

第9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2月14日（火）16:00～17:38

2. 場所：中央合同庁舎第4号館12階1214会議室

3. 出席者：

（委員）林いづみ（座長）、大田弘子（議長）、森下竜一

（政府）山本内閣府特命担当大臣（規制改革）、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

（説明者）一般社団法人日本デイサービス協会 小川理事長

一般社団法人日本デイサービス協会 斉藤事務局長

（厚生労働省）老健局 介護保険計画課 芝課長補佐

老健局 高齢者支援課 佐藤課長

老健局 振興課 三浦課長

社会・援護局 福祉基盤課 石垣課長

4. 議題：

（開会）

議題1：介護サービスの提供と利用の在り方について

議題2：医薬分業について

（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9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。

本日は、江田座長代理、安念委員、川淵専門委員、土屋専門委員、戸田専門委員は御欠席となっております。また、本日は、山本大臣、大田議長にも御出席いただいております。

それでは、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存じます。大臣、よろしく願いいたします。

○山本大臣 皆さん、こんにちは。今日は森下委員だけですけれども、お忙しいところ、ありがとうございます。少数精鋭で頑張りたいと思います。

今日は、非常に大事なテーマで「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。事業者から具体的な提案もあると伺っています。

このテーマは、言うまでもなく、規制改革推進会議における今期の最重要テーマの一つであります。先週金曜日に国家戦略特別区域会議が行われましたけれども、東京都から同

種の提案が出されたところでもあります。介護の現場において具体的なニーズがあることを示していると思います。このような提案と連携しながら、できるだけ早く全国どこでも介護サービス利用者のニーズに合った取組が可能となるよう前向きな議論を進めていただきたいと思います。厚生労働省におかれてもしっかりと対応をお願いしたいと思います。私も担当大臣として責任を持って取り組んでまいりたいと思いますので、よろしくお願ひします。ありがとうございます。

○中沢参事官 大臣、ありがとうございました。

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件であります。1件目は「介護サービスの提供と利用の在り方について」、2件目は「医薬分業について」であります。

それでは、ここからの進行は、林座長、よろしくお願ひいたします。

○林座長 ありがとうございます。インフルエンザ等はやっており、皆様もお体にお気を付けいただきたいと思います。

まず、本日の最初の議題は、先ほど御紹介がありましたとおり、「介護サービスの提供と利用の在り方について」でございます。

通所介護の業界団体であります日本デイサービス協会より小川義行理事長様、斉藤正行事務局長様にお越しいただいております。また、厚生労働省老健局より佐藤守孝高齢者支援課長様、三浦明振興課長様、芝介護保険計画課長補佐様、社会・援護局より石垣健彦福祉基盤課長様にもお越しいただいております。厚生労働省の皆様には後ほど議論に積極的に加わっていただきたいと思いますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、早速ですが、日本デイサービス協会様より規制改革要望の御説明をお願ひいたします。

○日本デイサービス協会（小川理事長） 皆様、こんにちは。日本デイサービス協会代表の小川と申します。

まずは、このような非常に貴重なところに参加させていただきまして、誠にありがとうございます。

私どもは、2014年6月に、数あるデイサービスの中でも、リハビリを通じて利用者のQOLを推進して、強いて言えば膨れ上がる社会保障費を抑制していこう、持続可能な高齢化社会に貢献していこうというところで、私自身がもともと全国に150のデイサービスを運営させていただきまして、日頃競合であります他の代表の方と同じ共通理念の下、大同団結をして設立させていただきました。

今日は、20分という限られた時間ですので、私のほうで冒頭、当協会の簡単な概要をお伝えして、その後、斉藤事務局長から我々の四つのテーマに絞ったところをプレゼンテーションさせていただきたいと思っております。

私どもは今、全国に89法人、1,245の事業所を抱えております。もともと背景の一環として、訪問介護のほうでは意見交換されたいらしいのですが、日本在宅介護協会に私と斉藤事

務局長も加盟しておりまして、東京では役員もさせてもらっています。ただ、その中で、あちらの団体はやはり訪問が主になっていますので、我々通所はくり抜いてまた別でやっていこうということで立ち上がった背景があります。

現在、89法人、1,245の裏側には、8万5,000人の利用者、1万300人のスタッフを抱えているという状況です。日頃感じていることを今回盛り込んで四つに絞ってプレゼンテーションさせていただきたいと思いますので、少しでも現場の声が届けばというところで進めていきたいと思っております。

早速ですが、私どもの事務局長の斉藤からプレゼンテーションさせていただきたいと思っております。

○日本デイサービス協会（斉藤事務局長）では、替わって、具体的な中身については私のほうから御説明させていただきたいと思っております。

冒頭、小川代表より話をさせていただきましたとおり、本日は貴重な機会を頂きまして、誠にありがとうございます。

我々デイサービス協会として、デイサービス事業者の一部ではありますが、現場の声ということで忌憚のない意見、提言をざっくばらんにお話しさせていただきたいと思っております。前向きな建設的意見と思っておりますが、多少聞き心地の悪いこともあろうかと思っております。御容赦いただきたいと思っております。

本日、テーマは四つ頂いております、限られた20分という時間ですので、ポイントを絞ってお話をさせていただきたいと思っております。早速、中身のほうに入りたいと思っております。

まず1番目が、介護サービスの多様な選択です。いわゆる混合介護と言われている保険外サービスの組合せについて、意見、提言をさせていただきたいと思っております。

資料1の5ページは、第6回医療・介護・保育ワーキング・グループに厚生労働省から御提示された、現状をまとめた資料を添付させていただいております。こちらにも記載されておりますとおり、保険外サービスについては一定のルールの下で提供が認められているということでもあります。

ただし、それを踏まえた上で現場での実情ということで、我々が課題と認識している点について6ページに四つほど書いております。

一つ目が、一定のルールということで示されてはいるものの、そのルールの解釈の幅が存在しているということです。全国に1,700ある自治体それぞれの保険者によって、また保険者の担当者が替わるたびに、解釈の部分についての幅が変わってくるということで、統一的な全国ルールにはなっていないというところが一つの課題であると思っております。

二つ目に、一定のルールということが、様々な省令や、都度提供されますQ&Aの中に示されてはいるのですが、統一的に保険外サービスについてということが取りまとめられているわけではありません。保険者もそうですし、我々事業者も、保険外サービスについて示されているルールへの理解が十二分に及んでいなかったり、保険者と話をしても保険

者のほうもよく分かっていないので、「確認します」というようなことが日々繰り返されているということで、現場で正しい認識ができていない状況になっていることが課題だと思っています。

三つ目に、ルールが示されているものの、保険外サービスに対しての監督体制については明確な罰則規定があるという認識でもなく、そうすると現場の実情としましては、余り厳しい指摘が入らないということです。遵法精神に乏しい一部の事業所の逸脱した取組がかなり常態化しているという現状です。我々の協会や、先ほど小川代表からも話がありましたとおり、在宅協などに所属していたり理事をしているメンバーは上場企業の介護事業者も多いので、そういった企業は当然細かいルールをきちんと把握して対応しようとしておりますが、その他、中堅中小企業になると、この辺りのところはえいやというふうには実際には行われてしまっているという現状もあるのではないかと認識しております。

最後に、下に赤字で書いていますとおり、利用者や御家族から、保険外について一体的にこのようなサービスも提供してもらいたいとか、様々なニーズがあるのですが、なかなか対応できないという実情もあるというこの辺りが保険外サービスについての課題だと認識しております。

7ページは、これらを踏まえて、我々から大きな枠組みとしては二つの提言、赤でまとめているのが一番お伝えしたいことですが、一つ目は、現状、一定のルールが定められているものの、十二分に整備されていない状況でもありますので、もう一度、現行ルールについて現行の枠組みの中で整えていく必要があるだろうと認識しております。二つ目に、現行ルールの規制改革を行って新たなルール策定を行っていくという枠組みがあるかと思えます。これら1と2を包含した形で保険外サービスについてガイドラインという形で取りまとめを行うことが何よりも大切ではないかということが一番の提言とさせていただきたいと思っております。

ここから具体的な中身に入りますが、ガイドラインを作っていくには、保険外についてはかなり複雑な仕組みでいろんな見地から検討していく必要があるだろうと思っておりますので、この辺りに関する現状整理も簡単にさせていただきたいと思えます。

9ページは、通所介護事業の特徴を書いております。幾つかポイントを書いてありますが、二つ目、三つ目を見てくださいと、訪問介護とは異なって一対一のサービスではなくて一対複数のサービスを提供していくというところ、また、通いの場となるような施設や設備を持っているということも大きなポイントになるだろうということで、この辺りを踏まえた上で訪問介護とは違った視点での御提言をさせていただきたいと思っております。

10ページには、保険外サービスといっても大きく三つのサービスに分かれるという認識を持っております。一つ目は、通常の介護保険の介護サービスと同等のサービスを保険の点数を使い切った後に全額自費で提供していくという形のサービスです。二つ目が、それと似通ったサービスということで、曖昧な表現になろうかと思えますけれども、介護サー

ビスなのですが、類似したサービスを独自の金額設定等をして提供していくケースです。三つ目は、その他全く新しい保険外のサービスということで、こちらについてもデイサービスの事業所自体が提供するようなサービスや、外部の事業者と連携して行うサービス、介護保険以外の公的な医療保険等を使ったようなサービスという、さらに三つに細分化されるだろうという認識を持っています。

11ページは、保険外サービスがデイサービスにおいて提供されるパターンということで5パターンほど整理しております。その都度様々な課題とニーズがあると認識しておりますので、11ページについては後ほど簡単に触れていきたいと思っております。

以上の現状整理をした上で、いよいよ具体的な提言に入らせていただきたいと思います。

13ページは、提言内容として大きく三つに分けております。一つ目が、先ほどの11ページの5パターンの事例に基づいてそれぞれパターンに合わせた具体的事例ということをお伝えさせていただきたいと思います。二つ目が、価格の自由化という部分についての意見、提言をさせていただきたい。三つ目が、最もお伝えさせていただきたいところでありますが、ガイドラインの策定についてということで、3項目、具体提言をさせていただきたいと思っております。

14ページからは、先ほど11ページで示した5つのパターンにおいてそれぞれ現状とサービス事例ということでまとめております。1-①は、同一の利用者、Aさんという利用者がデイサービスに通われていて、Aさんがデイサービスを受けている間に提供させていただくサービスということです。現状は、食事やおむつ等の提供が一定のルールという形で認められています。また、訪問理美容という形でデイサービスで散髪するといったサービスについては、保険のサービス時間から散髪している時間を外して算定すれば訪問理美容のサービスは使ってもいいというQ&Aが指し示されているわけです。逆に言うと、訪問理美容以外のサービスは何がオーケーで何が駄目かについてはそれぞれの保険者ごとの解釈に委ねられているという現状でありまして、駄目だと言われるケースが多いということです。

ただ、冒頭にもお伝えしたとおり、確認すると駄目だと言われるのですが、確認せずにそのまま提供している事業者も多いというのが実情だと理解しています。また、確認しても、担当者がAさんのときはオーケーだったのがBさんのときには駄目と変わったりという実情もかなりあると思っています。

この部分については、赤字で下線を引いて書いておりますとおり、現状は訪問理美容サービスでは、保険外のサービスについては提供時間から外すという形にしてオーケーと言われていたということで、保険サービスからは時間を外すわけですから、そうであるならば、極論の言い方になるかもしれませんが、あらゆるサービスをこの場で提供することが可能であってもいいのではないかというふうに我々としては大方針として認識しております。

具体的に利用者や家族からどんなニーズがあるかということで下に幾つか書いております。趣味・嗜好的なサービスもあれば、生活必要サービスということも含めて書いており

ますが、米印でも書いていますとおり、これらのサービスはデイサービスで必ずしも受けるサービスなのかという御指摘もあつたりするかと思います。

例えば医療系のサービスについて言うと、家族や利用者のニーズからすると、お医者さんと話をするときには、よく分かってくれているヘルパーや介護職員が一緒にいるときにお話を聞きたいとか、サポートしていただきたいというニーズはかなり多くいただいております。こういった部分について柔軟な対応ができたりするといいかなと思っています。

また、趣味・嗜好的なネイルやマッサージ、リラクゼーションみたいなサービスについても、わざわざデイでやらなくてもほかで受ければいいのではないかという御指摘もあろうかと思います。実情は、家に引き籠っていらっしゃる段階ではこういうところに行こうという気持ちがなかなか起きないのですが、一旦デイサービスに来て、職員がサポートして関わりを持っていく過程の中で、こういうことも受けようという生きがいや社会参画につながっていくといった側面があるのではないかということで、繰り返しになりますが、サービス提供時間から外していくということであれば、これらのサービスをかなりの形で利用できるような柔軟な対応がとればよいなと我々としては感じているところであります。

15ページの1-②は、内容は同じことを書いています。保険サービスの前後で提供させていただくということで、デイサービスが始まる前、終わった後にデイサービスの事業所の中の設備を使って提供するサービスということを書いてあります。この辺りは利用者が様々なサービスの時間帯の中で受けたいとか前後で受けたいというようなニーズに応じて提案していくということで、1-①と大きな違いはないと理解しています。

16ページの1-③につきましては、送迎がデイサービスの場合は発生しますので、その送迎の前後でのサービスということになるかと思えます。四角に書いていますとおり、送迎サービスの介護保険サービスでの位置付けということも、もともとは送迎時間も基本サービスの中に組み込まれていて、何度か法律改正の中で、現状は送迎については加算算定等も無くなっている状態ではあります。送迎時間をサービスとしてどう位置付けていくかが分かりにくくなっているというところで、この辺りについても細かいルールの整備が必要だと理解しています。送迎の前後の中で、利用者の買物支援や病院等への付添い、宅配便等の受取などのサービス等、様々に考えられるのではないかと理解しております。

17ページ、1-④の事例ということで、通所サービス開始から終了までの間に保険内サービスを受ける利用者と保険外サービスを受ける利用者が混在している場合、デイサービスならではの事情ということかと思えます。1日当たり10人、15人、20人の利用者がいらっしゃる中でどのようなルールがあるかというところですが、ここに書いていますとおり、10割相当でサービス提供する場合は、現状の介護保険のルールと同じ人員基準や設備基準の下でサービス提供をしていくべきだと定義されております。この辺りの解釈についてもかなり保険者ごとに分かれてきていると思えます。

また、提言1-①で書いているサービス、例えば10割相当とはちょっと違うのですが、

似たような介護サービスを提供するケースも存在したり、これが介護サービスではない様々な保険外サービスとなるとルールがどうなるのか、ルールが複雑に入り組んでしまっています。

そして、15年4月の制度改正で要支援1と2の方が通所介護については新総合事業の中に組み込みをされましたので、総合事業と一体的に提供する場合にはまた新たなルールが規定されてというケースになっています。この総合事業の予防サービスについては、自立支援介護ということに今、力を入れられておりますので、我々の事業者でも、例えば自立を促して、様々なサービスを行っていくことによって要介護1だった方が自立判定を受けるというケースも結構あります。自立判定を受けた方が引き続きこのサービスを使いたいというオーダーを頂くケースもかなり多くて、その場合、ではどういう枠組みでどう提供していくかということを保険者と相談しながら提供していくのですが、その際の人員基準や設備基準はどうなるのかという現状ルールが十分に整備されていないというふうに感じています。もしくは整備されていたとしても我々が十二分に理解できていない状況にあたりますので、この辺りについての整備をしていくことが重要だという認識を持っております。

1-⑤の事例で、デイサービス事業所を活用した保険外サービスの提供は、いわゆる二毛作サービスという言葉方がされたりするわけですが、日中帯にデイサービスを提供した後、夕方にデイサービスの設備を生かして別のサービスを提供していくことについても様々な形で行われています。この辺りについてもオーケーという保険者と駄目だという保険者がいらっちゃったり、ある程度ルールを明確にしていく必要があるかと思っております。我々としては、様々な地域との交流や認知症カフェなどを開催していく場として使わせていただくというような福祉サービスのケースもあれば、極論を言えば、デイサービスの設備を使って夜は居酒屋や飲食店をやられているケースもちらほら聞いたりします。この辺りについてもルールをきちんと整備していく必要性があるし、我々としては、原則的には保険外の時間帯については社会的資源を有効に使っていく観点から自由な使い方ができるということにさせていただくと有り難いという認識を持っております。

以上、五つを具体的な事例として書いております。

19ページの提言の二つ目、価格について四つの観点があるかと思えます。①が通常の介護報酬の保険サービスについて、②が、保険外サービスですが、食費、おむつなどのルールでオーケーと言われているサービスについて、③が10割負担相当の介護保険と同等サービスを自費で頂くケース、④がその他の保険外サービスということで、四つ分類しております。

一つ一つ我々の考え方をお伝えさせていただくと、まず現状の介護報酬についてはいろんな意見もあって、より質を上げていくためには報酬単価についても自由な見直しができるればいいという意見もありますが、我々は、当然、保険報酬であるという理解を持っておりますので、この部分の価格については現状どおりの考え方で何ら問題はないと理解して

おります。

ただし、②、③、④の保険外のサービスについては、原則的には価格を自由に設定できるようにしてもらいたいという認識を持っております。

特に②について申し上げますと、食費等のサービスについても解釈が曖昧なところになっていますが、現状の基本的な考え方としては原価相当分ということで、食事については、仕入れた食費の金額を利用者の数で割ったおおむねツープイになるような価格を設定するという指導をいただいています。この辺りについては幅が出てきますので、保険者ごとに具体的な金額については、日々、指導や話し合いをしながら提供していますが、その考え方になりますと、事業者のインセンティブがなかなか働かない。同じ品質のものを事業者が努力を行って価格を下げたら、当然、利用者に提供する価格も下げなさいという指導になります。そうすると、頑張って努力して、利用者には確かに価格が安く提供できるわけですが、企業としての利益には全くつながらないということになりますので、事業者としては企業努力がしにくい環境になってしまっているということで、②についても價格的には自由な設定ができると有り難いと思っております。

また、③の介護保険の10割相当の部分についても、原則10割なのですが、保険者によっては10割相当ぐらいの価格だったらいいですという言い方をされるケースもありまして、大体というのが結構曖昧だったりします。担当者とお話すると7割から8割ぐらいの価格だったらいいのではないと言われるケースが多く、この辺りも解釈が曖昧です。先ほど申し上げた、例えば完全自立になった方に提供するようなサービスとか、保険のサービスとは似たようなサービスを提供していますが、価格帯や考え方が違う場合にはどう価格を決めるのか、この辺りについての価格の考え方も解釈が不明確な状態になっております。この辺りについても自由に設定させていただいて、一定のガイドラインがあるといいのではないかというのが価格に対する我々の考え方です。

提言の三つ目として、最も伝えたいこととしまして、保険外サービスに係るガイドラインの策定ということです。前述の中で三つの現場の課題をお伝えさせていただきましたが、これらの課題を解決していくために保険外サービスに係るガイドラインを策定させていただいて、下に書いていますような細かな部分についての規定を定めていただけると有り難いと思います。

20ページの一番下に赤で書いていますとおり、例えば2015年にデイサービスにおける宿泊サービスということについては届出制と公表制、そしてガイドラインが厚生労働省から指し示されましたが、そんなイメージを持っております。このガイドラインのような形で保険外サービスについても、先ほど来ずっと御指摘してきたような部分について一定のガイドラインという形で指し示していただいて、例えば保険外サービスを提供する事業所については届出をしていただく、一定の情報公開をしていただくというルールを付けていただくと分かりやすくなるのではないかという認識を持っております。

21ページでは、具体的にそのようなことを進めていくとするとどんな課題があるのか、

そのために何をしていくべきかということを書いております。留意事項については、厚生労働省の資料ですが、利用者への負担が不当に拡大しないか、給付が増加しないか、逆に重度化の防止を阻害するのではないかという懸念も確かにあります。一番懸念されるのは、保険サービスプラスアルファ、保険外サービスも組合せ的に抱き合わせでないと利用できないという事業者も出てくる可能性がありますので、この辺りについては一定のルールが要るだろうということです。

我々は、例えば保険外サービスについても、高齢者のQOLを向上させるという観点から必要なサービスを保険外サービスでデイサービスと組み合わせて提供する場合にはということで、ケアマネジャーによるケアプランや、デイサービスの通所介護計画の中できちんとアセスメントを行って、こういうサービスが必要だからということで必要なサービスのみ提供していくという一定ルールを作っていくことが必要であると理解しております。

二つ目の赤のところは要望ということになります。もしガイドライン等が制定された場合には、現場は事務作業やルールが増えるたびに事務業務が膨大になってきておまして、保険外サービスについては全く別の記録とかになるとまた負荷がかかってしまいますので、できれば保険内サービスと同じフォーマットの中で項目だけ分けて記載できるような仕組みがとれると効率的に運営できるかと思っております。この辺りを考慮いただけると有り難いと思います。

以上、混合介護のところについてのお話をさせていただきました。

時間が押してしまっておりますが、簡単に残り三つについてお話をさせていただきたいと思っております。

2番目の情報開示と第三者評価は、他の今までの団体からも具体的な提言が少なかったとお聞きしておりますので、我々なりの独自の視点での提言をさせていただきたいと思っております。

評価制度について、23ページに現状認識ということで書いております。まずは共通の課題というところだけ触れておきたいと思っております。情報公表と第三者評価は、それぞれの目的や役割が当然明確にはなっていると思っておりますが、事業者や利用者には役割分担の違いが十分に認識されていないのではないかと。何よりも情報というものが利用者がサービスを受ける事業所を決めるための選定基準の情報として十二分に活用されていないということが最も重要なポイントではないかと。その辺り、なぜということを情報公表と外部評価ということでそれぞれに具体的なポイントを書いておりますので、資料を確認いただければと思います。

これを踏まえた上で、24ページに当協会としての基本的な考え方を書いております。現在、情報公表や第三者評価が十分に活用されていない。ただし、我々としては、介護保険制度本来の理念である「利用者による選択」を実現するためにはこの制度は大変重要だという認識を持っております。現場の事業所もこの二つの制度については余り活用ができていないし、また作業量だけがが増えて、義務感で提供している実態があるように感じており

ますが、我々は本来これは物すごく大切だという理解を持っております。

なぜなら、先ほど来のお話の繰り返しになりますが、利用者による選択のためには大変重要で、現状は利用者が自ら選択できるという制度になっていますが、実態としては、担当のケアマネジャーがこの事業所を使ったらいいですよと勧めたらほとんどそのケアマネジャーの意向に沿った事業所選定になってしまっている。情報の非対称性がありますから、素人である利用者や家族がどこの事業所がいいということを自分たちで決められないということで、担当ケアマネが勧めたそのままの事業所になってしまっているという現状がありますので、この辺りを脱却していくためには情報開示を積極的にうまく使っていくことが大切だろうと思います。

また、全体のサービスの質を高めていくということは介護保険の枠組みの中でもかなり重要なテーマと位置付けられておりますが、先ほどもお伝えした情報の非対称性などの観点から、現状は、品質を利用者が選択するのは難しい。例えばサービス提供体制加算のような形で、こういう体制をとったら質が高い事業所だということで加算を付けましょうという考え方で品質が位置付けられていますが、我々としては、この評価制度をきちんと運用していくことによって利用者の選択によるサービス競争原理が働いて、利用者がいい事業所を選んで、駄目な事業所は利用者が集まらないということでおのずと淘汰されていくような環境が作られればと感じております。そのためにはこの制度が大変重要だと思っております。

具体的には何が必要かということで25ページに書いております。まず、第三者評価と公表制度、二つに分かれていることで分かりにくくなっていますので、一緒にしてしまったらいいと思っています。

第三者評価は、今は一部のサービスだけ義務付けられている状態ですが、全てのサービス分類で使うべきだというふうに我々は理解しています。ただし、ここで一つ問題かと感じているのは、第三者評価は、中身はいい評価指標が出来上がっていると理解していますが、ただ、素人の利用者や家族が見て、いいか悪いかを判断する基準としては難しくなっているのではないかとということです。公表制度や第三者評価の項目の中で、素人の方が見ても判断できる項目と、プロがしっかりと審査したほうがいい項目というふうに大きく二つに分けられると理解していますので、ここを分けて、利用者が自らチェックの視点に使えるような項目を抜き出して、利用者が事業所訪問をしたときにチェックリストに基づいてこの事業所はこうだということを自らチェックしていく仕組みを採っていったらどうか。専門家がきちんと調査する部分については、今の第三者評価のような位置付けで評価していく。こういう分け方にして、例えばサービス利用をするときには、利用者自身がきちんと評価してから事業所を決めるというルールを作っていくことができるのではないかと理解しております。

米印で書いていますが、ここをやるためには、需給調整についての規制の在り方、いわゆる総量規制の緩和も合わせていく必要があるということで、3番目の総量規制につい

でも書いております。

ただし、ここはいろんな方がいろんな御提言をされていると思いますし、時間の兼ね合いもありますので、今日は、ここに書いてあるところだけ確認いただくということで、現状の実情や課題というところは見ていただいたらと思います。総量規制によつての全体の質を高めていく、需給調整を行っていくという機能が十分にはなされていないのではないかと我々としては認識しております。できるだけ総量規制についても緩和していくということができるといいと思っています。

ただし、緩和とともに、先ほどの情報公表などの制度をきちんと整えて利用者が選択できる環境をとらないと、ただ単純に緩和してしまうと悪質な事業所がはびこってしまうようなことも十分に考えられますので、この辺りについては一定の配慮をしていく必要があるのではないかと考えております。この辺りについては27ページ、28ページを確認いただければと思います。

4番目の項目に移らせていただきたいと思っています。その他の規制改革ということで30ページに書いております。我々としては、規制改革ということが、今、介護保険でいろんな問題が起きている中の問題解決のKFS、最も重要なポイントではないかと考えています。給付費を抑制していかないといけない。抑制していくと、当然、事業者の報酬は下がっていくことになるわけです。一方で、人が足りないから事業者の人件費や採用費はどんどん膨らんでいく。また、全体の質を高めないといけないということで様々なルールや規制がより強化されている現状で、事務作業や事務コストがどんどん高まっています。介護事業所としては、報酬は下がってコストはどんどん増えている環境の中で目先の収益を何とか獲得していかないといけないということで、結果的に全体品質が下がってしまっている状況にあるのではないかとということです。

こういう状況を打破するためには、できるだけ制度をシンプルにする。制度をシンプルにすると事務コストが下がっていくわけですし、利用者や家族も理解が進んでいく。そして、極力、サービス品質に影響が少ない規制については緩和していくことと、公表制度を見直していくことが重要だろうということです。

具体的にどんなことかということで、31ページに三つの視点から書いております。

サービスコードについてはどんどん増えていっている現状にありますので、この辺りもある程度統一してもいいのかと我々は思っています。デイサービスなどでも、ここに書いてあるとおり、療養型通所、認知症通所、地域密着通所、様々に新しい分野もできて、それぞれにニーズがあるわけですが、ルールは複雑化していっていますので、基本のデイサービスルールは一つにして、それぞれ加算のルールなどを作っていきようなシンプルな制度ということも考え方としてはあるのではないかと考えています。

人員基準についてということが、赤でも書いていますとおり、我々としては一番要件緩和していただきたいと思っています。例えばデイサービスにおける看護師や生活相談員については、今のルールが、例えば生活相談員については3要件があるわけです。文系の大

学卒の方が33科目のうち三つの科目を受けて卒業していれば社会福祉主事の任用資格になるという位置付けになっていますので、実質的には素人同然の方でもオーケーというルールになっているのが現状です。むしろ介護の実務経験1年以上あるような方のほうがきちんとした相談員業務ができるのではないかと考えておりますので、この辺りの配置要件を緩和いただいて、例えば社会福祉士の資格を持っている方が生活相談員だったらプラスの加算が付くとかという形にして、最低ルールはできるだけ緩和していただけると事業者としての品質向上につながっていくのではないかと思います。その場合、当然、基本単価をぐっと下げてもらっても採用コストや人件費が抑えられるということで、事業所としての理解も得られるのではないかと。

運営基準や設備要件についても、緩和いただきたい項目について具体的に書いています。

以上、駆け足でお話をさせていただきましたが、四つの提言をざっくりばらんにさせていただきました。この後いろいろと意見交換できればと思いますので、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、御質問、御意見などよろしくお願いします。

○大田議長 ありがとうございます。大変貴重なお話をいただきました。

今のお話をベースにして厚生労働省にお伺いしたいのですが、4点あります。

まず、今の資料1の14ページで、理美容サービスの場合はサービス提供時間外であればいいということになっているわけですね。ほかのサービスであってもサービス時間外であればいいのではないかと、理美容と同じように扱っていいのではないかとするのは非常にもったいな御指摘だと思いますが、それについてどうお考えか。

2点目は、このページの四角の枠の下から2行目に小さい字で、例えば医療サービスの場合に介護職員の立会いを希望されるケースが多いと書かれています。これは同じ時間に提供される保険外サービスになりまして、こういうものについてはサービス内を認めていいのではないかと思います。これについてどうお考えか。

15ページ以降、ローカルルールについて書かれています。基本的に保険外サービスとの組合せは認められており、認めるときの条件は利用者の同意が得られるということです。今までヒアリングした中でも、自立支援のために保険外サービスを組み合わせたほうが有効な場合はたくさんあるというお話も聞いています。やはりここは国としてガイドラインを示していただくというのが必要不可欠だと思いますが、それについてどうお考えか。これが3点目です。

4点目は、保険外サービスと組み合わせるときにケアマネジャーのアセスが重要だというのはどの方も仰る。大変重要なことですね。これに関連して、これまで伺ったヒアリングの中で、福祉先進国でケアマネジャー一人でアセスしている国は日本以外にない、と。介護福祉士の資格を持った方は介護については御存じだけでも、医療については御存じない。医療関連で資格を持っている方は医療については御存じだけでも、介護について

は御存じない。とすると多職種を組み合わせアセスをやるというのが重要、不可欠であるという御指摘をいただいています、これについてどうお考えか。

この4点、お願いいたします。

○林座長 お願いします。

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

4点ほど頂戴いたしました、順次、御回答申し上げたいと思います。

まず、訪問理美容サービスとそれ以外というお話、一つ目のお話です。私ども調べはしましたが、なぜこれのみがこういう扱いになっているかということについての明確な理由の証拠自体は行き当たっておりません。

原則として、お迎えに行ってからサービス提供して、おうちまでお届けするというのが一連の行為としてパッケージで提供されるのがこれまでの制度設計になっているということに依拠しているのかと思っております。

後ほどの自治体間のばらつきのお話にも出てまいりまして、そこで申し上げようと思っていたのですが、恐らく土地土地のニーズというのは自治体ごとに違うと思います。自治体の中でも地域ごとに違います。そのためにどういう施策が必要かということも自治体ごとに変わってくるのは一定の合理性があると思っております。医療サービスであればアカデミックにアプローチして、これが正しい診療行為だということが決めることはできても、生活の困りごとになりますと地域ごとのニーズが少し変わってくるので、全国統一のルールでこれはこういうふうによれ、あるいはこれをこういうふうにやるべきではないといったことを定めるのは難しいのではないかと思っております。この辺りは以前のヒアリングで武蔵野市の部長さんも仰っていたかと思いますが、ニーズとそれに対する自治体のある意味で制度を運営するコストとの兼ね合いというのが非常に重要な論点になってこようかと私自身は思っております。

介護職員の立会いというのは、私は実は個人的には医療行政が長いものですから、どうい場合にデイサービス職員の立会いを求めるか、想定できず、そこは逆に斉藤さんにお伺いしたいと思っておりました。デイサービスというのは、例えば週に2日とか、ある意味、1日24時間、7日間という生活の中のごく限られた時間の中で供与するというのが介護職員のポジションなのかと思います。ケアマネであれば、生活全体を把握しながら様々なサービスを提供していくという意味での立会いという話は想像できないわけではないのですが、介護職員の立会いというのは、どういう疾患でどういう場合にというのは特にデイサービスについては伺いたいと思っておりました。

3点目のガイドラインについてでありますけれども、今の規制体系というのが、省令あるいは通知、Q&A、大きく分けてこの三つによって構成されています。それ自体は一つの本になって、それぞれ全てのサービスを網羅している形ですので、分厚い、厚さ4~5cmの本の中に全てのサービスについて一冊の中に入っているのが実情です。また、Q&Aもいろんなところに出てくるというふうに仰っていただきましたけれども、実際には一つにまとま

ってはいます。一つにまとめた形でのお知らせ、ホームページなどでもしておりますので、私ども周知不足は反省しないといけないと思った次第です。その上で、ガイドライン策定は、先ほどのお話とも一部重なりますけれども、ポジティブリスト化してこれはいいだろうといった形で全国斉一的にやるのがなじむのかどうかということは慎重に考えたいと思っているということでございます。

最後に、多職種のアセスメントのお話を頂戴しました。今のケアマネジャーのバックグラウンドは、3割ぐらいが医療職、7割が介護職、そういう意味で、正に大田議長仰っていただいた、例えば7割の方というのは疾患に関する知識が相対的に少ない。お年を召した方が利用者になりますので、基礎疾患をお持ちの方がほとんどです。例えば脳卒中あるいは脳梗塞を起こした人に何が必要かと言われたときに、すぐに自動的にといたしますか、概念できるほどのケアマネジャーがほとんどであるとは言い難い現状であるのは事実だと思えます。

その中で、多職種の目を入れるというのは私ども非常に重要な観点だと思っております。実際にサービス担当者が集まる会議というのがございまして、もちろんケアマネジャーがケアプランを作った後でありますけれども、サービス提供者が集まってカンファレンスしまして、多様な視点からケアについて議論したり、あるいは地域ケア会議と申しまして、地域包括支援センターのほうにケアマネジャーに来ていただいて、あるいは来ないケースもありますが、その中でドクターやナース、OT、PT、あるいは薬剤師といった多職種の専門的な目を入れるということを私ども進めようと思っております。ですので、そこはある意味では同じ方向性を向いているのかというふうにお伺いして思いました。

○大田議長 地域によって状況が違うから全国統一のガイドラインは示せないというのはわかには賛成しかねることです。地域によって異なる事象もあります。例えば農業の多い地域、漁業の多い地域、大都市地域でそれは違うでしょう。しかし、介護を受ける者にとっての共通部分はあるはずで、ここに出された例でも、歯科健診やデジタル補聴器の聴力検査など、共通部分についてガイドラインを示していただきたい。全部、地域に委ねて、ローカルルールがたくさん出てくるという状態が果たして望ましいのか。私は基本部分についてはガイドラインを設定していただきたいと思えます。

ポジティブリストが悪いのならば、では、ネガティブリストはどうですか。ネガティブリストでこれだけはやってはいけないということを示していただくのは有効だと思いますが、それについてはどうお考えですか。

○厚生労働省（三浦課長） 済みません。少し言葉足らずであった部分があるかもしれませんが。このヒアリング資料の21ページ、私どもの留意すべき事項という形で抜粋いただいているページがございます。実は同じくお手元に参考資料1で私どもが実際に出した資料がありまして、こちらの3ページと比べていただきますと幾つか抜けている点がありまして、そのうちの一つのトラブルの話というのは、私ども懸念としては思うところがあります。

例えば、あげつらっているわけではないのですが、挙げていただいている事例で申し上げますと、買い物にしても、物販サービスあるいはデジタル補聴器の聴力検査、これは物を売るといふことと連動している行為だと思いますが、こういったもののトラブルの関係、これは正に代替規制と申しましょうか、事後規制がどれぐらい必要になるかという話とセットで考えていかなければいけない。その辺り、私が先ほど武蔵野市の事例を出させていただいた部分がありますけれども、そこでの相対で考えていくような話ではないかと思っております。

これは総論的にガイドラインを作るのが嫌だとか申し上げているというより、そういった中で、逆にばらついているというお話を、今日、たくさん頂戴したのですけれども、どういふふうにはばらついているのか、話合いの中で合理性を持ったばらつきなのかどうなのかということを私は一回聞いてみたいと、今日伺っていて思っておりました。そこは少し確認をしたいと思えます。

○林座長 どうぞ。

○森下委員 言われていることを聞いていると介護保険も破綻するのは当然かと思えます。これは全く医療保険と同じ道をたどっていますね。ローカルルールを増やしていった挙げ句、国自体の統一感が無くなる。同じ保険料を払ってこんな不公平な制度を作って本当に平気なのかと思えます。

地域ごとという言い方をするのであったら、地域に任せればよいという話であって、国全体で介護保険をする意味が全くない。正に医療保険が破綻したと同じ道を介護保険がたどっていて、同じ失敗を厚労省は何回やるのだと。どう考えたってこれはおかしいでしょう。地域ごとの実情に応じてやるのがなぜ全て地域に任せるといふ話になるのか。共通のルールが決められることは決めたらいいではないですか。どんどん病名数が増えていく。介護保険のサービスが増えるのは同じことです。

行政手続部会のほうで今、カットする、一律で何%か削減してもらおうという話をしていますが、正に削減すべき対象であって、自分たちが分からないような制度を作って、それが地方で混乱を引き起こして、それが地方の自由だと、こんな理屈はないです。介護保険がこのままだらば、全部理解する人はほとんどいないでしょう。もし理解できているのであれば、実情を聞かなければいけないなんて話にならないはずですが。やはりここは、介護保険を医療保険と同じようにしないためにはシンプル化していくのは当たり前の話です。それができないのであれば、正直、行政担当の意味がないと思えます。

私、今までの話を聞いていて全く納得がいかない。明らかに望んでいる方がいて、しかも混合が可能であって、なぜそれができないのか。これは行政が怠慢しているからできないのであって、各自治体で勝手なことを決めていっているからできないなんて話はありません。根本的な発想として、行政の担当者として何とかしないとみんなが迷惑しています。これから先ますます増える中で、混乱が増えるのは分かっている、そういう指摘があるのに混乱を放置しているというのはやはり怠慢だと思います。何ができるかということをも

確にしてほしい。

確かにネガティブリストを出すのは難しいと思いますが、であれば、ポジティブリストをどんどん出せばいい話であって、今まで介護保険でのポジティブリストの歴史を繰り返しているわけでしょう。同じことをすればいいだけの話であって、なぜそこだけ違うことを言うのか。私にとっては納得いかない御説明で、真摯に対応してもらう必要があると思っています。少なくとも各自治体で共通のがないなんてそんなふざけた話はありませんから。

○林座長 今の点について三浦課長、いかがでしょうか。厚労省から、保険内外サービスの同時一体的提供ができないのは明確に区分されていないからだとこの間からお話しされているのですが、では、厚労省は明確に区分するガイドラインをお示しになっているのでしょうか。

先ほど、訪問理美容サービスについての時間を除外すれば訪問理美容サービスはデイサービス中でもできるという例について、三浦課長のほうで調べたけれども、そこは確認できなかったと仰った。行政当局ですら確認できないことを利用者がどうやって確認できるのでしょうか。ケアマネジャーがどうやって確認できるのでしょうか。そういった利用者の立場に立った明確区分というものを示さずして後から査定をするということでは、担い手もサービスの提供ができず、利用者も柔軟なサービスの組合せが受けられないということになるのではないのでしょうか。ガイドラインの必要性について厚労省としてどのようにお考えになっているのか、今一度お答えいただけますか。

○厚生労働省（三浦課長） ありがとうございます。振興課長でございます。

基本的な考え方、あるいは今、認められる保険と保険外との組合せ自体、省令あるいは関係通知でお示しはしておるところです。そこで足らざる分について自治体でばらつきがあるというお話がありましたので、そこは逆に伺わせてほしいと。1,800の自治体があり、その中でも、同じ市町村の中でも同じような生活圏ではないわけですが、それに対して全く同じようなことを許容しろという形で上意下達のスキームを作るということ自体、私は多少違和感を覚えています。

ただ、今日、お話を頂戴して反省いたしましたのは、診療報酬というたくさんの項目のものですら、ある意味で一冊の本になっていて、それよりも多少シンプルな立て付けであるところの介護保険の中のものですら理解が及んでいないような自治体もあるという御指摘がありました。どのような内容について理解が及んでいないのかということは伺っておりませんので、判断は難しいですが、いずれにしても分かりやすいような形で再構築してお示しするということは必要なかと思った次第であります。

○林座長 どうぞ。

○日本デイサービス協会（小川理事長） 小川です。

6 ページの一番下に「ルール順守の監督体制が不十分であり」とあります。今、協会に1,200の事業所が入って89法人いまして、我々自身もこの協会のボードメンバーなので、厚

生労働省が発した情報、解釈に対しては我々も常に勉強して理解しているつもりですが、我々の協会の末端の法人ですらルールが複雑過ぎて分からない。確かに地域でのニーズも違うのは分かります。

私、措置の時代に私の母親の介護をやってこの会社を作って、今、150、全国展開して、全国のエリアの中に私の自宅も埼玉県で入っているわけですが、私のところではサービスができない。隣の事業所では、ルールに対して逸脱した行為ではないのですが、例えば理美容でいったら散髪までやってくれて、髪染めまでやってくれて、物販までやってくれる。ただ、我々の場合、法令遵守しなければいけないので、うちではできない、こういったところが非常にあるわけです。

何が言いたいかという、現場の中でも複雑化過ぎて分からない。ルールが今どうなっているか分からない。勉強しなければいけない部分もありますが、お客さんはもっと分からない。混合介護というのですけれども、介護保険内外すら境目が分からない自治体もあり、指導する市区町村の担当者もそうなっているのが現状ではないか。上の部分では分かっているのですが、介護保険は現場が使うものなので、現場がこの境目を分かっているところが非常に多いのではないかと私は思っています。

○日本デイサービス協会（斉藤事務局長） 先ほど三浦課長からも御質問いただいていたところもありますので、そこと併せて三つほどお話をさせていただきたいと思えます。

まず、大前提として、我々、限られた時間の中でいろんな御提案をさせていただいています。課長が仰っていることも我々は十二分に理解してまして、これをそのままやるにしたって、いろんな懸念がたくさんあります。やはり悪質な事業者や、ルールを逸脱してやるという懸念点もたくさんあることは十二分に我々も理解しております。決して我々としては課長にこうだということを詰問するつもりは全くないということは先にお伝えしておきたいと思えます。その上で、御質問いただいたことも含めて、三つお伝えさせていただきたいと思えます。

一つは、具体的に自治体ごとにどこがどう違うかと仰ったことについて言うならば、正にここに書いてある事例の項目については全てと言ってもいいぐらい、医療保険のサービスを除くとその他のサービスについては全部オーケーという保険者もあれば、駄目という保険者もあるという実情であります。何をと示されたら、一事が万事で、場合によっては理美容サービスですら駄目だと言われる保険者さんもいらっしゃいます。Q&Aを持っていくと初めて「では大丈夫ですね」と言われたり、Q&Aに書いてあるのに、うちの保険者の考え方はこうですというような言われ方をされたりするケースも結構あります。

そういう意味でいうと、ここに書いてある医療保険で明確に駄目と言われているもの以外はほとんど全ての項目について保険者ごとに対応が違うという実情があることをお伝えさせていただきたいと思えます。

それから、医療のところについてデイサービスでイメージがつきにくいと仰った点ですが、これについてはデイサービスだけに限定しているわけではなくて、様々なケースで介

護職の立会いを言われるケースが多いという意味でも申し上げております。

恐らく利用者や家族としても、本質的に必要だという意味と、感覚的、感情的、観念的に仰っているところもあります。利用者の方は、さっきの情報の非対称性から来るものだと思いますが、医療と介護の区別が付きにくいところもあって、お医者さんが専門用語でいろんなことを言われるのだけれども、介護の人のほうがより専門的な知識を持っているから、私たち素人が聞いてもお医者さんが何を言っているかよく分からないので、いつも話をしているヘルパーさんが一緒に立ち会って話を聞いてくれるとすごく安心だという意味で一緒に来てもらいたいと観念的な意味で言っている方が多いのかもしれませんが。もちろん、本質的なことも含めて、そこで医療との連携や情報交換をしていくということの重要性も当然出てくると思います。

訪問介護でも、訪問診療のドクターが来るときには一緒に来てくださいというのは結構言われておまして、この辺りは、プラン次第で利用者さんによって千差万別です。訪問のプランを組み込まれていなくてデイサービスだけでプランを組まれている方は、介護職との接点が唯一デイサービスだから、ここでお薬の受渡し、そういうこととも言われるケースがあるということでここでは書かせていただいています。そういう意味でお伝えさせていただきました。

もう一つお伝えしたいのは、仰っていることを十分踏まえて、我々は、ガイドラインの中身は置いておいて、ガイドラインがまず欲しいと。極論を言うのであれば、現状、様々なQ&Aや省令に組み込まれているものを全部切り出していただいて、保険外はこうですと一覧に羅列していただくところからの出発でも構わない。今は、いろんなところに保険外のルールが書いてあるから、それを引っ張ってくるところが難しいので、まずはそこを示していただくところから、更にその中身を深掘りしていくという段階でも構わないというぐらいで、これだけ保険外などのサービスが入り組んでいる中で必要ではないかと感じております。

○林座長 ありがとうございます。

時間の関係もあるので、情報開示と第三者評価についても厚労省にお伺いしたいと思っています。

今日の資料1のスライド25のところで具体的提言をいただいております。評価項目などを専門家向け項目と利用者向け項目に切り分けるという御提案なのです。この提案についての厚労省の御見解はいかがでしょうか。背景としましては、やはり利用者、家族がサービスを選択する上では、情報開示、第三者評価が分かりやすく使いやすいものである必要があると思います。その点で一つのアイデアを今日は頂いておりますので、厚労省の御見解をお伺いしたいと思います。

○厚生労働省（三浦課長） 老健局振興課長でございます。

御案内のとおり、情報公表自体は義務化されておりますので、そういう意味でこの組合せというのは、第三者評価自体を義務化する効果と、それを一体化してはどうかという御

提案だと理解いたしました。

この情報公表という制度ができるときの経緯を少し申し上げたいのですが、情報公表と第三者評価、外部評価というのは別のものとして切り分けたいという思いでこの制度を設計されたというふうに物の本に書いてあります。田中滋先生などを中心として介護保険を作られた方々で御議論いただいて今の形になっておりますので、統一するということが自体は、私は多少違和感があります。それぞれが両立して、かつそれが一覧性をもって表示されるというお話であれば、それはそれでまた別に考えたいとは思いますが、第三者評価自体が義務化できるかどうか、私自身は理解が及んでおりません。それはまた担当課長から御説明をしたいと思います。

また、今、林座長からお話しいただきましたが、先日、私どもヒアリングで申し上げましたとおり、情報公表自体は問題なしとしないということが私どものポジションだというのはお伝えしてあるとおりであります。できるだけ利用者目線に立って、造りについて見直しはしたいと思っていますところでもあります。

○厚生労働省（佐藤課長） 高齢者支援課長でございます。

今の振興課長の説明の補足でございます。第三者評価制度につきましては、前回、一応御説明申し上げましたように、制度の趣旨として、事業者自らがサービスの質の向上に取り組む。そのための評価をしっかりしていく。外部から評価していくように努力していくという法律の趣旨に基づいて運用してきておるものでございます。

義務化ということにつきましては、法の趣旨が一つあるのと、もう一つは、利用者選択という観点から申しますれば、義務化による膨大なコスト、あるいは制度の回し方なども総合勘案した上で、なかなか難しい部分があると思っております。

ただ、冒頭に振興課長から話があったように、情報公表制度との趣旨の違いを踏まえながらも、最終的には第三者評価についても利用者選択に結果として資するという趣旨がございますことから、何がしかの工夫をしていくということはあるかと思っております。検討していきたいと思っています。

評価そのものは事業者自らが行うということからしますと、おのずと当該介護施設事業所がどういった観点に留意してサービスを提供しなければいけないかということになりますので、まずはここに書かれておりますとおり、専門的な部分ということになります。ただ、評価した結果の見せ方については、利用者選択に資するような見せ方というのも工夫できるようなことがあろうかと思っておりますので、御指摘のようなことも踏まえまして、何ができるか、検討していきたいと思っています。

○林座長 関連なのですが、今日の御提案の中には、第三者評価結果を契約締結時に事前確認すべきという御提案もございました。これは、要介護者らに評価結果を確実に届けるという観点から有益だと思うのです。例えば省令によって今、事業者から利用者への説明・同意取得が義務付けられている「重要事項」がございますが、この重要事項として第三者評価結果を明示化するということが実現できるのではないかと思います。この

御提案について、厚労省の御見解はいかがでしょうか。

○日本デイサービス協会（斉藤事務局長）　こういう提案にさせていただいていますが、先ほど仰ったとおり、第三者評価は今、義務ではないので、グループホーム等は全て第三者評価が存在しますが、第三者評価を受けていないサービスが大半であります。そういう意味でいうと、これを共通制度として全てが義務化したらという前提で我々は書きましたが、現行ルールで言うならば情報公表については少なくとも全て義務付けられていますので、その情報公表だけでも情報開示として利用者さんが契約のときに確認項目に必ず入れるということは考え方としてあってもいいと思います。

○林座長　第三者評価を受けているかどうかということを入れたら、それが受審のインセンティブにもなるのではないかと考えていますけれども、その点はデイサービス協会はいかがですか。

○日本デイサービス協会（斉藤事務局長）　できるだけたくさん情報を利用者には届ける必要があると思いますので、そういう意味では、受けている、受けていないということも入れておいて、受けているのであればその中身も確認できるようにするということが大切だと思います。

ただ一方で、第三者評価には、ここにも書いているとおり、現状は様々な課題もあって、いろんな理由の中から義務付けられていなくて、決して情報公開に対してネガティブな事業者だから第三者評価を受けていないのではなく、いろんな理由から受けていない事業者で本当は質の高い事業者もいます。受けていない事業者イコール情報開示していない事業者と捉えられてしまうとちょっと誤解が生じるかなと感じますので、いろんな観点から検討が必要かと思います。

○林座長　評価制度の今の在り方の問題点も今日の御提案の中でされているので、それと併せての今回の改革提案になっていくのだと思います。先ほど私が厚労省にお伺いした、重要事項説明の中に第三者評価の受審の有無ないしその結果の説明を義務付けるという点はいかがでしょう。厚労省にお伺いします。

○厚生労働省（佐藤課長）　高齢者支援課でございます。

今、サービスの契約時に事業者が利用者に対してサービス内容の重要な事項を説明することがルールとして義務付けられているところでございます。この御提案あるいは御指摘の趣旨からすれば、第三者評価というのは正に自らの努力によってサービスの質の向上を図っていくということが本来の趣旨ではございますけれども、結果として利用者になんか伝わるといふ要素も一応あるということで、今、この場で明確に申し上げることが難しい部分はございますが、受けているかどうかということ、そういった御指摘のようなことも含めて伝えていくということは検討してまいりたいと考えているところでございます。

○林座長　是非、前向きに御検討をお願いしたいと思います。

大田先生、どうぞ。

○大田議長　デイサービス協会に二つ、それから厚生労働省に一つお尋ねしたいことがあ

ります。

今の評価のところなのですが、いろいろヒアリングすると、情報が利用者として選ぶのに役立っていないわけですね。選択情報になっていません。介護が必要になったときにどこを利用するのか、どういうサービスがあるのかというのが分からない。それから、空き情報が分からない。選択情報にするには、武蔵野市の方は介護ミシュランの例を出されたのですけれども、得られたデータを加工して出していく何かが必要なのではないかという印象も持っていますが、そこについて何かお感じのことがあればお聞きしたいというのが一つです。

それから、総量規制に関連して、これまでのヒアリングの中で、業者は公募で決めるけれども、公募の手续が透明化されていない、と。市が事業者を絞り込むという段階、それから学識経験者が評価する段階、両方の結果を見て事業者を採択する段階、というこの三つの段階それぞれにおいて手続が透明化されていないという意見が出てきたのですが、何かお感じのことがあればお聞かせいただきたいということです。

それから、厚生労働省にお聞きしますが、第三者評価機関自体が天と地の差で、機関によって相当レベルが違うという指摘があります。これについてどうお考えか、お聞きしたいと思います。

○林座長 デイサービス協会、お願いします。

○日本デイサービス協会（斉藤事務局長） まず、一つ目の公表の部分については、仰るとおりで、我々が一番お伝えしたいことは、利用者による選択という観点は今の介護保険制度の中では非常に弱いのではないかという認識を持っています。今の話のとおり、情報公表は正に我々事業者が自ら基本情報を書いて情報開示をする。第三者評価についても事業所自らですが、外部の専門家にチェックいただいて提供するというところで、利用者が質をチェックするという考え方や視点は、現状では全くとまで言うと大げさになるかもしれませんが、なかなかそういう機会が少ないのが実情です。先ほどもお伝えしたとおり、担当のケアマネジャーなどの情報提供によって事業所選択がなされているというような実情があるので、ここは本当に是非変えたいということをお我々は強く願っております。

先ほどミシュランのようなお話がありましたが、ミシュランをどう定義するかですが、第三者評価に近いようなところもあって、もう一つ、ミシュラン以外に、例えば食べログ的な誰もが自由に書き込みができる、そういうことがあってもいいのではないかという意見も我々の協会の中でも出ております。

ただ一方で、先ほど来お伝えしているとおり、介護という非常に専門性の高いものを全く誰でもが素人感覚で伝えていくということには一定の危惧もあるのだろうと思っています。だからこそ我々としては、ここに書いた提言のように、素人でもこの目線で見られるという視点、利用者がこういうところで事業所を選んだほうがいいという選定チェックポイントみたいなものは絶対に示してあげたほうがいいと、さらに選定チェックポイントの中で、専門家からの意見ではこうですというものが第三者評価のような形の補足としてあ

るといい、そんな理解を持っております。

総量規制、公募の部分については、デイサービスについて、いわゆる公募というのは認知症デイサービスぐらいでありまして、これから地域密着型のデイサービスが公募になってくるということでもありますので、事例としては少ないのですが、これは先ほどとまた同じになってしまいますけれども、保険者によって随分差があるという認識を持っております。地方に行けば行くほど透明度が薄いような感じがしています。比較的都心部のほうが公明正大でまだ見えやすいルールになっているかと思えます。

一つだけ我々として思っていることは、分かるのは分かるのですけれども、やはり実績主義に陥りがちな部分があります。そもそも公募に申し込む絶対条件として、都道府県のこの地区でこのサービスをやっている事業者でないと公募に参加できないという条件が付くケースが非常に多いので、これは当然、実績があるから有利になってはいいと思うのですけれども、それがマスト条件になってしまうと、やはり新しい事業者や、革新、イノベーションということが起こりにくいのではないかと。この辺りの公募の在り方についてはいろんな手続の議論があるのではないかと。我々が感じたところは今お伝えしたところであります。

○大田議長 ありがとうございます。

○林座長 厚労省、お願いします。

○厚生労働省（石垣課長） 社会・援護局の福祉基盤課長でございます。

今、御指摘がございましたように、評価機関ですが、私どものほうで評価機関を認証するガイドラインの大枠を作っております、それに基づいて、都道府県のほうでサービスに重点を置く項目なども違うものですから、そういったものを踏まえながらそれぞれの都道府県の認証をしているという形ではございますけれども、現在、全体で412ほど評価機関がございます。その中には、年間に何十も評価しているところもあれば、ほとんど評価の実績がないところもございます。地域によってサービスが違うということから来る、評価の内容も違うということもあるのですが、それ以外にも、実績の部分でかなり経験の差とか、評価する方の能力の差があって、私ども研修などをなるべく一生懸命念入りにやって質を上げるようにしていますけれども、そこに全然ばらつきがないかと言うとそういうことはないと思っております、もう少し評価の質が上がっていくように努力をしていく余地はあると思っております。

○林座長 最後に一点だけ、介護保険給付費を請求するためのサービスコードというのが2万件にも達していて、事業者の事務的な負担が著しいと聞いています。厚労省にお伺いしたいのですが、こういったサービスコードの整理をしないと介護業界の生産性も向上しませんし、利用者が主体的にサービス内容を選択していく上でも、このサービスコードの複雑さ、手続の複雑さというのが分かりにくさの一つにもなっているように思います。手続の簡素化という点について、厚労省では何か具体的な対策をお考えになっているでしょうか。

○厚生労働省（三浦課長） 振興課長でございます。

今仰っていただいていますコードというのは、審査支払の請求に使うものでありまして、利用者の直接、目に触れるものではないと思います。間違っていたら御指摘ください。その上で、その事業所がどこにあって、どういうサービスメニューで、どういうストラクチャーを持っていて、あるいはどういうふうな個性を持っているかといったものの介護報酬の中での分類が、住所など、そういったものが当てはまるので、パターンとして増えていくというものであります。恐らくは制度としての順列組合せの数が増えるので、これだけ数が増えたというお話かと思えます。

介護報酬が2000年に出来上がったのですけれども、その当初に比べれば複雑になったと言われる反面、基本的には包括報酬になっています。医療と比べると、出来高報酬ではありませんので、そういう意味ではシンプルに出来上がっているものではありませんが、少なくとも制度のよいものは評価をし、あるいは例えば認知症に特化したサービス形態があるということであれば認知症のタイプであるというタイプ分けが必要になってくるわけです。そのためのストラクチャー、あるいはそのための研修を受けた職員が何人いる、そういったようなことが要件になって、そういう個性作り、利用者のニーズに応じたきめ細やかなサービス体系にしようと思うとどうしても避けられないという部分があります。

ただ、先ほど委員からも御指摘いただいておりますが、森下先生からもいただきましたけれども、制度として複雑だという点は、私どもできるだけシンプルにしたいという気持ちは持っておりますので、できることはやっていきたいと思っています。

○大田議長 サービスコードが2000年当時は1,760でしたが、現在は2万9,546になり、加算・減算があつて複雑な体系になっており、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困難だと聞きます。それにあわせて運営基準や算定要件があり、そもそもサービス内容を把握することが困難だ、と。これはやはりお考えいただいたほうがいいのではないのでしょうか。先ほどの提言の中にもシンプル化というのが出ていましたが、何か補足があれば。

○日本デイサービス協会（斉藤事務局長） 今のお話について言うと、お二方仰っていること、両面を感じているところがあります。確かに2万という数については、これは各種の加算も全部ひくくめたものなので、課長が仰ったとおり、利用者がそこまで知る必要もないことも含めたことだと思います。2万という数字を聞くと異常な数字のように感じるかもしれませんが、そうではないというふうに仰っていることはよく分かります。

ただ一方で、制度のシンプル化は絶対必要だと思っています。基本のサービスメニュー自体も、先ほど来仰った介護保険がスタートしたときからどんどん新しいサービスが出来上がって、さっき申し上げたデイサービスだけでも、もともと小規模、中規模、大規模と分かれていたものが認知症専門のデイサービスという新たな分類が出来上がったり、宿泊付きはそのガイドラインが出来上がったり、似たようなサービスの小規模多機能が出来上がったり、いろんなサービスが出来上がっていつている。それぞれに根拠があるという理

解はしているのですが、我々の提言の中にも書かせていただいたとおり、例えばデイサービスはデイサービスで一つの最低基準を作って、認知症専門型のところには認知症の基準を作った加算みたいな形を作り上げていくようにして、基本のサービスの種類はなるべく少なくしたほうが利用者には分かりやすくなるのではないかと。

実際的には、これはケアマネジャーを含めて、介護事業者の怠慢もあるかもしれないのですが、年々ルールが変わって行って、それぞれに基準が増えて行って、ケアマネジャーですらサービスの全ての基準に追いつけていないという声を現場で聞いていますので、できるだけシンプルになったほうが良いと感じております。

○森下委員 これは意見なのですけれども、厚労省さんはもうちょっと優しくなりましょうよ。介護をしている現場から言えば、介護の人を抱えていて、自分の町ではこういうサービスが受けられないのに隣の町では受けられるとか、一々聞かなければいけないというのはかわいそうです。どう考えたって、介護だけでも大変なのだから、それ以外の部分ではできるだけシンプルにして、介護する人たちが分かりやすい制度にしないと、正直、かわいそうだと思います。自分が介護するときそんなことがあったら腹が立つし、どこかに聞かなければ分からないような制度というのはやはり国の制度として欠陥があると思えない。

これはいい悪いというのではなくて、やはり自分たちが介護を受ける立場に皆さん間もなくなるのだから、そのときに子供が苦労しないような制度を作っておかないと見捨てられるのは我々だから、もうちょっと優しく考えて、できるだけ使いやすい制度にするような、やはり気持ちの問題が要ると思いますよ。お金の問題はもちろんあるけれども、それ以前に、介護はそれだけでしんどいのだから、そういう優しさも是非持ってほしいと思います。意見です。

○林座長 もう我慢し切れず意見を言われました。本当に利用者の目線に立って介護の入口で考えると、正に何をどう選択したらよいのか分からない、費用も分からない、手続はどうなのだろう、と。利用者は、ただでさえ大変な状況の中で選択できない状況に、今、置かれているという生の声をたくさん頂いています。ですので、厚労省には是非、利用者の目線でこの介護制度の改革に取り組んでいただきたいと思います。

今日は、時間も押してしまいましたので、これで終わりにしたいと思います。本当にありがとうございました。本件については、引き続き当ワーキング・グループとして検討してまいりたいと思います。どうぞ御退室ください。

(一般社団法人日本デイサービス協会、厚生労働省退室)

○林座長 それでは、次の議題に移ります。

「医薬分業について」事務局から説明をお願いします。

○中沢参事官 それでは、資料2を御覧いただきたいと思います。

本件は、昨年11月15日に開催されました第4回「医療・介護・保育ワーキング・グループ」におきまして、「医薬分業推進の下での規制の見直し」というテーマでフォローアッ

プを実施した際に、席上、委員の先生方から出されました質問、御意見、これは文書で回答せよということにしておりましたので、その質問、御意見を整理しまして、昨年12月6日に厚生労働省に対して文書でこの質問に対して回答を求めるといことで投げたものでございます。その後、厚生労働省からの回答は昨年未だに一旦出そろったのではありますけれども、説明が不明瞭だった点等々がありましたので、改めて問い直した点がございまして、最終的には今年の1月18日に全ての回答がお手元のとおりに確定したという状況でございます。

最初の質問でございますけれども、こちらは、昨年の10月に立川の国立病院機構災害医療センターが、厚生労働省の見解を受けまして敷地内への薬局誘致の公募を中止したという件がございました。そのときの経緯、背景、根拠等を記載のとおり(1)から(3)でただしたものであります。

これに対する厚生労働省の回答を御覧いただきたいと思っております。同センターからの処方箋を集中して応需することを想定した公募条件であって、また、かかりつけ薬剤師・薬局を推進する厚生労働省の政策の方向性と合致しないため、好ましくないと伝えたという回答が出ております。

次のページ、追加質問のほうを御覧いただきたいのですが、たとえ敷地内の薬局であっても、それはかかりつけ薬局になり得るのではないかと、なぜ駄目なのかという問いかけに對しまして、厚生労働省からは、災害医療センターは高度急性期病院なので、患者が当該病院を継続的に受診することは想定されていないと回答されております。また、地理的条件から見ても、患者が他の医療機関を受診した場合に当該薬局を利用することは想定し難いなどの理由によりまして、かかりつけ薬剤師・薬局を推進する厚生労働省の政策には合致しないと判断したという回答が来ております。

最後のページを御覧いただきたいと思っております。こちらは数字周りでございますけれども、地方厚生局から厚生労働省に対して保険薬局の構造規制に係る照会のあった件数と、それへの対応状況についての質問も出ました。これに対する回答も記載のとおりであります。この質問を投げたのが11月だったということなので、昨年11月15日時点ということになっておりますが、そのときまでに地方厚生局から厚生労働省へ問合せのあった、照会のあった件数が20件、そのうち17件に対しては指定可能と回答した、こういう内容でございます。

事務局から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、御意見等をよろしく申し上げます。どうぞ。

○森下委員 厚労省さんは来ていないのですね。

○中沢参事官 はい。

○森下委員、まず、最後の3ページのところなのですが、不可であると回答した3件に関してもっと詳細を教えてくださいませんか、是非お願いしたいと思います。一体何をもって公道からその存在を確認できないとしているのか。公道から確認できないというの

は駄目という要件に入っていましたか。公道から見えなければいけないなんていう要件がありましたか。そこははっきり覚えていないですが、そんな要件はなかったような気がします。具体的にここは何が駄目か、3件に関してしっかりもう一度回答をお願いしたいと思います。

それから、全ての薬局がかかりつけ薬局でないといけないというのはいつ決まったのですか。こんなことを言うと、それはおかしいのではないか。要するに、患者さんにとってメリットがあるかどうかなので、災害医療センターは特殊な薬品がいっぱいあるわけでしょう。それをなぜ、ない薬局に振らなければいけないのか。むしろ災害で来ているのであれば、そこで薬をもらって帰りたいというのが患者さんのもっともな要望であって、そんな大変な方が地方に一回行って、かかりつけで、しかも災害でずっと通うわけでもないのに、なぜわざわざそこにその要件を求めるのか。いつから厚労省は全ての薬局がかかりつけ薬局でないといけないと決めたのか、決めたのであれば一体何を根拠に言っているのか、教えてもらいたい。もし全部そうしなければいけないと決めているのであれば、それは明らかに分業体制がおかしいのであって、改めてその点に関して我々は議論すべきではないかと思えます。

基本的には、機能に応じて患者さんのメリットがあるような薬局の体制を作るべきであって、医者だって高度な医療と開業している先生にそれぞれ分かれているわけなのに、薬局だけが全て開業医みたいな位置付けだという不思議な話だと思うので、ここは是非厚労省さんに再度御質問いただければと思います。

それから、1ページの「応需することが想定される公募条件であった」ということで、こここのところに関して、公募の要件が問題なのか、それとも薬局の開設の内容が問題なのか、これはちょっと話が違うことだと思うのです。公募条件であれば、公募条件を変えれば敷地内に作ってもよかったのかという話になるので、もう一回ここに関して、公募条件が問題であるのであれば、その公募条件を会議のほうに報告していただきたい。そうでないのであれば、何をもってして、あるいは公募条件を変えればこれは敷地内に造ることが可能だったのか、その2点を1ページ目のところについては聞いていただきたいと思えます。

○林座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○大田議長 かかりつけ薬局については、前の規制改革会議の議論でもかかりつけそのものに賛成ではありませんでした。老後になって自宅の近くにかかりつけがあるのは有り難いけれども、職場だとかかりつけ薬局まで何で戻らなければいけないのだと。森下委員が言われるように、継続的に受診することが想定されないと敷地内に置くことは駄目などというルールは作った覚えがありません。

それに、なぜこういう公募を取り下げるということになったのか、その真意は何なのか。

○林座長 厚労省が望ましくないという問題視する見解を示した理由も根拠も、追加質問したにもかかわらず、全く分からないというのが現状です。見解を示した根拠となる法令、省令などを厚労省は示すべきだと思います。

先ほど「かかりつけ薬局」の話も出ましたが、そもそも継続的な受診が想定されていないのであれば、なおさら病院の敷地内に薬局があったほうが便利だと思われ、今回のこの回答は理屈が全く意味不明であると思います。

更に問題だと思うのは、厚労省国立病院機構管理室長が、「今後、国立病院機構の他病院で同様の動きが見られた場合も、本件と同じ対応をとる」旨の意向を示したという報道があったのですが、これが厚労省としての公式の見解なのかどうか、そうであれば非常に問題であると思います。森下先生、何か。

○森下委員 これは議事録に書いていいのか分かりませんが、今日、何で厚労省は来ていないのですか。呼んでいないのですか。

○中沢参事官 済みません。呼んでいないのです。

○森下委員 呼んでいない心は何。

○林座長 呼べなかったのです。

○森下委員 時間的に呼べなかったということ。

○林座長 向こうがすごくばたばたして。

○森下委員 向こうがばたばたした。改めて来てもらうというのはいいわけですね。

○中沢参事官 はい。

○森下委員 一回決まったことをこういう通達で変えていくなり、あるいは質問で変えていく。しかも、その経緯が規制改革推進会議のほうに報告もないということで、やはり非常に問題だと思うのです。こういうのがまかり通るのであれば、閣議決定が骨なしになるというか、本当に閣議決定する意味が怪しくなってくるので、林座長が言われたように、経緯をしっかりと説明してもらったと同時に、一体どういう考えのもとにこういう発言をされているのか、発言が事実であるとすれば、その真意をお聞きしないといけないのではないかと思います。

○大田議長 通達ですらないのでしょうか。

○林座長 はい。

○大田議長 単に伝えただけですね。

○林座長 はい。今日、いらっしゃらない委員も、また、いらっしゃる委員の先生も言い足りないことがありましたら、事務局に御連絡をお願いしたいと思います。

本件に係る今後の進め方につきましては、それらを取りまとめた上で改めて検討してまいります。引き続きよろしくお願いたします。

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 次回ワーキング日程につきましては、追って御案内を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。

では、本日はこれにて会議を終了いたします。ありがとうございました。