

## 第5回 医療・介護・保育ワーキング・グループ 議事録

1. 日時：平成28年11月30日（水）10:02～12:01

2. 場所：中央合同庁舎第4号館2階共用第3特別会議室

3. 出席者：

（委員）林いづみ（座長）、江田麻季子（座長代理）、安念潤司、森下竜一  
（専門委員）土屋了介

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

（事務局）刀禰規制改革推進室次長、福島規制改革推進室次長、中沢参事官  
（東京都武蔵野市）笹井健康福祉部長

（一般社団法人日本在宅介護協会）森副会長、市川事務局長

4. 議題：

（開会）

議題：介護サービスに関するヒアリング

①利用者のサービス選択に役立つ情報開示と第三者評価

②介護サービスの多様な選択（保険給付と保険外サービスの柔軟な組合せ等）

（1）東京都武蔵野市からのヒアリング

（2）日本在宅介護協会からのヒアリング

（閉会）

5. 議事概要：

○中沢参事官 それでは、定刻を2分ほど過ぎましたが、ただいまより「規制改革推進会議第5回医療・介護・保育ワーキング・グループ」を開催いたします。

皆様には、御多忙の中、御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

本日、山本規制改革担当大臣、務台大臣政務官にもお越しいただいております。

それでは、開会に当たりまして、山本規制改革担当大臣から御挨拶を頂戴したいと思います。記者を入れますので、少々お待ちください。

（報道関係者入室）

○山本大臣 皆さん、おはようございます。今日はお忙しいところ、お集まりいただきまして、ありがとうございます。

今日は、介護の問題で自治体や事業者の皆さん方からお話を伺うということで、大変うれしく思っております。

この前の日曜日に私は北九州市、地元でもあるのですけれども、公務も含めて行ってま

いりまして、その中で訪問したのが介護の現場でありまして、実は北九州市は国家戦略特区を使って、また、地方創生交付金を使って、介護ロボットの導入を進めようという事業を進めております。その実証の現場を見てきたのですけれども、大変面白い状況でありました。

まず、ロボットを入れる前に、大学の先生と共同しまして、介護の現場の作業を分析して、どの作業にどれだけの時間が掛かって、どれだけの身体的な負荷が掛かっているのかというデータを全部作ってしまして、その上で、ロボットを入れてどれだけ効果が出るかということは今、検証しています。

面白かったのは、小さなロボットで歌を歌うロボットがありまして、「ふるさと」とか「もみじ」とか、大体昔の童謡みたいなものを歌っているのですが、「もみじ」を歌いたいと思ったら、ロボットが覚えていて、「もみじ」を歌いますとって歌い出すと、6人ぐらいのおばあちゃんが一緒に歌い出すのですね。それは普通かなと思ったら、施設の方が、あのおばあちゃんたちはみんな認知症ですよ。認知症でもロボットが歌い出したら一緒に歌うのですね。そういうものとか。

また、介護する人は腰の負担が一番大変でそれを助けるマッスルロボットといいますか、そういうものがありますし、歩く練習をするロボットというのは、いつも普通に使えるわけですね。そうすると、介護の現場でリハビリの時間とかが決まったりしているのですけれども、そんな決まった時間だけにやるのではなくて、常日頃からやっているとだんだん元気になるような感じがありました。

実は、そのほかに、先般、未来投資会議が官邸であったのですが、そこで最近では支援介護だと。つまり、機能を回復させることによって介護度を下げることができるのだという事例が紹介されて、今後はそのように進むのかなと。ただ、今の制度だと介護度が下がると報酬が下がってしまいますから、インセンティブが働かないので、この辺をどうするかということもあるのだろうと思います。

そういうことも含めて、介護の問題はこれから非常に重要でもあるし、しっかりやらなければいけない。また、保険外の介護サービスをどう作り上げ、どう提供していくかという観点も必要な議論の論点だと思います。そういうことを含めて、是非すばらしい規制改革の実を挙げるようにまた頑張っていただければと思います。よろしく申し上げます。

○中沢参事官 大臣、ありがとうございました。

それでは、記者の方は御退出願います。

(報道関係者退室)

○中沢参事官 それでは、本日の議題に移らせていただきます。

お手元の議事次第にございますとおり、本日は介護サービスに関するヒアリングとなっております。

それでは、ここからの進行は林座長、よろしく願いいたします。

○林座長 ありがとうございます。

皆様、おはようございます。

それでは、早速議事に入らせていただきます。

本日は、当ワーキング・グループの今期の重要テーマに掲げております介護問題についてヒアリングを2件行います。

まず「武蔵野市における地域包括ケアと介護サービスの多様な選択」というテーマで、東京都武蔵野市の笹井肇健康福祉部長様からプレゼンをお願いいたします。

介護分野における武蔵野市の先進的な取組とともに、11月8日に開催されました第3回当ワーキング・グループで取り上げました情報開示、第三者評価、介護サービスの多様な選択といった視点についてもお考えをお聞かせいただきます。

それでは、早速、笹井様、御説明をお願いいたします。

○武蔵野市（笹井部長） ただいま御紹介いただきました、武蔵野市健康福祉部長の笹井でございます。

本日は貴重な機会をお与えいただきましてありがとうございます。資料を幾つか用意させていただきましたが、資料1を基にお話をさせていただきます。

それでは、早速資料1に基づいてお話をさせていただきます。

まず、武蔵野市は東京都内23区に隣接をして、JR中央線と言いますと、住みたい町ナンバーワンと言われ続けておりました吉祥寺、三鷹、武蔵境の3駅を擁してございます。人口が大体14万2,000～3,000人で、ファミリー層の流入が続いておりますが、高齢者人口が22.3%程度、2025年には当然更に増えるわけですが、医療と介護を考える場合については、一般的な高齢化率よりも75歳以上の高齢者の方、いわゆる後期高齢化率に着目して、医療と介護のニーズがどれほど上がっていくかというのに着目して分析すべきかなと思っています。

お聞きいただきまして、4番目のスライドでございますが、厚生労働省もそれぞれ地域マネジメントという言い方をしておりますが、我が町の介護の状況あるいは医療の状況を分析することも必要でございます。

4番目のスライドは、下に全部サービスの種類が載っております。棒がそれぞれ3つございますのは、左から全国平均、真ん中の緑色が東京都平均、オレンジ色が武蔵野市ということで、こういう分析をすることができます。訪問系サービスは武蔵野市は全国平均、東京都平均に比べて非常に高くなっておりますが、通所系サービスについては全国平均より低いということでございます。

真ん中の特定施設ではオレンジの棒がぎゅっと伸び上がっておりますのはなぜか。これは有料老人ホームでございます。それだけ武蔵野市内の高齢者は所得水準の高い方が多いということで、施設ニーズについては有料老人ホームに入られる方が多い。しかし特別養護老人ホームが入りづらいかと申し上げますと、右から3つ目の特別養護老人ホームもオレンジ色がずっと伸びて、全国平均の1.2倍となっておりますが、これは介護保険が始まる前の措置制度時代から、いわゆるゴールドプランと言われる時代から計画的な整備を

進めてきた結果でございます。

さて、下の5番目のスライドでございますが、これは厚生労働省の地域包括ケア「見える化システム」による分析例です。私も「見える化システム」の検討委員でございますが、厚生労働省の「地域包括ケア見える化システム」を開いていただき、ID、パスワードを設定していただくと、中に入っていきます。例えばこのような分析が可能でございます。これは何かといいますと、横軸が高齢者1人当たりの施設及び居住系サービスの給付月額、縦軸が高齢者1人当たりの在宅サービス給付月額を、都内の市区全部をプロット化したものでございます。簡単に言うと、右へ行けば行くほど施設及び居住系サービスの給付が高い自治体、上に行けば行くほど居宅系サービスの給付月額が高い自治体がプロット化されてまいります。真ん中の線が全国平均でございます。全国平均に比べて我が町が施設サービス及び居住サービスが潤沢に提供されているのか、あるいは、在宅サービスが潤沢に提供されているのかということが分かるものでございます。ですから、23区などにつきましては、在宅サービスが全国平均より高いところが多く、左下は、今後伸びしろの多い自治体、まだまだ施設サービス、居宅サービスが全国平均に届いていないというところがございます。

ページをおめくりください。武蔵野市は介護保険が始まりました西暦2000年、平成12年3月、全国の自治体もどこもそうでしょうけれども、介護保険条例を制定いたしました、同時に介護保険制度だけでは高齢者介護の一部分しか担えないという問題意識と、総合的なまちづくりの在り方を明確化する必要があるだろうということで、高齢者福祉総合条例というのを同時に制定いたしました。条例規定でございますので、例えば第2条でいうと、基本理念はそこに記載のとおり、高齢者の尊厳の尊重、住み慣れた地域で安心していきいきと、あるいは自助・共助・公助、正に今、厚生労働省が地域包括ケアシステムという名で推進している基本原理に合致するものを平成12年当時から武蔵野市は掲げてまちづくりを進めてまいりました。

それをポンチ絵化すると、次の7番目のスライドでございますが、しよせん介護保険というのは、左下ぐらいの守備範囲しかないでしょう。むしろ、住まい、住宅、雇用、保健・医療、介護予防・生涯学習、交通体系、そういった介護保険外のサービスを総合的に組み合わせる必要があるだろうということでございます。

続きまして、2025年問題はもう御説明するまでもないと思いますが、武蔵野市が目指す高齢者の姿ということで、4つの重点施策を掲げております。これは規範的統合といえますか、まちづくりの共通目標を市全体として共有化する、そして、高齢者の皆さんにも御理解いただくということで、4つの指標を掲げてございます。

「いつまでもいきいきと健康に」ということで、市民の皆さんには是非PPKでお願いしております。ぴんぴんころりでございますが、なかなかそうはいかない。おひとり暮らしになられる方、あるいは認知症になられる方、中・重度の寝たきりになられる方、しかし、そうなったとしても、住み慣れた武蔵野市の地域で生活を継続できるための施策展開を行

っていくというのが武蔵野市の規範的統合といいますか、2025年に向けたまちづくりの姿でございます。

今、総合事業に着目されていますが、一番大きな問題なのは、実は、在宅医療・介護連携推進の取組でございまして、総合事業というのは一応軽度者向けの事業でございまして、介護保険財源全体で言うと3%から4%程度のものでございますが、在宅医療・介護連携は、軽度の方から最重度の方までオールラウンドな影響がありますので、ここをどのようにして連携を図ることによって重度化を予防するかという視点も非常に大きな課題でございます。もちろんそこには大臣が仰るように、ロボットやICTの活用が重要な要素になってまいります。

よく厚生労働省関係の学識の方からは、「顔の見える関係が必要」と言われますが、介護保険が始まって16年間経っているわけですから、いまだに「顔の見える関係」などと言っているところは連携ができていない証拠だと私は思っています。武蔵野市は「顔が見える関係」から「腹の中が見える関係」へと申し上げていますが、真の連携は信頼関係が必要だろうというところでございます。

次のページは厚生労働省の地域支援事業、27年度から（ア）から（ク）までの事業を全ての市町村で平成30年4月までに実施をするというところでございますが、それについての取組み方針はスライド13のとおりでございます。ICTの活用であるとか、在宅医療・介護連携支援の仕組みづくりでございます。

次のページは、今、大きく課題になっております人材確保でございます。どんなにすばらしい事業やどんなにすばらしい計画を作ったとしても、実行部隊がなければ絵に描いた餅だと私どもは考えておまして、1つは、ケアリンピック武蔵野で、介護事業者の皆さんの生きがいややりがいを確認して、長く地域で働いている、15年以上武蔵野市民のためにサービスを提供された介護職、看護職については、市長から表彰状と記念品を差し上げるというイベントでございます。武蔵野市の事業者が取り組んでいる方向性は、プログラムにありますように「もしあなたが望むなら、家で最後まで暮らせます」という事例の方向を全地域に広めたい。あるいは、「家に帰りたいという思いを地域で支える」という形で、先進的な事例を地域全体に広げていきたいと思っているところでございます。

スライドの14番の下の方に書いてあります「いきいき支え合いヘルパー」というのは、従来の介護福祉士やヘルパー2級などの専門資格がなくても、市が指定をする18時間の講習と半日程度の実習を受けた方については、介護保険上無資格でも家事援助については市が認めて、市内の家事援助サービスは一般市民の方でも提供できるという仕組みで「いきいき支え合いヘルパー」、市独自のローカルルールを作って、サービスの提供の裾野を広げております。こうすることによって、プロの介護資格を持った方についてはより重度の専門性の高いサービスにシフトすることができるという構造でございます。

武蔵野市の地域包括ケアシステムというのは、なかなか市民の皆さんや事業者の皆さんに難しい言葉で御理解いただけないので、武蔵野市はあえて訳しております。「地域」

を「まち」と訳し、「包括」を「ぐるみ」と訳し、「ケアシステム」を「支え合いの仕組み」と訳しております。ですから、武蔵野市の地域包括ケアシステムは「2025年に向けたまちぐるみの支え合い」でございますので、医師も、看護師も、歯科医師も、ヘルパーさんも、弁護士さんも、酒屋さんも、ボランティアさんも、民生委員さんも、皆さんでまちぐるみを進めるというところでございます。

続きまして、今日の本題でございますが、介護サービスの多様な選択の課題でございます。

まず、現状から申し上げますと、既に我々の感覚といたしましては、先ほど申し上げました多様な介護ニーズに対応できるよう、従来から介護保険と介護保険外のサービスの柔軟な組合せ、いわゆる混合介護は一定程度は提供されているという認識がございます。

例えば厚労省老健局が出している、病院での院内介助でございますが、介護保険では車椅子の移乗・移動とかについては、介護保険の給付ですが、待合室で長時間ずっと病院の中でただ座って待っているだけの場合は、介護保険の給付の対象にはなってございませんので、同一時間帯であったとしても、介護保険給付の対象となる行為と、院内の単なる待ち時間については自費サービスで、サービスを混合しているという状況でございます。

それから、よくマスコミでも問題になっておりますが、通常のデイサービスの施設で、デイサービスの介護保険の給付が終わった後の夜間の時間にその場所を使って別のサービスとして「お泊りデイサービス」というのを既に実施されておまして、ここは民民の契約でございます。東京都などでは、ここはガイドラインを作って、一定の基準を持たせておりますけれども、既にそういうこともございます。

さらには、介護保険が医療と決定的に違うところは、医療は給付が青天井でございますが、介護保険については要介護度別に区分支給限度額が定められておりますので、区分支給限度額を超えたサービスや保険外のサービスについてはケアプラン上、区分をしてサービスが提供されております。

例えば資料の一番最後、ある居宅サービス計画書、要介護1の一人暮らしの男性利用者のケアプランの記載例でございますが、小さい字で大変恐縮でございます。月曜日の16時前後は訪問介護は一部介護保険給付ですが、その後、自費で2,500円と書いてございますが、介護保険給付と自費サービスが連続して提供されています。た区分支給限度額を超えるサービスは介護保険給付と切り分けをして、自費サービスを入れています。木曜日も同様に、一部前段では保険給付、後半の区分支給限度額を超える部分については自費サービスを投入している。こういう形でプラン化して、一定の区分けをしているというのが現状でございます。

次、18枚目のスライドは、まず、介護保険法の第1条に規定をされている制度の理念的問題でございますが、高齢者の尊厳や、有する能力に応じて自立した日常生活を

営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る保険給付を行うということで、何をもち「必要な」とされるかは議論が分かれるところではありますが、安易に「混合介護」を導入すると、こういった理念に抵触する可能性があるかなと思っています。

2番目の課題といたしましては、低所得者・中所得者の問題でございます。正直言いまして、自費サービスというのは高くも設定することが可能ですし、低くも設定することができるということでございます。ホームヘルパーの指名制などの柔軟な対応もできますが、収入や所得によって享受できるサービスに差が生じることが低所得者などの場合は起きるのではないかということがある一方、企業努力をされて、現在の介護報酬単価よりも低く設定することができれば、介護給付全般も安くできるのではないかという形で、介護職の給与や労働条件などにも影響し、更なる離反を招く、あるいは質の低下を招くという可能性もあります。

次のページでございますが、混合介護の実務的な問題と申しますか、情報公開の問題にも触れますが、例えば今、御覧いただいている資料の後ろから2番目「(別紙)ヘルパー自費サービス一覧(その1)」 「(別紙)ヘルパー自費サービス一覧(その2)」というのがございます。これは介護保険給付以外の自費サービスをプランに組み込むことが必要になってくる場合はございますので、私ども行政として、各事業者の自費サービスの料金を一覧化したものでございます。小さい字で大変恐縮ですが、非常に複雑な料金体系を採っているところがございまして、単純に言うと、一番安い事業者で1,100円から、最高で3,240円なのですが、日中と夜間・休日が違ったり、院内介助が別設定になってあったり、その他、交通費を取ったり取らなかったりということもございまして、パツク的に料金設定がされているところもございまして。かなり複雑な、もちろん民間サービスさんですから、私どもとしては行政指導いたしませんので、事業者に応じて複雑な料金体系になっているものもございまして。

そういう意味で、こういった複雑な自費サービス、現行でも自費サービスにつきましては多種多様な自費サービスがあるわけですが、そういったものがきちっと利用者、家族、あるいはケアマネジャーに情報提供していく仕組みが必要になってまいりますし、果たして要介護の高齢者や家族がそれを正しく理解できるのかということがございます。

ただ、通院介助につきましては、先ほど申し上げましたように、従来、厚生労働省の見解は、本来は医療機関の院内スタッフが実施するのが原則ですと、要するに、病院のナースたちが院内介助をすればいいのではないかと、介護保険でわざわざ給付する必要はないのではないのと言われてきましたので、厚生労働省の従来の見解を変更することになります。これは実務的には非常に混合介護がここに導入されることによってプラスの面が大きいだろうと思っております。

課題の4番目は、ケアマネジメントの問題でございます。今、申し上げましたよ

うに、高齢者の生活を支援するサービスは武蔵野市の高齢者総合福祉条例と同様に、介護保険給付、民間の自費サービス介護保険財源とは違う市の一般財源でやっているサービス、あるいは地域住民によるボランティアなどによるサービスなど、制度の違いによるサービスが非常にあります。そこら辺の切り分けなどの基準を明確にする必要があるでしょうということと、同一時間帯に提供される介護保険給付サービスと保険外の自費サービスをどのように切り分けてプランに落とし込むかというのは、相当ケアマネジャーの高い質が求められております。

ただし、現在の介護保険のケアマネジャーは、おおむね7割から8割が介護職出身、ヘルパー2級資格を持ってケアマネジャーになられた方ですので、医療知識に乏しいとか、専門性がなかなか発揮できないとか、いわゆるケアマネジメントとしての御経験がない方もいらっしゃると思いますので、そこら辺をどのように整理をしてプラン化していくのか、大きく能力が問われるところがございます。

逆に、プランを見て、私ども保険者、市町村は給付の適正化を図ってまいりますので、その切り分けの指導であるとか、ケアマネジャーの指導も、保険者としての負担になるだろうというところがございます。

5番目の課題といたしましては、利用者保護、消費者保護の観点でございます。一般的なサービスの物品購入など、民衆の契約につきましても、結構判断能力のある消費者の方でもいろいろ消費者被害が広がっていますが、介護の御利用者というのはもちろん要介護者でございますので、軽度の認知症やひとり暮らしの高齢者など、モラルに反する事業者が、「こういうサービスはこういうふうに使ったほうがいいですよ」などと無駄なサービスが勧められる可能性もある。消費者被害の拡大もあるでしょうということがございます。

そういう意味では、成年後見制度や権利擁護事業の普及拡大が今まで以上に必要になってまいりますし、それをチェックする仕組みというのを国全体としても御検討いただかなければならないだろうと思っております。

最後でございますが、介護に関しては規制改革という意味ではいろんな問題点がございますが、私は介護市場へのスタンスというのは全国いろいろ見て歩いて思っておりますが、3種類のパターンがございます。市町村として介護保険市場をどう見るかというスタンスで、「ジャングル型」と「動物園型」と「サファリパーク型」と私は言っております、事業者の中には虎やヒョウやライオンのような凶暴な事業者もいれば、リスやキリンや小動物のような事業者もいて、介護保険制度の施行により、いろいろな事業者が市場に参入してまいりました。そういう意味では、ジャングルの中を高齢者が歩いているといってもいい状況もあるわけでございます。それはそれで行政としては自由主義市場に丸投げをしていくというスタンスで、行政指導をほとんどしない保険者もございます。一方で、動物園型といったら、事業者が、あなたはここのおりに入りなさい、あなたたち動物はここのおりに入りなさいという形で、かなり細

かく徹底して行政指導を行っている保険者さんもあって、細かいルールをつくっているというところもございます。ある意味では措置制度はそういう制度だったわけですが、いろいろな事業者を行政が管理して、餌を与えていたというイメージがあるわけですが、今はそれが開放されていますけれども、そういう名残がある保険者もある。

武蔵野市はサファリパーク型とあって、虎やヒョウやライオンやキリンやリスもいてもいいでしょう。しかし、サファリパークに行っていていただくとわかりますが、ルートが設定されていたり、肉食動物のエリア、草食動物のエリアがきちっと切り分けられていて、一定のルールと監視のチェック機構があって、それぞれのポイントではすみ分けと監視機能がある。そういう意味では、自由競争市場ではあるけれども、一定のルール化が必要だろうという意味で、サファリパーク化というものを武蔵野市としては目指していきたいと思っています。

既存の制度の簡素化でございますが、これも介護保険の導入のとき、係長だったのでよく覚えています。2000年当時、介護保険のサービスコードというのは1,760しかございませんでした。しかし、度重なる制度改正で、現在は幾つサービスコードがあるか御存じでしょうか。2万9,546のサービスコードでございます。加算・減算とか複雑な体系となっており、余りにもサービス種類やコードが多くなり、利用者も事業者も全てのサービス内容を把握することが非常に困難で、16.8倍にも膨れ上がった複雑な制度でございます。それに合わせて運営基準や算定要件がありますので、ここについては一定の簡素化が必要だろうと思います。またICT活用によるペーパーレス化も必要でしょうということでございます。

もし、介護保険と介護保険外サービスも含めた多様なサービスの提供について御検討いただけるのであれば、介護保険サービス全般を混合介護いいですよとするよりも、先ほど申し上げましたように、訪問介護のある一定のサービス行為、例えば通院介助の部分、あるいは家事援助の部分とか、こういうことに一定の基準を設けて、保険外サービスとの活用を推進していけたらどうかと思います。

今、制度論議が非常に議論が進んでおりますが、例えば福祉用具も保険給付だけで10倍も差があるという考えられないような事態が報告されておりますが、実は福祉用具というのは保険給付と保険外給付の設定が非常にしやすい。イメージとしては、歯科診療。歯医者さんに行くと、保険ですと差し歯はこういう歯です。でも、保険外でいうと、セラミックやこういうものはあります。あなたはどれを選びますかという、保険内の治療を選択する方や、自費で9,000円払ってセラミックの高級なものを入れるということもあります。同じように、福祉用具はそれが非常にやりやすくて、保険給付は最低限自立支援のために必要な基本ベースの福祉用具に限定する。もっと高度な機能を持った福祉用具を御利用されたいのであれば、自費でこういうものを御購入あるいはレンタルすることができますよということで、制度設計は比較的しやすいのかなと私は感じております。

情報開示と第三者評価の時間はなくなりましたが、基本的には利用者目線、国民目線でもう少し分かりやすいものに改善すべきだと思います。私どもの自治体では、第三者評価についてはそれを実施していく事業者に対する補助金を15万ないし20万ぐらい補助していております。ただ、公的な基準だけで全ての情報開示が必要かといいますと、そうではなくて、今でもインターネットで「介護ミシュラン」と入力していただきますと、それなりの評価機構の評価されたものがあります。これは公的な基準だけに全てを任せるということではなくて、我々がレストランを選ぶときに飲食店紹介サイトなどを利用することがありますが、それらと同じような第三者評価ができないか。様々な民間の基準もあって、昨日ミシュランも発表されましたが、例えば国が基準を作るのは大変ですが、第三者機関や国の外郭団体が一定の基準に基づいた分かりやすい利用者目線の評価を作るということも一考かなと思います。ただ、問題は「星3つ」「星5つ」といったとき、集団的にそこにやらせ評価されてしまうと、バイアスがかかってしまうので、そこは先ほど申し上げましたような公平性であるとか、ルールであるとかというのはいかに担保するかということが課題になるかなと思います。

少し長くなりましたけれども、私のほうからは以上でございます。御清聴どうもありがとうございました。

○林座長 笹井様、本当に多々の示唆が含まれるお話をいただき、ありがとうございました。

それでは、ここからは皆様から御質問、御意見をいただきたいと思います。

土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 大変いつも武蔵野は先駆的で、直接今日お聞きできたのは大変うれしく思います。

最後に御説明があったスライド23の既存制度の簡素化、これは私も長年医者をやっていて、DPCが始まったとき、どんどん複雑化していった、大変迷惑をしているので、全く同じことではないかと同情申し上げると同時に、共闘したいと思っております。

いろいろ介護支援の機材があると。私も母の介護のときに、ベッドが80万で目が飛び出したのですけれども、確かに全自動でいいかもしれませんが、そういうものをお勧めになられて困る方も多いかなと思っております。

質問は、一番上の介護市場へのスタンスで、サファリパーク型を目指すと、大変よろしいと思うのですが、これは行政能力があつてのことであろうと思うのですけれども、なかなか各市区町村、能力的にも大変なのと、その裏付けとなる財務的、財政的なものが大変必要ではないかという気がいたしましたので、特にスライド10に、今後、在宅医療と介護連携推進事業が大変大事だと。これは武蔵野日赤さんはかなり地域に密着して努力されているのは以前から存じ上げているのですが、恐らくその支えとして、市からの財政的な支援というものも大事だと思うので、その辺の状況をざっくりしたものでいいですので、是非お聞かせいただければと思います。

○武蔵野市（笹井部長） 土屋先生、ご質問ありがとうございます。

御指摘のとおり、私どもの医療と介護の連携につきましては、武蔵野赤十字病院さんが大きな役割を果たしていただいております。実はそんなに連携の仕組み自体につきましてはお金は掛かっていないといえますか、医師会や赤十字病院さんの御努力によります。

ただ、ICT関係であるとか、そういう機器類につきましてはかなり費用が掛かります。これは、先生も御存じのとおり、消費税が値上げされるに伴って、医療介護総合確保法に基づき「地域医療介護総合確保基金」が設置されましたので、その基金の財源を活用しながら、医療介護連携に伴う事業を進めております。

前段のサファリパーク型につきましては、先生が仰るとおりに、今日持ってきませんでしたけれども、例えば武蔵野市は「ケアマネジャーガイドライン」という300ページに及ぶ冊子を作っております、それぞれのステップごとに武蔵野市の考え方はこうですよという考え方と支援のあり方を明らかにして、それに基づく研修をやったりということがございます。そこは仰るように保険者としての問題意識の問題もあるかなと思いますし、事業者の思いもあります。例えばケアリンピック武蔵野は実行委員会に全てやっていただいて、私どもは事務局として裏方に徹する。しかも地域全体の、例えばケアリンピックの協賛協力事業者、全部合わせますと96事業者が協力している。加えて、杏林大学保健学部、武蔵野大学人間科学部、成蹊大学文学部さんも御協力いただいて、行政と民間と大学と、そういう形の大きな協力体制があります。

やはり、冒頭申し上げましたような、まちづくりの目標とか、共通認識といえますか、規範的統合といえますか、こういう方向を武蔵野市は目指しているんだよ、ということの関係者の皆さんに御理解いただくことが一番肝要かなと思っております。

ありがとうございます。

○林座長 よろしいですか。

では、森下先生。

○森下委員 本当に先駆的な取組の御紹介、ありがとうございます。

武蔵野のほうでも、例えば先ほどお話があった院内での介助等で混合介護が必要であるという話がありましたし、恐らくいろんな取組が武蔵野方式以外にもあるのだらうと思いますので、それぞれの事業者ごとに必要とされる混合介護のやり方があるのだらうと思ったのですが、御質問としては、現状している中で、先ほど細かい区分けのところを数字を実際に出された、2,500円と御案内された記載で出ていましたけれども、これを実際にやる時に、ほかのところからお聞きしていると、一旦家の外に出て帰ってくるとか、いろいろな試みで切り分けられているという話を聞くのですが、武蔵野市の場合はどういう形でこの切り分けをされているのでしょうか。結局きれいに切り分けできるのであれば、混合介護の問題はもっと非常に簡単になるの

だろうと思うのですけれども、具体的にはどのようにされて計算されているのですか。  
○武蔵野市（笹井部長） ご質問ありがとうございます。

そこはいろいろ自治体によって工夫があるかと思えますけれども、例えば人を替えなければいけないとか、先生が仰るように、一回外に出てというやり方やエプロンの色を替えるとか、そういうところで一定の区分けをしていただく。それも誰がチェックするのかという話もありますが、厚労省の指導で区分けが必要となっています。

基本的に事業者は介護保険事業者とは別契約の人材を入れるという場合もございますので、そこは事業者さんと保険者の関係の中で調整させていただいているというのが実態でございます。

○森下委員 でも、本当をいえばエプロンの色を替えるのも外に出るのと同じような話ですし、事業者の方が替わるというのも同じ方に来てほしいというのが多いでしょうね。そういう意味だとすると、形だけ替えるというのは余り意味がないのではないかと思うのですけれどもね。具体的に何かこうするともっと便利になるというものはないのですかね。恐らく使っている方は、人が替わるというのだったらもうやめようかという話になるでしょうし、せっかくなじんでいる方がいるのだったら、その人に来てほしいと。エプロンの色を替えるというのは、多分、やっているほうも、されているほうも本来は意味が分からないと思うのですね。だから、何かもし武蔵野市のほうでこういうのがあったらきれいだなというアイデアがあれば。この問題に関しては恐らくこれがキーだろうと思うのです。

○武蔵野市（笹井部長） 同一人物でもいろいろなパターンがありますので、何とも言えませんけれども、例えば給付の部分が身体介護で、自費の部分が家事援助、調理だとかという場合もありますので、ケース・バイ・ケースですので何とも申し上げられません。基本的には供給量の問題が非常に関係してくると思います。スライドの一番最後の例も、実は月曜日と木曜日の事業者はよく見ていただくと事業者名が違うのですね。供給量が非常に潤沢にあれば、先生が仰るように同じ人物がずっとその御家庭に入って、その方との信頼関係を作るということが可能でございますけれども、都市部においてはヘルパーさんの供給量が非常に限定されていますので、事業者も替えなければいけない。あるいは事業者の中でヘルパーさんも調理の得意なヘルパーさんと身体介護が得意なヘルパーさんもうらっしゃいますので、そこはケース・バイ・ケースだろうと私は思っています。 お答えになっているかどうかわかりませんが。

○江田座長代理 なかなか目指すところは恐らく国民みんな一緒だけれども、やってみると難しいといったことが、本日の説明でよく分かりました。ありがとうございます。

具体的な質問、今のと続くと思えますけれども、ケアマネジャーさんのプランの作り方のところ、ここの能力の問題と、スライド21になりますけれども、市町村業務の負担増というお話がありますが、実際今、どのぐらいの負担になっていらっしゃるかというのは把握されていますでしょうか。

○武蔵野市（笹井部長） ありがとうございます。

いわゆるケアマネジャーの支援の問題でございますけれども、幾つかございます。第一は私どもは6つの地域包括支援センターのエリアごとにケアマネジャーを組織化して、毎月研修会を開催して、情報交換やケース検討をしております。それを地区別ケース検討会と呼んでおりますが、これ以外にも地域ケア会議と多職種の会議などもやっているわけですが、地域連携の重層的な仕組みとして、地区別ケース検討会とか、エリア別地域ケア会議というような、重層的な形でいろいろな研修体系をしております。

第二は、ケアプランチェック、ケアプラン指導研修というのをやっております、ケアマネジャーが作成したプランを市に提出していただいて、アセスメントの段階から専門家集団がそれをチェックしていく。赤ペン先生と言われることもありますが、的確なケアプランになっているかどうかということを出調調査をかけて、関係者が、排せつの支援にもっと重点を置くべきではないか、などのチェックなどもしております。

第三にいろんな給付の適正化に取り組んでいます。住宅改修、福祉用具等につきましては、私どもの職員が直接現地を訪問しないと、書類に書いてあることが本当に正しいことなのかどうか分からないということもありますので、ケアマネジャーさん等から出されてきた住宅改修の必要性が本当にあるのかどうかという問題もチェックするということがございます。

特に、先生御指摘の問題は、ケアプランのチェックが、ここまでが保険給付で、ここからが自費や保険外だということも、先ほど見ていただきました、書類上できっちり区分けがされていれば別ですが、同一時間帯の中で、家族向けサービスと利用者本人向けサービスが混在してる場合、なかなか難しいので、プラン上どのように位置付けてやるかというのは、同一時間帯というのは非常に難しい問題があると思います。分けてあれば、ここは御覧いただいたように分かると思いますけれども、それは指導の仕方もあろうかなと思いますが、そういう課題がございます。

○江田座長代理 そこでエプロンの話とかになってくるのだと思いますけれども、非常に複雑なものだと理解しておりますが、家族と同居している人へのサービスも、当然のことながら、同じ時間帯であれば柔軟なものを恐らく市民の方は使いやすいものをお求めになると思います。負担増がネックとなって、難しいからできないということよりも、より市民にとって使いやすい形を一緒に模索していきたいと思いますが、その辺りは市としては何か新しい考え方とかはございますでしょうか。

○武蔵野市（笹井部長） 基本的には同居の家族といった場合、どこまでの同居の家族かというのがあります。私どもは、同じ同居の家族でも、高齢で疾病をお持ちだったり要介護状態の同居の家族がいる場合は、保険給付として、その利用者の方の生活援助を認めております。逆にぴんぴんして元気で働いていらっしゃって、たまたま夜遅いから私の分まで食事を作ってということも含めてることを認めるかどうかということはあると思います。それはそれでほかの介護保険とは全く別の自費サービスで提供する仕組みがもちろん現在

でもあるわけですから、そういうところでいいのかなと思います。そこは運用の問題で、同じ同居の家族であったとしても、疾病を抱えていらっしゃるのか、健康でない方については、保険給付の運用の問題として柔軟性を加味すればと考えております。例えば介護保険では保険料と公費が投入されていますから、ぴんぴんした家族が元気なのに、介護保険の給付と一緒にサービスを受けていていいのか、年がら年中ヘルパーが来て家族の食事や掃除をしているみたいだけど、ということに保険料や税金を負担していただいている国民の皆さんの理解が得られるのか、という判断もあるのではないのでしょうか。、いずれにしても、一定の範囲と基準というのは議論の余地があるのかなと思います。

○林座長 ありがとうございます。

安念先生。

○安念委員 どうもありがとうございました。

ちょっとケアマネさんの話なのですが、ずっと前からケアマネジャーの重要性は言われていて、しかし、これもずっと前から、根本的に2つの問題が指摘されてきたように思うのです。

1つは能力の問題です。これは、能力が低いということを行っているのではなくて、理想論を言えば、身につけていなければならない知識、経験の範囲が余りにも広過ぎる。もう一つは立ち位置の問題で、被保険者の側に本当に立てているのかという問題。極端な言い方をすれば、ある種の利益相反の問題とでもいいでしょうか、それがあると思うのですが、長い間この分野に携わっておられる笹井部長として、進歩が見られているとせばいいのか、問題点はある意味ではますますあらわになっているというのか、どういう御認識でいらっしゃいますか。

○武蔵野市（笹井部長） ありがとうございます。

先生御指摘のとおりで、恐らく介護保険の16年間の課題は実はそこにずっとある問題だと思うのですね。私は一言で言うと、玉石混交だと思っております。

保険者としては、玉石混交が玉石の混交のままだと、直接的に利用者さんや市民にその影響を与えてしまいますので、玉石混交の場合は石を磨いて玉にするしかないわけですね。ですから、先ほど申し上げたような研修であるとか、ガイドラインであるとか、ケアプランチェックであるとかという取り組みが非常に大きくなってくると思います。

2点目の立ち位置、利用者サイドに立つのか、事業者サイドに立つのかという問題は非常に大きな問題だと思いますけれども、解決する方法はプランやサービスの提供をケアマネ一人に負わせないということだと思います。チームでプランを作って、チームでサービスを提供させるということです。でないと、一人のケアマネジャーだけにプランを作らせてやると、管理者のほうから同一事業者の利益になるようにと仰られたり、あるいはホームヘルプ等の限定したサービスしか投入しないことになりますから、そこで地域包括支援センターであるとか、先ほど申し上げました医療と介護の連携の中で、地域ケア会議などで、チームとしてプランを作っていき、こういうサービスもあるのではないかと。先ほど見

ていただいた、武蔵野市ってテンミリオンハウスもあるね、デイサービスに無理やり入れなくてもテンミリオンハウスとかに通えるのだったら、テンミリオンハウスとか、そういう住民型のミニデイサービスでもいいのではないかとということをチームとして作成して、チームで支えていくということしかできないでしょう。

だから私は顔の見える関係ではなくて腹の中の見える関係、あのケアマネはちょっと医療知識が弱いね、そこはきちんとチームでサポートしましょうとか、あのドクターはちょっと短気なのでレスポンスを早くして、こういうことも含めて聞いてみようかねというようなチームでの連携とサービスの提供構造を作らない限り、これはケアマネ一人で負うとか、ヘルパーさん一人で負うということになると、同じ問題はずっと続くのではないかと私は思っております。

○安念委員 ありがとうございます。

○林座長 ありがとうございます。

よろしいですか。どうぞ。

○江田座長代理 今のチームのアプローチですけれども、ICTのことについても一言述べたくて、先ほど財政をある程度抑えながらやっていらっしゃるけれども、ICTの投資だけは別だという御指摘がございましたが、チーム体制、ケアマネジャーをサポートしていく、あるいは、先ほどリストを見ましたけれども、様々なサービスがあって、その組合せをやっていかなければいけないときのICTの利用、これが各自治体の財政の状態によるようでは、恐らく組合せが難しくなっていくのではないかとというのが1点感想でした。

もう一つ、ロコミのところですが、ミシュランの話が出ましたが、武蔵野市のほうでは、ミシュランに対する問合せみたいなもの、意識の高い市民の方から評価についての問合せなどはありますでしょうか。

○武蔵野市（笹井部長） ありがとうございます。

まず、ICT連携につきましては、先生にありがたい御発言をいただきまして、国のほうでバックアップしていただかないと、通信費の問題、機器の問題とかが非常にあります。在宅医療・介護連携推進協議会の中にICT連携部会というものを作っておりまして、関係者会議を何度もやっております。うちはメディカルケアステーションというアプリケーションを活用しておりますが、医師、歯科医師、薬剤師、ケアマネジャー、訪問看護、介護含めまして399名に御登録をいただいております。今後、これをどう継続していくかというのは、最終的には今、議論しているところですが、問題は、単に導入するだけではなくて、運用をどうしていくかということで、ICTのルールというのを私どもは作っております。ローカルルールでございます。これはいろんな課題や問題がありますので、これだけで1時間ぐらいしゃべらなければいけないので、あえて簡潔に言いますが、ICTは連携の一つでしかないということと、全員がアクセスできる全ユーザーグループで個別支援方針に関する情報共有は原則として行わないというルールは、個人の情報が一度にどっと拡散する危険性もございますので、そこをどのように調整しながら国としてこういった連携あるいは

大臣も仰いましたけれども、ロボットなどについても一定の補助の仕組みが必要だろうと思っ

ています。  
ミシュランにつきましては、なかなか難しいのですが、今も実は利用者家族から市役所のほうに、要介護認定申請をしまして、いいケアマネジャーを紹介してくださいという御家族はたくさんいらっしゃるわけでございます。役所の窓口で、公的な立場としてはこのケアマネをお勧めしますとは絶対に言えないわけで、そこは様々な、例えば地域の相談機関であるとか、既にサービスを受けていらっしゃる方とか、あるいは主治医の先生に相談するとか、今だって公的な情報提供ではない民間型の仕組みというものがあるわけでございます。たしかミシュランも昨日発表されておりますけれども、幾つか、食材にこだわっているとか、調理方法に先進的な工夫があるとか、そういう基準をもとに今の飲食店のミシュランというのは作られておるわけです。同じように、介護保険や介護サービスも、ミシュランの基準になるような利用者本位であるとか、連携がしっかりされているとか、自立支援型のサービス提供に工夫をしているとか、飲食店のミシュランのような、利用者目線、国民が誰でも納得できるような基準というものを設けて、それで評価をしていく仕組みというのはできないわけではないと思います。ただ、先ほど申し上げましたように、行政がそれをやっていいのかという問題はあるわけで、その仕組みをいかに国民的に公平、中立、簡素、明快にできるかというのが課題だろうと考えているところでございます。

○林座長 ありがとうございます。

羽深さん、どうぞ。

○羽深内閣府審議官 今、いろいろお話を伺っていて、なかなかいろいろな問題があって、中でいろいろ御苦勞されて、工夫されていると思ったのですが、1点だけ、例えばスライド18の制度の理念の問題とか、スライド19の単価の問題とか、先ほどの切り分けの問題とか、いろいろある中で、ここは規制の会議なので、国からの規制によって武蔵野市さんがやりたいことが妨げられているというテーマは何かありますか。一応制度上できることになっているのだけれども、国が細かいことを言ってきてやりにくいみたいな話が聞こえてきたりするのですが、それは通達であったり、指導であったりみたいな話が聞こえてくることあるのですけれども、現実にはそこは市の判断でクリアできるのか、厚労省との関係でできないのか、そういう点でのお悩みとか課題というものは何かありますでしょうか。

○武蔵野市（笹井部長） 審議官、ありがたい御質問でございます。

実は、今、話題の新総合事業、軽度者について介護保険の給付から市町村に任せますよと、地域支援事業に位置付けますよというところでございまして、実は私も27年の早い段階から移行していました。市独自の報酬体系を創設しなければならないので、事業者の皆さんと、市町村事業になった新総合事業の価格の設定を合計16回ぐらい事業者の皆さんと、ここはどうだ、加算はどうするなどの話合いを積み重ねて一定の到達点になりましたが、国から、国の認める上限額以上に月単位で報酬を設定してはいけないという縛りがあるものですから、事業者の皆さんと合意した1回当たり単価を変更せざるを得なくなり

ました。

サービス事業者にたくさん参入してほしいという自治体さんは、今の国が定める報酬基準より高い単価を設定しないと参入していただけないわけですね。潤沢にサービス提供しているところは基準どおり、あるいは基準以下でもいいのですが、例えば月によっては月5週ある、5回サービスを提供すると、国が定める上限額を超える場合があるわけです。月単位ごとにそれを超えてはいけないということで、国から指導助言が入りまして、一度、事業者さんと合意した単価を低く設定せざるを得なくなったということがございました。あれほど介護保険は地方分権の試金石と言われ、総合事業は市町村事業なので市町村で責任を持つと言われておりますが、いろんなところで国の報酬単価の上限設定であるとか、運用上の助言があるということは審議官の御指摘のとおり、事実でございます。

ありがとうございます。

○林座長 ありがとうございます。

本日、スライド16以降で介護サービスの多様な選択の課題についていろいろお示しいただいたところは、お話を伺っていると、措置から契約になってからの介護保険のサービスの在り方の本質的な問題について御指摘いただいたような印象を受けております。

御指摘の中にもありました、ケアプランの作り方、その点がそもそも非常に見直す必要があるのではないかと感じております。

最後のスライド23のところ、プレゼンの中でも既存制度の簡素化という中でいろいろ御指摘をいただきましたが、まずは居宅サービス計画書を作るときの様式の簡素化と、合理化と、あとは本当に要介護者の介護のニーズに合ったものをプランの作成者が酌み取ってサービスプランを作っているのか。契約対象であるサービスの内容を作るに当たって、それが本当に実態に合ったものになっているのかということ、ICTを活用してペーパーレスにしたり、いろんな制度を今後見直すことでできていくのではないかと期待しておりますが、その中で特に笹井様が仰った、サービス行為ごとに基準を設けて保険内外の組合せの活用をしていくと、包括的に何か一斉に導入するというのではなく、行為ごとに見るとするのは一つの重要な御示唆ではないかと感じました。

今後も、是非そういった点でもアイデアをいただきまして、この議論の出口を探していきたいと思っております。

本当に今日は非常に興味深い、参考になるお話をいただきまして、ありがとうございます。

○武蔵野市（笹井部長） どうも、過大な評価をいただきまして、ありがとうございます。

よろしく願いいたします。ありがとうございました。

○林座長 それでは、御退室くださいますよう、お願いします。

（武蔵野市退室）

○林座長 それでは、次のヒアリングに移りたいと思います。

日本在宅介護協会の森信介副社長様より「介護サービスの提供と利用の在り方について」

というテーマで御説明をいただきたいと思います。

それでは、どうぞよろしく願いいたします。

○日本在宅介護協会（森副会長） 日本在宅介護協会の森でございます。本日はこのような機会をいただきまして、誠にありがとうございます。

日本在宅介護協会は、在宅介護を中心とする介護事業を提供する民間事業者239社が加盟している団体でございます。

本日は、お手元に資料2としてお配りさせていただきました3点、保険給付と保険外サービスの柔軟な組合せに関する問題点及び改革要望、評価制度の実態について、そのほかの規制改革要望ということで、資料に沿いまして御説明させていただきます。

資料のスライド2を御覧ください。日本在宅介護協会では、以前より介護報酬の引き上げだけに依存せずに規制緩和と効率性による生産性向上をずっと提言してまいりました。今回の保険給付と保険外サービスの柔軟な組合せにつきましても、サービス産業である在宅介護サービスの生産性向上に資するという観点から捉えております。

上段の資料はサービス産業及び在宅介護サービスの性質の整理ということで、こちらにありますとおり、サービス産業共通の性質であります4点についても、在宅介護サービスにおいても合致している。無形性、変動性、同時性、消滅性というところをいずれも在宅介護サービスでも同じような性質を持っているということで、業界としてこのような構造の中で介護サービス提供とサービス利用が同時に行われる。提供者・利用者・サービスを取り巻く環境によって変動し、なかなかサービスが標準化しづらいという性質があるというところがございます。

下段に、更に在宅介護サービスにおける特性ということで、同時性と変動性という点に着目してまとめております。

こちらに記載のとおり空間的な同時性ということで、利用者の場所というのは点在するわけですから、移動してサービスを提供するという、移動時間とか移動手段が発生する。時間的な同時性のもので、介護保険で定められた時間に対してサービス提供と利用が行われるという特性があると。時間的な同時性の2つ目といたしましては、需要の時系列な変動ということで、時間帯、朝の送迎時間であったり、お昼の時間であったり、あるいは週末とか、季節とか、そういう時系列的な変動要素がある。需要の高い時間帯に提供可能な利用は当然限られるという特性がある。変動性といたしましては、一人一人の利用者の要介護状態とか、居宅の環境とか、家族構成等が異なるということで、サービスの標準化がなかなかしづらいという、在宅介護サービスの特性があるということをも整理させていただいております。

続きまして、次のページにそのほかの在宅介護サービスの特性ということで、収益構造と従業員の雇用形態であったり、あるいは制度ということで、この3点で整理をしております。

まず、収益構造といたしましては、介護保険制度ですから、公的価格が決められている

ということで、報酬が一律であるということでありましたり、あるいは、社員の雇用形態で見ますと、非常勤の社員が非常に多いという雇用形態が特徴。この中で働く方々についても女性社員の方が非常に多いということがある。大変残念ながら、処遇の水準がほかよりも比較的低いということで、なかなか社員の定着率がほかの業界に比べても低いということで、そういったものがある。制度的な特性といたしまして、介護保険制度の下、人員配置基準、有資格者が定められているという、在宅介護サービスの特性がある。

こういう中で、我々民間介護事業者は当然、どのようにこのような特性、課題を踏まえた上で生産性向上の様々な施策を考えているかということで、こちらの下段には、皆さん御存じのとおり、サービス産業の生産性向上につなげる考え方が5点あるわけですが、こういった捉え方をして、我々は日頃事業経営に携わっているわけですが、この中で今回の保険給付と保険外サービスの柔軟な組合せというところについては、範囲の経済性を高めるのではないかとという点で注目しております。

資料を1枚めくっていただきますと、上段に在宅介護サービスの生産性向上につなげる施策ということで、範囲の経済性を拡大するという観点から、介護サービスの柔軟な組合せということで、保険内サービスと保険外サービスを同時に提供することによって、そのような範囲の経済性を拡大する。生産性の向上につなげることができるのではないかとという仮説を考えております。

業界としての今回の保険給付と保険外サービスの柔軟な組合せについての基本的な考え方を下段にまとめております。もともと介護保険制度は過重な家族介護の解消に社会として取り組むということで、民間にも開放したということでスタートしているわけですが、現状、皆様御存じのとおり、財政が非常に限られている中、また、団塊世代の方がこれから75歳以上になってくる、なおかつ、少子高齢化という中で、我々営利法人の創意工夫をいかした多様なサービスを広げるべき時期ではないかと考えておまして、また、利用者の方の選択肢を広げる、介護サービスの多様な選択を広く認めていただくべきではないかというような基本認識を持って、この保険給付と保険外サービスの柔軟な組合せについてを提言させていただいております。

資料を1枚めくっていただきまして、具体的にどのようなサービスの組合せがあるのかということで、幾つかのパターンを想定しております。

まず、訪問介護の同時一体的提供というパターンでは、例えば左のほうに介護保険内サービスと、右が保険外の想定をセットで記しておりますけれども、例えば掃除のところでは、利用者以外の掃除をするということを同時一体的にできないか。洗濯についても同じですね。利用者以外の洗濯を同時一体的にできないか。調理についても、買物代行についても、そういったものを利用者以外の家族の方のものもできないかということが訪問介護における同時一体的提供の考え方でございます。

また、指名料とか時間指定料というものを設定していただくことはできないかという考え方もございます。現状でも、お客様によっては、このヘルパーにずっと来てほしいとい

うニーズがあるわけですが、そういった場合、例えば指名料を一部いただいて、そのいただいた指名料は指名された社員の時給に上乗せしてお支払いするというので、介護従事者の処遇改善につながるのではないかと。時間指定というのは、やはりサービスが集中する時間というのは集中しますので、朝のデイサービスの送迎時間、あるいはお昼を作るとか、そういったところでの時間指定で別途いただく料金を設定していただくことはできないかというような考え方でございます。

下段につきましては、デイサービスにおける同時一体的提供のパターンということで、3点ほど想定しております。デイサービスの送迎前後に買物支援を一体的に提供してはどうかであろうかということと、同じく通所介護の送迎前後に行う外来診療支援の一体的提供は考えられないか。3点目は、同じく送迎前後に行う夕食提供の一体的提供ということではできないかということで、訪問介護とデイサービスの同時一体的提供のパターンを、今のところこんなことを考えております。

1枚めくっていただきまして、保険給付と保険外サービスの柔軟な組合せに関するメリットということで、利害関係者4者のメリットをそれぞれまとめております。

まず、御利用者の方にとっては、今まで介護保険内サービスの中で依頼できなかったことが依頼できる。介護保険内サービスと同時に依頼することで、時間を有効的に使うことができるのではないかと。御利用者の多様なニーズに応えることができるのではないかと。御利用者の方にとっては、家族等のためのサービスを受用することができると。ヘルパー、働く者にとっては、新たな仕事ができることで仕事が増える。収入が増えるということで、業務の効率化も含めて、働く側にもメリットがあるのではないかと。我々介護事業者にとっても、保険外の収入という新たな収入を得ることで、介護保険に財政に過度に依存することにはならないのではないかと。利用者御家族等の満足度向上につなげることができるのではないかと。ヘルパーの処遇改善につなげることができるのではないかと。問題を、留意点は幾つかございまして、下段にまず、このような同時一体的提供をするに当たって、線引きをどうするのかということで、保険内サービスと同時一体的提供と、保険外サービスということで、これをどのように線引きしていくのかを、まずガイドライン等で示さないと、かなり混乱するのではないかと。そのほかの問題、留意点といたしましては、次のページ、スライド12、13に記載のとおり、まず、どのようなプロセス、手順で同時一体的提供の範囲を誰が設定していくのかということで、ケアマネジャーにその辺に関わってもらわなければならないかと。その手順。下段には、時間の考え方、時間をどのように区切って、保険内サービスと保険外サービスをどのような時間で見ると。また、次のページに行きますと、スライド14、指名料の設定についてですけれども、指

名料をどのような基準で設定するのかということで、例えば社内の記事でキャリアアップの仕組みがございますので、経験年数とかそういったもので、今、事業者の中にはそういうレベルを設けているところもございますけれども、社内的な仕組みだけでいいのか。あるいは、何か第三者が評価するような仕組みで指名料のランクは設けることができないのかとか、そういうことですね。そのような問題点・留意点等があると考えております。

また、下段にありますとおり、現在、保険給付サービスと明確に区分することが求められているわけですが、その判断基準が示されていないという現状もありますし、2番目に記載のところは、公定価格を下回る価格を設定することが認められている。上回る価格設定は事実上できないとされている状況がございます。また、3点目には、混合介護では保険外サービスは保険内サービスと明確に区分した上で提供することが求められているということで、同時一体的提供はできないとされているという現状がございます。このように、幾つかの問題点・留意点等があるので、なかなか実現にはいろんな超えていかなければいけないハードルがあると認識しております。

以上、保険給付と保険外サービスの柔軟な組合せに関する問題点、改革要望について御説明させていただきました。

続きまして、評価制度の実態ということで、簡単に評価制度がどのような実態になっているかということで、実態について御説明させていただきます。

資料を飛ばしまして、スライド18、19には最近のアウトカム評価の取組の事例ということで、報道されているものと、既に一部の自治体で取り組まれている事例をこちらにまとめておきました。アウトカム評価というのは、まだまだ介護サービスの中では拡充の必要性が求められているわけですが、このように一部の自治体で介護度が改善したときに奨励金を出すとか、そのような成功報酬の導入が一部先行して実施されています。

また、下段には、先日報道されているとおり、安倍首相が未来投資会議において介護、自立支援を中心とした制度への転換を表明されております。介護度が改善された事業者には介護報酬を引き上げることはどうかということが言われているわけです。

続きまして、スライド20、21に評価制度の現状ということで、今、介護サービスの情報の公表ということと、自治体による指導及び監査と、福祉サービスの第三者評価という枠組みがあるわけですが、このような制度がある中で、制度の課題として下段に記載させていただいておりますけれども、私ども、全国で事業をやっている者の課題認識といたしましては、都道府県、市町村によって異なる評価制度であったり、料金とか内容が違うのですね。また、在宅介護とか、地域密着サービスとか、施設介護によって、評価制度が異なると。例えば評価員の質の問題も統一されていないということで、評価制度の質であったり、料金であったり、そういった一本化が介護サービス全体の中で必要ではないかと考えております。

では、どのようなものがあるかといいますと、次の資料のスライド22、23にありますけれども、まず、地域密着型サービスの外部評価ということで、認知症対応型の共同生活介

護、これは義務づけられているものでありますけれども、評価手数料が発生するというものです。

小規模多機能の居宅介護につきましても、義務づけられるようになったわけでございますけれども、ここでは評価手数料は発生していないというものでございます。

下段には、ある私どもの会員の会社の認知症対応型の共同生活介護の第三者評価を全国で受けている事例を入れております。全国203拠点で取っておりますけれども、評価手数料が5万円から36万円までかなりばらつきがある。助成金を出しているところもあれば、出していないところもあるということで、このようにかなり全国市町村、都道府県によって違うという実態がございます。

続きまして、スライド24、25に、また別の問題をまとめております。評価機関・評価調査員ごとに違うということで、評価機関によって提出資料が違うということであったり、期間も違うということであったり、評価員の方々の問題、評価機関ごとに違うということがございます。

また、1つの事例として、地方公共団体における一部運用ということで、私どものところでは、ある地方公共団体においては、第三者評価が推奨されている。なぜならば、居宅介護支援事業の特定事業所集中減算の正当な理由に該当するというので、一部拠点において我々は受審を行っているという実態もございます。

そのほか、情報開示というところで、スライド26、27に、介護事業を行う上場会社における情報開示の事例ということでまとめております。上場会社ですから、当然、投資家への積極的な情報開示が求められているわけですので、サービスの利用者の数であったり、売上げはもちろんのこと、あるいはサービスの質を高める取組を外部に向けて発信することは、上場会社であれば積極的にやっているという状況でございます。

以上が評価制度の実態ということで、御報告させていただきました。

最後に、そのほか、介護サービスの提供と利用の在り方に関するそのほかの規制改革要望ということで、スライド28、29にまとめております。

まず、スライド29の一番上に記載しておりますけれども、ローカルルールが今、非常に多いということで、幾つかの自治体の、私ども全国展開をやっている事業者は特に感じますけれども、自治体によって、あるいは自治体の担当者によってローカルルールが存在するという実態がございます。住民の利益に資するためということで、そのようなローカルルールが今かなり多いということでございます。そういった中で、今回の同時一体的提供ももしも実現した場合、そういったローカルルールの指導を是非やっていただく必要性があるのではないかと考えております。

また、(2)として、ケアマネジャーの業務範囲と適正な報酬の評価というところ、こちらにつきましても、ケアマネジャーがインフォーマルサービスなどの地域資源を積極的に活用していく観点からも、ケアプランに位置付けられたサービスが介護保険サービスのみであるといったところを、是非適切な報酬というところで評価していただけないかとい

う要望もございます。

最後に、スライド30になりますけれども、そのほか、地域支援事業の介護保険事業と一体的な運営を可能とする人員基準の弾力的運用をしていただきたいということでありました。また、(4)には介護予防・日常生活支援総合事業における人材基準の緩和の統一の要望、(5)には地域密着型事業について、圏域ごとに事業者が指定されていて、競争が起きないという現状、そういった幾つかの課題がそのほかにもございまして、そういったことについても、規制改革について御検討いただければということ、まとめているものでございます。

以上でございます。

○林座長 どうもありがとうございました。

それでは、先生方から御質問、御意見をよろしく願います。

森下先生、どうぞ。

○森下委員 どうもありがとうございました。

この問題は結局どうやって切り分けをして、お金を加算していくかというのが一番大きな問題だと思うのです。

お話のところにあった、スライド13、考え方の例として、同じ時間帯の中で切り分けるやり方というのが出ていましたけれども、例えば5分、5分というのがあったとして、どういうふうに行き届くかを確保するのかというのが一番難しいと思うのです。要するに、実際にはしていないのにしたのではないかと、あるいはそのまま公的なほうに乗っけてしまうのではないかと。そこに関して何かこういうことをすればちゃんとできるのか、あるいは防げる、公的な資金を余分に使うような事態を防げるというのがあれば、一つ教えていただきたいと思っております。

もう一点は、先ほどお話があったスライド29、ローカルルールの話なのですが、これは、根拠としては一体何を基にローカルルールが出てきているかというお話と、逆に指導の在り方というのですか、従わなければいけないようなものかどうかという話なのですが、本来であれば、法律に基づいたものが全てであって、口頭での指導等に従わなくてはいけない理屈は余りないと思うのですが、現状として、皆さんがそれに従っている理由というのは何かあるのでしょうか。

○日本在宅介護協会（森副会長） まず、1点目のスライド13の御指摘でございますけれども、仰るとおり、同時一体的提供でも、例えば洗濯であれば、家族の方の洗濯と一緒にやった場合、洗濯する時間が、洗濯機を回す時間はそんなに変わらないかもしれないけれども、干す時間が長いということになります。あと、例えば調理などでも魚1匹を焼くのか、2匹を焼くのか、3匹を焼くのかということ、そんなに大きな差がないということで、サービスごとに、考え方をガイドラインのように、同時一体的提供のサービス類型について、食事、掃除、そのほか、想定されるものをして、ある程度ガイドライン、業界団体のほうから何かガイドラインみたいなものに基づいてやっていかないと、御指摘のとおり

り、ちゃんとやったのかというところの検証であったり、あるいは、やり方も人によって、事業者によって違うということで、結局お客様に不利益になってしまうという御懸念どおりだと思いますので、ここサービス類型ごとに何かガイドラインを明示してやっていかなくてはいけないかなという認識は持っております。

ローカルルール那点でございますけれども、根拠、これは我々実際に自治体のほうから実地指導とか監査を受けて、これはこうしてくださいと、例えば何々区の考え方ですということで、そう言われますので、ここでは不適切なものなので、介護報酬は返還してくださいということで、地域が変われば自治体で違ったりするわけですがけれども、その地域の住民の方に資するためですということで、それ以上の抵抗はできないというか、しないというところですね。

○森下委員 お金の返還をしてくださいという形でも言うてくることはあるのですか。

○日本在宅介護協会（森副会長） 当然、返還が必要なものも含めてですね。

○日本在宅介護協会（市川事務局長） よろしいですか。

今のローカルルールについても、それこそ地域によって契約書一つとっても担当の方ですとか、広範囲にわたって事業を行っている法人さん、当然契約書は全部訪問介護なら訪問介護、居宅なら1本で全て法人としてまとまっているわけですがけれども、担当者によっては今、言った実地指導等々で担当者に、ここの表現はこのように変えてくださいとか、そういった直接的な指導が結構ありまして、それに関してまた県のほうに問合せをしたりとか、実際にそういったものもございます。

○森下委員 非常に不合理な状況があるということがよくわかりました。

○江田座長代理 2点ございます。

1点目は、組合せのパターンをいろいろ見せていただいて、スライド8のところですがけれども、ちょっと私の感覚から見ると、恐らくよくある御要望と、年に1度起こるか起こらないかの御要望が混ざっているような気がしたのですけれども、この中で何かニーズの高いものはありますかという質問が1つ。

最後、スライド29ですが、私の理解が進んでいなかったのですが、もう一度第2点の介護支援専門員の業務範囲と適切な報酬、具体的に何を定めるべしという御提案なのか、ちょっと砕いてお話しただけると。お願いします。

○日本在宅介護協会（森副会長） スライド8に記載させていただいた、訪問介護における同時一体的提供、こちらにつきましては、ニーズの高いものといいますと、調理、掃除のところ、利用者以外、同居の家族の方の調理、家族の方が遅いので夕食の準備を一緒にしてくれないかということであったり、家族の居室の掃除、洗濯、そういったものは非常に日常生活の中では発生しているもの。当然独居の方であればあれですがけれども、同居されている家庭であれば、そういったものは日常的に接しております、中には業界の通例として一部やっている事業者も実態としてはあるのではないかと。ただ、それは認められていませんので、ほとんどの事業者はやっておりませんがそういったものが実態的に

は一部行われているのではないかという現状がございますけれども、そういったものはニーズが高いですね。

○日本在宅介護協会（市川事務局長） 介護サービスの保険内と保険外のサービスで、今、お話があったように、本来介護保険では本人様、利用者様のみななのですが、要望が多いのは同居家族のためのというところが一番です。

今、言ったように大掃除ですとか、非日常的な、本当にイレギュラーなものは想定はしていませんが、日常的に居室にある寝たきりの方のベッドのところちょっとお花があります、ちょっと花に水やりとか、厳密に言うと今まではそういったものは全くできていなかった状況でございます。

ただ、そうなると、料金的な部分とか、メニュー構成をきちんとしなければいけないと思います。

○日本在宅介護協会（森副会長） スライド29の（2）のところでございますけれども、これは今回、保険内サービスと保険外サービスの同時一体提供を仮に少しできた場合、ケアマネジャーが、では、誰が同時一体的提供が必要かということをチェックするのか。保険サービスの必要性と、同時一体的サービスの必要性というのは、ケアプラン上の中でもチェックするとか、そういったものをやってもらうと、今、ケアマネジャーはそういったことは当然対象外になっているわけですが、その仕事が増えた場合、それなりに適切な評価をしていただかないと、ケアマネの仕事がますます大変になってくるということ、そういったことも合わせて、ケアマネの方は介護保険が始まった時は50人のプランを作るということであったわけですが、今は35人になっているわけですが、私ども、慢性的な人員不足の問題もございますので、一人のケアマネが見るプランの数も、介護保険が始まったときの50人に戻してほしいという要望もしているのですけれども、そういったケアマネの業務範囲、今回のことも含めて適切な評価をしていただきたいという観点でございます。

○林座長 土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 大変保険給付内と外の併用で御苦労されているのは分かるのですが、医者立場だと、自由診療は一緒にやるといかぬということで、独立していると逆に価格も自由価格なわけですね。これが介護になると、一緒にやってもいいけれども、保険外のも規制するぞということが見え見えで、時間でやるとか、いろいろ御苦労されていると思いますが、そこに大体口を出させること自体がおかしいのではないかと。価格が高ければサービスを受けないという拒否権が利用者にあるわけですから、それをもっと主張してもいいのかなという思いが一つあります。

もう一つ、スライド14に指名料ということが出てきているわけですが、それからいくと、いわばこれもどちらかといえば保険外の概念が入ってくると思うのです。本来は古い習慣として、日本でも付け届けとか外国でいえばチップみたいなものがあるわけで、その概念からいったら、ランク分けすること自体が、厚労省は顧客に指揮権が移るのはお

かしいと言いますけれども、保険外であればこれは当然指揮権が顧客にないとおかしいので、厚労省がこれを言うこと自体がおかしいわけですね。保険内であればこれは当然保険でやるのだからということによろしいですけれども、ここはもっと強く言って、私はチップは決して悪いものではなくて、チップが表に出れば、これは利用者の満足度が数値で出てくるだけですから、これほどいい許可方法はないと思うのですね。そういうパラダイムシフトをしないと、これはいつまでも保険外にまで厚労省が口を出す根拠をむしろ与えてしまうのではないかと思いますので、その辺、今すぐ結論は出ないかもかしれませんけれども、その辺も根本的なパラダイムシフトしてはいかがかないと思いますので、ちょっと発言させていただきます。

○日本在宅介護協会（森副会長） ありがとうございます。

実は、介護保険が始まる平成12年の前に、平成10年に当時の厚生省様も指名料についての考え方を当時の社会保障審議会でも提案されていたのです。ただ、残念ながら一部の委員の方から、発言をそのまま申しますと、バーやキャバレーではあるまいしという一言で、指名料というものがなくなったという歴史があるということを知っています。

私ども事業者側としても、指名を受けるということで、働く側にとってもお客様に評価されるというインセンティブが働いて、仰るとおり、サービスの質の健全な競争、かつ、我々にとっては優秀な社員が定着していくということで、指名料を処遇に反映することによって、定着率も上がって処遇も上がっていくということで、介護サービス業界の中における働き方改革にもつながるのではないかと期待しているというところでございます。

○土屋専門委員 今の働き方からいっても、インセンティブを作るというのは、個人に返らないとインセンティブにならないので、まさに指名とかチップみたいな形のもの、現物でそのまま本人に行く。一回業者を介してとかは大変くだらないことではないか。温泉旅館に行って、チップを渡すと、翌日の朝ずらっと並んで、おかみが、昨日はありがとうございましたと、そういう平等主義は本来のインセンティブに反すると思いますので、是非頑張ってくださいと思います。

○林座長 ありがとうございます。

安念先生、いかがですか。

○安念委員 土屋先生の仰るとおりで、もともと混合介護は禁止されていないのですから、自由なわけです。ですから、この部分をどうすべきですかという制度を作るというのがもともとおかしい話であって、事業者さんが自由な創意工夫でなされればよろしい。

ただ、確かに保険は保険で賄われているわけですから、保険内と保険外をきちんと区分する方法は考えなければいけないし、一方、保険外のサービスによって、保険制度が何か根本的にゆがんでしまうようなことをしてはいけないというのは当たり前ですが、だからといって、保険外が禁止されているわけでも、制限されているわけでもないという出発点は堅持していらっしゃらないと、何だか妙なことになってしまっ、事業者さんが

自分で何となく厚労省の規制の下に、好んでとは申しませんが、結果的には入り込んでしまうようになってしまうことを恐れます。こんなことを私が申し上げるまでもないけれども、自由が出発点であり、それを現行法も何ら禁止していないというのがまず基礎になければならないとつくづく感じました。

○林座長 私からも質問させていただきたいのですけれども、スライドの13、同時一体的に提供された介護保険外サービス時間と、介護保険内サービスにおける費用算定に関してどのように考えるかという、この点についてですが、そもそもが介護報酬というのが今、家事援助について時間単位で決まっているというところから、改めて時間単位ではなくて、サービス行為とか成果、食事を作るとか、掃除をするということについて、要介護者について保険が出る。要介護者以外の御飯を作る部分は別料金ですよということができれば、同時一体提供しても、区別は当然出発点としてできているのではないかと思うのですが、そういったことはアイデアとしてはいかがでしょうか。

○日本在宅介護協会（森副会長） 保険サービスの報酬の考え方そのものに関わることでございますので、なかなかそこは、仰るとおり、行為とか成果ということであれば、時間ではなくて効率性という観点でも、効率よく成果を出す人も出て来るということで、そこで介護従事者のサービスの質もおのずと上がっていくということにもつながると思いますので、今のお話は非常にすばらしいと思いますが、なかなか保険サービスの報酬の考え方のところに関わることでございますので、今回、同時一体的提供がもしも少しでも実現できるのであれば、仰るとおり、その部分も含めてかなり考え方を抜本から考えていく必要性があるのではないかと思います。

○林座長 今、生活援助サービスの介護報酬は45分以上が235単位2,350円からということなのですかね。20分から45分が190単位1,900円からということになっているそうなのですが、武蔵野市からいただいた資料では、保険外の家事援助は1時間あたり1,100円程度となっているようで、むしろ保険外サービスのほうが安い可能性もあるのですか、そういった逆転しているような状況もある中で、サービスのものによっては一律2時間単位でなく、成果単位という在り方もあるのかなと思ったりしております。

または、いろいろアイデア出しが必要かなと思っただけで、同じ時間単位で介護保険上の介護報酬を支払うとしても、例えば生活援助の人数費で単純割する。例えば要介護者1人と家族2人の食事を作るのなら、調理に要した時間が30分なら10分が保険内、残りの20分は保険外とするような算定方法というのはいかがでしょう。

○日本在宅介護協会（森副会長） 人数割の考え方は一つの考え方、いずれにしても、何らかのガイドラインというか考え方は必要だと思いますので、今仰ったような考え方も非常に導入すべき点では検討になるのではないかと思います。

○江田座長代理 先ほど例えばデイサービスに行った後の送り迎えのところでの買物であったり、帰った後、独居の方が夕食をどうしようというときのサポートであったりとかもできないということなのですから、現在、そういう問合せがあったときには、サービ

ス的にはどうされているのですか。

○日本在宅介護協会（森副会長） 例えば介護保険サービスが終わった後に連続的に保険外サービスということで、買物支援を別途御利用いただくということですね。私ども、保険外サービスもやっておりますので、保険外サービスのスタッフがやると。例えば同じスタッフでもやらせる事業者が多いわけですが、ある自治体の例では、例えば訪問介護サービスが終わった後に、保険外サービスを同じスタッフが提供するのであれば、別室に行ってユニホームを着替えてくださいというような指摘をされる自治体も一部あるということで、自治体によってその考え方は違うのですね。ただ、一応連続的に提供して、お客様のニーズに対応しているというケースですね。

○江田座長代理 また何かエプロンな感じがしてまいりましたけれども、ユーザーの視点に立ってみると、恐らくサービスを提供する方から見ると明らかな違いになると思いますが、ユーザーの方から見るととても不自然なことなので、どうにかそういったところもユーザーのニーズに応える形で何か解決できればいいなと思います。

もう一つ質問ですけれども、スライド20、評価の部分でございます。いろいろな評価者によって変わったり、自治体によって違ったりといった問題提起のほうがございますけれども、この評価、先ほど何種類かあった中で、ユーザーの評価というか、ユーザーの家族からの評価がないように思えたのですけれども、ここについてはどういうお考えでいらっしゃいますか。

○日本在宅介護協会（森副会長） 独自の取組として、私どもで言うと、例えばお客様満足度調査というのを年に1回定点観測しておりまして、拠点サービスごとに調査票を配布させていただいて、回収させていただいている。これは自主的な取組としてやらせていただいているものがございます。これはあくまでも事業者の任意です。

こういう評価制度が実際に利用者の方にとって、利用者のサービス選択に利用されているのかという課題の捉え方もございますし、評価制度の統一性であったり、地域ごとの違いであったり、お客様目線での今仰ったようなところがまだまだ拡充が必要ではないかということは御指摘のとおりです。

○林座長 土屋先生、どうぞ。

○土屋専門委員 先ほど林座長が仰ったように、介護保険外のサービスの値段の決め方はいろいろあっていいと思うのです。同じサービスであっても業者ごとに違ってもいいのではないかと。そこを介護保険内にこだわってやろうとすると、かえって、先ほど安念先生が指摘されたことになるのではないかと思います。

先ほどの指名料ですけれども、これこそ正に評価の数値化ができるので、導入すべきだと。ただ、指名料がキャバレーだというさもしい考えの方がまだ残っているとすれば、アポイントメント制とか、ノミネート料とか、私、片仮名を公的なので使うのは嫌いなので、キャバレーよりはアポイントメントのほうがよほどきれいではないかと思えますので、是非そんな名前を変えて復活させたらいかかと思えます。

○林座長 ありがとうございます。

評価の点についてですけれども、統一的な評価を希望されるという場合の、具体的にもう少し統一的な評価制度のシステムのイメージがありましたら、教えていただけますか。

○日本在宅介護協会（森副会長） 今の評価制度は地域密着型サービスの認知症のところでは義務付けられていて、小規模多機能のところでは義務付けられている。そのほか、例えば訪問介護のほうはそもそも評価制度がないわけですね。ですから、やはり利用者の目線から言うと、地域密着型サービスの評価制度があっても、義務付けられているとなっても、一方で、訪問介護サービス、通所介護サービスのそういったものはないというところが、なかなか御利用者の方にとっては違和感を非常に覚えるのではないかと思いますので、もうちょっと介護サービス全体の中での評価制度という視点で、その中にいろんなサービスがあるわけですから、事業者の介護事業を行う上での適切性であったり、そういったものは、上場会社であればいろいろな情報公開を積極的にしているわけですが、介護事業を行うプレイヤーは様々な事業体があるわけですから、そこで発信されている情報の量も質も違うわけです。そういうお客様が得ることができる情報が、評価制度についてもサービスごとに違い、事業主体によっても違うというような現状の中で、何らかの制度全体の仕組みを作るべきではないかという、そういう問題認識しか持っておりませんが。

○林座長 ありがとうございます。

今日のスライドの22にあるように、現状は大きな部分を占める訪問介護についての評価制度はなく、あるのは施設の類型ごとの認知症対応型の共同生活介護だったり、小規模多機能型居宅介護についての制度があるにとどまっています。ユーザー側からすると、介護の状態に家族がなったときに、どこを利用するか、どういうサービスをまず受けようかという出発点に立ったときの情報がありません。その情報を選択するための評価の制度を義務付けられたものもない。

一方で、社福については、任意受審の第三者評価制度があるそうなのですが、非常に受審率が低いと言われております。やはりこれは義務付けがないと受審のインセンティブというのはないものなのではないでしょうか。

○日本在宅介護協会（森副会長） そうですね。私も介護保険制度という中で事業をやっておりますので、そこの中で義務付けというのが、制度を、いろんな基準を維持するというものでありますので、そこに更に評価、制度についても義務付けというものがなく、なかなか多くの事業者がそれを自ら積極的に取りに行こうというインセンティブは働かないのではないかと。我々介護事業者の中でも上場会社とか、そういったところであれば、そういったものの情報を積極的に出すことによって、お客様に選んでいただくという発想がございますので、それは全くちゅうちょせずにやるわけですが、繰り返しになりますが、いろんな事業体がいらっしゃる中で、最低限のスタートラインは一緒にするという観点が必要ではないか。そうすることによって、業界全体の健全な発展につながるのでは

はないかと考えております。

○林座長 もう一点教えていただきたいのですが、御社のような全国的な組織であれば、雇用されているケアマネジャーの方がケアプランをつくる際には、ICTを活用したシステムのようなものを導入されているのでしょうか。

○日本在宅介護協会（森副会長） ICTというところまでいくかどうか分かりませんが、ケアプランを作成する。最近ではよく報道されていますけれども、ケアプランを作るのにも人工知能を活用しようという動きをされている民間事業者の方がいらっしゃいます。私どもはやっておりませんが、ケアプランをつくるに当たって、人工知能にいろんなデータを蓄積して、適切なマネジメントを人工知能の助けを借りてやろうという動きがあるようですけれども、それは評価は別として、いろんなICTを使って、業務負担を軽減するような仕組みを、事業者によって取組がされつつあることは事実ですね。

○林座長 安念先生、どうぞ。

○安念委員 先ほどの保険内と保険外でユニホームやエプロンの色を替えるという話が出ていましたが、これはこの点だけ取り上げてみると笑い話のように聞こえるのですが、意外に問題の本質を表しているのではないかと思うところがあります。つまり、保険内と保険外をきっちり分けないと、とにかくこの話は前に進まないはずなので、その場合は、現場がばたばたと忙しい中で、保険内と保険外を切り分けるためにはそんなに緻密な作業はできないわけです。そうしますと、例えばの話、エプロンの色を替えることによって、自分は今、保険外なのだ、保険内なのだということをはっきりと分かるように認識するというのは、それはそれで子供じみてるように見えるけれども、現場の知恵の一つなのではないかと思うのです。

結局のところ、一体的に提供する、さらには、いわばまだらのように提供するということになる、切り分けがますます難しくなってくるのですが、それを大した負担なしに切り分けられるような方法を作らないことには先に進めないということなのだろうと思うのです。

そうしますと、先ほど座長が仰ったように、魚を3匹焼いたときに、要介護者御本人の時間と御家族の時間とをきちんと切り分けることなどはできませんから、結局一種のフィクションで、みなし時間となっていかにざるを得ない。それをどうやって簡便に作っていくのかというのが非常に大きいポイントのように感じました。

○林座長 ありがとうございます。

森下先生、どうぞ。

○森下委員 私も安念先生と同じ意見で、結局そのところがコアというかキーだと思うのです。難しいのがICTの活用も思うのですが、一方で、受ける方が認知症の御家族の方とかで、使いにくいだろうと。ヘルパーの方々も、正直、ICTに強い方がいらっしゃるとも思えない。そうすると、なかなかICTを活用するという、一般的な、私どもが好きな手法というのが、現実問題として機能しない可能性が高いのだと思うのです。

その中で、忙しい介護時間の中でどうやって簡単にやるか。それが解決すれば、実はかなりの問題が解決するのだらうと思うのですけれども、残念ながらいいアイデアが私もなく、そこをどうやってやるか。

多分、一番問題としては、一つは介護を受ける方が過剰にお金を取られないかという心配と、もう一点は、公的なお金である介護のお金というものがある意味私的なところで使われないか。両面があると思うのです。ですから、そのバランスをどうやるかというのが、うまく解決すれば、この問題というのはそんなに大きな問題ではないと。ただ、それが非常に難しいので、現実的に頭の体操をしてみても、いいアイデアが今のところ思い浮かばないので、何かその辺でいい手法があれば、一気に動くのかなという印象はあるのですけれども、なかなか難しく、この案でいけばいいというのを今のところ私は持っていないで、ずっと考えているのですけれども、問題点については多分その2点なのだろうと思います。

○林座長 現場の皆様からのいろんなアイデアをいただきながら、更にこの議論を続けていきたいと思っております。

そろそろお時間となりましたので、本日はここまでとさせていただきます。森副会長様、本当に今日はどうもありがとうございました。

それでは、御退室いただいて。

(日本在宅介護協会退室)

○林座長 本日の議題は以上ですが、事務局から何かございますか。

○中沢参事官 次回のワーキング・グループの日程につきましては、追って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した。

介護問題については、今後とも様々な立場の方々からのヒアリングなど、丁寧な議論を進めていきたいと思っております。

本日はこれにて会議を終了いたします。お忙しい中、お集まりいただき、ありがとうございました。