部のテーマであります「もっと、利用者のサービス選択に役立つ仕組みは何か」につきまして、問題提起をさせていただきます。

1 ページ目をごらんください。

第1部の冒頭、医療・介護・保育ワーキング・グループの林座長からお話がありましたとおり、ある日、突然にやってくる介護問題に対しまして、その入り口におきまして、要介護者やその御家族が最適な介護サービスの種類や事業者をみずから判断し、納得した上で選べることは重要でございます。現在も、利用者による事業者選択を支援するための仕組みはございますが、これらが十分に活用されていない現状でございます。

そこで、いま一度、利用者目線で「選択できる仕組み」を整備してはどうかというのが本件の趣旨でございます。

まず、現行制度の概要を御説明いたします。本件につきましては、2つの制度にかかわる議論がございます。

1つ目、情報公表制度につきましては、事業者選択に資する事実、すなわち客観情報を都道府県が公表する制度でございます。

2つ目、第三者評価制度につきましては、介護事業者のサービスの質などを第三者評価機関が専門的に調査・評価するものでございます。

これから、制度の詳細を御説明したいと思います。

まず、情報公表制度について見てみます。こちらは介護保険法によって一定規模以上の介護事業者に対して、介護サービスに係るさまざまな情報の報告を義務づけている制度でございます。

本制度によりまして、全国約19万に及ぶ介護事業所のデータが公表されておりまして、その公表の内容は、例えば施設型でございますれば、建物の構造、資格ごとの職員数、部屋数、面積といったハードの具体的な数字から、提供されているサービスの種類、安全衛生管理の仕組み、さまざまな記録の管理状況。こういったものに至るまで、実に多くのデータが公表されているということでもあります。

次に、第三者評価制度について見てみます。こちらは各介護事業者が提供するサービスの質を公正・中立な第三者評価機関が評価し、その結果を公表しているものでございます。

この評価の受審につきましては、先ほどの情報公表制度とは異なりまして、義務とはなっておりません。

では、この2つの制度、現在、どのような問題を抱えているのでしょうか。

まず、情報公表制度につきましては、介護サービス利用者やその家族の9割以上の方がこの制度を活用していないという調査結果がございます。これでは利用者の選択に資する制度とは言いがたいと言わざるを得ません。

次に、第三者評価制度につきましては、そもそも介護事業者における評価受審率が非常に低く、御案内のとおり、施設型サービス事業者で受審率は6%程度、居宅型サービス事業者に至っては1%にも満たない。つまり、大部分の事業者が受審していないのが現状でございます。

また、利用者側におきましても、その評価結果を事業者選択に当たっての参考にしていない方がほとんどである。こういう状況でございます。

こうした実情を踏まえまして、スライドのとおり、第2部の論点をお示ししてございます。

これまで御説明してまいりましたとおり、この情報公表制度と第三者評価制度については、利用者による事業者選択に当たって貴重なデータを少なからず有しているにもかかわらず、残念ながら、それらがほとんど利用されていない状況がございます。

こうした現状を踏まえまして、それら情報を利用者にもどう認知してもらい、実際の介護サービスや事業者選別に役立つ、利用者の視点に立ったわかりやすい制度にしていくにはどうしたらいいのか。その解決策について、これから実際に制度に携わられている方々の声を伺いながら御議論していただきたいと思っております。

事務局からは以上であります。

大田議長 ありがとうございます。

では、第三者評価制度に係る全国的なガイドラインを作成しておられます、全国社会福祉協議会の寺尾常務理事より御説明をお願いいたします。

社会福祉法人全国社会福祉協議会寺尾常務理事 全国社会福祉協議会でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

全国社会福祉協議会で現在取り組んでおります、福祉サービスの第三者評価の内容について御説明を申し上げます。

先ほども参事官からご説明がございましたが、第三者評価は、福祉サービスの質の向上を図ることを目的としております。また、その結果の公表によりまして、利用を希望する方や家族が福祉サービスに関する情報を得ることができます。さらに、評価結果の公表は、事業者が、提供する福祉サービスについて利用者や家族への説明に活用することもできます。第三者評価の受審は努力義務でございます、任意で受審するものでございます。

次に、第三者評価事業の仕組みですが、国が指針を示しておりまして、その指針には都道府県推進組織、評価機関の認証、評価基準、評価結果の公表のガイドラインと、評価調査者の養成研修等のモデルカリキュラムが示されております。第三者評価は、指針をもとに都道府県が実施する事業でございます。

推進体制ですが、全国推進組織でございます。会本会は、各種のガイドラインや評価調査者養成研修等のモデルカリキュラム、評価手法の標準化のための『福祉サービス第三者評価実践マニュアル』の策定・普及などにより、都道府県推進組織の支援を行っております。また、都道府県推進組織等が参加する評価事業普及協議会を毎年開催いたしまして、情報

提供や事業促進の協議を行っているところでございます。さらに、都道府県が実施する「評価調査者養成研修」の講師養成のための指導者研修を実施しております。

第三者評価事業の現状でございますが、平成27年度の全国での受審状況は4,423件となっております。東京都を除いた実績は、1,433件です。

主な高齢者福祉サービスにおける受審状況は、特別養護老人ホームが484件、養護老人ホームが36件、軽費老人ホームが31件、通所介護が251件、訪問介護が100件です。

評価機関の認証については、法人格の有無でありますとか、評価調査者の要件、評価機関の各種規定の整備・公表等の要件をもとに、都道府県推進組織が行っております。平成28年3月末現在、全国で412機関ございます。東京都を除くと、ほぼ1桁程度の評価機関となっております。

認証の取り消しにつきましては、「福祉サービス第三者評価機関認証ガイドライン」に記載してございますが、3年間、評価実績がない場合には取り消すことができることとなっております。また、1つの評価機関が複数県の認証を受けている場合がございます。優秀な評価機関が複数県で認証を受けることが望ましいと考えております。

累計で764機関が認証を受けておりましたが、取り消しが78機関、辞退が274機関あり、現在は412評価機関になっております。10ページが412機関の各都道府県別の状況でございます。

評価調査者の養成については、全国推進組織においては県の研修講師養成のための指導者養成研修と、評価機関のリーダーを対象としたリーダー研修を実施しております。都道府県推進組織におきましては、評価調査者の養成研修並びに継続研修を実施しております。平成28年度においては、養成研修を31都道府県、継続研修を37都道府県で実施予定でございます。

「福祉サービス第三者評価事業に関する指針」についてですが、本会では評価の標準化のために共通評価基準ガイドライン、公表ガイドラインの見直しを行いまして、厚生労働省に提案をし、平成26年4月1日に厚生労働省より改正通知が発出されています。

共通評価基準は、必要な項目の追加をするとともに、53項目から45項目へ統合・整理をしたところでございます。また、定義が明確でなかった判断基準について、「a評価」を「よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態」、「b評価」を多くの施設・事業所の状態にあることを前提に「aに向けた取組みの余地がある状態」、「c評価」を「b以上の取組みとなることを期待する状態」としました。

評価結果の報告・公表様式を見直し、公表ガイドラインを改定しました。ガイドラインを参考資料につけておりますが、福祉施設・事業所の取組みをアピールできる項目の追加、評価細目ごとの評価機関の判定理由の記載をすることといたしました。

評価基準の体系でございますが、評価基準は全ての施設・事業所を対象とする共通評価基準45項目と、施設・事業所別の専門性を踏まえたサービス・支援の内容に関する内容評価基準で構成されております。共通評価基準ガイドラインの改定にそって、特別養護老人

ホーム、通所介護、訪問介護の評価基準の改定、養護老人ホーム、軽費老人ホームの評価基準の策定を検討し、厚生労働省に提案を行っています。

最後に、この2年半の取り組みによりまして、第三者評価基準や手法の標準化について、環境はある程度整ったと考えております。今後も福祉施設・事業所向けのセミナーの開催や関係団体との連携による受審促進、都道府県推進組織に対する支援による第三者評価事業の普及促進、そして、福祉制度改正や評価の受審・運用状況を踏まえ、厚生労働省に評価基準の見直しの提案、評価調査者に対する研修の充実、評価手法の標準化の促進等による第三者評価の質の向上のための取り組みを進めていきたいと考えております。

以上でございます。

大田議長 ありがとうございます。急がせてしまいまして申しわけありません。

それでは、続きまして、評価機関のお立場から、全国福祉サービス第三者評価調査者連絡会の新津会長より、評価制度のあるべき姿について御説明をお願いいたします。

一般社団法人全国福祉サービス第三者評価調査者連絡会新津会長 新津でございます。よろしくをお願いいたします。一般社団法人の会長、それから、一評価機関でありますメイアイヘルプユーの代表をしておりますので、その2つの立場から報告をさせていただきます。

メイアイヘルプユーが評価機関として認証を受けているのが、社会的養護関係では全国社会福祉協議会、その他の評価では東京都を初めとし、5県からの認証を受けて評価を実施しております。

この図を示しましたのは、実は第三者評価は福祉サービスの実施事業所が第三者評価機関を指定し、契約をして開始し、評価結果を提出するという仕組みであり、評価機関の責任の大きい仕事であるということをお示したところであります。

全国福祉サービス第三者評価調査者連絡会、通称第三連と呼んでおりますが、評価機関の質が重要であることを認識しまして、平成26年に設立しました。現在、会員は69人という少人数ではありますが、現在、評価調査者の研修事業や第三者評価に関連する調査研究をしておりまして、これまで、メイアイヘルプユーをして実施した調査研究を含め5つの調査研究をしております。

一評価機関・メイアイヘルプユーを紹介させていただきます。当法人は、第三者評価に関し、東京都が平成15年から本格実施をし、厚労省が平成17年から本格実施をしましたが、それに先立ちまして平成12年から、第三者として評価をするということを主な事業として設立させました。

ここに方針を示しておりますが、福祉の現場の方たちが利用者主体のサービスを提供するためにサービスの改善に資する、サービスの改善を応援したいということの方針にしています。評価をするときは評価のプロセスを大事にしておりまして、事業所からは必要かつ十分な情報を丁寧に聞いて、そして事業者が改善に向かうための提案をするということを課題にしております。

今までの実績を示させていただきました。平成12年に事業を開始当時は独自の評価基準を作成し実施していましたが、東京都、厚労省が評価基準を策定し開始したので、現在はこの基準に準じて評価をしております。年間、大体、最高で50件で、最低で33件です。平成27年度は16種別の評価をいたしました。

受審率が低い理由なのですが、1つはどうしても制度上の問題があると考えております。評価機関と評価調査者の責任は重く、難しい仕事です。この役割の実施の際し調査員の資格の要件等々に関して気になることがあります。例えば研修の受講要件が3年の経験でよいのかということです。次に、実施機関である都道府県推進組織の取り組みが弱いということです。任意事業であることが影響していると思われませんが、これまでの調査研究でも体制の弱さが大変目立ちます。担当者が兼務で、予算が少ない等々の実態があります。

それでは、福祉サービス事業者にとっての価値なのですが、なかなか乗りが悪いと言ったらいいのでしょうか。サービスの待機者が特に施設系では多いので、顧客といいますか、利用者に選ばれないという不安がないという状況。そして、措置下での運営が長いので、任意の取り組み、それを活用するという事に慣れていないということが考えられます。一方で評価機関、特にサービスの種別に関して理解できている調査員が担当していないなど、能力に対する信頼の乏しさが調査研究でもコメントがあります。

それから、評価機関の問題も大きく、多くの評価機関は事務局体制が脆弱で、評価調査者の育成への取り組みが困難な状況にあるということがあります。

次に、評価基準の根拠となる情報なのですが、事業所による自己評価。これは全職員に自己評価をしていただきます。それから、利用者調査はサービスの種別に対応し幾つかの方法を取り入れて調査をしております。そして、資料としまして、規程類、会議録、マニュアル等の内容を確認すると同時に、実際の支援、サービスの提供状況や経過などをケアプランや記録などの文書等で把握し、かつ施設を見学し、そして、評価基準に準じた聞き取り調査をいたします。

それでは、評価基準の特徴になりますが、第三者評価は内的な基準から構成されています。すなわち「理念があるか」「マニュアルがあるか」等「ある」「なし」で構成される外的基準ではなく、機能しているかどうかを評価します。すなわち「理念や基本方針が職員に周知されている」、あるいは「事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている」など、取り組み状況を把握するに内的な基準から成っております。

そうしますと、当然、判断根拠として、文書、規程、マニュアルなどにとどまらず、職員の自己評価、利用者調査を活用するということになります。したがって、評価者が組織や事業所の経営やサービスの特徴・内容について非常に熟知していないと難しいということがありまして、第三者評価は評価に参加した複数の調査員による合議という形をとって評価結果を出すということになっております。

では、実際に第三者評価の活用を紹介したいと思います。

幾つかの調査結果から導き出されているわけですが、まず受審動機として挙げられるの

は、定点観測、点検のため。事業所全体を総チェックして、現状把握をしたいということ。それから、サービスの改善に活用する、気づきの機会とする。あるいは人材育成、リーダー教育のためということが上位に挙げられております。

一方で、第三連が平成27年度の調査研究の中で、受審動機と評価の適切性を受審価格とクロスさせてみました。評価価格・受審料金は大体10万から、東京都ですと30万から60万円程度、もっと超すときもあります。受審価格は受審事業所と評価機関の交渉で決まりますが、その受審料金と評価結果や評価のプロセスにおける満足度を比較してみたところ、価格で選んだ場合は満足度がよくはないという結果になりました。言い換えれば受審動機が重要であり、一生懸命な場合は評価の適切性において満足度が高い、評価結果の活用にも積極的になれると予測ができます。

このような状況から、評価機関としては事業者の受審動機、事業所全体での取り組み、自己評価、改善への取り組みを応援するため、しっかりした関わりが必要だということをお肝に銘じています。それを図にしました。

最後に、第三者評価の課題になります。

まず第三者評価が利用者の選択に資するか、利用者に関心を持ってもらうかということになります。現在、都道府県のホームページ、あるいはWAMネットで公表されておりますが、評価結果をそのまま掲載しています。一般市民・利用者には意味不明であり、情報としては活用しにくいと思っております。そうしますと、評価結果のわかりやすい公表が必要になりますが、具体例として少し提案をさせていただきました。

1つは、受審事業者が評価結果を活用して改善に取り組む課題と対策等を事業者みずから公表していくことが重要ではないかと考えております。利用者に関心を持ってもらうための公表内容を受審事業所が決めるということです。

2つ目の課題になります。義務化の問題になりますが、果たして義務化は第三者評価の目的に資するかということになります。実は疑問を持っております。義務化になると義務で受審した事業所の改善への取り組みのモチベーションに影響を与える、すなわちモチベーションを高めることにはなりにくいのではないかと気にしながらあります。また福祉サービスの種別が非常に多様で、事業所規模も多様になりますので、ここは大変難しい問題だと思っております。

やはり職員自己評価と利用者評価の充実とその活用、事業所から求められる情報や助言へのしっかりした対応、そして、評価調査者の質の向上が非常に課題である。そのようなところから、第三連の取り組みとしましては、第三者評価機関のビジネスモデルの提案をしていきたい。すなわち、社会活動的モデルと専用モデルの2つがあるだろうと思っておりますので、そのモデルの提案をしていきたいと考えております。

済みません。時間が超過いたしました。以上で終わります。

大田議長 ありがとうございます。

それでは、最後に厚生労働省より制度の見直しに係る今後の方向性について御説明をお

願いたします。

坂口審議官 厚生労働省でございます。私からは第三者評価制度と情報公表制度について御説明申し上げます。

まず1ページでございますけれども、介護保険制度ではサービスの質の担保のために複数の取り組みが行われております。このうち、きょうの関係、の第三者評価制度は、この事業者の方がこれを受審することによりまして、サービスの質や運営内容等の改善を図ることを目的としておりますけれども、付随的には、結果的に利用者のサービス選択への支援ということも、この評価結果が公表されることにより講じるというものでございます。

また、の情報公表制度で、これは利用者の選択のために情報を公表するというところでございますので、利用者の方が適切な事業者を選択できるようにするというものでございます。

それでは、まず第三者評価制度の関係について御説明をさせていただきます。内容等につきましては、これまでもほかの方から御説明がありました。

4ページでございますように、全体としましては国が推進体制であったり、評価基準等を示したガイドラインを発出して、それぞれの推進機構においての認証等が行われているという仕組みでございます。

推進体制等につきましても、先ほど協会のほうから御説明がありましたので、省略させていただきます。

受審状況でございます。9ページをごらんください。

高齢者福祉サービスにおけます受審件数で、毎年少しずつは増加しておりますけれども、全体の受審率はまだまだ非常に少ない状況にあります。

右側に都道府県別の受審状況がございますが、東京都は受審費用の助成なども行っておられるということで、突出して高くなっておりますけれども、ほかの地方公共団体でもリーフレットによる働きかけなどによりまして実績が出ているところもございます。

10ページで、受審の動機でございますけれども、やはりサービスの質の向上、あるいは改善のヒントということで、事業者みずからの向上意欲に起因するものが多く見られるというものでございます。

11ページで、こういった第三者評価の推進につきまして、私どもとしまして、これまでも評価項目や評価結果のばらつきがあるという指摘もございましたので、平成26年に、先ほどもございましたけれども、ガイドラインの全面改正を行ったところでございます。引き続き、全国推進組織等と連携をしながら、ガイドライン等につきまして必要な見直しを行ってまいりたいと思っております。また、評価機関の質の向上を図るためにも、マニュアルの策定や研修等の取り組みも行われております。

それから、先ほども申し上げたとおり、受審率がまだまだ低い。それから、都道府県によっても低いということでございますので、昨年3月にも全国会議で都道府県が足元の状況を確認した上で、受審率の引き上げに向けた取り組みを行っていくように要請をさせて

いただきました。

これに合わせまして、都道府県ごとの受審状況を公表するということにつきましても、下ほどにございますけれども、今、見える化に向けての検討をしているところでございます。

受審した方々からは、やはりよかったという御感想もいただいておりますので、メリットとか生かし方についてのパンフレットについても作成をしてみたいと検討しております。

また、それぞれの所管課が核になっておりますので、直接の担当課への受審促進の周知・依頼ということを都道府県に向けても行ってみたいと思います。

まだまだ改善すべき余地が多々あると思っておりますので、きょうの御議論も踏まえながらしっかり改善をしてみたいと思います。

次に、介護サービスの情報公表制度でございます。

趣旨・目的は、先ほど参事官のほうからも御説明がございましたので、省略させていただきます。

15ページ、16ページにございますような形で、都道府県に一定の報告をしていただき、そして、都道府県が事実の有無を客観的に調査した上で、国が一元的に情報サーバーを持って情報を掲載するという形をとっております。

それから、情報公表される内容は17ページ以降の状況でございますので、ごらんいただければと思います。

国のほうでは、19ページにありますように、調査に関する指針策定のガイドラインというものを示しております。都道府県はこれを参酌して調査指針を定めていただいて、訪問調査をしていただいております。

これまでもいろいろ利用者の視点に立ったシステム改善などの抜本の見直しでありますとか、あと、27年3月にもスマートフォンのアプリの開発ということもして、高齢者の方でもシステムが利用できるような改善についても取り組んでおります。

それから、22ページでございます。今後につきましても、これまでも、今、申し上げましたような取り組みはしておりますが、やはりまだまだ使い勝手が悪いという御指摘も頂戴しているところでございますので、利用者にとって利便性を高めるという観点から、こういったことができるかということについて、現在の制度をベースに改善することが必要だと私どもとしても考えております。

具体的には、矢印のところにもございますように、まずは情報公表システムのリニューアルに向けまして、利活用の調査・研究をしてみたいということで検討しております。具体的には、まず事業を選択している方が誰なのか。実際、利用者、家族、ケアマネ、こういった方が利用されていて、それぞれの方がどういう選択基準で、そしてどういう公表情報をお調べされているかということについて、よく調べた上で、そしてシステムのリニューアルに向けて、この調査・研究を踏まえまして、それぞれの選択している方のそれぞ

れの視点に立った形の情報の見せ方ということで改善をしてみたいと思います。きょうの御意見も踏まえながら、私どもとしても改善をしてみたいと思います。

せっかくの機会でございますので、先ほども参事官のほうから、このシステムそのものを知らない方が非常に多いということでございます。で参考資料ということで、これは紙ベースでつけさせていただいております。

会場の方、それから、動画をごらんの方々も、24ページにこの情報公表システムのホームページの、これはトップ画面でございます。厚生労働省のトップページからもボタンをクリックしていただく形で入れますので、こういった形のものを見ていただければと思います。

実際、ホームページの全体像の中ではこういった、25ページにありますように、地図であったり、サービスの内容、住まいからとか、あるいはいろいろ条件検索ということもできますので、そういった形での検索ということを行っていただくことができますので、どうぞ、まずは一度御利用になってみていただければと思います。

私からは以上でございます。

大田議長 ありがとうございます。

それでは、ここから意見交換に入ります。長谷川委員にバトンタッチいたします。よろしくをお願いします。

長谷川委員 ありがとうございます。

まず、この第三者評価というものがあるのかどうなのか。このこと自体をよく知らないという声が一部のほうで出ていた、働く人の円卓会議の中にも声がありましたので、ちょっとそれを抜いてみましたのでハイライトしてみたいと思いますけれども、出てきますか。

これです。これで要するに、最初の1行目、介護サービス情報公表システムは知らなかったと。それで下から2行目で、もっと早く知りたかったと。病院でも役所でも教えてもらえなかった。こういう声が現実にあった。

今、厚労省の御説明でも、まずサイトの存在の周知を徹底したいという声がありました。やっていきたいということは御認識しているようで、それはそのとおりだろうと思います。

これまでの説明の中でもありましたとおり、情報公表制度自体を利用したことがないという人、あるいはわからないというのが9割。それから、受審率についても御報告がありましたけれども、受審率自体も非常に低い。つまり、利用者のほうは知らないし、事業者のほうはそもそも、こういう第三者評価というものを受けていない。こういう実態が今までの御説明で明らかになったと思うのですけれども、まずそのこと自体、厚労省に改めてお聞きしますが、坂口さん、これはそこに問題があることは十分御承知と、今の御説明で受けとめてよろしいのですね。

坂口審議官 その点は端的に、やはりこういった制度をせっかく設けても利用されないということになれば元も子もないということでもありますので、まず制度を知っていただく

ことが一番大事だと思っております。

特に第三者評価制度のほうは、まさに事業者の方がみずから、どういう形で質を向上しようかというお気持ちもしっかり持ってもらいながらやることが大事ですし、一方で情報公表制度はまさに本当に御利用される方々、あるいは御利用されようとしている段階でこういう制度があるということをもっと知っていただかなければいけないということですので、私どもとしてもそういった周知ということについて、これまで不足していたことは反省し、しっかり周知をしてまいりたいと思います。

長谷川委員 それで、知らないということが、この議論に参加されている方、あるいはインターネット中継を見ている方々の中にも知らないという方が恐らく相当多数いらっしゃると思うので、改めて、この仕組み全体、どうなっているのかというのを1枚紙にまとめておりますので、これも出していただけますか。第三者評価事業というものは、そもそもどういうものなのか。この概要というものでございます。

これを見て、一応、確認のためですが、厚生労働省が一番左上にあり、右側に都道府県に助言をする。それで、都道府県の連携・助言を受けて、各県に置かれている推進組織があり、それが評価基準などを策定して、第三者評価機関というものがある。

その第三者評価機関が実際の福祉サービス事業者に対して評価を実施する。それを公表して、一番下が利用者ですけれども、要介護者はその情報を得て、さて、私はどこのサービスを受けようかということ判断できる。こういう仕組みが一応整ってはいるわけでございます。

この仕組みを前提に、このまま、この仕組みを映し出した状態のまま議論を進めていきたいと思いますが、委員の皆さん、いかがでしょうか。

では、森下委員からお願いします。

森下委員 先ほどからコメントを見ていても、知っている人は非常に少ないので、これほど知られていない制度も珍しいなと思って見ていたのです。

先ほど、また調査をされるという話だったのですが、少なくとも介護サービス情報の公表の見る方というのは、これは調査しなくてもわかるのではないですか。要するに、介護をこれから受けたいという方とケアマネジャーと、その2つの方がほとんどで、余りそれ以上の話はないと思うのですよ。そういう意味では、より専門家が見る部分と一般の方が見るような、それこそぐるなびとか、そういうわかりやすいようなものを分ければいい話であって、そういう意味ではそんなに難しいお話ではないのではないかと。

足りないのは、やはり適時性だと思うのですよ。特に空き情報を皆さん見たいでしょうから、そういうものが見えなければ利用する方は余りいらっしゃらないだろうと思うので、より簡素化した上で一般の方が見られるようにすべきではないかと思えます。そんなに難しいお話とは思わないです。

長谷川委員 ちょっとスライドを、この仕組みを頭に入れていただいた上で、公表制度がどういうふうになっているか。これも1枚紙にまとめておりますので、これも出してい

ただけますか。

利用者が一番左側で、これがインターネットを通じて都道府県のホームページで見ると、どういう介護サービスがあるかということが公表されている。これが先ほどの都道府県のホームページを見て下さいという話です。

その右側にある介護サービス事業所・施設が都道府県に対して報告をする。それで、下のほうは介護サービス情報の調査。それは訪問調査をして、運営がどうなっているのか、実際のサービスがどうなっているのかということが都道府県のホームページで公表されているという仕組みでございます。

これを受けて、今の森下先生の御指摘で、厚労省、いかがですか。

三浦振興課長 どうもありがとうございます。

お手元の、先ほど22ページのところで、坂口が申しあげましたとおり、一定の視点というものは、ある程度、想像にかたくないわけでありまして、できるだけスピード感を持ってやりたいなと思います。

ただ、見る場合のアルゴリズムというものは少しきちんと調べたいなとは思っておりますけれども、それも含めて、先延ばしをするつもりは全くございませんので、できる範囲で、できることから着々とやっていきたいと思っています。

長谷川委員 どうぞ。

森下委員 質問なのですけれども、第三者評価事業、それから、介護サービス情報の公表制度、それぞれどれくらい予算がかかってやられていますか。

三浦振興課長 では、まず情報公表から。

先ほど長谷川さんのほうから、こういう都道府県のホームページを閲覧していくというお話がありましたけれども、国のほうで全体を吸い上げまして一元管理をしております。その全体の管理もございますので、約8,000万円弱、年間でかかっております。

森下委員 第三者評価は。

石垣福祉基盤課長 済みません。福祉基盤課長でございます。

第三者評価にかかっている予算ですけれども、手元に少し詳しい数字がないのですが、年間数百万円ほど、先ほどの全社協のほうにお支払いをして、全国的な体制の整備の部分に使っていただいております。

以上です。

長谷川委員 どうぞ。

森下委員 思ったより安かったので、安心しました。

長谷川委員 安念さん、どうぞ。

安念委員 今の数字は余り意味がありません。といいますのは、第三者評価のほうは都道府県でやっていますから、都道府県がどれだけお金を出しているかということでないコストパフォーマンスははかれない。特に東京都の場合は受審費用の補助をしていますから、それと評価者の養成にかなりお金がかかっているの、それを集計していかないと意

味がないと思います。

長谷川委員 ほかはいかがですか。

新津さん、どうぞ。

一般社団法人全国福祉サービス第三者評価調査者連絡会新津会長 予算の件ですが、都道府県推進組織の調査の結果から見ると、職員はほとんどが兼務、予算は年1回の研修補助程度で少額です。任意であるこの制度で受審が進まないのも、なかなか予算化は難しいのではないかと思います。東京都は別格です。

長谷川委員 江田さん、お願いします。

江田委員 9割の方が知らないという、この現状で、中身をよりホームページの形を変えていったとしても知らなければ使われない現状がございますが、そのあたりはどのように対処していく御予定でございますか。

三浦振興課長 まさに御指摘ごもっともでありまして、私ども、そこは反省しなければいかぬところだと思います。

先ほどのお話の中でも、病院に行っても役所に行っても教えてもらえなかったというお話もございましたので、そういう利用者さんがアクセスするようなところはどこなのだろうかということもしっかり念頭に置きながら、そういったところに周知をかけるとか、少し工夫をしてみたいと思います。

長谷川委員 どうぞ。

江田委員 済みません。円卓会議のほうの資料にございますけれども、介護は突然やってくるということで、保険のようにユーザーの方がシミュレーションができるですとか、実際、どのくらいお金がかかってくるのか、あるいは保険内と保険外と組み合わせて、どのようなことができるのか。そういったことがあったらいいなという声もありますので、御参考になさっていただきたいと思います。

三浦振興課長 ありがとうございます。

長谷川委員 ほかはいかがですか。

どうぞ。

野坂委員 第三者評価について、先ほど第三連の御指摘の中で、評価結果のわかりやすい公表が必要であるということがあったのですけれども、情報公表システムというものがせっかくあるのですから、それを活用して評価結果を今以上に強調して表示するのはどうでしょうか。

例えばですが、利用者に対して評価結果の判断水準、a、b、cを情報公表システム等でわかりやすく示してはどうでしょうかという提案であります。その際に、やはり評価未受審の事業所は共通してd評価にするなど、やはり受審事業者も決して安くはない費用を払っているわけでありまして、受審事業者がよりインセンティブを感じられる仕組みにすべきかと思えます。

これについて、御意見をお伺いしたいと思います。

三浦振興課長 まず、情報公表制度の中で第三者評価の受審の有無。それから、その結果についてわかりやすくというお話が出ました。どうもありがとうございます。

そこも含めて、ここに至るまでのワーキングの中でもそのような御指摘を頂戴しておりまして、今でも実は見られるのです。情報としては内包しておるのですけれども、そこがプレーアップされていないといった御指摘をいただいております。そこも含めて、改善の中で取り組んでまいりたいと思います。

長谷川委員 今の点ですけれども、全国社会福祉協議会の資料5の中の13ページに判断基準がa、b、cというふうにあるわけです。今の野坂委員の御指摘は、a、b、cだけでなく、受けていなかったらdにするのだという提案ですけれども、これはいかがですか。

三浦振興課長 済みません。まず現状の確認になりますけれども、きょうは時間の関係で説明を捨象いたしましたけれども、お手元の資料、私どもの資料7の30ページをごらんいただければと思います。

先ほど、トップページはこんなになっておりますですとか、あるいはこうやって検索して階層化されておりますというお話がございました。その結果、出てまいりますものが30ページのような、1つ、GIS情報でマッピングしたような形で出ておりますけれども、その中で公表制度あるいは質の評価といったものは第三者による外部の調査が入っている事業者にはアイコンが表示されるという形になっております。それが少し階層の中で奥まり過ぎているのではないかという御指摘だと思いますので、そこは改善していきたいと思えます。

長谷川委員 今の点、確認ですけれども、このアイコンが表示されているというのは外部の調査が入っているのだと。ということは、受けていないものが相当数あるわけですから、受けていないところはこのアイコンは表示されていないということですね。

三浦振興課長 そうです。アイコンという形では表示されていないということです。

長谷川委員 ということであれば、この評価システムを周知徹底させるという意味では、まず受けていないところをハイライトしたらどうなのですか。アイコンだけではわかりにくいでしょう。

例えば、受けていないところは全部赤塗りにしてしまうとか、白いところは受けていて、赤いスロットがあったら、これはだめなのだ、受けていないのだと。そのぐらいのことはいかがでしょうか。

三浦振興課長 ありがとうございます。

済みません、私も今、イメージが湧かなかったものですから、ただ、今、区別の度合いが少し脆弱だと。余りわかりよい形ではっきりと区別できていないのではないかという御指摘だと思います。そこは少し強調するような形にしようという御指示であれば、私ども、その方向性では考えたいと思えます。

長谷川委員 つまり問題が、要するにこのシステムの中身自体の評価の項目とかという話ではなくて、全然受けていないのだと。受審率が非常に低いのだと。その結果、多分、

鶏と卵の関係かもしれませんが、したがって一般の消費者の皆さんも全然こういうものを知らないのだと。そこが9割という数字になってあらわれているわけですね。そうであれば、受けたところはよしとして、受けないところについてははっきりと、私は赤スロットでも十分いいのだと思いますけれども、いかがでしょうか。

三浦振興課長 ありがとうございます。

区別の度合いということでもありますので、そこは出てこないという形にするのか、あるいはハイライトとして赤抜きにするといったお話がありましたが、見せ方は、私、今すぐにはイメージが湧きませんでして、少し職業柄、かた目の表現をしておりますけれども、少し考えていきたいと思います。

長谷川委員 ほかはいかがでしょうか。

森下先生、どうぞ。

森下委員 10%を切っている受審率ですと、もうやめてしまってもいいのではないかと単純に思うのですが、むしろ民間のそれこそぐるなびさんみたいなもののサイトができてくるのを待ったほうがよほど役に立つのではないかという気もしないでもないのです。

もし続けるのであれば、やはり目標の受審率を決めて、でも、お金が要る話なので、やはり義務づけるのではなくて、メリットがあるから受けるという形にしなければいけないと思うのですよ。だから、メリットをどう出すかという話と、結局、評価される機関が多過ぎて、これは評価が正しいかどうかすらわからないですね。だから、やはり抜本的に考え直さないと、これはなかなか、このまま続けるのであれば難しいのではないですか。

率直に言って、どうやって今後、レベルを上げていくのかという話と、それから、どうやって受けている方、お金を払っているわけですから、メリットを出すのか。この2つをはっきりさせてもらうのが大事だと思いますけれども、いかがですか。

佐藤高齢者支援課長 高齢者支援課長でございます。

今、2つ御指摘いただきました。受審の促進につきましては、先ほど坂口から御説明申し上げましたように、確かに御指摘のとおり、受審率が極めて低い状況を踏まえまして、全国の都道府県を通じまして、制度の趣旨とともに受審促進ということで、前年度より上回るのだということをご説明申し上げておるところでございますが、なおも受審の促進につきましては、今、御指摘いただいた介護サービス情報公表制度との連携ですとか、あるいは事業者が、実際に受けられた方は非常に意味があったとおっしゃっています。したがって、その事業者の方々に受けただけのような形のインセンティブのための方策をさらに考えていく必要があると考えております。

レベルを上げていくということについては、先ほど全国推進組織の社協のほうからいろいろ御検討いただいているというお話がございましたので、そういったことも踏まえて対応していくということかと思っております。

長谷川委員 いかがですか。

どうぞ。

川渚専門委員 医療と介護を比べてはいけないのですが、医療は情報の非対称性が強いということで、財団法人日本医療機能評価機構などが立ち上がって、国民にもいい医療の質を何とか担保しようとしています。これに対して、介護保険も10兆円というお金が入っているわけですから、もうちょっと国民が使える情報公表というものがあるべきだと思います。受審率が低いのもいかなものかと思うのですが、その一方で何でこんなに国民は利用していないのか。

ポイントは、結局、誰がこれを使うのか。例えば、ケアマネジャーにとっては32ページにある空き情報とか利用料は有益かと思います。他方、最近は虐待とか安全性、さらには転倒・転落事故が問題になっていますが、レーダーチャートを見なさいというのではプロの人しかわからないような表示ですね。となるとB to Bなのか。

いずれにしても誰に向かってやっておられるかというのが、評価のための評価になっていないかを再考する必要があるかと思います。その一方で、結構、公金、特に措置施設から契約施設に介護施設は変わってきましたけれども、質の担保がちょっとルーズだなと感じるのですが、当局はどう思っておられるのか。なぜ、国民は利用していないのか。そして、何故、こんなに受審率は低いのか、そこはどうですか。

費用対効果の点で、結構割高なのか。

一般社団法人全国福祉サービス第三者評価調査者連絡会新津会長 実際に必要な人件費、事務費等と比較し受審費用は安いと思います。

川渚専門委員 安いのですか。

一般社団法人全国福祉サービス第三者評価調査者連絡会新津会長 はい。

川渚専門委員 安いということですが、安かろう悪かろうという話だったら、利用者はたまらないですね。是非フランクな議論をしたほうがいいと思います。

長谷川委員 ありがとうございます。

では、私もフランクな議論をさせてもらうけれども、先ほど森下先生がおっしゃった、ぐるなびにでもやらせたほうがいいのではないかと。私もこんなことなら、これは物すごくニーズのある話だから、だって、誰しものが抱える話で、誰しものがどこかで施設を選ばなければいけないというのはあるわけです。

だから、物すごくニーズがある話なのにもかかわらず、それを適切に、どういうふうに自分が事業所を選んでいいかという、その一歩のところでは情報が無いということは、ここにはビジネスのニーズがあるわけですから、そんなことだったら厚労省さんを追及せずに、ぐるなびさんか何かにやってもらったほうが私は早いかもしれないとお話を聞いて思いました。

新津さん、いかがですか。

一般社団法人全国福祉サービス第三者評価調査者連絡会新津会長 利用者がサービスを選ぶときの情報という意味では、情報の公表のほうが適切ではないかと考えることがあり

ます。なぜならば、事業所の概要すなわちストラクチャー部分の公表になりますので、利用者の方はわかりやすいのだろうと思っています。

しかし、第三者評価の価値は、利用者の権利を守ること等、サービスの質を課題にしています。例えば評価では、たとえば利用者への面接があり、気持ちや意向を丁寧に聞くわけです。このようなプロセスを経て結果を出します。利用者は評価者に気持ちを話す、サービスを利用してその評価を語るわけです。これは利用者の権利です。だからやはり事業所がみずから開示してゆく、ホームページなんかも充実していますので、いろんな方法で公表していく事だと思えます。それで、非常に遠い話かもしれませんが、事業者がみずから公表していくことが地域住民にとり、近所の人たちにとり、非常に影響を与えていくのではないかとと思っています。

一つの例になりますが、第三者評価の受審結果を報告会という形で事業者が計画します。そのときに、地域の住民の方や家族の方などに参加してもらって、結果の報告会をします。このように自分たちの支援内容や改善点などを事業者みずから公表していくことで、ひいては利用者の権利が保障され、サービスを選ぶことにつながるのではないかと思ったりするのですが、これは遠い話でしょうか。そんなことはあり得ないと言われそうですが、いかがでしょうか。

長谷川委員 どうですか。

川淵専門委員 解決策ですが、ちょっと時間切れで、社会活動モデルと市場モデルがあるとおっしゃっていたかと思えます。新津さんにそこを開陳いただいたらどうですか。

一般社団法人全国福祉サービス第三者評価調査者連絡会新津会長 私が考えているビジネスモデルは利用者への開示、利用者がサービスを選ぶという視点からは、まだ不十分です。第三者評価を担当している調査員の年齢は、平均年齢が60歳を超えていまして、サービスの経験年数が20年、経営分野の経験が10年というベテランの方たちです。私は、その人たちの社会活動の場として、第三者評価をしっかりと使っていくというビジネスモデルの提案です。これは我が国の今後の課題ではないかと考えています。一方で専門として第三者評価を実施している人もいるので、この視点からもビジネスモデルの提案は必要で、いろんな視点から考えていかなければと思っています。

森下委員 現場の方が頑張られているのはよくわかります。私にもよくわかるのですけれども、それが実際に使われなかったらやはり意味がないと思うので、使われるようなシステムをつくるにはどうしたらいいかというので、国がやるのか、民間がやるのかということも真剣に考えたほうがいいのではないかとと思います。だって、普通に考えたら特養で10%以下で、かつ訪問介護・通所介護が1%以下でしょう。普通、これはやっていると言わないですね。

長谷川委員 どうぞ。

和光市東内保健福祉部長 本当に、私もこの仕事が少し長いのですがけれども、要はそもそも論で言ったら、親が介護状態になりそうだと、もしくはもうすぐ退院だ。では、市役所

に要介護認定の申請に行きたい。そのときに、市内にある事業者のパンフレットとかをその場でもらうわけです。

さらにやる人は、家族がその質等を、何を調べるかはともかく、質等を調べたい方はインターネットとかで情報公表を使うか、あとはダイレクトに市の職員に聞いてきて、うちもどの事業者がいいとか悪いとかは言えませんが、あとはケアマネジャーに相談したら、やはりケアマネジャーのほうが、そのお母さんの状態に合ったサービスはどうですというのは、アナログという言い方は変ですけども、ケアマネジメントとして一連のプロセスとか認定申請があるわけですよ。ということは、さっき言ったように、ケアマネジャーとか事業者が空き状況を使うといったところに重点を一個は置くのかと。

もう一つは、地方の親を呼び寄せるとか、そういったときに、まずは一義的に情報公表を使うのかという範疇で、あとは基本的に窓口か包括支援センターに相談に行っているのが事実だから、私は利用が低いのかなというふうに思います。あと、リアリティーの関係です。

もう一つ、第三者評価の関係でいくと、これは地域密着型サービスなんかは運営推進会議というものが地域の民生委員とか地域の包括支援センターとかが入って、例えばグループホームなんかの部分では2カ月に一遍とか、地域の人が入って、実際に会議をやっているのです。その場では利用状況だとか事故だとか、いろんな報告があったり、入っていれば雰囲気でもケアもわかるのです。そういうふうに地域が評価するほうの方向が、そうすると、また和光は先進なのかということが言われますけれども、運営推進会議は法定されているものでありますから、そういう会議体を使ったものを何か発信するようなものがあればすごくいいと思うのです。

ただ、事故・事件だとか、何か不具合が指導監査であったといったときに、本当に第三者の今までとは違うような機関が入って評価するとかというふうにしていったほうがよいのかと思いますが、今の段階ですと本当に受審料の高さだとかという面でなかなか、ここはこううまくいくというふうには、私も現場論としては思っていない。

以上です。

長谷川委員 林さん、どうぞ。

林委員 和光市のような「できる子」、優等生のお話ですと何も問題ないと思うのです。でも、現実には違います。円卓会議で皆さんに御意見を聞いたときに、実際にケアマネさんからそんな情報をもらっていないと。ケアマネさんは御自身が所属している事業所との関連でサービスを御紹介されることが、ほとんどと言ったら恐縮ですけども、多い。

それから、実際にどういうサービスがあるか。それが料金を組み合わせると幾らになるか。保険内でどこまで得られるか。こういったことを一般の人はわかりません。しかも、こんなサービス、情報公開制度があるということすらケアマネや事業所の方は一般の私たちには言わない。だから、みんな知りませんでしたということを知りました。

ですから、今、やらなければいけないのは、やはり厚労省が今回、御紹介にあったような基準の見直しとかパンフレットを作成するとか、そんなことでこの現状が変わるのかどうか。もっと具体的に、この状況を変える方策を、国は何を考えているのかということをお答えいただくことではないかと思います。いかがでしょうか。

三浦振興課長 どうもありがとうございます。

情報公開に関して申し上げますと、江田委員からも、今、林座長からも具体的に、例えば試算ができるような仕組みにしてはどうかとか、今のコンテンツにプラスアルファして使い勝手がよくて、誘引するような内容にしてはどうかという御提案をいただきました。そこは私ももめることは取り組みたいと思います。

具体的に、いつまでにこういうふうにやりますということは、今、手元に、実施関係はよくわかりませんので、わからない部分がありますので、確たることは申し上げられませんが、できるだけ早くそういうことについてお応えできるようにしたいと思います。

長谷川委員 皆さん、いかがですか。

安念さん、どうぞ。

安念委員 この種の情報が知られていないのは自明だと思うのです。といたしますのは、先ほどお話がありましたけれども、介護は突然にやってくるわけで、元気なうちに介護のことを調べまくっている人はいません。だから、知らないのは当たり前です。例えば、がんになったときのことを考えればいいのです。元気な人は、がんのことについては、普通は考えないわけです。がんになったときに初めて考え出すわけですよ。

そこから先なのですが、がんになった人のなかには、全部が全部ではないけれども、非常に熱心に情報収集する人がいます。どこに何か情報が集まっているから、便利なサイトがあるからとかそういうのではなくて、命がかかっているからそうしますね。私が言いたいことは、事前に広く知られていないのは介護だってがんだって私は全く同じことだと思うのですが、いよいよ調べなければならぬと思っている人にもアクセス、利用してもらえないのであれば、それは意味ある情報が提供されていないからだと思います。

だから、事前に知っている知らないことが何%だということは、私は余り意味がないと思います。どうしても介護に関してサービス・業者を選ばなければならない立場になった人にも見られていないのであれば、それは問題だけれども、それはそうであるかどうか、私は調べてみないとわからないと思います。もちろん、ぐるなびにやってもらったほうがいいのではないかというのは、それは一つの手ですが、いずれにせよ、直面した人にも使われていないのだとすれば、そこで初めて本当の問題であると思います。

それと、第三者評価の受審率が低いのが当たり前といたしますか、事業者の合理的な行動にしかすぎないと思います。といたしますのは、先ほども御説明がありましたけれども、もう既に待ち行列があるのですから、受審して自分を高めるインセンティブは何もありません。その場合、しかも公定価格で収入の上限は決まっているのですから、利益を出すには人件費を削る以外の方法はないのであって、熟練性の低い、賃金の安い労働者を使い回す

のが事業者としては全く合理的な行動です。

合理的というのは、私、褒めているという意味ではないのです。人間は残酷だから、そうするという意味です。つまり、もうかるようにしてあげなければ受審しようとか、それから、従業員の待遇が上がるといことは決してない。それは決してないのだから、そういう前提で話さなければいけないと思います。

それで、第1部に返ってしまうのですけれども、保険料をずっと上げることができないのであれば、それは保険内と保険外を併用するなりなんなりして収入の道を広げてあげなければ、従業員の待遇も決して改善されることはないという、それだけの話です。

長谷川委員 ありがとうございます。

時間が迫ってまいりましたけれども、ここで、せっかくの機会ですので、フロアを開いて、一般傍聴の方にもし御意見・御質問などがある方がいらっしゃれば挙手をしていただければ御発言していただきたいと思います。いかがですか。

では、お一人いらっしゃいますので、どうぞ。

一般傍聴者 2つあります。1つは、第三者評価は東京都が全国の評価件数の7割を占めています。財政にゆとりがあるから助成金も出して活発にやっていて、これを受けないと東京都からの助成金といいますか、事業がなかなか進まないというからくりをつくって、ほぼ義務化されているわけです。ほかの都道府県を見ますと、さっき十幾つもあるのにゼロなのです。前年よりふやそうなどんでもない話で、ずっとゼロが続いているわけです。ですから、私はこれは全面的に義務化すべきだと思います。

もう一つのほうの情報公表制度ですけれども、これは物すごくわかりにくい。一番いい、この使い方は、離職率がわかるのです。つまり、総従業員数がわかります。それから、前年の退職者数がわかります。それによって、離職率がわかります。それによって、その事業所のよしあしがわかります。それは計算しないとわからないようになっているのです。

つまり、それが全面的に出ればいいのです。何々特養は前年の離職率が40%。これは赤信号に近いから入居をやめましょうとか、あるところは10%を切っているから、これは青信号です。つまり、離職率がわかるのが、この情報公表制度の最大のメリットなのです。

つまり、そういうことが一目でわかるような表示が全くされていない。総従業員数とか退職者数のところへたどり着くまでに、4回ぐらい下の層に入っていかななくてははいけない。これは相当に難しい作業です。

そういうことで、人に見せようという仕組みを全く考えていない当事者がつくっているにすぎない。これは全くお金の無駄だと思います。

長谷川委員 ありがとうございます。

それから、ニコニコ生放送の視聴者からいただいたコメントを御紹介いたします。

画面上に流れているコメントが大変多いので数え切れなぐらいですし、皆様はモニターでござんいただいたと思います。

あと、メール機能によるコメントという形でいただいたのが16時現在で10件いただいで

おります。その中で注目されるようなものを拾ってみますと、厚労省は問題を意識的に具体化していないように見えます。具体的に示せば問題の共有化ができ、対応策の検討も時間短縮できるはず。これが1つ。

もう一つは、介護職員は疲弊している。待遇が悪いのに、業務内容は過多であったということでした。

時間になってしまいましたので、ここで大田議長にマイクをお返ししたいと思います。

大田議長 時間が来てしまって残念ですがけれども、長時間の議論、ありがとうございました。

それでは、ここで山本大臣から御所感をいただきたいと思います。

山本大臣 どうも、きょうは活発な御議論、ありがとうございました。大変有益な議論だったと思います。会場から、またインターネット中継からもたくさんの御意見をいただいて、ありがとうございました。

最後の会場の方からの御意見を伺って、私は規制改革と同時に行政改革もやっているものですから、これは行政事業レビューの対象になるかなと思って、ちゃんとやらなければそれでやろうと思ったところもございます。

それから、厚労省は地方に投げているという感じがしているのですけれども、これはやはりおかしい。適切なルールというものを一応作って、それで問題が起こってきたら、またやり直していけばいい話なので、そこはサボらないでやってもらいたい。そうしないと、本当に介護の現場の方々、利用者が困りますし、あるいは介護従事者の収入の問題もあります。そういうことをしっかり解決していくように、前向きに取り組んでもらいたいとぜひ思います。厚労省はぜひ他人任せといいますか、自治体任せではなくて、全国レベルで国民のニーズに応じるような介護サービスの提供と利用というものを考えていかなければいけないと思います。私も担当大臣としてしっかりとやっていきたいと思いますので、今後ともよろしくお願いします。

ありがとうございました。

大田議長 ありがとうございます。

私も議論を聞いていて、この介護保険というすばらしい制度はできましたけれども、その運用に当たって利用者のニーズとか利用者の利便性という視点が欠落しているのを痛感しました。消費者被害を防ぐという観点は、これはこれで大変大事ですがけれども、介護というものは今、全ての人がいずれは直面する生活の一部ですので、やはり利用者のニーズ、利用者の視点に立って、できることをやっていかななくてはいけない。

具体的に言いますと、選べるような情報が必要ですし、ニーズに合わせてサービスを組み合わせることができなければいけません。サービスを提供する側もニーズに合わせて、チームによるサービスの提供が必要だということを痛感いたします。

非常に残念だったのは、こういう問題がある状況に対して、厚生労働省が具体的にどういう取り組みをしてくださるのかというのがわからなかったということです。大変残念だ

と思いましたが。ニコニコ動画で流れたコメントの中に、「問題点だけが出てきて、解決策が何も出ない番組だね」というのがあったのですけれども、解決策を得られるように、この規制改革推進会議ではこれからもこの問題を議論していきますので、厚生労働省からもぜひ具体的に、問題に対して何をするのかという政策の御発言をお願いしたいと思います。

以上をもちまして、本日の公開ディスカッションを閉会いたします。皆様、お忙しい中、長時間御出席をいただきまして、本当にありがとうございました。