

# 医療は“都道府県”に 介護は“市町村”に

～医療・介護の地域保険構想（総論）～



社会研究部門 阿部 崇

abe@nli-research.co.jp

## 1—はじめに

歴史的な政権交代から約半年が経過し、厚生労働行政も「これまでの軌道修正」から「今日的な仕組みの創出」に軸足を置く時期に来たのではないだろうか。その意味で、2010年度に順次行われる施策は、“その先にある”目的が問われることになる。

もっとも現在は、2010年4月に向け2年に一度のペースで行われる診療報酬（医療サービスの単価）改定の具体的な作業の真っ只中であり、

[図表-1] 医療保険の概要（一覧）

	国民健康保険 (国保)	被用者保険		
		組管管掌健康保険 (組合健保)	健康保険協会管掌健康保険 (協会けんぽ (旧政管健保))	共済
保険者	市町村 (国保組合)	健康保険組合	全国健康保険協会	共済組合
保険者数	1,818 (165)	1,541	1	76
被保険者	5,127万人	3,041万人	3,594万人	943万人
給付額*	8兆6,619億円	7兆8,163億円		
財源構成	保険料 50% 国庫 50%	保険料 50% 事業主 50%	保険料 43% 事業主 43% 国庫 13%	保険料 50% 事業主(国、自治体) 50%

※この他、老人医療費（10兆2,785億円）と患者負担分（4兆7,996億円）等を足したものが国民医療費（資料）厚労省資料よりニッセイ基礎研究所が作成

今日的な保険制度運営まで立ち返った議論は行われにくい状況にある。

しかし、本格的な超高齢社会を控え、医療保険制度、介護保険制度は、給付の範囲や水準、サービス単価の議論だけでなく、どのように運営されることが望ましい姿なのか、“その先にある”人口減少期を視野に入れた仕組みの創出が求められており、少なくとも、その議論をスタートさせる必要がある。

本稿では、2012年に予定される診療報酬（医療）と介護報酬の同時改定という両制度のターニングポイントを控え、医療保険と介護保険の「真の担い手は誰か」に着目し、期待される今日的な仕組みの創出を試みたい。

## 2—現在の仕組み

まず、医療保険・介護保険の両制度は現在どのような仕組みで運営されているのか、現状を整理するとともに、それぞれの課題を示す。

### 1 | 医療保険と介護保険の“ソトミ（外見）”

日本の医療保険制度は、医療の提供に必要な費用を社会保険方式により保障する制度であり、

現在、国民健康保険（以下、「国保」）、「組合管掌健康保険（以下、「組合健保」）、「全国健康保険協会管掌健康保険（以下、「協会けんぽ」、旧政管健保）、「共済組合（以下、「共済）」に大別される。

「国保」は、いわゆる自営業者や農業者などを被保険者とした医療保険であり、「組合健保」は主に大企業の被用者を被保険者とした、「協会けんぽ」は、単独または共同でも健康保険組合を持つことができない中小企業の被用者を被保険者とした医療保険である。「共済」は、国家・地方公務員や学校教職員を被保険者とする医療保険である（各制度概要は図表－1の通り）。

医療保険制度は、労働保険の流れを汲んでいるという歴史的な経緯や皆保険制を実現するための最短距離を歩むという要請などもあって、職域を主な基準とした複数の保険制度が並列する形式となっている。1961年に国民皆保険制が確立して約50年を経て、現在に至っている。

また、現政権の下で数年内の見直しが予定されているが、長寿医療制度（後期高齢者医療制度）がある。満75歳以上の高齢者にかかる医療給付について、独立した保険財政の医療保険として制度化したもので、全市町村が参加する都

[図表－2] 長寿医療制度の概要

長寿医療制度（後期高齢者医療制度）	
保険者	広域連合（都道府県単位）
被保険者	①満75歳以上の者 ②満65～74歳の者で広域連合により一定の障害状態にあると認定された者
一部負担	1割負担 ※現役並みの所得ある場合3割負担
保険料	給付総額の10%部分を負担 ※応益（人数割）＋応能（所得割） ※原則として年金天引（特別徴収）
財源構成	給付総額について 公費50%（国4：都道府県1：市町村1） 支援金40%（各医療保険者） 保険料10%（後期高齢者）
報酬	後期高齢者診療報酬 ※制度創設と同時に新規設定（H20.4～）

（資料）厚労省資料よりニッセイ基礎研究所が作成

道府県単位の広域連合がその運営主体とされている（図表－2）。

他方、2000年にスタートした介護保険制度は、原則として市町村を保険者とする単一のシンプルな構造である。給付（サービス）の性質上、満40歳以上という年齢要件はあるものの、介護保険制度も全ての国民が被保険者となる皆保険制を採っている（図表－3）。

[図表－3] 介護保険制度の概要

介護保険制度	
保険者	市町村
被保険者	①第1号被保険者：満65歳以上の者 ②第2号被保険者：満40～64歳の医療保険被保険者（給付は特定疾病により要支援・要介護状態になった場合のみ）
一部負担	1割負担 ※所得を問わない
保険料	給付総額の50%部分を第1号被保険者、第2号被保険者の人数比按分で負担 ※第1号負担割合 19%（H18.4～） ※原則として年金天引（特別徴収）
財源構成	給付総額について 公費50%（国4：都道府県1：市町村1） 保険料50%（第1号19%、第2号31%）
報酬	介護報酬 ※主に1日または1回あたりの包括評価

（資料）厚労省資料よりニッセイ基礎研究所が作成

## 2 | では、“ナカミ（中身）”は・・・

そのようなソトミ（外見）を持つ医療保険制度、介護保険制度の“ナカミ（中身）”はどのようになっているのであろうか。両制度における「保険者の役割」に着目してみたい。

保険者とは、本来、保険制度の実施主体として被保険者を把握（管理）し、保険料を徴収、そして、一定の要件において被保険者にサービスを給付する役割を担う。中でも特に重要な役割は、サービス給付のための供給主体の整備・確保と保険財政の収支管理・調整である。

このことは、民間の保険会社をイメージすると分かりやすい。大雑把に言えば、自動車保険の保険者（保険会社）は、自動車保険を販売し

た被保険者を把握し、保険料を徴収、そして一定の要件（交通事故など）において被保険者にサービス（金銭や現物サービス）を給付する。また、サービスの供給主体である支払対応の拠点の整備・確保や財政の収支管理・調整を行いながら保険運営の継続性を維持しているのである。

では、医療保険・介護保険の両制度のそれは現在いかなる役割を果たしているのか。（なお、言うまでもないが、自動車保険の例は読み手のイメージに資する目的で挙げたものであり、本稿で取り上げている社会保険制度とは任意加入・強制加入（皆保険）の違いを始め、その社会的意義や運営規模などの厳然たる相違があり、単純な比較をするものではない。）

医療保険の保険者は、市町村、健康保険組合、全国健康保険協会（旧政管健保では政府）などであるが、実質的にコントロールしうる事務といえば被保険者の管理、保険料の設定および徴収であろう。

保険制度の重要な要素であるサービス供給主体、すなわち医療機関の整備・確保やサービス単価の設定や給付（支払）審査などの保険財政の収支管理・調整については、法制度上もしくは業務委託によって別の機関が担っているのである。具体的には、医療機関の整備は都道府県医療審議会等が、診療報酬改定は中央社会保険医療協議会（以下、「中医協」）や社会保障審議会等の専門の審議機関が、給付審査は都道府県ごとに設置される国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」）・社会保険診療報酬支払基金（以下、「支払基金」）がそれぞれ行うことになっている。それぞれに保険者として直接・間接に関与する仕組みではあるものの実質的な決定権はない。

介護保険の保険者は市町村であるが、その役割は医療のそれよりも幅広くはなっている。制

度自体が新しく仕組みとして導入し易かったこと、また、社会保険方式以前の福祉行政を元々市町村が担っていたことが理由であろう。

しかし、やはり医療保険と同じく、サービス事業者や介護保険施設の整備は、主には都道府県（一部のサービスは市町村に認められる）が、介護報酬改定は社会保障審議会介護給付費分科会が、給付審査は都道府県国保連が担う仕組みとなっている。

### 3 | 変化の兆しはあった

もっとも、最近の制度施策の動向を振り返ると、医療保険・介護保険ともに保険者をどのように設定し、制度運営をどういう方向に向かわせようとしたのか、その兆しをみてとれる要素もあった。

まずは介護保険制度である。2000年4月に新たな社会保険制度としてスタートした介護保険は、保険者を誰が担うか、被保険者の範囲をどうするかなど、基本的な制度設計から検討された。当時の資料では、介護保険制度を地域住民の規模において財政と運営で独立した「地域保険」とするべく、保険者を住民にとって一番身近な基礎自治体である市町村とする旨の方向性が示されていた。国や都道府県によって重要な部分が決められた後の執行主体としてのみの位置付けではなく、市町村を保険者としてキチンと制度を運営できる機能を持った主体としてスタートさせる兆しがあったのである。要介護認定事務や保険料設定などの権限が与えられたのもその現れであった。

ただ、結果的には、国保の運営を抱える市町村に、サービス事業所等の指定（整備）や報酬の設定といった実質的な運営まで担わせ、完全な地域保険とすることは難しいとの判断から、前述の役割分担となってしまったのである。

次に、記憶に新しいところで、2008年4月か

らの長寿医療制度（後期高齢者医療制度）がある。満75歳以上の高齢者を被保険者とした財政上独立した医療保険制度について、運営単位をどのように設定するかが検討されたのである。

一人あたりの給付に上限（支給限度額）が設定される介護保険と異なり、より安定的な財政基盤が必要な医療保険であるため、一回り大きい都道府県規模での運営とすることが早々に示された。これも、医療保険を「地域保険」として再編成する兆しと捉えることができる。

もっとも、医療保険全体の保険者をどう整理するか、という根っこまで掘り下げた検討を行うには時間的な余裕もなく、前述の通り、全市町村が参加し都道府県ごとに設置される広域連合の単位で保険を運営する、ということに止まった。

### 3—今日の仕組みへ

#### 1 | 地域保険の必要性

介護保険の創設や後期高齢者医療の切り離し（長寿医療制度の創設）は、職域を基礎に構成された医療保険制度と異なり、社会保険を「住民」と「地域」というシンプルな関係で成立させる地域保険として構成することを試行するものではあった。

しかし、2025年には満65歳以上の高齢者が3人に1人となるという超高齢社会を目前に控え、医療保険・介護保険の両制度を今日の仕組みへと転換させるためには、長い歴史と“しがらみ”を有し複雑化した若年層部分を含めた医療保険制度全体を、地域保険として根っこから再設計することが必要なのではないだろうか。

結論から言えば、医療保険制度は、都道府県が保険者となり、職域や年齢によって制度を区分することなく地域保険として一本化し、介護保険制度は、国保運営の負担の無くなった市町

村が担うという、真の地域保険として再スタートさせるのである。（同時に国は年金制度の保険者として特化する。）都道府県と市町村は保険者として責任をもって、被保険者管理から保険料徴収などの「入り」の部分から、供給主体の整備・確保から給付管理などの「出」の部分までを運営する仕組みとなる。

介護保険制度の保険者を市町村に留めることは、現行制度からのスムーズな移行を考えれば大きな課題は存在しないと考える。

他方、医療保険制度の保険者を都道府県に設定する点については、理由を挙げる必要がある。まず、国による一元管理によれば統一的な制度の維持存続が可能のように思えるが、被保険者である国民（住民）との距離が遠く、結局は行政の指示系統に基づく重層的な運営または複数の職域による多元的な管理となり現状と変わらない。他方、介護給付と異なり、給付の性質上、一定規模の地域を1保険単位としなければ財政的な安定が図れず、また、前述の介護保険制度との役割分担を考えれば市町村を保険者とすることも適当ではない。そして、健康保険組合や共済組合等の職域については、制度創設期の労働保険的な意味合いは今日的には薄れており、近時の雇用の流動化等に照らしても、保険者としての一定の役割を終えたと考えられるからである。

以降では、まず都道府県を保険者とする医療保険制度の今日の仕組み（「地域」医療保険制度（仮称））を、続いて市町村を保険者とする介護保険制度の新たな設計についてアウトラインを示す。また、主な重要項目については、図表－4において詳細に提案する。

#### 2 | 医療保険は都道府県に

##### ①保険者

繰り返すが、保険者は都道府県が担うことと

する。このとき、都道府県単位の広域連合などという曖昧な行政単位ではなく、また、医療保険機構などの新たな公法人を設立するのでもなく、明確に地方公共団体としての都道府県が保険者となることが望ましいだろう。

責任の所在を明確にしなければならず、かつ、条例制定権を持たなければ、後述する保険料徴収権や医療機関への指導監督権などをスムーズに行行使し得ない可能性を残すからである。

また、これまで職域別に保険者を担っていた健康保険組合や共済組合は、地域保険への移行とともにその役割を終えることになる。

## ②被保険者

地域保険としての当然の帰結として、被保険者は都道府県に所在する全ての住民となる。

## ③財源構成

被保険者から徴収する保険料と公費により構成する（現行介護保険制度の財源構成に近い形）。

このとき、保険料と公費の割合、現在医療費の約20%を占める事業主負担部分（組合健保と協会けんぽの被保険者保険料を折半で負担）の取り扱い等については十分な検討が必要となるだろう。例えば、医療保険財源に充当することを目的とした新たな法人税または事業税の創設などが考えられる。

## ④保険料設定・徴収

保険料は都道府県保険者が一定の計算期間の医療費を被保険者数で割り戻して設定する。

例えば、2年間の医療費を推計し、その保険料分担割合について都道府県内の被保険者全員で割り戻し、扶養関係や所得段階等の要素による調整を経て設定することが考えられる。

また、保険料徴収は、都道府県民税に併せて行う方法による。

## ⑤保険給付の範囲・水準の確定

現在は保険診療の原則の下で、一部の先進医療技術や薬剤を除き、全ての医療が保険給付の

対象となっているが、保険者の合理的な判断で給付対象となる医療の範囲を拡張していけるようにする。

もっとも、これは管下市町村による介護保険サービス等とのバランスを図りながら行うこと等を想定しており、財政的観点のみによる安易な保険診療の縮小は自ら地域サービスの劣化を明示するようなものである。（なお、筆者は混合診療の解禁には反対の立場をとる）

## ⑥医療機関の整備・確保

従来通り、都道府県医療審議会等の検討を経て適正量を整備・確保する。また、指導・監督も従前の権限において行うこととする。

## ⑦診療報酬（サービス単価）の設定

診療報酬は保険者である都道府県ごとに設定する。このとき、全く独自の設定を許容していく他、従来の一統的な方法で単価幅を決定（改定）し、その範囲内で都道府県が地域特性を加味しながら最終決定する、また、国（厚生労働省）が告示する統一単価に対して個別の地域係数を設定する等の方法が考えられる。

## ⑧保険給付（支払）審査

給付（診療報酬の支払）の場面では、審査業務と支払事務を明確に区分し、前者については保険者の責任において都道府県が行う。後者は、現在国保連と支払基金に2分されている事務を支払基金の事務として一本化する（国保連は介護給付事務に特化、後述）。

審査業務を通じて保険給付の適正を担保してこそ、保険者としての財政管理を行いうるのである。

## 3 | 介護保険は“全てを”市町村に

介護保険制度は前述の通り、もともと地域保険を目指した制度構造となっているため、大きな転換の必要はないと考える。現行制度において、国や都道府県が担っている部分を、市町村

[図表-4] 新たな「地域」医療保険制度（仮称）と概要案

	「地域」医療保険制度	介護保険制度
保険者	都道府県	市町村
保険財源 (給付部分)	公費50% (国2 : 都道府県1 : 市町村1) 保険料30% 法人医療税20% (旧事業主負担相当) ※自己負担は現行通り (現役3割、75歳以上1割) とするが、総額で医療費の20%程度まで引き上げる (高額療養費限度額の引上げ等) ※法人医療税 (仮称) は、医療保険財源に充当する目的の新しい法人税。総額で現行制度の事業主負担が総医療費に占める割合と同程度で設定	公費50% (国2 : 県1 : 市1) 保険料40% 法人介護税10% (旧事業主負担相当) ※自己負担は現行通り (1割) ※法人介護税 (仮称) は医療と同様の考え方で設定
保険料徴収	都道府県税に上乗せ徴収 ※法人医療税 (仮称) は国税として徴収し、給付実績に応じて都道府県保険者に配分	第1号保険料 : 年金天引 第2号保険料 : 住民税に上乗せ ※法人介護税 (仮称) は医療と同様の方法で徴収し、市町村に配分
診療報酬 介護報酬	都道府県ごとに設定 (改定) ※都道府県に協議会 (≒中医協) を設置 ※保険者代表 (県行政、議会等)、診療代表 (県医師会等)、公益代表の3者構成	市町村ごとに設定 (改定) ※市町村に協議会 (≒給付費分科会) を設置 (複数市町村による共同設置も可)
審査支払	審査業務 : 都道府県 支払事務 : 都道府県診療報酬支払基金 (委託)	審査業務 : 市町村 支払事務 : 都道府県国保連 (委託)

(資料) ニッセイ基礎研究所が作成

の権限事項として集約することで、純粋な市町村単位での地域保険に移行できる。

単純には市町村事務の増加を伴うが、前述の通り、国保の運営事務を都道府県に移行することによってバランスがとれるものとする。

#### ①サービス事業者・施設の整備・確保

現在、原則として事業者・施設の指定権限は都道府県にある (地域密着型サービスは市町村権限) が、基盤整備・確保に関する権限は保険者である市町村に移譲する。

保険料設定に必要な供給主体の調整は保険者の権限とすることが理に適っているからである。

#### ②介護報酬 (サービス単価) の設定

介護報酬は保険者である市町村ごとに設定する。このとき、前述の都道府県による診療報酬設定と同様の方法も考えられる。また、あくまで市町村保険者がその設定に主体性を持つ前提で、都道府県単位で共通の介護報酬を設定する

ことも考えられる。

#### ③保険給付 (支払) 審査

給付 (介護報酬の支払) は、医療保険と同様の考え方から、審査業務と支払事務を明確に区分し、前者は保険者の責任において市町村が直接行い、後者は現行通り国保連が担当する。

## 4—地域保険は「総合的改革」の成果

### 1 | 医療のことだけで医療制度改革はできない

制度改革が行われる場合、その制度を中心に検討されるのは当然のことである。2005年に行われた医療保険「制度改革」では、療養病床の再編、長寿医療制度の創設 (高齢者医療費の独立財政化)、診療報酬の適正化などが、2006年に行われた介護保険「制度見直し」では、予防給付や地域密着型サービスなど、それぞれの制度内の項目を中心に検討された。異なる法律に基

づく仕組みである以上、他の制度と同時並行で改革を行うことは難しい。

ここまでにアウトラインを示した医療保険制度、介護保険制度の地域保険構想は、いずれも単独の制度改正では実現することはできない内容である。例えば、“医療保険制度の保険財源を被保険者（都道府県民）からの保険料と公費（国・都道府県・市町村）で構成する”、というものをとってみても、医療保険・介護保険の両制度の枠を超え、目的消費税の検討の他にも、都道府県民税の設定や徴収、さらに本稿で提案している総医療費の約20%を占める事業主負担部分について目的法人税・事業税等の方法で代替徴収することの可能性など、税制度との関係と一体的に検討されなければならないのである。

つまり、医療保険制度を都道府県が担う構想とするには、従来のような医療保険制度内での相互調整や帳尻合わせを行うことでは足りず、介護保険制度をはじめ、年金制度、税制、地方自治のあり方などの多岐に亘る領域について、その全てに関わる住民の目線に立って、根っから方向転換することが必要となるのである。

## 2 | 2018年を目指して

2010年の診療報酬改定も実施されていない段階ではあるが、医療保険・介護保険の両制度を取り巻く話題は、専ら2012年の報酬の同時改定にある。確かにそれぞれ単独の報酬改定よりも医療と介護を両睨みできるタイミングではある。しかし、2年という残り時間と直面している、いわゆる医療崩壊・介護崩壊といった状況に鑑みると、関係領域を巻き込んだ横断的な議論を行うことは現実的ではない。

そこで、地域保険構想の時間的な着地点としては、その次の同時改定（6年後）にあたる2018年を設定し、2012年から6年間をかけて必要な議論および作業を行うことを提案したい。

## 3 | 総論（本稿）のむすび

冒頭でも確認した通り、日本は目前に本格的な超高齢社会が迫り、同時に全体は人口減少期に入っている、という国の形そのものの転換期にある。にもかかわらず、昨今の医療保険・介護保険の制度動向を顧みると、2年ごと診療報酬改定、3年ごとの介護報酬改定の他、ランダムに実施される法改正（制度改正）では、当該制度を中心に議論が進み、関連する他の領域との接点で場当たりのツギハギを行う、という“縦割り”対応が繰り返されている。

マクロの人口構成のみならず、家族・世帯の持ち方や働き方などの個人の生活環境、雇用（職域）のあり方や税のあり方などの社会環境を含めて転換期にあるからこそ、セーフティネットと言われる医療保険・介護保険は、それらが関係する社会制度全体の再構成の問題として検討される必要がある。

医療保険制度が地域医療保険制度（仮称）として（同時に介護保険制度も）地域保険化されることは、単独の制度改革の結果ではなく、「総合的改革の成果」なのである。

### 【参考文献】

- 厚生労働省編 「平成20年版厚生労働白書」2008
- 財）厚生統計協会 「保険と年金の動向」2008
- 社会保障審議会（医療保険部会、介護給付費分科会）資料、厚生労働省HP
- <http://www.mhlw.go.jp/shingi/index.html>
- 社会保障国民会議 資料、首相官邸HP
- <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/>
- 阿部崇 「日本の医療制度」（ニッセイ基礎研レポート2008年社会保障特集号）2008
- 阿部崇 「日本の介護制度」（ニッセイ基礎研レポート2008年社会保障特集号）2008
- 阿部崇（2007）「公的保険の守備範囲と民間生保の役割」、生命保険経営第75巻第6号

