

## 第12回 医療・介護・保育ワーキング・グループ 議事録

1. 日時：平成29年4月3日（月）12:00～14:08
2. 場所：中央合同庁舎第4号館4階共用第2特別会議室
3. 出席者：
  - （委員）林いづみ（座長）、大田弘子（議長）、安念潤司、森下竜一
  - （専門委員）川淵孝一、土屋了介
  - （政府）山本内閣府特命担当大臣（規制改革）、長坂内閣府大臣政務官、  
羽深内閣府審議官
  - （事務局）田和規制改革推進室長、刀禰規制改革推進室次長、中沢参事官  
（厚生労働省）濱谷大臣官房審議官（医療介護連携担当）  
保険局医療課 眞鍋企画官  
坂口大臣官房審議官  
社会・援護局 石垣福祉基盤課長  
老健局 竹林介護保険計画課長、佐藤高齢者支援課長、三浦振興課長
4. 議題：
  - （開会）
  - 議題1：患者申出療養制度について
  - 議題2：介護サービスの提供と利用の在り方について
  - （閉会）
5. 議事概要：
  - 中沢参事官 それでは、定刻になりましたので、ただいまより「規制改革推進会議第12回医療・介護・保育ワーキング・グループ」を開催いたします。  
皆様におかれましては、御多忙の中、御出席をいただきまして、ありがとうございます。  
本日は江田委員と戸田専門委員が御欠席となっております。
  - また、本日は山本規制改革担当大臣、長坂大臣政務官、大田議長にも御出席をいただいております。よろしくお願いたします。
  - では、開会に当たりまして山本大臣から御挨拶を頂戴したいと思います。大臣よろしくお願いたします。
  - 山本大臣 皆様におかれましては、本日はお忙しいところ御出席をいただきまして心より感謝を申し上げます。  
本日は平成26年6月に閣議決定された規制改革実施計画に盛り込まれ、昨年4月から開始された患者申出療養制度のフォローアップと介護サービスの提供と利用の在り方について

てのこれまでの議論のまとめを行うと伺っております。答申の取りまとめに向けて、本ワーキング・グループにおける議論もいよいよ大詰めということで、医療・介護等サービスの多様な展開を実現していくため、利用者目線、国民目線で活発な御議論をよろしくお願いいたします。

ありがとうございます。

○中沢参事官 ありがとうございます。

報道の皆様はここで御退室をお願いいたします。

(報道関係者退室)

○中沢参事官 さて、本日の議題でございますが、お手元の議事次第でございますとおり2件でございます。1件目は「患者申出療養制度について」、2件目は「介護サービスの提供と利用の在り方について」であります。

それでは、ここからの進行は林座長によりお願いいたします。

○林座長 ありがとうございます。それでは、早速議事に移りたいと思います。

最初の議題はただいま御紹介にありました「患者申出療養制度について」です。本件は我々の前会議体である規制改革会議の第2期において議論され、困難な病気と闘う患者の方々からの申出を起点とする新たな保険外併用療養費制度の仕組みとして平成26年6月24日の閣議決定を経て、昨年4月に施行されたものです。その施行からちょうど1年。本日は本制度のフォローアップとして実施状況などの確認を行いたいと思います。

本日は厚生労働省より濱谷浩樹大臣官房審議官、眞鍋馨保険局医療課企画官にお越しいただいております。

それでは、早速資料1に沿って御説明をお願いいたします。

○厚生労働省（濱谷審議官） 医療介護連携審議官、濱谷と申します。

今、お話がありましたとおり、規制改革の実施計画に基づきまして制度化いたしまして、1年がたったわけでございます。実例も2例出てまいりまして、本日は制度の現状と課題について御説明をさせていただきたいと存じます。詳細は担当企画官から申し上げます。

○厚生労働省（眞鍋企画官） 企画官でございます。

それでは、資料1を用いまして御説明をさせていただきたいと思います。資料1は合計で8こまございますけれども、これに沿いまして御説明をさせていただきます。

まず、1こま目でございますが、これは先ほど御紹介がございましたとおり、大臣から御発言ございましたとおりで、平成26年6月24日の閣議決定から抜粋をしたものでございます。その中で、ここの検討事項ということで新たな保険外併用の仕組みの創設ということで、先ほど座長からお話がありました文言をここに書かせていただいているところでございます。その下、○が三つありますけれども、こういうことに沿って制度設計をなさいということで私どもは準備を進めてまいったところでございました。

二つ目の○にありますけれども、安全性・有効性等を迅速に確認するような仕組みを構築せよということでございまして、字が細かくて恐縮でございますが、臨床研究中核病院

と患者に身近な医療機関が診療内容に応じて連携協力を図りながら対応していく、このようなスキームを作成したところでございます。後ほど絵がございましたので、そちらで御説明をさせていただきます。

2枚目を御覧ください。こちらは具体的な健康保険法を改正した条文でございます。療養の給付のところでは第63条（略）でございますけれども、そこに下線を引かせていただいております。「2次に掲げる療養に係る給付は、前項の給付に含まれないものとする」の中の四にございます。高度の医療技術を用いた療養であって、当該療養を受けようとする者の申出に基づきまして、前項の給付の対象とすべきものであるか否かについて、適正な医療の効率的な提供を図るという観点から評価を行うことが必要な療養として厚労大臣が定めるもの、以下「患者申出療養」というようになってございます。

その下に（略）がございまして4のところでございますが、この申出は厚労大臣が定めるところによりまして、当該申出に係る療養を行う医療法上の現在11ございます臨床研究中核病院の開設者の意見書その他必要な書類を添えて行くと。こういうような意見書を添えて行われた申出に対しまして、5項で書いてございますけれども、厚労大臣はこの当該申出について速やかに検討を加えるということでございまして、評価を行うことが必要な療養と認められる場合には当該療養を患者申出療養として定めるということでございます。その後、続きでございまして、定めることとした場合はその旨を患者さんに速やかに通知をするということでございます。

こういうような仕組みをまず法律に書きまして、具体的に制度設計を行いましたものが3枚目でございます。これは昨年度でございまして、平成28年度にスタートした制度でございまして、国内未承認等のものを迅速に保険外併用療養として使いたいという患者さんの思いに応えるということで患者さんからの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組みとして創設をしたものでありまして、左側に流れを書かせていただいております。初めての医療を実施する場合がありますけれども、患者さんが申出に係る相談を行いますということでございまして、全国の臨床研究中核病院、先ほど11あると申し上げました。それから、窓口を有します特定機能病院、合わせまして今、85ございますけれども、そこで相談を実施し、臨床研究中核病院であればそのまま実施機関であり意見書作成機関であります。特定機能病院の場合には患者さんの申出に係る相談を受けた場合は臨床研究中核病院に共同研究の実施を提案するという事になってございます。こういうことを要件といたしまして、制度としまして、この後、これが患者申出療養につながりそうだということであれば、患者さんから国に対して申出をしていただく。この際に、臨床研究中核病院が作成する書類を添えて行っていただくということでございます。この下の●でございまして、臨床研究中核病院は特定機能病院やそれ以外の身近な医療機関を協力医療機関、ですから、同じように実施する医療機関として申請は可能ということでございます。

その後、患者申出療養評価会議、これは私どもが設定している会議でございまして、

も、ここで安全性、有効性、実施計画の内容を審査するというところでございまして、左側に黄色い矢印で原則6週間というようにございますが、6週間で判断をして患者申出の実施に結び付けるということでございます。下に申出を受けた臨床研究中核病院又は特定機能病院に加えまして、患者に身近な医療機関においても患者申出療養が開始されるということでございまして、その状況は国がホームページで公開するというところでございまして、私どもも厚労省の中にこの患者申出療養専用のホームページを設けて公開をしているところでございます。

このように、初めての医療を実施する場合は6週間というところでございますが、同じ医療として既にもう患者申出療養として実施がされている医療というものを他の医療機関が実施する場合ということでございます。こういった場合は患者さんから申出に係る相談を受けまして、今度は前例となった患者申出療養を取り扱った臨床研究中核病院に対して申出を行いまして、前例を取り扱った臨床研究中核病院では原則2週間でこれを判定するというところでございます。そうすると、最短2週間で身近な医療機関で患者申出療養の実施することができるということでございます。こういうような仕組みを作ったということでございます。

これを患者さんの立場から見たものが4ページでございます。これで患者さんから見ると、先ほど申し上げたように①②③というように四角でくくっておりますが、①②は先ほど申し上げたことでございますので、③のことについて申し上げますと、治療法は先進医療として実施されている場合などに関しましては、先進医療の実施機関が身近にないというときでありますけれども、治療の安全性・有効性の説明を受けて申出の方法についての説明を受けて理解・納得できた場合には国に申出いただくというこういうようなスキームもあるということでございます。

ちょっと駆け足でございましたが、まず制度の説明はここまででございます。その上で、先ほど審議官が申し上げたように今、2例実際に承認され実施されておりますので、その具体例を申し上げたいというように思います。

まず、5こま目でございますけれども、第1例目であります。若干言葉を足しながら御説明をさせていただきます。パクリタキセル腹腔内投与、パクリタキセルというのは抗がん剤であります。抗がん剤でありまして腹腔内、つまりおなかの中に直接投与をするという技術でございます。それから、静脈内の投与。これが普通の投与方法なのですけれども、これも併用するというところでございます。並びにS-1。これもまた抗がん剤でございまして、これは飲み薬でございます。ですから、パクリタキセルという抗がん剤をおなかに直接入れてかつ静脈内にも投与をする。これプラスS-1という抗がん剤を経口で摂取をする。こういう医療技術であります。このパクリタキセルの腹腔内投与に関しましては、薬事承認が取れておりません。これはもともと先進医療で実施されておりました技術でございまして、先進医療の実績で評価を行いまして、やや有効というような評価があったものでございます。それをその先進医療では受けられなかった患者さん、適格基準から外れるということ

でそこから外れた患者さんがこれを受けたいというように申出があったものでございます。

対象症例というように下に書いてありますけれども、病理学的に一つのがんの種類であります。腺がんであることが確認された胃がんの症例である。腹膜というものがおなかの中に広がっておりますけれども、そこに播種するというかいろいろなところに点在をしてがんが飛び散っていくというようなことでもございますが、これがあるなどです。あとは腹腔細胞診でおなかの中で水がたまってくるようなところで、そこで細胞診で細胞を引っ張ってきてその水を見ると、その中ががん細胞があるというような症例の方であります。

次に、主要臓器の機能が比較的保たれていて、次にECOGとありますがECOG Performance Status、これは患者さんの全身状態、活動のADLのようなものを指標化したもので0～4までございまして、3になりますと1日半分以上ベッドで寝たきりなどということで、4だと寝たきりの状態。0～2というのは座ったりすることもありますがけれども大体身の回りのことは何とか自分でできるような状態ということでございます。年齢は御覧のとおりであります。申し出た患者さんは胃がんで切除をされていたり、術前の化学療法を既にやられていたりなどということで、もともと実施していた先進医療では対象とならない患者さんでした。今回対象症例をこういうように少し広げることでこの方を対象とすることができたということでございます。

次の四角のほうに行かせていただきますが、こういう方を対象に、審査腹腔鏡・腹腔ポート留置ということでございまして、おなかにポートというのですが、ボタンのようなものを付けてそこから直接おなかの中に抗がん剤を入れられるような穴を開けます。無菌的に処理をしなければいけないのですけれども、そういう穴を開けます。ということで、全身麻酔下で審査腹腔鏡を施行し、腹膜播種があるかどうかの確認と、腹腔細胞診を行うということでございます。あった場合には本試験に登録いたしまして、腹腔ポートを留置する。右側にイメージ図がございまして、点滴で抗がん剤が入っていくようなイメージでございまして。

投与方法ですが、化学療法としては標準的なやり方だと思いますけれども、1日目とそれから8日目にパクリタキセルの腹腔内投与と静脈内投与を行うということと、それからS-1と言われる抗がん剤も経口で飲んでいくということでございます。21日目、3週間が1クールでございまして、1日目、8日目に投与をいたしまして、S-1自体は14日まで服薬いたしまして、3週間で効果を見ていく。これを繰り返していくというような治療法になります。かかるお金に関しては下のとおりということでございます。こういうような治療法につきまして昨年の9月だったと思いますけれども、第1例目として患者申出療養評価会議で承認をしたということでございます。

2例目が6ページ目にございます。患者申出療養第2例目ということでございます。名前は耳介後部、耳の後ろにコネクターを用いた植込み型補助人工心臓による療法というものでございます。

対象症例でありますけれども、既存の内科的・外科的な治療によって改善が認められな

い重症の心不全の患者さんであります。この治療法としては心臓移植が期待できるわけがありますけれども、心臓移植には厳格な適応基準がありまして、もちろん心臓の状態が悪いということもそうなのですが、例えば人工透析を受けていないなど他の要件がございます。

現在、補助人工心臓は心臓移植までの待機に使うということで薬事承認がされていまして、そうすると心臓移植の対象にならない方はこのJarvikという植込み型補助人工心臓自体は薬事承認されていない方となりまして保険適用外ということになります。その上で、もう一つここにDestination Therapyと書かせていただいています。ちょっとこれは説明が必要でございますので御説明申し上げますと、いわゆる心臓移植を前提としないで人工心臓を永久に使用するというような使用の仕方をDestination Therapyというように言います。ですから、先ほどの違いは心臓移植を待っている人かどうかであります。心臓移植を待っている人であれば、このJarvikという補助人工心臓を使うことができ、コネクターをおなかから出すという形のもは薬事承認、保険適用されているのですけれども、そうではないと。それから、Destination Therapy、いわゆる移植を前提としない方に対して今、使えるもの、薬事承認されたものはございません。こういう方々は今、受けられない、薬事承認されていない、あるいは保険適用されていないということで、そういう対象から除外された患者さんを今回対象とするということで、この方も心機能がとても悪い方なのですけれども、人工透析を受けているということで今回ももとの対象にならない患者さんということでございましたから、申出があったものでございます。こういう方々を対象に補助人工心臓を埋め込むということでございます。

実は、この患者さん今、ベッドに寝てらっしゃって体外補助循環といって体の中に埋めるのではなくて、ベッドの外に大きな機械を置きましてそこで血液を循環させるようなスタイルで療養を送っていらっしゃいます。そうすると、ベッドから離れられないのです。ただ、この補助人工心臓を埋め込みますとそういう体外循環から切り離されるということで、活動ができるようになる、ベッドから離れていることができるようになって、歩いたりそれからお風呂に入ったりということもできるようになるということでございます。

あと、ちょっと耳介部コネクターというところがあるのですけれども、この補助人工心臓を調節するためにコネクターというリード線が出ているわけなのですが、今、心臓移植待機用に承認されているのはおなかからコネクターを出すものでございまして、耳の後ろから出すタイプではないということでございます。ここも新しいところなのですけれども、耳の後ろから出すことによって感染性が低減する。感染症になる確率が減るというエビデンスがあるということで、こういうスタイルのものが欧米ではあるということでございまして、そのモデルを使いたいということでございました。ということでこれは阪大でしたけれども、申請がございました。

次に術後管理ですが、月に最低1回は外来受診していただいて、半年間はちゃんと診ていきますということでございます。これは単施設による阪大病院による非対照、コントロ

ールを設けないで行う臨床研究ということでございます。主要評価項目は下にあるとおりでございます。ドライブラインとかコネクタを出すところの感染の有無や有害事象の発生状況などを見ていく。ですから、安全性の情報が中心になって評価をしていくというようなことで、以上2例、これまで私どもが評価をさせていただいて承認とさせていただいたところがございます。

下にそれぞれスケジュール感を書かせていただいております。原則6週間でというようなことございましたので、左側には受理からの日数を縦軸に取らせていただいております。第1例目、第2例目をその横に取らせていただいております。ゼロ日目が受理ということで、その翌日からカウントが発生いたしまして、すぐに患者申出療養評価会議の各構成員に配付をし、その後9日目には評価を担当する構成員からその時点での事前評価を開始。ですから、1週間掛けて評価を頂いておるということでございます。

その時点での事前評価でございまして、これはかなりいろいろと指摘事項があります。患者申出療養の説明文書ですと十分な説明になっていないのではないかなどです。その症例数は本当に適切なのかなどそういうやり取りがございます。そこを同時並行的に新たな指摘事項があったり、回答を頂いたりということをやっと繰り返している中で、それを数日やりまして、大体14日目に患者申出療養評価会議を開催するようにしております。ここで「適」なり「条件付き適」というような御評価をいただきまして、22日目、25日目くらいに最終的に「適」の評価を頂いたということでございます。その後、私どももちろんもともと想定していたところではあったのですが、官報告示にここに書いておりますとおり、営業日が大体8～9日掛かります。営業日ベースで掛かるということですので、6週間のうち2週間弱とられることがもともと想定されていたわけではあります、なかなかここがちょっと厳しいというような印象を受けているところがございます。

最後の紙でございます。現状と課題ということでございますけれども、現在施行後、準備も含めまして4回、患者申出療養評価会議を開催いたしまして、二つの技術を承認しております。この評価会議でも患者さん、医療機関への情報提供が不十分というような指摘を受けましたので、同制度の説明用パンフレットを作成し、それから制度の周知を行ったところがございます。現在、特定機能病院において窓口をちゃんと設置していただいているかどうかというアンケートをとっておりますけれども、こちらは2月末現在で特定機能病院と臨床研究中核病院合わせて85あるのですが、そのうち78の病院で窓口がありますということで回答を受けております。また、どの病院で窓口があるかということもこちらは厚労省のホームページのほうで公表をしているところがございます。

また、次ですけれども、臨床研究中核病院、特定機能病院の相談窓口担当者、それから臨床研究の説明責任者等に対する研修会を開催いたしました。これはもう昨年度ですけれども、2月23日に開催をいたしました。その前のこの制度が始まる年度の末には2回開催をいたしまして、各病院の相談を受けるような方々に対して研修会を設けたところがございます。やはり、一昨年やったものと昨年度やったものでは雰囲気は違っております、

一昨年度の研修会ではそもそもこの制度に対しての質問ということが多かったわけであり  
ますけれども、1年経過をして先々月やりました研修会では、このように説明をしたらど  
うかという具体例を用いた、そういうような研修ができたというように思っております。  
現時点で私どもは原則6週間ということを守るべく守りたいというように思っております  
けれども、今後申出が増えた場合に、今のところ患者申出療養評価会議、親会議で審査を  
するというようにしているのですが、今後分科会のようなものを作って持ち回りでも審査  
ができるような形にしていこうということで、そういう体制について私ども内部でも検討  
が必要かというように思っているところでございます。

駆け足で早口でございました。大変失礼しました。説明は以上でございます。

○林座長 ありがとうございます。それでは、質問、御意見などよろしく願います。

森下先生、どうぞ。

○森下委員 やっと進んできたということだろうと思うのですけれども、2件というのは  
ちょっとまだまだ少ないのかなど。周知ができていないという可能性も一つはもちろんあ  
るのでしょうかけれども、もう一点で、これは今回の制度を作るまでのところで前回もいろ  
いろと議論になりましたが、いわゆるプロトコルが非常に難しいのではないかと。実際にど  
ういうプロトコルで出されているのかということと一つやはり特にかかりつけ医の先生  
が中心だということを考えると、ポイントとしては出しにくいという可能性もあるのかな  
と。今日資料の中にはプロトコルの現物がありませんけれども、よければプロトコルは実  
際どういうものを出されて承認されているかというのをもしあれば今、見せてほしいと思  
いますし、なければ次回の会議のほうに提出してほしいと思うのですが、簡単にいうと何  
ページくらいあるのかということと非常に興味があるのです。やはり何十ページもある  
と正直一人の患者さんのためにというモチベーションが、大学病院などであればいいです  
けれども、本当のかかりつけ医の先生だと忙しい中で積極的にというのはちょっと厳しい  
だろうと思いますし、できるだけ簡単にというのは前会議体でも何回も繰り返し議論にな  
ったことですので、そこは一度確認をさせていただきたいというように思います。今は手  
元にありますか。

○林座長 お答えをどうぞ。

○厚生労働省（眞鍋企画官） 今、手元にプロトコル現物はございません。プロトコルを  
要約したものをこの患者申出療養評価会議で審議に用いておりますので、そちらに関しま  
しては後ほどでも次の機会でも情報提供させていただきたいと思っております。プロトコ  
ル自体は正にもう土屋先生、森下先生など御専門家がいる中で釈迦に説法でございませ  
んけれども、患者さんにとってちゃんと説明、もちろん科学的にはきちんとしたものであるこ  
とと、それから患者さんにとって説明がきちんとしているものであることが必要であるこ  
うに思っております。なるべく私どもとしてそんなに大部なものを求めるつもり  
はないのですけれども、やはり最低レベルというかきちんと整ったあるレベルは担保され



たものが必要であるというように思っているところでもあります。付言させていただければ、今回臨床研究中核病院が2例ともプロトコルを作成されました。かなり最初からクオリティーが高い臨床研究計画であったというように私どもは思っております、ですからこういう短時間での評価、指摘事項のやり取りが可能だったというように思っております。

以上です。

○林座長 森下先生、どうぞ。

○森下委員 申し訳ないですけども、概略だとそれは短くなっているのは当たり前なので、現物を実際に見せてもらわないとどれくらい大変かという実感が出てこないと思うので、やはり現物そのものを見せていただきたいというように思います。是非お願いします。

○林座長 ありがとうございます。

ほかにいかがですか。

川渕先生、どうぞ。

○川渕専門委員 恐縮ですが3点質問させてください。

2013年11月28日の公開ディスカッションでいわゆる混合診療についていろいろ御議論あったと記憶しておりますが、名称が患者申出療養制度となったのは非常に画期的と思えました。施行されて1年たちましたけれども、結局、たった2例なのかということで、じくじたる思いがあります。実は「月刊保険診療」という雑誌に国立がん研究センターの藤原先生が、次のようにコメントされています。「あえて患者申出療養をやる可能性があるとなれば海外で承認されていて日本の製薬企業が手を出さないような領域で患者さんから強い要望がある場合でしょうね。例えば、医師指導の治験は厳密に運用するのでそこから少し外れるために医師治験はできないような事例とか国内にその領域の拡大治験を行う企業がない場合などです」と。私もあるとなればこういう事例かと思ったのですけれども、当該2例を見ますと、当初、患者申出療養制度を作ったときの趣旨と少し逸脱しているのではないか。これが1点目。

2点目はプロトコルについてですが、同センターでは4種類程度のプロトコルを用意していますと回答されています。しかし、実際、準備作業は6週間ではとても無理で、半年や1年は掛かりますと。そのため、「想定される治験や治療については海外の企業などにもコンタクトして輸入などの手続や契約の準備を順次事前に行っております」と一生懸命頑張っておられるようですけども、果たして実現可能なかどうか。審査する所は15の臨床研究中核病院で、これに窓口も78ありますが、形式的ではなくて、実態論として本当に6週間のできるのかどうか。これが二つ目。

三つ目はよく言われるのですけれども、先進医療Bと何が違うのか。たまたま11月28日のときにも先進医療Bの事例が出たのですが、もう少し継続できるようにする、あるいは限られた環境下でサンプルが足りず優位性が出ないからサンプルを広げるなど、そういうような運用上の工夫もあるのではないかと。言いながらも、やはり先進医療Bは保険診療を狙っている。この患者申出療養も保険診療を想定しているのではないかと思いつつも

藤原先生は「それは多分無理だろう」と回答されています。何故かという、そのままデータを薬機法承認の申請資料に使えないからです。ゼロベースでやらなければいけないということで実現はちょっとできないのではないかと。つまり、高邁な理想はいいが、なかなかそれはできないのではないかとというのがこの先生の御意見かと思えます。この点、厚生省はどう考えているのか。都合3点です。

○林座長 どうぞ。

○厚生労働省（眞鍋企画官） いずれも非常に重要なというか私どもも非常に悩んでいるところの御質問いただきまして、ありがとうございました。

まず、海外承認で国内未承認であるものが想定されていたのではないかとというような御指摘でございます。もちろん、私どもも制度的にそれが多であろうということは想定をしておりました。ただ、実際出てきたのがこの2例ということでございますけれども、1例目は確かに薬の適応外使用ということなので、ここは抗がん剤の日本で承認されていない部分の使用ということなので、私どもとしてはもともとそういう海外で使われている、日本で使われていない、それを何とか使えるようにしようという仕組み自体は今の制度でできるとおっしゃって、そこはまた今後も出てくるのではないかとおっしゃって思っております。

それから、二つ目の6週間でできるのかの話でございます。実は一昨年10月に私はここにヒアリングにお呼びいただいて御指摘いただいたことと同じでございまして、確かに申し出てから6週間であることは私ども頑張ってやっておりますけれども、その事前の準備がすごく掛かってしまったら患者さんにとってはすごく長くなってしまわないかという御指摘だと思っております。これは正に藤原先生の御発言を引用されていたところでございますが、私どももなるべく臨床研究中核病院なりのプロトコルの作成が短時間で終わるように、ひな形となるようなものをあらかじめ作ってもらったりなど、そういうような努力をしております。そのリードタイムというか申し出るまでのタイムをなるべく短くするということが思いに叶えるという意味ではとても大事だと思っております。ここは実態論とおっしゃっていましたが、私は精神論で返しているような感じで申し訳ないのですが、なるべく短くなるようにということでやらせていただいております。ですから、プロトコルのひな形の抗がん剤用や医療機器用など、そういうものをシェアしていただけるような仕組みにしていきたいというように思っております。

それから、先進医療Bと何が違うのかという御指摘でございます。これも非常に重要な御指摘だと思っております。先進医療の御説明をさせていただきますと先進医療というのは保険適用されていない先進的な医療技術につきまして、一部入院料や検査料、ベーシックなところは保険で見ます。ただ、高度なところに関してはそこは自己負担ですということをおっしゃるような制度であります。そこで、AとBがあってBというのは未承認の薬を用いたり医療機器を用いたりするようなものが先進医療Bとして制度としてあります。Bと何が違うのかなのですけれども、まず建前から申し上げますとBは厳密にちゃんとプ

ロトコルを書いて、それでできれば比較できるような対照群とそれから介入群を設けまして、その上でちゃんと先進的な医療介入したほうがこのようなくらいのエビデンスがありましたということを厳密に出して行って、そのプロトコルをちゃんと審査をしていくものであります。そうすると、これは医療機関が申請をするものでありますけれども、やはり将来的な保険適用を目指すということで、例えばこの1例もそうだったのですが、患者さんをこういうような基準でということになるべく結果がシャープに出るように、例えば術前に抗がん剤治療をされていない方など、ある一定の基準を厳格に作ってちゃんと比較をしていきたいと思いますというような形のいわゆる厳密な臨床研究というようなことで進めていくものであります。

今回の患者申出療養はその厳密な適格基準から少し外れた方も対象にするということをございまして、そういう方々のために臨床研究を別途作りまして、そこを可能にする。お金で見る範囲は一緒なのですけれども、それを一部保険で見られるようにしましょうという制度であります。先ほど引用の中で、これで保険適用になるかどうかみたいな話がありましたけれども、患者申出療養も基本的には将来的な保険適用を目指す制度であります。ただ、患者申出療養だけで出るかということ結構難しいというのがあります。それは私どもも中医協だったり患者申出療養評価会議でも指摘をされておりますが、基本的に介入群だけの試験になります。なおかつ、出てくる情報としては対照群がないので、そこと比べられない。もう一つは、安全性が中心のデータになるだろうということをございまして、当然、私どもとしては第1例目が典型ですけれども、先進医療Bで実施していてその隣でまた安全性の情報があるということで保険適用を検討する場合には他に実施している同種の技術もきちっと評価をした上で、その上で保険適用の可否を検討するということになるのではないかとこのように思っております。

○林座長 森下先生、どうぞ。

○森下委員 ちょっと今の御発言は問題で、最初の制度を作った趣旨と大分ずれてきています。言われているのは最初から厚労省さんが想定しているもので、先進医療Bの亜型とか、そういうものに取り組んでいくと。これはもともと厚労省さんは問題がないという発言をされていて、むしろ前会議体の議論の中心は患者さんが受けたい医療をどうやって実現させるか。その点に関して言うとプロトコルが細か過ぎるのは難しいし、かつて先進医療が走っていないようなものも当然取り組んでいこうと。その中で保険診療に最終的にどうやってつなげていくかということで、一例一例を細かく集めて行って、最終的には先進医療をつなげていこう。そちらの方向性のほうが本来重要だったのです。実際、最初の先進医療の会議で中医協の中川先生の発言も先進医療にとらわれ過ぎているのではないかと。そうではなくて、やはり患者さんを起点にしていくべきだという発言をされていて、こちらのほうが本来の趣旨なのです。今の説明だと飽くまでも先進医療で落ちた人を拾うという、これは全然患者申出療養の意味とは違うので、発言を御修正していただかないと大分閣議決定とは異なる内容になっていると思います。

○林座長 どうぞ。

○厚生労働省（眞鍋企画官） 大変失礼いたしました。先ほど引用されたものに関して1例目を例に答えましたので、そのように御説明してしまい申し訳ございませんでした。実際に2例目のほうは日本では治験も実施していませんし、それから薬事承認外ですし、そういうものをいきなり患者申出療養で認めているということでもあります。このエビデンスをもって企業からすれば薬事承認の一部変更の申請まで検討するというところでございまして、ここに関しては今、森下先生がおっしゃったとおりで別に治験を実施していなくても、こういうことでエビデンスが出てくればそれはちゃんと薬事承認から保険適用につながるということだというように考えております。

○林座長 大田議長、どうぞ。

○大田議長 今日はありがとうございます。

保険収載を目的とするかどうかというのが最初の設計の段階から重要な論点でした。患者申出療養であってもいずれは保険収載されることが望ましいのはそのとおりなのですが、保険収載するかどうかの評価が目的である評価療養とは違うのだと、飽くまで患者の必要性に応じて迅速に患者のニーズに応えるところに、患者申出療養の趣旨があるのだ、ということで私どもの提言がなされました。しかし、資料1の参考「患者申出療養の制度設計について」の9ページ「保険収載に向けた対応について」には「患者申出療養は、未承認の医薬品等を用いた医療については、保険収載を目指して、実施計画に基づいて一定の安全性・有効性等を国によって確認した上で実施されるものである点で先進医療と同様であることから」と書かれています。保険収載を目指すという点が、当初の私どもの意図した趣旨よりもかなり強く出されてきたのではないのでしょうか。実際に中医協で患者申出療養の第1例目の報告がされたときに、委員の方からも事務局は臨床研究というところに有効性・安全性の観点から強く引っ張られ過ぎてしまったのではないかという御意見も出されたと聞いています。つまり、先進医療と同レベルの臨床研究計画にする必要はないのではないかという趣旨の御発言がされたと聞いていますが、この点、保険収載が直接の目的ではないのだというところの確認はしっかりとされているのでしょうか。これが一つ目の質問です。

もう一つ、1年たって2例というのは幾ら何でも少な過ぎます。申請が出されてからの期限を短縮する努力は十分になさってくださっていると思うのですが、そもそも申請が出ない背景に何かがあるのではないか。それをどう判断しておられるのか、医療機関の反応なども見ながらどう判断、分析しておられるかをお聞かせいただければと思います。

以上です。

○林座長 2点、よろしく申し上げます。

○厚生労働省（眞鍋企画官） 二つほど質問いただいております。まず後段のほうからでございすけれども、私ども特定機能病院、大学病院等それから臨床研究中核病院でどのような相談があったかということをお聞かせいただければと思います。

す。その中で、これまで数十件こういう患者申出療養に関する具体的な御相談が実は来ております。そういうことを踏まえると今後はもしかしたらもうちょっと増えてきそうな、ですから、制度の周知とそれからまだそこに時間が掛かっていたというように思っておりますが、実際にそういう相談が来ておりますので、今後はまた周知に伴って増えていきそうだと私どもは思っております。

一つ目でありませけれども、飽くまで保険の収載を厳密に目指すかということではありますが、まずはこれは私どもの思いですけれども、こういう先進的なものも将来的には保険適用されたほうがいいですよという思いで制度設計をしております。あと、そこに強く引っ張られ過ぎたのではないかという御指摘を受けております。そこに関しては、やはり一例一例の患者さんの思いに寄り添うという点をもっと大事にすべきではないかということでもあります。そういう意味で私どものほうでかつちりとしたプロトコルというか厳密性というよりも、お一人お一人の患者さんの申出に早く寄り添う、なるべくその方に寄り添うというようなことで今後の制度の運用を図っていかなければいけないと思っております。ですから、完全に絶対に必ず全部保険適用するのだというようなことではなっておりませんし、先進医療でもそんなものはございませんし、そのような位置付けというように考えております。

○大田議長 完全に保険適用するかどうかなどという話とは全然違って、保険収載は直接の目的ではないというところを確認させてほしいのです。今のお話でいくと、もう少し患者の思いに寄り添って申請が出されるように何らかの改善をしてくださるということですか。例えばプロトコルの作成を簡易にするとか、あるいは評価するときの臨床研究の比重を軽くするなど何らかの改善をしてくださるということですか。

○厚生労働省（眞鍋企画官） 企画官でございます。

まだ2例でございまして、今後の運用でまだ私どもいろいろ手探りのところがあります。そこに関しては、現時点で、改善と言われてしまうとあれなのですけれども、私どもはこの制度が設立された趣旨と今の御指摘とを併せて、1例目がそういう御指摘を中医協でも受けましたので、なるべく患者さんの思いに寄り添うというような方向での運用を心掛けたいというように思っています。

○林座長 ありがとうございます。

土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 私はこの制度自体は余り全面的に賛成ではなかったのですがちょっと発言しにくいのですけれども、その理由は臨床研究という言葉がたくさん出てくるのですが、臨床研究として臨床試験ができるくらいだったらこのような制度は要らないのです。それだけの症例数がないような例外的なものを使わないとならないというのがこの制度を考えた最初ではないかと思うのです。

ですから、藤原先生が書いたものを私も読みましたけれども、これは臨床の純粋な現場ではなくてがんセンターみたいな研究病院のたわ言としかとれないのです。臨床試験とい

うのは、むしろ条件をそろえてやりますから、患者さんでも元気な方ばかりでそれでお薬の最初に使うのをどうしようかと。ですから、未承認薬などそういうものを対象にやるので、国立がんセンターは、私も長年病院長をやって申し訳ないのですが、選ばれた患者しか相手にしてないわけです。そこへたどり着けないような患者さんが日本にはたくさんいらっしゃるので、そういう方を自分の地域の病院で何とかできないか。がんセンターのプロトコルはいい条件ばかりやっているけれども、年齢が一つ二つ上になってしまった、あるいは肝機能の条件が悪いなど、そういう場合でもやってももらえないかという思いをくみ上げようというのがこの趣旨だったわけです。ですから、そこへ臨床研究中核病院なんか絡めるからこういうことになるので、今、大田議長が言われたように条件を緩めるとすれば、わざわざこのような大学病院や特定機能病院や臨床研究中核病院に行かずに、もっと身近な各都道府県単位で審査をするなど、そういう方向へ持っていかない限り申請は増えないと思います。

先ほど言ったように国立がんセンターなどでは診ていないような方が対象になるわけですから、そのところを酌んだ制度に厚労省としては書いていただきたい。なぜ、そういうことを言うかということ、今の医療構想は各都道府県が実勢を持って構成を練ると言っておきながら、こういうのをいちいち中央まで持ってくるとはどういうことかということなので、各病院がまともな病院であるIRB、臨床試験の審査委員会あるいは倫理委員会があるわけですから、各病院が自主的に判断すべきなのです。それが無理であればその地域で解決をする。通常地域医療というのは市区町村の単位でやっているわけですし、それを統括しているのは都道府県知事なわけですから、都道府県知事に権限を与えるべきだと私はそう思います。

○林座長 いかがでしょうか。

○厚生労働省（眞鍋企画官） 今、この制度設計で実施しています。将来的に患者さんの思いに応えるという観点からどのような工夫ができるかというようなことでの一つの私どもに対する御提言というように受け止めておりますけれども、そこに関しては今後検討させていただきたいと思います。

○林座長 今も土屋先生や大田議長からもお話があったとおり、私どもはやはり安倍総理もおっしゃった患者を起点とする新しい併用制度として新しいカテゴリーとしてこの制度を打ち立てましたので、その対象として選定療養Bの基準から漏れた方とか治験の基準から漏れた方だけでなく、新しい類型の方のケースを早く増やしていきたい。そのためにはどうしたらいいのかと考えますと、今、6週間は守っていただいているのですが、その正式の申出書が出る前の期間、ここが隠れているわけなので、この点について全国の特定病院の中で相談室のようなものが設けられているところが何十箇所かあって、そこにどういった相談がこれまでに何件くらい来ているのか、その中で患者申出までに至らない理由は何なのかといったところを調査していただいて、もし今、お答えいただけるのなら有り難いのですが、調査していただいてそれをもっと患者の声に迅速に応える制度が活用される

運用につながるようにしていただきたいと思います。それから、臨床研究中核病院にまず窓口を絞ったことについては私どもも賛成ではありませんでしたが、その際に協力医療機関としての申請のルートというのも厚労省のほうで御提案いただきました。ですので、これがどれだけ活用されているのかという点も、今、お答えいただくかまたこの後に書面などで御報告いただければと思いますが、いかがでしょうか。

○厚生労働省（眞鍋企画官） ありがとうございます。

まず、一つ目にお尋ねのどのような相談があってどこで患者申出に至らなかった原因のような分析、それから至ったものの分析というところがございますが、相談は全部私どもも目を通しております。ちょっと今、手元に詳細なものがないのでそこはきちんと分析をした上で、報告できる形でお示しをさせていただきたいというように思います。

それから、協力医療機関の制度でございますが、1例目の腹腔内投与のほうでございますが、ぱっと数字が出てきませんけれども、十数個の医療機関が東大病院に申請をされて2週間以内で審査をされて追加されております。ですから、1例目の患者申出療養に関しては20弱だと思いますけれども、医療機関が協力医療機関として追加されたということでございます。

○林座長 今日資料1の最後のところに現時点では6週間で達成できているけれども、今後は検討が必要と書かれています。その点につきましてはこの6週間というのは患者の切実なニーズに対応する制度として我々としてはマストと考えております。本期限内に対応するためにどうやったらいいかということをお考えいただくほうでお願いしたいと思っております。その点でいきますと、スライド7で今回会議体での座長の最終確認までは3週間で済んでいて、その後官報の入稿などの辺りで時間をとっているわけでこれは今時なので今、政府全体の官報の制度についてもICTを活用ということで進んでいるところでございますので、決してこういうところでこの6週間で緩められることがないようにそこは是非お願いしたいと思っております。

制度趣旨については選定療養Bとの違いというところは保険収載というのは飽くまでも将来の話で、保険収載を想定した選定療養同様の厳格なプロトコルが要求されるようでは本当に仏作って魂入れずになってしまうと思っておりますので、資料1の参考で出ております、中医協の平成27年9月30日付けの「患者申出療養の制度設計について」の中で、3ページの(2)で「患者申出療養の対象とする医療の類型について」というものがございます。そのうちの①②は先進医療、④は治験でありますので、③です。先進医療としても患者申出療養としても実施されていないような医療、このカテゴリーについて新たな実施計画を作成するときのハードルが高くないような仕組み、簡易モデルのようなものの御提案など、そういったことも今後の運用においては必要ではないかと思っておりますが、先ほどから安念先生が何かおっしゃりたそうな気がします。

安念先生、どうぞ。

○安念委員 この中で本当の素人は私だけです。この制度は臨床研究中核病院と特定機能

病院の役割が非常に重いだけでも、中身は、結局大学病院とそれからがんセンターの2病院にがん研有明ですか。要するにリサーチオリエンテッドなインスティテュートですね。だからというわけではないけれども、制度全体がリサーチオリエンテッドな色彩が強いものという印象がどうしてもある。つまり、患者さんとかかりつけの先生からオリジネートしていくという絵はあっても、それはやはりリサーチオリエンテッドなインスティテュートからでないというように結局なっているのではないかというのが私の印象です。その当否とそれから私は先ほどもいったようにこの中で本当の素人でしかないから、間違ったら間違っただけで幸いなのですから、印象はそういうように思っております。

○林座長　どうぞ。

○刀禰次長　事務局からですけれども、厚労省に改めてお願いしたいこととしましては、この制度を作りましたときの議論の経緯に鑑みますと、官邸からもこの制度についてしっかりと制度化してほしいという意向があり、そういう中で設計されてきたものなので、現時点で2例ですが、これが今後すぐにたくさん増えてきますというのならまだいいのですけれども、そういうことではないとすれば、この制度をもっと活用するにはどうすればいいかということをもっと本格的に、省としてご検討していただきたい。現場レベルでどこまで対応できるかもありますが、これが一点。

それから、もう一点は、先ほど企画官からのご説明の中で、ご担当の立場ですぐ制度を直しますとは言えないかもしれませんが、当面より患者に寄り添った運用を心掛けたいというお話がありました。心掛けとしては同じ方向を我々は向いていると思うのです。ただ、心掛けるだけだとなかなか現実が動かないので、運用としてできることで何を直していくのかということをもっと具体的な形として、実際にこの制度に関わっている現場の方が運用でできることでもう少し工夫をすれば、更に本当に寄り添った形でこの制度がうまく実行できるというものを見つけていただきたいので、そういった状況について引き続きフォローさせていただきたいと思います。是非具体的な形の御報告を頂きたいと思います。

○林座長　土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員　簡単に言います。2点お伺いしたいのが、この5ページ目で胃がんの腹膜播種の例がありますけれども、これの適用を考えるのに臨床研究中核病院まで持っていないと判断できないのか、これは私は街の病院でできる判断だと思うのです。まともな委員会があればです。これこそ各都道府県に医療審議会があるわけですから、そこに医師会も弁護士さんも入っていれば、法的に作られている制度をもっと活用すべきではないか、そうしたらもっと容易に各地から申請が出ると思われま。

また、2例目については、逆に専門的過ぎて植込み式の人工心臓の施設というのは厚労省がちゃんと認定しているわけですから、そこでやればいい話で、何も先進医療会議を改めてやる必要は全くないのではないかという気がいたしますので、もうちょっと制度の簡略化ができるのだと思います。



○川渕専門委員 恐らく一般の人は評価療養や選定療養、先進医療A、先進医療B、患者申出療養などまず分からないと思います。そもそも何が違うのかを明確にする必要があると思います。そのときに、一定のファクトを押さえることが大切です。まず、平成28年6月末で先進医療AとBを足して100種類あるのですが、実は1年前よりも8種類減っています。ここで一番大きな問題は、患者数です。先進医療Aは大体1施設37人に対して先進医療Bは3.7人。37人と3.7人で一桁違うわけです。金額ベースでは医療費入れても252億円と。40兆円の医療費の中でこの程度です。一方、患者申出療養は二例あって、1例目は統計的に有意が出なかったので100例くらい想定されています。2例目は全く属性が違って6例です。最初が肝心で、どういうものを患者申出療養としていくのか、きちんと患者さんにも医療者にもアナウンスされないと、普及しないと思います。特に先進医療Bと何が違うのか、さらに今後はどうやって保険給付のルール化をしていくのか、費用対効用分析も進んでいますのでセットで考えたほうがいいのではないかと思います。

○林座長 何かお答えありますか。

○厚生労働省（眞鍋企画官） 重要な御指摘ありがとうございました。

土屋先生からの御指摘の中で、街のいわゆる市中のしっかりした病院でもできると、おっしゃるとおりだと思っております。ですので、1例目に関しては協力医療機関が十幾つこういうような形で増えているというように私どもも認識をしております。手続が厳格に過ぎるということに関しましては、また持ち帰って検討をさせていただきたいと思っております。

患者申出療養としてどのようなものを目指していくかということに関しては、非常に本質的なお尋ねだと思いますけれども、今日頂いた御指摘の中でもう一度、私どもがもともと持っていた制度の患者さんの申出に寄り添って余り厳密にしないで受けやすいようにという御趣旨で私どもも運用を進めたいと思っておりますし、その中で何ができるかということに関しては今後も検討を進めたいというように思っております。

○林座長 ありがとうございました。

土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 今、川渕先生が医療費のことを言われたので一言だけ言いたいのですが、先進医療をたくさん認めるとことは医療費をむしろ使わないということなのです。先進医療の高いところは民間保険か自費で払っているわけですし、その方が前後の保険を使っても、これは保険適用のお薬を使った場合には当然使うわけで、決して削減にはならないのです。むしろ先進医療をたくさん厚労省がお認めになると医療費の上昇を抑えられるというのが、これは常識だろうと思うのですが、あたかも先進医療を認めると医療費をたくさん使われるのではないかというような議論が先進医療会議でも一部出ていましたので、改めて認識をしていただきたいと思います。

○林座長 ありがとうございます。

御意見、御質問の尽きないところではありますけれども、時間となってしまいましたので本日はここまでとさせていただきます。患者申出療養制度施行1年でございますが、ま

だ2例。少な過ぎます。現時点ではなかなかこれでどうと評価することは難しいのですが、ただいま本日の会議でも制度本来の趣旨に沿って今後運用がされるようにという意見がたくさん出ましたので、今後も引き続き当ワーキング・グループにおいてもフォローアップしていただきたいと思いますので、厚生労働省様もどうぞよろしくお願いいたします。

本日はありがとうございました。御退室ください。

(厚生労働省 濱谷審議官、眞鍋企画官退室)

(厚生労働省 坂口審議官、石垣課長、竹林課長、佐藤課長、三浦課長入室)

○林座長 続きまして、本日2番目の議題であります「介護サービスの提供と利用の在り方について」に移らせていただきます。

本件に関しましては昨年の秋以降、当ワーキング・グループにおいて複数の地方自治体、社会福祉法人を含む多様な介護サービスの提供者、また第三者評価推進機構、厚生労働省との活発な意見交換を行いまして、さらに本年2月には公開ディスカッションを開催し議論を深めてきたところです。当ワーキング・グループではこれまでの議論を踏まえ、国民目線で利用者や利用者の家族にとって、より使いやすい介護サービス制度の実現に向けた論点を資料2-1のヒアリング事項としてまとめ、先般厚生労働省へ回答を要請いたしました。本日はそれに対する厚生労働省からの回答をしっかりとお聞きしたいと思います。

まず、資料2-1に沿って林から御説明をさせていただきます。ここではこれまでの公開ディスカッションも含む議論を踏まえまして、介護サービスの利用と提供の在り方について利用者目線に立って進めるべき改革要望の代表的な項目を列記しております。ちなみに、このワーキング・グループで検討している改革要望項目は資料2-1記載の項目には限りません。

まず、2-1の1. 情報公表制度の見直しについては介護サービスに係る全国約19万事業所の情報が義務として公開されているものの、制度がほとんど知られておらず利用されておられません。そこで、改革要望として(1)利用者目線のサービス選択に直接的に役立つ情報項目及び表示方法の整理、(2)ケアプラン作成や費用シミュレーションなどの利用者のサービス選択に資する機能の追加、(3)制度の周知徹底を挙げています。

次に2. 第三者評価制度の見直しについては、受審率が現在1%以下から5~6%にとどまっており、一向に改善されておられません。そこで、改革要望として(1)受審率の具体的数値目標の設定、(2)受審インセンティブの仕組みの検討、(3)利用者の選択に資する情報としての位置付け、介護サービス契約の重要事項説明に受審の有無などを組み入れること、(4)評価機関・調査者の専門性向上や質の標準化を提案しています。

3. 介護サービス契約の柔軟化について。現状は厚生労働省課長通知で介護保険内と保険外の明確区分を求めており、明確区分についての保険者である地方自治体の解釈に予測可能性がないことが利用者がニーズに適した保険内外サービスを柔軟に組み合わせたケアプランを選択する上での阻害要因の一つとなっております。そこで、改革要望として(4)に記載したとおり国が全国標準的なルールを明確化したガイドラインを整備すること。そ

して、このガイドラインに盛り込むべき内容として（１）同時一体的提供や連続提供などの介護サービス提供方法の柔軟化、（２）指名料や時間指定料などサービス価格の柔軟化、（３）医師、看護師、理学療法士など多職種の専門家による要介護者のアセスメントに基づくケアプランの作成などの柔軟化に伴う実施体制の確保などを御提案しています。

４．サービス供給の在り方の見直しです。これについては（１）地方自治体が策定する介護保険事業計画において、需要の総量を適正に把握するだけでなく、ニーズのあるサービスの種類や内容についても的確な計画へ落とし込みをすることが重要であり、この点を第７期の基本指針に明記すること。（２）として自治体が介護サービス事業者を公募する際、また業務委託や指定管理者制度などの公募を行う際の手続や選考基準の公平性・透明性を高めるため、国が一定のルールを示すことなどを改革要望としています。

最後に、５．その他の規制の見直し。介護職員の業務負担の軽減や処遇改善、またサービスの質の向上や利用者の安心につながる規制の見直しを提案しています。具体的には（１）事業展開促進の観点から兼務要件や定員要件の緩和、（２）事業者や自治体の負担軽減や、利用者や家族がサービス内容を把握して主体的に介護サービスを選択できるようにする観点から運営基準とサービス高度の整理、（３）民業保管の観点から民間金融機関のための担保設定につき、所轄庁の承認を不要とすることを求めています。

本日は以上について、厚労省の御回答を伺いたいと思います。ただいま御説明しましたヒアリング事項について、本日は厚生労働省から坂口卓大臣官房審議官、竹林悟史老健局介護保険計画課長、佐藤守孝老健局高齢者支援課長、三浦明老健局振興課長、石垣健彦社会・援護局福祉基盤課長にお越しいただいております。

それでは、資料２－２に沿って厚生労働省から御説明をお願いいたします。20分程度でよろしくをお願いいたします。

○厚生労働省（坂口審議官） それでは、今、御紹介いただきました厚生労働省老健局の担当の審議官をしております坂口でございます。よろしくをお願いいたします。

私のほうから一括して資料の御説明をさせていただきたいと思います。お手元の資料でございますように介護サービスの提供と利用の在り方につきましては、本ワーキングあるいは2月の公開ディスカッションということで様々な御意見を頂いております。また、今、林座長のほうからもありましたとおり論点をお示しいただいたということで、私どもとして現在の状況ということについての考え方をまとめて資料に出させていただきました。ただ、冒頭にも書いておりますように、まだまだ検討が足りていないという部分もございますので、また引き続き御指摘や御議論を深めていただく中で、私どもとしても検討を行ってまいりたいと思います。

それから、詳細な論点の御提示がございましたけれども、全体につきましては一部まとめて記載をさせて資料化させていただいているところもございますが、その点については御了承いただければと思います。

それでは、内容に入らせていただきます。まず、ページ1の情報公表制度の見直しでご

ざいます。この点につきましては、先ほども座長のほうからもありましたように、利用者が適切な形で事業者の選択に資するようという事でこの情報公表制度を設けさせていただいておりますけれども、なかなかまだ利用に至る制度の存在が知られていないということも含めて、我々反省をしなければいけないという点が多いかと思っております。そこで、私どもとしまして、この制度につきましては高齢者による自己選択ということを支援するために、これまでもシステムの利用をしやすくするというところのために、関係者の方の御意見も伺いながら随時の見直しを行ってまいりました。情報項目も多岐にわたって、情報内容については相当十分な部分にはなってきたのかと思っておりますけれども、先ほどの座長の御指摘あるいはワーキング、公開ディスカッションの中でもありましたとおり、そもそもの制度の認知度、利用度が低いということ、それから利用者の視点に立った見やすい制度とすべきというような御意見を御頂戴したということで承知をしております。この点につきましては、今、申し上げましたとおり、私どもとしまして利用者の方にとって使いやすい形でこの情報公表制度というものが普及するという事は、言わずもがな私どもも重要だと考えておりますので、いろいろと御指摘も踏まえながらよりよい制度とするための改善ということを引き続き図っていく必要があると考えております。

このため、具体的にということをございますけれども、検討の方向性というところでも示させていただいておりますが、当然、まず（3）にあるようなそもそも存在を知っていただけないということは利用のまず第一歩ということでもありますので、まず制度の存在を知っていただくための周知ということを引き続きしっかり徹底して行っていくことが重要だということで、こういったサービスが必要になったときにこの制度の活用ができるようにという道筋をしっかり立てていくということが重要だと考えております。

それから、次の（1・2）のところでも書いておりますけれども、先ほど申し上げたように、利用者の方の利便性の向上を目指してということが大事でございますので、情報の見せ方の改善であったりシステムのリニューアルの具体的な内容ということを検討し、そして実施に向けて対応していきたいと考えております。ただ、見直しの内容によりましてはすぐにできるものからやはり時間が掛かるというものもございますので、当然、着手できることから早期に実施するとともに、利用者の方にとってどのような情報の優先度が高く、こういったような機能がより使いやすいのかというようなことについてのこの制度の利活用についての調査あるいは研究ということをちゃんと実施した上で、実際のそういった方々のニーズを踏まえて対応を検討してまいりたいということで考えております。

2ページでございます。2番目としまして第三者評価制度の見直しということで御頂戴している部分でございます。既にこれまでも御説明しておりますけれども、第三者評価制度というのは事業者自らのサービスの質の向上ということを一義的な目的としておりますけれども、一方でこういったものを通じて利用者の方が適切なサービスの選択というための情報を得るということにもつながるといふものかということで承知しておりますが、先ほど座長からもありましたとおり、非常に受審の度合いが低いということでその点につい

て、私どもとしましてもしっかり対応していかなければならないということで認識をしております。具体的にはこれまでの御議論にもありましたとおり、受審の促進に向けた取組。それから、今も申しあげましたように、利用者のサービス選択の際の情報としてということにもつながりますので、そういった部分の位置付けの強化ということ。それから、そもそもこの評価機関の質の向上ということなどを図っていくということにつきましては我々も重要ということで認識をしております。

そういったことから、このためということで具体的な検討の方向性というところに記載をさせていただいておりますけれども、まず都道府県における第三者評価事業に対する意識や具体的な取組ということを促すために、サービスごとの受審状況ということを都道府県別に公表を行って、各都道府県の現状ということを認識していただく。これは各都道府県におかれてもということでありまして、認識していただくということでありまして。それからそういったことを通じて、各サービス事業者への受審を促すよう、都道府県にもやはり自分のところは受審率が低いということもはっきりするわけでございますので、要請をしてみたいと思っております。また、公開ディスカッション等でも御説明しましたように、受審した事業者が第三者評価事業ということに満足しているという実態はございますけれども、しっかりそういったものを更に促していくというために全国推進組織等において第三者評価事業の受け方や生かし方といったものについてまとめた手引書などを作成して事業者に本事業に対する理解と受審ということを更に促してみたいということがまず第1点でございます。

次に(2)にあります受審に係るインセンティブの強化でございますけれども、これにつきましてはこの第三者評価の受審によって社会福祉法人監査の一般指導を受ける回数が少なくなるというようなメリットが今もありますけれども、それが実際事業者に知れわたっていないということもありますので、そういった点についての周知をしっかりと行うとともに、これはこれから打ち出しということになりますけれども、更なるインセンティブ強化策ということについても私どもとしても現状に鑑み検討してみたいということで考えております。

また、前回のこのワーキングの中の事業者へのヒアリングの中で、第三者評価の受審時の利用者の事務負担が大きいという御指摘があったということで承知をしております。第三者評価の受審時において情報公表であったり指導監査というようなものと重複した調査事項というようなものにつきましては、可能なものについて既存の資料で代替できるように検討を行って御意見にあったような受審事務の負担軽減ということについても、私どもとしても図っていきたいということで考えております。

(3)でございます。先ほどの利用者目線での位置付けの強化ということでございます。この点につきましても、そこがございますように、介護サービスの契約時に利用者に対して行う重要事項説明において第三者評価事項の受審状況についても説明すること、あるいは先ほどの情報公表システムの中でも第三者評価事業の受審状況をより分かりやすく表示

するという事についてしっかり検討してまいりたいと考えております。

(4)でございますが、評価機関・評価調査者の適正化等の関係でありますけれども、これにつきましても全体的な質の向上を図る観点から高齢者、障害者、児童といった分野別の研修の充実など、必要な措置を講ずることを検討してまいりたいと考えております。

続きまして3ページ、介護サービス契約の柔軟化についてでございます。ここにつきましてはこれまでのワーキング等でも御説明をしてまいりましたとおり、介護保険制度では従来から保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供をするということは可能でございますという説明をさせていただきました。厚労省としまして、こういった地域包括ケアシステムの中で保険外サービスも含めた充実を図っていくということについての必要はあると考えておまして、御紹介しましたように保険外サービスの活用促進のためのガイドブックを作成するなどの取組を進めてきたということでございます。

ただ、その一方でこれまでも触れさせていただいたように、提供方法や価格の柔軟化については高齢者にとっての不利益が生じてしまうというリスクがあるということはやはり我々とする注視もしなければならぬと考えております。ですから、例えば不明瞭な形での料金徴収であったり、事実上保険外負担をしないと保険サービスが受けられなかったりというようなことは懸念される、避けなければいけないと考えておりますし、それから、保険給付の範囲を超えたサービスが保険請求されるなど不適正な運営というようなことにつながるということではいけないということで、先ほど座長のほうからも御紹介していただいたように、現在保険内外サービスの組合せはできるのだけれども、一定のルールということを設定しておるということでございまして、これは今後も必要かと思っております。

ただ、先ほど座長のほうからもありましたし議論の中でもありましたように、保険外サービスの組合せに関しては、私どもは国が示しているルールというものが複雑であったり不明確だというようなことで自治体によって解釈のずれが生じていたりとか、あるいはそういったことによって事業者にとって負担となっているというような御指摘もございました。介護の保険制度は御承知のとおり、自治事務ということでもありますので、保険者が地域の実情に応じてということが趣旨ではありますけれども、今、申しあげましたようなルールが不明確だから結果的に利用者にとっての必要な保険外サービスの提供が控えられるというような事態ということは、我々としても望ましいとは考えておりませんので、私どもとしまして関係省にとって不明確な部分は国としてもより一層明確化を図っていくというような対応の必要性ということについては考えているということでございます。

それから、先ほど保険外サービスのルールの必要性については御説明しましたけれども、そういったことも踏まえつつ、いろいろ組合せに関してワーキング等でも御提案をいただいた内容等に含めましては利用者の利便性を向上させていくということなどの観点から、今後も検討をしていくということの必要性については私どもも理解しております。そういったことから、この検討の方向性の二つ目と三つ目の○にありますように、私どもとしましては介護サービスが提供方法の柔軟化などについて課題は多いということでは考えて

おりますけれども、介護サービスの提供方法について実態や関係者の意見も十分に踏まえながら、現行の基準あるいはルールの整理を行う。ここにありますような一覧性や明確性を持たせるというようなことを行っていくということで、それがガイドラインという形になるのかどうかというのは確たる言い方が難しいのですけれども、一種のガイドラインのようなものを一覧性や明確性を持たせるために整理をするというような方向で検討していきたいということで考えております。また、利用者の利便性の向上等の観点も踏まえて、ほかにどういった対応が考えられるかということについては引き続き検討を行わせていただきたいと思っております。

ただ、繰り返しになりますけれども、その際にはやはり国民の保険料と税金で成り立っているという制度でありますので、冒頭に申し上げたような適正な保険給付の確保、あるいは利用者の保護の観点ということについては十分に配慮して、それから保険者たる市町村の立場ということの御意見も踏まえる必要があるということについては付言をさせていただきたいと思っております。

続きまして、4ページでございます。サービス供給の在り方の見直しということでございます。ここににつきましては先ほども御指摘ありました論点にもありますように、こういった介護サービスの事業計画においてニーズを反映したサービス量の必要性をしっかりと見込むということ。あるいはその事業者に対して行われる公募の公平性であったり、透明性の確保のためというような視点を頂いておりますけれども、私どもとしましても計画が適切に策定されるということであったり、事業者に対して公平な選定に向けての取組ということが行われるということの重要性ということについては認識しておりますので、私どもも御指摘を真摯に受け止めて、対応をしっかりと検討していきたいと思っております。

具体的に検討の方向性ということで、まず(1)の計画におけるニーズの把握関係でございますけれども、高齢化等が進展したりいろいろ度合いが都市部、地方などで違いがありますので、やはり保険者である市町村が地域の課題をしっかりと分析をしてそれぞれの地域に合ったやり方で、しっかりと取組を進めていくということが大事だと思っております。そういったことから(1)にありますように高齢化の状況であったり、地理的な条件、独居等の家族構成などの地域の実情に応じまして、当該地域のニーズや課題を踏まえてこの計画に必要なサービス見込み量ということを推計するということが重要だと考えております。そのために、第7期の次期計画でございますけれども、そういった見込み量の推計を自治体がしっかりとできるようにということで、調査手法等を示したマニュアルの配布、あるいは「見える化」システムの充実ということを図りますとともに、先ほどございましたように、そういったものの見込み量の推計における的確なニーズ把握等についてしっかりとやるようにということで基本指針に記載するというようなことなど、国としても必要な支援ということを行ってまいりたいということで考えております。

それから、(2)でございますけれども、論点として提示されているこの公募の関係、いわゆる小規模多機能というような関係で、法律上求められている公募の制度でないもの

についての公募を行っておられる自治体があるということでの公平性・透明性の確保ということかと思っております。具体的にはワーキングの中でも特定施設の入居者の生活介護の事業者団体から御要望があったということで承知をしております。先ほど、この項目の冒頭でも申し上げたとおり、自治体においてこの公平性・透明性を確保した公募が行われるということについては私どもも当該ワーキング・グループと同じで非常に重要だということで認識をしております。その上ででございますけれども、実際そういう御要望があったということではありますが、我々も法律で求められていない部分の公募が行われている実態ということについて、まだなかなか承知ができていない部分がございますので、こういった検討を行うためには実際に公募をしている地方公共団体の御意見もしっかりお聞きをしながら、また先ほどの要望以外の他の介護施設も含めまして、実態を把握するということが不可欠と考えております。ということで（２）にありますようなまずは地公体が行われる独自の公募についての実態の把握を行うために調査、研究事業等を何らかの形でそういった実態の把握ということをまずしっかりやった上で、その後の必要な対応ということに臨ませていただきたいと思いますと思っております。

最後、５ページでございます。５．ということでその他の項目ということで、幾つかの論点それぞれ独立した項目かと承知をしておりますが、まず（１）定期巡回、小規模多機能の見直しの関係であります。この定期巡回、小規模多機能の問題というのは今後地域包括ケアシステムをしっかりと位置付けて構築していく、強化していくという中でこういった中重度の高齢者の在宅生活を支えるサービスという意味で非常に重要な整備が必要な部分だと思っておりますけれども、議論の中でもありましたとおり、十分に普及が進んでいないという現状にあるのも私どもも認識をしておるところでございます。この点につきましては、今般いろいろ制度見直しに当たって昨年来議論いただいた社会保障制度審議会の介護保険部会の中でもいろいろ御意見を頂いておりまして、その意見書の中においてもこういった事業についてサービス提供料を増やす観点、あるいは機能強化・効率化を図る観点から次期30年度の介護報酬改定に合わせて必要な見直しを検討するということが適当とされておるところでございます。そういったことから（１）にございますように、私ども現場で様々な御意見があるということ承知しておりますので、そういった御意見も踏まえつつ、このワーキングの御指摘の論点ということも踏まえまして、今後、介護保険給付費分科会において具体的な内容についてしっかり御議論をいただいてまいりたいということで考えております。

（２）介護事業者の事務の効率化につながる簡素化という点でございます。これも私どもも今後の介護人材の確保のためにもやはりこういった取組ということをしっかり進めるということが重要だということで考えております。具体的には居宅サービス事業所におけるICTの導入のための推進の予算事業でありましたり、あるいは介護従事者の負担の軽減につながるようということで、介護ロボットの開発、普及というようなものに向けての取組というようなことについていろいろな形での各段階での必要な支援ということなども



行っておるところでございます、そういった取組を引き続き推進してまいりたいと思っております。また、(2)にありますように先ほど申し上げましたように、次期30年度の介護報酬改定、具体的には介護給付費分科会で御議論を行っていただくわけでありますけれども、その際には報酬体系を簡素化するという観点も踏まえて、その中で御議論をいただきたいということで私どもとしては取り組みたいと思っております。

最後、(3)でございます。社会福祉法人の基本財産への民間金融機関のための担保設定についての規制の見直しということでございます。ここの部分につきましてですが、基本財産につきまして法人の存在・存立の基礎となるというものでございますので、担保設定について所管省庁の承認をそういったことから必要とおるところでございますので、これは一律に不要にするということはやはりなかなか困難であると考えますけれども、(3)に書いてございますように施設入所者の保護、あるいは法人経営の安定性ということなどにも配慮をした上で現在の規制の見直しについて何らかの検討を行ってまいりたいということで考えております。

以上、冒頭の厚生労働省からの見解ということで御説明に代えさせていただきます。

○林座長 ありがとうございます。

それでは、質問、御意見などよろしく願いいたします。

川渕先生、どうぞ。

○川渕専門委員

2点お聞きします。一つ目は論点3の介護サービス契約の柔軟化についてです。今日の前半がいわゆる合法的な混合診療ということで患者申出療養の議論があったのですけれども、介護保険のダイナミズムは混合介護を認めている点です。そのときに介護報酬は飽くまでも上限額であって、割引していいという話があったのですけれども、割増しをどうするか。私は前から提案しておりますけれども、何か一定の制約条件を入れて、努力する介護事業者が報われるようにしたらどうか。これは医師の診療報酬ですけれども、例えばフランスではセクター1、セクター2ということでいわゆる混合診療ができる医師とできない医師がいます。これを介護事業者に引用して、林座長が指摘した1番と2番、つまりきちんと第三者評価を受けてその評価結果を公表していることをもってして、一定の割増しを認めるというようにもうちょっとフレキシブルな仕組みを導入してもいいのではないかと。まだ日本ではペイ・フォー・パフォーマンスが採用されていないのですけれども、私は介護保険制度が先んじてやってみてもいいのではないかと思います。

ただ、その一方で、不明瞭な料金体系の話が出ましたが、いわゆるお世話料や施設協力費などが散見され、老人保健局からも通知が出ています。生活サービスに関しては実費請求していいということで、これは医療保険ですが、おむつ代や水呑みなど。それから差額室料については前からあるのですけれども、一定の制約条件などを課して認めています。同様に、いわゆる混合介護の価格の柔軟化も使うか使わないかは当該自治体、あるいは当該事業者任せですが、特に首都圏の高齢化はすさまじく、著しい供給不足ではないかと思

います。確かに介護報酬も3年に1回改定されていますが、実質マイナス続きなので、もうちょっと弾力的な価格メカニズムを入れてもいいのではないかと。ヒントは室料差額です。医療保険では原則50%未満になっています。例えば聖路加国際病院は100%個室になっておりますけれども、原則5割までの患者さんについては差額室料を請求していいですと。こうして何らかの制約を入れてもいいのではないかと。

一方、介護保険で特養は原則ユニットケアで大体月15万くらい払う必要があります。原則全部個室はいいと思うのですが、前回ヒアリングしましたら多床室というニーズもやはりあるそうです。ニーズというよりやはりお金が払えないのかということではないかと思いますが、そうであれば原則全室個室にしても、請求要件を少し制限してもいいのではないかと。

二つ目は論点5についてです。奇しくも独立行政法人福祉医療機構が決算書を分析したところによりますと、小規模多機能型居宅介護事業の定員の上限を25から29に引き上げたところ、赤字の施設が16.6ポイント減って、17.8%が赤字ということです。ここで面白いと思ったのは利用者2,400人以上と2,400人未満を比べていることです。どちらも赤字基調ですが、赤字を計上している割合が前者は33%、後者は54%でした。いわゆる規模の経済があるのかと思いますけれども、であれば厚労省も一定の事業性を考えた施策が必要ではないか。介護産業政策が欠如しているのではないかと思います。2018年度は診療報酬、介護報酬が同時改定になると思いますけれども、是非規模の経済をもうちょっと活かした施策を打っていかれてはどうか。

以上、2点であります。

○林座長 どうでしょうか。時間の関係もあるので、質問を先に伺ってからまとめてお答えいただけますでしょうか。

大田議長、どうぞ。

○大田議長 御検討いただきましてありがとうございます。大きく二つあります。

介護というのは生活そのものですから、介護給付全てを公的保険の対象にするというのはそもそも無理なのだと思うのです。しかし、今は介護サービスの大半が保険給付で賄われている状態になっていますので、供給を増やすとそれだけ負担増に直結してしまう。現に介護保険の負担増というのは大きい問題になりつつあるわけです。これを将来とも持続可能にし、なおかつ介護という生活そのものの部分で利用者のニーズに応えていくには、保険給付と保険外のサービスを組み合わせることが当然のことなのだろうと思います。基礎的な部分や重介護で自分の手に負えないところは保険でしっかりとカバーをするけれども、それを超えるニーズには保険外のサービスを自己負担でやっていくという組合せの考え方は、介護保険の持続可能性のためにも、それから利用者の介護に対する不安を取り除きニーズに応えるためにも不可欠のことなのだと思います。

その上で、弊害を防止していくルール作りも、これまた不可欠です。つまり、ルールに沿って保険費用の請求の部分を透明にして不正を防止するためのルールは不可欠です。そ

の観点に立ったときに、今日3ページでお答えいただいているのは、非常に消極的です。ローカルルールを何とかしようということは書いてくださっているのですが、利用者が積極的に組み合わせることができるようにという観点からのルール設定をしていただけるのでしょうか。これが1点です。

それから、私どもから出しましたヒアリング事項の中で価格の柔軟化についてはお答えがなかったのですが、時間指定料は事業者の創意工夫を促すためにも、ケアワーカーの人手不足を緩和するためにも不可欠だと思います。それから、指名料についても介護は体そのものをケアしてもらうわけですから、スキルであったり相性であったりが当然あるわけです。したがって、指名することができるというこれも利用者の当然のニーズだと思います。その上で、利用料、指名料に限度を設けるとか、一つの事業者の中でそういう保険外の収入が一定を超えないようにするといった制限を加えるという弊害防止の措置を加えていくという発想が必要だと思うのですが、この点どうお考えかというのが二つ目です。

三つ目に、公募のところで地方公共団体が行う独自の公募について実態把握を行うということなのですが、実態を把握してどうなさるおつもりなのか。公募自体が不透明であって、事業者から見るとアンフェアであるという意見が寄せられているわけで、それに対してどうお答えになるのかという、これが三つ目の質問です。

以上です。

○林座長 それでは、川渕先生から2点、大田議長から3点御質問がありました。厚労省様の御回答をまとめていただいて結構です。よろしくお願ひします。

○厚生労働省（三浦課長） どうもありがとうございます。老健局振興課長の三浦でございます。

川渕先生から価格の弾力化あるいはセクター1のフランスの制度の紹介をいただきました。また、大田先生の価格の自由化といった点と重なった御質問かと思ひますので、まとめてお答えをまずしたいと思ひます。

価格を自由に設定するようにしてはどうか、その中で大田議長のほうからは時間指定料あるいは指名料といった形で具体的に頂戴をしておりますので、具体的にほうから申し上げますと、時間に関しましては公開ディスカッションでも申し上げましたとおり、一定の需要が集中する時間帯というのがございます。それが利用者様のある意味で生理に基づくものであるということを考えますと、その部分が結局お金のあふなしによって需給の調整をさせるという御提案になっていくのかというように思ひまして、その部分の懸念が私と思ひるところであります。

また、指名料に関しまして申し上げますと、従前、労働者供給の観点も御質問いただひおりましたので、そこも併せて御回答したいと思ひますけれども、いずれにしても誰を派遣するかという点に関しましては、そこは事業主のほうで決めていただひ話に対して利用者のほうからこの人をという形態について、労働者供給という観点では、法的にそのまま抵触をする可能性があるというように聞いております。また、指名といった場合に好き嫌

いといったような形で、確かに信頼性あるいは大田議長に正におっしゃっていただいたとおり、同じ人に来ていただける安心感などは私どもも非常に共感するところでありませけれども、そこはその事業運営上あるいは実際のケアマネジメントの中で誰を送っていくかということは決まっていくべきものではないかというように考えておるところでございます。

また、川淵先生から小規模なものについて、少し産業政策上はもうちょっと大規模化を図ったらどうかといったようなお話、25から29というのは正にそういう点で、平成26年改定だったかのところで定員を増やしたところでもあります。ある意味、その経営モデル上、割に合わないようなことを強いても仕方がないものですから、また、その中で特に小規模多機能というのは通いと訪問と泊まりという三つのサービスを月額基本包括報酬でお支払いをしておるものがございます。先ほど御紹介をいただいた福祉医療機構の数字では、恐らく訪問の回数は一定回数を超えるかどうかといったところで結局包括払いなものですから、ある意味でそのイギリスのGPではないですけれども、やってもやらなくても同じというサービスの中で実際きめ細やかに訪問しながら在宅の方の生活を見守っていくという点を評価してそういった形でより訪問しているところには加算を付けるといったような対応をしてきたわけなのです。

そういうことをしてきているのが、小規模多機能の説明でありまして、大規模化というのは確かに一概に否定をするものではないのですけれども、日常生活圏域の中でお年寄り、特に重度化をしますとそんなに行動範囲が広がらないわけです。一定の人口規模の中でその地域をカバーしていくといったような実践を踏まえてこの小規模多機能というのができておりまして、その中で実は25から29というのも割と現場のほうからはアレルギーがあった中で29まで広げるとというのは、実は私は結構怒られているところもありまして、知らない間に29になったという人もいたりなどする中で、ケアをする上では利用者御本人もそうなのですけれども、御家族や正にその地域資源、介護サービスというある意味で介護の社会化という中で介護を受け始めると逆に地域からその人が見えなくなってしまうということを言う人もいます。例えばデイサービスを利用し始めると、朝車が来て、それをまた連れて行かれてということで、地域で御近所さんがお元気ですかとやっているのが見えなくなってしまうなど、そういった部分を小規模多機能は地域も含めて関係性を構築していくという特徴もありまして、そういう中でも確かに拡大するという論点、実は小規模多機能は29足すサテライトが二つ置けまして、プラス18プラス18なのです。ですから、一定程度の規模の拡大は許容する中で今の仕組みになっているということで御理解いただければと思います。

○林座長 ありがとうございます。

大田議長からの御質問の組合せの点について、利用者が積極的に組合せできるようなルール設定をしていただけるのかという点、お願いします。

○厚生労働省（三浦課長） すみません。答弁漏れをしておりました。

もう一点、積極的なことの組合せについてというお話を頂きました。今の小規模多機能の議論の中で介護保険部会というところも議論したのですが、正に議長がおっしゃっていただいているとおりでありまして、生活をしていく上で介護サービスが全てをカバーするわけではないというのは我々も共通認識で持っております。その中で、例えば介護保険の場合、居住費と言われる部屋代や食事代といったようなものは基本的に保険では見えていないわけで、これは医療費も一部共通する部分になります。そういった中で、保険と保険外をうまく組み合わせてマネジメントをしっかりとしないといけないと生活で支えられませんという御指摘を頂いております。特に包括払いとなりますと、できるできないの範囲をはっきりさせた上で、例えば保険外の配食サービスとうまく組み合わせていかないと在宅の中重度者は支えられませんねといった辺りは積極的にやりなさいという御指摘を頂いております。組み合わせで生活を支えていくということ自体は正に議長がおっしゃるとおりだと思います。

○林座長 大田議長、どうぞ。

○大田議長 組み合わせで生活を支えていくのがそのとおりだとすれば、そのようなルールを積極的に作っていただきたい。組み合わせでなかつた不当な請求がなされないようなルールを作っていただきたい。私どもと考えていることは一緒ですので、是非ルール作りを一緒に考えさせていただきたいということが1点です。

それから、時間指定料に関して、混雑するときにお金のあるなしで選べる人と選べない人が出てくるのは不公平だということでしたが、その分、暇なときの料金を安くすれば、ちょっと時間を外すだけで安くサービスを利用することも可能になるわけですから、望ましいのではないかと思います。

二つ目の指名料に関してですが、労働供給の問題があるとおっしゃったのは、恐らく指名して派遣を受けると請負の状態になって、指名した人の指揮命令権の下になるという、以前に御指摘されていた問題をおっしゃったのだと思います。ご説明の中で、「そのように聞いている」と言われたのですが、それは何を根拠に言っておられるのか、改めてお伺いしたいと思います。例えば私が自宅のクリーニングサービスを頼むときに、非常にスキルのある掃除人を頼んだら、それは私の指揮命令系統に入るから労働法制上の違反になるのかどうか。これを改めてお伺いしたいと思います。

それから、指名料のところ、スキルのある人や丁寧に見てくれる人、親切な人が評価される仕組みは当然あっていいのではないかと。私の母は兵庫県で亡くなりましたけれども、それまで鹿児島におりましたので鹿児島弁を話せるケアワーカーさんが来るとすごく元気になっていました。こういう自分をケアしてくれる人を選ぶというだけのことがなぜできないのでしょうか。そこで高額な指名料を取るとか、悪徳なことが行われぬようにするルールを作ればいいのであって、この成熟した消費社会にいる私たちが、高齢になった途端に自分と相性の合うケアワーカーさんを選ぶことすらできない。そういう状態が本当にいいとお思いなのではないでしょうか。

○林座長 今回の御質問の中で、指名料を払うだけで介護業務についての指揮監督権が直ちに依頼者に移転するののかというのは、厚労省の中で御確認いただく事項かと思うのですが、その点も含めて御回答をお願いします。

○厚生労働省（三浦課長） すみません。ちょっと霞が関用語になっているかもしれませんが。要は、私自身が所管しておりませんので、確認した結果はこうであるとお伝えをしたということで、聞いておるといのは無責任に聞こえたかもしれませんが、そこはおわび申し上げたいと思います。

その上で、指名料というお話で議論させていただいているわけですが、この人がいいのだよと伝えていただく、御希望を伝えていただく分には何かしら規制があるわけではないと思いますので、むしろ争点となり得るのは、その部分でその希望に応えた場合に差額を取るような仕組みにするかどうかという点かと思います。それがどこまでのものがどういうものに対して対価性を持たせるかということについて、私どもは線引きが非常に困難だと申し上げているのが、これまでの議論の経過ではないかと思っております。

○林座長 確認ですが、指名料の差額を取るシステムにすると、介護業務についての指揮監督権が直ちに依頼者に移転するという解釈は、厚労省のどの部署でお出しになっているのでしょうか。

○厚生労働省（三浦課長） 直ちにとりより、具体的な状況によって判断すべきものだと私は聞いております。部署で申し上げれば職業安定局の需給課と私どもは略称しておりますが、需給調整事業課という課だそうです。課だそうですというのは、すみません。正確な表現を心掛けておまして、でございます。

○林座長 具体的な状況によって判断というのは、また予測可能性のないお答えなのですが、どういう場合であれば指名料を取っても大丈夫なのですか。

○厚生労働省（三浦課長） すみません。私自身が今、その答えを持ち合わせておりませんので、必要があれば担当課のほうをお呼びいただければと思います。

○林座長 必要があるのです。確認する必要があるって、確認をお願いしていた事項であり、そして、これは厚労省内のお話ですから、そこはきっちりと法的な根拠は確認して、書面でお出しいただきたいと思います。時間の関係もあるので、すみません。

森下委員、どうぞ。

○森下委員 先ほど来、一定のルールというか、ガイドラインを作って介護サービスの提供方法の柔軟化あるいは利用の提供に関しても対応するというお話だったのですけれども、前回からずっとお願いしているのは、使う方、利用者の方の立場にとって使いやすいかどうか。是非、そういう視点を入れて、具体的に先ほど来大田議長が言われているような、使われている方がこういうケースだったらどういうようになるのか。提供される側の方が実際にできるような形のルール化をしないと分からないのではないかと。そういう意味では、是非利用者目線を忘れずにお願いしたいのがまず1点です。

質問としては、これは一体いつまでにできるのかというのは大変重要なお話だと思います。

すので、いつごろをめどに厚労省さんは考えているか、この点をお聞きしたいと思います。

○林座長 御回答をお願いします。

○厚生労働省（三浦課長） 3ページ目でお示しをしていますのは、いずれにしても一覧性や明確性ということでお答えをさせていただいております。一覧性という意味では、私どもは手元にあるものをかき集めてまとめるだけでありますので、そんなに時間は掛からないと思いますけれども、その一方で、明確性となりますと、地域でどれぐらいばらつきがあったり、どういうことを言っているのかということとはしっかりと確認はしたいと思います。私どもがやらないと言っているわけではありません。

先日のヒアリングの際に事業者さんがおっしゃっていたようなことも、そこだけの部分だけ切り取ってみると、非常におかしみがあるように聞こえる部分があったかもしれませんが、私はもう少し具体の状況を聞かないと分からないとあのときに申し上げましたが、背景情報などもしっかり聞いて、その上できちんと整理をしてあげないと、自治体も端的な指示をしますと、またそれで間違っただルールが定着してしまうといったような危惧を私は持っていて、そこは少しお時間を頂きたいと思っている。それが2年とか3年とかそういう次元ではありませんけれども、いずれにしても一定の時間は掛かると思っております。

○森下委員 これは、先ほど来、お話にあります、基本的に公的なお話なので、国のお金を使っていることですから、そこに地方自治体の事情が必要以上にそんたくされる必要性は全くないと思うのです。国としてこうすべきだという方向性であれば、そこからはみ出た分はもちろん直していかなければいけないし、それ以内であれば地方自治体の自由だという話だと思うのです。その実態を調査した上で何をするというのは、何か服に体を合わせるという話をしているのであって、そんなばかげた話はないと思うのです。全国一律のサービスが最低限あるわけでありまして、そこに関しては、国である程度明確化するというのは、これは私は全然できる話だと思うので、飽くまでも地方の話をしっかり見たいというのであれば、全部調べるとはさすがに言われたいと思いますけれども、早々に調べていただいて、その状況を御報告の上していただければと。それから、2年や3年先にしないといっても、1年先というのも鬼が笑う来年の話ですから、年内をめどにさせていただくというのが当然ながら時期的なものだろうと思っていますので、時期的な話に関しても、そんなに先延ばしということでは意味がないと思いますので、是非早急にお願いしたいと思います。

○林座長 大田議長、どうぞ。

○大田議長 先ほど御質問した実態調査のところ、お願いします。

○厚生労働省（佐藤課長） 4.の（2）の介護保険法に基づかない、自治体が指定を行う際に行っておられる独自の公募について、議長から一番下の検討の方向性の（2）で実態把握、その後どうするのかという御指摘を頂戴しました。この状況については、今、これまで国として何らかの見解をお示ししたことは確かにございません。介護保険法は自治事

務でございますので、自治体のそれぞれの必要性に基づいて、実態上行われていると認識してはいますが、今回事業者団体からヒアリングの場でいろいろ要望があったということ、あるいはこの場でこういった御指摘も踏まえまして、まず、実態の把握を行った上で、その状況を踏まえて何か必要な対応があれば、国として例えばどういったことに留意すればいいのかとか、それぞれの自治体としての考えもあろうかと思っておりますので、自治体からもお話を聞く必要があろうかと思っております。いずれにしても、その実態把握を受けてどういったことに留意すべきなのかといったことも検討してまいりたいと考えてございます。

○林座長 平成26年の閣議決定で厚労省から自治体に対して公募について幾つか通知を出していただきましたね。一つ目は、利用者の様々なニーズに応じた多様なサービスが提供されるよう、地域の実情に適した適切なサービス量を見込むようにという通知を出していただきましたし、もう一つの通知では、業務委託や指定管理者制度などの公募条件に理由もなく株式会社を除外しないように地方公共団体に通知するというものを出していただいているのですが、昨年の公取の報告書では、どちらの通知についても、自治体は特にそれで対応を改めたということもないというのが数値で出ております。そうしますと、実態調査では通知の効果が上がらないのではないかと懸念されるのですが、この点、もう一步進んだ措置を国として採るべきではないかと思っておりますが、いかがでしょうか。

○厚生労働省（佐藤課長） 今はこの論点の4.の（2）ということであろうかと思っておりますけれども、要は、全てのこの介護保険法に基づく介護保険者が、いわゆる公募を行っているのかと申しますと、地域によって、あるいはもしかしたら需給関係によって違ってくるのかもしれないと思っております。そして、公募を行う必要があると判断して公募を行っている介護保険者あるいは指定権者につきましては、一定の必要性があってやっておることだと思っております。大変恐縮ですが、今、御指摘のような対応で足りるのかということも含めて、私も、まずは実態の把握をした上で、今、そういった声が上がっているということ自体は、公平性あるいは透明性という観点は非常に重要だということでございますので、具体的にどういったことに留意していけばいいのかをよく整理していくことがまずは大事ではないかと考えてございます。ありがとうございます。

○林座長 ありがとうございます。

大田議長、どうぞ。

○大田議長 時間になりましたが、1点だけ、すみません。

福祉医療機構からの融資についてですけれども、平成27年の財政審の財投分科会に出された財務省の資料で、機構が担保設定を行う際に融資対象物件に第1順位の抵当権を設定してしまうため、民間金融機関の債権保全が劣後するという指摘がなされています。政策金融機関は当然民業補完ですので、民業が出ていけないところに出ていくのが趣旨ですので、その観点からすれば、担保設定のこの手続だけではなくて、担保の設定順位についてもイコルフットィングが必要ではないでしょうか。これは前に川渕先生が指摘されたこ



とですけれども、これについてどうお考えでしょうか。

○林座長 お願いします。

○厚生労働省（石垣課長） 社会・援護局福祉基盤課長でございます。

私ども厚生労働省からの資料の最後のページ、「検討の方向性」のところに書かせていただいておりますが、この基本財産は、具体的には土地や建物を指しますが、これらは要介護高齢者などが利用している施設そのものということになりますので、こうした方々の安定的な生活に影響を及ぼすことのないよう、慎重に扱うことが必要だということです。ただ、一方で、政策金融の中で民業補完が必要というお話もございますので、そうしたことから、下から2行ほどに書かせていただいておりますが、施設入所者の保護と法人の経営の安定性、こういった点にも配慮しながら、一方で民間金融機関に必要以上の手続を課すことによって民業圧迫とならないように、どういった手続の在り方が適当なのかをよく検討してまいりたいと考えております。

○林座長 ありがとうございます。

土屋専門委員、どうぞ。

○土屋専門委員 簡単にコメントですが、先ほど指名料うんぬんですね。これは、多分指名料をやってやるそのサービスについては保険適用ではないと。これは私ども病院でPFIをやってSPCをやったときに同じような問題があって、その方に直接我々病院の職員が指示を出すと、これはいかぬと労働基準監督局から指導を受けたことが私どもは再三あるのです。ですから、恐らく皆さん旧厚生省からいらしているのだと思うのですけれども、旧労働省で、同じ厚生労働省と言いながらまだ隔壁があるのではないかという思いで聞いておりましたので、旧労働省側の見解を是非確かめたいところだと思います。これはPFIも含めて聞きたいところなのですが。

もう一つ、福祉医療機構からの融資ですけれども、私はがん研のときに、90億借りているのを、理事長が替わったので名前を変えようとしたら個人保証しろと言われて、理事長が怒って俺は辞めると言ったのですけれども、これは最終的には0.02%か何かの上乗せの金利で始末がついたのですが、これは金融庁、財務省の高官に聞いたら、今時そのようなことをやっている政府機関があるのかとびっくりされていたのです。これは専務理事を厚労省から送らずに、財務省ないし金融庁の経験者か民間金融機関の方がこの機構を管理すべきではないと思いますので、これはコメントとして言わせていただきます。

○林座長 どうぞ。

○厚生労働省（石垣課長） 福祉基盤課長でございます。

今の土屋先生のお話について、いつ頃のお話かは分からないのですが、少なくとも、今、先生が最後におっしゃいましたように、保証料として福祉貸付については0.05%金利の上乗せはさせておりますけれども、個人保証というのは、福祉医療機構が行う融資の場合、取らなくてもよいことになっております。

また、民間金融機関で借りるときにも、理事長の個人保証などを求められることがあります。

ますが、そこも関係当局などに確認しますと、今、中小企業向けが中心となりますが、個人保証の在り方のガイドラインが定められておりまして、これに基づいて、役員などの個人が多額の保証責任を負わなくてもいいようになっていると伺っておりますので、その辺を関係者によく周知していきたいと思います。

○土屋専門委員 伺っている問題ではなくて、私が今、言ったようにがん研という医療機関の場合のことを申し上げたので、がん研を公的な病院でないと思う方は、世の中、今、いないわけですね。そこにおいて90億に個人で判こを押せとはっきり3年前に言われたわけです。私はその交渉まで、厚生事務次官にまでお話に行ったら、これは独立行政法人になったので指揮命令系統はないとはっきり官房長にも断られたのです。ですから、個別に我々は交渉して、社会福祉機関はおっしゃるとおりです。当時からなっています。社会医療法人もできて、亀田病院とか、そういうところは既に個人保証は要らないと言われていましたけれども、がん研は一般財団から公益財団法人になったばかりで、判こを押せとはっきり言われたので交渉を始めたのです。

○林座長 ありがとうございます。

なかなか御議論が尽きないところなのですが、時間の関係で本日はここまでとせざるを得ません。申し訳ありません。

本件の今後の進め方なのですが、坂口審議官から冒頭お話がありましたように方向性としては同じ方向を向いていただいていると捉えておりますが、今後、具体化に向けて更に議論を深めてまいりたいと思います。よろしく願いいたします。

本日の議題は以上ですが、事務局から何かありますか。

○中沢参事官 次回ワーキング・グループの日程につきましては、改めて後日御案内させていただきます。

以上です。

○林座長 ありがとうございます。

では、本日はこれにて会議を終了いたします。