

REPORT IV

医療制度改革のシミュレーションを担う介護保険制度

- 介護「制度見直し」と医療「制度改革」の関係 -

社会研究部門 阿部 崇
abe@nli-research.co.jp

1. はじめに

わが国5番目の社会保険制度として2000年4月にスタートした介護保険制度は、現在、施行5年後を目途とした「制度見直し」の真っ只中にある。法改正を含む大規模な制度改革は、介護予防の強化（サービスの再編）、障害者制度との統合（被保険者の拡大）、施設給付の振替（居住費・食費の自己負担化）等に及んでいる。制度の様々な場面で、「介護保険制度の持続可能性」という大儀の下、保険給付の効率化・重点化を目指す内容である。

僅か5年の施行実績にもかかわらず、大幅な制度改革を行うのは何故か。超高齢社会の到来はもともと予測されていたはずであり、また、制度疲労を起こすような期間でもないとなれば、一連の制度見直しは項目の細部に至るまで、「走りながら考える（厚生省）」としてスタートした制度の予定範囲と考えるべきであろう。

他方、2005年には、「年金」「介護」と続いた社会保障改革の最大のテーマである「医療保険制度改革」が本格化する。長年、厚生労働省主導の制度改革は為されてきたが、年間30兆円を超え、今後ますますの増大が予測される医療費が国家財政に重くのしかかる昨今、「外圧」に

よる医療保険制度改革が急速に進められようとしている。ここに来て、厚生労働省は抜本改革に慎重な姿勢は見せているが、先に述べた介護保険制度において新しく導入された、また、今回の制度見直しにおいて整えられようとしている様々な仕組みは、医療保険制度改革の方向性とオーバーラップする点が多いことに気付く。医療保険制度で取り入れたい仕組みを介護保険制度で試行した後、その仕組みが軌道に乗れば導入を後押しし、課題が多ければ消極的になる、という構図が浮き彫りになる。

本稿では、介護保険制度において新規導入された仕組みおよび制度見直しにおいて修正された仕組みから、本年より本格化する医療保険制度改革の行方を探る。

2. 社会保険制度の双壁として

(1) 社会保険制度としての比較

介護と医療は、給付そのもの、すなわち、サービス内容は質的に異なるものである。介護サービスは要介護状態になった高齢者等の日常生活の自立および質の向上に働きかけるものである。他方、医療サービスは疾病・傷病者の治療にその目的がある。しかし、それらが社会保険

図表 - 1 介護保険制度・医療保険制度の比較

	介護保険制度	医療保険制度
1. 被保険者等		
被保険者	第1号被保険者 : 満65歳以上 第2号被保険者 : 満40～64歳の医療保険加入者	年齢等による制限なし(皆保険) 満75歳未満医療保険 満75歳以上老人医療
保険者	市町村 (広域連合、一部事務組合可)	国民健康保険: 市町村 健康保険: 企業組合(組合)、国(政管)
2. 保険料		
保険料設定	第1号被保険者 : 保険者が給付費見込を人数按分し算出 第2号被保険者 : 保険者設定の料率を所得に乗じて算出	国民健康保険 : 保険者が所得割・資産割等により算出 健康保険 : 保険者設定の料率を所得に乗じて算出
徴収方法	第1号被保険者 : 年金天引(または保険者に直接納付) 第2号被保険者 : 医療保険料と合算され給与天引	国民健康保険 : 保険者に直接納付(窓口納付・振替) 健康保険 : 給与天引
3. 保険給付		
給付要件	要介護認定(要支援・要介護1～5の認定) 第2号被保険者は特定疾病*1に起因して、 要介護状態になったことが資格要件	なし
給付内容	在宅サービス(訪問、通所、短期入所等) 施設サービス(特養、老健、療養病床)	入院 外来(通院、在宅医療)
給付制限	在宅サービス : 要介護度に応じた支給限度額*2設定 施設サービス : 介護報酬上の給付上限設定	なし
自己負担	定率負担: 1割 (支給限度額内の費用の1割) 高額介護サービス費制度	定率負担: 0～2歳 2割 3～69歳 3割 70歳～ 1割(または2割) 高額療養費制度
サービス提供主体	指定事業者・施設(都道府県知事) 営利法人: 在宅福祉サービス*3可 (訪問介護、通所介護等)	保険医療機関・保険医(都道府県知事) 営利法人: 不可
給付の性質	費用給付(代理受領により実質現物給付) 支給限度額超過部分の自費利用可	現物給付 自費利用の併用不可(混合診療不可)
4. 報酬・費用		
報酬体系	原則 包括評価 (加算・特定診療費等一部出来高制)	原則 出来高評価 (長期入院等一部包括制)
費用構造(給付費)	公費: 50%(国庫25%、都道府県12.5%、 市町村12.5%) 保険料: 50%(第1号18%、第2号32%)*4	保険料: 100%*4

*1 初老期の痴呆、脳血管疾患、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病、閉塞性動脈硬化症、慢性閉塞性肺疾患等の15種類の疾病

*2 「要支援」6,150単位、「要介護1」16,580単位、「2」19,480単位、「3」26,750単位、「4」30,600単位、「5」35,830単位

*3 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護、短期入所生活介護、福祉用具貸与、痴呆対応型共同生活介護(グループホーム)、特定施設入所者生活介護(ケアハウス等)、居宅介護支援

*4 保険料への国庫補助等は除いている

(資料) ニッセイ基礎研究所が作成

制度として整備される以上、両制度を比較し、その相違点を明らかにすることが可能となる。

現行の介護保険制度・医療保険制度における主な相違点は図表 - 1 の通りである。

(2) 両制度の相違点

図表 - 1 の項目に沿って、特徴的な相違点について詳細を補足する。

被保険者

介護保険制度（以下「介護」とする）には被保険者に年齢要件があり、満40歳以上でなければ被保険者になることができない。満65歳以上が第1号被保険者、満40歳以上64歳未満の医療保険加入者が第2号被保険者となる。なお、医療保険加入要件は保険料徴収の便宜（合算徴収）を理由としている。

他方、医療保険制度（以下「医療」とする）では、年齢等による資格要件はない。

給付要件

介護では、保険給付の要件として要介護認定の申請を行い、要支援ないし要介護1～5の認定を受けなければならない（図表 - 2）。コンピュータによる一次判定と主治医意見書・特記事項を加えた合議による二次判定を経て、はじめて介護保険給付を受けることができる。

他方、医療では、被保険者が受診（医療保険給付）の判断をすることができ、その後は医師の診断に基づいて継続的に医療保険給付を受けることになる。

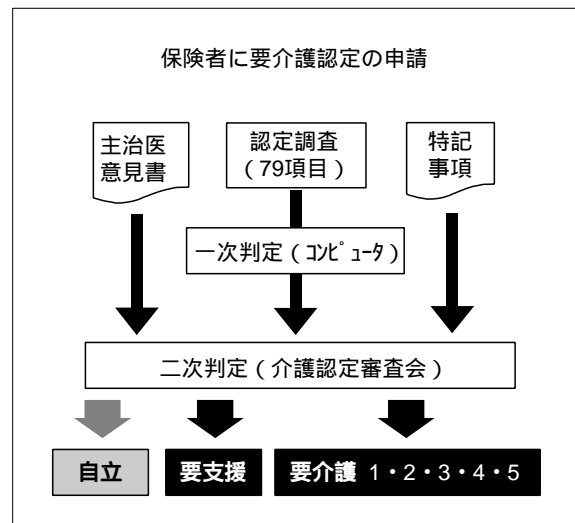
給付制限

介護では、在宅サービスを利用する場合、要介護度に応じて支給限度額（1ヶ月あたりの保険給付上限額）が設定されている。限度額を超過するサービス利用は保険給付対象外となるため、総給付量の調整を行うことが可能となる。

対して、医療は保険給付の上限設定はなく、

医師の判断の下、必要量の医療が提供される。

図表 - 2 要介護認定



（資料）ニッセイ基礎研究所が作成

自己負担

いずれも保険給付量（費用）に応じた定率の自己負担が発生する。

介護では、費用の1割が利用者負担となる。ただし、支給限度額を超える部分については、全額自己負担となる。

医療では、これまで制度内での不均衡があったが、2002年に健保（組合・政管）、国保とも、年齢3区分ごとに負担割合が統一された。70歳以上の老人医療では、診療所外来で上限付き定額負担であったが、介護保険制度との横並びとして定率1割負担に変更された。

サービス提供主体

介護では、現在、訪問介護、通所介護等の在宅の福祉サービスに限られてはいるが、民間営利法人によるサービス提供が認められるようになった。

他方、医療では、保険医療機関の保険医によるサービス提供に限られ、営利法人による医療機関開設は認められていない。

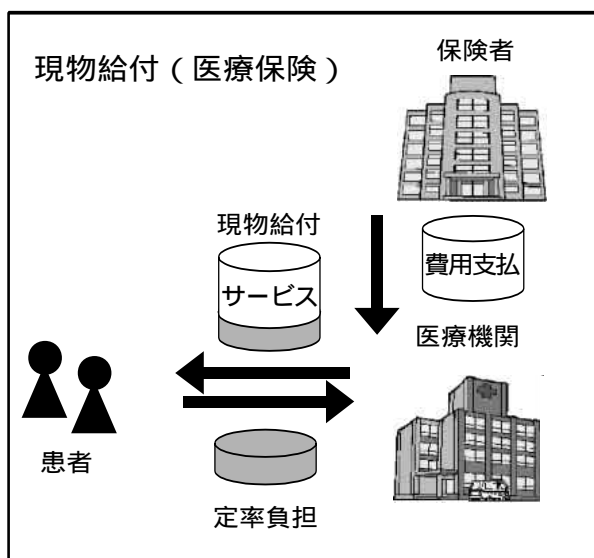
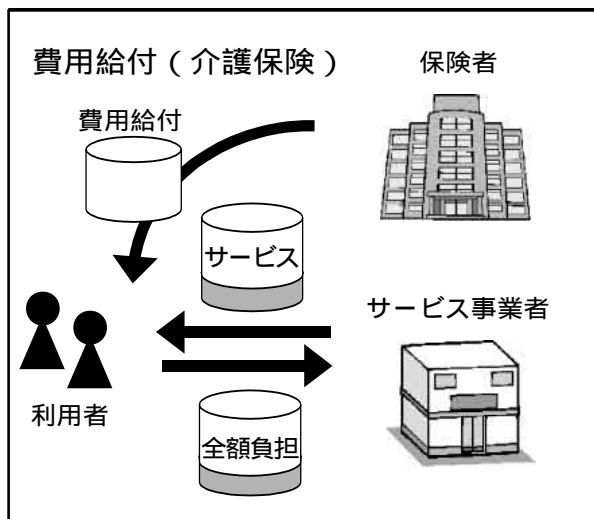
給付の性質

介護給付は、介護保険法上「サービス費（要

した費用の100分の90に相当する額)を支給する」と定められている。すなわち、介護給付は費用給付である。事業所・施設の運営基準によって代理受領(9割の費用給付を事業者・施設が代わりに受け取る)方式が認められているため、利用者は1割負担でサービス利用できるが、形式的にはサービス利用後に費用償還を受ける規定となっている。

対して、医療では、健康保険法・国民健康保険法上「療養を給付する」を定められており、医療給付は現物給付(自己負担があること自体が例外)が原則とされる(図表-3)

図表-3 費用給付と現物給付



(資料) ニッセイ基礎研究所が作成

報酬体系

介護では、原則としてサービスが包括評価され、1回あたり・1月あたり・1日あたりの介護報酬が設定されている。

他方、医療では、個々の医療行為の評価を積み上げていく出来高評価が原則となる。長期入院医療には1日あたりの包括評価も一部導入されている。

3. 介護保険制度における試行

介護保険制度では新社会保険制度としての創設を機に、いくつかの新しい概念が導入された。以下では、前述の医療保険制度との比較においても、その相違が顕著である「要介護認定」「支給限度額管理」「サービス提供主体」「給付の性質」の4点について、医療制度改革における検討可能性を視野に入れながら考察する。

(1) 要介護認定

要介護認定は、介護保険給付を受けるための要件として、高齢者の身体状況を中心に「介護を要する状態か否か」および「給付量はどれくらいが適当か」を客観的に判定する仕組みである。すなわち、保険給付の入り口において、給付の調整弁を果たす機能である。

現時点では、結果として介護サービスが必要な高齢者に必要十分なサービスが確保されるレベルで概ね運用されているため、特段の問題は生じていない。しかし、給付の調整弁である以上、制度の持続可能性が優先されれば、認定は厳しくなり、量も絞られることは当然であり、そのような方法が採れる仕組みなのである。

この仕組みが医療保険制度に当てはめられる、つまり「要医療度」の概念が導入されることは十分にありうる。特に、生活習慣病に対す

る医療保険給付では、入り口にハードルが設けられることの納得感を国民に植え付けるには十分な助走期間であったといえよう。基礎的な検体検査や過去の生活習慣（喫煙や食習慣）の情報に基づいて、「医療を要する状態か否か」「給付量はどれくらいが妥当か」を判断する仕組みとして要医療認定が導入されることは十分に予測される。

（２）支給限度額管理

認定後、継続的な給付調整の手段として介護保険制度で導入された支給限度額管理である。支給限度額管理とは、要介護認定のレベル（要介護度）によって、１ヶ月の保険給付量に上限を設けるもので、月額61,500円～358,300円に設定された各受給権者の持分の範囲内でサービスを利用するというものである。

現時点では、支給限度額に占める実利用量の割合は50%前後に止まっており、保険給付制限に直結する問題は生じていない。しかし、これも前述の要介護認定と同様に、縮小方向での調整を行ない易い仕組みである。

そして、この概念も医療保険制度において、導入の現実性が高い仕組みと思われる。現に、管理のタームは異なるものの、老人医療費の年間総量（額）規制が導入されようとしたことは記憶に新しい。また、別の切り口ではあるが、疾患別・診断群別の診療報酬包括評価が試行的に進められていることにも鑑みれば、手っ取り早い医療費抑制策として、個人単位の医療給付限度額管理の仕組みを「介護保険制度の横並び」として導入が検討される可能性は高い。

前述の「要医療認定」の仕組みと併せて、生活習慣病診療に限定、外来診療に限定等の手法が用いられれば、国民は納得させられてしまうかもしれない。

（３）サービス提供主体

サービス提供主体の問題は、まさに医療保険制度における導入を踏まえ、先行的に介護保険制度で実施されたといえる。

民間営利法人によるサービス提供が競争原理を育みサービスの質を向上させる、という理想的な効果は二の次、まずは、社会保険制度への営利法人参入の既成事実化が目的だったのではないだろうか。

総合規制改革・民間開放推進会議においてもテーマとされる「株式会社等による医療機関経営」の試金石としては、十分な実績となったといえよう。

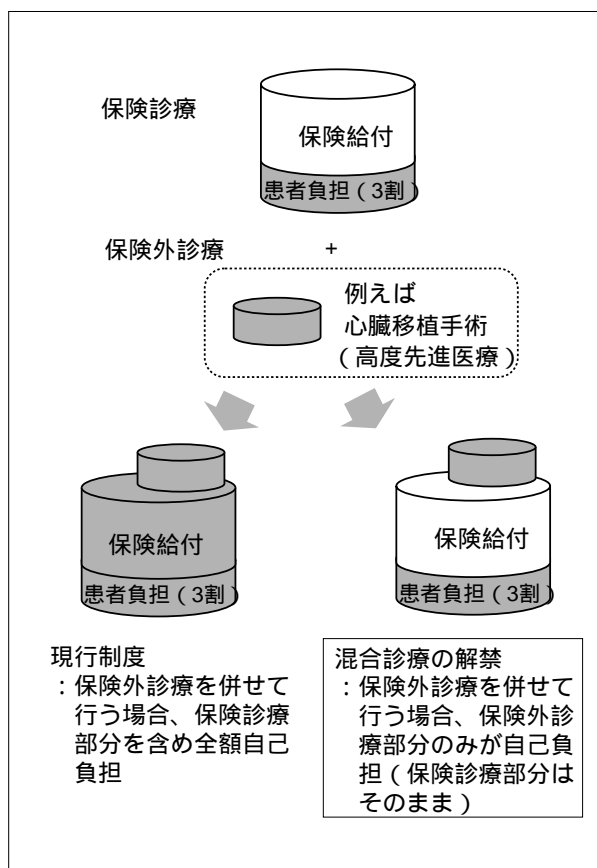
（４）給付の性質

給付の性質については、根拠法による原則論の転換が重要となる。運営基準によるフォロー（代理受領方式：前述）により運用上の変化はないように思えるが、かかる原則論の転換こそが、いわゆる「混合診療の解禁」の布石なのである（図表 - 4）。

すなわち、「医療は現物給付が原則である」から、医療行為の一部分を切り離して患者の全額自己負担によって提供することはできない、とするのが混合診療反対派の論拠となる。医療保険給付が費用給付となれば、「費用の部分的な切り離し」として論理上の問題を有しなくなる。現に、介護保険法上は、支給限度額を超過しなくても質の高い介護サービスを自費利用することは可能なのである。

なお、前述の支給限度額管理は医療保険給付が費用給付の原則をとることが前提となるものでもあり、かかる「給付の性質」論は直近の医療制度改革に止まらず、継続的に給付調整を行う上でも重要なファクターとなる。

図表 - 4 混合診療



(資料) ニッセイ基礎研究所が作成

(5) 「制度見直し」の論点

さらに、先行して行われた介護保険「制度見直し」のテーマからも、医療保険「制度改革」に反映される可能性が高い項目を押さえたい。

介護予防

制度見直しにおいて前面に出されたのが、介護予防の重点化である。給付対象者のスクリーニングを行い、予防に資するサービスを重点的に給付した上で、効果測定まで行う仕組みである。介護予防の概念は、そのまま生活習慣病に対する医療保険給付に当てはめることが可能である。これまで予防医療は保険外とされてきたが、スクリーニング、生活習慣病予防に資するサービスの前置、効果測定などを新たに保険給付の一環で提供することが考えられる。

居住費・食費の自己負担

介護保険施設入所者は光熱水費相当の「居住

費」、食材料費・調理費相当の「食費」について自己負担となる。これも、長期入院患者（療養病床）に対する医療保険給付に当てはめることが可能であろう。

4. おわりに

介護保険制度と医療保険制度が並列してから、5年が経過しようとしている。2006年4月には介護報酬、診療報酬のダブル改定が控えている。

これまで、単独で制度改革を行ってきた医療保険制度は、様々な改革案を提示してきたが、いずれも試算・予測の域を出ることができなかったと思われる。

しかし、医療保険制度は強力なパートナーを得た。サービスそのものの性質は異なるが、同じ社会保険方式を持つ介護保険制度という医療保険制度改革の絶好のシミュレーションの場を獲得したのである。

もちろん、介護保険制度の仕組みの全てが医療保険制度改革の材料となる訳ではないが、新しい概念、見直される仕組みは、常に「医療保険制度に当てはめたら」と考えてみる必要があるであろう。介護保険制度見直しにおいて「介護特有の課題への対応」として導入された仕組みも、医療制度改革の場では「現場の混乱を回避するために横並びにするのは当然」となることもある。「制度見直し」「制度改革」とも、その最大の目的が「制度の持続可能性」にあることが改正の方向性を近づける所以である。

ただし、「介護と医療が質的に異なる」ことを忘れてはならない。介護保険制度の見直しの内容を再確認し、今後の医療制度改革の行方に注目したい。