

よくわかる介護保険

介護保険 4 年間の検証と 2005 年改革（その 6）

～ 保険料徴収・給付対象年齢の拡大は見送りに・下～

総合研究部 丹下 博史



(要旨)

政府は 2 月に介護保険法改正案を国会に提出したが、実は、障害者福祉制度に関する見直しも同時に進んでおり、昨年 10 月には障害者部会から「改革のグランドデザイン案」が公表された。今国会には、それをベースにした「障害者自立支援法案」が提出されている。

見直しの基本的方向性としては、障害保健福祉の総合化、自立支援型システムへの転換、制度の持続可能性確保の 3 点が挙げられており、具体的には「市町村を主体とする一元的な運営体制の構築」「障害程度区分の判定・支給決定の基準作り」「ケアマネジメント制度の導入」「応益負担の導入」「国・都道府県支出の義務的経費化」などの見直しが行われる。

同法案による見直しは、介護保険制度の仕組みと共通するものがあり、実現すれば、介護保険制度の対象年齢拡大に関する技術的な課題は大部分解決すると考えられる。

また、新制度では、障害者施策に関する国・都道府県の財政責任が明確化されたが、財政事情が厳しい中で、障害者施策に対する支出を大幅に増やすことは考え難い。そうであれば、共通したサービスについては、既に整備が進んでいる介護保険制度のインフラを活用するという方法は「現実的な選択肢のひとつ」として考える必要があると思われる。

1. はじめに

2000 年 4 月に介護保険制度がスタートして以来、高齢者の介護問題に対する理解は進み、介護保険制度は国民生活の中に着実に浸透してきた。しかし、若年障害の問題や障害者福祉制度については、国民の認知度は依然として低く、マイナーな問題として捉えられがちだ。実は、今国会には、これまでの障害者施策の流れを大きく変える「障害者自立支援法案」が提出されている。これは、これまで縦割りだった身体・知的・精神障害者のサービスを一元化し、市町村を主体として運営を行おうとするもので、将来的な介護保険制度との統合に含みを持たせた形になっている。

そこで、今回は、障害者施策に焦点を当て、若年障害者（以下、65 歳未満の障害者を若年障害者と呼ぶ）を巡る現状や支援費制度の問題を整理し、介護保険制度とのサービス共通化（介護保険制度の被保険者・給付対象年齢の拡大）の問題を考えることにしたい。

2. 障害リスクの特徴

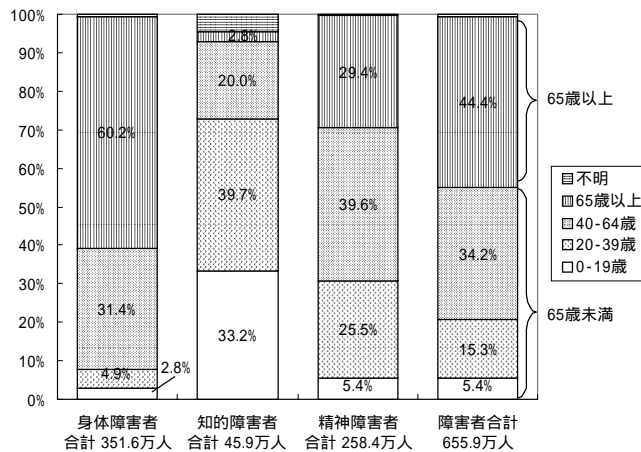
介護保険制度を若年障害者も含めた普遍的な制度に見直すためには、障害に対する国民的理解が必要だと思われる。そこで、「障害リスク」について少し考えてみよう。

障害リスクと言っても縁遠いように思うかもしれないが、障害者の数は意外に多く、決して他人事のリスクではない。厚生労働省によると、わが国の障害者数は 655.9 万人と推計されており、内訳は身体障害者 351.6 万人、知的障害者 45.9 万人、精神障害者 258.4 万人となっている（資料 1）。このうち、障害者の範囲を障害者福祉による「障害者手帳」保持者という狭い範囲に限定しても、身体障害者 339 万人、知的障害者 42 万人、精神障害者 30 万人と推計され、障害者数は約 410 万人となる。これは全人口の 3.2% に当たり、国民 31 人に 1 人が「障害者」ということになる。

また、障害者手帳保持者 410 万人が、障害種類別に資料 1 に示す年齢構成と同じであると仮定して試算すると、20-64 歳の障害手帳保持者は約 168 万人に達すると推計される。これは障害者全体の 41% に当たり、思いのほか現役世代の障害者が多い。他のリスクと比較すると、20-64 歳のガン患者総数は 47 万人であるので、同年齢の若年障害者の数はその 3 倍強の規模に相当する。

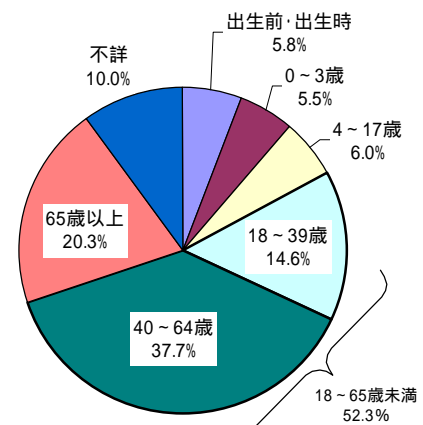
さらに、障害者手帳保持者の約 8 割を占める身体障害者についてみると、実に 52.3% が 18～64 歳の間で障害が発生している（資料 2）。障害の原因としては、「疾病」を原因とする障害が 26.2% と最も多く、次いで「事故」が 17.0%、「原因不明」が 14.2% となっている。つまり、「障害」の発生は、「老齡」あるいは「生まれつき」によってのみ起こるわけではなく、若年者も含めて国民誰もが他人の介護や支援を必要とする状態になる可能性があることを示している。

資料 1 厚生労働省推計による障害者数・年齢構成比



（出所）厚生労働省「平成 13 年 身体障害児・者実態調査」等から作成。
（注）身体障害者は 2001 年の調査、知的障害者は 2000 年の調査、精神障害者は 2002 年の調査による。

資料 2 身体障害発生時の年齢分布



（出所）厚生労働省「身体障害児・者実態調査」

3. 障害者施策の現状と課題

（1）支援費制度の創設と財政的行き詰まり

障害者に対する介護・介助サービスの提供に関して、高齢の障害者・要介護者については介護保険制度が対応しているが、若年障害者については、公費を財源とする障害者福祉が対応している。障害者福祉によるサービスの提供は、これまで基本的に行政がサービスの受給者を特定し、サービス内容も決定する「措置制度」の下で運営されてきたが、社会福祉事業法等の改正によって、2003 年 4 月より「支援費制度」と呼ばれる新たな仕組みが始まっている。

支援費制度とは、利用者本位のサービスの提供を基本として、市町村から支援費の支給決定を受けた障害者自身が、事業者との対等な関係に基づきサービスを選択し、事業者と契約を交わしてサービスを利用する仕組みである。制度の対象は、身体障害者（児）および知的障害者（児）であり、精神障害者は含まれていない（注 1）。利用可能な障害者サービスとしては、ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイなどの居宅生活支援サービスと、各障害の更生施設や授産施設などの施設訓練等支援サービスがあり、国・都道府県からの財政支援を受け、市町村が運営を行う。

このように支援費制度は、利用者自身がサービスの自己決定権を持つという点で介護保険制度と近似しているが、制度開始初年度から大幅な予算不足となり、財政的な行き詰まりを迎えている。原因は介護保険と同様に潜在的な需要が喚起され、居宅サービス利用が急拡大（事業費ベースで前年比 6 割増）したのに対し、財政的な仕組みが措置制度時代と同じで、確実に財源が保証されないという矛盾を抱えているためである。具体的には、支援費制度の居宅サービスに対する国や都道府県の補助金は「義務的経費」ではなく、「裁量的経費」として支出されているため、給付費が当初

の見込みを超過しても自動的に補正予算が組まれない(注2)。2003～2004年度は厚生労働省が他の福祉予算を流用して不足分を捻出するという異例の対応を行ったが、財源が確保されなければ、市町村の持ち出しになるため、給付制限を行う市町村も出かねず、制度の存続自体が危ぶまれる状況になった。

(2) 障害者施策の立ち後れと地域差

支援費制度については、財政的な裏付けを欠いた欠陥制度という批判があるが、見方を変えれば、これまでの措置制度が潜在的需要を押さえつけていたとも言え、根本の問題として障害者施策の立ち後れが指摘できる。厚生労働省の調査によると、障害者に対するサービスそのものが提供されていない市町村が、2003年4月時点で、身体障害者ホームヘルプで約3割、知的障害者ホームヘルプで5割近く存在する。

また、支援費制度が始まって、障害者施策の地域格差の問題がクローズアップされるようになったが、都道府県別では、支給決定者数で7.8倍の開きがある(資料3)。サービス別に人口当たりの利用者数の格差を見ると、相対的に普及している身体障害者ホームヘルプですら5.5倍、知的障害者ホームヘルプで23.7倍、障害児ホームヘルプに至っては44.4倍の格差に達している。ちなみに、介護保険制度の要介護認定率の格差が1.7倍程度であるので、障害者サービスにおける地域格差が如何に大きいか分かる。

このような地域格差は今後是正されていくべきだが、国・地方ともに財政状況は厳しく、サービス整備のための財源をどう確保するのかが大きな課題と言える。

- (注1) 精神保健福祉分野については、元々、措置制度ではなく、自治体がサービスを提供する施設・事業者運営に運営費補助を行い、利用者はそれらと契約方式でサービスを受けていたことから、支援費制度には入らなかった。
- (注2) 支援費制度でも、施設サービス給付については義務的経費になっている。このため施設サービスについては、仮に当初予算を超過することがあっても、それに合わせて国・都道府県で補正予算が組まれ、超過分に対する支出が行われる。

4. 障害保健福祉施策の見直しの方向性

現行の障害者施策は潜在的需要の大きさに対して財政的裏付けが不足しており、抜本的な見直しが必要と認識されるようになった。また、現行制度は、障害種別に縦割りで発展してきており、知的障害や精神障害分野での対応が遅れているなど、基盤整備にも格差が大きかった。このため、社会保障審議会障害者部会は、制度全般について改革の検討を行い、昨年10月に「改革のグランドデザイン案」を公表した。今国会では、それをベースに作成された「障害者自立支援法案」が提出されている。

「改革のグランドデザイン案」は、見直しの基本的な視点として、障害保健福祉の総合化、自立支援型システムへの転換、制度の持続可能性確保の3点を掲げている。ここでは、内容が多岐に及ぶため、主要な見直しのポイントを概説する。

(1) 市町村を中心とするサービス提供体制の確立

現行の障害者サービスは、障害の種類や年齢、提供主体に応じて、各制度が複雑に組み合わせられており、都道府県と市町村が分立的にその任に当たるなど、一貫したサービス提供や効率的な財源配分が困難な状況にある。そのため今回の見直しでは、各障害種別の法体系の上に「障害者自立支援法」を制定し、障害種別に関わりのない共通のサービスを規定するとともに、サービス提供主体を市町村に一元化し、国・都道府県が重層的にそれを支援する仕組みに変えられた。新制度の

資料3 支援費制度利用状況の都道府県格差

(2003年4月)

	地域格差
支援費支給決定者数	7.8倍
支援費利用者数	6.2倍
支援費ホームヘルプサービス利用者数	6.2倍
身体障害者ホームヘルプサービス利用者数	5.5倍
知的障害者ホームヘルプサービス利用者数	23.7倍
障害児ホームヘルプサービス利用者数	44.4倍
支援費ホームヘルプサービス平均利用時間	4.7倍
身体障害者ホームヘルプサービス平均利用時間	5.0倍
知的障害者ホームヘルプサービス平均利用時間	5.1倍
障害児ホームヘルプサービス平均利用時間	7.0倍

(注) 支給決定者数、利用者数は人口当たりの利用率格差。平均利用時間は1人当たりの平均。

(出所) 障害者部会資料より作成。

対象となるサービスとしては、ホームヘルプ、ショートステイ、入所施設等の介護給付費及び自立訓練（リハビリ等）、就労移行支援等の訓練等給付、心身障害の軽減を図るための自立支援医療などがあり、市町村は国が定める基本方針に促して、提供体制の確保に関する計画（障害福祉計画）を策定することが義務付けられた。

（２）サービス支給決定のための判定システム、専門家による審査会を設立

現行の支援費制度においては、要介護認定のようなサービス量等を決定するための基準や、サービスを効果的に提供するための仕組み（ケアマネジメント）が制度化されておらず、各自治体ごとにばらばらの基準でサービス提供が行われているというのが実態であった。そのため、負担者である国民全体が納得し得る客観的・合理的な基準、手続きに基づいて制度が運営されることが必要であるという考えがグランドデザインで示され、自立支援給付法案において、サービスの必要度に関する尺度を開発して適用（障害程度区分の判定）、サービスの支給決定を行うための専門家による審査会の設置、効果的なサービス提供を行うためのケアマネジメント制度の導入、という見直しが盛り込まれた。施行は2006年10月を予定している。

（３）応益負担の導入と国・都道府県支出の義務的経費化

財政面での見直しでは、国および都道府県の財政責任の明確化と利用者負担における応益負担の導入が行われた。

前者については、先述したように、現行制度では、居宅サービスに対する国・都道府県の補助は「裁量的経費」として支出されており、予算を超えた部分は本来的に支払われないため、国の予算確保や自治体の財政状況によって地域格差の拡大が懸念される所であった。こうしたことから、障害者自立支援給付に対する国庫支出および都道府県支出が「義務的経費」に位置づけられ、国が給付費用の2分の1、都道府県が4分の1、市町村が4分の1を負担するとされた。

一方、後者については、現行の支援費制度では、利用者本人または扶養義務者の所得に応じて利用者負担額が定められているが、利用するサービスによって負担基準がばらばらである上、実質負担率は1～10%と非常に低い。しかし、サービスの新規利用者が急速に増えることが見込まれるなかで、現行制度のままでは、新規利用者が必要とするサービス量が十分に確保できない恐れがある。

このため、障害者自らも制度を支える仕組みが必要とされ、既存利用者と新規利用者の公平性、制度運営の効率性と安定性の確保、の観点から、原則1割の利用者負担を導入（2006年1月施行予定）することになった（資料4）。

また、入所・通所施設の食費と、入所施設の光熱水費も原則自己負担となる。低所得者対策としては、所得水準によって負担上限を設け、生活保護対象者は0円、低所得者（市町村民税世帯非課税）は1万5,000円～2万4,600円、それ以外（一般）は4万200円とする。資料4は他の社会保障制度との比較をしているが、今回の見直しによって、他制度とも共通性のある「サービス量と所得に着目した負担」の仕組みとなる。

資料4 各制度における利用者負担と負担上限

所得水準段階	新制度	老人保健制度	介護保険制度	健康保険制度
生活保護	負担上限 0円	負担上限 1.5万円	負担上限 1.5万円	負担上限 3.54万円 (多数該当 2.46万円)
市町村民税 世帯非課税	負担上限 1.5万円 ¹ 負担上限 2.46万円 ²	負担上限 1.5万円	負担上限 2.46万円	負担上限 7.23万円～ (多数該当 4.02万円)
その他(一般)	負担上限 4.02万円	負担上限 4.02万円	負担上限 3.72万円	負担上限 7.23万円～ (多数該当 4.02万円)
負担率	1割	1割 (高所得2割)	1割	3割 (3歳未満2割)

（出所）障害者部会資料

（注1）市町村民税非課税世帯であって世帯主及び世帯員のいずれも各所得がゼロであり、かつ、世帯主及び世帯員のいずれも収入が80万円未満（障害基礎年金2級相当）である世帯に属する者。

（注2）世帯主及び世帯員の全員が市町村民税の均等割非課税である世帯に属する者。

5. まとめ ～介護保険制度改革の全体像と今後の方向性～

本シリーズでは、本稿も含めて合計6回に渡って介護保険制度改革の施行状況を検証し、2005年改革

における見直しの主要なポイントを解説してきた。ここで改めて今回改正を簡単に振り返ってみる。

まず、この5年間の施行状況を検証すると、介護保険制度が開始されて、順調にサービス基盤の整備が進み、国民の意識の中でも介護保険制度の利用が根づいてきたと言える。しかし、その一方で、軽度要介護者のサービス利用の増加を主因とする給付費の急増が問題となり、制度の持続性をどう保つか問題となった。また、サービスの量的拡大は達成されたが、本来の介護保険制度の趣旨ではない家事支援サービスの濫用が一部で見られるなど、サービスの質や内容が課題となった。さらに、介護保険制度の理念である「在宅重視」に対して、施設サービスの入居待ちが爆発的に増えたことに関して、入居者に対する社会保障制度からの重複給付が問題視されるようになった。

こうした状況を踏まえて作成された介護保険制度改革法案の柱としては、介護予防システムの確立、施設給付の見直し、新しいサービス体系の創設の3つが挙げられる。

特に、制度の持続可能性の点でみると、介護予防による給付費の効率化・抑制が非常に重要な要素となっている。ただし、介護予防システムをめぐっては、その方法論が十分に確立されているわけではないため、実際にどの程度の効果があるのかは不透明だ。新・予防給付については、今後モデル事業の実施等を踏まえて徐々に給付内容を具体化・類型化し、合わせて判定システムの精度を高めていく必要があるが、十分な効果が見られない場合、単に給付水準や給付範囲を引き下げただけという結果に終わる可能性もある。

また、施設給付の見直しについては、ホテルコストの導入が行われたが、これは、施設・居宅サービス利用者間の公平性の観点からは必要な改革と言えるが、これによって、利用者の「施設志向」が弱まるとは考え難い。施設志向が強い背景としては、重度の要介護者が在宅で生活できるようなサービス提供が地域で十分に行われておらず、夜間介護や見守り介護などで家族の負担が重いこと、緊急時や本当に必要なときにサービスを利用できないという不安感があることなどがある。その意味では、小規模・多機能型サービスや地域夜間対応型サービスなど、新しいサービス体系の整備が、施設から在宅へという介護保険制度の理念を実現させる本当のポイントであると言える。

最後に、今回の改革で見送りになった、介護保険制度の被保険者年齢・給付対象年齢の拡大（障害者福祉から見ると「介護保険とのサービスの共通化」）について考えてみたい。まず、制度論として考えると、最初に見たように、若年者も含めて国民誰もが他人の介護や支援を必要とする状態になる可能性があり、若年・高齢者で共通するサービスがあるにも関わらず、年齢によって利用できる制度が異なるという仕組みは、やはり不自然だと言えるのではないだろうか。もちろん、制度統合について、技術的な課題が多くあることは理解できるが、今回の障害者自立支援法案では、市町村を主体とする一元的な運営体制の構築や、障害程度区分の判定・支給決定の基準作り、ケアマネジメント制度の導入、応能負担の見直しなど、介護保険制度とのサービス共通化を意識した見直しが多く盛り込まれている。これらが実現すれば、対象年齢拡大に関する技術的課題は大部分解決すると考えられる。

また、障害者施策における居宅サービスの義務的経費化は、財政安定化の点では、一歩前進したと言えるが、サービス利用の拡大が今後も見込まれる中で、改革後の仕組みで十分なサービス水準を確保し続けられるかどうかは疑問である。義務的経費であろうが裁量的経費であろうが、必要となる支出額を確保しなければならないのは同じであり、財政再建を目指す政府が、障害者施策に対して大幅に国庫支出を増やすということは考え難く、むしろ給付抑制に走る可能性が高い。

そうして考えると、共通したサービスについては、既に整備が進んでいる介護保険制度のインフラを活用するという方法は合理的であり、社会保障審議会 障害者部会が整理したように「介護保険の活用は現実的な選択肢のひとつ」として考える必要があると思われる。今回の介護保険制度改革で、最終的な結論が出されたわけではない。2009年度に向けて、国民的な議論を行い、合意形成していく必要がある。

たんげ ひろし（副主任研究員）