

**「選択的介護」に係るモデル事業実施に向けた  
基本的考え方**

**平成29年5月**

**東京都福祉保健局高齢社会対策部**



## 第1 「選択的介護」検討の背景等

### 1 背景

我が国では、世界に類を見ないスピードで少子高齢化が進んでおり、東京都においても、団塊の世代が75歳以上になる平成37年には、都民の4人に1人が65歳以上の高齢者になることが見込まれている。こうした中、地域の特性を踏まえた地域包括ケアシステムの構築が急務となっている。

また、東京都においては、他の道府県と比較して圧倒的に高齢者数が多く、さらに、平成22年から平成37年までの高齢者人口の増加数においても、全国の都道府県の中で最も多くなるが見込まれている。こうした状況を踏まえ、高齢者の様々な需要に応える介護サービスの基盤整備が必要となっている。

ところで、今後の高齢者のボリューム層である団塊の世代については、現在の高齢者とは生活スタイルや消費性向、介護に対する考え方が異なるという指摘もある。つまり、所得階層にもよるが、公的な介護保険サービスのみに頼るのではなく、自ら選択して自分の目指す生活のスタイルに合った保険外サービスを組み合わせて活用したいという意向、あるいはそうした選択を通じて子や孫に世話を頼みたくないという意向が大きいとされる。

一方、子や孫の世代に目を向ければ介護と仕事の両立が出来ず介護のために離職せざるを得ないという「介護離職」が社会問題となっており、介護を必要とする高齢者世帯の「家族向け」サービスなどへの需要も高まっている。

このような需要を踏まえると、要介護高齢者自身に対する介護保険サービスの基盤整備だけでなく、その家族を含めた多様な需要に応えるための保険外サービスを効率的に提供できる基盤整備が必要となる。

このように、介護保険サービス及び保険外サービスに対する需要が大きくなる一方で、介護分野を支える人材の確保が課題となっており、他の産業での賃金水準が上昇傾向にある中、人材の確保がより困難な状況となっている。しかし、介護保険サービスの利用の大幅な伸びに伴って介護給付費は急速に増大しており、現状の制度を維持したまま介護職員の賃金水準を大幅に高めるような取り組みを実現することは困難な状況となっている。このため、提供するケアの質を維持しつつ、より効率的かつ効果的にサービスを提供する方法が求められている。

したがって、例えばITの活用やサービスを提供する環境の整備、介護に携わる家族向けのサービスの提供といったように、介護保険サービスに保険外サービスを適切に組み合わせることによって、介護保険サービスの効果や効率を高めるような取り組みについては、今後、積極的に推進されるべきものであると言える。

以上のことから、要介護高齢者及びその世帯側の多様な需要と、サービスを提供する効率の改善の両面から、保険外サービスと介護保険サービスを組み合わせて提供していくことが必要な状況となっている。

現状でも、介護保険サービスと保険外サービスを明確に区分すれば両者を組み合わせたサービス提供は可能であるが、今後は、利用者の様々なニーズへの柔軟な対応とサービスを提供する事業者の運営効率とを両立させるべく、これまで以上にサービスを柔軟に組み合わせることができる提供形態、いわゆる『選択的介護』の導入に向けた検討が求められる。

こうした背景を受け、東京都は、平成 28 年 12 月 2 日の国家戦略特区の区域会議(第 15 回東京圏国家戦略特別区域会議)において、特区構想を掲げ、豊島区と連携して平成 30 年度から実施するモデル事業の準備を行い、特区認定が得られ次第、順次実施して効果及び問題点を検証することを区域会議に提案したところである。

## 2 目的

前項の背景のもと、本調査においては現状における保険内・保険外サービスの提供実態や制度上・運営上の課題を把握・分析し、介護保険制度をはじめとした諸制度等との整合性の確保、利用者保護の仕組み等の構築に関する検討を踏まえ、「選択的介護」に係るモデル事業の実施に向けた枠組みの整備を行うものとした。

なお、本検討では介護給付に基づいて要介護高齢者向けに提供されるサービスを「介護保険サービス」とし、介護保険制度外であって自費によって利用されるサービスを「保険外サービス」とした。地域支援事業や一般高齢者施策に基づく事業・補助等は今回の検討では対象外とし、「介護保険サービス」、「保険外サービス」のいずれにも該当しないものとして整理した。ただし、第3の1については、これまでの議論における「保険外サービス」と「生活支援サービス」の捉え方を整理しているため、「生活支援サービス」という表現も用いている。

また、これまでの他の会議等における議論においては、「混合介護」という表現が用いられる場合もあるが、その定義において明確に定まったものがあるわけではない一方、区域会議において東京都からの提案資料においては「選択的介護」という表現を用いていることから、本書においては「選択的介護」という表現を用いている。

## 第2 保険外サービスの実施状況

保険外サービスの実施状況、特に介護保険サービスを提供する事業者における保険外サービスの実施状況について、先行調査研究<sup>1</sup>も踏まえて整理すると以下のとおりである。

### 1 高齢者の動向

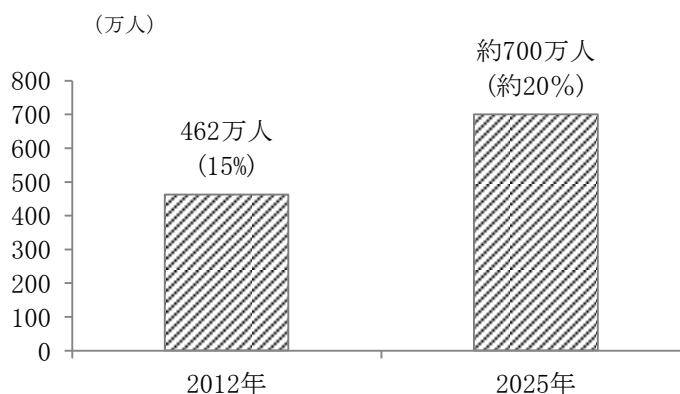
我が国の65歳以上の高齢者数は、平成37年(2025年)には3,658万人、平成54年(2042年)には3,878万人となりピークを迎えると予想されている。また、全人口に占める75歳以上高齢者の割合は増加し、平成67年(2055年)には、25%を超える見込みである。また、認知症高齢者の人数ならびに65歳以上の高齢者全体に占める認知症高齢者の割合が増加したり、独居や夫婦のみの高齢者世帯が増加したりすることから、生活支援を必要とする人あるいは世帯は増加することが予想される。

図表1 将来推計人口

	平成24年8月 (2012年8月)	平成27年 (2015年)	平成37年 (2025年)	平成67年 (2055年)
65歳以上人口 (割合)	3,058万人 (24.0%)	3,395万人 (26.8%)	3,658万人 (30.3%)	3,626万人 (39.4%)
75歳以上人口 (割合)	1,511万人 (11.8%)	1,646万人 (13.0%)	2,179万人 (18.1%)	2,401万人 (26.1%)

(資料) 厚生労働省 資料

図表2 認知症高齢者の増加



(資料)「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」

(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

<sup>1</sup> (株)日本総合研究所「介護サービス事業者による生活支援サービスの推進に関する調査研究事業」(平成26年3月31日)

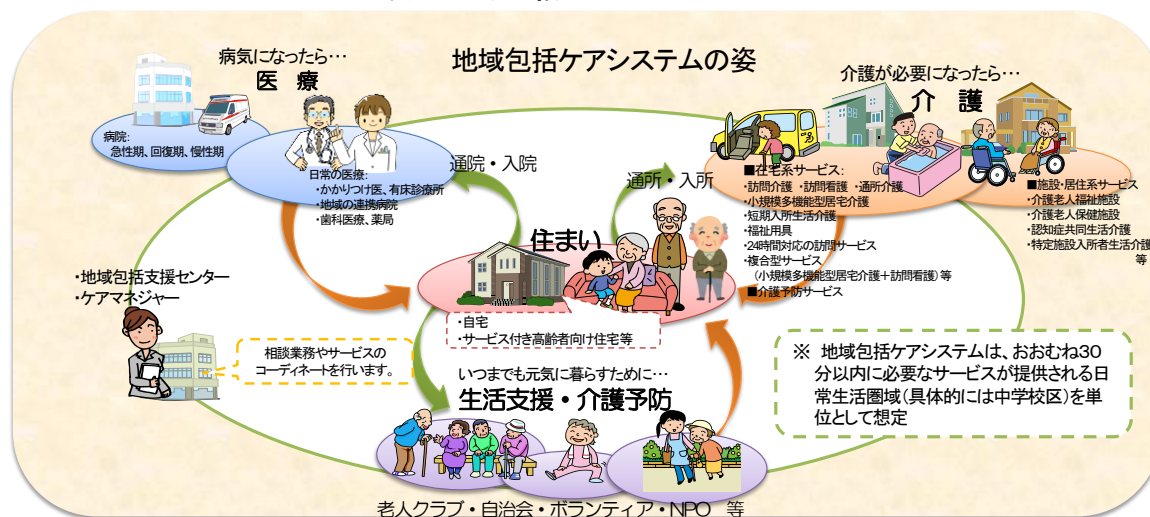
## 2 社会保障政策の方向性

団塊の世代が75歳以上となる平成37年(2025年)を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現することが目指されている。

人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等など、高齢化の進展状況には大きな地域差がある。これらの地域差を踏まえ、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムを構築することが必要である。

地域での生活を支える生活支援サービスの担い手として、NPOやボランティアなども考えられるが、顧客ニーズを把握している介護サービス事業者への期待も大きくなっている。

図表3 地域包括ケアシステムのイメージ



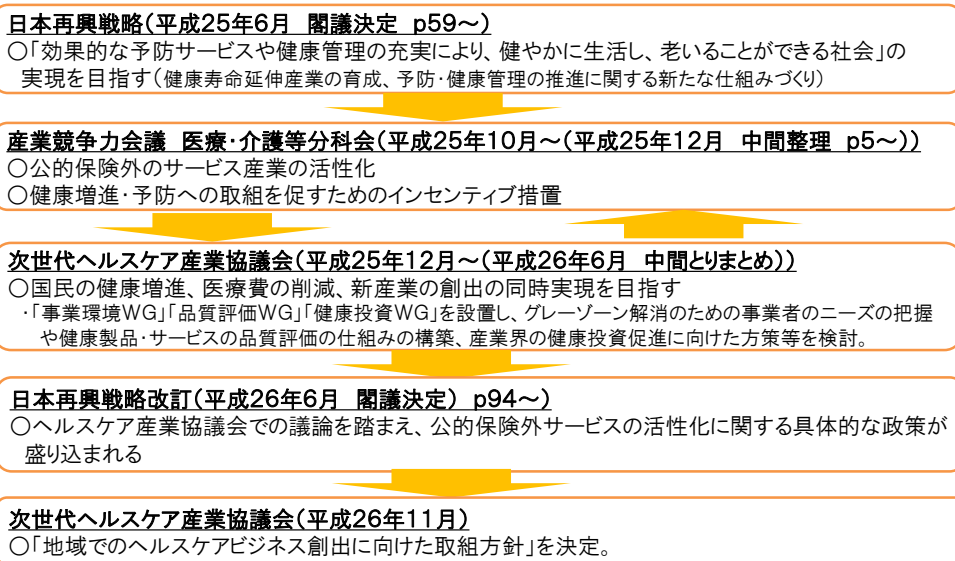
(資料) 厚生労働省 資料

### 3 成長戦略としての保険外サービスへの期待

平成 25 年 6 月に閣議決定された日本再興戦略のなかで、「効果的な予防サービスや健康管理の充実により、健やかに生活し、老いることができる社会」の実現を目指し、健康寿命延伸産業の育成、予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくりが推進されることとなった。

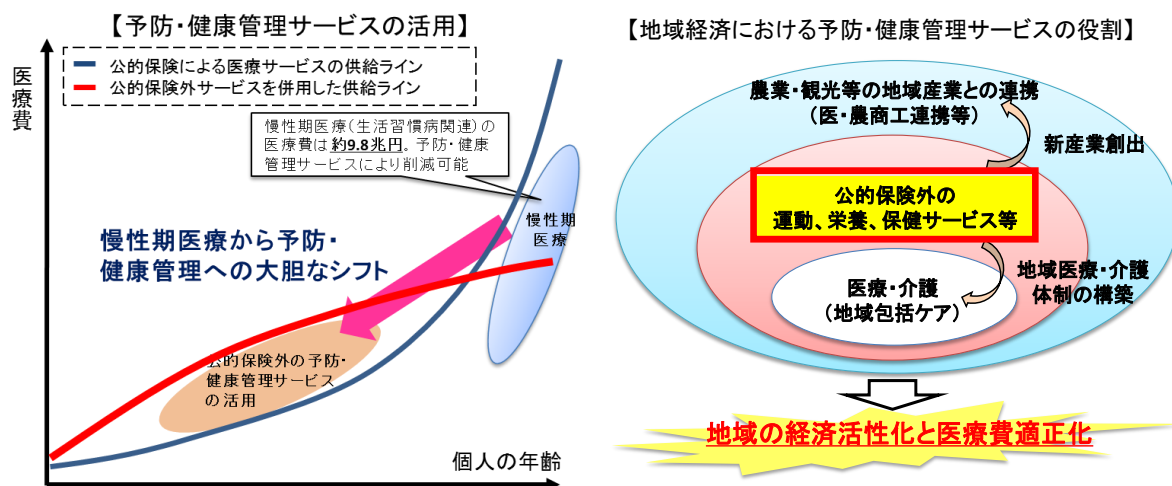
健康寿命延伸産業を新たに創出することにより、予防・健康サービスの産業化と地域経済・コミュニティの活性化が期待されている。

図表4 健康寿命延伸産業に関する政府内の検討状況(これまでの流れ)



(資料) 経済産業省 資料

図表5 健康寿命延伸産業に関する政府内の検討状況(これまでの流れ)



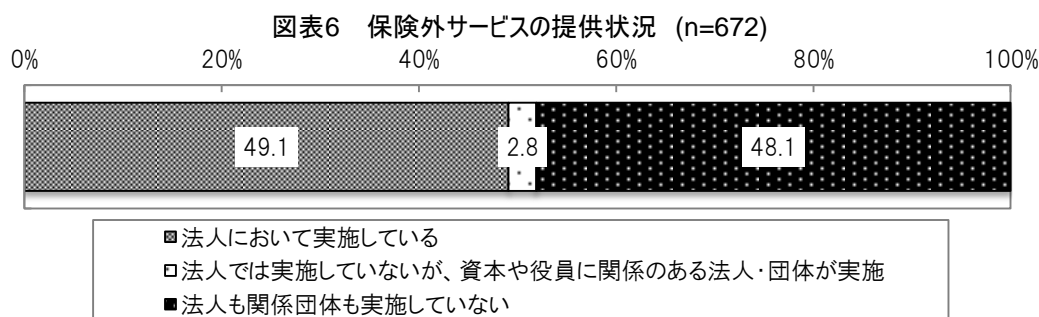
(資料) 経済産業省 資料

#### 4 事業者の状況

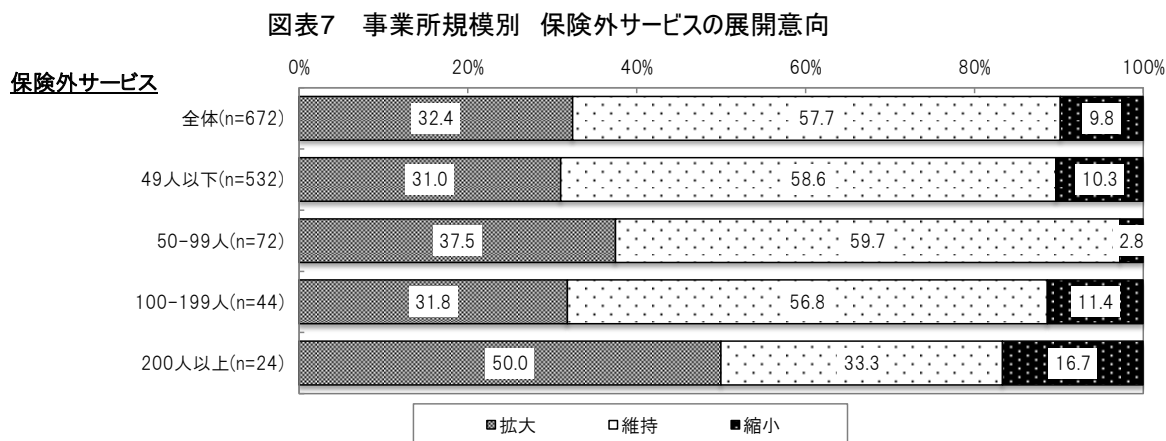
サービス提供する事業者の状況について先行調査を見ると、保険外サービスを提供している介護サービス事業者は全体<sup>2</sup>の49.1%にとどまる。

介護サービス事業者の事業展開意向としては、介護保険サービスについては拡大したいと考えている事業者が46.6%いるのに対し、保険外サービスを拡大したいと考えているのは32.4%である。これを従業員規模別に見ると、50名以上程度の規模の事業者において事業の拡大意向が大きい。

保険外サービスの拡大について、すでに保険外サービスを実施している事業者と、まだ実施していない事業者とで比較すると、すでに保険外サービスを実施している事業者では拡大意向が41.0%であるのに対し、まだ実施していない事業者では23.2%にとどまる。



(資料) (株)日本総合研究所『生活支援サービス実態調査報告書』をもとに作成  
(平成25年度老人保健健康増進等事業 介護サービス事業者による生活支援サービスの推進に関する調査研究事業)



<sup>2</sup> 調査対象は介護保険サービスを実施している法人であり、会社法人だけでなく特定非営利活動法人、社会福祉法人を含む



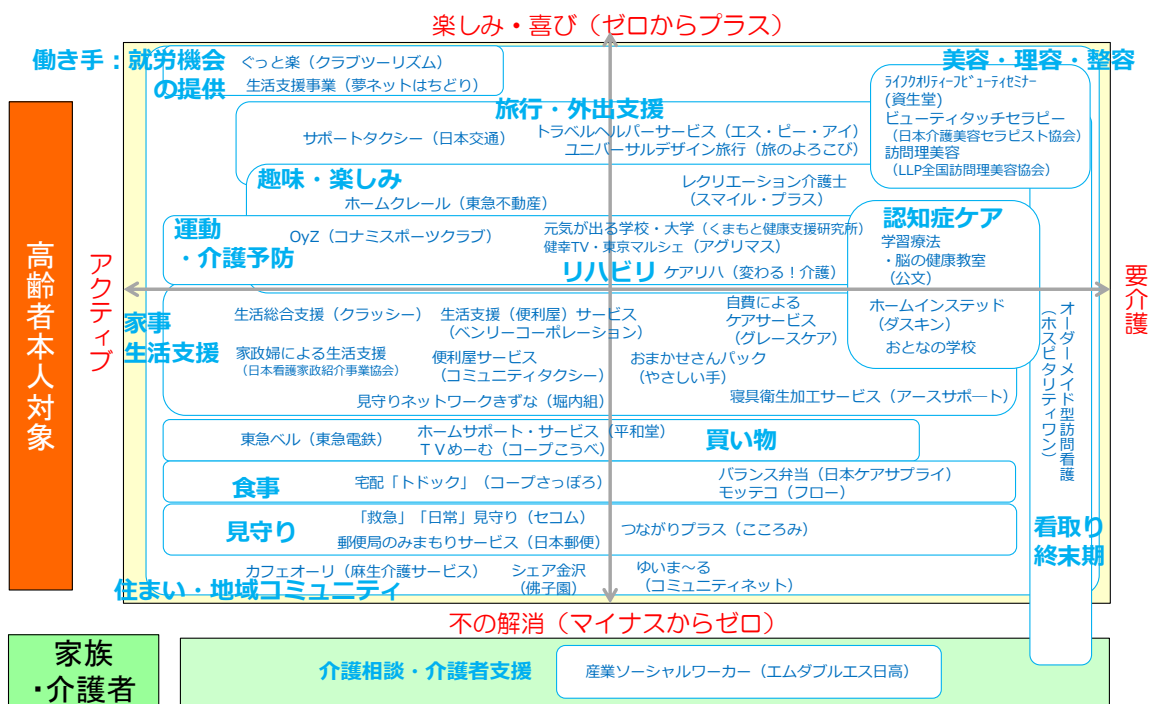
## 5 保険外サービスの提供例

前述した通り、保険外サービスの提供体制の充実は、社会保障及び成長戦略の両面から必要とされている。こうした背景を受け、平成 27 年度に、厚生労働省、農林水産省、経済産業省の三省連名で、「保険外サービス活用ガイドブック」が発刊された。

図表8 保険外サービスガイドブック



図表9 保険外サービス活用ガイドブックに掲載しているサービス事例

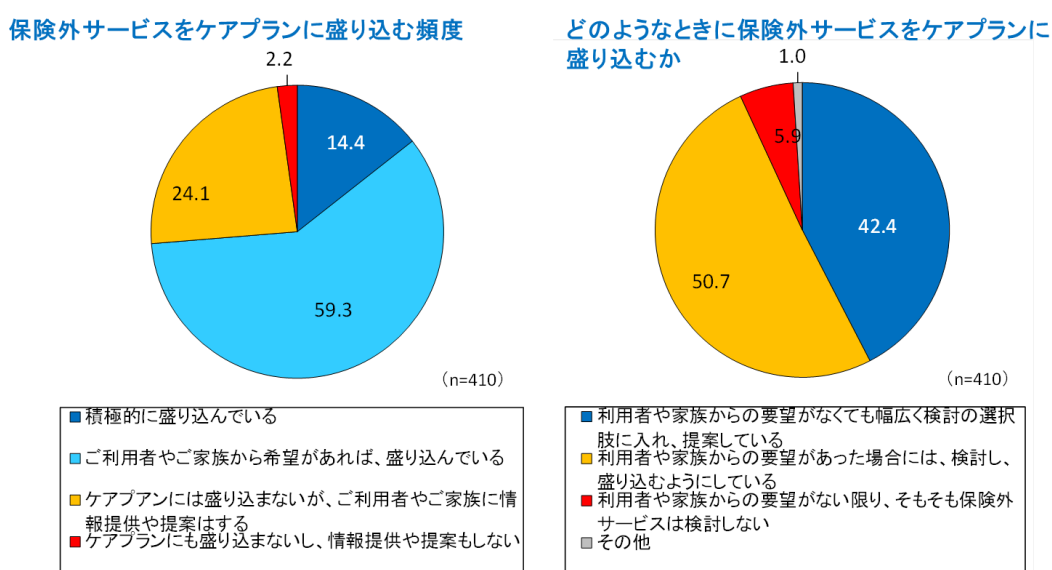


## 6 保険外サービスに対するケアマネジャーの関わり方

これまでに挙げたような保険外サービスに対するケアマネジャーの関わり方について、(株)日本総合研究所が実施した調査研究結果<sup>3</sup>をもとに概観すると、以下のとおりである。

まず、保険外サービスの提案の実態について見ると、保険外サービスをケアプランに積極的に位置付けているのはケアマネジャー全体の 14.4%であり、「ご利用者やご家族から希望があれば、盛り込んでいる」が最も多く全体の 59.3%となっている。

図表10 保険外サービスの提案の実態



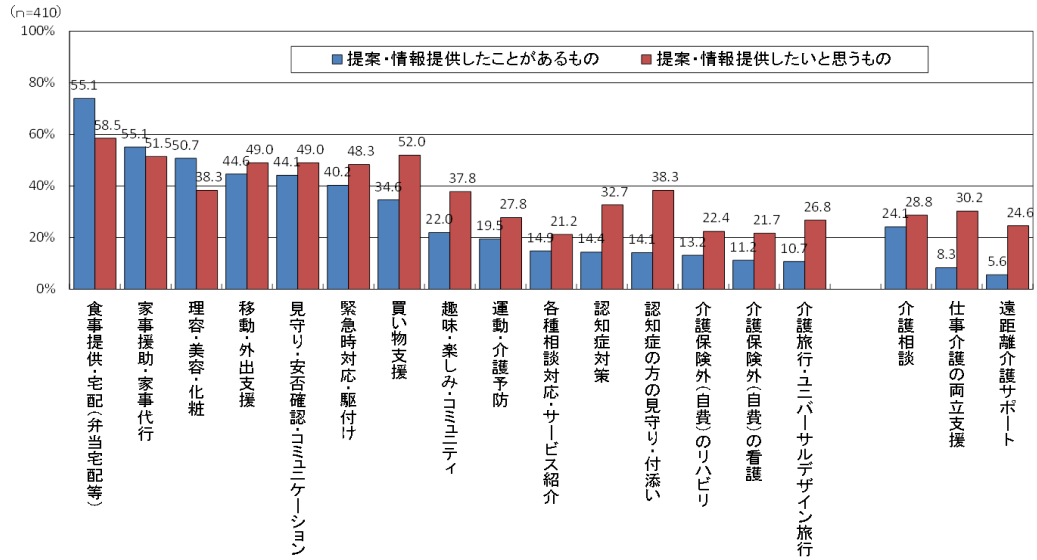
(資料) (株)日本総合研究所 セミナー「地域包括ケアシステムにおけるこれからの保険外サービス ～地域での展開と家族支援～」(平成 29 年 3 月 30 日)資料より

次に、テーマ別に提案の実態及び意向について見ると、買い物支援、趣味・旅行、認知症、家族の支援サービス等といったものについて、ケアマネジャーが提案している実態が多く、かつ提案したいという意向が大きい状況にある。

<sup>3</sup> 平成 28 年度「介護に取り組む家族のニーズとケアマネジャーの意識調査」

平成 28 年 01 月 19 日(木)～01 月 25 日(水)に、調査方法: IIF「ケアマネジメントオンライン」を通じて、ケアマネジャーを対象に実施した WEB アンケート(回答数: 410名)

図表11 保険外サービス分野別の提案実態・提案意向

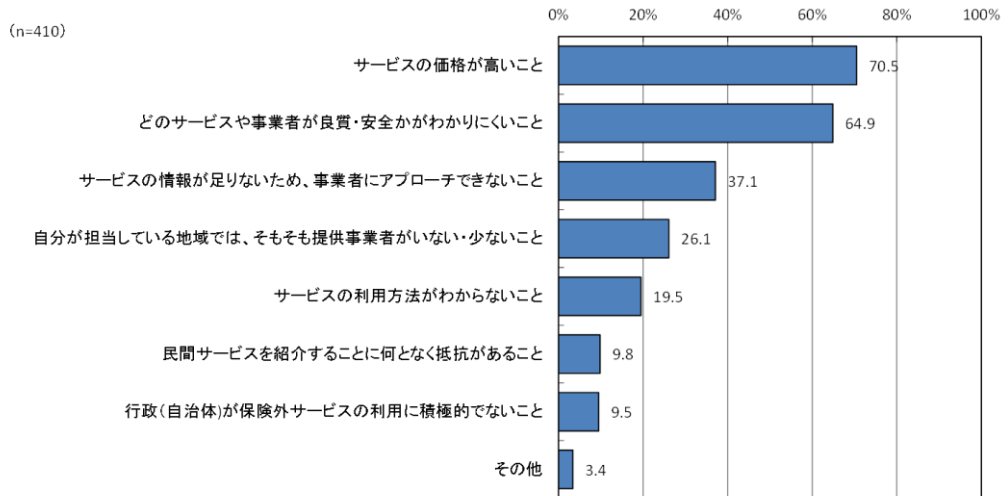


(資料) ㈱日本総合研究所 セミナー「地域包括ケアシステムにおけるこれからの保険外サービス ～地域での展開と家族支援～」(平成 29 年 3 月 30 日)資料より

一方、保険外サービスを提案する際の課題について見ると、「サービスの価格が高いこと」が最も多く全体の 70.5%、次いで「どのサービスや事業者が良質・安全かが分かりにくいこと」が 64.9%、「サービスの情報が足りないため、事業者にはアプローチできないこと」が 37.1%となっている。

このように、保険外サービスの提案やコーディネートキーパーソンであるケアマネジャーから見て、提案する以前の課題として、特に情報の把握が大きい状況にあると言える。

図表12 保険外サービスの活用・提案時の課題



(資料) ㈱日本総合研究所 セミナー「地域包括ケアシステムにおけるこれからの保険外サービス ～地域での展開と家族支援～」(平成 29 年 3 月 30 日)資料より

### 第3 保険外サービスに関するこれまでの議論

#### 1 保険外サービス(生活支援サービス)の捉え方

保険外サービス(生活支援サービス)については、確定的な定義はなくいくつかの捉え方が示されている。これらの捉え方の整理について、(株)日本総合研究所における先行調査研究<sup>4</sup>を踏まえて整理すると概ね以下のように見ることができる。

まず、保険外サービスには、いわゆる「上乘せサービス」と「横出しサービス」があり、前者は介護保険給付として利用することができる介護サービスを、給付を受けずに全額自費で利用するサービスを指す。一方後者は、保険給付では認められていないさまざまなサービスを全額自費で利用するサービスを指す。

なお、こうした考え方は、介護保険制度の発足に先立って老人保健福祉審議会において整理された考え方において既に示されている。つまり、民間セクターの役割として、民間の営利・非営利の事業主体が介護サービス提供機関となることを踏まえた上で、民間事業者が「介護給付として標準的に行われるサービスを超越するサービス(上乘せ—追加的サービス)又は介護給付として行われるサービスメニュー以外のサービス(横だし—追加的メニュー)」を提供することを示している。

図表13 保険外サービスの考え方について

平成8年4月22日老人保健福祉審議会「高齢者介護保険制度の創設について」 (前略) 第3部 介護保険制度のあり方 (中略) 8. 民間セクターの役割 ○介護保険制度における民間セクターの役割としては、前述のとおり、特に在宅サービスを中心として、民間の営利・非営利の事業主体が介護サービス提供機関となることが考えられる。 また、民間事業者が介護保険制度の介護給付として標準的に行われるサービスを超越するサービス(上乘せ—追加的サービス)又は介護給付として行われるサービスメニュー以外のサービス(横だし—追加的メニュー)を行うという役割もある。 ○公的介護保険制度創設に伴い、民間介護保険拡大のネックとなっていた要介護認定事務について、公的介護保険制度に基づき行われる要介護認定の結果を活用することが可能となるので、それを前提とした商品設計等により、今後民間介護保険の参入が容易になるものと考えられる。
--

一方、一口に「保険外サービス」といった場合は、要介護高齢者自身がサービスを利用する場合を指していることが多いが、広義で捉えれば要介護高齢者以外の者(例えば要介護高齢者の家族や一般高齢者等)が利用するサービスも、「保険外サービス」に含まれる。

なお、社団法人シルバーサービス振興会の「訪問介護サービスにおける「混合介護」の促進に向けた調査研究事業報告書」(平成21年3月)では、要介護高齢者本人以外を対象としたサービスを、以下のように、互助領域のサービスとともに「周辺サービス」として総称して整理している。

<sup>4</sup> (株)日本総合研究所「介護サービス事業者による生活支援サービスの推進に関する調査研究事業」(平成26年3月31日)

図表14 保険外サービスと周辺サービスの領域

対 象	公助・共助・自助	互助
要介護認定者 (要支援、要介護) 向け	保険給付サービス及び保険外サービス (あわせて提供)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族介護</li> <li>・隣近所の支援</li> <li>・ボランティア組織の支援</li> <li>・その他コミュニティ団体等による支援</li> </ul>
要支援・要介護認定外 高齢者向け	<ul style="list-style-type: none"> <li>○介護サービス、生活支援サービス</li> <li>・自治体保健福祉サービス</li> <li>・全額自費サービス</li> <li>○地域生活支援事業の介護予防事業</li> </ul>	
要介護認定者(要支援、要介護) の家族向け (要支援、要介護認定外)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○介護サービス、生活支援サービス</li> <li>・自治体保健福祉サービス</li> <li>・全額自費サービス</li> <li>○地域生活支援事業の家族支援事業</li> </ul>	
その他障害をもつ方、疾病や 妊娠による要支援・要介護者 (年齢問わず)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○介護サービス、生活支援サービス</li> <li>・自治体保健福祉サービス</li> <li>・全額自費サービス</li> <li>・障害者自立支援法におけるサービス</li> </ul>	

(注) 太線の枠内が「周辺サービス」領域とされる。

(資料) 社団法人シルバーサービス振興会「訪問介護サービスにおける「混合介護」の促進に向けた調査研究事業報告書」(平成 21 年 3 月)

一方、生活支援サービスについては、全国社会福祉協議会が「生活支援サービスの普及促進に関する調査研究」(平成 21 年 3 月)の中でその考え方を整理しており、ここでは「従来の地域社会の助け合い、支え合いにとどまらず、さりとして介護保険制度等の公的サービスだけでなく、人と人とのつながりを尊重したサービス、生活に寄り添い、個別ニーズに即した柔軟なサービスを市民参加による多様な主体による仕組みとして生み出そうとすることが重要です。これを「生活支援サービス」と称しています」と示されている。

つまり、生活支援サービスという表現については、保険外サービスのように、単に「保険給付以外」というだけでなく、一定程度互助的な要素を含むサービスを指していると言えることができる。

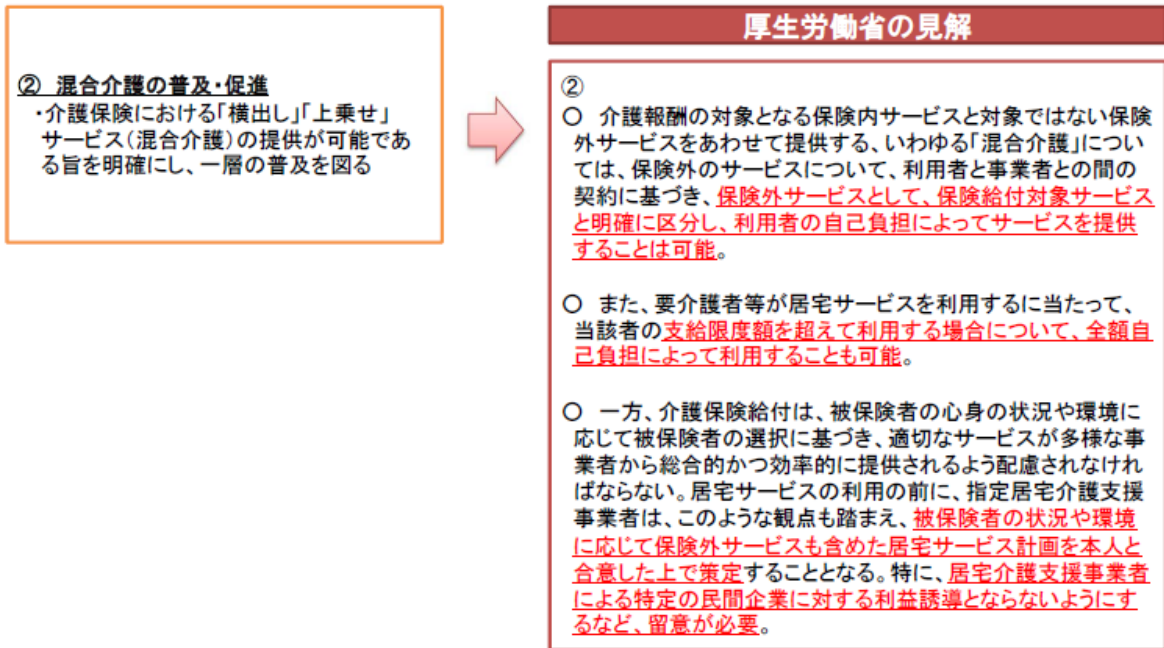
なお、介護給付と保険外サービスとの併用については、「2015 年の高齢者介護」(高齢者介護研究会報告書、平成 15 年 6 月 26 日)及び産業競争力会議医療・介護分科会(平成 25 年 11 月 12 日)に提出された厚生労働省資料において、次のような考え方が示されている。

図表15 「2015 年の高齢者介護」における介護保険サービスと多様なサービスの併用の考え方

<p>(保険の機能と多様なサービス提供)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護保険は、高齢者の自立支援のための「ニーズ」に対して標準的な水準のサービスを保障するものであり、介護保険で給付されるサービスがカバーする「高齢者の介護ニーズ」とは、「利用者が主観的に求めるもの」ではなく、要介護認定やケアマネジメントを通じた利用者の状況等に関する専門的評価に基づいた「自立支援に必要なもの」でなければならない。</li> <li>○ 他方、今後、個々の高齢者の生活様式や嗜好の多様化などにより、「より手厚い介護」や「より良い居住環境」が希望されたり、「より多様な生活支援サービス」が求められることも多いと考えられ</li> </ul>
--

る。  
 現在でも、特定施設では、利用者の負担により手厚い介護の利用が可能であり、また、手厚い対応を求める利用者に対して保険給付を上回る水準のサービスを提供する事業者も現れている。利用者保護の観点からは、介護保険の対象となるサービスと対象外のサービスとの区分を明確にし、保険外部分についての費用負担等について適切な情報提供がなされることが必要であるが、サービス市場や、ボランティアの助け合いの場の形成など、個人の様々な要求に応えられる環境の整備を進めていくことが求められる。

図表16 産業競争力会議医療・介護分科会で示された「選択的介護」に関する意見への厚生労働省見解



## 2 介護保険サービスの費用負担及び利用料の設定に関する考え方

介護保険制度が社会保険制度となっており、かつ介護サービスの提供に要する費用としての対価が公定価格となっている背景は、介護保険制度設立に先立って理念と制度のあるべき姿の骨格を提言した高齢者介護・自立支援システム研究会の報告書<sup>5</sup>に見ることができる。

この報告書では、その後の高齢化の進展を見据え、従前の制度だけでは対応が困難であるとの問題認識に立ち、「自立支援」を基本理念とする新たな新介護システムの設立とそのあり方を提言している。この中ではまず、介護が必要になった場合に、その症状や期間はまちまちであり、結果的に介護に要する費用が高額になる場合もあるため、一人ひとりが自助努力で予め備えることが一般的に期待しにくいことから社会保険方式が望ましいとしている。

図表17 新介護システムの基本理念 —社会連帯による支え合い(抜粋)

### (介護リスクの普遍性)

現在、介護の必要な高齢者は約 200 万人にのぼっており、これが平成 12 年(2000 年)には 280 万人、平成 37 年(2025 年)には 520 万人に増加することが予測されている。また、亡くなる前に 4 割近くの人が 6 か月以上床についているとの調査も報告されている。このように介護の問題は決して特別のことで、限られた人の問題でもなく、長寿化に伴って国民の誰にでも起こり得るリスクとなってきたと言える。

しかも、介護が必要な状態となった場合には、その期間や症状はまちまちで、介護に要する費用の予測も不確実である。なかには介護期間が長期化し、介護費用も高額にのぼるケースもあるため、各人が自助努力であらかじめ備えることは一般的には期待できない。

このような普遍的なリスクである介護問題を社会的に解決していくためには、個人の自立と尊厳を基本にしなが、社会全体で介護リスクを支え合うという「リスクの共同化」の視点が必要である。その意味で、本格的な高齢社会における介護リスクは、社会連帯を基本とした相互扶助である「社会保険方式」に基礎を置いたシステムによってカバーされることが望ましい。このようなシステムを制度化し、その適切な運営を図っていくことが、すなわち公的責任を新たな形で具現化することになるのである。

### (社会保険の意義)

社会保険システムにより、高齢者は社会全体によって支えられることとなる。しかも、その利益を享受するのは、現在の高齢者だけではなく、現役世代も自らの老親の介護に対する不安が軽減され、安定的な日常生活を営むことが可能となる。更に、将来

高齢期を迎え、介護が必要となった時には直接利益を受けることとなる。また、企業にとっても、家族介護の必要性から予測し難い時期に従業員が離職することに伴う損失を防ぐことができるというメリットがある。このように高齢者介護について社会保険システムを導入することは、国民それぞれにとって、大きな意義が認められるものである。

(資料)高齢者介護・自立支援システム研究会報告書「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」(平成 6 年 12 月)より

さらに、この提言の中では、「自立支援」と並んで「高齢者自身による選択」を基本理念として掲げている。すなわち、「措置から契約へ」と移行させるとする考え方である。この基本理念を実現し、実効性のあるものとするための原則として、「所得の多寡や家族形態等に関わりなく、サービスを必要とする全ての高齢者が利用できること」をはじめとする 4 つの視点

<sup>5</sup> 高齢者介護・自立支援システム研究会報告書「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」(平成 6 年 12 月)

を示している。

図表18 新介護システムの基本理念 —高齢者自身による選択(抜粋)

(「与えられる福祉」から「選ぶ福祉」へ)  
高齢者は社会的にも、経済的にも自立した存在であることが望まれる。社会の中心的担い手として行動し、発言し、自己決定してきた市民が、ある一定年齢を過ぎると、制度的には行政処分の対象とされ、その反射的利益(行政処分の結果として受ける利益)を受けるに過ぎなくなるというのは、成熟社会にふさわしい姿とは言えない。  
社会環境の変化を踏まえ、介護が必要となった場合には、高齢者が自らの意思に基づいて、利用するサービスや生活する環境を選択し、決定することを基本に据えたシステムを構築すべきである。  
(選択を可能とする条件)  
こうしたシステムを構築するにあたっては、高齢者の選択に基づく自己決定を実効あるものとする観点から、次のような点に配慮する必要がある。  
① 所得の多寡や家族形態等に関わりなく、サービスを必要とする全ての高齢者が利用できること(サービスの普遍性)  
② サービスを受ける場所やその種類・内容によって、利用手続きや利用者負担に不合理な格差がなく、公平であること(サービスの公平性)  
③ サービスの内容や質が社会的に妥当な標準に沿うものであり、かつそれが適切に評価されること(サービスの妥当性)  
④ 利用者側に十分な情報が提供されるとともに、専門家が高齢者や家族を支援するような体制が整備されていること(サービスの専門性)

(資料)高齢者介護・自立支援システム研究会報告書「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」(平成6年12月)より

一方、費用負担のうち利用者による負担については、全額公費による方式では応能型の費用徴収システムになっている一方、社会保険方式では高齢者が自らの意思に基づいて多様なサービスを選択するため、応益負担の観点から一定率又は一定額の負担とすることが適当と示されている。

図表19 新介護システムのあり方 —利用者負担のあり方(抜粋)

(利用者負担のあり方)  
利用者負担の面については、公費方式では現行の措置制度にみられるように所得に応じた負担(応能負担型の費用徴収システム)であるのに対し、社会保険方式では受益に見合った負担(応益負担)となる。高齢者は自らの意思に基づき多様なサービスを選択することとなるので、応益負担の観点から、その利用したサービスの費用の一定率又は一定額を負担することが適当と考えられる。応益負担とすることにより、サービスの利用者及び提供者の両者がサービスの内容により一層関心を払うようになることが期待される。  
さらに、年金の成熟に伴い高齢者の所得水準が向上していく状況からみて、中間所得層にとって過重な負担になるおそれがある応能負担よりは、サービスの受益に応じた応益負担を基本とすることが適当である。  
また、利用者負担を応益負担に統一することによって、現在のように施設やサービスの種別によって負担が異なるという、制度間の不整合の問題が解消されることの意義は大きい。  
なお、応益負担の場合には、低所得者に対して配慮する必要があることは言うまでもない。この場合、公平の観点から、減免した利用者負担相当額については、いったん市町村が肩代わりし、本人の遺産に対して優先的にその支払いを求められることができることとする、といった仕組みについても検討されるべきであろう。また、利用料の徴収については、その確実性、利用者の利便等も考慮し、年金給付からの徴収等の方法についても検討する必要がある。

(資料)高齢者介護・自立支援システム研究会報告書「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」(平成6年12月)より



この報告書では、介護サービスの提供に要する費用としての対価を公定価格とする具体的な記述は示されていないが、応益負担とする一方で、利用者による選択可能性を確保するという視点が、公定価格を設定する基本的な考え方の背景にあると指摘できる。なお、利用料の水準については、公平性ととも利用者のコスト意識の喚起、あるいはサービスの質の向上の観点を踏まえて設定する必要があると整理されている。

これを踏まえると、「選択的介護」に関する議論のうち「価格の弾力化」について、繁忙期における価格の上乗せに関しては、「サービス提供に必要なコスト」の観点とともに、「年金給付の水準」や「低所得者に対する適切な配慮」の観点を踏まえた検討・検証が必要であると考えられる。

図表20 新介護システムのあり方 ―利用料に関する論点(抜粋)

利用者は、サービスを選択して受ける人と受けない人との公平、コスト意識の喚起、サービスの質の向上、施設入所と在宅の負担の公平等の観点から、受けたサービスの内容に応じて一定率又は定額の利用料の支払を行うことが適当である。その水準等については、次のような点に留意して検討する必要がある。

- (ア) 選択されたサービスの提供に必要なとされるコスト
- (イ) 施設入所者については、在宅サービス利用者であれば自ら負担している食費や光熱費など日常的生活費にあたる部分の位置付け
- (ウ) 在宅サービス利用者については、利用するサービスの種類と利用量、日常生活費を踏まえた公平な負担
- (エ) 高齢者自身の生活を支える年金給付の現在及び将来の水準
- (オ) 低所得者に対する適切な配慮

(資料)高齢者介護・自立支援システム研究会報告書「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」(平成6年12月)より

### 3 介護保険制度における保険外サービスの併用に関する有識者意見

#### ① サービス選択に係る情報公開に関する意見

利用者自身によるサービスの選択に関しては、以下のように、情報公開を進めるべきとの有識者からの指摘がある。

図表21 情報公開に係る有識者からの指摘

産業競争力会議・医療介護等分科会(H25年11月12日)

○川淵東京医科歯科大学大学院教授

次は混合介護についてお伺いしたい。混合介護は自由放任ということで、実際にどれぐらい混合介護をやっているか調べてみた。その一例で、青梅のとある病院では、療養病床といって、介護保険で払われている病床と、医療保険で払われている病床があるが、どちらも室料が、個室は63万円から、4人部屋は32万円からであると、ネットできちんとかかる費用が書いてある。どんなサービスかとか、何人部屋は今どれぐらい空いているかというのも分かる。一方で、別のとあるリハビリ病院は、ネットには費用が書かれていない。実際は室料が3種類あって、無料の部屋と7,000円の部屋と1万円の部屋となっており、利用者の症状に合わせて変えており、一定の創意工夫が感じられる。

これから混合介護をどんどん自由化していくと、国民はネットで情報を得るのではないか。どんなサービスがおいくらで、今どれぐらい空いているのか。そういう情報はもう分かるようになっているのか。独立行政法人福祉医療機構が一時ネットで公開していたが、こういった混合介護の実態も分かるようになっていくのか。

というのも、介護分野は非営利組織のみならず株式会社も参入している。そこが利益誘導というのか企業の自助努力というのか、非常に微妙である。基本的にはもっとネットで情報公開して、うちはいくらですよ。そして、この中にどんなサービスが入っていて今どれぐらい空いていますよという形でオープンにしていく方がよいと思うが、いかがか。

注) 議事録より抜粋しているため、「選択的介護」ではなく「混合介護」という表現のままとしている。

#### ② 介護保険サービス(主に予防給付)の範囲に関する意見

保険外サービスと隣接する介護保険サービス(主に予防給付)のあり方については、多くの自治体において介護予防給付が必ずしも予防目的に特化したものになりきっておらず、むしろ生活支援のためのサービスとして位置づけられてしまっているとの指摘がある。

図表22 介護保険サービス(主に予防給付)の範囲に関する有識者からの指摘

社会保障審議会・第71回介護給付費分科会(H23年2月7日)

○池田委員

(給付限度額を超えるサービスの利用者分析データに関して) 福祉系は余りにデマンド優先ではないのという感じがするので。その結果、何が起きるかという、廃用症候群助長のサービスになってしまう。誤解を避けるために申しますけれども、私は廃用症候群助長型のサービスはやめろと言っているのではないのです。家事援助をやめろなんて一言も言っていません。人間、朽ちていくことを選ぶ権利はあります。すべてを代行してもらって楽をしたいという気持ちも十分わかります。それは自己選択の問題です。行政が、あるいは介護保険が介入することではない。しかしながら、そこに社会的コスト、つまり、保険料や公費は投入できない。これは社会常識でしょう。わざわざ要介護度を重くするために介護保険をつくったのではない。

社会保障審議会・第86回介護給付費分科会(H23年11月24日)

○山田委員

高齢者になったので車に乗れなくなったので買い物を代わりに代行してあげる。公的なサービスとして行われているんですが、まさにそれは自立支援を阻害するということではないか。むしろ車が運

転できなくなったら一緒に買い物に行ってあげればいい。そして時間がかかっても買い物に同行してあげる。勿論そちらの方が大事だということで、何でもしてあげればいいという考えからは私は脱却すべきだと思います。

### ③ 利用料の取扱いに関する意見

利用料の取扱いについては、有識者から以下のように、指名料等の介護サービスに係る差額の徴収を認めるべきとの指摘もある。

図表23 利用料等の徴収に係る有識者による指摘

国家戦略特区ワーキング・グループ有識者等からの「集中ヒアリング」(平成 25 年 7 月 8 日)  
○八代尚宏(国際基督教大客員教授)  
医療より簡単な混合というのは混合介護であって、介護保険というのは医療保険と比べて非常によくできているわけで、例えば週2回のホームヘルプサービスを認められたら、それを週3回にすることは自由なわけなのです。ただ、できないことが1つあって、それは腕のいいホームヘルパーさんに余分なお金を払うことが禁止されているわけです。ただ、これは何の法律上の根拠もなく、慣行としてやっているわけで、厚労省に言わせたらそんなことは気にしていませんと言うのですが、事業者の方に聞いたら事実上できないわけです。これを認めるとある意味で、ベテランのヘルパーさんになるほど高い給料がもらえるようになる。それによって人手不足のホームヘルパーさんはもっとふえることができるということになって、財源が厳しい中で供給がふえて消費者のニーズも高いわけです。これからの高齢者には豊かな人も当然たくさんいますから、顔なじみというか、いいなと思った人に繰り返し来てもらうことを認める必要があるのではないかと。  
これは実は介護保険をつくるときに、そのころ私は厚労省と仲がよかったので委員に入れていただいて、いろいろ議論したことがあるのですが、そのときに指名料という概念があったのです。現にヘルパーさんの指名料。つまり気に入ったヘルパーさんにもう一度来てもらうために指名料を払う。私はこれはすごいいいアイデアだと思ったのですが、偉い先生がだめだと言って、介護は平等だから平等性に反する。しかし、介護保険自体が企業を入れるということで、まさにそれは医療と違ってそういう差別化をすることを本来想定しているわけで、そうであれば当然ながらビジネスとして付加価値をつけることで、高い価格を払ってもらうというのが企業を入れることの非常に大きな意味なわけで、社福と同じことしかしらない企業だったら企業の意味がないのです。企業の創意工夫を生かせるような必要性があるわけで、そういう意味では最低限お客が喜んで払ってもらう分を介護サービスの供給者の収入にすることで、もっと多様なサービスを量的にもふやすことができる。これがwin-winの関係だと思います。

### ④ 保険外サービスの担い手に関する意見

保険外サービスの担い手のうち、民間の事業者については、サービス付き高齢者向け住宅やお泊りデイの問題との関係を踏まえ、一定程度の規制を実施する必要性に対する指摘もある。

図表24 保険外サービスの担い手に対する規制の必要性に関する有識者からの指摘

社会保障審議会・介護保険部会(H25年9月18日)  
○結城委員 提出資料(抄)  
(私見)  
1. 在宅系サービスについて  
①混合介護(保険サービスと保険外サービス)  
介護保険サービスは「準市場(疑似的市場)」であり、「純市場(完全市場)」ではない。そのため「供給が過度な需要を生む」といった無駄な保険給付が生じることは不適切である。ゆえに「混合介護」を否定するつもりはないが、不適切なビジネス体系に陥る危険性も否定できないため、詳細を分

析しながら場合によっては何らかの規制を考えるべきである。

②お泊りデイサービス(仮称)について

「お泊りデイサービス」の中には質の悪いサービスがあるため、法定外部分といえども保険給付と併用する場合、「宿泊」部分については全国一律の規定を設けるべきである。」

2. 施設系サービスについて

②高齢者向け住まいについて

(中略)なお、サービス付高齢者住宅ではないが、看板上「高齢者住宅」といったビジネスモデルが一部に見られ、サービスの質や不適正な介護保険給付が懸念される。」

-----  
-----  
**社会保障審議会・第48回介護保険部会(H25年9月18日)**

**○結城委員 発言議事録**

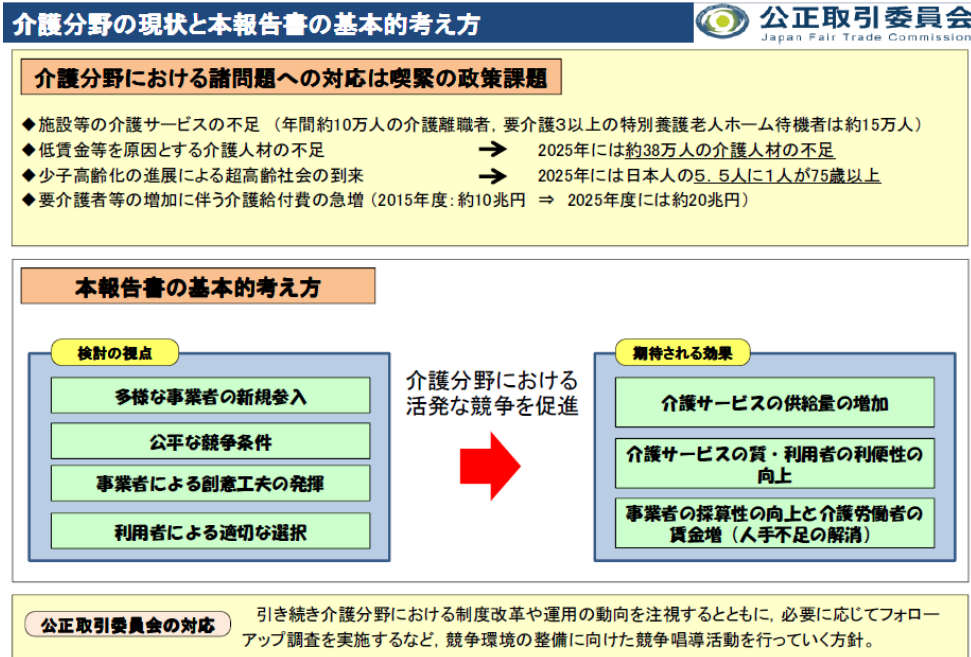
在宅系サービスですけれども、今回、住まいの問題とか施設に絡んで出ていますが、そもそも介護保険サービスは準市場であって完全市場ではないので、事務局の提案でいくとすごくモチベーションの高い善良な事業所を結構モデルにしている、これは非常に推進すべきだと思っていますけれども、供給が過度な需要を生むという混合介護について視点が足りないのかなと今回の資料を見て思っています。

今後、今いろいろ現場を歩いていると、不適切なビジネス体系が法には何とかグレーゾーンだけれども、モラル的にまずいようなものがあるのかなと思いますので、その辺を規制についてきちっと議論していくべきだと思います。

#### 4 公正取引委員会における議論

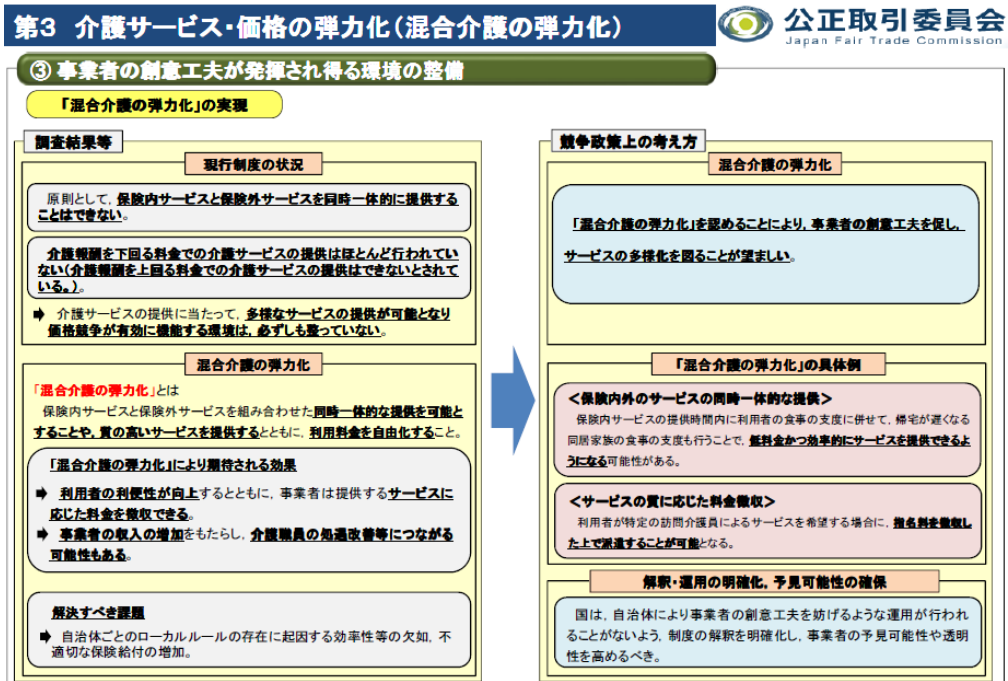
介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせたサービス提供に関して、公正取引委員会は介護分野に関する懇談会を設置し、平成 28 年 9 月 5 日に「介護分野に関する調査報告書」を公表した。ここでは、「選択的介護」に関連する事項として二点、「サービス提供形態の弾力化」と「価格の弾力化」が示され、選択的介護を促進することによって、サービスの質や事業者の採算性の向上を図ることが提案されている。主な議論は以下のとおりである。

図表25 「介護分野に関する調査報告書」における「混合介護」に関する提言(概要)



(資料)公正取引委員会「介護分野に関する調査報告書」(平成 28 年 9 月 5 日)より

図表26 「介護分野に関する調査報告書」における「混合介護」に関する提言(概要)



(資料)公正取引委員会「介護分野に関する調査報告書」(平成 28 年 9 月 5 日)より

## 5 規制改革推進会議における議論

平成 28 年 9 月 12 日に第 1 回が開催された規制改革推進会議では、医療・介護・保育ワーキング・グループが設置され、その審議事項の一つに「介護サービスの多様な選択(保険給付と保険外サービスの柔軟な組合せ等)」が挙げられた。

図表27 医療・介護・保育ワーキング・グループにおける今期の主な審議事項

<p><b>1. 新たな改革項目</b></p> <p>希望する介護を受けられない高齢者やその家族の苦労は切実である。将来、自分や家族が要介護状態になったときの漠然とした不安感も強い。他方で、介護保険財政は年々厳しくなっている。超高齢社会において、国民がニーズにあった介護サービスを選択でき、要介護状態を過度に不安に思わずにすむように、以下の項目を中心に介護サービスの提供と利用の在り方を広く検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・利用者がサービスを選べるようにする情報開示と第三者評価 利用者が正しい情報をもとにサービスを選択できるように、現状の情報公開制度を見直す。第三者評価の受審率向上等のための検討を行う。</li><li>・介護サービスの多様な選択(保険給付と保険外サービスの柔軟な組合せ等) 要介護者とその家族が必要に応じた多様なサービスを選択できるように、保険給付と保険外サービスの柔軟な組合せを事実上阻害している現状の規制を見直す。事業者が創意工夫を発揮してサービスの質を向上させ、介護従事者の給与水準や働き甲斐が増す環境づくりをめざす。</li><li>・施設介護サービスの総点検 施設介護を希望する人がニーズに合った施設を選び、経済力に応じた負担を行い、かつ施設の側もサービスの質向上への努力が報われる環境づくりをめざす。この観点から、施設介護サービスのあり方を検討する。</li><li>・サービス提供者間のイコールフットingの確保 事業者が公平な条件の下で切磋琢磨し、利用者にとって望ましい多様な介護サービスが提供されるよう、事業者間のイコールフットingの確保に向けた検討を行う。</li></ul> <p><b>2. 重点的フォローアップ項目</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・「診療報酬の審査の効率化と統一性の確保」について 前会議体(規制改革会議 健康・医療ワーキング・グループ)の第四期において議論されたテーマ。社会保険診療報酬支払基金における、ICTを最大限に活用した抜本的な合理化・効率化や審査の統一性の確保について、平成 28 年6月2日閣議決定の方向性に沿った検討が実行されるよう、進捗状況を確認する。</li><li>・患者申出療養(第二期)、医薬分業(薬局の在り方)(第三期)等の規制改革の実施状況を確認する。</li></ul>
--

(資料)平成 28 年 10 月 24 日第 3 回規制改革推進会議資料「医療・介護・保育ワーキング・グループにおける今期の主な審議事項」

この審議事項を踏まえ、関係団体等へのヒアリング、公開ディスカッションが進められている。平成 29 年 2 月 21 日に開催された公開ディスカッションまでに実施されたヒアリングにおいて示された主な意見をまとめると次図表のとおりである。

図表28 「保険給付と保険外サービスの柔軟な組合せ」に関する主な意見

「保険給付と保険外サービスの柔軟な組合せ」に関する主な意見 参考1

推進意見	検討にあたっての留意点
<p><b>【保険内外サービスの柔軟な組合せ】</b></p> <p>○利用者の利便性、ヘルパーの生産性の両方が向上する(日本在宅介護協会)</p> <p>○訪問介護では掃除・洗濯・買い物代行・IoT機器による見守りなど、通所介護では買い物支援・外来診療支援などに、ニーズが想定される(在宅協、日本デイサービス協会)</p> <p>○同時一体提供については、保険内外の区切り方が問題。一定時間保険内サービスを提供したとみなすルールの導入や生活援助サービスでは頭割りの導入などはどうか(委員)</p> <p><b>【価格の柔軟化】</b></p> <p>○「指名料(パーソナルスタッフ制度)」「時間指定料」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り、熟練した介護職員の賃金向上や定着率向上も期待できる(在宅協)</p> <p>○保険と同等のサービスを自己負担で提供する際に、不合理な差額を生じないようにする規制は、撤廃するか基準を明確にすべき(デイサ協)</p>	<p>○介護保険サービスと保険外サービスの組合せ提供についてのルールの概要は下記のとおりであり、不明朗な形で料金が徴収されるおそれや、事実上保険外負担をしないとサービスが受けられなくなるおそれ、保険給付の範囲を越えたサービスが保険請求されるおそれがあることなどを踏まえ、利用者保護等の観点から求めている(厚労省)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 保険サービスと保険外サービスが明確に区別されていること</li> <li>● 利用者等に、保険外サービスの提供に当たって、あらかじめサービスの内容等を説明し、同意を得ていること など</li> </ul> <p>○以下のような点に留意しつつ、保険外サービスとの併用に係るルールの在り方について検討する(厚労省。武蔵野市も留意点について同旨)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 利用者の負担が不当に拡大するおそれはないか</li> <li>● トラブルが生じた際の救済をどうするか</li> <li>● 介護保険制度の理念たる自立支援・重度化防止を阻害するおそれはないか</li> <li>● 給付費の増加に繋がるおそれはないか</li> <li>● ルールを緩和した場合にかかる追加の行政コストがメリットに見合うか など</li> </ul> <p>○ルールとマナーを構築する公民連携の視点、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターのケアプランの範囲、地域ケア会議等の支援範囲に置くことが重要(和光市)</p>

(資料)平成 29 年 2 月 21 日規制改革推進会議公開ディスカッション資料(事務局提出資料)より



## 第4 選択的介護を取り巻く制度等の現状

### 1 選択的介護に関わる現行の制度等の状況

本検討で取扱う選択的介護に関わる現行の制度等の状況をまとめると以下のとおりである。  
 なお、各概要で取り上げている根拠法令の詳細については、後述のとおりである。

図表29 選択的介護に関わる現行の規制等の概要(同時一体的提供に関するもの)

<p><b>【規制】 保険外サービスは、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るサービス提供は可能 ⇒ 介護保険給付と保険外の同時・一体提供は不可</b></p>
<p><b>規 定</b></p>
<p>指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（平成11年9月17日老企第25号）</p> <p>3-（10）利用料等の受領</p> <p>① （略）</p> <p>② 居宅基準第20条第2項は、利用者間の公平及び利用者の保護の観点から、法定代理受領サービスでない指定訪問介護を提供した際に、その利用者から支払を受ける利用料の額と、法定代理受領サービスである指定訪問介護に係る費用の額の間に、一方の管理経費の他方への転嫁等による不合理な差額を設けてはならないこととしたものである。                  なお、そもそも介護保険給付の対象となる指定訪問介護のサービスと明確に区分されるサービスについては、次のような方法により別の料金設定をして差し支えない。</p> <p>イ 利用者に、当該事業が指定訪問介護の事業とは別事業であり、当該サービスが介護保険給付の対象とならないサービスであることを説明し、理解を得ること。</p> <p>ロ 当該事業の目的、運営方針、利用料等が、指定訪問介護事業所の運営規程とは別に定められていること。</p> <p>ハ 会計が指定訪問介護の事業の会計と区分されていること。</p> <p>③・④ （略）</p> <p>指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について                  （平成12年11月16日老振第76号）</p> <p>2 保険給付として不適切な事例への対応について</p> <p>①・② （略）</p> <p>③ ①及び②の説明を行っても、利用者が保険給付の対象となるサービスとしては適当でないサービス提供を求めた場合には、指定訪問介護事業者は、求められた内容のサービス提供を行わずとも、指定基準第9条には抵触しないものと解する。                  なお、これらの保険給付の範囲外のサービスについて、利用者と事業者との間の契約に基づき、保険外のサービスとして、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は、当然可能である。                  また、こうした事例への対応については、居宅サービス計画の策定段階において利用者に十分説明し、合意を得ることが重要であることから、指定居宅介護支援事業者にあっても、十分に留意して居宅サービス計画の作成に当たることが必要である。</p>
<p>○ 給付の対象外となる保険外サービスについては、保険サービスと明確に区分して提供することは可能                  ⇒ 介護保険事業者が保険外サービスを提供する場合は、保険サービスと明確に区分して提供しなければならない。</p>

図表30 保険サービスと保険外サービスの明確な区分

<p><b>「明確な区分」について</b></p>
<p><b>【何故「明確な区分」が必要か？】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護保険の給付サービスの中に保険外のものが入ることは、そもそも不適切！                  「明確な区分」がされずに不適切な給付がなされると、多くの被保険者に不利益を与えることになる。                  （保険料を負担している多くの被保険者から納得の得られるものではない）</li> <li>・ 介護保険サービスを提供する事業者は、人員・設備・運営に関する指定基準等の遵守が求められている。                  同時・一体的提供が行われる場合、介護保険サービスを提供する上で求められる人員配置や設備の専用などの基準が満たされない恐れがあり、保険サービスとしての質の担保ができなくなる。</li> </ul> <p><b>【「明確な区分」とは？】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「明確な区分」の程度や方法等は、国通知上、明示されていない。</li> <li>・ 「明確な区分」のあり方については、各保険者の解釈に差が生じており、極めて厳密な区分を求める保険者が存在する一方で、個々の保険者独自のルールにより、一定程度の同時・一体的なサービス提供の実態がある模様</li> <li>・ 介護保険制度自体、保険者判断の余地があるもの。国が、改めて「明確な区分」のあり方を示した場合、保険者独自の判断でできていた部分を規制してしまう恐れがある。</li> </ul> <p>⇒ 保険外サービスの区分の方法とサービスの質やサービス提供の公平性を担保する仕組みを                  介護保険サービスと保険外サービスの同時・一体的な組み合わせ類型ごとに検討</p>
<p>2</p>

図表31 選択的介護に関わる現行の規制等の概要(価格の弾力化に関わるもの)

【規制】介護保険の給付対象サービスの価格は、国が定める公定価格(介護報酬)であり、公定価格を上回る価格を設定することはできない。	
規定	解釈等
<p><b>介護保険法(平成9年法律第123号)</b></p> <p>(居宅介護サービス費の支給)</p> <p>第41条(略)</p> <p>1から3まで(略)</p> <p>4 居宅介護サービス費の額は、次の各号に掲げる居宅サービスの区分に応じ、当該各号に定める額とする。</p> <p>一 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション及び福祉用具貸与 これらの居宅サービスの種類ごとに、当該居宅サービスの種類に係る指定居宅サービスの内容、当該指定居宅サービスの事業を行う事業所の所在する地域等を勘案して算定される当該指定居宅サービスに要する平均的な費用(通所介護及び通所リハビリテーションに要する費用については、食事の提供に要する費用その他の日常生活に要する費用として厚生労働省令で定める費用を除く。)の額を勘案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(その額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は、当該現に指定居宅サービスに要した費用の額とする。)の百分の九十に相当する額</p> <p>二 (略)</p> <p>5 厚生労働大臣は、前項各号の基準を定めようとするときは、あらかじめ社会保障審議会の意見を聴かなければならない。</p> <p>6から12まで(略)</p>	<p><b>【41条4項について】</b></p> <p>介護報酬は、介護保険サービスの種類ごとにその要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が基準額を定めている。基準額の9割が居宅介護サービス費(保険者が支払う)とする規定。</p> <p>← 介護報酬の理念としては、全ての被保険者を対象に、公平・公正に介護保険サービスが提供されるために必要な(平均的)費用が介護報酬の中に評価されている。</p> <p>⇒ 介護報酬の中に評価されているものについて、事業者は利用者から別料金として支払いを受けることができない。</p> <p>⇒ 介護保険サービスに係る費用の評価の点などから、介護報酬との関係が極めて密接であり、社会保障審議会での議論を経ることが必要となる可能性あり。</p> <p style="text-align: right;">1</p>

図表32 選択的介護に関わる現行の規制等の概要(価格の弾力化に関わるもの)

介護報酬上の評価について	
<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険サービスの種類ごとにその要する平均的な費用の額として、公平・公正に介護保険サービスが提供されるために必要な(平均的)費用が含まれており、報酬告示等で定められている。</li> <li>さらに、現在の介護報酬では、手厚い人員体制・計画的な教育体制等の整った事業所への加算や、早朝・夜間等のサービス提供への加算など、質の高いサービス提供体制が確保されている場合や、サービス提供時間帯に応じるものなどの評価はなされている。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険でみられるべきとされているサービス内容以外のもの(健康づくりに資する資格や方言等の技能等の付加価値部分)を保険給付の対象とすべきではない。</li> <li>また、付加価値については介護保険サービスと切り分けることができないため、保険制度の中で評価することはできない。</li> </ul> <p>⇒ 介護保険外の料金として徴収するため付加価値を切り分けて徴収する仕組みが必要</p> <p style="text-align: right;">2</p>	

図表33 選択的介護に関わる現行の規制等の概要(価格の弾力化に関わるもの)

【規制】介護保険の給付対象サービスの価格は、介護報酬として定められており、事業者は利用者から、定められた利用料以外は徴収できない	
<p><b>規定</b></p> <p><b>指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)</b></p> <p>(利用料等の受領)</p> <p>第20条 指定訪問介護事業者は、法定代理受領サービスに該当する指定訪問介護を提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定訪問介護に係る居宅介護サービス費用基準額から当該指定訪問介護事業者を支払われる居宅介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。</p> <p>2 指定訪問介護事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定訪問介護を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定訪問介護に係る居宅介護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。</p> <p>3 指定訪問介護事業者は、前二項の支払を受ける額のほか、利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において指定訪問介護を行う場合は、それに要した交通費の額の支払を利用者から受けることができる。</p> <p>4 指定訪問介護事業者は、前項の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。</p>	<p><b>解釈等</b></p> <p>【20条1項について】 指定訪問介護(介護保険サービス)を提供した際、居宅介護サービス費(介護報酬)として、居宅介護サービス費用基準額の9割(又は8割)は保険者から、残りの1割(又は2割)は利用者から支払いを事業者が受けるという規定。</p> <p>【20条3項について】 利用者の選択によって事業所の営業地域外に指定訪問介護を行う場合、事業者は所要の交通費を利用者から受けることができるという規定。</p> <p>⇒ <b>介護保険サービス提供の費用として、事業者は利用者から、ここで定められた利用料以外の支払いを受けることができない。</b></p> <p style="text-align: right;">3</p>

図表34 介護保険サービスに付加価値をつけた部分への料金設定

基準条例による対応は可能か?
<ul style="list-style-type: none"> <li>・そもそも社会保険制度は、被保険者の保険料と税金によって運営されており、被保険者誰もが等しくサービスを受けられるべきである。</li> <li>・よって、基準第20条は、「保険制度の公平性を担保し、利用者保護を図るため、あいまいな名目の費用の徴収を認めない」という趣旨のもと設けられている(定められた利用料以外の徴収を認めてしまうと、それを払えない人が本来等しく受けられるべきサービスが受けられなくなる)</li> <li>・地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律(平成23年法律第37号)の施行により、指定居宅サービス等の基準は、都道府県の条例で定めることとされた。</li> <li>・条例制定に際しては、指定居宅サービス等基準省令を基に、厚生労働省令が定める「従うべき基準」、「標準」又は「参酌すべき基準」に基づき定めることとされている。</li> <li>・指定居宅サービス等基準省令第20条(利用料等の受領)は、「参酌すべき基準」に該当する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>※ 「参酌すべき基準」とは 地方自治体が十分参酌した結果としてであれば、地域の実情に応じて、異なる内容を定めることが許容されるもの。(「地方分権改革推進計画について」(平成21年12月15日閣議決定)から)</li> </ul> </li> <li>・ただし、「参酌すべき基準」であったとしても、法令や制度の趣旨に反するような条例の規定は、違法となる可能性がある。</li> </ul> <p>⇒ <b>保険制度としての公平・公正なサービス提供を担保するためにはどのような仕組みが必要</b></p>

## 2 選択的介護に関わる運営基準等の詳細

### ① 居宅サービスにおける位置づけに関わる運営基準等

多くの場合、要介護高齢者は介護保険サービスと保険外サービスを併用することになる。介護保険サービスの利用には居宅サービス計画の作成が必要となるが、その計画が総合的なものとなるようにすること及び利用者自身によるサービスの選択が行われるようにすることが、以下のとおり定められている。

図表35 総合的な計画の作成及び利用者自身によるサービスの選択に関する基準等

平成 11 年 3 月 31 日厚令 38「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」

(前略)

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第十三条

(中略)

- 4 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス(法第二十四条第二項 に規定する介護給付等対象サービスをいう。以下同じ。)以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。
- 5 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。

(後略)

〇平成 11 年 7 月 29 日老企 22「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について」

(前略)

(7)指定居宅介護支援の基本取扱方針及び具体的取扱方針

(中略)

#### ④ 総合的な居宅サービス計画の作成(第四号)

居宅サービス計画は、利用者の日常生活全般を支援する観点に立って作成されることが重要である。このため、居宅サービス計画の作成又は変更に当たっては、利用者の希望や課題分析の結果に基づき、介護給付等対象サービス以外の、例えば、市町村保健師等が居宅を訪問して行う指導等の保健サービス、老人介護支援センターにおける相談援助及び市町村が一般施策として行う配食サービス、寝具乾燥サービスや当該地域の住民による見守り、配食、会食などの自発的な活動によるサービス等、更には、こうしたサービスと併せて提供される精神科訪問看護等の医療サービス、はり師・きゅう師による施術、保健師・看護師・柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師による機能訓練なども含めて居宅サービス計画に位置付けることにより総合的な計画となるよう努めなければならない。

なお、介護支援専門員は、当該日常生活全般を支援する上で、利用者の希望や課題分析の結果を踏まえ、地域で不足していると認められるサービス等については、介護給付等対象サービスであるかどうかを問わず、当該不足していると思われるサービス等が地域において提供されるよう関係機関等に働きかけていくことが望ましい。

#### ⑤ 利用者自身によるサービスの選択(第五号)

介護支援専門員は、利用者自身がサービスを選択することを基本に、これを支援するものである。このため、介護支援専門員は、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該利用者が居住する地域の指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。したがって、特定の指定居宅サービス事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めるとなく同一の事業主体のサービスのみによる居宅サービス計画原案を最初から提示するようなことがあってはならないものである。

(後略)

## ② 介護保険サービスの範囲に関わる運営基準等

介護保険サービスと保険外サービスとを併用する場合、介護保険給付における給付対象がどこまでかを明確にしておくことが必要となる。介護給付に基づくサービスで提供できる範囲については、以下のように解釈通知においてその概略が示されているが、より具体的な内容については、保険者ごとに細かなルールが設定され、運用されている。

図表36 要介護者等以外の者に対するサービス提供に関する通知

<p>平成12年1月21日付事務連絡厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室長「要介護者等以外の自費負担によるサービスの利用について」</p> <p>1 施設サービスについて 介護保険施設については、介護保険法上、要介護者に対してサービスを提供することを目的とする施設とされており、同施設に対し要介護者以外の者を全額自己負担により入院・入所させることについては、施設の目的外の利用となるものであり認められない。</p> <p>2 居宅サービスについて 指定居宅サービス事業者がサービスを提供するにあたっては、当然ながら要介護者等に対するサービス提供を優先する必要がある。 しかしながら、介護保険の運営基準を遵守した上で、なお余力がある場合においては、指定居宅サービスの提供に支障がない範囲で、要介護者等以外の者に対するサービス提供を行うことは可能である。 ただし、この場合において、要介護者等以外に対するサービスの提供により、指定居宅サービスの提供に支障があると考えられる場合には、運営基準違反となることに留意されたい。また、例えば、通所系サービスにおいて、要介護者等に加えて、要介護者等以外の者に対しても併せてサービス提供を行うような場合には、人員配置等において、要介護者等に対するサービスの水準を確保することは当然に必要である。 なお、短期入所系サービスの提供の場合は、施設サービスと同様の考え方から、原則として認められないものであるが、例外的に認められるものとしては、以下のような場合が考えられる。 (1)自立者等の生活支援・介護予防という観点から、市町村が生活管理指導短期宿泊事業を行う場合 (2)身体障害者に対する短期入所系サービスとの相互利用が認められる場合</p> <p>3 その他 要介護者等が居宅サービスを利用するにあたって、当該者の支給限度額(短期入所の場合は利用可能日数)を超えて利用する場合(いわゆる「上乘せサービス」を利用する場合)については、全額自己負担によって利用することが可能である。</p>
---

図表37 指定訪問介護事業における保険給付の対象とならない事例について

<p>平成12年11月16日付老人保健福祉局振興課長通知 老振76「指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について」 (別紙)</p> <p>一般的に介護保険の家事援助の範囲に含まれないと考えられる事例</p> <p>1. 「直接本人の援助」に該当しない行為 主として家族の利便に供する行為又は家族が行うことが適当であると判断される行為</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・利用者以外のものに係る洗濯、調理、買い物、布団干し</li><li>・主として利用者が使用する居室等以外の掃除</li><li>・来客の応接(お茶、食事の手配等)</li><li>・自家用車の洗車・清掃等</li></ul> <p>2. 「日常生活の援助」に該当しない行為</p> <p>①訪問介護員が行わなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断される行為</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・草むしり</li></ul>
--

- ・ 花木の水やり
- ・ 犬の散歩等ペットの世話 等
- ② 日常的に行われる家事の範囲を超える行為
  - ・ 家具・電気器具等の移動、修繕、模様替え
  - ・ 大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ
  - ・ 室内外家屋の修理、ペンキ塗り
  - ・ 植木の剪定等の園芸
  - ・ 正月、節句等のために特別な手間をかけて行う調理 等

### ③ 利用料の取扱いに関わる運営基準等

いわゆる上乗せサービス及び横出しサービスの利用に関しては、全額が利用者の自費負担となり、その利用料はサービス事業者において設定することとなる。この際、利用者保護や不当な利用料設定とならないよう、利用料等の取扱いについては、運営基準及びその解釈通知において以下のように示されている。

図表38 指定訪問介護事業における利用料等に関する基準等

<p>○平成 11 年 3 月 31 日厚令 37「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」(前略)</p> <p>(利用料等の受領)</p> <p>第二十条 指定訪問介護事業者は、法定代理受領サービスに該当する指定訪問介護を提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定訪問介護に係る居宅介護サービス費用基準額から当該指定訪問介護事業者に支払われる居宅介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。</p> <p>2 指定訪問介護事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定訪問介護を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定訪問介護に係る居宅介護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。</p> <p>3 指定訪問介護事業者は、前二項の支払を受ける額のほか、利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において指定訪問介護を行う場合は、それに要した交通費の額の支払を利用者から受けることができる。</p> <p>4 指定訪問介護事業者は、前項の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。</p> <p>(後略)</p>
<p>○平成 11 年 9 月 17 日老企 25「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」</p> <p>一 訪問介護</p> <p>(前略)</p> <p>(10) 利用料等の受領</p> <p>① 居宅基準第 20 条第 1 項は、指定訪問介護事業者は、法定代理受領サービスとして提供される指定訪問介護についての利用者負担として、居宅介護サービス費用基準額の 1 割(法第 50 条若しくは第 60 条又は第 69 条第 3 項の規定の適用により保険給付の率が 9 割でない場合については、それに応じた割合)の支払を受けなければならないことを規定したものである。</p> <p>② 居宅基準第 20 条第 2 項は、利用者間の公平及び利用者の保護の観点から、法定代理受領サービスでない指定訪問介護を提供した際に、その利用者から支払を受ける利用料の額と、法定代理受領サービスである指定訪問介護に係る費用の額との間に、一方の管理経費の他方への転嫁等による不合理な差額を設けてはならないこととしたものである。</p> <p>なお、そもそも介護保険給付の対象となる指定訪問介護のサービスと明確に区分されるサービスについては、次のような方法により別の料金設定をして差し支えない。</p> <p>イ利用者、当該事業が指定訪問介護の事業とは別事業であり、当該サービスが介護保険給付</p>

の対象とならないサービスであることを説明し、理解を得ること。  
 ロ当該事業の目的、運営方針、利用料等が、指定訪問介護事業所の運営規程とは別に定められていること。  
 ハ会計が指定訪問介護の事業の会計と区分されていること。  
 ③ 同条第3項は、指定訪問介護事業者は、指定訪問介護の提供に関して、前2項の利用料のほかに、利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において指定訪問介護を行う場合の交通費(移動に要する実費)の支払を利用者から受けることができるとし、保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の支払を受けることは認めないこととしたものである。  
 ④ 同条第4項は、指定訪問介護事業者は、前項の交通費の支払を受けるに当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対してその額等に関して説明を行い、利用者の同意を得なければならないこととしたものである。  
 (後略)

図表39 指定通所介護事業における利用料等に関する基準等

平成11年3月31日厚令37「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」  
 (前略)  
 (利用料等の受領)  
 第九十六条 指定通所介護事業者は、法定代理受領サービスに該当する指定通所介護を提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定通所介護に係る居宅介護サービス費用基準額から当該指定通所介護事業者を支払われる居宅介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。  
 2 指定通所介護事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定通所介護を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定通所介護に係る居宅介護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。  
 (後略)

---

○平成11年9月17日老企25「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」  
 六 通所介護  
 (前略)  
 (1)利用料等の受領  
 ① 居宅基準第96条第1項、第2項及び第4項の規定は、指定訪問介護に係る第20条第1項、第2項及び第4項の規定と同趣旨であるため、第3の3の(10)の①、②及び④を参照されたい。  
 ② 居宅基準第96条第3項は、指定通所介護事業者は、指定通所介護の提供に関して、イ利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用  
 ロ指定通所介護に通常要する時間を超える指定通所介護であって利用者の選定に係るものの提供に伴い必要となる費用の範囲内において、通常の指定通所介護に係る居宅介護サービス費用基準額を超える費用  
 ハ食事の提供に要する費用  
 ニおむつ代  
 ホ前各号に掲げるもののほか、通所介護の提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるものについては、前2項の利用料のほかに利用者から支払を受けることができるとし、保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の支払を受けることは認めないこととしたものである。なお、ハの費用については、居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針(平成17年厚生労働省告示第419号。以下「指針」という。)の定めるところによるものとし、ホの費用の具体的な範囲については、別に通知するところによるものとする。  
 (後略)



図表40 指定居宅介護支援事業における利用料等に関する基準

<p>平成 11 年 3 月 31 日厚令 38「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」 (前略) (利用料等の受領)</p> <p>第十条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援(法第四十六条第四項の規定に基づき居宅介護サービス計画費(法第四十六条第二項に規定する居宅介護サービス計画費をいう。以下同じ。))が当該指定居宅介護支援事業者を支払われる場合に係るものを除く。)を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料(居宅介護サービス計画費の支給の対象となる費用に係る対価をいう。以下同じ。))と、居宅介護サービス計画費の額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。</p> <p>2 指定居宅介護支援事業者は、前項の利用料のほか、利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅を訪問して指定居宅介護支援を行う場合には、それに要した交通費の支払を利用者から受けることができる。</p> <p>3 指定居宅介護支援事業者は、前項に規定する費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。</p> <p>(後略)</p> <hr/> <p>○平成 11 年 7 月 29 日老企 22「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について」 (前略) (5)利用料等の受領</p> <p>① 基準第 10 条第 1 項は、利用者間の公平及び利用者の保護の観点から、保険給付がいわゆる償還払いとなる場合と、保険給付が利用者により指定居宅介護支援事業者に支払われる場合(以下「代理受領がなされる場合」という。)の間で、一方の経費が他方へ転嫁等されないよう、償還払いの場合の指定居宅介護支援の利用料の額と、居宅介護サービス計画費の額(要するに、代理受領がなされる場合の指定居宅介護支援に係る費用の額)との間に、不合理な差額を設けてはならないこととするともに、これによって、償還払いの場合であっても原則として利用者負担が生じないこととする趣旨である。</p> <p>② 同条第 2 項は、指定居宅介護支援の提供に関して、利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において指定居宅介護支援を行う場合の交通費の支払いを利用者から受けることができることとし、保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の支払いを受けることは認めないこととしたものである。</p> <p>③ 同条第 3 項は、指定居宅介護支援事業者は、前項の交通費の支払いを受けるに当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対してその額等に関して説明を行い、利用者の同意を得なければならないこととしたものである。</p> <p>(後略)</p>
---

#### ④ 保険外サービスの担い手に関わる運営基準等

地域包括ケアシステム研究会報告書<sup>6</sup>でも示されたとおり、今後、さらなる高齢化の進展を見据えれば、保険外サービスの拡充を図り、いわゆる「自助」や「互助」の領域を豊かなものとしていく必要がある。

こうした観点に立てば、保険外サービスの利用を促進するとともに、質の高い保険外サービスを充実させていくことが、事業者にとってもインセンティブになるような仕組みとすることの必要性が指摘されている。

その一方で、高齢者保護の観点から、保険外サービスの利用を無秩序に拡大した場合、高齢者が不適切なビジネスの対象となってしまうリスクも指摘されている。実際、以下のよう

<sup>6</sup> 地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点」(平成 25 年 3 月)



に、利用者が保険外サービスの利用を希望する場合には、「住民参加型福祉サービス、ボランティアなどの活用を助言すること」と、通知で示されている。

図表41 指定訪問介護事業において保険給付の範囲を超えるサービスを求められた場合の対応について

平成12年11月16日付老人保健福祉局振興課長通知 老振76「指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について」

(前略)

2 保険給付として不適切な事例への対応について

指定訪問介護事業者が、利用者宅への訪問時に、別紙に掲げる一般的には介護保険の家事援助の範囲に含まれないと考えられる事例のように、保険給付として適切な範囲を逸脱したサービス提供を求められた場合や、家事援助中心型を算定できない事例において家事援助中心型の訪問介護を求められた場合における、指定基準第9条の運用については、以下のとおり取り扱うこととする。

- ① 訪問介護員から利用者に対して、求められた内容が介護保険の給付対象となるサービスとしては適当でない旨を説明すること。その際、利用者が求めているサービスが保険給付の範囲として適切かどうかや、家事援助中心型の訪問介護の対象となるかどうかについて判断がつかない場合には、保険者(市町村)に確認を求めること。

なお、担当の訪問介護員の説明では利用者の理解が得られない場合には、サービス提供責任者が対応すること。

- ② 利用者が、保険給付の範囲外のサービス利用を希望する場合には、訪問介護員は、居宅介護支援事業者又は市町村に連絡することとし、希望内容に応じて、市町村が実施する軽度生活援助事業、配食サービス等の生活支援サービス、特定非営利活動法人(NPO法人)などの住民参加型福祉サービス、ボランティアなどの活用を助言すること。

- ③ ①及び②の説明を行っても、利用者が保険給付の対象となるサービスとしては適当でないサービス提供を求めた場合には、指定訪問介護事業者は、求められた内容のサービス提供を行わずとも、指定基準第9条には抵触しないものと解する。

なお、これらの保険給付の範囲外のサービスについて、利用者と事業者との間の契約に基づき、保険外のサービスとして、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は、当然、可能である。

また、こうした事例への対応については、居宅サービス計画の策定段階において利用者に十分説明し、合意を得ることが重要であることから、指定居宅介護支援事業者にあっても、十分に留意して居宅サービス計画の作成に当たることが必要である。

## 第5 ヒアリング調査結果概要

### 1 事業者ヒアリング結果

事業者へのヒアリング結果の概要は以下のとおりである。

#### ① ニーズ

##### 【在宅(居宅内)】

介護者家族向けの家事支援、日中独居の見守り、ちょっとした家事(電球交換やゴミ出しなど)

曜日や時間の指定、顔馴染みのヘルパーの指名

##### 【外出】

院内介助(病院付き添い)、金銭管理(預貯金の引き出し)、行政手続き、旅行

##### 【通所】

利用時間の延長・見送り後の見守り、送迎時の買出し支援、弁当などの販売

#### ② 保険外サービスが利用されない理由

- ・ 積極的に周知していない(あまり利用者に認知されていない)
- ・ 利用者が出費を抑える、経済的な問題(ただし、保険外サービスを払う余裕が無いわけではない)

#### ③ 効率化余地(選択的介護(混合介護)の導入によって期待される効果)

- ・ 料理や洗濯などの生活支援は1人前も、2人前もかかる手間はあまり変わらず、一体提供できると効率的であり、介護離職や介護疲れなどの問題を解決する糸口になる可能性はある。
- ・ これまでも暗黙のうちに提供しているケースもあったが、今後は堂々とサービス提供ができる。
- ・ カメラなどICT機器を導入・活用することで効率的なサービス提供が可能となる。
- ・ 土日・年末年始は人手不足になるため、土日料金を上乗せできるようになると、土日に手当てを支給できるようになり、人手不足の解消に繋がる余地がある。
- ・ 指名料金制度の導入については基本的に反対(従来、バックアップ対応および、癒着などの問題を防ぐために複数のヘルパーで対応しており、その仕組みを壊しかねない)。ただし理美容など特殊なスキルを持ったヘルパーの+αのサービスについて上乗せするなどの方向性はあり得る。且つ事業者にとっての差別化要素にもなる。

#### ④ 実現していくための課題

- 保険外と保険内のサービスの線引きが難しく、事務的な面ではかえって非効率化の恐れもある。線引きがしやすい、明確で分かりやすい制度であるべき。
- 規制が緩和され、利用者ニーズに応じたサービスを提供していくためには、処遇改善と人手確保に注力する。
- 依存心が高い利用者は、自立支援に逆行しないように、適度なサービス提供を行う必要がある。
- 保険外サービスをメインに取り組み、判断機能の衰えた利用者に不必要な保険外サービスを提供するリスクはある。そういった事業者を排除していく仕組みが必要。

## 2 利用者関係団体ヒアリング結果

利用者関係団体へのヒアリング結果の概要は以下のとおりである。

### ① ニーズ

#### 【在宅(居宅内)】

- 訪問の現場において、ネット購買の代行・支援のニーズはあり得る。
- IoTとリンクして室内での熱中症予防や状況を確認して必要に応じてヘルパーが保険外で駆けつけるというようなニーズもあるだろう。
- 高齢者の悩みの一番は食事に関すること、あとはお風呂にいけない、お買い物が出来ないなどの課題がある。さらにゴミ出しなどのニーズもある。

#### 【外出】

- 「自立支援のための最低限のサービス」という考え方以外の潜在的、顕在的なニーズは多様にあるという認識。切迫感のある生活支援のニーズに加えて、理美容や旅行といったニーズも出てきている。
- 病院に行って薬を貰ってきて欲しいというニーズは多い。病院の付き添いニーズも多い。

#### 【通所】

- デイサービスに関して食事の持ち帰り、買い物支援などのニーズはあるだろう。
- 送迎時にコンビニや病院などへの寄り道ニーズはあるだろう。ただし、寄り道が少し迂回する場所にあるならばどうなのか、と言い出すと中々悩ましい。
- ダブルケアのシーンを考えると延長預かりのニーズはあるだろう。

### ② 保険外サービスが利用されない理由

- 支給限度額を超えての利用は極めて限られており(H27で1.3%)、「何とかやりくりが可

能」であって利用しないと不可欠といったところまでのニーズになっていないのではないか。

- コンプライアンスを懸念するケアマネジャーから見ると、自治体の指導・運用のばらつきへの萎縮が大きいといえるのではないか。

### ③ 効率化余地(選択的介護(混合介護)の導入によって期待される効果)

- 事業者の目線に立てば、保険内給付の対象外である部分についても実施したことに対して別途対価を頂きたいという気持ちは分かる、すなわち収益改善の余地があるだろう。
- 人間は相性があるから、その人を指名するということへの対価を取るとことはありだろう。個性の尊重やスキルアップの観点からも指名料をとることは合理性がある。介護職の評価において、技術や技能だけを以って評価するという事に偏ることに違和感がある。
- 定期巡回に保険外で「見守り」サービスを付加した場合や、通所介護における「お試し利用」に対して人員配置基準を緩和するという事で、業務がやりやすくなる余地はある。
- 定期巡回であればセンサーやTV電話を組み込んで組み立てることでの業務効率化の余地はある。

### ④ 実現していくための課題

- 保険内サービスの質の低下と高収益(=保険外)サービスへと重点を移していこうとする事業者の心理が働くことに気をつけるべき。
- 「セットサービス」にしてしまうと、過度な競争を生んだり、結果として労働強化を招くリスクがある。
- 利用者が事業者とともに「もっとサービスを使いたい」といったら、現状の御用聞き寄りになってしまっているケアマネジャーの場合、それが通ってしまう懸念、結果として給付の呼び水になってしまう懸念がある。
- 閑散期・繁忙期の割り増し・割引は、保険内では疑義がある。例えば昼食が遅めが良いという人が居て、それを選択的に決定するならば良いが、公的なサービスの中でやると公正性を欠く。
- 被保険者から見たときの「適正性」は、預けた保険料が必要な場合に公平・公正に使われることが前提であり、その観点での議論が必要。
- 料理の技術や語学といったことは、いわゆる介護の領域の自立支援のスキル・方法論について高みを目指すこととずれるということへの懸念が強い。
- 公正・公平の原理が基本として、客観的な根拠を持って指名料を設定することが大前提になるが、その根拠をどのように示すか、購買者に対してそれを示せるかということが無いと、トラブルがあった場合に保険者である自治体の責任が求められることになる。
- 出来高の訪問介護と、包括的に行う定期巡回とをどうカウントするかということが課題にな

ると思う。訪問介護だけでなく、定期巡回や小規模多機能についても併せて検討する余地がある。

### 3 ケアマネジャーヒアリング結果

#### ① ニーズ

##### 【在宅(居宅内)】

- これまでは要介護、要支援でなければご家族は90代でも対象外であったが、共倒れをしないための対応は必要。家族で若い人も自分の仕事を持ち、育児を担っている。それに加えて介護となると、やはり負担は大きい。
- 家事を中心に担ってきた方が要介護、認知症になったときが一番想定されるシーン。
- ヘルパーに対して主観的、血液型や年齢など、細かい条件をつけて探してくれという要望はある。Aさんの言うことは聞けるけど、Bさんの言うことは聞けないなど相性はある。
- 中国人が多い団地、中国語ができるヘルパーの派遣等を求めてくること多い地域もある。

##### 【外出】

- 団地で集会するときに、共有部での調理会場は、居室の外というのが壁になっているが、自分が当番のときに手伝って欲しいというニーズがある。外の人のご飯を作ることは、役割を果たすことは自立支援にもつながる。
- これまでヘルパーが出来ていなかった、お金の振込み、支払い等の支援

##### 【通所】

- 理美容や訪問診療を通所先でやってもらえたら良いなど。
- 送迎時のサポート、途中下車
- 洗濯、夜用の弁当の持ち帰りなど

#### ② 保険外サービスが利用されない理由

- 単純にお金の問題ではないか。お金で解決できる人はすでにお金で解決している。

#### ③ 効率化余地(選択的介護(混合介護)の導入によって期待される効果)

- サービスの一体的な提供の自費部分はケアマネが、ヘルパー事業所と確認するということにすれば、一体的なので、時間の使い方が上手くいくかもしれない。介護保険+自費30分はよくある話で、それくらいの一体的なところはケアプランに入れ込むことができるかもしれない。
- ご飯を一緒に食べることが出来たら、食べるときの動作や、飲み込みが悪いとか、いろいろ

ろ観察できる。そういう意味では有効かもしれない。

- デイサービスの送迎時に着替えの準備、薬は持ったか、ガスは消したかの確認などまで対応してくれれば、訪問介護の人材が助かる。
- 土日は働く人がいない。加算等々の考え方はありうらと思う。

#### ④ 実現していくための課題

- 現在、ガイドラインを出す、出さないという議論もあるが、訪問介護の手順書をケアマネがやらなくてはならない可能性があり、出してもらわないと難しい。
- 一体利用の際に、自費の安い方の事業所を選ぶ、ということでも良いのか。介護保険では一律であっても、自費のところの価格で選ぶということでもよいのか、基準が必要だろう。
- 混合介護になるとサービス提供に必要な時間が増え、人が足らなくなる。このため、介護保険サービスの提供が十分に成されなくなる懸念がある。
- 月額報酬は、月末に何かが起こっても全ての手続きをしないと、お金がもらえない。自費のところまで含めると、何回もマネジメントプロセスを踏むことになり、ケアマネの負担が増大してしまう。

## 4 有識者等ヒアリング結果

### ① ニーズ

- 軽度者向けのサービスと重度者向けのサービスではニーズの意味合いが異なる。つまり、軽度者の場合は生活援助に関する領域が大きく、重度者の場合は身体介助あるいは家族向けの支援の意味合いが大きくなる。
- わざわざ介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせるため、両者のシナジーが発揮されるような領域をこそ、選択的介護に置いて検討すべき。
- 本質的に、保険外サービスはありとあらゆるニーズに対応できる。介護給付サービスは、社会保険制度として多様なニーズの中の一部に対応しているに過ぎない。つまり、保険「内」とか「外」といった発想ではなく、まずニーズがあって自費サービス(保険外サービス)があるという構造で捉えるべき。

### ② 保険外サービスが利用されない理由

- ケアマネジャーに情報が行き届いていないことが一つの課題。ケアマネジメントの中で、保険外サービスをどのように活用すると自立支援につながっていくのか、というノウハウや見通しが立っていない。モデル事業を通じて、介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせることで生活が変わる具体的なイメージを把握し、伝えることが必要。
- 自己負担については、どうしても介護保険サービスよりも大きくならざるを得ない。したがって、低所得者支援をしっかりとやりつつ、自費分を負担できるところから負担してもらおうという考え方も必要ではないか。

### ③ 効率化余地(選択的介護(混合介護)の導入によって期待される効果)

- 在宅でのサービス提供の場面については、既に相当程度に効率化されており、単純に組み合わせただけでは効率化余地は小さい可能性がある。むしろ、新たな技術の活用なども視野に入れるべき。
- デイサービスでの選択的介護による効率化余地は大きい。状態が改善し、要介護認定を外れた高齢者が通い続けられる場を作るといったことは、自立支援の観点からも意味がある。
- 居宅以外の場所でのサービス提供がもし実現するのであれば、それは効率化余地が大きい可能性がある。

### ④ 実現していくための課題

- 介護保険制度の理念である自立支援の実現に向け、ケアマネジメントがとても重要であり、その実践を保険者が支援することが重要。
- モデル事業において、高齢者の状態や生活にどのような変化があったかを定量的に把握して評価すべき。そのためには、把握すべきデータをしっかりと設計し、継続的にデータ収集する体制を整える必要がある。
- 低所得者向けの支援は必ず併せて検討すべき。

## 第6 今後の選択的介護の検討の方向性

### 1 選択的介護を検討する意義

保険外サービスは、介護保険サービスに比べ、高齢者自身及びその家族の様々なニーズに幅広く対応することができ、保険外サービスを充実することは、地域で暮らし続ける高齢者のQOL(生活の質)を向上・維持し、豊かな生活を実現するために重要である。特に、団塊の世代が最も多く暮らす東京都においては、多様なニーズに対応する保険外サービスの創出と充実が必要不可欠である。

一方、サービスの供給サイドから見れば、高齢者の生活を支える介護保険サービス及び保険外サービスに対する需要が大きくなる一方で、介護分野を支える人材確保が課題となっている。加えて、介護分野においては、他分野と比較して生産性や効率が低いとの指摘もなされており、提供するケアの質を維持したうえで、より効果的なサービス提供方法が求められている。

したがって、例えば IT の活用やサービスを提供する環境の整備や、介護に携わる家族向けのサービスの提供といったように、介護保険サービスと保険外サービスを適切に組み合わせることによって、介護保険サービスの効果や提供効率を高めるような取り組みについては、今後積極的に推進されるべきものである。つまり、要介護高齢者及びその世帯側の需要、サービスを提供する効率の両面から、介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせ提供していく取り組みが必要とされている。

現状でも、介護保険サービスと保険外サービスを明確に区分すれば、両者を組み合わせたサービス提供は可能だが、今後のさらなる効率化や組み合わせによるシナジーを織り込むと、さらに柔軟に組み合わせることができる提供形態、いわゆる『選択的介護』の導入に向けた検討が求められる。



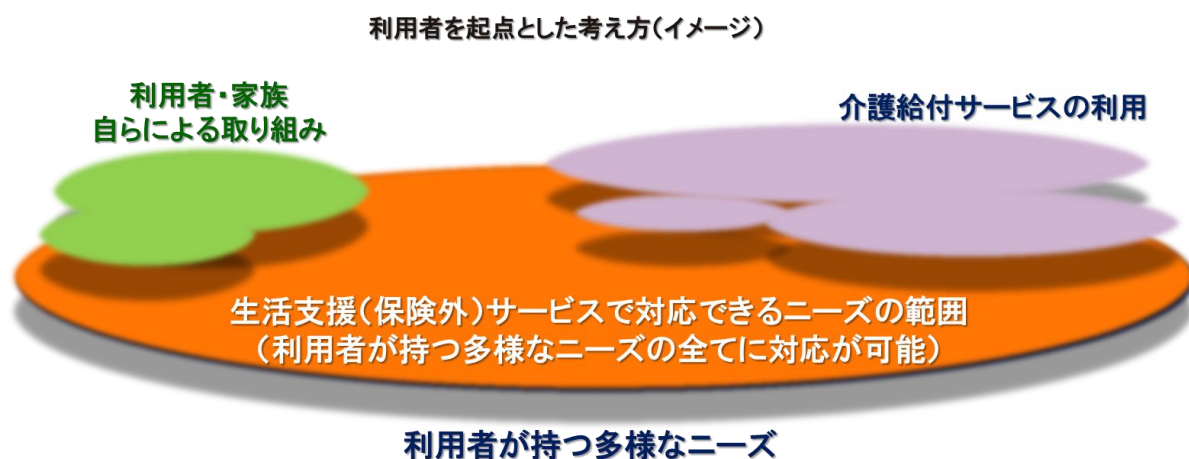
## 2 検討にあたっての前提となる考え方

選択的介護の検討の前提として、利用者の需要(ニーズあるいはウォンツ)を捉えることが重要である。これは、介護保険サービスあるいは保険外サービスのいずれかについてのみの検討する場合でも共通の、サービスのあり方を考える出発点となる考え方である。

生活者のニーズの多様性を踏まえると、次図表に示すように、まず保険外サービスがそれら全ての需要に対応する領域として存在し、その一部に介護保険サービス「も」対応しうる領域があるという考え方を取ることができる。

この場合、「選択的介護」の領域は、保険外サービスが対応する需要及びその周辺領域となる。今後の検討に際しては、「選択的介護」を介護保険サービスの範囲を前提とした「上乘せ」「横出し」として捉えるのではなく、生活者のニーズを起点として捉えるということが重要である。

図表42 利用者を起点とした考え方



### 3 選択的介護の検討に向けた課題

先行研究の整理、及びヒアリング調査結果を踏まえると、選択的介護の検討に向けた課題として指摘されるものについて現行の制度(保険内あるいは保険外)においても検討すべき課題と、「選択的介護ならではの」の課題に整理することができる。

#### (1) 選択的介護の前提として検討しておくべき課題

##### ① 保険内・外のサービスの併用の可否の判断に自治体(保険者)ごとの違いがある

現行制度においても、明確に区分すれば介護保険サービスと保険外サービスを併用することができる。ただし、(ア)「明確な区分」を確保する方法、(イ)介護保険サービスとして認める行為の範囲、の2点について、国からは大まかな指針が示されているに留まり、具体的な解釈・判断は自治体(保険者)に委ねられている。

その結果、自治体(保険者)によって上記(ア)、(イ)の解釈・判断が異なることがあり、結果として保険内・外サービスを併せて提供しようとする事業者にとっては、判断に迷う事態となっている。

##### ② 保険給付サービスにおける自立支援に向けたマネジメントが徹底できていない

介護保険給付は社会保険給付であるため、社会的なニーズに対して、最低限と考えられる水準のサービスを確実に提供することを念頭に置いている。さらに、予算事業ではなく社会保険という仕組みゆえ、給付が際限なく増えないようにする規律、考え方として、自立支援を目的とした給付を行うことと規定されている。

これに対し、選択的介護を導入することによって、保険外サービスという「利用者の意向のみでも選択可能な」サービスが介護保険サービスと合わせて提供されるため、「自立支援が損なわれる」恐れが指摘されている。

自立支援については選択的介護の導入に関係なく、現行の保険給付サービスの範囲においても課題とされており、選択的介護を検討する前提として、まずは自立支援に向けたマネジメントの徹底が必要である。

##### ③ 介護人材確保や処遇改善は事業者の運営自体の改善から着手する必要がある

多くの地域で介護人材確保が困難とされ、その一因として介護職の給与が低い点が挙げられることから処遇改善の必要性が指摘されている。介護人材確保や処遇改善に関しては、介護保険制度内において、特定事業所加算やキャリアパスの整備などの施策が講じられており、まずは介護事業者がこうした施策を活用して介護保険事業「内」での運営の改善を図る必要がある。

その上で、「選択的介護」によって価格を弾力化することで収入単価を上げ、結果的に処遇改善や人材不足の解決に寄与するとの意見もあるが、以下の理由から効果は限定的と

考えられる。第一に、価格を弾力化したとしても、高い単価に見合った付加価値のあるサービスを提供できるスタッフは事業所の中でも一部に限られる可能性が高いため、単価を上げることに伴う売り上げの増加は、事業所全体で見れば限定的となり、結果として職員全体の給与水準を引き上げるようなインパクトは見込めない。

第二に、価格を弾力化してサービス価格を引き上げ、その分自社の給与水準を引き上げたとしても、介護サービスが提供するケア内容(業務内容)は、制度に基づいて汎用化されているため、他社も同様の給与水準に引き上げて追随しやすく、結果的に他の介護事業者との間での差は小さくなる。もちろん、給与水準を引き上げれば他産業と比較して給与面での魅力が高まるため、介護分野への参入を促進あるいは他産業への流出を防ぐ効果は期待できる。ただし、その地域の介護分野全体の給与水準を引き上げるのであれば、現在の制度において取り組まれているような、処遇改善の取り組みを実施すれば良いこととなる。

したがって、事業所における人材確保や処遇改善を目指すには、まず介護保険制度において実施されている施策の活用に取り組むべきである。

#### ④ 利用者の生活ニーズを捉えた魅力的な保険外サービスが少ない

介護の場合、医療とは異なり、現状でも保険外サービスを活用することは可能だが、保険外サービスの活用が進まない一因として、そもそも利用者の生活ニーズを捉えた魅力的な保険外サービスがない又は不足していることが指摘できる。

厚生労働省をはじめ三省連名で作成された「保険外サービス活用ガイドブック」に掲載された事例など、積極的に取り組む事例もあるが、一方で、介護事業者に限って言えば、零細・中小事業者が多いうえ、保険外サービスに取り組んでいる又は取り組む意向がある事業者は限定的であると思われる。

「選択的介護」という提供形態の検討に先立ち、まずは保険外サービスの領域において、魅力的な保険外サービスの開発が必要である。

#### ⑤ 低所得者への配慮が必要

保険外サービスは、全額が自費負担となり、介護保険サービスと比較して自己負担額が高額になるため、低所得者への配慮が必要である。そもそも、介護保険制度が設立された背景には、介護に必要な費用の全額を、個人が備えることは現実的ではないとの問題認識から社会保険方式が選択された議論がある。

また、保険外サービスに対するケアマネジャーの関わり方を見ても、利用者や家族に提案するに当たり「保険外サービスの価格が高いこと」が課題として多く挙げられており、低所得者に配慮するとともに、その取り組みについてケアマネジャーに周知することも必要である。

## (2) 選択的介護において検討すべき課題

### ① 「選択的介護」でなくてはならない生活ニーズを絞り込む必要がある

保険外サービスのみをサービス提供する場合、介護保険法の影響を受けない自由契約に基づくサービス提供となるため、どのような生活ニーズにも対応できる。

一方、「選択的介護」の場合、介護保険サービスと保険外サービスを併用することになるため、「選択的介護」によるサービス提供が利用者の自立支援につながる事が期待される生活ニーズに絞り込む必要がある。

### ② 運営基準等の規制が柔軟なサービス提供を阻んでいる

上記①のニーズに対し、「選択的介護」により同時一体的なサービス提供をする場合について、第5に示したように、運営基準等の現行制度における規制が、柔軟なサービス提供を阻んでいる例もある。

こうした事例については、今後、モデル事業等を通じて、規制を緩和した場合に得られる効果と課題の両方を調査し、規制緩和の妥当性を検証する必要がある。

### ③ 「選択的介護」の効果を検証する方法と仕組みが確立されていない

上記②に挙げたように、今後、さらに「選択的介護」の検証を積み重ねていくためには、「選択的介護」を適用した事例について、自立支援への効果、サービス提供効率の改善、利用者や家族のエンパワメントの効果等を事例ごとに検証することが必要である。

こうした検証を行うためには、例えば個別事例を取り扱う地域ケア会議のように、個々の事例について、多職種による多様な視点の検討を加え、プランの検証と改善を図る仕組みと、その検討を効果的に実施するために共有する情報のフォーマットを決める等の方法を定めることが有効と考えられる。

### ④ 「選択的介護」において利用者等の権利・尊厳を守る責任主体が明確になっていない

「選択的介護」の主な利用者となる高齢者の中には、意思能力や判断能力の衰えが見られる場合も多く、認知症高齢者も増加してきている。このような高齢者の場合、サービス利用等契約に際し正確な判断を行うことが困難であり、事業者と対等な関係にならない。

「選択的介護」は、介護保険サービスと保険外サービスを区分して契約する場合と比較して、サービス内容と価格、介護保険との関係性が複雑となる。結果として、不要・過剰なサービス提供による経済的な被害等が生ずるなど、サービスを契約する利用者等の自己決定の権利を確保し、尊厳を守ることが難しくなるのではないかと指摘がある。

現在、介護保険サービスにおいては、ケアマネジメントのプロセスを導入し、ケアマネジャーが契約を支援し、さらにケアマネジャーによるマネジメントと介護サービス事業者によるケアの提供を、保険者(区市町村)がモニタリング・監査する仕組みとなっている。

これと同様に考えれば、「選択的介護」においても、その契約プロセスにおいてはケアマネジャーが支援することとした上で、仮に利用者等の権利・尊厳が損なわれるような事態が起きた場合には、保険者が相談を受け付け、保険者として主体的に対処するという責任分界が想定される。

仮にこのような、利用者等の権利・尊厳が損なわれるような事態が起きた場合に、その事態を招いた責任がケアマネジャーにあるとすると、ケアマネジャーの業務負担が過大となり、結果としてケアマネジャーが選択的介護を敬遠することになりかねない。したがって、保険者こそが利用者等の権利・尊厳を守る責任主体であることを明確にする必要がある。

#### ⑤ 低所得者への配慮

「選択的介護」は、介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供するため、前述(1)⑤に挙げた保険外サービス自体に関する低所得者への配慮も、同様に検討が必要である。

## 4 基本的な考え方

前項課題を踏まえると、今後、「選択的介護」の可能性を検討していく上では、以下に示すような基本的な考え方をおき、これを全て満たすことを「選択的介護」として検証するニーズ、サービスとして選定することが必要と考えられる。なお、この考え方は、モデル事業を実施した後の検証における視点にも通じるものとして活用する。

図表43 基本的な考え方

(1)利用者需要と自立支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・(特に保険外サービス部分)あくまでも利用者に必要があることが起点</li> <li>・一方、保険給付は「自立支援」(=出来る限り自分で出来ることを増やす)が基本</li> <li>・社会環境の変化を踏まえ、将来のニーズへの対応も考慮する必要がある。</li> </ul>
(2)サービスの提供の保障 (※1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険制度は社会保険であり、条件を満たす被保険者全てにサービスが提供される環境の整備は保険者の責務</li> <li>・介護人材の不足等の供給制約が見込まれる中、サービスの提供が保障されやすいように制度を見直し、サービスの提供効率を高める</li> </ul>
(3)給付の公正性の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会保険としての性格上、給付が公正なものとなるよう(=不適切な給付が見過ごされないよう)な体制を整える必要がある</li> <li>・上記(1)(2)を満たす場合であっても、不公正につながるサービスは実施しない</li> </ul>
(4)契約者の判断能力等に応じた支援・保護(※2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自由契約に基づく市場を形成するためには、契約者である高齢者が安定した契約関係を築くための環境整備が必要</li> <li>・上記(1)~(3)を満たす場合であっても、環境整備等が見込めないサービスは実施しない</li> </ul>

### (※1)サービスの提供の保障

上述の基本的な考え方の2点目に挙げた、サービスの提供の保障に向けた事業者にとってのサービス提供効率の向上に関しては、具体的には次図表に示すようないずれかの不効率の改善が考えられる。今後、モデル事業での検証では、こうした不効率の改善が認められることを検証する必要がある。

図表44 不効率の改善に寄与する可能性

人的資源の不効率	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスごとに違うスタッフ・事業所が契約・提供することにより、「管理事務の手間」、「移動時間」の分の不効率が発生する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同一事業者が、一括して複数の契約・事務を担当する</li> <li>・同一スタッフが、複数のサービスを提供する</li> </ul>
設備の不効率	<ul style="list-style-type: none"> <li>・デイサービスなど、設備を利用したサービスの提供の対象者が限定されると、設備回転率が低下する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同一設備を利用したサービスについて、対象者を限定せずに提供する</li> </ul>
情報・流通の不効率	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスごとに情報提供や流通を構築することで、PRや流通にかかるコストの無駄が発生する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・既存利用者に対して、他サービスのPRや流通を可能とする</li> </ul>

## (※2) 契約者の判断能力等に応じた支援・保護

保険外サービスはもちろんのこと、介護保険サービスについても本人が必要な情報の提供や説明を受けて、内容に合意した上で契約に基づいて利用することが基本である。一方で、高齢者の中には疾患等によって必要な情報へのアクセスが難しかったり、受けた説明の理解や合意を形成することが難しかったりする場合がある。特に、自分が過去に利用したことが無いサービスについてはどのような視点で判断すれば良いのか、得られている情報が妥当なものかどうかを見極めることが難しい場合が多い。こうした場合にも本人の意思決定、尊厳を尊重する観点から、介護保険制度においては、ケアマネジメントの役割の一つとして合意と契約の支援が位置づけられている。

さらに、判断能力が著しく低下した高齢者に対しては、成年後見制度をはじめ契約を援助する制度・仕組みが整備されている。「選択的介護」では保険外サービスの契約も伴うことから、高齢者本人の状況によっては、こうした制度・仕組みを活用することも視野に入れ、判断や契約を援助する必要がある。

一方で、今後のさらなる高齢化の進展を見据えると、成年後見人の不足等、現在の制度・仕組みにおける課題にも目を向ける必要がある。つまり、援助を必要とする高齢者が必要な援助にアクセスしやすい環境を整備するとともに、自立支援の考え方に立ち、契約に至るプロセスの支援を丁寧を実施することによって、高齢者本人が自ら判断し、契約できるように支援することを重視すべきと考えられる。

「選択的介護」においては、高齢者本人が、自身の健康や生活の状況等に応じてさまざまなサービスの情報を得て、判断し、契約することが必要になる。したがって、必要な援助が提供される環境を整備しつつ、高齢者自身の判断や契約能力を高めるエンパワメントの考え方も重要になるのである。具体的には、「選択的介護」で提供されるサービスについて、高齢者が分かりやすいように情報を提供し、慎重に判断できるようなプロセスを確保し、利用者に不利とならないような契約内容とするといった工夫を検証する必要がある。

## 5 選択的介護で期待されるニーズと今後の検討・検証の進め方(案)

これまでの検討を踏まえ、「選択的介護」の想定ニーズ、関連する規制等と期待される効果及び想定される課題(=モデル事業において検証すべき点)を整理すると、次図表のとおりである。

「期待する効果」及び「課題・懸念」については、モデル事業を通じて、効果が得られるか、また課題・懸念が解消できるかを検証する必要がある。

図表45 「選択的介護」実施時の想定ニーズ、規制、検証ポイント

検証ポイント

	想定ニーズ	関連する規制等	期待する効果	課題・懸念		
1. 同時一体的提供	居宅内 (訪問介護、定期巡回等)	1. 介護を担う家族分の家事の支援 (例: 調理、洗濯、掃除・片づけ)	・老振第76号(明確に区分する旨の通知)	介護家族の負担軽減	(利用者、ケアマネジメント) <ul style="list-style-type: none"> <li>自立支援に反する利用になる懸念</li> <li>事業所ごとにサービス・価格が多様化し、ケアプラン作成が困難になる懸念</li> <li>ケアマネジャーの業務負担が過大になる懸念</li> <li>判断能力の低下した高齢者に対し、不必要なサービスが提供される懸念</li> </ul> (事業者) <ul style="list-style-type: none"> <li>事業者が自費に偏り、質が低下する懸念</li> <li>給付に係る事務手続きが煩雑になる懸念</li> <li>ローカルルールが増える懸念</li> <li>スタッフのモチベーションが低下する懸念</li> <li>人材確保がより困難になる懸念</li> </ul> (保険者) <ul style="list-style-type: none"> <li>給付費の増大を招く懸念</li> </ul>	
		2. 短時間で提供できる付加的な生活支援サービスの一体的提供 (例: 家電・IT機器の利用のサポート、ペットの世話、環境調整、話し相手等)	・老振第76号(明確に区分する旨の通知) ・介護報酬(※保険外を同時提供した相当分を短縮しないように解釈する必要がある)	自立支援の促進 (ケアの質の向上) 保険外サービスの提供効率の向上		
	居宅外・外出先 (訪問介護等)	3. 居宅外/外出先での介護の提供 (※保険外サービスを含む) (例: 通院付き添い、金融機関・行政への同行、会食等の場での家事支援等)	・介護報酬 (※そもそも居宅外では給付対象外)	自立支援の促進 (ケアの質の向上)		
	通所介護 (デイサービス)	4. 利用者に対するデイサービスの場での保険外サービスの提供 (例: 弁当販売、理美容の提供、洗濯環境の提供等)	・運営基準 (通所介護の設備・人員基準) ・介護報酬 (※保険外提供分の扱い) ・各種業法(食品衛生法、公衆浴場法、クリーニング業法等)	利用者の利便性向上と自立支援の促進 サービスの高付加価値化		
		5. 送迎経路上の立ち寄り、途中乗車・下車 (例: 経路途中でのスーパー等への立ち寄り、途中乗車・下車等)	・運営基準 (サービス提供に係る基準) ・道路運送法 (タクシー等事業との整理)	利用者の利便性向上と自立支援の促進 サービスの高付加価値化		
		6. 介護給付利用者以外へのサービス提供 (例: 要介護度が改善した人や要介護者家族への施設開放等)	・運営基準(設備及び人員配置の基準)	利用者の利便性向上と自立支援の促進 施設の稼働効率の向上 (生産性向上)		
	付加価値に応じた上乗せ料金	7. 上乗せ(かつ、同時一体的にサービス提供) ※介護給付サービスのみを範囲とした価格上乗せは対象外	(上記1.に同じ)	保険外サービス部分の高付加価値化 保険外サービスの提供効率の向上		(利用者、ケアマネジメント) ※同上
	繁忙期や経費上昇時の上乗せ料金	8. 介護報酬では充当し切れない追加費用相当分の上乗せ (年末年始・夜間等の割増人件費、相場変動に伴う人件費、賃料、燃料等の上昇等)	・介護保険法41条4項	介護人材の確保 事業所の赤字の削減		(事業者) <ul style="list-style-type: none"> <li>給付に係る事務手続きが煩雑になる懸念</li> <li>ローカルルールが増える懸念</li> </ul>

※注 小規模多機能、グループホームについても、通所介護あるいは訪問介護と同様にニーズに対応するサービスとして検討しうる。



具体的な検証の進め方としては、下図表に示すようなスケジュール(案)が考えられる。

「選択的介護」のモデル事業の実施にかかる検討会議での検討とオーソライズを進めつつ、並行して、保険外サービス部分はあくまでも民間事業者の創意工夫に基づいて実施すべき領域であることから、民間事業者からの提案を受けつつ、規制に関する検討事項をすり合わせながら、モデル事業の内容を詰めていく進め方が妥当だと考えられる。

図表46 次年度のスケジュール(案)

		平成29年度												平成30年度	
		第1Q			第2Q			第3Q			第4Q				
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
(1) 行政サイドの実施事項	事業者からの情報収集 (RFI)	→													モデル事業の開始
	モデル事業の実施計画策定		→												
	モデル事業参加者の募集 (仕様書・RFP作成)・仮選定				→										
	モデル事業実施可能性の検証 (プレFS) に向けた検討							→							
	有識者会議の設置・運営	→													
	その他 (特区申請手続き等)	- - - - -			状況を踏まえつつ適宜						- - - - -				
(2) 事業者サイドの実施事項	モデル事業実施に向けた詳細計画策定							→							
	モデル事業実施に向けた準備											→			

平成 29 年度末時点では、事業者を決定するとともに、モデル事業に参加する利用者の募集と同意取得が完了している状態を想定する(平成30年度当初から検証とデータ取得が開始できる状態とする)。

この状態に到達できるよう、公募説明会を一回開催するのみで事業者を選定するのではなく、段階的に民間事業者とのコミュニケーションを進める形が妥当と考えられる。具体的には、RFI(Request For Information: 事業者公募の事前準備として実施する、モデル実証において提供可能なサービス概要の収集及び参加への意向調査)を実施し、RFP (Request For Proposal: 仕様書を作成して実施するモデル事業の公募)を行う。

そして、公募結果をもとにモデル事業の選定を行い、プレFS (Feasibility Study: 事業の実現可能性を検証するための調査)を実施し、正式に事業者決定という段階を経るような進め方とすることが妥当と考えられる。

なお、プレFSにおいては、都あるいは区による、区民あるいはケアマネジャー等を対象としたニーズ把握の調査結果を適宜共有し、民間事業者における事業性検証を支援することも必要である。

## 6 平成 30 年度以降に検討・検証すべき事項

### ① 選択的介護で想定されるニーズや場面の順次検証

選択的介護の検討については、平成 32 年度までの間に実施するものとされているが、前項に整理した検討・検証の進め方は、平成 29 年度における検討範囲を想定したものである。一方、選択的介護で想定されるニーズや場面については、今後のRFI、RFP等の検討・検証活動を通じて、本検討で整理したものに加えて新たなものも把握される可能性がある。

そこで、平成 30～32 年度の実施するモデル事業においては、選択的介護で想定される複数のニーズや場面の中から、各年度あたり 3～5 件程度ずつのニーズや場面を選定し、順次検証を実施していく進め方が妥当と考えられる。

なお、モデル事業を通じた検証では、利用者の自立支援の効果や事業者の運営上の不効率の削減等を定量的に把握する必要がある。特に、自立支援の効果については、サービスを利用する高齢者の心身の状態や QOL を継続的に把握する必要がある。比較的軽度な要介護高齢者の場合、長期間にわたってデータ収集しなければ変化を把握することが難しいことから、要介護認定の有効期間も考慮し、1つのモデル事業につき2年間に渡ってデータ収集することを基本とすることが望ましいと考えられる。

### ② 介護予防の対象となる高齢者向けの「選択的介護」の検討

本検討の前提では、要介護高齢者向けに提供される介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせた選択的介護を検討範囲としており、介護予防の対象となる高齢者、具体的には要支援1～2の認定を受けた高齢者や、地域支援事業の対象となる高齢者向けのサービスは検討範囲としていない。

しかし、介護予防の対象となる高齢者の人数は要介護高齢者よりも多く、かつ今後は地域支援事業をはじめとする、各自治体が創意工夫によって組み立て、提供する事業がこれまで以上に重要になる。したがって、介護予防の対象となる高齢者向けの「選択的介護」についても検討し、必要に応じて平成 31 年度以降、順次、モデル事業として検証を実施していく必要がある。

以上