

REPORT II

医療との接点を担う介護保険制度へ

- 制度見直しの「論点」に盛り込むべき3つのテーマ -

社会研究部門 阿部 崇
abe@nli-research.co.jp

1. はじめに

ここ数年、医療保険制度の改正、介護保険制度の実施、年金制度改革などが進み、高齢者を取り巻く社会保障の環境は目まぐるしく変化した。また現在、それらの定着を待たずして、介護保険制度の見直し、高齢者医療制度の創設など、更なる社会保険制度の再編が予定されている。

介護保険制度は、施行法附則第2条において施行5年後を目途とした「制度見直し」が予め規定されており、2005年度中の法案提出に向け、本年度後半から本格的な検討に入る。制度発足時「走りながら考える」(厚生労働省)とされた介護保険制度が、法改正を含む抜本的な見直しを行い基本骨格が固められる。その作業においては、3ヵ年の実績を踏まえた調整・修正のみならず、社会保障体系における役割、医療保険をはじめとする周辺制度との関係など、大局的な検討が行われることも期待される。

従来、医療保険と措置という別制度のもとで提供された老人医療と老人福祉を協働させることを目的に介護保険制度はスタートした(介護保険法第1条同旨)。しかし、両者の協働はすぐには進まず、逆に、主治医意見書の取り扱い

やケアプランに基づくサービス提供など、多くの場面で医療と介護の連携という課題を顕在化させた。その課題意識は「高齢者にとって医療と介護は切り離すことができない」という共通認識の裏返しでもある。

真の利用者本位のためには、高齢者の医療と介護の「調和」が重要な要素であり、「すみ分け」によって、両者に隙間が作られてはいけない。とすれば、介護保険制度の見直しは、同時並行的に進められる高齢者医療制度との役割分担を踏まえ、かつ、高齢者の医療との接点を十分に意識したものでなければならない。

以下では、社会保障審議会介護保険部会が提示した制度見直しの「論点」を確認し、「医療との接点を担う介護保険制度」との観点から盛り込むべきテーマを挙げ考察する。

2. 制度見直しの「論点」

制度見直しの検討に先立ち、厚生労働省老健局長の私的研究会として設置された高齢者介護研究会が「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」という報告書を作成している(2003年6月26日)

報告書では、介護予防・リハビリテーショ

ンの充実、生活の継続性を維持するための新しい介護サービス体系、新しいケアモデルの確立：痴呆性高齢者ケア、サービスの質の確保と向上という4つの柱立てで中長期的な高齢者施策のあり方を示している。

社会保障審議会介護保険部会では、それを反映させる形で、制度見直しの「論点」として8つの分野を提示した（2003年10月27日、図表 - 1）

図表 - 1 制度見直しの「論点」

介護保険制度見直しの「論点」	
0.	制度見直し全般
1.	保険者のあり方 保険者の規模 保険者の機能・権限
2.	被保険者の範囲
3.	保険給付の内容・水準（利用者負担を含む） 給付費の水準 要支援・要介護1に対する給付のあり方 （介護予防・リハビリテーションを含む） 在宅と施設のあり方 サービス体系 （痴呆ケアを含む） 医療等との連携
4.	サービスの質の確保 ケアマネジメント 第三者評価・権利擁護 人材育成など 事業者の指導・監督等
5.	要介護認定 地域差 認定の質 事務手続等
6.	保険料・納付金の負担のあり方 保険料等 国庫負担 財政調整等
7.	他制度との関係等

（資料）社会保障審議会 介護保険部会 資料より作成

3. 「医療系」在宅サービスの動向

前述の通り、医療と介護が一体的に提供されるべきことは、介護保険制度の目的であり課題でもある。

ケアプランに基づいて利用する在宅サービスの給付動向から、医療と介護の一体的提供の実態を確認する。

（1）在宅サービスの給付動向

介護保険サービスは、在宅サービスと施設サービスに大別される。サービス利用の方法や給付実績の動向等も、この区分けで整理されることが多い。しかし、在宅高齢者の医療との接点を考えるとき、在宅サービスをさらに「医療系」サービスと「福祉系」サービスに区分し、基盤整備、利用動向、給付動向等を検討することが有用である。

以下、事業所数、利用回数（日数）、費用について、「医療系」サービスと福祉系サービスの経時推移を示す。なお、本稿では、直接的にサービス提供を行う在宅サービスに焦点を絞り、各サービスの区分は、図表 - 2の通りとした。

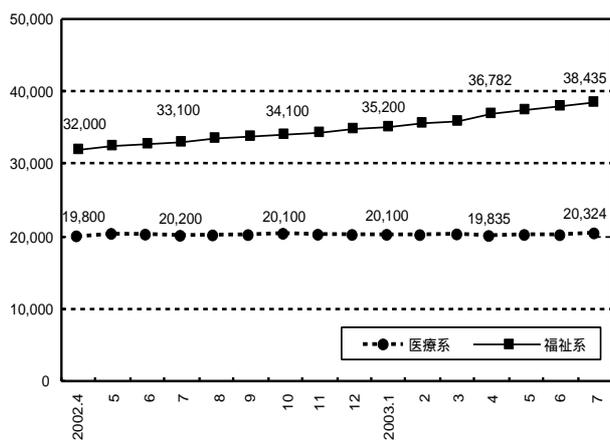
図表 - 2 医療系・福祉系の区分

「医療系」サービス	福祉系サービス
訪問看護	訪問介護
訪問リハビリテーション	訪問入浴介護
通所リハビリテーション	通所介護
短期入所療養介護	短期入所生活介護

まず、実稼働ベースの事業所数を比較すると、福祉系サービスでは、2002年4月から一貫して増加傾向が続き、2003年7月には38,435事業所（対前年16.1%増）となっている。他方、「医療系」サービスは同月20,324事業所であるが、

20,000事業所を挟み横ばい傾向にある（図表 - 3）、「医療系」サービスの事業主体は、主に病院・診療所および介護老人保健施設であり、営利法人やNPO法人等の参入が認められている福祉系サービスに比べ、コンスタントに指定事業所が増加していない状況がうかがえた。

図表 - 3 事業所数の推移



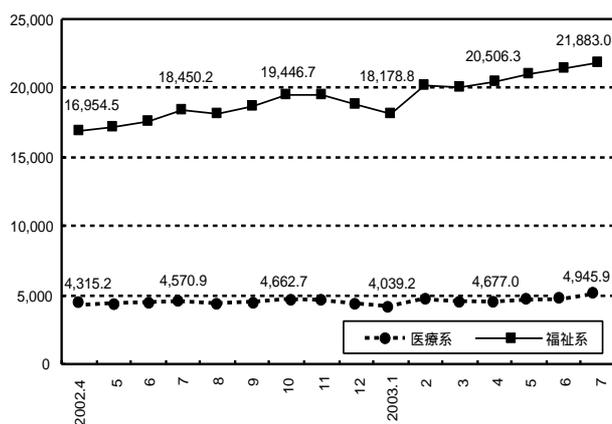
（資料）厚生労働省 介護給付費実態調査から作成

次に、1ヵ月あたりのサービス回数（日数）をみると、福祉系サービスが全体的に増加傾向にあり、2003年7月には21,883.0回（日）/月となっている。他方、「医療系」サービスは概ね横ばい推移となっている（図表 - 4）。

なお、利用者1人あたりのサービス回数（日数）をみると、「医療系」サービスは、訪問看護が2002年7月に5.4回/月であったのが、2003年7月も同じく5.4回/月、通所リハビリテーションは7.9回/月から7.8回/月とほぼ一定で推移している。福祉系サービスも訪問介護は14.7回/月から14.8回/月、通所介護は7.0回/月から7.3回/月とほぼ増減なく推移している（図表 - 5）。

つまり、在宅サービスの増加傾向は、単純に福祉系在宅サービス利用者の増加にともなう給付拡大の結果であったと推測される。

図表 - 4 サービス回数（日数）の推移



（注）日数補正（実績÷暦月日数×365日/12ヵ月）
（資料）厚生労働省 介護給付費実態調査から作成

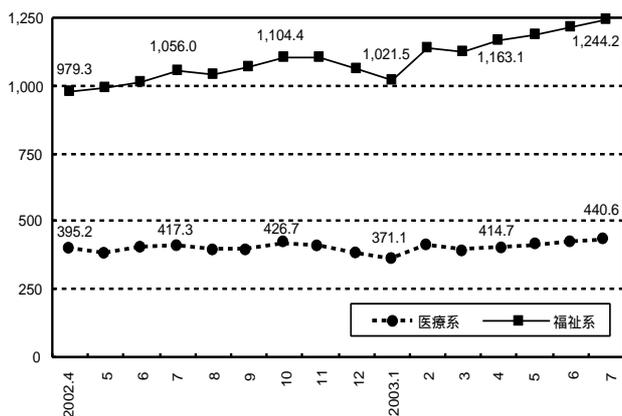
図表 - 5 1人あたりサービス回数（日数）の推移

	医療系		福祉系	
	訪問看護	通所リハ	訪問介護	通所介護
2002. 7	5.4 回/月	7.9 回/月	14.7 回/月	7.0 回/月
10	5.3	7.8	14.7	7.0
2003. 1	4.8	6.8	13.7	6.3
4	5.2	7.5	14.3	6.9
7	5.4	7.8	14.8	7.3

（資料）厚生労働省 介護給付費実態調査から作成

続いて、1ヵ月あたりの介護費用（利用者負担を含む総費用）をみると、福祉系サービスは他の指標と同様に増加傾向にあり、直近1年で約188億円/月増（対前年17.8%増）となっている。他方、「医療系」サービスは数値的に増加してはいるものの、直近1年の増加率はわずか5.6%に止まり、同期間の在宅サービス（前述の8サービス、図表 - 2参照）利用者数の伸び率（約13.6%）を8ポイント下回る状況にあった（図表 - 6）。

図表 - 6 介護費用の推移



(注) 日数補正 (実績 = 暦月日数 × 365日 / 12ヵ月)
 (資料) 厚生労働省 介護給付費実態調査から作成

(2) 「医療系」在宅サービスの給付

事業所数、利用回数(日数)、費用の経時推移から、「医療系」サービスの提供がほとんど拡大していない状況を確認できる。在宅サービスの利用回数・日数および費用の伸びは、ほとんどが福祉系サービスによるもので、在宅サービス利用者が増加し続けているにもかかわらず「医療系」サービスの提供は一定量に止まっているのである。

このことは、在宅高齢者の福祉系サービスへの強いニーズに対応し提供量が増加した結果であると理解される一方で、在宅高齢者に対して十分な医療が提供されているのか、という懸念を投げかける。本来、医療と介護の一体的な提供のために機能するはずのケアプランが、事業所数やサービス導入の判断等の理由から利用しやすい福祉系サービスに偏ってしまっているのではないかが危惧される。

在宅高齢者に対して、医学的判断に基づく必要な量と種類の医療・「医療系」サービスがきちんと確保されているかを把握し、同時に、その仕組み作りを検討する必要があるのではないだろうか。

4. 「論点」に盛り込むべき具体的なテーマ

法改正にまでは踏み込めない現在、介護保険において適正な「医療系」在宅サービスを確保することは、介護支援専門員の質の問題として解決するほかない。母職種・所属法人による導入サービスの偏り(例えば、所属する福祉系法人のサービスのみのケアプランを作成) 医師との連携不足(例えば、「医療系」在宅サービスの導入のタイミングが遅れる)等の課題を乗り越えてケアマネジメントの技術を向上させることであろう。

しかし、「医療系」在宅サービスの給付動向に鑑みれば、もはや運用面での対応のみではなく、制度面からの検討が必要であると思われる。制度見直しは高齢者の医療の確保について、制度全体を通じて再構築するチャンスでもある。

以下に、医療との接点を担う介護保険制度に向け、制度見直しの「論点」に盛り込むべき具体的なテーマを示す。財政的、制度技術的な困難をとまなうかもしれないが、それらはいくまで手段であり、まずは目的・テーマを設定することが大切であると考え。介護保険制度が創設された際に「介護の社会化」という大きな目的があったことと同様であろう。

(1) 介護給付優先規定の廃止

介護保険にも医療保険にも存在する「医療系」在宅サービスは、介護保険による給付が優先される(図表 - 7)。

図表 - 7 給付優先規定

老人保健法第34条の2
 「医療、入院時食事療養費の支給又は特定診療費の支給は、当該疾病又は負傷につき、介護保険法の規定によりこれらの給付に相当する給付を受けることができるときは、行わない。」
 （同旨健康保険法第59条ノ7）

要支援または要介護者と認定され、介護保険サービスを利用する権利を得たときには（実際に介護保険サービスを利用しなくても）、医療保険を利用して訪問看護等を受けることはできない。介護保険サービスの利用は、ケアプランや支給限度額管理を前提とするため、主治医の判断に基づいた医療保険による場合に比べて機動的な医療サービス提供を阻害する場合もある。また、医療費助成制度等の適用の有無等、周辺制度とあいまって、結果的に高齢者に不利益となることも少なくない。

適正な保険料負担がある以上、医療保険での給付と介護保険での給付の違いを明確に示し、高齢者が選択的に利用できる仕組みとすべきであろう。他の行政サービスとは異なり、必要な医療サービスが制度間の手続き上の違いや重複給付回避の調整によって妨げられることは望ましくない。

（2）支給限度額管理の再設計

在宅サービスは原則として利用者の要介護度ごとに設定された支給限度額の範囲内で保険給付が行われる。介護支援専門員はケアプランを作成すると同時に、サービス単価の合計が利用者の限度額内に収まっているかを検討する。

支給限度額管理の対象である「医療系」在宅サービスも例外ではなく、介護支援専門員が作成するケアプランに組み込まれなければ保険給付は行われない。「医療系」在宅サービスの提

供は、ケアプランに位置付けられるか、支給限度額の範囲内であるかなどの、必要な医療の確保からは程遠い要素を含んで検討される仕組みとなっている。

確かに、前者については介護支援専門員の技術、後者については「医療系」在宅サービスの単価の問題として現行制度内での解決も可能かもしれない。

しかし、改めて支給限度額管理の有用性・実効性を検討する余地は十分にある。介護支援専門員にとって、単価の高い「医療系」サービスの導入に際して支給限度額の検討を要せず、また、支給限度額管理事務から開放されるなどメリットは大きく、他方、支給限度額に対する平均利用率が50%前後にとどまっている実態（図表 - 8）に鑑みれば、現行のルールに固執する理由もない。

例えば、①「医療系」サービスと福祉系サービスの限度額管理を2本建てとする、②「医療系」在宅サービスは支給限度額管理の対象外とする、③支給限度額管理を原則廃止し、各保険者が任意に種類支給限度額を設定する等の現実的な方法が検討されるべきであろう。

図表 - 8 支給限度額と平均利用率

	支給限度額	平均給付	利用率
要支援	6,150単位	3,032単位	49.3%
要介護1	16,580	6,084	36.7%
要介護2	19,480	8,894	45.7%
要介護3	26,750	13,057	48.8%
要介護4	30,600	15,726	51.4%
要介護5	35,830	18,385	51.3%

（資料）厚生労働省 介護給付費実態調査（2003.8 審査分）

（3）コ・メディカル事業所の指定

「医療系」在宅サービスの役割は、医療ニーズの発見にもある。自らが医療を提供するとと

もに、介護保険から医療保険にスムーズに移行させる橋渡し役も期待されている。

「医療系」在宅サービスの事業主体は、厚生労働省令により、原則として病院・診療所または介護老人保健施設であることが要件となっている（図表 - 9）

図表 - 9 「医療系」在宅サービスの事業主体

	事業主体	事業所数	営利法人
訪問看護	病院・診療所 訪問看護ステーション	3,697	×
		5,115	
訪問リハビリ	病院・診療所 介護老人保健施設	1,494	×
		34	
通所リハビリ	病院・診療所 介護老人保健施設	2,863	×
		2,920	
短期入所 療養介護	病院・診療所 介護老人保健施設	891	×
		2,765	
訪問介護	規定なし 社団法人 NPO法人 営利法人 等	17,177 (5,214) (777) (8,281)	

（資料）厚生労働省 全国担当課長会議資料（2003.9.8）より作成

「医療系」在宅サービス事業所数の横ばい傾向は先述の通りである。事業所数の増加が高齢者の適正な医療の確保に直結する訳ではないが、一定程度の基盤整備は進められなければならない。

訪問リハビリテーション事業所および通所リハビリテーションについては、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）を中心とした独立運営の事業所の指定、すなわち、訪問リハビリステーション・通所リハビリテーションセンターの導入（営利法人形態を含む）を検討すべきであろう。先駆的に導入されている訪問看護ステーションが、同サービスの普及や医療ニーズの発見等にもたらした功績を率直に評価すれば、指示書・報告書等による医学的なリスク管理を行い、リハビリテーション拠点の充実を図ることは、在宅高齢者に必要な医療の確保にとって

プラスに働くはずである。かかる目的は、高齢者介護研究会による提言にも合致するものであり、成案の得られやすい検討項目といえる。

5. おわりに

介護保険制度は老人医療サービスと老人福祉サービスの集合体として誕生した経緯を持つ。とすれば、高齢者に必要な医療については在宅医療等の医療保険でカバーするという方向ではなく、介護保険制度に移行してきた「医療系」在宅サービスが担う役割や期待される効果を十分に引き出すような制度見直しが行われる必要がある。

本稿で示した「テーマ」は、確かに現行制度の仕組みにおいても改善・解決できるものもある。しかし、法改正を含む抜本的な制度見直しが予定されているならば、介護支援専門員をはじめとする現場関係者が乗り越えられない障壁を取り除くような、大ナタを振るう「テーマ」設定が必要であり、その可能性を探る努力を惜しんではならない。

「医療系」在宅サービスが必要な量と種類で供給される途が確保されたとき、医療と介護の隙間を埋め、在宅高齢者の「医療との接点を担う介護保険制度へ」と進化することではないだろうか。

高齢者本位の社会保険制度を実現するには、制度運営側やサービス供給側から考える両制度の「すみ分け」ではなく、利用者側から考える医療と介護の「調和」が必要なのである。