第7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1月17日（火）15:29～17:27
2. 場所：中央合同庁舎4号館12階1214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）、
大田弘子（議長）、安念潤司、森下竜一
（政府）松永内閣審議官、羽深内閣府審議官
（事務局）田和規制改革推進室長、中沢参事官
（埼玉県和光市）東内保健福祉部長・子どもあんしん部長
（社会福祉法人ノテ福祉会）対馬理事長

4. 議題：

（開会）

議題：介護サービスの提供と利用の在り方に関するヒアリング

- （1）埼玉県和光市からのヒアリング
- （2）社会福祉法人ノテ福祉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、定刻より少し前でございますけれども、皆様おそろいですので、ただいまより「規制改革推進会議第7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、御出席をいただきまして誠にありがとうございます。

なお、本日は大田議長にも御出席いただいております。

本日は、土屋専門委員、戸田専門委員は御欠席でございます。

また、昨年12月28日付で御就任されました川渕専門委員も本日は御欠席となっております。

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、「介護サービスの提供と利用の在り方に関するヒアリング」であります。

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。

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「介護サービスの提供と利用の在り方」について、ヒアリングを2件、行います。保険者の立場から埼玉県和光市、それからサービスの提供者として社会福祉法人ノテ福祉会からヒアリングさせ

ていただきます。いずれも介護サービスの向上に長年御尽力され、実績を上げてこられたお二方でございます。

最初に、「和光市における地域包括ケアシステムの機能化と実践」というテーマで、埼玉県和光市の東内京一保健福祉部長・子どもあんしん部長様からプレゼンをお願いいたします。和光市は、「和光モデル」と呼ばれる独自の介護制度をお持ちで、それにより介護予防及び要介護度の重度化予防に大きな成果を上げておられると伺っております。

それでは、東内部長、御説明をよろしくをお願いいたします。

○和光市（東内部長） 改めまして、皆さん、こんにちは。埼玉県和光市の東内と申します。今日、いわゆる混合介護とか介護保険サービスに対する課題といったところの規制改革等について、自治体の立場から意見を述べさせていただきます。

まず、順番が逆になるのですが、資料1-2のほうの説明をさせていただいて、そこから論点となる部分を1-1のほうで御説明したいと思います。

それでは、資料1-2の、申し訳ないですが、スライド8からお願いいたします。今、座長から御紹介いただきましたが、埼玉県、よく和光方式と言われるのですが、それについては異論・反論がいろいろございます。そういう中で、私は地方分権の試金石として、介護保険というのは国の制度であり、保険制度であります。自治体の分権能力が試されるものだといったところで、わがまちの課題を知って、わがまちの課題はわがまちで解決するのだといったところを進めてまいりました。

その中で、スライド8が、地域包括ケアというのは理念先行で行っているようなところがあるのですが、2025年を踏まえると、これは包括ケア研究会で私が発言したところですが、高齢者の生活課題が増大する。生活課題という捉え方では、身体的に生活が自立できない。メンタリティーとか精神的にできない。もう一つは、経済的自立ができない。その3要素の中で、どれかが欠落するか、三つ駄目になっていくのか。そういう中で、単独世帯、ひとり暮らしが多くなったり、認知症も多くなる。

真ん中の四角ですが、介護保険サービスでAさんを解決できる。Bさんは、介護と在宅医療がなければ駄目だ。Cさんは、介護に医療保険に、例えば混合介護となるような生活支援に、成年後見制度も必要だと。生活課題を解決するのに、他制度をくっ付けなければ生活ができないのですね。そこには、行政の縦割り、制度の縦割り、専門職の縦割りとか、いろいろな縦割りがあります。その縦割りを全部排して、Aさん、Bさんの課題を解決することを包括ケアマネジメントと当市は呼んでおります。その包括ケアマネジメントに必要なサービスが、中学校区レベルの日常生活圏域という場所から提供できる体制・環境を、地域包括ケアシステムと当市としては捉えてやっております。

次のスライドです。そうすると、これは国が進めている中ですが、スライド9で、今回、これは社会保障分野ですが、急性期とかリハとかを強化しているわけです。そうすると、おのずと退院が促進されるわけです。今までは、急性期もしくは一般急性期から老人保健とか特養に行っていた横の流れが、そればかりではないですが、これからは右のほうで、

住まいとかケア付き住宅のところは、簡単に言うと特養並みの介護とか介護療養型みたいな医療ケアが在宅に来なければ、在宅で要介護4、5の方がいると安心・安全かどうか分からないわけです。だから、常に施設志向が高い。

その中で、今、言ったようなAさんには在宅医療と介護が必要とか、それをくっ付けて、平成16年ぐらいから提供を和光はしてきました。そういう形をもって施設を選択するという形と、在宅を選択するという二つの形の提案ができるようになったのです。家族としたら、要介護4、5の方が在宅にいるというのは安心・安全を感じないですね。この辺が介護離職にも影響してきたのかなといったところです。その中で、生活支援といったところに今日の論点みたいなところがよく出てくる。

スライド10は、御存じのように自助・互助・共助・公助で。社会保障を考えると、自助が自分の力だったり、健康だったり、経済だったり。互助がご近所力であったり、ボランティア。共助が社会保障の原理で、公助が税による投入。今回の部分でいくと、互助といったところに、生活支援というのは、介護保険と連動しているいろいろなサービスがございます。団塊の世代の方の年金収入等を考えていくと、ここに自費サービスとなる部分と介護保険のサービスが混合するというのもあるわけですね。そういう関係では、最後、述べますが、私は混合介護については、一定の条件の中では賛成と捉えています。

もう一点は、今回、トランプさんが大統領に就任しましたが、自助・互助・共助・公助というのを欧米各国に例えて、よく市民にも説明します。

自助力が高いのは、例えばアメリカですね。オバマケアじゃないですけども、社会保障原理みたいなものではない。

互助というのは、NPO発祥であるイギリスとかフランスで、自治区とか地域の基金の文化を醸成していますね。だから、このぐらいの生活支援だったら地域が助けてしまうところに日本とは違う力があります。

共助では、日本・韓国・ドイツといったところが保険原理で、日本は税が入っています。

公助は、税の投入ですから、スウェーデン、フィンランド、デンマークといったところで、今回、介護保険法の改正で要支援1、2の訪問介護と通所介護が、全国統一の保険給付から地域支援事業という形で自治体に来たのです。そういう関係からいくと、共助たる日本の私が思う介護保険は、財源は公助のほうで北欧に少し向いたのかな。サービスは、フランス、イギリスの地域力のほうに行ったのかな。

今回、そういう流れを大きくしていくのかどうかといったところも重要ですが、地域に行く公助が自助において、市場サービスの購入といったところも、混合介護などには社会保障の介護保険との連動性というものが重要かなと。であるために、単純に混合介護が市場で買うサービスだけになってしまったら、それはもしかしたら介護度が重症化してしまうおそれもあるのです。私は、介護予防をやってきた人間としては、重症化とか予防概念を持った市場サービスの形態がないと、混合介護みたいなものはなかなか難しいのかなと考えております。

次、スライド15にいきなり行って申し訳ないですが、マスコミ等でよく発表されている数字ですが、いわゆるアウトカムですね。結果として、上のほうが65歳以上に占める要介護認定者の割合で、平成26年段階で全国が18.2、埼玉県で14.3、和光で9.4なので、エビデンスとか、そういうものではなくて、認定率というもので結果、アウトカムを見せていく評価手法ですね。

下のスライドに、5歳刻みに棒グラフと折れ線があるのですが、私は今後、重要だと思うのは、ここに書いてある真ん中ですが、75歳から79歳というところの点線が、全国で65歳以上人口に対して13.9が要介護認定率です。要介護認定者の割合。9.1が和光市です。団塊の世代が2025年に75歳を超えるのです。そのときに13.9程度と予測します。それが80から84になると、全国で29.4まで認定率が上がります。2025年の恐ろしさというのは、この部分かなといつも考えております。これは、介護保険から捉えていますが、医療も付随してくる。

その中、和光市では、80から84で、16.3の約半分に抑えておりますので、そういったところは、切捨てとか認定を厳しくするという論理ではない。本当の生活機能の改善といったところに、いわゆるホームヘルプみたいなものとか介護保険制度の成り立ちを活用してきたという結果になっております。

それで、下のほうのスライドでは、自然体で推計するとこんな数だけれども、和光の予防効果を加味すると、こう低減するよといった数字で保険料等を設定しております。

スライド17がその保険料で、全国平均より安い状況を生んでいる。ここでは、効率性と効果性なので、適切な介護サービスもしくは適切な介護予防サービスを入れたら、少なくとも認定者は低減か鈍化しなければ、予防に何のためにお金を使っているのだということになると思いますので、そういう部分が保険給付だけじゃない、ボランティアであったり、自費の部分にも、しつこいようですけれども、必要かなといったところです。

その実現として、スライド18で、政策の大きい計画、介護保険事業計画等をマクロの計画と言います。下の赤のミクロというのは、Aさん、Bさんのケアマネジメントであったり、お医者さんの患者さんであったり、それをミクロと言います。介護保険制度は平成12年に始まって、和光も最初の3年はオーソドックスだったのですが、その中で分析を行って、上のマクロのところ、高齢者の個別の課題と書いてありますが、生活課題を把握するニーズ調査を行った。これは、要望調査じゃなくて、生活課題を抽出する調査です。それで、生活課題が、さっき言った身体とかメンタルとか経済が分かったので、それを解決する計画を作った。

そうしたら、真ん中の輪ですが、介護保険では足りず、在宅医療とか住まいの支援とか、自費を含む、ボランティアを含む生活支援サービスとか、当時、権利擁護もほとんど財産管理で身上監護がなかったので、こういうものがないと介護保険の実現はできないといった中で、第2期の平成15年から長寿あんしんプランというものを作ったのです。単純に「わがまち」の高齢者の課題を解決する計画を作って、そのサービス基盤を整えた。

それで、ミクロのケアマネジメントでは、当時のケアマネジャーであったり、今の包括支援センターの職員もそうですが、介護保険制度のケアプランを作るのはうまいのです。そういう研修をやっていますから。いわゆる包括ケアマネジメントという、医療とか住まいとか権利擁護とか、自費も含めたいろいろなサービスを組み合わせるといったテクニックは、その頃なかなか乏しかったです。

だから、市のほうがコミュニティケア会議という、法制用語では地域ケア会議という会議をやって、それが先ほど座長が言われた、私などがコーディネートをやって、約20分で1件を解決していくという会議を積み重ねてきた。全件はやりません。不具合があるものを調整していくという会議ですね。それを行って、マクロの計画策定のサービスをうまく入れていった。

ちょっと時間の関係があるのではしよるのですが、スライド20がそのニーズ調査というもので、個別記名式の要望調査でないニーズ調査を、高齢者全員に3分の1ずつに分けて3年間でやるので、4年に一遍は必ず調査が行く。その調査は、身体機能、歩けるとか排せつ、日常生活動作の掃除ができる、電話がかけられる、洗濯ができる。住まいの状況とか認知症の状況とかスケール、症状を個別記名式で同意書をもってお送りする。

和光市は、要介護認定者が9%台なので、保険料を払っていただいた還元事業ですとして、要介護認定者以外の方に保険料の還元という意識を付けて、この調査を行うのです。そうすると、回収率は5割とか6割行きます。それではまだ駄目で、未回収者に全戸訪問をかけるのです。認知症サポーターのオレンジリングを持った方たちに研修したり、民生委員さんだったり、そういう方が全戸訪問することで、早期発見型のアウトリーチができるのです。

これは、孤立死の抑制にもつながってきますし、認知症の徘徊予防といったところにもつながってきます。そういう調査を行って、保険者側から打って出て課題を見つける。窓口で申請だけを待つのではないということを進めてきました。そういうニーズ調査をやるのと、どの圏域、どの地域に、どんな生活課題を持った高齢者が何人、どの程度いるのかが明確になるのです。これは、ボリュームです。

スライド21とか22を見ていただきますと、21は地区別の高齢化率ですが、和光市は高齢人口がすごく伸びているのですけれども、まだ若年人口も多いので、高齢化率は17%です。ところが、中央エリアの西大和団地などは35.5%の高齢化率なので、都市型限界集落と私、よく述べるのですけれども、いわゆるURの賃貸住宅です。和光みたいな都市部でも、地区的にそういうところがあるのだということを見える化していかなきゃいけないわけですね。

もう一方、下のほうの課題の見える化で、認知症を五つ聞くスケールが入っていて、そのスケールに答えると、3レベルになると一定度、生活に課題が出ている人がボリューム的にどこにいるか。これは個別記名式だから、台帳が出来上がってきています。そういうことをやる。

スライド23で、住まいの状況、一戸建てから、マンションの賃貸とか分譲があって、例

えば丸が描いてある、ひとり暮らしがどこにいるのかといったら、中央エリアの43.3ポイント。上を見ていただくと、公社・公団で、先ほどの西大和団地は高齢化率も高く、ひとり暮らしも多いというデータです。

それを、これは計画をやるときのクロスですが、スライド24で左側を見ていただくと、認知症があつて、独居・ひとり暮らしで、低所得で賃貸住宅に住んでいる人をクロスをすると、町丁別で16人で、圏域では平均51人いる。という、家賃の高いグループホームを造っても入れませんということが分かるデータです。だから、家賃の低いグループホームをどうやって造ろうかという発想になってきます。

こういうものがなく、後で規制緩和のところで言いますが、何でもかんでも都道府県に指定申請すれば指定される、そういうことをやっていたら地域密着性というものは出ないです。地域の課題も分かっていないのに、何のマーケットリサーチをするのか。

今、私がお話しした点というのは、和光市は情報を公開していますが、これは事業者さんへのマーケットリサーチでもあるのです。市民に対する課題の提起でもあるわけですね。市としたら、政策とか予算のボリュームとか種類、そういうものを行って、的を射たことを行ってきたというのが現在です。

スライド24の日中独居というほうは、安倍首相が和光市に来ていただいたときに説明したのですが、介護離職という前に、日中独居という数をまず知るべきです。日中独居のときに介護離職が起きないようなケアプランを組んでいけば、仕事と介護の両立をそのときからやっていたら、介護離職は防げるわけですね。ところが、ヘルパーさんを2回ぐらいしか入れないプランですずっと行ってしまうと、お母さんの認知症が悪化する。夜も寝られないとなったら、介護離職をせざるを得ない状況になってしまうのです。だから、早期の段階から重症化を見据えたケアプランをやるためには、日中独居の数をつかんでおくということが重要なのですね。

このほか、脳卒中版とか、そういうデータがございます。

そういうことを踏まえて、まず重要なのが、今日の本題に入っていくのですが、スライド26で、行政計画、介護保険事業計画とか和光市長寿あんしんプランと言いますが、基本方針とか目標というものを具体的に書いています。最近、簡単に言わなきゃいけないというので、余計分かりづらくなっている。いつも言うのですけれども、こういうところに青さみなぎる文化都市に高齢者の笑顔が集うとか、標語みたいなことが書いてある。あれはマスタープランならいいのですけれども、介護保険計画は実行機能計画で、3年間で目標を達成するわけですよ。

だから、具体的に予防をやっていくとか、在宅の限界点を上げて、要介護4、5でも、医療が強くても在宅で見ていくのだということを方針に掲げていなかったら、大義名分はないわけですね。だから、さっきのデータをもって、この方針を立てる。

その中で、スライド27は、市町村特別給付。介護保険は、条例で定めれば訪問介護とかデイサービスのほかに、保険料を上乗せすると独自給付を作れるのです。この辺が混合介

護などは結構重要になるのです。

和光市は、300円、保険料を上乗せして、食の自立という管理栄養マネジメント付きの配食サービスが365日あります。あと、特区をとった白ナンバーのベッド・ツー・ベッドの送迎がある。ベッド・ツー・ベッドというのは、例えば透析患者の方が家で要介護5でいたら、長期入院しないで、外来の透析ベッドまで送迎ができるといったものですね。そういうものがある。あと、紙おむつも、尿量の頻度を聞き取りで測って、一人一人パッケージが違う紙おむつをデリバリーできる。この辺を税金の民生費、福祉行政でやっちゃうと、お金がなくなってくると、やれ、ひとり暮らしにしか出さないとか、やれ非課税世帯にしか出さない。選別制になっちゃうのです。

だから、保険給付の範囲の中で、保険料を徴収して、そういう事業をやってきた。この辺が自治体の独自性です。こういうことを行ったので、現在、特別養護老人ホームは市内に60ベッドしかない状況が作れていて、サービス付き高齢者住宅と在宅に要介護4、5がいるという状況です。和光市は、介護予防とかをやっているのです、法定給付だけじゃないサービスもございます。

あと、スライド30を見ていただきますと、多分、武蔵野市さんのプレゼンでも介護予防総合事業という言葉があったかと思うのですが、訪問型Aというのが従来の介護保険の給付を要支援1、2の訪問介護とかをA型事業としたものです。これが市町村事業。その中でC型というのは短期間でやっていくのですが、こういったところに介護予防ヘルプみたいなものを入れていっています。要は、おうちで生活機能向上の声かけ、見守りとかができるヘルパーさんを養成して投入しているのですね。

だから、通常、ヘルパーというと、生活援助で料理を作るとか洗濯するとか、あとは身体介護で体位変換するとか紙おむつを替えるということだけではなくて、理学療法とかいろいろな研修を終えて、ボディーノータッチで声かけ、見守りでデイサービスでやった訓練等を在宅生活に生かすことをコーディネートできるヘルパーのことです。もちろん、できないときは生活援助もやります。そういう訪問サービスを作ったりしています。

スライド38ですけれども、先ほど特別養護老人ホームは60ベッドしかないと言いましたが、市内には老人保健施設は99床あり、和光市から入っている人数で65人ぐらい。介護療養型は77床ございますけれども、和光市民が入っているのが30人ぐらいです。そういう関係のものがあって、あと呼び寄せで、他市の特養に入っている方も25ぐらいいらっしゃいますが、大体そんなものです。

その中で、三つの生活圏域の中に小規模多機能居宅介護とグループホームとかサービス付き高齢者住宅を作り、介護保険計画にサービス付き高齢者住宅を位置付けて、どこにもやっちゃいけないとは書いていないので、そこの1階に24時間定期巡回介護・看護と在宅療養支援診療所とかを作っていきます。調剤薬局だけはいわゆる門前薬局規定があったので、同じビルですけれども、フェンスを設けて区分けをするという形をとって、在宅輸液療法といって、点滴がクリーンルームから持って行ける調剤薬局を整備しています。

そこが、自分のサービス付き高齢者住宅の上にもサービスを入れるけれども、その事業者が提供するサービスのうちの6割は地域に出て提供するというのを、市のほうと事業計画と協定を結んでやっているところが私たちのスタイルになります。

最後です。そういうことをマネジメントするのがスライド41のコミュニティケア会議とあったところで、全件ではないのですが、ケアマネジャーとか包括支援センターのケアマネジメントをやる方というのは、元職が介護の職から、例えばはり・きゅう・マッサージの人から、看護師の方から、いっぱいいるわけです。

そうすると、ケアマネなのだけでも、いまだに元資格を言うわけです。でも、ケアマネという専門職ですから、和光市の場合、このケア会議で常にOJTされるというか、私が先頭に座っていますが、その横に在宅に精通した管理栄養とかOT・PTとか薬剤師の助言者が並んでいます。サイドに並んでいるのは包括支援センター全職員で、一番手前の席にケアマネさんとか、例えばホームヘルプとかデイサービスの職員が座って、そこでケアプランの調整とかについてオンザジョブトレーニングがされるわけです。だから、そのケース・バイ・ケースのやり取りを聞いていることで、ケアマネの専門性が育った。

だから、医療を付ける必要があったら医療を付けられる。これは、保険給付の介護で行くのか、例えば自費のヘルプで行くのかといったところです。そういうものをうまく調整できるようになった。

そういったものが、スライド46になりますけれども、45、46がすごく重要で、今日の議題でも、論点はADLが○、×、△で一部介助とか全介助ですが、IADLが重要なのは軽度者です。ここが落ちるからヘルパーさんです。逆に、要介護4、5になったらADLだけです。手段的な自立度、買い物とか要らないですから。

その中で、和光市が介護予防で、要支援1、2が年間100人いたら、40人が介護保険を自立できるようになったと言ったのは、このIADLの一部介助等を調べて、それが廃用症候群で買い物に行けないのか、脳卒中、右麻痺で行けないのか、それとも認知症で行けないのかということをつかんで、予防予測という自分予測をしながら進行していったのですね。これになるとサービスが終了していくわけです。

そういう状況から、スライド51のケア会議で、和光市は事業者さんとかケアマネジャーさんが市民の応援をしてきました。

済みません、時間がなくなりました。最後に、資料1-1に行ってください、和光市における地域包括ケアというのは、生活課題を解決するサービス基盤とマネジメントです。

スライド2に、要望対応型行政から課題解決型行政への転換と政策形成。要望対応だけだったら、その場限りですね。課題を解決するのだという志向のものに転換していった。当たり前ですが、市町村の姿勢とかやる気で、今のお話ししたとおり、高齢者のアセスメントとか生活課題を分析する。市民に対して説明責任を果たして、いろいろな政策の合意形成を出前講座で行っていく。非営利団体とか営利団体、事業者からの提案もきちんと聞いていく。そういうことでのまちづくり構想、マスタープランから実施計画を作っていく

というところを、保健福祉部としては強く押し出しております。

スライド3ですが、いわゆる混合介護については、私は総論、必要不可欠と考えています。そもそも認定者の支給限度額とか保険算定外では、ケース・バイ・ケースでございますが、実体化しています。和光市の場合は、このケース・バイ・ケースが自由にされるよりは、それがあった場合には、地域ケア会議の中できちんと制度が保たれているか、利用者の尊厳が保たれているかというものをきちんとやっています。

例えば、家族介護だと通院介助をやっちゃいけないとあるのです。あと、家族がやると、この掃除はしちゃいけない。そのときに、例えば障害者の息子さんとか、一時的に長男さんが病気になっている場合には、ケア会議の中でそういうものをマネジメントしてあげるわけですね。

あと、その在り方としては、いろいろな混合介護がございます。混合介護の検討のポイントとしては、しつこく言いますけれども、生活課題の解決志向と、地域密着型の提供が基本かなと思います。先ほど言った自助とか互助とか共助とか公助の再認識が重要で、あと、和光市が考えるのは、混合介護の保険外の「ニュー互助」という感覚ですね。ご近所力の互助というよりは、和光市内の地域密着型サービス等が行う混合介護みたいなサービスを、いわゆる何々組合じゃないですけども、市内の事業者連絡会が市役所とルール化する。過剰提供する、しないというのは完全にマナーの範ちゅうですね。

地域密着と市内の中で、市役所と民間事業者が連動することで、そういう成り立ちを作っていくということが私は必要かなと思っています。これがないと、自治体の方針に反して事業者の参入が進んでしまうこともあると思います。

さらに、混合介護の部分でいくと、ケアマネジャーとかのマネジメントの範囲の中に置いていくということも重要かなと。

※印ですが、混合介護は、地域包括ケアシステムの新たな公民協働と連携での政策形成が重要かなと思います。市町村によっては、民間が主導で頑張っている市町村と、自治体が主導で頑張っている市町村が両方あると思います。どちらにしてもいいから連携協働してやるのが重要かなということと、重症化予防視点が重要だと。

スライド4は、こんな研修をやっていますということです。

スライド5が、和光市の場合、要介護3ぐらいから自立になっちゃうぐらいの人もいます。要支援1、2から自立になる人はたくさんいるのですが、要介護3レベルから自立とか総合事業レベルに行く人がいるのです。そのときに、サービス変化が介護給付、予防給付、もしくは介護給付に保険外が入っている人もいて、上に上がって行って、自費とかインフォーマルのサービスに上がっていくのですね。だから、混合介護とか、そういうものの受皿という捉え方も、改善ということの視点に考えたら重要ですよということです。

例えば、改善していく人が経済的弱者だったら、それはボランティアで支えるのですね。収入がある方だったら、自費サービスの投入もあり得る。こういう予防視点みたいなものも重要かなと思います。

スライド8で、情報の開示と第三者については、和光では余り問題ないのですが、規制改革の関係でいくと、情報開示の前に事業者指定の在り方をもう少しやらないと、これは誤解を恐れず言いますが、レセプト請求の仕方も分からないのに事業者指定申請という前の段階があると思います。そういうことをやる中でやっていかないと、ここばかりやっても、そもそも広き門を狭き門にしてしまっても厳しいですね。

あとは、情報開示は、保険者のほうがリアルタイムに自治体が把握していて、事業者が公開するものと、両方が同時にアクセスできるようなものが利用者としては選択肢が広がるのかなと。

あと、そもそも国民の方というか、利用者サイドにも、情報選択能力の向上講座みたいなものを、自治体が行っていく必要があるのかなと思います。

第三者評価も、私は一連の評価に加えて、しつこいですがけれども、予防とか重症化の実績みたいなものをやらないと、何の質を評価しているのか分からないことがいっぱいあります。

それで、スライド9は和光市の事例ですが、和光市の包括支援センターは毎年、改善者・悪化者・維持者が公表されます。

今日の議論のまとめですけれども、施設介護のサービスの総点検でイコールフットィングの関係では、今日、私がお話ししたように、介護保険制度は「その居宅において」と第2条で言われて、在宅重視のはずという再認識が、私は包括ケアは必要だと思います。

それと、居住権と賃借権という視点から介護保険3施設を見てみます。介護保険第1条には尊厳を保つとある。だけれども、介護保険3施設の入居者に居住権・賃借権はあるのかという見方が私は必要かなと思います。

それと、介護保険制度は、保険者から見ると、こんなことを言うと経済学者の方に怒られますが、計画経済かと考えます。そもそも3年間の要介護認定者を推計して、推計した人が何のサービスを使いますというサービス量を推計して、加減乗除して保険料が生まれているのです。3年間のものはそういうものですね。そういう中に市場原理を導入するという言い方と、準市場なのだというのは私はあると思います。要介護認定者が50人しかいないのに、地域にデイサービスセンターが10個もあつたら、介護人材は足りません。

そういうことも踏まえて、総量規制という言い方よりは、サービスの必要量に対して供給量をどう見込んだかという中に、事業者の誘致をどう進めるのだということが重要なのかなと考えています。だから、開店してからの運営の競争原理という話と、事業者を公募したときの競争の原理、この両方を分かっていたいただきたいということです。

あと、公募要件の公平性ですが、社会福祉法人とか株式会社とかありますけれども、社福は社福の役割があると思いますが、基本的には、公有地での事業を公募する場合、公益法人だからといって社会福祉法人に限定してしまう市町村が多いのです。公有地利用というのは、普通財産にして議決をとれば、株式会社でも何でも構わないのです。その辺は、自治体が少し消極的になっちゃっているのかなというのがあります。

あと、地方分権の本質を踏まえた保険者の独自性ある補助金の考え方ですけれども、和光市では、今はちょっと変えましたが、グループホームを誘致したときには、1室55万円の開設準備の補助をやったり、公有地を無償で貸して、社会福祉法人にその公有地上に施設を建てていただいて、グループホームの家賃を抑える形のものをやったり。あと、計画に基づいた戸数の非課税世帯には3万5,000円の家賃助成をを独自に一般会計でやったりしていました。そういう整備費とかじゃない、運営の中で、個人給付的に補助金を出すというやり方が、今後は重要なのかなと。

今まで、事業費の何々、運営の何々という事業主体の補助金になっているのですが、個人の補助の部分を計画的にやっていくことが必要なと考えております。

大切なのは、どういう結果を出して、そのプロセスがどうあるべきかということを再認識することが、今回の規制改革の中でも重要なのかなと思います。

済みません、ちょっと長くなりましたが、お話しさせていただきました。ありがとうございました。

○林座長 ありがとうございました。大変貴重なお話を御紹介いただきまして、一つずつ我々、消化して、更に学んでいきたいと思えます。皆様、御質問、御意見等、よろしくお願ひします。

はい。

○江田座長代理 大変貴重な発表、どうもありがとうございました。

ちゃんと理解しているかどうかあれですけれども、この資料1-1の2ページ目で、私が推測するのが難しいところが合意形成のところですので、具体的にどのようにやられたかということをお教えください。

あと、和光市さん以外の自治体でもこういうことをやることのできるのか、その辺りのお考えをいただけると助かります。

○和光市（東内部長） 独自制度を作っていくときに、今、自治基本条例といって、上位法はないけれども、市町村が条例を作れるという時代に入ってきているわけですね。条例を作ると権利と義務を課すので、完全に縛りをかけたり、完全なルール化ですね。そういう中ではないところで、事業者連絡会。例えば全国でも、民介協さんとか、いろいろございますね。

そういう中で、保険者が主導して和光市の事業者連絡会を作り、そういう中で和光市の計画ではこういうことをやっていく。その中で自費が発生した場合には、普通は介護報酬と同じ10割の額なのかといったところが相場になってきたりしますが、そういう合意を取り付けたところです。その合意の下に、ケアプランがあつたら市民に説明してやっていく。だから、これが完全にルール化するとなつたら、条例とかできちんと縛るといふ方向になっちゃうので、合意形成はその市の計画方針とか手法に共感してくれる事業者参入があるということと、市民に対して出前講座等でいかに合意形成を図っていったか。

その前に、そういうことをやって、こういう保険料とかが決まっているのですよという、

和光市の計画に基づく保険料の市議会の議決を踏まえた上での部分が、この合意形成という意味なのです。ちょっと難しいと思うのですが、済みません。

○林座長 関連して、今の点を伺ってよろしいですか。3ページの四つ目のポツのところに、混合介護を行う場合の自費サービス提供の「マナーとルールの合意形成」をすることが書かれているのですが、一方で、厚労省のお話では、同時一体的な提供ができないのは、保険内外のサービスを同時一体的提供する場合には明確に区別することができないからだと、よく言われるのですね。抽象的にはなかなか言えないと思うので、例えばこういうものについては、こういう合意形成ができたという例があったら御紹介いただけないでしょうか。

○和光市（東内部長） 一つお話しすると、例えば和光市は介護予防が多いので、孤食の問題があるのです。要支援とか要介護1とか軽度認定者の、例えば認知症の方がいて、その方が通所事業、外に出る事業にはなかなか来られないとなると、おうちに行って家事支援のヘルプを行って、その後、低栄養が問題となったら御飯を食べてもらわなきゃいけない。いわゆるタンパク質を食べてもらわなきゃいけないというケースがございます。そのときに、孤食から共食で、1対1の2人で食べてもらうのです。取り皿方式でとるという手法で、お話をしてどんどん食べていただかないと、なかなかお一人では食べていただけないですから。

そういうときに、調理までは介護保険のカウントです。それ以降は、2人で食べる部分というのは、自費の部分になる。ただ、和光ではそこを保険者の独自給付として、先ほどの介護予防ヘルプというもので出していたりしたケースもあるのですが、それでもレアなケースでは算定外になる。通院の関係だとか待ち時間の関係だとか、そういうものもあると思うのですが。

和光市の特徴としては、介護予防で介護1から要支援2とか1に改善しましたというときに、関節を折って人工股関節が入っているから、お風呂の奥の掃除ができないというケースがあるのです。その部分だけが自費。あとは保険の部分だけで通所をやるというケースも中にはあります。

○林座長 そうすると、柔軟に保険内外を組み合わせることで、きめ細かなニーズに応えるようなサービスが可能になるということでしょうか。

○和光市（東内部長） そうですね。よく勘違いされるのですが、要支援1、2とか介護1というのは十人十色です。お掃除ができる要支援2と、お掃除ができない要支援2とか。だから、要支援2でも、十人十色の状態像を調べることをアセスメントと言うのです。それが和光市のさっきの○、×、△です。だから、その部分についての△の一部介助というものが、基本は要支援であれば保険給付内でサービスがあればオーケーですね。でも、実は自立の○だけれども、どうしても算定要件に該当できない、郵便局のお使いを頼みたいというものがあつたら、そこは自費分をセットするとか。

それは社協のボランティアもあれば、例えば営利企業の株式会社Bとかのサービスみた

いなものを組み合わせる。それがポツの4にあるケアマネジメントの範囲にあるということが、ルールとマナーの確保につながっていくと私は思います。

○安念委員 今、座長が仰った保険の内外を組み合わせることによって柔軟なというのは、そのとおりだけれども、口で言うのは簡単だが、そのプランニングを誰かがしなきゃいけないわけですね。まず第1には、ケアマネさんに期待されるのだけれども、ケアマネさんの仕事だって無際限じゃあり得ないし、もともと介護保険の中でのプランニングのはずのものを、介護保険内外を組み合わせるといえるのは、その内部だけで組み合わせるのに比べると、うんと力量というか、知識というか、要りますでしょう。しかし、そういうケアマネさんを育てていかなきゃいけないのは、保険者である自治体ですね。どうされるのですか。

○和光市（東内部長） その辺が、今日詳しくは言わなかったのですが、資料1-2のスライド41に会議例があります。まず重要なのが、居宅介護支援の法定給付となる、例えば要支援もそうですけれども、介護1から5についての保険給付としてのケアマネジャーの報酬です。もう一点は、要支援1、2の介護予防総合事業が始まったりして、介護予防総合事業対象者という地域性事業の範囲があるのです。

そこは、和光市ではケアマネジャーがその業務を委託できますよとしてある。これは制度的にできるのですけれども、そこに独自様式を作っていて、簡易プランにしてあるのです。様式の管理とかが。なおかつ、エクセルでマクロを組んだものを全部ケアマネジャーにお渡しして、いわゆる事務軽減。効率性・効果性を与えたものでやっていて、そのケアマネジャーと包括支援センターがつながっているのも、自費サービスとか混合部分についてもフレキシブルに行けるのですね。

では、ケアプランをどうやっていくかというときに、この会議を月2回、木曜日にやっているのですが、ここの写真で横に並んでいるのはオール包括支援センター職員です。毎週木曜日の午前中は包括支援センターを閉めて、転送電話を持って集合です。ということは、Aさん、Bさんの事例検討じゃない、リアルなケース調整、ケース応援をオンザジョブでずっと聞ける。僕らがばんばん包括支援センターに質問を振ります。在宅に精通したプロのアドバイザーの専門職がばんばんアドバイスできますから。そうすると、私のこのケースはこれを入れればいいとなってくるのです。だから、そういったところで混合介護の投入の在り方とか。和光で言うと、混合介護の投入というのは、どっちかという改善になったときに行われます。

あとは、今日の話と違いますけれども、24時間定期巡回介護・看護の普及は全国的になかなか進んでいない。和光では、4事業者参入していて、24時間定期巡回介護・看護の待機者がいるぐらいです。それぐらい発展した。それは、このケア会議に次のケアマネジャーが控えているからです。会議に来ると、いろいろなケースのリアルなものを覚える。座学でやって分かっただけでは、できないのです。座学でやって分かって、ケア会議に出てみて、それでオンザジョブが聞ける。そういう繰り返しで、安念先生が言うようなケアマ

ネジャーが和光は育っていったのです。だから、十二、三年辞めないうで、和光市でキャリアをずっと加えているケアマネジャーは非常に多いのですね。

それで、そのケア会議で行った後、保険者がいて、包括支援センターがいて、地域にケアマネがいますから、ケアマネに対して包括支援センターがまた応援するというシステムができてからやれているのですね。そんな感じです。

あと、スライド43で意外に重要なのが、フォーマットを統一するということです。

○安念委員 それは、もちろんそうだと思う。

○和光市（東内部長） だから、そもそもとしてフォーマットを統一しなくて今、いいわけです。ケアプランと介護予防プラン以外は、例えば訪問介護計画とか通所介護計画とかアセスメントというのは全国統一じゃないですから。和光の場合は、市内事業者、大手企業であっても、地元企業であっても、まず「自分のフォーマットを使っていいけれども、和光の会議ではこれを使ってね。」とやっているのです。だから、ケア会議がプランで話し合いができるし、評価も標準化できるのです。

○安念委員 ちょっといいですか。非常に率直な言い方をすると、東内さんがいたからできた。余り大きな声じゃ言えない。さっきエクセルとか仰ったじゃないですか。そのとおりです。フォーマット化しなきゃ共通性がない。だけれども、一番最初にエクセルのフォーマットを作るという仕事は、それなりに大変なことですね。誰がやったのですか。

○和光市（東内部長） 基本的に、自分がやりました。その中でも重要なのが、当時の保健師とかの部下がいて。安念先生は知っているとおりに、私は厚労省に3年弱出向していたじゃないですか。あのとき東内がいるからできると言った人たちは、東内が2年いなくなるから和光の水準は落ちるぞと言った。落ちなかったです。そういう人材育成がケア会議できいたからですね。

だから、私が言いたいのは、和光に東内がいたからじゃない。今はそういうフォーマットは和光のものもあるし、他のものも多少ありますよ。そういうものを少なくとも都道府県レベルなのか、二次医療圏レベルか、本当は全国でいいと思いますが、そういうことをやっていかないと、市町村の会議の統一化はうまくいかないのかなというのが率直なところですよ。

○江田座長代理 これ、すごく分かりやすいと思ったのが、アウトカムを公表している部分だと思うのですが、アウトカムが出るまでは行政コストがかかっているのではないかと批判というものはあったのでしょうか。厚労省の方からお聞きすると、柔軟な組合せをやっていく上でコストがかかってしまう。あるいは、サービスを受ける方の持ち出しの費用が上がってしまうのではないかとということが言われているのですけれども、実際の最初に結果が出るまでは、皆さん、納得されなかったのではないかとと思うのですけれども、どうだったのでしょうか。

○和光市（東内部長） 混合介護が主というより、和光の場合、保険給付以外に保険者独自の訪問介護みたいなものを作ってきたので、そこがほとんど補っており、混合介護を使

う部分というのは余り多くないのが実態です。ただ、今後は、要支援1、2の訪問介護はなくなったから、経済的に利用可能になる人は多くなるかもしれません。

費用対効果の関係でいくと、3年から5年あれば結果は出ると私、読んだのです。要は、公衆衛生とか予防医療と言うと、結構大変ですね。だけれども、筋骨格系の整形疾患で廃用症候群系の方が要支援1、2とか軽度は6割いますから、この部分については一定度、効果が出せるのではないかな。

そのときに一番やったのは、認定率が下がったところで、これは簡単な言い方ですが、要支援1、2が6万円とか10万円という1か月当たり限度額があるのです。要支援1、2から介護1になると、月に16万円ぐらいまで上がるのです。これが要支援1、2から2次予防で改善すると、和光で年間で1人当たり10万円の事業になるのです。そういったことの費用対効果の改善というのはありますね。

もう一方では、特別養護老人ホームの関係とかでいくと、介護保険3施設が1か月、和光で1人当たり給付費が平均28、9万円です。地域密着24時間小規模多機能グループホームが1人当たり21万円です。約30万円と20万円。在宅が9万8,000円ぐらいです。それを積み上げていったときに、市町村が制度的に一般会計から12.5%を介護事業に負担しなきゃいけないのです。その12.5%が、例えば施設を多く造った場合と在宅重視の場合を比べると、一人当たりの給付費で見れば費用対効果は歴然ですので、一般会計の負担にもそんなに影響を及ぼさないという結果が出るのですね。

そうすると、さっきの混合介護も、厚労省さんが言う費用がどうだ、管理がどうだ。これはごもつともだと思います。ただ、僕が一番言いたいのは、混合介護を使う人というのが、保険給付で縛られる給付が嫌で、自由だから混合介護と言って介護度が重症化しちゃって、挙げ句の果てにそれが多額の医療費と要介護5になっちゃったということになっては本末転倒ですね。そういったところがない自費のヘルプという考え方は重要なのかなと思います。

○林座長 どうぞ。

○森下委員 今、言ったことは重要だと思うのですが、その場合、ケアマネがプランの中に混合介護も入れることで、ほぼ解消できるものですか。

○和光市（東内部長） 混合介護と言ったときの使い方が、完全に元気な人が自費のヘルプを使うというのがありますね。今回の議論は、介護保険事業者が自費サービスをやったときにとどう扱うかという議論だと認識しています。そのときに通常の支給限度額をオーバーしたところが自費だという人は結構いるのです。それはケアプランの延長でやっていますから、自立支援の力量がないと、今、先生が言った指摘は出てくると思います。ただ、介護保険2条2項の根幹の自立支援とか重症化予防たる介護保険のケアプランであれば、私は混合介護を入れても変わらないと思います。その辺が経済性もアセスメントするところですよ。

○森下委員 いわゆる混合介護という中には2つあって、1つは、介護を受けている方が

誰かを指名したいという御自分の要望ですね。もう一点は、言われるように、プラスアルファのサービスを利用することで、より改善する可能性のある混合介護というのがありますね。そこを分けて議論しないと、ちょっと話がややこしくなるのでしょね。

○和光市（東内部長） そうですね。私は、基本的には保険給付の支給限度額内でプランは完結すべきというのが、まずは第一です。ただ、要支援1、2とか、今後、例えば介護1、2の生活援助の保険給付がどうなっていくのかというのがありますね。そうすると、自費サービスを使う事例というのは多くなると思うのです。そのときに、先生、言うようなところは切り分けて議論するのかというのは重要かと思えますね。だから、混合介護導入には、私は自立支援ということもありきでないと、なかなか難しいのかなというの思っていますね。

○林座長 どうぞ。

○大田議長 ありがとうございます。大変勉強になりました。

三つお聞きしたいのですが、事業者と言ったときに、社福と株式会社を含めて、民間はどれぐらいの比重でおられるのかというのが一つ。

ケアマネが社会福祉法人に所属している場合が割と多いと聞くのですが、和光市の場合のケアマネは独立している方が多いのでしょうかというのが2点目。

最後に、これは資料1-1の最後の10ページのチャートの上から二つ目の居住権・賃借権から見る介護保険3施設、ここの意味がよく分からなかったもので、教えていただければと思います。

○和光市（東内部長） 1点目は、和光市はどちらかというとも株式会社・有限会社を率先して誘致しました。なので、市内には社会福祉法人がやっている特養が一つで、あとは新潟のこぶし園、亡くなった小山さんの長岡福祉会がやっているサポートセンター。あとは、和光では、医療法人以外は、ほとんど株式会社とか有限会社、NPO法人がやっています。平成12年に介護保険が始まったときには、もともと社福とかはあったので、どちらかという例えば介護保険の真髓であるところの営利企業のほうを誘致したというのがまず大切ですね。

もう一点は、ケアマネは、ケアマネ事務所と訪問介護とか、ケアマネ事務所とデイサービスというパスはいっぱいあります。ただ、和光の場合、地域ケア会議とか包括支援センターが3層式で応援しているという体制があるので、A社の居宅介護支援に所属するケアマネジャーも、どちらかといったら会社の誘導というよりは、市役所側に近いほうにいるのです。管理がきいているということが大事で、縛りではなくて合意形成でどうやるか。その中に同じ社の居宅介護支援事務所とデイサービスがいる。

だから、和光の事業所特定事業所集中減算を受けるというのは、すごくかわいそうだと思います。中立公正にやっているのに、集中減算制度の対象になっちゃうのです。居宅介護支援というものの位置が保険者機能に近いほうに、社長さん、理事長さんの合意形成も取り入れてやっているというのが実態ですね。

最後、すごく言いづらいのですけれども、よく介護保険3施設のある一つを終の棲家で

あると、大田先生、お聞きになったことはありますか。終の棲家と言いますね。その終の棲家に居住権と賃借権はないです。身体の状態によって高齢者が居場所を変えられてしまうことがあっては尊厳を保持することはできません。介護保険の1条が要介護となった者の尊厳保持と言っているなら、私は居住権・賃借権が大事だと考えています。

包括ケア、いろいろな言い方があるのですけれども、私は、住まいがあることが前提に医療・介護が投入されるという言い方じゃないとおかしい、医療と住まいを横に並べているのはおかしいと思っている。尊厳を守るといったら、居住権・賃借権から見たら、サービス付き高齢者住宅は少なくとも居住権・賃借権はあります。本来は賃借権・居住権というものがまずあって、そこに状態がどうなっても、来るケアが軽度のケアから重度のケアまで変わっていくのが正しい。今は、軽度だったらここで、重度だったらこの病院、もっと重度になったら特養と、居場所がどんどん変わってしまう。それは尊厳じゃないのかなという考え方です。

○大田議長 ありがとうございます。

○安念委員 もう一つ、いいですか。今、ちょっと出たので、前から伺いたかったのですが、サ高住と介護保険との関係です。もちろん制度的にはサ高住にいろいろ、いまいが、保険給付はあるときはあるし、ないときはないのだけれども、和光市さんとしては、あるいは東内さんとしては、それはどういうふうに整理されているのですか。

○和光市（東内部長） まず、和光市の考え方は、1-2の35で、描かれている円が日常生活圏域と捉えていただいて、その中に介護保険の計画を和光市は地域包括ケア計画と言っているのです。介護保険計画にサービス付き高齢者住宅の戸数まで載せているのです。だから、県から問合せが来ても、和光はこういう戸数で行くと答えます。例えば、サ高住を29室作ります。29室でビジネスが成り立たなかったら、それは住所地特例で他から来てもらったり、上乘せしていいですよ。29は和光市民の分です。そのサ高住の1階に定期巡回とか通所とか在宅療養支援診療所、輸液療法が行える薬局、居宅介護支援などを設ける、書いていないですけれども、介護予防拠点もあります。

これを日常生活圏域に一つずつ作っていったのです。2月には全圏域にできます。最近の言葉で言ういわゆる拠点型サ高住ですね。サ高住の業者と介護サービスをセットで公募をかけるのです。そこに競争原理を働かせる。それをもって、例えば他のところがサ高住をやりたいときに県から意見書が来るじゃないですか。和光はこういう計画ですからと返すのです。だから、私は住まいを一体的にしたかったから、自治体が高齢者住まい法と介護保険法の世界をくつつけるということをやったのです。この辺が、特養が60ベッドで済んでいる理由です。

○安念委員 そうだろうと思いました。ありがとうございます。それが非常に聞きたかった。

○林座長 私はあと20ぐらい伺いたいことがあるのですけれどもね。

○安念委員 これからまた追々。

○林座長 また機会を設けたいと思います。

1点だけ意味を教えてくださいたいところがあります。資料1-1のスライド8の二つ目のポツで、情報公表については、「一連の開示情報の整合を保険者（自治体）がリアルタイムに把握し利用者の情報選択に二者情報を提供」とありますが、これはどういう御趣旨ですか。

○和光市（東内部長） 情報公表は、いろいろなサービス団体を作ったり、ルール化したのですけれども、Aという事業者がリアルタイムに公表要件を変えているかという話です。和光市は指導監督権限を持っているので、例えば基準とかも分かっているわけです。そういう情報をリアルに知っていたら、利用者サイドが事業者のホームページを見て、市のほうも見ていただき、整合を確認していただくということが重要だと思います。武蔵野市さんも言っていた五つ星とか、ああいうものもすごく役立つと思いますけれども、私は二者情報をやるべきかなと思います。だから、その辺が指導監督ということにみんなつながると思うのですね。

あと、アピールポイントというのは、何がしかのルール化を図って、一定度のアピールポイントは統一化して市内で発信するというのは重要なかなと思いますね。そうでないと、家族経営のところは、更新とか、すぐできないし、それは市のほうが助けてあげないと駄目なところもありますね。

○林座長 ほかにもいろいろ伺いたいことがあるので心残りですが、お時間となりましたので、今日はここまでとさせていただきます。本当にどうもありがとうございました。

（和光市退室）

（ノテ福祉会 入室）

○林座長 それでは、大変お待たせいたしました。次のヒアリングに移りたいと思います。

北海道の社会福祉法人ノテ福祉会の対馬徳昭理事長より「地域包括ケアの実現に向けて」というテーマで御説明をいただきたいと思います。対馬先生は、長年にわたり介護サービスの向上に御尽力され、実績を上げていらっしゃいました。ノテ福祉会では、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスシステムを自社開発されるなど、地域包括ケア推進のための先進的な取組を進められている社会福祉法人と伺っております。

それでは、対馬先生、どうぞよろしく願いいたします。

○ノテ福祉会（対馬理事長） ただいま御紹介いただきました社会福祉法人ノテ福祉会の対馬でございます。今日は、「地域包括ケアの実現に向けて」規制改革が必要であると考えます事項について説明をさせていただきたいと思います。

2ページ目でございます。地域包括ケアは、国の大きな施策の一つでございます。その地域包括ケアを実現するための要のサービスとして、「小規模多機能型居宅介護」それから「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」（以降、定期巡回）があります。

この両サービスのメリット、（1）に書かれています。小規模は在宅の認知症高齢者を支えることができるサービスです。定期巡回は、在宅の障がい高齢者を支えることがで

きるサービスです。

この二つのサービスは現在普及していない状況にあります。小規模の事業者数は4,984、平均利用者数は17.2、利用者総数は8万5,200、利用者の約45%が要介護3以上となっています。したがって、利用者の人数、要介護の状態から見ると、小規模の事業所については、ほぼ黒字化しつつある状況にあると思います。

もう一方、定期巡回の事業者数は633でありまして、平均利用者数は21.8、利用者総数は1万3,800、利用者の約50%が要介護3以上となりますので、経営としては極めて厳しい状況にあると予測されます。

ここにも書いていますが、小規模の事業所は採算ベースに乗りやすいのですが、定期巡回については、多くの事業所は赤字経営の状況にあると考えます。特に、定期巡回については、今後参入する事業者が増えるとは思えないと予測しています。

ただし、両サービスとも、サービス付き高齢者住宅に併設しているところについては、黒字化していると思います。

続きまして、3ページ目でございます。今、説明しました小規模は、登録者数は29人、1日の通い定員が18人、泊まりが5から9人。訪問サービスは、定期訪問あるいは随時対応サービスも提供しています。定期巡回で提供している訪問サービス内容と同じです。

私どもは今、東京以北で23か所の小規模多機能型居宅介護事業所をやっておりますが、在宅の認知症の切り札になるサービスだと思っています。通い、泊まり、訪問の三つのサービスの組合せを、その利用者さんの状態に応じてフレキシブルにサービスを提供することによって、認知症の高齢者が在宅でも暮らせるということでもあります。とりわけ、三つのサービスで一番大事にしているのは訪問サービスでございます。

続きまして、5ページ目であります。私どものグループに学校法人日本医療大学があり、私が理事長を務めています。この大学にある認知症研究所が平成23年度に小規模を利用している家族に対して調査を実施しました。約400名の利用者中、約4分の3の75.8%は認知症症状がある方です。小規模の利用者は全国的に見ても、認知症の利用者が多いと言われています。

続きまして、6ページ目です。この小規模を利用している家族の変化内容であります。仕事を継続しようとするようになった方がおよそ6割ということで、最も多いのが「家族が仕事を継続しようとするようになった・継続している」60%、次いで「家族が家庭と仕事のバランスを考えるようになった・考えている」という順でございまして、この小規模は利用者あるいは家族にとっても、大変使い勝手のいいサービスであることが伺えます。昨年、安倍総理が議長として就任し開催された一億総活躍国民会議で、新3本の矢の3本目が「介護離職」を解消しようということでありました。正にこれを解消する目玉が、私は小規模であると思っています。

次に、7ページ目であります。介護が必要な障がい高齢者には、この定期巡回・随時対応型訪問介護看護の一体型が有効です。これは私どもが札幌で18年の歳月をかけて開発し

たものが、平成21年に国の制度に指定いただいたものであります。

8 ページ目にそのイメージ図がございます。ヘルパーが車に乗って、利用者宅を次から次へと巡回してサービスを提供するサービスシステムです。ヘルパーは24時間365日、サービスしますので、うちの利用者の場合で、1日平均6回ヘルパーからサービスを受けています。多い人で12回、少ない人で1回であります。その24時間の中で、ヘルパーが来ないときに介護が必要な時は、胸のペンダントを押すとケアコールが鳴って、事業所のオペレーターと話ができて、オペレーターが利用者宅に介護に行く必要があるかないかを判断して、必要だと判断した時は、ヘルパーもしくは看護師が駆けつけてサービスをするシステムです。

その体制ですが、日中帯はオペレーターが1人いて、定期のサービスを担当するヘルパーが1人、随時サービスを担当するヘルパーが1人の計3人。夜間についてはオペレーターが1人で、定時・随時を担当するヘルパーが1人という体制になっています。

9 ページ目が私どもが開発したシステム。この真ん中にあるテレビモニターでケアコールをした利用者と話ができる。右側がその利用者の最新の情報が写し出されます。左側画面では、ケアコールを鳴らした利用者のうち、一番近くで稼働しているヘルパーを決めるときに必要な画面で、これにより利用者宅に何分で駆けつけることができるかが分かります。

ヘルパーは、記録するノートもボールペンも持っていません。このモバイルさえあれば、何時何分にどの利用者宅に行って、何のサービスをするか。記録も全部このモバイルでできます。あるいは当法人の事業所以外のサービス、例えばかかりつけ医がいて、その先生から利用者情報提供がありますと、モバイルで情報が受信されます。ヘルパーが利用者宅を訪問する度に血圧測定をしてほしいという指示があれば、ヘルパーが血圧測定して、モバイルに入力して、その主治医の先生に送信することができるシステムであります。

11ページ目ではありますが、これからますます中・重度の高齢者は増えるわけですが、その利用者を支えるためには、1人の利用者さんに関わっている全ての社会資源がネットワークを共有するべきだと考えます。それができなければ、在宅生活の限界点を引き上げることはできないと考えます。日本は比較的安易に老人ホームとサ高住に入居させます。これは限界点が低いためどうしても入居傾向になるわけです。これを改善しなければならぬと考えているところであります。

13ページ目でございます。それで、普及するために採るべき政策として考えますのは、定期巡回については、昼間のオペレーターと訪問介護員が定時と随時の兼務を認めることが望ましいと考えます。先ほど体制の話をしました。日中帯と夜間の人配置が違います。日中帯はかなり人員基準が重たくなっておりますので、そのためになかなか損益分岐点をクリアしないという状況でありますので、例えばゼロから始まって、20名ぐらいは軽い人員配置基準にして、20名を超えてから、今、国の制度になっている人員配置でもいいのではないかと考えます。

もう一方、小規模については、小規模に配置になっているケアマネジャーが、実質、その利用者のケアプランを作っているわけですが、一部から、このケアプラン作成については、小規模のケアマネジャーじゃなくて、居宅支援事業所のケアマネジャーがケアプランを作成したらどうかという案がありますが、私は利用者により良いサービスを提供するという観点からいって、その考え方には反対です。先ほど言いましたが、小規模については大変使い勝手のいいサービスだということでもありますので、その日その日でサービス内容が変わったり、時間が変わりますので、外部であれば一々電話したり、メールを送ったりという話になりますので、すぐ対応できるためには今の形が一番いいだろうと思っています。

先ほど申し上げたとおり、地域包括ケアとしては、この二つのサービスが大事ですが、今、言った、定期巡回については、事業者の参入がなかなか難しいという状況にあります。先ほど言ったとおり、定期巡回の人員配置基準を緩和していただいても、一気に2025年までに地域包括ケアを支えるというところまでは行かないだろうと私は考えます。

国の施策は2025年までに地域包括ケアを実現するということではありますが、このままでは現実的には不可能と考えます。我々は2年前から日本を代表する在宅ケアに取り組んできた株式会社・社会福祉法人、8法人が決起して、地域包括ケア推進研究会準備委員会を立ち上げました。そして厚労省の事務次官だった辻先生から指導いただきながら、昨年5月に国に対する提言書を公表したところであります。

その一つがこの14ページ目の「新型多機能」サービスでございます。オレンジのところが従来の小規模多機能居宅介護で、これがさっき言った事業として採算がとりやすく、事業者の数も増えているのが小規模でありますので、これをベースにして訪問介護の体制を強化することができないかと考えました。基本的には今、小規模で訪問介護を提供できるのは、この小規模に登録している29名の利用者のみです。点在している在宅の利用者には提供ができません。

もう一つ、訪問看護ステーションを併設した看多機という事業所があるのですが、これには訪問看護ステーションの看護師2.5人の基準を置くと、29名の登録利用者にも訪問看護のサービスができますし、外部の点在している利用者にもサービスが提供できるわけがあります。したがって、この小規模の29名以外の訪問介護が必要な方にも、小規模から訪問介護サービスを提供することができるようにすればいいと考えます。

結論から申し上げますと、小規模で提供している訪問介護と、先ほど説明した定期巡回でサービスしている訪問介護は、全く同じ内容のサービスでありますので、そうすると、採算の乗りやすい小規模をベースにして訪問介護を強化するのがベターではないかということです。今回、そのことについて規制緩和をお願いしたいという趣旨であります。

15ページ目の〔2〕ケアプランの作成でございます。各先生が御存じのとおり、ケアマネジャーは医療・福祉関係の国家資格を元資格として持っていなければならない。資格を取ってから5年以上というルールがあります。今、日本で一番多いケアマネジャーの元資

格は介護福祉士、2番目が看護師となっています。しかしそのケアマネジャーが的確に高齢者のニーズ把握ができないために、良質なケアプランになっていません。特に、介護福祉士のケアマネジャーは、生活のニーズ把握は上手にできるのですが、医療ニーズ、リハニーズの把握ができません。もう一方、看護師の資格があるケアマネジャーは、医療ニーズ、リハニーズの把握は上手なのですが、生活ニーズの把握が弱いと言われております。

それから、現在、居宅支援事業所のケアプランを作るときのアセスメントは、利用者宅にケアマネジャーが1人で訪問して、1時間から2時間、聞き取りをするわけでありまして。それで高齢者の24時間の生活、1週間の生活を把握するのは無理だと私は思っています。

(2)に、私どもが札幌で開発・実践していますアセスメント入所が書かれています。世界の先進国では、アセスメントは多職種でやっています。日本だけは、先ほど申し上げた元資格による国家試験に合格した者が1人でやっているわけでありまして。多職種でやるべきだということ。それから、24時間の生活をしっかり把握する。この人は何時に起きて、着替えができるのか、歯磨きができるのか、朝食の段取りができるのか。こういったことが大事であります。あわせて24時間の排せつがどうなのか。こうした生活の24時間単位での把握には短期間、施設に入所してアセスメントするべきと考えます。

このために、今、私どもは老健施設に3日ないし1週間入所していただいて、5職種でアセスメントして、ケアプランを作成するという方法を導入しています。現状、ケアプランは居宅支援事業所しかできないわけでありまして、老健にはケアマネジャーが配置されていますので、必要な政策・規制緩和としてはそのスタッフを使って、老健と居宅支援事業所の二重指定ができないかなと考えています。

16ページ目がその流れでございまして、病院に入院している高齢者の方が、そろそろ来週、退院していいよと言われてますと、私どもの総合センターに電話してもらって。先生から退院していいと言われて、在宅に戻りたいのだけれども、どうしたらいいですかということで、それだったら、まずケアプランを作りましょうということで老健施設に3日ないし1週間入所してもらい、多職種でアセスして、ケアプランとサービス計画を作って在宅に戻っていくということです。

サービスで一番大事なものは、1日の24時間の何時何分にどんなサービスをするかということでありますので、そういう意味では、最低でも72時間の生活を把握して、サービス計画を作ることが大事だと思っています。

17ページ目にその流れが書かれています。基本的には要介護度3から5の人がこの「げんきのでる里」に入所して、この老健のアセスメントチーム、医師から始まって5職種ですが、各々の者がシートを使って、この利用者をアセスメントして、そしてケアプランを作って在宅に戻っていくというシステムです。なかなか戻りづらいケースがありますので、そこはなぜ戻りづらいかという分析をきちんとして、場合によっては、それを解消するためにリハビリテーションをやって、できるだけ阻害要因を解消して在宅に戻すという仕組みであります。

18ページ目がアセスメントシートで、我々が7年かけて開発したものでございまして、昨年、厚労省から調査研究費を頂戴して新しく作り上げたものです。医師と看護師のシート、それからリハビリスタッフのシート、介護福祉士のシートがあって、各々の職種で分かれています。

19ページ目は、そのシートに基づいてカンファレンスをしてケアプランを作っているところです。

20ページ目は、在宅で暮らしている利用者が、ケアプランに沿ってサービスを受けているけれども、全く納得できないということで、「げんきのでる里」にアセスメント入所してケアプランを再作成したケースです。私どものところに来る前プランに作成されていたケアプランがこれです。月曜日から金曜日まで、朝10時から1時間行って、介助のほか、掃除・洗濯・調理をする。これは、日本を代表する要介護度3のプランです。これが珍しいわけではなく、全国、九州から北海道まで、ほとんどがこういうケアプランが作られています。これでは利用者は納得できません。そこでアセスメント入所して新しいケアプランを作成しました。

21ページ目が新しいケアプランになります。朝7時の後半から定期巡回があり、訪問看護があり、リハビリがあり、そして夜6時にも定期巡回、寝るときにも定期巡回。これは、要介護度3で、1割負担を除いて持ち出しはしていないプランでありますので、先ほど見ていただいたプランと比較していただければ、天と地ほどの違いが分かるわけであります。なぜこうやってケアプランが大きく変わるのか。多職種で利用者のニーズを把握することができるということでございます。

続きまして、22ページ目であります。

[3] 介護保険内サービスと保険外サービスの組合せの柔軟化についての意見であります。今日の日経新聞に豊島区の件が出ておりましたが、先般、混合介護の話聞いたときには、介護ビジネスとしてはチャンスが来るのかなと思ったのですが、よくよく考えると、事業者としてはリスクが高いなと思いました。例えば、ヘルパーが行ったときに、今までは高齢者の掃除・洗濯だけをしていたものを、今度は家族分も認めていただけという話になるのですが、そうすると介護保険とそれ以外との線引きをどうするのだということが大変大きな問題になります。

事業所には1年に1回、保険者の実地指導があります。レセプト請求も当然チェックされます。そうすると、しっかりしたルールがないと大変です。市町村では、社会通念上判断するということが多いのです。一般的に考えたらおかしいですねという話。しかし、個別の事情で全部違うわけでありますので、一般的な個人の見解がルールとしてまかりとおっては困るわけであります。結果的には不正請求になってお金を返せという話になっては、余り喜ばしい話ではないなと考えます。もしやられるのであれば、線引きルールをしっかり決めた上であれば、新しいビジネスチャンスが開けるのかなと思っています。

それから、4番目、第三者評価制度と情報公開制度です。第三者制度については、まだ

普及してございません。私どもは3年に1回、大規模施設は全て受けているわけでありませんが、ほかの第三者評価機関と比較しますと、評価技能に天と地ぐらい差があると言われていています。料金だけは一定額になっているのですが、私どもは東京で一番厳しいと言われていたNPO法人に来てもらって評価してもらっていますので、指導されると、的を得た指摘を受けますので、我々はそれを3年がかりで改善して、また4年目に第三者評価をしてもらうという流れであり、サービス向上に役立っています。

もう一方、情報公開については負担が大きいです。私ども、一事業所で年間2万9,000円ぐらいですが、うちは数があるものだから、年間300万円ぐらいかかっているのです。その300万円の価値があるかないかという話であります。残念ながら公表センターの情報を見て事業者を選ぶということには余りありません。私は、この公表制度のできた一番の目的は何かというと、利用者さんがしっかり情報を見て判断して、自分で好きな事業者を選ぶ、それを目的に作られたのですが、残念ながらそうになっていない。

私は、この事業者が本当に質が高いか低いかを評価するためには、そこにいるスタッフ100人のうち、日本の介護の国家資格を何割が持っているのか。うちが80パーセント、隣の事業者は3割しか持っていない。そうすると、8割のほうがいいとなります。それから介護の質は教育・研修かしかないのです。そうすると、その会社がいかにして研修をたくさんやっていくかということになる。

それ以外の情報は、私は、余り要らないのだろうと思っていますので、利用者の家族が見て、もうちょっと分かりやすい判断材料をクローズアップしたものであれば、価値が増す。年間300万円払っても、これを見て利用者が選ばれているなら大変価値があるのかなと思っていますので、その辺の見直しをしていただければありがたいと思います。

最後の23ページ目で、総量規制であります。今までも、北海道の市町村あるいは東京都内を見ても、量が適切だったのかという疑問を持っていますが、昨年夏、量を正確に把握するというので、新たな手法について厚労省から市町村に下りているようであります。市町村に聞きますと、計算式も全部変わったので、今回は量については的確に出るだろうと言われているところであります。

ただ、的確な量を把握しても、市町村の介護保険事業計画には、必要な小規模や定期巡回のサービスが入っていません。なぜ入れないのですかと質問すると、それを入れちゃうと介護保険料が上がることになる。これ以上保険料が上がるとまずいので、必要な事業とは思いますが、入れることができない。これは、全国各地、こういう話だと思います。だから、これでは駄目なので、きちんと適正な量を把握したら、今度は必要なサービスを入れ込むためにどうするかということが方策として必要ではないか。

(2)、これから業者は公募で決めるということで、大変いいことだと思うのですが、公募の手続きは透明化されていません。市の中で、この事業者がいいのか悪いのか、1回結論を出すはず。そして、次は外部の学識経験者の方に評価してもらっての結果が一つ。最終的に両方の結果を見て、この事業者を採択する、不採択にすると決まります。三つの

プロセスがあると思います。この三つのプロセスをしっかりと公表していかなければ、この公募についても公平なものには私はならないと思っています。是非これについては、緩和といますか、公表するようにしていただきたいというのが私の要望でございます。

以上でございます。

○林座長 対馬先生、ありがとうございました。

それでは、御質問、御意見、よろしくお願いたします。小規模多機能型居宅介護と巡回サービスを組み合わせた「新しいサービス」も御提案いただきました。本当にニーズがあるものについてのサービス提供が行われているのかどうか問題なのだろうと思います。

まず、私から質問させていただきます。総量規制、スライド23、最後のところです。(1)で、第7期の計画の策定で、今後は量の把握が今までよりは適正になったとしても、市町村がその必要な、例えば小規模多機能などの居宅サービスを計画に落とし込むかどうかは疑問だという問題提起をされております。今日の前半では、和光市が保険者側として、意欲的にそういった小規模のものも取り入れてなさっていることを御紹介いただいたのですが、自治体がそういう形で適切なサービス供給をしていけばいいのですけれども、計画していないと思われる場合に、どのような対策が必要であると思われるか。

○ノテ福祉会（対馬理事長） 介護保険事業計画自体は市町村が権限を持っていて、国と都道府県には権限がないのです。ただ、ここは逆に市町村で作った事業計画に、本来、地域包括ケアに必要なサービスについては、ここ数年で計画に入れて、2025年を待ち構えなきゃ駄目だと思います。そこは、都道府県なのか、国なのか分かりませんが、そこでチェックして指導できるような仕組みが大事だと思います。

○林座長 国や県、又は事業者が、市町村の計画の在り方について異議を述べる仕組みとか、何かしらのアクションを起こせるような仕組みが必要ではないかということでしょうか。

○ノテ福祉会（対馬理事長） 我々も東北の市町村へ行って、次の7期で小規模は入りますかという話をすると、入らないと答えられる。なぜですかと聞くと、需要があっても駄目なのだと。介護保険料が上がったら、これ以上、負担できないのだという話になってしまふのです。権限は市町村にあるので、我々はそれ以上、なかなか言えない。

○林座長 ありがとうございます。

では、森下先生。

○森下委員 お話の中にありました13ページ、14ページですけれども、昼間のオペレーターと訪問介護員の兼務が認められない。これは、厚労省のほうで禁止、認めないと言っている根拠は何か。どういう理由で認めないと言っているのか、法律的な話なのか、それとも行政指導的な話で認めないと言っているのか、その辺、教えていただければと思います。

○ノテ福祉会（対馬理事長） 私は、正確なところは分かりませんが、私ども、18年の歳月を掛けて開発した事業者でありますので、定期巡回の制度設計をするときに参加をしました。そのときは、国の制度に位置付けられた時には定期巡回と随時が兼務できたのです

が、制度がスタートし時間がたってからシンクタンクが調査すると、結果として定期巡回と随時を分けるためには人員配置を分けたほうが良いという話になって、日中の時間帯、オペレーターを含めると3名体制になってしまいました。それが通知で変わったのか、はっきりしません。

○森下委員 兼務を認めると、定期巡回の事業をスタートする時にやりやすいというお話ですね。

○ノテ福祉会（対馬理事長） そうですね。そこの人件費はかなり重たいです。

○森下委員 多分同じ流れで、新型多機能サービスというところで、登録者以外にもサービスを提供したいというのが下の話だと思うのですが、これも厚労省のほうで通達なりで駄目と言われているのかという点と。対馬先生に聞くのもおかしいのかもしれませんが、根拠としてどういうことが言われているのか教えてください、同じ話ですけどもね。

○ノテ福祉会（対馬理事長） 開発した我々事業者も、当時はヘルパーさんのなり手はたくさんいましたので、きちんとした人員を配置してやろうという考え方がありました。どっちかというとその案に賛成しました。ただ、現在のような介護人材が不足しヘルパーが集まらない時代になったので、制度上の人員基準を守ることは厳しくなっています。社会の在りようが変わってきたのです。

○森下委員 ヘルパーが足りないというのは、その上のお話だと思います。14ページの下の話というのは、通いを認めることで地域の医療を誘いやすくなるというお話でいいのですか。

○ノテ福祉会（対馬理事長） 御存じのように、認知症の高齢者が多い上に、重度になってくると通いも泊まりも使えないので、結局、訪問サービスだけしか使わないのですね。したがって、小規模と言いながらも使うサービスは訪問に限定されていますので、そういうときは、29名を超えてやれる仕組みが必要なのだらうと思います。

○森下委員 柔軟度を増すことで、地域の認知症の方のケアもやりやすくなるということですね。これは、事務局に調べてもらったらいいですかね。根拠と理由を厚労省に聞いてもらって、その上のページも含めて、状況としてどうなっているのかというのを是非調査していただければと思います。

○林座長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。

どうぞ。

○大田議長 ありがとうございます。

この小規模多機能が増えると本当にいいなと思うのですが、総量規制、つまり、保険料が上がるということ以外に、事業者のほうとして、入りにくさとか難しさはないのかというのが1点です。

あと、これを増やせば介護保険料が上がるとすれば、例えば所得に応じた追加的負担で

すね。豊かな高齢者は、もっと払って使えるようにしたらどうなのかということが2点目。

あと、定期巡回というものもすごくいいと思うのですが、これも自己負担を増やせる人は増やす形で何とかできないのだろうか。つまり、そういう形の混合というのはどんなふうにお考えになるかという御意見を聞かせてください。

○ノテ福祉会（対馬理事長） 今、先生に気に入っていただいた定期巡回ですが、マルメの報酬です。これは1回で幾らという介護報酬の設定になっていませんので、要介護度5で月額約30万円になります。ある意味では利用者さんによってニーズの多い人はたくさんサービスを使いますし、ニーズの少ない人はサービス回数も少なくなります。余り回数に関係ありません。先ほど紹介したとおり、うちの利用者であれば、1日平均6回ぐらいというのが普通です。それ以外に介護が必要であれば、胸にぶら下げているペンダントのコールをして、オペレーターがサービスが必要だと判断したらヘルパーが駆けつける。それも全部含んで包括報酬になっています。

○大田議長 あと、小規模多機能施設で介護保険料が増加するから増やせないのであれば、所得に応じて払える人が払う形で増やすことはできないのか。

それと、事業者の側には、今、事業しにくい問題点はないのかという、この二つを教えてください。

○ノテ福祉会（対馬理事長） 介護業界が冷え切っています。先般、介護報酬が大幅引下げになりましたので、事業者も慎重に経営せざるを得なくなっています。今、新規事業をすることは難しくなっています。それから、介護人材の確保もなかなかうまくできていないので、消極的になっています。

ただ、私どものアンデルセン福祉村には全国各地からも視察に来ていただいているのですが、ある県では自分の県の中に必要な数の小規模多機能を配置したい、事業者のほうが消極的なので、うちの県で研修会をやってほしい。あるいは、札幌にこの事業をやりたい人を送り込むので、そういう人達の研修をやらしてもらえないかという話が来ています。そこは都道府県によって大きなばらつきがあると思います。

○林座長 ありがとうございます。

また違うところについて、お伺いしたいのですが、スライド22の[4]で、第三者評価制度、情報公開制度についてです。最初のポツに、「第三者評価機関の評価技能については差が大きい」とあります。さっき「天と地」と仰ったのですけれども、例えばどういう点で天と地だと、具体的にはどんな例があるのでしょうか。

○ノテ福祉会（対馬理事長） 評価項目については、国が決めています。上辺しか見ないところでは、ここを改善したほうがいいよとか、いろいろな指導をしてもらえないのです。我々は高いお金を払っています。東京のNPO法人が来ていますので、決まった料金以外に宿泊代、飛行機代を払っていますけれども、価値があるのは、様々な我々の気が付かないところを指摘されていますし、我々はその結果を家族にも公表しています。そして、職員も見て、それを3年計画で改善する。サービスの向上には役立っているのに、費用は高いけ

れども、価値はあると思っています。

○林座長 例えば、言い方が悪いかもしれませんが、甘い評価機関で甘い評価をもらえればいいということで、評価機関を選ぶような事業者も中にはいらっしゃるのでしょうか。

○ノテ福祉会（対馬理事長） 甘い、辛いではなくて、評価機関として十分な介護の知識を持っていないところが評価機関に認定されてやっているというのが実態であります。

○林座長 第三者評価機関は全国に400を超える機関が存在するそうです。介護事業者としては、先生のところはちゃんと改善に役立つような提案をしてくれるような評価機関かどうかで選ばれていると思うのですけれども、一般には介護事業者の方はどういう視点で400の評価機関を選択していらっしゃるのでしょうか。

○ノテ福祉会（対馬理事長） 地域密着型については、第三者評価が義務付けになっています。そのために、形だけやらないと駄目だとなりますので、どっちかという余り知識を持っていないところをお願いしてやってもらっていて、サービスの改善にはつながっていないと思います。

○林座長 公募についてですけれども、23ページの総量規制の「（2）公募の妥当性、公平性」ですが、対馬理事長の実感として、現在、公募の公平性は担保されているというか、維持されていると感じられていますか。

○ノテ福祉会（対馬理事長） いや、されていないと思います。結果しか出ていませんので。ただ、例えば市役所内部での評価がどうだった、学識経験者の評価がどうだった、トータルとして、この事業所が選ばれたのはなぜかということが明らかになっていません。ここに問題があると思っています。

○林座長 先ほど「三つのプロセス」で公表と仰られたのですけれども、済みません、もう一度、どのタイミングでの公表ですか。

○ノテ福祉会（対馬理事長） まずは市町村になりますので、市であれば、我々が応募して申請書類を見たり、様々な計数的な評価をして、市役所内部で○、×とか1、2、3と順位を付けているはずで、それを今度、学識経験者に上げて、またそこで評価が出てくるはずなので、それは2段階目。三つ目は、両方の評価を見て、最後、市としてどうするかという決断をしているのですね。だから、三つのプロセスをちゃんと公表するということが大事な事かなと思います。

○林座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○安念委員 二つ、お教えいただきたい。

スライドの15枚目でケアプランの作成という、恐らく介護保険制度の要と言ってもいいようなところで非常な労力をかけておられることを知ったのですが、この場合、普通、ケアマネさんが一、二時間、御家族からお話を聞くときの報酬と、それから対馬先生のところで、こういう非常に大規模な、綿密なことをなさるときの報酬というのはどうなっているのかというのが一点です。

もう一点伺いたいののですが、15ページの一番下に書いてありますが、老健と居宅支援事業所の二重指定ができないという何か明文の規定のようなものがあるのか、それとも運用上、そうだというのか、もし御存じであれば教えていただきたい。何となく業界的にそういうものだよという空気になっているということも、まああることですが、対馬先生御自身はどう感じておられるのか、ちょっと教えていただければと思います。

○ノテ福祉会（対馬理事長） 1番目の手間のかかる部分の報酬はどの様なのだという話がありましたが、当法人は5職種の専門職がアセスします。この職種は老健の必置義務になっていますので、新たに人を採用して配置するというものではありません。したがって、老健に入所すると配置されているメンバーが通常業務にオンするだけでありますので、余りコストはかかっていません。いずれにしてもアセスメントはしないと駄目なので、在宅に戻ったときのケアプランの作成にコストがかかりますが、当法人はコスト計算をしたことはありませんが、コスト的には大きくかかっていないと思っています。ただ、無料よりはケアプラン作成費がもらえるほうがありがたいと思います。

老健と居宅支援事業所の二重指定については、申し訳ないです。

○安念委員 分かりました。

それで、もう一ついいですか。僕が非常に驚いたのは、ケアプランの組み直しみたいな話で、20と21ですが、21に組み直しても、先ほどいただいた御説明では持ち出しがなしだという。これには、私は非常な驚きで、素人が見れば、20と21でかかるコストは全然違うと思うのですが、なぜそうなるのですか。

○ノテ福祉会（対馬理事長） 先生は御存じでお聞きになっていると思いますが、定期巡回とか小規模多機能は包括報酬です。何回使っても料金は同じです。

もう一つ言わせてもらおうと、今、要介護度1から5まであります。この支給限度額に対する利用割合というのは、大体50%しか使われていないのです。残り50%は、せっかく利用できるのにもかかわらず介護保険を使っていません。これが高齢者の機能を低下をさせる大きな原因になっていると思います。不必要なサービスを提供する必要はありませんが、要介護度が増すにつれて支援が必要になるため、利用割合が増えないと駄目なのですが、残念ながらデータを見るとそういう状況にはなっていないくて、要介護度5が多少上がります。

だから、ケアマネジャーの問題はそこにあると思います。要介護度5で1日1回、60分しか行っていないのです。ちなみに、私どもの特養に入っている入居者は、うちの職員から1日何回、介護サービスを受けるか、タイムサーベイをしたら、要介護度4.2、3の人が1日8回職員から受けていて、老人ホームの中で自立して生活しています。なおかつ、各ベッドにはナースコールが付いていますので、ナースコールを押してサービスを提供してもらいます。要介護度5で1日1回では無理。したがって、特養に入れてしまおうという形になります。

○安念委員 なりますね。いろいろな関係が分かりました。ありがとうございました。

○林座長 どうぞ。

○大田議長 介護給付と保険外サービスの線引きのルールが必要ということですが、実地指導を考えると、例えばどんな形の線引きがあればいいのでしょうか。

○ノテ福祉会（対馬理事長） 例えば、1時間の介助に行って、掃除・洗濯・調理しました。今は、あくまで高齢者の部分しかできませんので、洗濯機を回しますね。1人分も3人分も同じなので、時間は変わらないと思います。それから、調理だって、例えば豚汁を1人前作るのも3人前も。多少は手間が増えるのですけれども、そこを介護保険の給付と相対の部分に分けると整理が難しい。全く別な日とか別な時間に行くなら、線引きされていますので、不正請求にはならないと思います。一緒にサービスをする時はどうなるかということです。

○林座長 その点について、前々回のワーキング・グループでも、こういう方法はどうかとか、いろいろな試案を言ってみたのです。そのうちの 하나가、今は、時間で単価を決めていますけれども、サービスでその御本人の分が幾ら、家族の分が幾らという形で、対価の立て方を時間単位にしない方法はどうか。

もう一つ別の案は、例えば1人分作るのと2人分作るのと、その時間が20分だったら半分にするとか、人数割りするとか、そういうことで線引きというのは考えればできるのではないかという、いろいろな代替案を出してみたりしているのですけれども、いかがでしょうか。

○ノテ福祉会（対馬理事長） 定期巡回の訪問介護の短時間サービスを別にして、長時間の訪問介護に限定して言うと、基本的に30分、40分という刻みになっていますので、その40分で介護保険給付のサービスを提供しており、家族の分も含めたサービスを行って60分になったら、20分が相対のサービスですよとなると思います。それで記録すればいいのですが、実地指導は、来たときにケアプランと実績を統合してチェックしますので、市町村は自身の感覚で見ると人も多いです。市町村に指導する裏付けを言ってください、書いたものを見せてくださいと我々は言うのですが、それは社会通念上と答える人もいます。

そのため、そこは国に線引きルールを決めてもらわなければなりません。

○林座長 例えば、訪問されたヘルパーさんが携帯などの機器に、何時何分に入りました。御本人の部屋の掃除、何時何分に終わりましたみたいな記録をしておいて、自動的にそれを後で保険者の実地指導のときの証拠として使えるようにしたらどうでしょうか。

○ノテ福祉会（対馬理事長） うち、対馬さんのところに10時に入ったら、モバイルを持って行ってQRコードで入室して、10時チェックイン、そしてサービスが終わって、もう一回QRコードで退室になります。でも、利用者の部屋を出るたびにこれをやったら、仕事にならないと思います。台所に行ったことが利用者のためなのか、家族のための相対サービスなのか。

○林座長 もう一つ、済みません。スライド20と21のアセスメント入所前と入所後のケアプランの違いのところについて質問ですが、入所前のケアプランでは訪問介護というのが

あったのが、入所後のケアプランでは訪問看護はあるけれども、訪問介護はないのですけれども、これはサービスの内容は具体的に変わっているのでしょうか。

○ノテ福祉会（対馬理事長） この入所前のケアプランの訪問介護は、長時間、60分のサービスです。アセスメント入所後のケアプランの定期巡回は恐らく1回当たりのサービス時間は10分から15分ぐらいですので、そこの違いだと思います。

○林座長 そうすると、アセスメント入所後のケアプランの訪問看護の中で、食事を作ったり、介助・洗濯とかもなさっているのですか。

○ノテ福祉会（対馬理事長） それは、必要に応じて、例えば朝8時に行ったときに定期で入りますので、そのときに洗濯機を回してきて、11時過ぎに行ったときに干してくるとか、介護だけでなく、あわせてそういうサービスも提供しています。

○林座長 巡回というのは、見回りするだけじゃなくて、そういう介助もする。

○ノテ福祉会（対馬理事長） 短くて5分、長くて15分ぐらいサービスします。

○林座長 どうぞ。

○羽深内閣府審議官 私も20ページ、21ページは本当に衝撃だったのですが、20ページがほとんどだと仰ったのですけれども、明らかに21ページのほうが良いと思うのですけれども、21ページにならないのはどうしてですか。

○ノテ福祉会（対馬理事長） これは利用者が持ってきたケアプランですが、国保連のデータを要介護度別に全部探っていくと、さっき言った一番重たいはずの要介護度5で1日60分しか入っていないのです。国保連のデータだから、どうしようもない話であります。なぜこう変わるかという、このケアプランは1人のケアマネジャーがつくったケアプラン。介護福祉士の元資格のケアマネジャーがつくったケアプランです。このようにリハとか看護が入っていますのは、多職種でやることによって、高齢者のニーズを幅広くアセスして把握できますので、サービスの範囲が広がります。

アセスメント入所本委員会調査結果を見ると、全ケース、単種類のサービスから複数種類のサービスに変わっているのです。福祉先進国で、多職種でやらない国はありません。

○林座長 例えば、どの国では多職種でやっているのですか。

○ノテ福祉会（対馬理事長） オーストラリアは、7職種です。アメリカは、州によって異なりますが、3職種。それから、ドイツも3職種ですね。それから、スウェーデン、デンマークは、まずはソーシャルワーカーが行って、その利用者と話して、この人は例えば住宅リフォームが必要だとか、車椅子が必要だとか、セラピストを行かせる。あるいは、定期巡回によるサービスが必要だったら、ヘルパーを行かせるというシステムになっています。先進国は多職種でアセスメントをしています。

○林座長 済みません、もう一つ、情報公開のところですけども、前回、12月14日に厚労省をこちらのヒアリングにお呼びしたときに、情報公表システムのリニューアルに向けて、利活用の調査研究を実施することを検討すると仰っていました。このシステムの改修に当たって、先生から期待することとか、こういうところを注意したほうが良いとい

う御意見があれば、教えていただきたいと思います。

○ノテ福祉会（対馬理事長） 情報公開ですね。

○林座長 現在ある情報公開システムをリニューアルするために調査研究すると仰っているのですけれども、改修に当たってどういうことを期待されるかということ。

○ノテ福祉会（対馬理事長） 公表されている情報を利用者・家族が見て、この事業者と比較して、この事業者がいいのだと判断ができるようになっていません。利用者・家族が情報を見て判断できるようなものであれば、1か所に10万かかろうと、20万だろうと、事業者は払います。払っても価値が全くないので、コストがかかっている訪問調査はやめてほしいという話です。

○林座長 我々も、ユーザーの選択に資するような情報自体がない。情報がたくさん、一応は出ているのですけれども、本当にそれを使って比較して選ぶところまで行っていないし、そもそも存在すら知られていないと思います。

○ノテ福祉会（対馬理事長） ただ、先ほど申し上げたとおり、利用者があれを見て選ぶのは私は無理だと思うのです。一番分かりやすいのは、その事業所にいるヘルパーが100人いて、国家資格の介護福祉士が何割資格取得をしているか、その事業者が職員研修をどれぐらいやっているか。これだけで十分だと思います。様々な情報があり過ぎていて、要の情報に目が行かない。そのため、情報公開を使って事業者を選ぶときには、ポイントは2か所ですよという発信をしたほうが良いと思います。

○林座長 確かに、情報が網羅的に出ているのですけれども、我々が何かを選ぶときは違う視点の項目が並んでいるように、実際、見て感じました。

○安念委員 いやいや、ごもっともだなと思って伺いました。

○林座長 それでは、そろそろお時間となりましたので、今日はここまでとさせていただきます。

対馬先生、本当にありがとうございました。

当ワーキング・グループでは、介護問題について、これからも様々な立場の方からのヒアリングなどを続けて、丁寧な議論を進めていきたいと考えております。

本日の議題は以上でございますが、事務局から、何かありますか。

○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、また改めまして御案内させていただきます。

事務局から、以上です。

○林座長 ありがとうございました。

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