

# 混合介護をめぐる議論

増田社会保障研究所代表

増田 雅暢

## 混合介護を解禁？

本年(2017年)1月16日の日本経済新聞1面に、「混合介護解禁東京・豊島区で」という大きな見出しの記事が掲載された。

「混合介護」とは、介護保険給付のサービスと保険外サービスとを組み合わせ提供する介護サービス形態をいう。法令上の言葉ではないが、一般的に使われだした。新聞記事によると、豊島区は、地域限定で規制緩和する国家戦略特区の制度を活用し、介護事業者が混合介護を提供できるように事業計画を国に

提案する方向で検討を進めることとなった。2017年中に解禁される見通しだという。

混合介護といえば、昨年(2016年)9月5日に公表された公正取引委員会の「介護分野に関する調査報告書」(以下、「公取委報告書」)が思い浮かぶ。

公取委報告書では、「現行制度では、原則として混合介護はできない。また、介護報酬を下回る料金での介護サービスの提供はほとんど行われていないし、介護報酬を上回る料金の介護サービスの提供はできない。多様なサービスの提供や、価格競争が有効に機能する環境が整っていない。『混合介護の弾

力化』を実現することにより、事業者の創意工夫を促し、サービスの多様化を図ることが望ましい」と提案する。

公取委報告書によれば、「混合介護の弾力化」とは、保険内サービスと保険外サービスを組み合わせた同時一体的な提供を可能とすることや、質の高いサービスを提供するとともに、利用料金を自由化することである。これにより、①利用者の利便性が向上するとともに、事業者は提供するサービスに応じた料金を徴収できる、②事業者の収入の増加をもたらす、介護職員の処遇改善につながる可能性がある、という。

### 現行制度でも混合介護は可能

混合介護弾力化の具体例はどのようなものであろうか。公取委報告書では、(ア)訪問介護

サービスにおいて、利用者(要介護高齢者本人)のための食事の支度・洗濯・部屋の掃除と一緒に、同居家族の食事の支度・洗濯・部屋の掃除を行うこと、

(イ)通所介護サービスにおいて、利用者が、介護士の介助のもと、近くのスーパーで簡単な買い物を行うこと、があげられている。

公取委報告書の公表のあと、混合介護の実現については、規制改革推進会議の医療・介護・保育ワーキンググループにおいて、議論が続けられている。

ところで、一般に誤解があるが、現行制度において、混合介護は可能である。

厚生省課長通知(平成12年11月16日老振第76号)によれば、「保険給付の範囲外のサービスについて、利用者と事業者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」としている。

混合介護が可能ということであれば、冒頭の新聞記事にある「解禁」の表現は間違いになる。しかし、実際的には、保険サービスと保険外サービスを一体的に提供するためには、大きな制

約が存在する。問題は、厚生省課長通知にある「保険外のサービスとして保険給付対象と明確に区分されていること」の解釈である。

前述の具体例について、厚生省通知に即して考えれば、(ア)の事例では、保険サービス(要介護者への家事援助)と保険外サービス(同居家族への家事援助)を一緒に行うとすると、「明確に区分されていない」として不可である。こうしたケースの場合には、保険サービスを行う時間帯と保険外サービスの時間帯を明確に区分する、スタッフを交代させる、同じスタッフの場合にはユニフォームを代える等、保険者である市町村から指導がされるという。(イ)の事例でも、利用者は保険サービスの通所介護サービスを受けている

時間内に生活援助を受けることになるので、「明確に区分されていない」ため不可になる。

保険サービスと保険外サービスの「同時一体的な提供」を規制している理由として、①保険サービスは公費や保険料で賄わ

れている公的サービスであるため、その実施状況が不明瞭となると、保険給付の不正使用・不正請求のおそれが生じること、②利用者の負担が不当に拡大するおそれがあること、③お世話型のサービスが増大して、自立支援の理念に反するおそれがあること、等があげられる。

規制改革推進会議では、具体例(ア)のような家事援助サービスの同時一体的な提供の場合、その費用について、介護保険と自己負担の区分を要介護者と家族の人数割にしたらどうかという案が披露されている。

たとえば、利用者1人と同居家族2人のための調理、掃除等を45分間行つたとする。介護報酬では235単位2350円であるので、介護保険と自己負担を1対2の割合で配分する。保険給付は約800円、自己負担分は約1600円となる。すべて介護保険とすれば、利用者負担は、一般的に1割負担の235円であるが、混合介護にするのと、約1680円(要介護者の一部負担を含む)となる。

### 混合介護の拡大に向けて

「同時一体的な提供」は課題があるとしても、今後、混合介護が拡大する可能性は大いにありと考えられる。たとえば、生活の基本である食の確保となる配食サービスである。訪問介護員が利用者により負担の弁当を配達して、訪問介護の時間は調理以外の他の用務を実施する。あるいは、病院への通院介助について、送迎の介助は介護保険、院内の待ち時間中の買い物等の支援は自費負担で行う。

ただし、厚生省通知にある「明確な区分」の方法に、保険者間でまちまちのローカルルールが存在し、事業者が困惑していることから、国で具体的な統一ルールを作る必要がある。

また、混合介護が進まないのは規制が原因というより、介護支援専門員の報酬体系のあり方にある、と指摘するのは、三原岳氏である。介護支援専門員が介護報酬を請求できるのは保険サービスの給付管理が発生する

場合だけであり、保険外サービスの組入れは評価されない点が問題であるという(介護保険情報2016年11月号「『混合介護』を巡る幻想—ケアマネ報酬の見直しが不可欠」参照)。本来、混合介護は可能であるから、利用者のニーズを踏まえて、生活支援サービス等の保険外サービスをケアプランに組み入れることができる。言い換えれば、介護支援専門員は、保険サービスだけではなく、地域に存在する生活支援サービスも視野におきながら、ケアプランを作成する。

保険外である生活支援サービス中心のケアプランであっても介護報酬の対象とすることが、混合介護の利用拡大につながる。一人暮らし高齢者の増加等から、配食、通院介助、庭の草むしり、ペットの世話、換気扇等の清掃困難個所の清掃、不要物の処分等、介護保険給付対象外の生活支援サービスに対するニーズは確実に存在する。混合介護は、事業者ばかりでなく、利用者にとっても必要不可欠なものとなるであろう。