

第2回

介護分野に関する意見交換会

平成28年5月23日

午後3時27分 開会

○井手座長 それでは、定刻よりも若干早いですけれども、皆さんおそろいですので第2回目の介護分野における意見交換会を開催したいと思います。

大変お忙しい中、また、暑い中お集まりいただきましてどうもありがとうございます。

議事次第に従って、本日は介護サービス・価格の弾力化（混合介護）という点について御議論いただくわけですけれども、最初に事務局から配付資料の確認と、それから、引き続いて、本日の議題であります資料について御説明をお願いしたいと思います。

○藤井調整課長 本日もよろしく願いいたします。

まず、資料の確認をさせていただきます。お手元に資料1として出席者名簿、それから、資料2として、本日の議題でございますけれども、介護サービス・価格の弾力化（混合介護）という資料、それから、参考として、前回と同じものなんですけれども、介護分野を取り巻く状況・制度の概要といったものを用意させていただいています。

それに加えて、これも前回と同様なんですけれども、メインテーブルの皆様方には公正取引委員会で行ったアンケート調査の速報値を集計したものを、参考1から参考5までという形でお配りしております。このアンケートは速報値ですので、前回と同様に現時点では委員の皆様限りということにさせていただいております。

これに加えて、森委員から本日の意見交換用の資料として、「介護分野における規制緩和について」と題するパワーポイントの資料、それから、一般社団法人日本在宅介護協会会長名の資料を提出していただいておりますので、これも席上配付資料として配付させていただいております。これらは、前回配布した資料と同じものなんですけれども、本日の議題に関する部分が含まれていますので改めてお配りさせていただきました。

また、八代委員、鈴木委員から連名で、「介護サービス価格の弾力化に関する意見」と題する資料を提出していただいております。それから、これとは別に、前回の議題に関する資料として、「参入規制の緩和等に関する意見」と題する資料も提出していただいておりますので、これらも席上配付資料として配布させていただいております。さらに、結城委員から「公取意見交換会（介護関連）にて」というタイトルの資料を提出していただいておりますので、こちらも席上配付資料として配付させていただいております。

以上、いろいろ資料ございますけれども、もし、不足しているものがございましたら事務局にお申し付けください。

それから、これから資料の御説明に入らせていただきますけれども、空調がないのと、もう

クールビズが始まっていますので、上着は適宜とっていただければと思います。

○八代委員 すみません、今、席上資料ということですが、これはほかの資料と同じようにウェブ上には載せていただけるわけですね。

○藤井調整課長 そこはまた御相談させていただこうと思っております、取りあえず席上配布ということにしています。最終的に、いろいろな種類の資料を出していただいているんですけども、公表してまずいという理由は基本的にはないと思っておりますので、出していただいた方に出して差し支えないものかどうかということを確認させていただいて、皆さん問題なければ載せるということかなと考えています。

それでは、資料2に沿って説明をさせていただきます。

本日は、介護事業者の創意工夫が発揮され得る環境の整備という観点から、介護サービスの内容や利用料に係る弾力的な運用について御議論いただきたいと考えております。

この弾力的な運用というのは、具体的には、現行認められている混合介護の拡大であるとか、自由価格の導入といったものになろうかと考えておりますけれども、こういったものについて御議論いただいて、これらを導入していくことによって事業者の採算性の向上とか介護サービスの質の向上といったことにつながっていくのかといったようなことについて御意見を頂ければと考えております。

資料2の1ページでございますけれども、まず、議論の前提となる保険外サービスについてここで定義をさせていただいております。保険外サービスは、文字どおり言えば、介護保険の対象外ということですので、それ自体明確な定義があるわけではなくて、一般的にはその意味するところの範囲というのは非常に広いということになるわけですが、今日は、介護サービス事業者が提供するサービスということで、更に利用者が全額自己負担することで利用できるサービスに限定したほうが議論の趣旨に沿うと思っておりますので、そういった形で議論を進めていただければと考えております。

それから、保険外サービスについては、自治体が条例を制定して提供する場合とか、自治体が自らの財源を利用して提供する場合がありますけれども、こういったものは取りあえず除いております。

それから、保険外サービスの利用者の範囲についても、1ページの下②のとおりでございます、基本的には保険内サービスの利用者を対象に提供されるサービスということでございます。ただ、厳密に言うと、利用者の家族が入る場合もあろうかと考えております。

以上が1ページ目でございます、2ページ目に移りまして、保険外サービスの内容について

てでございます。保険内サービスについては介護保険法によって各介護サービスの定義が定められておりまして、更にそのより具体的な取扱いは告示や通知などによって定められていると、そういった立て付けになっているわけです。

下のほうに書いてありますように、例えば、訪問介護の場合、何が介護報酬の対象にならないのかということで書いております。簡単に紹介しますと、1の「直接本人の援助」に該当しない場合ということでございまして、最初のポツにありますように、利用者以外の者のための洗濯、調理、買い物、布団干しや、2つ目にあります、利用者が使用する居室等以外の掃除は介護報酬の対象にならない、つまり、保険外といったようなことが示されております。

こういった通知などで定められているケース、これは保険外とはっきりするわけですがけれども、通知で逐一全部書いているわけではないので、通知で定められていないケースについて、どういう場合は保険内なのか、どういう場合は保険外なのかというのは、保険者ごとにルールが設定されていて運用されているという実態のようです。

以上、2ページでございます。続きまして、3ページでございます。

保険内サービスと保険外サービスの利用料が制度上どのようになっているかということでございます。

まず、保険内サービスの利用料でございますけれども、上の緑枠の部分でございますが、サービス費用、介護報酬については国が定める公定価格となっていると、ただし、一部の介護サービスを除き公定価格で定められた額を下回る価格を設定することが認められているということでございます。

これは、逆に言うと、公定価格を上回る価格での介護サービスの提供というのはできないという解釈だということでございます。それについて、厚生労働省にも確認しております。4ページを御覧いただきたいんですけども、4ページに介護保険法の条文がございまして、その中で線を引いているところがございます。

居宅介護サービスを例にとりますと、保険者が介護サービス事業者に支払う居宅サービスの額というのは赤字部分でございまして、厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額の100分の90に相当する額ということになります。

その例外として緑色の部分というのがあって、公定価格が現に当該指定居宅サービスに要した費用の額を超えるとき、つまり、サービス提供に要した費用が公定価格よりも低いという場合には当該現に指定居宅サービスに要した費用の額とする。つまり、実費の9割を払うとされております。

こうしたことから、介護報酬より低い料金でサービスを提供することは可能であると、一方で、高い料金については規定がないので、高い料金での提供はできないと、そういう解釈だということでした。

また3ページに戻っていただきまして、今度は保険外サービスの利用料でございます。これも緑色の部分に書いておりますけれども、利用者の全額自己負担であり、その利用料は介護サービス事業者が自由に設定できるということになっております。

ただ、法定代理受領サービスに該当しない指定訪問介護、例えば、支給限度額を超えて提供した場合など、保険外サービスであっても介護保険給付の対象となるようなサービスについては、その水準について、下のほうにございますけれども、運営基準というのがございまして、居宅サービス費用基準額との間に不合理な差額が生じないようにしなければならないといったようなことが規定されております。

今度5ページまで行っていただきます。

混合介護の現状と、本日御議論いただく新しい混合介護について簡単に御説明いたします。まず5ページは混合介護について厚生労働省の見解を掲載しております。真ん中に赤い大きい四角があって、その中にアンダーラインを引いているところがありますけれども、こちらに書いてありますように、保険外サービスについては保険給付対象サービスと明確に区分し、利用者の自己負担によってサービスを提供することが可能であるというのが1点目であります。

それから、その下にありますように、支給限度額を超えて利用する場合について、全額自己負担によって利用することも可能であると。それから、一番下のところでございますけれども、居宅介護支援事業者による特定の民間企業に対する利益誘導とならないようにするなど留意が必要と、こういった見解が示されております。

ということでございますけれども、先ほど御説明しましたように、そもそも保険サービスの内容について保険者ごとにルールが設定されていたり、運用されていたりするという部分があって、保険内外の明確な線引きというのが分からない場合があると、そういったことから、混合介護について利便性を欠く部分があるのではないかとということでございます。

続きまして、6ページでございますが、これは今御説明しました現行制度上認められている混合介護を図にしたものでございます。繰り返しですけれども、現行制度では保険外サービスである上乘せサービスとか横出しサービスといったものは提供することが認められているわけですが、これは保険内サービスと明確に区分することが必要だとされているということでございます。

また1枚おめくりいただきまして、7ページでございます。これが本日御議論いただきたい新しい混合介護、若しくは、費用の混合介護といったものになりますけれども、保険内外のサービスを組み合わせたり、また、品質の高いサービスを提供したりする場合に、公定価格よりも高い価格設定を認めてはどうかということでございます。

具体的には青い四角のところを書いてありますように、公定価格が4,000円のサービスについては、現行ですと事業者は介護保険から3,600円払ってもらって、それで自己負担は400円ということになるわけですが、こういった場合について4,500円という価格を設定できるようにして、自己負担は400円ではなくて900円にするといったようなこともできるようにしてはどうかということでございます。

次に、8ページでございます。8ページからは施設の場合の保険外サービスについてどうなっているかを整理しております。

上にあるのが特定施設入居者生活介護の場合ということで、例えば介護付き有料老人ホームですが、こちらについては（1）で人員配置が手厚い場合の介護サービス利用料、それから、（2）で個別的な選択による介護サービス利用料、これは区分が容易なものということのようですが、これらについては保険外サービスの費用を受領することができるということになっております。

それから、その下のほうでございますが、施設サービス、特別養護老人ホームにつきましては、原則として保険外サービスの提供は不可となっているということでございます。

9ページ、10ページでございますが、こちらはただいま御説明しました保険外サービスの提供に係る通知の抜粋ということで御参考までに掲載しております。

その後、11ページでございます。11ページは日本再興戦略の抜粋などがございますけれども、こういったところでも保険外サービスの活性化の推進ということが求められているということで、これも御参考までに掲載しております。

それから、12ページは、介護サービス事業者の概況ということでございまして、前回も意見交換会でお話がありましたけれども、介護サービス事業者は規模の小さい事業者が多いのではないかとございまして。これによると、全体の約36%が49人以下の法人といったような状況になっているということでございます。

最後に、13ページになります。本日御議論いただきたい論点でございます。

一つ目が新しい混合介護、費用の混合の導入についてどのように考えるかと、導入することのメリット、デメリット、それから、費用の混合を推進すべき、あるいは、慎重に考えるべ

きといったようなことについての理由などについて御意見を頂ければということでございます。

それから、二つ目ですが、一つ目とも若干関連する部分もあろうかと思えますけれども、新しい混合介護の導入に当たって弊害が生じることはないのかということで、導入することによって想定される弊害があれば御意見を頂ければということでございます。ここで例示としては、自由価格を導入すると価格が上昇するのではないかとか、不適切な保険給付事例が発生するのではないかとか、そういったようなことを書かせていただいています。

それから、三つ目でございますが、新しい混合介護の導入範囲や条件についてどういうふうに考えるかということでございまして、これは介護サービスの種類に応じて導入の可否を決めたほうがいいのかとか、それから、導入するに当たって何らかの条件を付すなど、そういった条件付けとか規制を設ける必要があるかといったようなことについて、もしお考えがあれば御意見を頂ければということでございます。

それから、四つ目ですけれども、保険外サービスの普及がどうすれば進むかということでございます。これはこの後アンケートのほうを紹介させていただきますけれども、全額自己負担ということになると、実際に使うという点でのハードルも高いということもあろうかと思えますので、そういった点について普及を進めていくのだとすればどういうふうに考えていけばいいのかということでございます。

それから、五つ目でございます。上記のほか価格の弾力的運用を求められる場面があるかということで、これまで御説明してきた部分以外で、こういったところでも創意工夫を發揮できる部分があるのではないかと、そういったところがございましたら御意見を頂ければということでございます。

続きまして、アンケートの速報値の簡単な紹介をさせていただきます。参考1は前回と同じでアンケート調査の概要を配布しております。それから、参考の2、3、4、5のうち、2が株式会社等へのアンケート、3が社会福祉法人、4が自治体、5が利用者等へのアンケートになっておりまして、これらの資料の間を行ったり来たりすることになりますけれども簡単に紹介させていただきます。

まず、参考2、株式会社等向けのアンケートですけれども、最初のページに問15というのがございまして、現行制度では公定価格よりも低い価格で介護サービスを提供することが可能であるわけですけれどもこれを御存じですかという質問に対して、約半数が知らないと回答しているということでございます。

下にあります問16でございますけれども、公定価格より低い価格で提供していますかとい

う質問に対して、約4分の3が公定価格と同額で提供していると回答しているということでございます。

公定価格より低い価格で介護サービスを提供する場合には自治体に届け出るということになっているわけですが、この点について自治体はどういうふうに考えているかということでございまして、参考4の自治体向けのアンケートの1ページ目の問14を御覧いただきたいのですが、これについては「どちらかといえば反対」とか「反対」というのが約3割で、「賛成」、「どちらかといえば賛成」というのが7%程度といったような状況になっております。

それから、また、参考2のほうに戻りまして、2ページなんですけれども、問18というのが下のほうにございます。それから、すみません、参考3の1ページ、問14というのと、これ、株式会社と社会福祉法人に対して、保険外サービスを提供しているかどうかという同じ質問をしたということでございまして、株式会社は約6割が提供していると、社会福祉法人では約4割が提供していると回答しているということでございます。

それから、続きまして、参考2の問19、3ページのところでございます。それから、参考3のほうの問15、これは2ページでございまして、保険外サービスを提供していると回答した方に対して、提供に当たっての課題を質問したということでございます。多くなっている回答というのは、保険外サービスに対する利用者の理解が低いと、それから、人員の確保が困難であると、こういった回答が多いんですけれども、そのほかに、アのところにありますような、自治体から保険内外を厳密に区分けするよう求める指導があるというのが課題であると、それから、イのところにある、保険サービスと保険外サービスの併用に係るルールが曖昧である、又は、地域差があるといった回答、これらの回答もそれなりにあるという状況でございます。

それから、続きまして、参考2の4ページの問21でございまして、保険外サービスを提供したことがない方に提供しない理由を聞いたということでございますが、似たような傾向でありますけれども、まず、人材の確保が困難であるということ、それに次いで、アのところにありますような、自治体から保険内外を厳密に区分けするよう求める指導がある、それから、イの保険サービスと保険外サービスの併用に係るルールが曖昧、又は、地域差があるといった回答が多くなっているということでございます。

それから、今度は参考4に行ってくださいまして、3ページに問16というのがございます。ここでは保険内サービスと保険外サービスの併用に関して約8割の自治体は内外のサービスを明確に区分する必要があるため、原則として一体的に提供することはできないと回答しているということでございます。

それから、最後に参考5でございます。問16というのが最初にございまして、保険外サービスの利用の有無を確認したところ、約半分は利用したことがないと回答しているということでございます。

その下に問17というのがございまして、これまでに利用したことがあるサービスは何か、又は、今後利用してみたい保険外サービスは何かと質問しておりまして、回答として多いのは「特になし」ということございまして、保険外サービスを普及させていくに当たって、利用者ニーズにどう応えていくかといった課題もあろうかということがうかがえるという状況でございます。

以上が資料の御説明になります。

○井手座長 ありがとうございます。

それでは、ただいま御説明いただいた内容について、まず御意見、コメントを何なりとお出しただきたいと思っておりますけれども、いかがいたしましょうか。事前に資料を頂いておりますので、それに沿って発言していただくという形で、その後議論していただくということでよろしいでしょうか。

それでは森委員からお願いします。

○森委員 それでは、お手元に介護分野における規制緩和ということでパワーポイントの資料ですね、お配りさせていただいております、今回は9ページですね、小さく右の端のほうにページ数が振ってありますけれども、こちら9ページ以降に、9ページ、10ページ、11ページに私どもの考え方をまとめさせていただいております。

新しい混合介護につきましては、先ほど事務局のほうから非常に分かりやすく整理していただいているので、そもそも何なのかということは省きますけれども、私どもとしては、是非、新しい混合介護を促進していただければというふうに考えております。

この9ページの一番上のほうにイメージ図を、先ほど説明いただいた資料と同じようなものですけれども、現状、限度額以上の利用のときの負担を除いて公定価格以上の価格を設定することが事実上禁止されていると、一方で、横出しのほうも介護給付と保険外サービスの同時帯、連続提供みたいなものを規制されているということで、この辺で非常に混合介護が事実上使いにくい、利用者にとって使いにくい状態がありますので、ここを是非もっと使いやすくしていただければと思います。

その効果としては一番下段に記載しておりますけれども、公定価格以上の価格設定をすることによって介護事業者の、サービスを選んでいただいた場合、事業者の収益がよくなって、そ

れをもとに介護従事者への処遇改善にも使えますし、そうしますと、介護保険制度を担っていく事業者も、そういった経営の持続可能性もかなり高まってくるんじゃないかということでありましたり、あるいは、新しい市場が生まれてくるんじゃないかということでありましたり、利用者の選択の幅が広がるんじゃないかと、質の向上とか効率化、そういったところも効果があるんじゃないかなというふうに思います。

先週、一億総活躍社会という現政権の新しい構想の原案が発表されていますけれども、この中で既存の規制制度の改革を断行して、あらゆる政策を総動員して戦後最大の名目GDP600兆円実現を目指すというふうに書かれておりますので、我々のような介護分野においても様々な既存の規制制度を改革して新しい市場を作り出していくというような考え方も我々の市場でも必要じゃないかなと、そういう意味で、今回の公正取引委員会様のほうからこういう新しい混合介護に関する議論、論点を提起していただいたのは非常にタイミングがいいんじゃないかなというふうに思っております。

また、10ページには、こちらに価格の弾力化・新しい混合介護を導入することによって得られるメリットを文章で記載させていただいております。2025年に75歳以上の方がピークになるというようなときに、市場が求める介護事業を満たすだけのサービス供給量を確保するためには、サービスの質的向上・利便性向上ということが必要ですし、介護保険市場、更に市場原理を強化した準市場として確立していく必要があるんじゃないかと思っております。

介護事業を更に産業化していくためには、介護サービス価格の自由化、規制緩和が必要不可欠であり、現在の仕組みの中ではまだ困難ではないかと、この介護サービス、価格の弾力化は介護職員の能力向上と事業者の質的向上のインセンティブとなって、更には熟練した介護従事者の賃金向上も期待できると、介護労働力不足問題の解決につながるんじゃないかということを考えております。

また、このような競争政策がとられることで、市場の質的向上だけではなく利便性向上、供給確保に向かうことになって、財政を必要以上に圧迫するようなことにならないんじゃないかというふうに考えていますし、また、違うローカルルールということで下段のほうに書いていますけれども、有料老人ホームでの保険給付外費用に対する自治体対応ということで、実は、私どものほうでやっているもので自治体から指導を受けているものがございまして、体験入居費ですね、入居する前に体験入居をしていただくんですけども、ここで利用者獲得に向けた企業努力として割引キャンペーンを行う場合、一時的な金額変更は認められないということで、そういうような自治体もあるということで、このようなところでも弾力化されていないという

ことがあります。

入居金についても、一部自治体ではこの入居金の、例えば、少し割引とかそういったところも制約を受ける自治体があるということで、そのようなローカルルールも存在しているという状況でございます。

○八代委員 すみません、途中ですけれども、割り引いてはいけないなら無料体験も駄目なんですか。

○森委員 はい。

○八代委員 駄目とはっきり言われた。

○森委員 そうですね。

○八代委員 そうなんですか。はい、分かりました。

○森委員 既存の入居されている方に対する不利益というか、そこが合わないということですね。

このように価格を弾力化することによって、利用者の方に与える恩恵として11ページに、これはある参考書籍から引用させていただいているんですけども、シーナ・アイエンガーの「選択の科学」という本がありまして、そこに、要は、選択は生物の本能であると、選ぶことこそ力になるということについて、様々な業界の事例が出ていまして、そこに介護サービスがたまたま出ていたんでちょっと御参考までに紹介したんですけども、これは1976年に行われた実験だということで、アメリカのコネチカット州の介護施設で65歳から90歳までの入居者の自己決定権の認識を操作する実験を行ったと。

集団1と2がありまして、1が選択権無しということで、入居者にある程度自由は許されているが、彼らの健康は有能な職員が責任を持って管理するという趣旨のメッセージを発信したということで、どういうことかといいますと、入居者一人一人に鉢植えを配って、鉢植えの世話は看護師がしますと、次に、映画は木曜日と金曜日に上映するんでどっちかの日が見られるように予定を組んで連絡するということを言ったと。また、ほかの階の入居者を訪ねておしゃべりをしたり、読書、ラジオ、テレビなどを楽しむことが許されていると説明したと。このときのメッセージの趣旨は、入居者にある程度の自由は許されていますけれども、彼らの健康は有能な職員が責任を持って管理するというもので、この施設は皆さんが誇りに思い、幸せを感じるような家にするのが私たちの務めですと、皆さんのお世話をするために努力をしますというメッセージをしたと。

一方で、選択権有りのほうは、新しい家を楽しい場所にできるかどうかは入居者次第という

趣旨のメッセージを発信したと。先ほどの鉢植えは自分で選んでくださいと、鉢植えの世話は自分でしてくださいと、映画上映会はどっちを見てもいいですよと、互いの部屋を訪ね合ってもいいですよと、読書、ラジオ、テレビ、楽しむ、好きなように時間を過ごしてくださいということで、皆さんの人生ですよと、どんな人生にするかは皆さん次第ですよというメッセージをしたところ、その6か月後に自由度の大きいという認識を与えられた入居者の方のほうが死亡率が低かったという結果が出たと。

こういう自己決定権が多ければ多いほど、その後の生活の仕方にも変化があったということで、このように多様な選択肢を提供するということが非常にいいという事例がありましたので、価格の弾力化というのは意外と非常に大きな要素で、そこでヘルパーの指名をして価格の高い、公定価格以上のものを選ぶというところを、そのサービスごとに利用者の方が選択できるというのは非常に、選択は生物の本能であるということにつながるんじゃないかということで、是非、この選択の自由を広げるような費用の混合を広げていただけるのは、いろんな波及効果があるんじゃないかなと思っている次第でございます。

以上でございます。

○井手座長 ありがとうございます。

それでは、引き続き、資料を出されておりました八代委員と鈴木委員に御意見を頂きたいと思います。八代委員、いかがでしょうか。

○八代委員 この介護サービス価格の弾力化に関する意見ということで、1は今事務局が説明していただいたのと同じです。事務局の説明の中で、厚労省がこう言っているという御説明だったんですが、法律の専門家としてそういう解釈は正しいのかというのも本当はちょっと教えていただきたい。

それは、私、昔学校で習ったときは、こういうふうに割り引いてもいいと書いてあるから高くしてはいけないというのは悪名高い反対解釈というので、明確に禁止していないのに当然そうなるというようなことです。これはたしか小泉内閣のときにできた行政手続法で何かを禁止するときは明確な根拠でもって禁止しなきゃいけないというのがあったと思うんですが、それに反していないかどうかというのをできれば総務省の担当のところ聞いていただけないか。本来、あえてビジネスをしてもいいと言わなければ全部駄目だというのは旧ソ連みたいな世界であって、普通は、常識ではあり得ない。だけれども、厚労省ではそれが幅をきかせているのではないかということです。

それが2番と同じなんです、それで、3番の介護サービス市場の弾力化というのが、介護

報酬が公定価格でなければいけないというのは、保険ですから当然そうなんですけれども、保険の償還価格がなぜ市場での介護サービスの価格と同じでなければいけないのかという、そこが最大の争点です。これは医療保険でも事実上同じですが、医療の場合は高度な技術を使っていますから、ある薬が効くかどうか、ある手術法がいいかどうかは患者には理解できない。だから、基本的に供給側を信頼しなきゃいけない。

介護の場合にそういう高度な技術的なものがあるかというのと、これは、利用者が満足していればいいわけで、非常に主観的な余地が大きいんじゃないかと思われるわけです。もちろん、認知症等一部の要介護者は判断をできないわけですが、一部に判断できない人がいるから全員に、判断できる人も含めて規制しなきゃいけないというのも過剰規制であって、むしろ、自由にした上でそういう判断できない人は特別に保護するという、原則自由、例外規制というのがないとマーケットとしては成り立たないというか、そうしなければ過去の公的福祉の時代と何も変わらないわけで、公的福祉から介護保険に変えたという、福祉の基礎構造改革、私もその委員をやっていましたが、その考え方はできるだけ利用者本位の仕組みにしていくという、そういう精神であったかと思います。

それから、もう一つは、そういう価格の弾力化を求めると誘発需要が起こるという考え方、これは医療については医師主導需要というのがあって、医者がこれが必要だと患者に言えば患者はそれに従うしかないということですが、介護保険で本当にそういう誘発効果があるのかどうか。つまり、医療の場合ですと、効き目のない保険外診療をすることによって保険診療まで誘発されるという問題があるんですが、介護保険でそういう無駄な需要を引き起こすという可能性がどれだけあるかという点がポイントです。それから、医療と違って介護保険は要介護度に応じて上限があります。上限がなくて青天井の医療保険と異なり、上限を超したらそれ以上保険支出は誘発されないわけで、あとは自己負担だけになるわけですね。だから、そういう意味で、医療と比べて医師誘発需要的なものが起こる可能性はかなり少ないんじゃないかというふうに思われるわけです。

それから、あとは、今、森委員が言われたのと同じように、今、介護保険というのは極めて財政が厳しいわけで介護報酬は上げられない、むしろ減らされている。一方で、介護労働者の賃金は非常に低くて、景気が良くなるとどんどん逃げられてしまうという深刻な問題がある。これを介護保険の利用者の自己負担率の引上げ、確かに、今1割というのは医療保険の3割に比べて非常に低いので上げる余地はあるかと思いますが、それも際限なく上げることはできないわけですから、まさに介護利用者が任意で質のいい、高いサービスを購入する、そのために

余分なお金を払ってもいいということになればそれだけ介護労働者の賃金も上げる余地があるんじゃないかということが言えるかと思います。

問題はこの4番目に書いてある、裏側でありますけれども、懸念ということで、こういう価格サービスを弾力化するといろんな問題が起こると、これに今一つ一つ対応していく必要があるんじゃないか。

一つは、無駄なものを買わされるんじゃないかという可能性があるわけです。だから、高止まりしてしまおうと。つまり、介護事業者からすればできるだけ高い介護サービスを売ったほうがもうかるのでそれだけになってしまうんじゃないかということについては、これはどれだけ介護事業者の参入が自由かに依存するわけで、参入が規制されていると当然そういうことが起こりますが、介護サービスというのは、事業者というのは最も参入規制が容易な分野であって、比較的小さい規模の事業者も自由に参入できるわけですから、そういうおそれはないんじゃないか。

それでも心配であれば、かつてスイスで行われている混合診療のときのセーフティネットのように、全ての介護事業者というか、一定以上の規模になると思いますが、その事業者は必ず一定範囲は介護報酬だけでできるサービスの供給義務があるという形で、全部自由価格にするということは規制すると、そういうことがあり得るわけです。

それで、あと、同じヘルパーサービスでもいろんな質に差が出るということに問題があるかどうかなんですけど、これは公的福祉ならともかく、介護サービス市場ではやはりいろんな多様な種類のサービスがあって、それに見合っただけで価格付けが行われる。それによって利用者の満足度が高まるんじゃないか。どれだけその介護サービスにお金を使うかというのが個人の裁量に、選択肢になるわけです。

それで、これは、実は、私も介護保険を作るときにそういう研究会でもう既に議論になっていたわけですし、介護サービスの質をどう判断するか、どういう基準で判断するかというのが問題になったことがあるんですが、それは、医療と違って介護の場合は利用者の判断に任せてなぜいけないのか、もちろん、認知症の人は別にして。それはかなり主観的なものですから、そういう意味で、それで問題があれば規制するというか、問題があるかもしれないから規制するんじゃなくて、まず、自由にやってみて、それでいろんな問題が出ればそれに対応しているような規制を入れるというのが原則ではないだろうかということです。

それから、今もそもそも介護保険外サービスへのニーズはないだろうということについては、それはマーケットに聞いてみなきゃ分からない。例えば、ヤマトの宅急便が初期の頃に利用者

に使いますかと聞いたら、そんなものは要らないと言っていたわけです。しかし、実際にサービスができてみたら利用者が便利だということで初めて買うということは新しい分野では幾らでもあることでして、政府は絶対に需要予測をしてはいけません。それは市場に任せて、需要予測で失敗した事業者がいれば、それは事業者の自己責任にする。できるだけ自由な、多様なサービスを提供することを認めた上で、そこで弊害があれば新たな規制を作るというのが基本ではないかということになるわけです。

もっとも、マーケットがちゃんと働かない可能性がある離島とかへき地、そういう特定の事業者の独占になってしまうような場合には、ある程度の制限を付けるということもあるかと思いますが、あくまでそれは原則自由、例外規制の例外の中でいろんなものを考えていけばいいんじゃないのかということでもあります。

それから、もう一つ最後に大事なのは、今後利用者が急増する中で、絶対に、過去のような福祉の世界に戻してはいけません。福祉の世界というのは、例えば、保育なんかそうですが、保育上の利用料金はコストと無関係で利用者の所得で決まるという、それはやはりマーケットとしてはおかしいんで、コストの一定率を利用者の負担でみると、それによって余りにも高いサービスについては需要が減ると、需要が調整されるというメカニズムを残す。もちろん、そういう自己負担を払えない低所得者層に対しては別途手当ををするというやり方で、基本的にはマーケットの価格の一部を自己負担していくということでないといろんな多様なサービスが出てこないんじゃないのかというようなことでもあります。

鈴木委員、いかがですか。

○鈴木委員 もう全てそのとおりでいいんですけども、若干ちょっと幾つか追加をいたしますと、まず、懸念という点ですね。新しい混合介護の導入に当たって弊害がないかということで、自由価格を導入すると価格が上昇するんじゃないかというお話については、今、八代委員がおっしゃったとおり、とにかく競争条件を、参入規制とかそういうのをやめてなるべく競争するようになれば、競争が価格をコントロールするということに尽きると思うんですけども、さっき言ったように、地域独占という問題はある程度考えなきゃいけないんで、離島、へき地もそうですし、結構地方は社協（社会福祉協議会）しかないとか、あるいは、社協が圧倒的なシェアであるというようなところがありますから、そういうところは規制緩和をしっかりとやるということと、プラス、どうしてもそこが解消しないということであれば、自由価格というもの、自由価格というか混合介護に関する上限を決めるとか、価格の上限を決めるとかある程度の例外措置ですね、これも重要なことは例外措置であるということ、原則自由で例外措置を考えると

ということですが、それぐらいは考えてもいいかもしれないということですね。

それから、もう一つ重要なのは、施設介護の分野なんですね。在宅介護は非常に自由化が進んでおりまして、混合介護ということに対して弊害は恐らくないと私は思いますけれども、施設介護は前回議論になりましたとおり、非常に参入規制があるわけで、地域によっては非常に待ち行列が大量に発生しているわけですから、これはかなりマーケットメカニズムとは違うような価格付けが行われる可能性がありますので、こういうものに関しては、例えば、特別養護老人ホームみたいなものはこんな混合介護はできませんということでもいいんじゃないか。

その代わり、有料老人ホームとか、マーケットメカニズムというか参入規制なくやっている分野は混合介護を使っていいというような考えもあり得るといえるか、そういうことをしたほうがいいんじゃないかと思います。それが1点ですね。

もう一つは、この懸念のところで、不適切な保険給付事例が発生するというものについてのちょっと意味がよく分からないので、後で多分ほかの委員の方々も言った後に事務局でも想定しているような例があったら教えていただきたいと思うんですが、一つここで議論しなきゃいけないのはサービスの質をどう評価するかということでありまして、結局、不適切な給付事例があるとしても消費者が選択できればいいわけなので、そういう不適切な給付事例があるような事業者は選択しなければいいわけですね。

だから、基本的にその問題は私はないとは思いますが、ただ、消費者がちゃんと事業者のサービスの質を評価できるかどうか、それを判断してサービスを選択できるかどうかということについてはもうちょっとしっかり考えたほうがいい。あるいは、それが足りないのであれば、そこに対するインフラの整備をすべきだろうというふうに思うんですね。

そこで懸念されるのは、今、事業所加算というのが入っていて、事業所加算が入った分だけ利用者の自己負担が高くなっているわけですが、なかなか事業所加算をした事業所をケアマネがそもそも選ばないという問題が現場ではよく聞かれるところです。つまり、高いわけですね、その分だけ自己負担が事業所加算で。本当は事業所加算をすることは質が高いわけなので、消費者に選んでほしいわけですが、ケアマネが一種利用者との間に入っているわけですが、利用者は安いほうがいいだろうと、サービスの質はともかくとして安いを選んでちょうだいというような判断をしているんじゃないか。

あるいは、ケアマネ自体がサービスの質をきちんとよく把握していないんじゃないか。というのは、ケアマネの中には特定の事業者のサラリーマンというふうなケアマネも多いわけなので、だから、そのところの問題がちょっとあるんじゃないかと。それを解決するためには、

こういう混合介護みたいなものを入れるのとともに、ちゃんと第三者サービス評価の義務付けを行って、全てのサービス事業者は第三者評価を入れるとか、あるいは、一種の格付をすれば、そういうことがあってもいいんじゃないかというふうに思います。それが2点目なんですね。

あとはここからちょっと外れるんですけども、事務局のほうで作っていただいた資料は、大変よくできていて、ほとんどこれで問題点を網羅しているんじゃないかと思うほどよくできているので、そこにちょっと補足をしたいんですけども、混合介護の今回は価格の弾力化というところがメインなわけですけども、その前の時点、前段階の問題として、この作っていただいた資料2というのが大変重要な問題を二つ指摘していると思うんですね。

一つは、保険外サービスの、ここは価格が基本的に自由化されているわけですけども、そこに対しても保険外である、つまり、厚生労働省とは関係ない市場メカニズムで動いているものに関して指導しているということですね。基本的に保険内サービスの価格に基づいてやるようにという指導をしているということですから、これはちょっと公正取引委員会としてはゆゆしき問題なんじゃないかならうかと、つまり、公正な市場取引ではないですね。保険内サービスであれば、ある程度それは厚生労働省の指導のもとにやるということなんですけれども、保険外サービスは完全に自由市場でありますので、そこに対してこういうことをするのはどうなのかというのは、少し公正取引委員会としても考えていただいたほうがいいんじゃないかなと思います。

これ、まだいっぱいありまして、例えば、障害者は適用除外といって、最低賃金を割ってもいいということになっているんですね。今は適用除外と言わずに減額制というんですけども、その部分について、要するに、障害者は最低賃金でも高過ぎるので彼らを雇用するためにはもうちょっと賃金を安くしたほうが雇いやすいだらうという、そういう制度なわけですけども、これも労働基準監督署が指導して、極力最低賃金に近いところに指導するわけですね。そういうことが結構厚生労働省の中ではやられている話なんですけど、この問題は、やっぱりマーケットではないところにこういう指導をするのはどうなのかという点が1点。

それから、もう一つ非常に重要な御指摘は、保険内と保険外のサービスの明確化が、自治体によってかなりグレーゾーンがあって明確化されていない。これも健全な保険外サービスの市場育成という観点からは非常にゆゆしき問題だと思います。保険外だろうと思ってやったら保険外じゃなくてアウトになるわけですね。保険外だと思ってやったらアウトになるということですから、これは、連座制というのがこの世界ではありますので、一つどこかの自治体でアウトとみなされると全て駄目になってしまうと。昔、コムスンという会社がそれで潰れたわけで

すけれども、そういうものが入っている中でここが明確化されていないというのは非常にゆゆしき問題なんだと思います。

これは、厚生労働省からすると自治体が判断しているんだから俺たちの関知するところではないということかもしれませんけれども、むしろ公正取引委員会としてこういう大変行政リスクが大きくて明確化されていないものということはきちんと調べて、指導なり、明確化するよりに厚労省に言うべきか、自治体に言うべきか分かりませんが、そういうことをすべきなんじゃないかというふうに思うところです。

以上でございます。

○井手座長 ありがとうございます。

ちょっと確認したいのですが、鈴木委員が言われた保険外サービスについて規制があるという点について、これは、保険外サービス全てについて規制があるわけではないという理解でよろしいでしょうか。

○鈴木委員 保険外サービス、ですから、縦出しというものです。同じサービスについて、介護保険内のサービスについて、それが利用限度額を超えて使う場合は、基本的に価格自由なはずなんですけれども、保険内のサービスの価格にとどめるようになりかなり強力な指導が入ることですね。

○井手座長 ありがとうございます。

もうお一人、結城委員からも資料を御提出いただき、若干これまでとは見解が違いますけれども、とても議論になる御意見だと思いますのでよろしくお願いします。

○結城委員 意見が多分違うので、議論しやすくなるかと思っておりますのでよろしくお願いします。

今日のテーマであるまず混合介護ですね。私は現状の混合介護については全く反対するつもりはありません。今の現状の混合介護を進めていくことについては賛成ということになります。

しかし、今回事務局側の問題提起している、例えば、価格の弾力性とか、保険の報酬のところの融通を利かせるところ、特に上乘せするところの点は問題点がありますので私は反対の立場をとります。

ほかの委員の方も認知症の高齢者の方とかいろいろ問題指摘をされましたが、実際、介護保険の現場においても、介護保険ができてから16年たちまして、受給者間の情報の非対称性は年々深刻化しております。その代わりに、ケアマネジャーの質がいいかということ、正直申し上げると、16年間ケアマネジャーとして、これは社会福祉法人であれ、株式会社であれ、非常にいいケアマネもいますが、余りいいケアマネではない利益誘導型のケアマネジャーも多いと、

昨今では会計検査院から囲い込みが指摘されておりますので、中立公正性を保つケアマネジメントに関して問題・疑義があるので、やはり、私は慎重に消費者と受給者の関係を考えるべきだと思います。

前回申しあげましたように、9年後の2025年には700万人の方が軽い、重いを混ぜて認知症になりますので、ケアマネジメントの質の向上がなかなか疑義がある中、消費者である方も、特にひとり暮らしのお年寄り、老夫婦の方、認知症でなくても80歳、85歳になってきますと、なかなかきちとした消費的な判断が難しくなるだろうというところで、やはり、認知症でなくても情報を取るとかそういう観点でも情報の非対称性はますます問題視されているので、ましてやこの保険内の価格の弾力性になりますと、今でさえ混合介護の保険外と保険内の違いが理解できない方がいるのに、ましてここに、報酬の中に入れてしまいますとますます介護保険が複雑化していきまして、消費者は置いてけぼりになり、供給側のほうが利益になるのではないかと思います。

もう一つ、保険外と保険内の、私は無駄な保険給付を生み出すという②の点ですが、今でさえ保険外と保険内サービスをきちっと一応建前上区分けしているんですけども、保険外サービスがあることによって保険内サービスを、無駄な給付を生み出した懸念があると。もう少しこの辺を厚労省側もしっかりと調査研究しないといけないのではないか。

お泊まりデイサービスもいいサービスはありますが、かなり無駄な、劣悪なお泊まりサービスや、昨年からサービス付き高齢者住宅も住所地特例が出ておりまして、一部囲い込みというのも懸念されますので、今でさえ保険外と保険内の相乗効果があって、適切に給付のサービスが分配・配分されているかというところが懸念されていますので、もし、これを参入の自由、価格を自由にしてしまうとますます、やはり、私は保険内のサービスが無駄に引っ張られる可能性を懸念いたします。

なお、自由価格を導入すると価格が上昇するという事で……

○八代委員 すみません、ちょっとその前に今の点、もうちょっと詳しく、お泊まりデイサービスがなぜ保険内サービスを誘発するかという点をちょっと。

○結城委員 例えば、質の悪いお泊まりデイサービスは、鈴木委員なんかも多分詳しいかと思うんですけども、保険内サービスというのは、デイサービスは保険内でサービスすると約1万円ぐらいですね、保険から給付が出ます。保険外の泊まりをやりますと、夜1泊1,000円とか、質をちゃんとすると4,000円、5,000円取るんですけども、そうすると連泊させていきます。今、厚労省も大分ガイドラインを付けてその連泊制はかなりできないようにはしました

けれども、保険給付の回数を増やすために保険外サービスを入れているということです。

○八代委員 追加的に4,000円、5,000円を取って。

○結城委員 そうです。そういうことですね。

○八代委員 で連泊をさせる。

○結城委員 そうですね。それは森委員なんかも多分、森委員のところはきちっとした事業所なんですけれども、一部悪いサービスもあるかと思います。

それから、サービス付き高齢者住宅なんかは、例えば、ちょっと地方のサ高住は価格というか入りやすいので、それで周りに保険内サービスの事業所を置いておいて、そこで囲い込みとか呼ば水的になってしまうと。

例えば、先ほど森委員が指摘されたように指名制度を中に入れたとしますよね。私、今回想定されている保険外サービスがどういうサービスなのかちょっとなかなか思い付かないんですが、今森委員が言った指名制度ということが先ほど出ましたが、例えば、すごく気の合ったヘルパーさんですね、独居高齢者というのは非常に、結構寂しいので話し相手とか気の合った人たちとやっていると、指名をしたいがために、週3回の身体介護とか、本当は週2回でいいかもしれないと、それを週3回とか4回、いっぱい来てもらいたいとか、例えばデイサービスもすごく楽しいものをしてその相乗効果の、ちょっと高い設定を保険外にして、すごく余暇活動とかそういうのをすごく高いものにしてしまうと、本当は週3回のデイサービスで、週2回は地域とか家族とかでケアしたほうが適切なサービスもあるのに週3回、週5回デイサービスに誘導してしまうとか、そういうことも私はあるんじゃないかと、例えばですよ、私は懸念をしています。

ですから、逆に、保険外サービスの魅力によって保険内サービスの回数が多くなってしまいます。なぜかという、それは本当は中立公正性であるケアマネが、この人は週2回、週3回がアセスメントすべきなのが、一部のケアマネジャーはやはり先ほどもおっしゃっていたように、鈴木委員が詳しいんですが、ケアマネジャーがデイサービスやヘルパー事業所のセールスマン的な要素のケアマネが一部いるわけで、そういうところのケアマネの質が非常に私は疑義を感じているところにおいて、そういう経営者が出てくるんじゃないかという、そういう意味です。

○八代委員 すみません、そのときに、今の前提は、要介護認定でもらえる介護報酬が本当は余るのにそれを限度いっぱいまで使ってしまうというケース。

○結城委員 そうです。現実在宅の場合というのは限度額の今5割か6割なんですね。いっぱい使っているという方は本当に要介護5とか4の医療ニーズが非常に多い方で、平均

すると要介護1から5だと5、6割です。それが私は……

○八代委員 誘発されるんですね。

○結城委員 確かに限度額までいっぱい、アセスメントに基づけば使えるんですが、現状5、6割が、私はこれが7、8割になる危険性もあるという、そういう懸念があります。

○八代委員 どうもありがとうございます。

○結城委員 それから2番目は、実際、いろんなサービスの質をどこに、第三者機関というのも、皆さん詳しいんですけども、実際、16年たって第三者機関、保険内サービスでも作っていますが、非常に余り機能していないところもあります。実際、虐待しているところとか、これ、社会福祉法人も株式会社も同じですけども、実際、虐待が発覚していても第三者機関では問題ないという、そういう評価もされていたわけですね。

ですから、今の第三者評価自体が余り機能していないのに、実際、このいいサービスと悪いサービスというのがちゃんとできるのかどうかというところに懸念があります。あとは、不適切な事例は先ほど申し上げましたが、実際、私は今の混合介護でもいろいろな問題点がありますので、そこをきちっと見極めて現行の範囲内で、まずは混合介護を、いい混合介護をやっていくことが先決ではないかというふうに思います。

なお、事務局側の問題提起で保険外サービスの普及は、むしろ私は経済的に非常に余裕のある方は保険内サービスの自己負担増分を、例えば、すごく資産や、今後所得がある方は3割にするとか、保険内給付のところを少し使いにくくして、その代わり保険外サービスを使うというような考えもあるのではないかなと思っております。その意味で、介護保険というのは確かに市場経済を一部入れていますが、そこには一部フィクション的なところも私は否定できないと思います。

最後に、混合介護を伸長する議論は、日本の介護保険は半分は税金でやっておりますので、半分は福祉制度だというのが僕の見解です。ドイツの介護保険はほぼ社会保険でやっております、一部しか税金が入っていませんので純粋な社会保険と言えるかもしれませんが、日本の場合は社会保険と言いながら半分は税でやっていますし、今回、もし消費税がアップすれば、これは50%のルビコン川を渡る、若干渡るということ、低所得者の補助ですね。

そういう意味では、社会保険というのは、社会保険ではあるんだけど福祉制度という意味で、私は福祉という観点というか、税というのが半分入っている以上は純粋な競争原理はあり得ないし、やはり、ある程度の慎重的な規制は認められるべきではないかと思います。

以上でございます。

○井手座長 ありがとうございます。

議論する論点が明確にはなっているんですけども、今、結城委員からも指摘された弊害について、混合介護、新しい混合介護、弊害があるので、現行について改善すべき点は改善するという形で進めるべきだという御意見だったと思います。それでは、続いて齊木委員お願いします。

○齊木委員 すみません、ペーパーをお出ししておらず失礼いたしました。では、今日の資料2の13ページの論点に基づいて私の意見をお話しさせていただければと思います。

1個目の新しい混合介護の費用の混合についてはということでは、総論としては、長い目で見ればこういう方向性は経済的合理性からあるだろうというふうに思っていますが、「が」と言っているのは、今の足元の状況では慎重になったほうがいいというのが私の立場でございます。

理由は幾つかあるんですが、一つは、特に在宅の場合を想定したときに、これも保険外、混合ということがどういうふうに事務局が想定しているかをお聞かせいただければと思います。

例えば、今でも訪問介護の前後の時間に家事サービスを入れるということはやっているわけですが、この時間の区分をとって、まとめて20分でいろんなことを一気にやってしまおうと、こっちのサービスをやっている間に隣の居室のところもやってしまおうみたいなことは一つ想定されているのかなと思いますが、例えば、こういうことを考えたときに、今でもどこまでが保険内でどこが保険外かというローカルルールが非常にごちゃごちゃしている中でこれをやっていくと、いや、これは保険内だというような主張がどんどん、どんどん当然出てくる、事業者としてはそういうのを主張したくなるわけございまして、ともすると、ローカルルールの混乱が今よりも増すリスクが大きいだろう。そこのところの現実的な運用が見込めない中では、やったときに弊害のほうが大きいのではないかというのが私の懸念です。

その点においては、本来は保険内外の区引きが非常にはっきりすることができればいいわけでございますけれども、これを完全に明確にしていくというのがこれまでやってきている中でやっぱり厳しいだろうというところに立つのであれば、慎重にならざるを得ないだろうと思っています。

1点、包括払い的な報酬体系でいくのであれば、ここのところは1点線が引けるということになりますので、例えば、包括払い的な報酬のところにおける費用の混合みたいなところから慎重にちょっとずつ手を付けていくというのが次の一手としては考えられるのではないかなというのが私の1個目の点に対する立場でございます。

弊害の部分、ごめんなさい……

○八代委員 すみません、その包括払的な報酬というのをもうちょっと御説明いただければ。医療保険のDRGと同じようなコンセプトですか、介護保険について。

○齊木委員 そうですね、今あるのは、例えば、定期巡回型の地域密着サービスというのは月一定、定額払いになっています。ああいうサービスにおいて横出的に何か保険外を付けていて、実際は、どこの部分が保険内としての作業であり、どこの部分が保険外のサービスでありと、記録を取ってディスクローズしますよということになってくれば、あとは、訪問のところに掛かる移動コストみたいなことは全てその包括の中に入ってくる話になってきますので、まずはそういうところから運用していくというのはありなのではないかなというふうに思います。

○鈴木委員 もうちょっと詳しく教えていただきたいんですけども、今の介護保険って、基本的に医療みたいな立場からすると、DPCとかDRGというんですけども、包括払いだと思うんですね、時間に対して価格が決まっているわけですので。だけれども、今おっしゃっているのは、その前後の時間とか、ちょっと保険外サービスみたいなのを入れたものについてもワンセットにして、保険内と保険外ワンセットにして包括払いにするという考えですか。

○齊木委員 そうですね。ただ、後ほど触れようと思うんですが、実際には、ここまでが保険内の契約内容です、ここからは保険外の契約内容ですということは契約内容上明確にすることは前提として必要だと思います。

先ほどの情報の非対称のところは確かにあると思いますし、やっぱり、郊外、地方部に行きますと、まだまだやっぱり介護サービス使わせていただいているという意識の御利用者さん家族も多いのもまた事実ですので、これを付けないうちのサービスは利用できませんというふうな言い方をしてしまった瞬間に、やはり、必要でないところも買わされてしまうということのトラブルは当然起きると思いますので、契約上細かく分けるみたいな技術的な問題は必要だと思いますが、いずれにしろ包括的な契約の中に入れていくというようなやり方が……

○鈴木委員 それは混合介護、言葉が混乱していますけれども、今ここで提案している混合介護とは違うんですか。私、何か同じもののような気がしているんですが。

○齊木委員 なので、包括払いならばこの新しい混合介護というのは議論、検討の余地もあるだろうと、一方で、今の20分とか60分とかという時間で区切っている費用に対して、例えば、指名制だとか、区分を付けずに前後に付けたものは、これは混合でお願いしますということをやっていくと、結局どこまでが中なのかということの議論が、非常に混乱を招くのではないかなという懸念です。そういうところですよ。

2点目の弊害の価格上昇のおそれは私も基本的にはないと思っております、実際には選ばれるところは低いほうで選ばれるだろうと思います。

不適切な保険給付事例、不適切を何を言うかですが、私、一番懸念するのは、やっぱり先ほどの優越的地位とまでは言いませんが、やはり、介護サービス事業者、非常にありがとうございますという立場にいますところはありますので、断ることができないといったところが出てきてしまうとよろしくない、そういう意味では、そういったものがないような手続のところのディスクローズということが必要ではないかなというところではあります。

導入範囲条件は先ほど申し上げたとおり、包括払いみたいところが一つ条件にならないとローカルルールの混乱をいやが応にも招くだろうというふうに思っています。

保険外サービスの普及に関しては、ほかの委員の方、既におっしゃっていただいているとおりでございますが、1点、行政の機構ということでは、そういった苦情がどこに届くかといったことがともすると整理されていないかなと思います。介護保険内のサービスの苦情は都道府県のほうに基本的には行くようになってはいますが、一方で、消費生活であると市町村だったり、県だったり、もっと言うと、消費生活上の苦情があった事業所のデータベースというのは消費生活センターのほうでみることができますが、こういったところが高齢福祉部のセクションにおいても閲覧できる、技術的な話ではありますけれども、そういったところで、よくないといったことの事例が必ず福祉のほうにも返ってくる。将来的には、ひょっとするとケアマネジャーのほうにも返ってくるというようなことがあるとないのでは情報公表の体制が違いますし、そういうことをしていかないと情報の非対称性が解消されないのではないかな。ともすれば、県と市との役割分担のところも整理していかないと、市町村、保険者の方がここまでやり切るのは大変ということもあろうかと思っておりますので、そのところが一つ条件としては必要だろうというふうに考えております。

口頭で恐縮でございます。

○井手座長 ありがとうございます。

それでは、あとは自由にいろいろ論点に沿って御発言を頂くという形にしたいと思いますけれども、いかがでしょうか。

○八代委員 一言、これ、総論なんです、これは医療保険でもさんざんやったんですが、今のままだと問題があると、だから、こういうものを入れたらもっと問題があるから反対だというのは、私はちょっとちゃんとした反対論じゃないんじゃないか。どっちにしても、今でも問題があるなら、それに対してきちっと対応を取る必要があるわけですね、基本的に。だから、

その対応を取ればもっと一段進めてもいいわけですから、今結城委員たちが言われたことは、価格面での混合介護を入れるに当たっての課題であるというふうに理解していいわけですね、反対ではなくて。その課題が解消されれば現在の混合介護の、既にある量的な混合介護についても依然としていろんな問題があるんだから、それはどっちみちクリアしなきゃいけないということ。

○結城委員 一つは、いっぱい課題があるので、ある程度課題を解決することが優先されるべきで、また、新しい混合介護を入れると、今いっぱいある課題が解決していないのに、また新たな課題が多分出てくるというのが一つの懸念と、あと、私、これは私の個人的な考えでいくと、介護保険は半分税金、つまり半分公費で財源を賄っておりますので、そのような介護保険サービスにおいて、お金が多少ある方は混合介護によって利便性がありますけれども、お金がない方は本当のぎりぎりの価格でやらなきゃいけないので、そこにはちょっと不平等性が出てくるというので、一部は認めていいですけども、積極的に混合介護をやるのは社会保障の再分配からずれていっちゃうかなというのがあるんです。

○八代委員 ただ、税金が入っているから福祉的だといえ、今の基礎年金なんて半分税金なわけですね。

○結城委員 そうですね。

○八代委員 だから、もちろん、だから別の意味で問題なんですけれども、だけれども、それは、税は税、福祉は福祉、保険は保険というのを混合させるとかえってどっちつかずになってしまうんじゃないか。

だから、もちろん補助金はもらっているけれども、やっぱり、社会保険だというふうに考えられないか。よく言われているように、5割を超すとルビコン川を渡るということなんです、一度厚労省の人と議論したときに、税の比率が7割であろうが、9割であろうがそれは関係ないと。つまり、社会保険というのは保険料を払った人に出す給付であって、福祉というのは何も払わない人にも出すものだという整理です。それについてはどう思われますか、保険と福祉との違いというの。

○結城委員 鈴木委員のほうがすごく詳しくて、日本の社会保障はやっぱりヨーロッパ型の社会保険と違うので、日本はやっぱり税金をかなり、国民年金と国民健康保険と介護保険は5割入れていますので、やっぱり、そこは純粹に、私はちょっと措置的というか、措置と社会保険を混合型にしている制度だと僕は思っていますので、そこが本当は、私もある程度社会保険料でいっぱいやっているんであれば、保険料をたくさん払っている人もいれば、払っていない人

もいるので、その意味ではある程度の格差が出ては仕方がないと思うんですけども、税金でやっている以上は平等性を担保するという議論は慎重に守っていきたいなと思います。

○鈴木委員 私はその税金が半分とか何とかということの解決策としてむしろこの混合介護があると思っていて、日本の、介護だけじゃなくて高齢者医療も半分入っていますし、基礎年金も半分入っているわけですけども、公費が半分入ることによって非常に使い勝手がよくないシステムになっているというのが私の解釈です。福祉とかそういう観点も一方でももちろんあると思いますね。だけれども、現実の問題として公費が半分入っていて、その公費は要するに消費税が財源なわけですけども、消費税が上げられないということになることによっていろいろ、いろんな形で、そのほかのルールも含めて、いろんな形も含めて使い勝手が非常によくなくて現実問題としていろんな問題が生じていると。

だからといって増やすわけにもいかないわけですね。増やそうと思うと公費は自動的に半分出ていくということですから、なかなかいろんな規制をしてそこをとどめておかなきゃいけない。そこに私は日本の社会保障の大きな問題があると思っていて、そういう意味で、本来であれば、経済学者として言うべきことは、自由価格にしたらいじゃないですかと、全部保険でやったらいいじゃないですかというのが一つロジカルな手なんですけれども、その妥協案ですね、これね。

現状は半分公費でやっていて、なかなかその公費が増やせずにいろいろみんな苦労していると、その公費が制限していることによって介護労働者の給料も増やせないわけですよ、結局のところね。というのは財政の理屈で介護報酬は切られたりしますので、市場が幾らアベノミクスで賃金がどんどん上がっていても上げられないわけですね、なかなかね。

3年に1回しか改定できないというような、これは、私は基本的な根本問題は、公費で半分出ているからこそそういう自由度が作れないというところが問題だと思っていますので、その妥協案ですよ。非常に市場的なやり方をするか、公的なやり方をする、間のところを取って、公的な福祉なんだけれども、でも、市場で例えば賃金が上がっていくときに全然介護労働者の賃金を増やせないという問題を解決するために混合介護という一種のくさびを打つということですね。

そういうことが、例えば、公費の世界でも、薬価の決まり方なんていうのは償還価格と実際のマーケットの価格をずらしているわけですから、そういうことが前例もあるわけなので、だから、そこはしゃくし定規に神学論争をするつもりはないんですけども、現実的な問題解決の妥協案として、ベースは半額公費でもいいんですけども現実に適用するために風穴というか、

このぐらいのやり方はとってもいいんじゃないかなというのが私の意見です。

それから、ついでに結城委員が大変非常によくまとまった御意見を提示していただいたので、ちょっとそれを基に少し、反論というほどではないんですけども少し意見を述べさせていただきたいんですけども、まず、1番目のところで情報の非対称性ということを非常によく書いてあるわけですけども、これ、経済学的には間違った使い方でありまして、この問題は我々情報の非対称性とは呼ばずに、消費者のそもそも選択ができないと、消費者の判断能力がない。だから、要するに、情報の問題じゃないということですね。情報を幾ら提供されたとしても判断できなかったらしようがないので、消費者の自己選択がそもそも、判断能力がないとか、あるいは、自己選択ができないというふうな問題として考えたほうがいいんじゃないかと思います。それはおっしゃるとおりだと思います。認知症の高齢者も増えるし、だから、なかなか複雑な仕組みが分からなくて、事業所加算と言われても、何ですか、それ、という感じですよ。

だけれども、それは大変おっしゃるとおりだとは思いますが、問題は混合介護だけの問題ではないと思うんですね。認知症の高齢者が増えて自己判断できないとかいうことになると、保険内のサービスであっても、今みたいに事業所加算がある事業所とそうでない事業所、どうだとか、あるいは、在宅のほうの施設で、小規模多機能って何ですかとかそういういろんなことがあるわけですので、だから、やっぱりこの問題は、消費者の自己判断をどう進めていくか、消費者により分かりやすい情報提供をするんでもいいし、それでも判断できないというんだったら、やっぱり、代理の後見人とか権利擁護みたいなものをしっかりとるか、あるいは、保険者がそれを医療みたいに、医療というか、日本の医療はやっていませんけれども、海外の医療みたいに、この間齊木委員が言ったような保険者機能を高めるようなことでその情報の自己判断能力が低いということに対処するか、別のやり方がありますので、そっちの方向で議論してもいいんじゃないかということですね。

それから、もう一つ、私が言いたいのは……

○井手座長 今の1点で確認ですが、こういう介護の分野で情報の非対称性という使い方は一般的なのでしょうか。私もちょっとどうかなとは思ったんですけども、よく使われていたもので。

○結城委員 私はこういうふうに、言葉が、定義がよくなければ直しますけれども、どちらにしる情報が非常にアンバランスであると、消費者側……

○井手座長 多くの情報が出されたとしても利用者がそれを判断できない。だから、誰かが代

わりにきちんとやらなきゃいけないということでしょうか。

○結城委員 そうですね。だから、そうすると、供給側と需要側が非常にミスマッチがあるという意味で。

○井手座長 はい、分かりました。

○鈴木委員 それは経済学では情報の非対称性とは言わないので、テクニカルな話ですけどもね。だから、言わんとしていることは同じです。消費者の選択がゆがむという。

○結城委員 分かりました。ちょっと言葉を変えてもいいですけどもね。

○鈴木委員 それから、前回もちょっと議論になりましたけれども、認知症が増えていくのは大変大きな問題なんだけれども、認知症の高齢者というのはやっぱり要介護者の全体の一部にすぎなくて、幾ら増えるといっても一部なので、どこをベースのモデル、標準モデルにするかという話で、認知症の高齢者のために全部の判断できる高齢者、あるいは、家族ができる高齢者のものまで縛る必要はないんじゃないかというのが基本的な考え方だと思います。

それから、2番目の点なんですけれども、弊害の話なんですけれども、大変、現場のいろいろな状況を御説明いただいて、確かにサービス付き高齢者住宅の囲い込みという問題は一部のところでは大変大きな問題になっていて、結局、そこに、囲い込んだところに同じ事業者がサービスを提供させるというのは、私は大阪の西成区というところでずっと改革をやっていたんですけども、そういう問題が起きています。

だから、それはおっしゃるとおりなんですけれども、ただ、ここは、私の理解はそんなに、先ほど八代委員が言ったとおり、そんなに皆さんの意見は違わないんじゃないかなと。要するに、こういう問題があるから駄目だというふうにおっしゃる結城委員と、こういう問題があるからこそそれを解決しなくちゃいけない、混合介護を選ぶために、混合介護を広げるためにはそういう問題を前提として解決しなきゃいけないという解釈するかの差なので、課題があるということは我々も承知していますので、それはポジティブに捉えるか、ネガティブに捉えるかの話で、結局、解決してしまえば、逆に言うと、混合介護を導入することには何ら問題がなくなるわけですので、そこはそんなに開きのある議論ではないんじゃないかなというふうに思います。

私がここでちょっと申し上げたいのは、むしろケアマネの問題ですとか、結城委員がおっしゃるのは、消費者が自己判断が難しいという問題ですとか、ケアマネが機能していない、そして、第三者評価も余り機能していない。だから、混合介護をやるのはまだちょっと早いんじゃないかという意見に対して、私は、むしろ混合介護をするからこそこういう問題が解決するん

じゃないかと、こういう問題を解決してから混合介護でもいいんですけども、混合介護をすることによってこういう問題も解決してくるんじゃないかというふうな点があることを指摘したいと思います。

どういうことかという、今何でケアマネがこれだけ機能していないかという、ケアマネがサービスの質を評価する必要がないからなんです、逆に言うんですね。ところが、混合介護みたいなものが広がって行って、やっぱり、消費者ではなかなか選択が難しいということになってくれば、どうしても仲介役としてプロフェッショナルを求めるようになりますので、そういう意味でこそケアマネが本来の機能を発揮すると、いろいろ選択が難しくなるからこそ発揮するんだと。

それから、第三者評価もそうですよね。今みたいに、例えば、特養みたいに質が良かろうが、悪かろうが並んでいるという状態だったら別にサービス、第三者評価を見る必要はありませんので、だけれども、ちゃんとサービスの評価をしないと、本当に、ひょっとしたら変なもの買わされるかもしれないということになれば第三者評価はしっかり見ることになるわけですので、これはむしろセットである。

それから、ローカルルールもそうですよね。ローカルルールも混合介護みたいな問題がもし不要な保険給付の不適切な事例なんか生じるということであればはっきり決めなきゃいけないということになるわけですので、今ある問題が解決しなければいつまでたっても次の改革ができないというんだと、多分永遠にできなくなるんですけども、こういう改革をするからこそ今のケアマネとか第三者評価の問題が解決していくというような要素もあるというのもまた事実だと思いますので、その点はちょっと御指摘させていただきたいと思います。

それから、もう一つ言えば、いろいろ懸念があるんだったら特区でやるというのは一つの手ですね。それは、ごめんなさい、公取で言うべきことではないと思うんですけども、特区で試しにやってみるといのは一つの手だと思います。

○井手座長 ありがとうございます。

そのほか、結城委員から出された、混合介護が促進されると、いわゆる保険外サービスが保険内サービスを誘発するという、この点について森委員は実際に事業を行っている立場からするといかがでしょうか。

○森委員 そうですね、保険サービスと保険外サービス、原価構造が違うとか、価格も、公的価格と保険外サービスそもそも違いますので、事業者としては保険サービスをベースとして保険外サービスを提供すると、その保険外サービスのメニューを増やしていくということでお客

様のニーズに応じていると、それを選んでいただけるか、いただけないかお客様の選択に委ねられているわけですから、保険内サービスが結果的に増えてしまうというふうには、事業者側としては余りそれは、そういうふうには持っていかないですね。

やっぱり、事業者としてはできるだけ保険の比率を下げたいという、最近はですね、なぜならば報酬が抑えられていくのは目に見えているわけですから、昨年の報酬の引下げでも介護保険サービスでもうけ過ぎだと、中小企業の適正な、標準的な利益率よりも高いということで下げられているわけですね。

ですから、我々もそういったことがあると、今後は介護報酬というのは余り上がらないという前提で事業をやっていますので、ですから、そこは仮に増やしたとしてもよっぽどスケールメリットを出さないと利益額は増えないわけですから、どちらかというところ、保険外サービスのほうを増やしていくというふうにもう完全にほとんどの事業者が考え方が変わっておりますので、御懸念の、結果的に保険内サービスが増えてしまうというふうにならなくても、放っておいても保険が絞られてしまうと、例えば、保険の対象者であったり、対象サービスであったりというのがどんどん、今後介護度が軽い方へのサービスはどんどん外していこうというような議論がされているわけですから、人数は増えていくわけですね。人数は増えていきますんで、市場はもちろん増えていくわけですが、介護保険サービスが絞られるということは、やっている側は想定していますので、そういうような御懸念は該当しないんじゃないかなとは思いますが、思いますけれども。

○結城委員 一つだけ、まず1点目、今言ったことは非常におっしゃるとおりで、私も現場を回っているとそう思いますけれども、なら、今だったら全額自費のいい商品を出せば、僕はそれは全く問題ないです。いい商品を持って、いい製品を出して自費でやっていただいてそこそこの資産のある方と所得のある人にどんどん使ってもらえばいいし、保険給付、今のルールで絡ませればいいというのが1点です。

もう一つは、消費者の希望というのは、例えば、介護って、消費者が望んでいるものが全ていいニーズとは限らなくて、例えば、わがままであったりとか、楽をしたいとか、介護って、一応自立支援を目指しているんで、専門家からすると本当はこの人にちょっと厳しいこと言うんだけれども、人生長くいくところを厳しくちゃんとやれば元気になったりとかという、そういうアセスメントに基づいた介護のニーズというのがあると思うんですね。

だから、もし、保険外と保険給付をやっていくと、本当の自立支援という提供が少し僕は鈍くなって、消費者の感覚的なニーズのほう優先される市場になってしまうような私は気がす

と思うんですけども、どうですか、鈴木委員。

○鈴木委員 そうですね。でも、価格が高くなるわけですから、利用者にとってはね。だから、同じ価格だったら、利用者により優しいというか、甘やかすようなものを選ぶかもしれませんが、けれども、価格高いわけですから、しかも相当高いわけですよ、9割も高いわけですので、ごめんなさい、混合介護を入れればそうはなくなるわけですよ。

○結城委員 だから、その価格は今のままだったらいいと思うんですよ、一応分かれているじゃないですか。今回の議論はちょっと混ぜていくわけですよ。そうなったときにそれが引っ張られていくんじゃないかなという。

○鈴木委員 そうですね、それはないとは言えないかもしれないけれども、価格が高いというところである程度抑制は働くだらうというのが一つと、それから、おっしゃっている問題は、保険内のサービスも結局一緒ですよ。だから、保険外があるからだけというだけの問題ではないので、むしろ長期的な自立支援とかそういうもののために、例えば、生活保護だったら自立支援プログラムというのがあるわけですので、長期的な、消費者は楽したいと思っているんだけど、やっぱりちょっと無理させてリハビリみたいなことをさせるわけなので、そういうものが長期的にその人の利益になっているんですよというためのプログラムというのは考えるべきだと、そっちのほうで解消するというのが一つの手だと思いますね。

それから、もう一つ言えることは、これは齊木委員がこの間言ったことなんですけれども、やっぱり、保険者を機能させるというのが一つのやり方で、保険者が結局、例えば、利用者が余りリハビリみたいなことをしたくないので、全部やってもらいたいというようなことでどんどん足腰が弱くなっていくのを選ぶと、最終的に困るのは保険者なので、だから、保険者がそういう、医療の世界だとディジーズ・マネジメントと言うんですけども、要するに最終的に保険の支出を減らすために自立に向けて頑張るといようなプログラムを組むわけですけども、そういうものを介護にも入れていくという、そういう論点はあるのかなと思います。

○八代委員 介護保険はもうレセプト、電子化されているわけですよ、医療と違って。

○結城委員 そのローカルルールは僕もほかの委員の方の意見に賛成でやっぱりよくないと思うんですね。

ただ、保険者機能がすごく低いわけで……

○鈴木委員 現状はね。

○結城委員 現状は。

○鈴木委員 それはそのとおりです。

○結城委員 これを、価格の弾力性を強化すれば、もっと僕は保険者はついていけなくなって、しかも現場の書類とかどんどん複雑化していっちゃって、現実的には現場の負担とかが多くなっちゃって、保険者も何が何だかよく分からなくなって、制度を、この公取の議論を入れると もっと複雑化して、現実的には現場が混乱するということもちょっと懸念材料です。

○鈴木委員 それはおっしゃるとおりなんですけれども、それを解決するためのことを考える、例えば、IT活用とかね。だから、何でも全部表裏ですよ。現状の問題、おっしゃるとおりだと思います。でも、それを解決する方法もあるわけなので、それをポジティブに捉えるか、ネガティブに捉えるかということで、現状だと混乱すると思いますけれども、例えば、医療のほうのディジーズ・マネジメントなんていうのはアウトソーシングするんですよ。要するに、例えば、ぜんそくの患者がいて、このままいくと非常に多額の医療費を取られるという場合に、アウトソーシングして、そのぜんそくの自立支援プログラム、よくなるプログラムを組んで、それは民間に任せるんですね、アメリカなんかの場合。

その民間は、だから、介入をするわけですね。ぜんそくの患者にちゃんと薬飲んでますかと電話をしたりとか何とかして上げていく。その成功報酬を払うというやり方、保険者が成功報酬を払うんで、何もかも保険者がやらなきゃいけないということではないですし、現状の保険者は非常に自由度が低いので、もうちょっと自由度を与えてあげるとか、あるいは、本当に冗談かと思うような給付費管理やっていますよね、こんな大きな物差しをこう引いて、この人はアウトみたいなのをやっていますけれども、IT化すればいいじゃないですかという問題もあるので、いろいろやり方はあるんじゃないかと思います。現場は、このまま同じものだったら混乱するというのはおっしゃるとおりだと思います。

○八代委員 あと、結城委員の言われた、消費者が望んでいるのが良いサービスじゃないんだと、アセスメントに基づいた提供が必要だと言われるんですけれども、要介護者が今後どんどん増えていったときに、誰がそんなきめ細やかなことをできるのか、ケアマネも駄目だ、自治体も駄目だとなると、どっちみちパンクするんじゃないですか、そういう。

○結城委員 いや、現実的に駄目なんだけれども、それを今よくしようと思って、多分厚労省も、僕からすると努力不足だと思うんだけれども、一応やっていることはやっているんでしょ、多分厚労省だって。

○八代委員 だけれども、厚労省はそういうのは自治体通じてやりますから、結局自治体ですよ、やるのは。

○結城委員 そうです。だから、自治体も、ある意味、ローカルルールというのは、僕はどち

らかというと中央集権的にきちっと厚労省が監督して、自治体がやるのに、厚労省は都合のいいときは地方分権で、都合のいいときは中央集権やる、厚労省のいい加減さは16年見てきていい加減だと思っているんですけども、ただ、そういうところが解決していないのに、また新たな議論のこれを入れると、鈴木委員がおっしゃったように混乱が広がって、結局は、一番困るのが現場かなという。

○八代委員 あと、さっき言われた点が初めてだったんですけども、今これだけ介護報酬が厳しいと言いながら、在宅だと限度額の5、6割しか使っていないんですか。

○結城委員 そうですね。

○八代委員 ということは、今の水準が高過ぎるということではないですか、今の支給基準が。そういう誘発される余地があるというのはですね。だから、もっと、介護報酬をそういう在宅に関しては下げて、普通の人は大体100%使う。

それで、例えば、障害とか何か特別な事情がある人はそれに上乘せして払うというようなことをしないと、最初から5、6割しか使わないことを前提にこういう介護を入れたら、それが7、8割になるからいけないというのは、ちょっと元々に問題があるんじゃないかなと思います。

○結城委員 現実的には、だから、いっぱい使っている人もいるわけですよ。平均すると5、6割でという意味です。要介護1でも限度額いっぱい使っている方もいます。それはアセスメントに基づいてやるわけで、ただ、平均すると使っていないという。だから、もしかしたら、粗い言い方ですけども、いっぱい使う人がちょっと少ないのかもしれないですね。いっぱい使わなければいけない人が少ないのかもしれないという意味です。

○八代委員 それはいっぱい使う人が例外であって、ちょっと、逆に言うと、もしそれがそうなら甘過ぎるんじゃないかと思えますけれども、限度額の決め方が。あるいは、要介護1が余りにも幅が広過ぎるのか、どうなんですか、そこは。

○鈴木委員 もともと介護保険始まって利用限度額に対する比率って3割ぐらいだったんですね、ずっと。

○八代委員 最初はね。そっちのことから来ているんですね。

○鈴木委員 だから、利用限度額の設定がそもそも正しいのかという問題もありますし、それから、家族がいる人とかいない人とかいろんな条件が違うにもかかわらず限度額が一定なので、余り利用限度額というのがいい指標にはなっていないだろうなどは思いますね。

○井手座長 この点いかがですか。齊木委員、御発言がありましたらお願いします。

○齊木委員 さっきの情報の流通の話に1点だけ付け加えると、前回も申し上げたんですが、今日入れてあるとおり、事業所の規模が何せ小さいので、鈴木委員方のペーパーにもあるとおり、情報の公表を条件とするといったときに、この情報の公表に耐えられる事業所が一方で少ない。そういうところのハードルをちょっとずつかけていながら段階的というのがやっていくための手順だろうというふうに思い、一方で、そうすると、大きいところから手を付けるとすると、やっぱり、力関係として、どうしてもあそこが言うんだから買わなきゃいけないみたいなどころに対する、そこの逃げ道とか、消費者側からの苦情も含めた逃げ道をどう設定するかという制度設計を併せてやっていくのが、次の一手のための課題だなというふうに思っております。

○結城委員 今の混合介護だと駄目、駄目というか、もし、新しい混合介護入れたほうが、今じゃ駄目なんですかね。

○八代委員 今のは質を問わないからなんですね。あくまで量的な意味での選択の自由しかないんで、やはり、私なんかは介護も一つのサービス、非常に重要なサービスであれば質の高いサービスを提供する事業者が報われるような仕組みにしないと、利用者にとっても困るし、産業として発展できない。

それから、先ほど言っているような、公費で抑えつけられていてそれ以上供給制限になってしまっているという、だから、そうしたら結城委員は利用者負担を上げればいいんだということですが、あるいは、高所得者層だけ払えばいいんだと言うけれども、それではとてもやはりカバーできる額じゃないんじゃないかという、あくまで選択の自由を付けた上で、これは利用者負担と言わずに、私はむしろそれは消費だと思うのですけれどもね。

○結城委員 ただ、鈴木委員もおっしゃったように、今保険内ですら特定事業所加算を取れば20%割増しとか、むしろそれをやるなら保険内の中でもっと特定事業所加算をもうちょっとやって、いっぱい取れるようにして、特定事業所加算は必ず鈴木委員も解説していただいたように自己負担にはね返っているわけですから、いいサービスとか、すごく質のいいヘルパーさんとかデイサービスとか施設で事業所加算をしてそこで自己負担を取っていくということは、今の制度内で結果的に私似たような感じがするのですけれども。

○八代委員 だけれども、事業所内加算というのはあくまでお上が決めるんですよ。だから、それを私はやっぱり利用者が決めるようにしたいという。だって、介護というのは非常に身近なサービスで、医療と違ってやっぱりお上が決めるといろんな細かい基準を決めて非常に統制的になってしまう。だから、それは別に廃止する必要はないのですけれども、それとは別に利

用者があのヘルパーさんはサービスが良かったと、もう一度そのヘルパーさんを使いたいという希望をなぜかなえちゃいけないのかという指名料の考え方ですよ。

○結城委員 情報の非対称性という言葉が余り不適切であれば、判断能力が低下しているのと、介護って、介護保険ができたときよりはかなり複雑化しています。やっぱり、サービスの種類とか、サービスの質とか、医療ニーズでのリハビリも入ってきているので、それでどこが質がいいか悪いかって消費者の方が見極めるのは僕難しいんじゃないかと。

○八代委員 だから、見極められる人と見極められない人がいてどっちを基準で考えるかということなんですよ。

○結城委員 見極められない人のほうが僕は多いと思いますけれどもね。

○八代委員 だから、それだと高齢化社会はもう社会主義体制にならざるを得ないですよ。

○結城委員 だから、ある意味、保険料と公費でやっているのは、そこそこの水準は担保する程度にしておいて、それよりもいいものは保険外でやったほうが僕は平等だなど。

○八代委員 だから、それをやると金持ちと中産階級を分断するのです、混合診療と同じで。お金持ちは今だって介護保険なんか使わず全額でいいサービスが買えるわけですよ。混合診療と同じ議論で、こういうふうに価格面の混合介護が禁止されたら、そういう一部の人だけはいいサービスできるけれども、普通ぐらいの人はやっぱり介護保険の枠内のサービスに縛られてしまうと。あなたお金あるんだから勝手にやりなさいというんだと、やはり市場が限られてしまうという問題があるんだと思うんですよ。

○鈴木委員 結城委員が今おっしゃった点、大変重要で、今の混合介護と厚労省が称している、横出し、縦出しというのは、今ここで価格の自由化という意味、価格の半自由化という意味での混合介護の比較対象ではないですね、両者は全然違う制度なので。

だから、おっしゃるとおりで、比較対象とすべきは多分事業所加算だと思いますね。事業所改善加算がいいのか、この混合介護でやるのがいいのかということだと思うんですけども、今、八代委員とお二人で掛け合いで議論していただいたので論点は尽きていると思いますけれども、百歩譲って、今の法律が、介護保険法があるので、この法律の中でこういうものを達成しようとするのであれば、加算のやり方をいろいろ作るということかもしれないですね。

例えば、需給調整加算とか、地域によっては加算するとか、何かその加算の程度もいろいろ選べるようにするとか、それを、労働市場が逼迫しているところは需給調整の加算を入れているとか何かそういういろんな加算を作るというようなやり方で達成することも多分できると思うんですけども、問題は、それは余りにも複雑ですし、要するに、政治過程の中で、介護給付

費部会の中で決まりますので、それはきちんとした需給の調整だとか質の調整じゃなくて、どうしても業界団体が強いところが大きな声出すとかそういうことの中で決まるので、多分それが適切な加算にはならないと思うんですね。混合介護が達成するようなスムーズないろんなものの調整には多分ならないと思うので、やっぱり、いっそのこと、こういうハーフの自由化をしたほうがいいんじゃないかというのが私の意見です。

○八代委員 繰り返し言いますが、判断できる人とできない人の比率をどうみるか。認知症はコアだけれども、認知症でなくても判断できない可能性のある人はかなりいるというのが結城委員……

○結城委員 今でさえ特定事業所加算と特定事業所加算じゃない、森委員なんか現場にいるからお詳しいと思うんですけども、せっかくちょっとお金出せばいいサービス事業所もあるのに、ケアマネももちろんわざと安いところというケアマネも実はいるんですが、ケアマネもせっかくだから特定事業所加算使ってくださいよと言っても、安けりゃ安いほうがいいというお年寄りも結構いたりして。

○八代委員 でも、それはその選択なんであって別に何も問題ないんですよ。だから、大部分の人は今までと変わらないと思うんです。選択肢をどう広げるかということと、本当に事業所加算というのが利用者が思っているのと合っているかどうかというのがちょっと私は疑問だと思うんですよ。

だから、あのヘルパーさんはとても親切だというのが、どうやって政府の決める事業所加算に反映できるのかというのが、ちょっとそれは無理だと思うんですよ。

○鈴木委員 事業所加算は事業所に対して掛かりますので、労働者が幾ら頑張っても自分のスキル上げててもそれは関係ないんですね。

○八代委員 そういう……。

○結城委員 難しい議論ですけども、あと、私が一つ思っているのは、これを入れたからといって、事業所の収入が多少増えたとしても介護人材不足というのはやっぱり広く足りないの、先ほど言った、一部の大きな事業所はこういうちゃんと系統的に、組織的にできるかもしれませんがけれども、ほとんど訪問系は47.5%、デイサービスは47.9%が50人以下の零細企業なわけで、この制度を入れたからといって介護人材不足って、ほんのこの一部のちゃんとした組織的なところしか僕は効果がないと。

○八代委員 だけれども、零細のほうがむしろきめ細かいサービスができるんじゃないですか。その……。

○結城委員 これは、私は地域に密着、だから、正直言うと、零細で、NPOとか小さいところでやっているところって、価格とか余り関係なく人間関係で本当にやっている面があるので、価格だけでそれがやれるとは僕は思わないなど。

○八代委員 だから、両方やればいいんですよ。NPOはそういう心でやって、そういうところが持続するために報酬をもらうというような形ですね。そうしないと闇報酬が出てくる可能性があって、それが一番怖いんですよ。統制価格の問題は、それは勝手にチップを渡したりそういうことになってしまっただけでかえって不透明になるんじゃないかという、余計なことですけども。どうでしょう。

○森委員 働く人にとっても定着率が上がるというか、そういうふうに自身が、例えば、指名をされると、自分のサービスがそういうふうに評価されているんだなということが、今の定着率が以前よりは悪くない、少し改善していますけれども、そのように自分のサービスが価格に反映されているということでモチベーションも上がってくると。

もちろん、キャリアに応じた評価制度とか、事業者ごとに導入していますけれども、お客様からそういうふうに高い評価を得ていると、それがサービスの価格にも反映されていて、それが収入にもリンクしているというのは目に見えますので、非常にやりがいも働く側にとってはプラスになって、ひいては定着率も上がっていくという効果も期待できるんじゃないかなと思いますけれども。

○齊木委員 今のお話だと、質の混合の話と、私は時間の混合の想定をしてお話をしたものですから、それだと結構全然論点が違ってくるということ、というふうに捉えたらよろしいですよ。私、時間を混合してしまうと、量の混合と一緒に話で、ローカルルールで線引きが曖昧なところというのがむしろ課題になると思っていますし、質の混合の話は今のような御指摘かなと思いますので、やっぱりこれ、同じような新しいと言っているものでもかなり論点変わってくるものだなということなのかなというふうに捉えました。

○八代委員 これ、結果として公取のほうはこれを報告書にまとめられて、その後どうされるんですか。どう生かされるというか、例えば、一つはさっきちょっと鈴木委員が言ったみたいに、社協が独占しているようなところに企業が入ろうとするとブロックされると、それは、社協は企業じゃないけれども、事実上それは不公平競争になるというような形に結び付けるのかどうか。それが一番公取らしいと思うんですけども、どういうお考えかどうかをちょっと話して。

○井手座長 前回議論した参入規制についても委員の方が資料を出してくださいました。2回

議論をして報告書をまとめた段階で公取としては報告書を一般に公表すると思うのですが、同時に何かアクションを起こす予定はありますでしょうか。

○藤井調整課長 現時点で想定しているのは、アンケート調査もしましたし、重要な論点についてはこの2回の会合で議論していただきましたので、そういったものを踏まえて競争政策の観点からの提言を含むような内容として報告書を取りまとめて、まずは世間にそれを公表することを考えております。そこである意味一つの区切りというか、またその後の動きもあるのかもしれませんが。

○八代委員 あと、そのときにやっぱり競争という概念を、今まではどっちかという価格競争に限定していたんですが、質をめぐる競争を促進させるというのも経済学では当たり前のことなんですが、ちょっと今までの公取の行政では少なかったんじゃないかという気がしているわけですね。

だから、例えば、ある事業者がいい質でそれに合った価格を提供したときに所管官庁がそれを排除するような場合になったときにどうするか。タクシーなんか逆の例で、値下げをやるうというときに陸運局が駄目だと言ったのを、この前新潟なんかかなり摘発されて、ああいうのはすごくこれまでにない公取の一つの変化だと私は思うんですけども、あれをもっと広げていただいて、本当の意味の競争政策を推進していくと。

相手は大企業だけじゃなくて、やっぱり各省庁なんですね。各省庁がとかく既存の事業者を保護して波風が立たないようにしようという、それは結局新規事業者の参入をブロックすることになって、それに対してチェックできるのが公取しかないんじゃないかと思うわけで、是非、そういう意味で福祉・介護の分野をどんどんやっていただければと思うんですけども。

○鈴木委員 明らかにやったほうがいいというものは、やれる範囲もありますよね。先ほどちょっと冒頭に言いましたけれども、保険外サービスに対する価格指導なんていうのは、本来それをやるべきなのかという問題があるわけですので、そういうものの実態を少し、全部は無理でしょうけれども、ちょっとサンプリングで調査していただいて、問題じゃないかというのは指摘していただくとか、あるいは、やっぱり私はローカルルールはゆゆしき問題だと思っていますので、本当にグレーゾーンで分からなくてすごい行政リスクなんです。

だからこそ大きな業者がなかなかないという、つまり、連座制でどこかでアウトだと全部駄目ということになりますので、だから、ローカルルールって本当にゆゆしき問題だと思っていますので、例えば、そんなものも実態調査して発表していただくと、公取じゃなくてもこれはやっぱり問題だと思って自主規制をするようになるかもしれませんし、それから、地域独

占ですよ。地域独占で本当に選択肢のないようなマーケットが地方へ行くとありますので、それは競争政策としてやっぱり問題だと思うので、少なくとも実態だけは公表するとか、選択肢がないというところはですね。その辺は、今回は混合介護の話ではあったんですけども、これはまた少し中長期的な課題になるかもしれませんけれども、すぐできることもこの中から大分見えてきたんじゃないかと思いました。

○井手座長 今、鈴木委員が言われた、地方には地域独占となっており選択肢のないところがあるという点について、これは参入規制を緩和すれば解決できる問題なんではないでしょうか。

○鈴木委員 マーケットがそもそも小さいという問題が……

○井手座長 マーケットが小さいし、事業者としてもそこには誰も参入してこないということですね。

○鈴木委員 あとは保険者が小さいというのものもあるかもしれませんね。だから、その保険者が余りにも小さいので、そのローカルルールでやられたり、その社協が、その自治体の社協があつたりなんかするとちょっと入りにくいとかですね、だから……。

○八代委員 ただ、一方で、これは介護保険、医療保険もそうなんですけど、過疎地域ほどもうかるという考え方もあるんですよ。それはなぜかという、全国一律の価格ですから、人件費の安い過疎地域ほど企業にとっては利益率が高いと、だから、ある意味では、普通の他の業界だったらそんな小さなマーケットなら入れないだろうと思うところもビジネスチャンスになっているという、これは全国一律の価格体系の数少ないメリットなわけですし、だから、そこは小さいからどうせ入ってこないだろうという必要はないわけですし、例えば、既存の介護サービス事業者を企業がフランチャイズ化するとか、資本提携するとかそういう形で入ってくる可能性もあるので、それをブロックする必要はないと思うんですよ。

○結城委員 社協のところは、僕は社協と市場経済というよりも社協の在り方が悪いわけで、事業型社協にしたことを、きちっと厚労省が社協の意義は何なのかということはこの介護保険が始まってからやってこなかったんで、実を言うと、おっしゃるとおり、社協が独占しちゃって、そういう地域、小さい2、3万の市というのはおっしゃるとおりなので、でも、社協の在り方をきちっと議論すればある程度地方の独占というのは意外と解決する数は僕は多いと思うので、そこはやっぱりちゃんと厚労省が、社協は何なのか、事業型社協でいくのか、ちゃんと文字どおりのコミュニティーの社協なのか、そこに僕は独占という問題が入っているような気がします。

ただ、おっしゃるとおり、一部の大きな社会福祉法人がそこでというのは、それは競争原理

の議論なので分かりますけれども、社協に関してはちょっとやっぱり行政のある程度の責任なんじゃないかなというのは。

○八代委員 ただ、公取に言われて初めて動くというケースもあるわけでしてね。

○結城委員 だから、その辺は、社協の議論というのは政策的なある程度弊害であって、疑似的市場の問題では僕は余りないような気がします。

○鈴木委員 あとは、更に言えば、社協の場合は、例えば、自治体から出向が出ているとか、税の問題とかいろんな問題があって、イコルフットィングという観点からも問題だと思えますね。

○結城委員 そうです。それ、ありますね。だから、福祉部長やったら必ず事務局長で行っちゃうとか、そういうことで事業型社協残しているとかそういう面で市場メカニズムの問題ではないような独占だと僕は思いますけれども。

○井手座長 余り時間ありませんが、前回の参入規制について、八代委員と鈴木委員が資料を出されていますので、要点を簡潔に御説明していただけますでしょうか。議論する時間はないかもしれませんが、御紹介いただければと思います。

○八代委員 では、お願いします。

○鈴木委員 ありがとうございます。ただ、実は、前回、私と八代委員が申し上げたことをやっぱりドキュメントにしたほうがいいなと思ったので書きましたものでありまして、前回議論させていただいた点とほぼ同じでございます。

ですので、要望としましては、これはきちんとホームページに載せていただいて公論に付したいと思いますのでよろしく取り計らいを頂ければと思います。

○八代委員 今日出てこなかったんですが、本当は厚労省の担当者を今度次は必ず呼び付けて、参考じゃなくて被告席に置かないといけないんじゃないですかね。

○井手座長 厚労省にオブザーバーとして参加していただくというのが一番よかったんですけども、なかなか厚労省の都合もあり、参加していただけませんでした。本日は価格の弾力化についていろいろ御議論いただき、また、資料も出していただき、それから、活発な御議論をしていただきました。

前回と今回の2回で公取の予定していた会合というのは終わりですけれども、もちろん、非常に短時間のうち議論されたのでまだまだ言い足りないという点もあるでしょうし、今日の公取の資料で出していただいた論点についても更にこういう点を取り上げてほしいということもあると思います。是非、公取にメモでも結構です。お出しいただければ、公取で参考にした

いと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

2回で終わりという非常に短い会合でしたけれども、これが最後ということで、あと何か事務局から連絡事項がございましたらよろしくお願いいたします。

○藤井調整課長 今、座長からもありましたけれども、2回にわたりまして非常に活発な御意見、貴重な御意見をたくさん頂きましてありがとうございます。

先ほども申しましたように、今後は報告書の作成ということで、本当に今日いろいろ頂いた、問いかけも含まれていましたけれども、そういったものについてどういうふうに整理するかということをこれから検討して行って報告書を作成していきたいと思います。

その過程でまた委員の方に会合でこういう御発言をいただきましたけれども、この趣旨、こういうことでいいですかとか、そういったことでまた御意見を伺わせていただいたりすることもあるかと思いますが、また、座長からもありましたように、意を尽くせていないのもうちよっとな紙にして渡したいということであればそれは大歓迎ですので、それもよろしくお願いいたします。

あと、事務的な話になりますけれども、第1回と同様に今回も議事録を作らせていただきますので、後で確認のほうをまたお願いしたいと思います。

2回にわたりお忙しいところお集まりいただきましてどうもありがとうございました。

○八代委員 ちょっと一言ですね、また余計なことですが。介護と保育というのは一緒に議論するものすごくメリットがあるんですよね、共通点が多い。むしろ、介護のほうが進んでいるんです。

だから、今の保育問題というのは介護保険ができる前の高齢者介護とパラレルな存在で、それ以上に、だから、今の介護以上に問題が大きいので、これは前御説明あったときに言ったんですが、保育はこの前やったということなんですが、あのときよりも随分大きく変化していて、社会的な問題も大きくなっているんで、これは、私は公取にとって一つのチャンスだと思うんですよね。これだけ議論されている待機児童問題についてやっぱり厚労省に任せるんじゃなくて、公取も関心を持っているということをアピールするために、1回でいいから保育について似たようなことを議論していただけないだろうか、介護との連携ということですね。

○松尾経済取引局長 保育の分野につきましては、2年前に同じような意見交換会を開催して議論をしていただいた上で報告書を公表しておりまして、そのとき、参入規制、税とか補助金のイコールフットィング、それと情報の公開、それと付加的なサービスの提供といった観点から提言させていただいております。どうして公正取引委員会が、競争政策の観点からこの保育

というのを取り上げたのかと、保育の分野と公正取引委員会というと一般的にみると関係ないんじゃないかと思われている方も多いかもかもしれませんが、待機児童問題が大きな問題になっている中で、量の拡大とか質の向上、これは競争というのを通じて実現できるものなんだというのを、そういった考え方、競争唱導と申しますが、そういった考え方を広めていこうということで検討させていただいて実態報告書を公表し、提言を行ったところでございます。

その報告書を取りまとめた後は厚生労働省にも説明いたしました。特に先ほどから出ておりますローカルルールといいますか、その参入規制が地方自治体のレベルでいろんなやり方があるって、なかなか株式会社が参入できないという問題もありまして、そのところについては、アンケート調査を実施しまして、ある程度具体的な事例というのもつかんでおりましたのでそのような事例を紹介したり、そのほか、株式会社が新規参入するに当たって、地方公共団体が既存の社会福祉法人からいいですよという了承をもらってこいというようなやり方をやっているという事例もありましたので、それはやり方によっては、政策問題ではなくて独占禁止法上の問題にもなりかねませんよというようなこともその報告書の中に書かせていただいております。

そういったことで、保育の分野についても公正取引委員会として見過ごしているわけじゃなくて、きちんととやって、2年前に報告書を公表させていただいたということだけ付け加えさせていただきますと思います。

○鈴木委員 ついでだから一つ提案というか、別にやれと言っているわけじゃないんですけども、一つのやり方としてはフォローアップということが考え得るんじゃないかなと思うんですね。提言をしまして、厚労省にも言ったと、厚労省も実際に通知も出したんですね、規制改革会議から要求をしまして、株式会社だということだけで自治体としては断っちゃいかんというような通知を出したりして、そういうようなことがあってもう既に2年もたっていて、今どうなんですかというようなフォローアップを厚労省を呼んで、そのときのメンバーを呼んで議論すると、それだけでも結構価値があるんじゃないかなと。

そして、同じことがこの介護も言えますね。これだけいろいろ調べていただいて、多分厚労省にこれを報告することになると思うんですけども、それっきりじゃないよと、2年後にもう一回このフォローアップをまたうるさい連中を集めてやりますよということをする、それだけでも報告書の価値が変わるんじゃないかなろうかという気がちょっとしましたので、感想として申し上げておきます。

○井手座長 フォローアップが大事だというのは確かなんですけども、その後、公取の出し

た報告書に対して厚生労働省がどのように考えるかというという考え方だけでも出していただくことが必要だと思います。ただ、厚生労働省はそこまで正面切ってやらないわけですね。

○松尾経済取引局長　そうですね。保育の分野についても、ちょうど制度改正が終わり、新制度が始まる段階と報告書の公表時期が若干重なったところもありまして、確か、6月に報告書出した、翌年の4月から新制度が始まる、そういう時期だったと思います。報告書の公表後には、地方公共団体に説明して回ったりしておりますので、フォローアップの重要性は我々も認識しておるんですが、なかなかまだそれはできていないというところですよ。

ただ、それが公正取引委員会の報告書によってそうなったのかどうかというのは分かりませんが、報道によると改善が行われている地方公共団体もあるようでございますので、どんどんそういうことが進んでいけばいいなと考えております。

○井手座長　公正取引委員会に言われてやったというのは厚生労働省としても嫌でしょうから、検討は進めて参考にしていただければと思います。先ほど藤井調整課長からも言われましたけれども、報告書をまとめる前に皆さん方からもし追加的な意見等があれば、期限はいつごろまでと考えていらっしゃるんですか。

○藤井調整課長　できれば夏頃に出したいと思っておりますので、もし御意見を頂ける場合は6月の前半ぐらいがいいかなと思います。

○井手座長　それでは、予定した時間が参りましたので、これで終わりにいたします。本日は意見交換会への御出席ありがとうございました。

午後5時34分　閉会