

介護保険に託された 医療制度改革の3つの切り札



社会研究部 主任研究員 阿部 崇
abe@nli-research.co.jp

1——介護保険と医療保険3原則の関係性

2014年4月からの消費増税に向け、安倍首相による号令の下、いよいよその準備が本格化する。消費増税の契機は、言わずと知れた「税・社会保障一体改革」にある。ここで、両輪のもう片方である社会保障制度改革をみると、年金制度や少子化対策に比して出遅れ感があつた医療・介護分野では、一体改革の議論の只中からはイメージできないほどに“キチンと”検討は進められており、広範かつ詳細に亘って「改革の工程表」(図表)が示されている。

社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子による社会保障制度改革の工程表(平成29年度まで)

		25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
医療制度	医療サービス等の提供体制	▲ 一環として法律案の26年通常国会への提出を目指す 【検討事項】 ①病床の機能分化・連携及び在宅医療・在宅介護の推進 ・病床機能に関する情報を都道府県に報告する制度の創設 ・地域医療ビジョンの策定及びこれを実現するために必要な措置 (必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化等) ・新たな財政支援の制度の創設、診療報酬に係る適切な対応の在り方 ・医療法人間の合併、権利の移転に関する制度等の見直し ②地域における医師、看護職員等の確保及び勤務環境の改善等に係る施策 ③医療職種の業務範囲及び業務の実施体制の見直し など		現行医療計画(～29年度) 必要な措置を29年度までを目途に順次講ずる * 30年度～次期医療計画		
	医療保険	必要な措置を26年度から29年度までを目途に順次講ずる ▲ 法改正が必要な措置について法律案の27年通常国会への提出を目指す * 支援金等の現行の特例措置が26年度末で終了 【検討事項】 ①医療保険制度の財政基盤の安定化 ・国保の財政支援の拡充 ・国保の保険者、運営等の在り方に関し、上記の国保の財政支援の拡充により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、国保の財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市区町村の積極的な役割が果たされるよう都道府県・市区町村で適切に役割分担するために必要な措置 ・平成25年健保法等改正法附則2条に規定する所要の措置 (協会けんぽの国庫補助率や高齢者の医療の費用負担の在り方) ※上記措置の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方等について、必要に応じ検討 ②保険料に係る国民の負担に関する公平の確保 ・国保・後期高齢者医療制度の低所得者の保険料負担を軽減する措置 ・後期高齢者支援金の全面総報酬制の導入 ・所得水準の高い国保組合に対する国庫補助の見直し ・国保の保険料の賦課限度額・被用者保険の標準報酬月額の上限額の引上げ ③保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等 ・低所得者の負担に配慮しつつ、70-74歳の一部負担金の取扱い及びこれと併せて検討する負担能力に応じた負担の観点からの高額療養費の見直し ・医療提供施設相互間の機能の分担や在宅療養との公平の観点からの外来・入院に関する給付の見直し など				
	難病対策・小児慢性特定疾患対策	必要な措置を26年度を目途に講ずる ▲ 法律案の26年通常国会への提出を目指す 【検討事項】 ・難病対策に係る都道府県の超過負担の解消 ・公平かつ安定的な医療費助成の制度の確立				
介護保険制度	必要な措置を27年度を目途に講ずる ▲ 法律案の26年通常国会への提出を目指す 【検討事項】 ①地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し ・在宅医療・在宅介護の連携の強化 ・高齢者の生活支援・介護予防に関する基盤整備 ・認知症に係る施策 ②地域支援事業の見直しと併せた地域の実情に応じた要支援者への支援の見直し ※後期高齢者支援金の全面総報酬制に係る検討状況等を踏まえ、介護納付金の総報酬制について検討し、必要な措置を講ずる ③一定以上の所得を有する者の利用者負担の見直し ④いわゆる補給給付の支給の要件に資産を勘案する等の見直し ⑤特別養護老人ホームに係る施設介護サービス費の支給対象の見直し ⑥低所得の第一号被保険者の介護保険料の負担軽減 ⑦介護報酬に係る適切な対応の在り方 など		第5期介護保険事業計画(～26年度) 第6期介護保険事業計画(～29年度)			

(資料:内閣官房資料から医療制度・介護制度部分を抜粋)

そこに示される通り、医療保険・介護保険の制度改革は、税率引き上げまでの半年間に限ったものではなく、それぞれの制度に元々予定されている法改正・制度改正・報酬改定のタイミングを利用して進められることになる。具体的な項目への評価や見通しについては、もちろん、様々な人（筆者を含め）の様々な意見がある。それらは昨今の報道等で多く取り上げられているのでそれに譲るとして、本稿では、これとは少し違う視点から制度改革における医療保険と介護保険の関係性について整理したい。

医療保険制度については、概ね現在の形となった昭和36年の国民皆保険達成から既に50年以上経過しており、他方、介護保険制度は平成12年にスタートした比較的若い制度である。医療と介護は給付（提供されるサービス）の内容は本質的に異なるが、保険制度の基本的な骨格は類似点が多くみられる。大雑把に言えば、①広く一般から徴収する保険料（カネ）をもとに、②一定の要件にあてはまる被保険者（ヒト）が、③指定機関からサービス（モノ）の提供を受けることができる、という三角形の仕組みである点で両制度は共通している。

では、両制度の関係性はどうか。

超高齢社会の重要なセーフティネットとして、医療機関や介護施設・事業者によるサービスまた提供体制など、現場レベルでの医療・介護両制度の結び付きは強い。特に対象が医療・介護の両方のニーズを併せ持つ高齢者となれば、両者の連携はもはや前提であり、そのことは給付規定や制度運営の場面にも現れている。そしてもう一つ、“少し違う視点から”の関係性として、「制度設計」における結び付きについて着目したい。

歴史の長い医療保険制度は、ピラミッド型の人口構造や一定の経済成長を前提とした状況下で設計されたものである。ただ、90年代以降、顕在化してきた少子高齢化や長引く経済低迷等の影響を受け、枝葉の制度修正ではもはや対応しきれないほどの制度疲労状態にあった。そのタイミングで設計・創設されたのが、5番目の社会保険としての介護保険制度であった。

介護保険制度は、高齢者介護という課題を社会全体で共有することを目的としてスタートとした一方で、医療保険制度における修正ではこれまで乗り越えられなかった構造的な課題への対応を可能にする様々な仕組みを備えた“試み”としての重要な役割も担っていた。

医療保険制度には、国民皆保険（誰でも）、フリーアクセス（いつでもどの医療機関でも）、現物給付（保険給付として医療サービスを受けられる）という3原則がある。これらの原則は医療のセーフティネットにとって理想的である反面、保険財政悪化の要因でもあった。そして、理想的であるが故に、これまでの医療制度改革では正面から踏み込んだ議論は行われてこなかった。しかし、介護保険制度では、これらの原則に対して直接・間接に影響を与える仕組みが、医療制度改革の“試み”として盛り込まれているのである。

次稿からは、介護保険制度で既に運用されているいくつかの仕組みが、医療制度の3原則に対してどのように作用する可能性を持つのかを詳説する。

2—要介護度と“要医療度”

「国民皆保険」とは、すべての国民がいずれかの医療保険制度（国保、健保、共済等）に加入していることである。それは同時に、“怪我をした”、“熱がある”等のとき、自身の判断によって病院や診療所に行き、適切な治療を受けられることを意味している。国民皆保険が医療保険制度の原則とされる所以は、むしろ後者の方が重視されるからであろう。

さて、本稿の趣旨に戻って、介護保険制度に導入された「試み」とは何か。着目するのは、「自身の判断によって」という部分である。上記を介護保険制度の仕組みに置き換えるならば、“下肢が衰えて独りで入浴できなくなった”、“認知症の症状により排泄が困難になった”等のとき、「市町村の要介護認定を受け認定されれば」介護サービスを受けることができる、となる。

要介護認定とは、公的介護保険制度において新たに導入された保険給付の要件となる仕組みである。具体的には、身体機能（麻痺があるか、どのくらいの距離を歩けるか等）や認知機能（幻視・幻聴があるか、昼夜逆転があるか等）の状態によって7段階に分類^{※1}され、市町村から要支援者ないし要介護者と認定されることになる。それが、介護サービスを利用するための要件となっている。

確かに、40歳以上の国民は介護保険制度の被保険者^{※2}なのであるから、介護保険制度も国民皆保険であり、医療保険制度と何ら変わらないようにも思える。しかし、医療保険制度にはないサービス利用の可否を判断する人為的プロセスが必須とされる点では、国民皆保険の原則に一定の条件を加える試みとも考えられる。

では、この仕組みは、医療保険制度においてどのような形となって現れるのであろうか。

端的に言うならば、“要医療度”という概念の導入である。ただし、これは、誰が、どのような方法（基準）で、どのタイミングで、認定するのかによって、現時点では振れ幅の大きい大雑把な話とならざるをえない。例えば、①医師が、自分の診断に基づいて、初診のときに、認定するならば、現在とさほど大きな違いはないだろう。一方、②医師以外のスタッフが、厚生労働省が作成した基準によって、待合室で実施したチェックで認定されるとするならば、どうか。①で「特に問題ないですよ」と言われて帰ると、②で「これでは医療を受けられません」と帰されるのでは大違いであろう。

そして、この要医療度の導入にはもちろん“その先”がある。介護保険制度では、要介護度は7段階に分かれ、それぞれに1ヵ月単位の給付限度額が設定されている。介護サービス自体が制限される訳ではない^{※3}が保険給付には上限がある。とすれば、要医療度では、疾病や怪我の重症（傷）度によって、何段階・何種類の分類になるかは別として、標準的な治療費用や入院期間・通院回数などを基準とする標準給付額（仮）の設定は当然セットになるという“考え方”である。もちろん、この仕組みが医療保険制度に導入されるには、多くのエビデンスの蓄積はもちろん、医療と介護の給付の性格の違い等を十二分に踏まえた検討を要することは言うまでもない。

介護保険制度が“試み”として担ったのは、この「考え方の浸透」なのであろう。是非の判断は難しいが、「保険給付には限度がある」という国民意識の醸成を担った介護保険制度の役割は大きい。

※1 7段階は、要支援1～2および要介護1～5

※2 65歳以上の国民（第1号被保険者）と40～64歳の医療保険加入者（第2号被保険者）

※3 給付限度額を超える場合は、全額自費負担（保険給付対象外）で利用することができる。

3——ケアマネジャーと“ホームドクター”

「フリーアクセス」とは、いつでも、どこかの医療機関においても医療を受けられることである。国民皆保険と合せば「医療は“誰でも、いつでも、どこでも”が原則」となる。一般的には、“痛みのある体の部位”や“症状”等に応じた自身の選択によって、怪我のすぐ後、仕事の前に、学校帰りなどに、最寄りの、職場近くの、通学途上の、医療機関にかかることになるだろう。

さて、本稿の趣旨に戻って、介護保険制度に導入された「試み」とは何か。着目するのは、「自身の選択によって」という部分である。上記を介護保険制度の仕組みに置き換えれば、“体幹筋力が衰えて寝返りができない”、“認知症の症状が強く日常生活が困難”等の状態にあるとき、「ケアマネジャーの作成したケアプラン^{※4}に従って」介護サービスを受ける、となる。

ケアプランとは、公的介護保険制度において新たに導入された介護サービス計画であり、特に在宅サービス利用においては必須要件とされる仕組みである。具体的には、在宅で介護サービスを利用する際に1ヵ月単位でどのサービス（種類）をどの程度（量）組み合わせて利用するのか、という計画表^{※1}である。保険給付はケアプランに沿って提供された介護サービスについて行われることが原則である。そして、ケアプランはケアマネジャーの作成によることが事実上の原則^{※5}となっている。

確かに、医療においても主治医の診断後には、検査、入院、手術、投薬等の治療計画が立てられることに照らせば、介護保険制度に初めて導入され、先述の原則に働きかけるような仕組みではないように思える。しかし、在宅サービスの利用について、ケアマネジャーによる計画表の作成が必須とされる点では、フリーアクセスの原則に一定の条件を加える試みとも考えられる。

では、この仕組みは、医療保険制度においてどのような形となって現れるのであろうか。

端的に言うならば、“ホームドクター制”という概念の導入である。ホームドクター制とは、保険給付の要件として、どのような症状や怪我であっても、“まずは”は自身が選び登録したホームドクターに診てもらい、専門医療機関への紹介を含め、治療過程に関わっていく、という仕組みである。

確かに、ホームドクターというゲートキーパーの存在は、現在の医療保険制度が抱える課題の一つである重複診療・投薬、ドクターショッピング^{※6}等の是正に一定の効果がある仕組みと考えられている。そして、その延長線上には、1ヵ月ごとの治療内容と保険給付を決める計画表の導入が見込まれているのかもしれない。言わば、「介護はケアプラン、医療はキュアプラン（cure plan）」というところであらうか。

介護保険制度が“試み”として担ったのは、この「保険給付のゲートキーパーの導入」であらう。介護保険にはケアマネジャー、医療保険にはホームドクター、と横並びで説明されれば納得してしまいそうである。

ただし、その導入を急ぐがために、「ホームドクター制は医療保険給付の抑制のためにフリーアクセスを制限する仕組みではなく、フリーアクセスは“ホームドクターを選択すること”をもって確保されている」といった無理のある説明や論のすり替えはあってはならない。

^{※4} 1ヵ月間の計画表の他、個々の介護サービスごとの支援内容を示す狭義の概念もある

^{※5} ケアプランは利用者自身が作成することも法律上認められているが、現状はごく僅かにとどまる。

^{※6} 医療機関を次々と、または同時に受診すること

4—費用給付と“現物給付”

「現物給付」とは、保険給付において費用の給付ではなく医療サービスそのもの（現物）で給付されることである。入院や外来通院の場面では、ごく日常的で当たり前のことであるが、法律条文上も、「被保険者の疾病又は負傷に関しては、次に掲げる療養の給付を行う（健康保険法第 63 条）」、「(略)、次の各号に掲げる療養の給付を行う（国民健康保険法第 36 条）」と定められている。“療養の給付”とは医療サービスの現物給付を意味している。

さて、本稿の趣旨に戻って、介護保険制度に導入された「試み」とは何か。着目するのは、条文中の「療養の給付」である。この点、介護サービスの利用場面でも、保険給付として介護保険サービスが現物で提供されており何ら変わりはないとも思える。しかし、介護保険法の条文では、「要介護被保険者に対し、(中略) 介護サービス費を支給する（介護保険法第 41 条第 1 項）」という条文で費用給付であることが明記されている。そして同条第 6 項で「市町村は、要介護被保険者が事業者に支払うサービス費用について要介護被保険者に代わり事業者を支払うことができる（一部略）」という代理支払規定（事業者側からみて「代理受領」）をおき、現物給付となるように手当てしているのが実態である。

介護保険制度で費用給付+代理受領の仕組みを採った理由は何であろうか。併せて導入されている支給限度額^{※7}とも関係するが、保険給付の形式を法律上「費用給付」とすることで、実際にどれだけ介護サービスを利用したとしても保険給付は支給限度額まで、と取り扱うことを法律の規定として可能にしたことにある。これは医療保険制度における取り扱いの原則と例外を転換する試みである。

では、この仕組みは、医療保険制度においてどのような形となって現れるのであろうか。

端的に言うならば、“費用給付”への転換である。費用給付+代理受領の仕組みは上記の通りであるが、これによって最も影響を受けるものは、「混合診療」^{※8}の取扱いであろう。一連の医療行為について保険診療と自費診療の混在を認める混合診療の全面解禁は、ここ数年の医療制度改革の議論の中で常に論点とされている。混合診療解禁の是非については他に譲るが、解禁反対（現状維持）の根拠となるのが現行法の現物給付規定なのである。医療行為は「現物給付」としての保険給付であり、その一部分を自費診療として切り離すことはできない、というロジックである。つまり、原則の転換は混合診療を可能にする法的な整備とも考えられる。

介護保険制度が“試み”として担ったのは、「保険給付の法律上の取り扱いの転換」である。誤解を恐れずに言えば、医療保険制度ではどうにも動かすことのできていない現物給付規定の反省にたって、介護サービスの現場はそのままに、原則と例外の転換をスムーズに行った介護保険制度の役割は大きい。

医療保険制度の 3 つの原則に作用する可能性のある介護保険制度の仕組みも一定の実績を積み、運用安定期に入っている。慎重の上に慎重を重ねた議論が前提ではあるが、仮に「要医療度」「ホームドクター制」「費用給付」の仕組みが医療制度改革の中で現実のものとなれば、医療保険制度の財源問題は一気に解消に向かうのではないだろうか。

^{※7} 要介護度に応じて設定される 1 ヶ月間の給付上限額（例：要介護 3 の場合、月額 267,500 円）

^{※8} 一連の診療で保険診療とともに先進医療等の保険外診療が行われること。現行制度では認められておらず、保険外（自費）診療が行われた場合、保険適用部分を含めて診療全体が自費扱いとなる。

5——営利法人事業者と“株式会社病院”

医療保険制度の3原則、「国民皆保険」、「フリーアクセス」、「現物給付」に関して、介護保険制度において対峙関係にある仕組み、「要介護認定」、「ケアプラン」、「費用給付」との関係性を考察してきた。

ここでは、3原則には入っていないものの比肩する論点とされる「医療の非営利性・公益性」に触れたい。現在、医療保険体制を担う医療機関は、営利目的での開設を制限した1948年施行の医療法第7条の規定に従い、ほとんどが営利性のない医療法人等または個人により運営されている（一部例外として、同法施行前に開設されたもの、また、旧三公社等の民営化に伴い営利法人運営となったJR東京総合病院、NTT東日本関東病院など）。他方、介護保険のサービス基盤を担うサービス事業所では、訪問リハビリテーションなどの一部の医療系サービスを除き法人規制が撤廃されている。

さて、本稿の趣旨に戻って、介護保険制度に導入された「試み」とは何か。着目するのは、「法人規制の撤廃」という部分である。2000年4月にスタートした介護保険制度は、それまでの老人医療と老人福祉を統合したものである。特に、後者は自治体を中心となって担ってきたこともあり、社会保険として、義務（保険料負担）と権利（サービス利用）の仕組みに移行するにあたって、「保険あってサービスなし」、すなわち介護サービス不足に陥る懸念があった。その急場をしのぐ目的もあり、訪問介護や通所介護など利用ニーズが高いと想定された福祉系サービスを中心に株式会社等の営利法人の参入を法的にも認めたのである。これは、同じ社会保険制度という非営利性・公益性を基礎とする枠組みにおいて、医療とは正反対の仕組みを導入する試みと言える。

では、この仕組みは、医療保険制度においてどのような形となって現れるのであろうか。

端的に言うならば、“株式会社病院”の参入である。これまでの医療分野の規制改革の議論においては、先の混合診療の解禁に並んで幾度となく取り上げられた論点である。最近では、TPP（環太平洋戦略的経済連携協定）の項目として、その行方が注視されているものでもある。株式会社等の営利法人による医療機関運営には、営利法人による競争原理が医療提供の質を向上させる、経営の観点から効率的な医療が提供される、等の賛成意見と、医療の非営利性・公益性に反する、不採算診療科・地域の切捨てにつながる、等の反対意見が激しく対立している。その是非は他に譲るが、介護保険制度における“試み”をどう評価すべきか。大雑把に言えば、事業所（数）の確保は及第点と言えるが、競争・淘汰による質の向上は「今一歩」といったところであらうか。

介護保険制度が“試み”として担ったのは、「社会保険制度への営利法人の参入」である。この点について、介護保険制度では、早急なサービス基盤整備という課題への対応として一定の効果はあった。一方、医療保険制度においては、株式会社病院への期待が数の確保ではなく、医療への経済合理性や効率性の定着であることを考えれば、医療保険制度への展開のエビデンスとしては道半ばであらう。

～最後に～

今後も介護保険制度は3+1の4つの“試み”について、医療制度改革のための模擬実践の場としての役割が求められるであらう。ただし、“試み”をそのまま「横滑り」させるような改革ではなく、医療そのもの、また、医療保険制度に特有の課題に正面から向き合い、“試み”を“切り札”としてカスタマイズしていくことこそが重要であると考えられる。