

高齡者の運動器疾患

25

最新整形外科学大系

3

介護福祉のための
医学

弘文堂

介護保険法と障害者自立支援法の将来

坂本洋一

教授・生活環境学科長

和洋女子大学 家政学部 生活環境学科

〒272-8533 千葉県市川市国府台2-3-1

TEL 047-371-2314

1 はじめに

平成 18 年 10 月に障害者自立支援法が完全施行され、障害者福祉の制度が大きく変わりつつある。障害者自立支援法の改革のポイントは、①障害者施策を 3 障害一元化する、②利用者本位のサービス体系に再編する、③就労支援の抜本的強化を実施する、④支給決定の透明化・明確化を図る、⑤安定的な財源を確保する等が指摘されている。これらの改革の背景には、在宅サービスの利用者数が増加したこと、障害種別間の格差が発生していること、サービス水準の地域格差が生じていること、在宅サービスの予算の増加により制度の維持が困難になっていきていること等がある。障害者自立支援法が施行されても、なお制度に対する反対意見が提出されており、円滑な実施が危惧されている。特に、利用者負担や障害程度区分の認定の問題に関して、関係者から制度設計に対する不満が出されている。

一方、介護保険制度においては、3 年ごとに法律を見直すことになっている経緯から、平成 18 年 4 月から改定介護保険制度がスタートしている。改定介護保険制度においては、①予防重視型システムへの転換、②施設給付の見直し、③新たなサービス体系の確立、④サービスの質の向上、⑤負担のあり方・制度の見直しがなされた。この改定介護保険制度は、明るく活力ある超高齢化社会の構築・制度持続可能性・社会保障の総合化を目指すこととされている。

このような制度の改革に伴って、社会保障審議会介護保険部会では、平成 16 年 7 月 30 日に「介護保険制度の見直しに関する意見」を取りまとめ、被保険者・受給者の範囲の拡大について、これまでの経緯及び問題の所在を明らかにした。介護保険制度における「被保険者・受給者の範囲」は、介護保険制度を創設する当時から論点となっており、どのような範囲に設定するか活発な議論がなされてきた。現行の介護保険制度のとおり、被保険者・受給者の範囲は 40 歳以上の者とするものとされたのは周知のことである。40 歳以上とされた大きな理由は、老化に伴う介護ニーズは高齢期だけでなく中高年期にも生じること、40 歳以上になると老親の介護が必要となり、家族の立場から介護保険制度による社会的支援の必要性が高まること等があげられた。同時に、介護保険法の施行後 5 年を目途として制度全般を検討し、必要な見直しを行うことを定めた介護保険法附則第 2 条において「被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲」が検討項目として明記された。

現在、障害者の福祉分野の制度改革と介護保険制度の見直しとの間に、このような被保険者及び保険給付の範囲の課題が横たわっている。この課題は、社会保障全体の問題でもあり、国民的な規模で議論をしなければならない事柄であることは当然である。厚生労働省は、「介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議」等を開催し、この課題について活発な検討を行っている。本稿では、これらの検討を踏まえながら、介護保険制度の見直しと障害者福祉の方向性がどのように議論されており、何が課題となっているかを明らかにする。

2 介護保険制度の見直しと障害者施策の立場による問題の所在の違い

介護保険制度における被保険者・受給者の範囲の拡大の問題と障害者施策の問題では、異なる様相を呈している。まず、介護保険制度では、附則に明記されているように被保険者・受給者の範囲を拡大するかどうかという問題である。一方、障害者施策における問題は、介護保険制度における保険給付を利用するかどうかである。もちろん、問題の所在は、お互いに連動していることは事実であるが、これらの問題の所在をいっしょに解決するためには、慎重な議論を経る必要があり、法律の施行に向けた周到な準備を余儀なくされる。ここでは、問題の所在を別々に考察し、今後の社会保障全体をにらむことがたいせつである。その理由は、介護保険制度が、介護サービスに関する一般制度であるのに対して、障害者施策は、介護ニーズだけでなく、就労支援等の広範なニーズに対する制度であるからである。したがって、介護保険制度と障害者施策は同一のものとはなりえない。

3 介護保険制度における被保険者・受給者の範囲の問題の所在

現行の介護保険制度は、老化に伴う介護ニーズを社会の支えによって解決しようとするものである。したがって、現行の介護保険制度は、高齢者のための介護保険制度であると言える。しかしながら、介護ニーズは、老化に伴うものだけではないことは明らかである。障害のある人々、末期がんの患者、難病患者なども介護ニーズをもっている。これらの人々の介護ニーズは決して少なくない。介護保険制度の創設時に議論され、附則によって、検討することとされたことは、このような介護ニーズが存在するという事実を物語っている。そこで、介護ニーズを国民の課題として考えるならば、介護保険制度を国民全般に適用するという考えが自ずと導き出される。つまり、介護保険制度を普遍的な制度に見直すことになる。国民介護という基本的なコンセプトを具体化することである。そうすると、介護を必要とする理由や年齢に関わらず介護を必要とする人々に対して介護サービスを提供し、安心して暮らせる社会を構築する方向性を打ち出すことになる。問題の一つは、介護保険制度を普遍的な制度として構築するか否かである。これは、介護保険制度のあり方を決める根本的な問題である。

このような介護保険制度の方向性は、具体的には被保険者と受給者の年齢を下げることにつながる。仮に、受給者を0歳以上までに引き下げた場合、被保険者としての「負担」と、受給者としての「給付」が一致しないことになる。現行では、この負担と給付は、厳密に言えば異なっているが、基本的には40歳以上の15特定疾患により介護を必要とする人々も介護保険によるサービスを受けられることになっており、連動していると考えることが妥当である。この問題は、保険料負担と給付対象をどのように制度設計するかということである。給付対象を拡大することは、今まで制度の谷間にいた高次脳機能障害や末期がんなどの患者等が介護保険制度のサービスを受けられるようになることである。一方、被保険者の拡大は、介護保険制度を支える人々が増えることにつながり、財政的な安定を図ることができるようになる。現行の第1号被保険者は、保険料を負担するという意味で

は、「同世代間の支え合い」という意味合いが強いが、第2号被保険者は、自らの老親などの高齢者層を支えるという「世代間扶養」という意味合いが強いと思われる。もし、被保険者の範囲を拡大すると、同世代間の支え合いというより世代間扶養の意味合いが強くなる。このような制度設計を国民が受け入れるか否かが問題の所在として浮かび上がってくる。

また、現行の介護保険制度の要介護認定は、老化に伴う介護ニーズを充足するために、どのような介護サービスを必要とするかを定める物差しとなっている。もし給付対象を拡大して現行の要介護認定を、障害のある人々、末期がんの患者、難病患者などにも適用するならば、適切な要介護認定にはならないのではないかという懸念がある。したがって、保険給付の対象者を拡大するなら、新たな要介護認定のシステムを開発する必要がある。

4 障害者福祉制度の問題の所在

障害者福祉制度は、平成15年4月に身体障害者、知的障害者、障害児に対する支援費制度を導入した。支援費制度は、①障害者の自己決定の尊重、②利用者本位のサービス提供、③利用者と事業者との対等な関係の構築、④障害者自らのサービス選択、⑤契約によるサービス利用、⑥利用者の選択に応えられるサービスの質の向上を目指してスタートした。支援費制度の目指す方向性には多くの関係者が賛同してきたが、財源問題を端緒に支援費制度を見直し、障害者自立支援法を制定した。障害者自立支援法は、スタートしたばかりで、障害福祉制度が大きく変わろうとする現状で、現在の障害福祉サービスの提供体制がどのように再編されるか予測できない。障害者自立支援法においては、法の施行以前の障害者の施設体系は、5年の経過措置が設けられており、施設体系の再編が終了する時期は平成23年になってしまう。もし、介護保険制度における被保険者・受給者の範囲の拡大が具体化されると、障害者の介護サービスも介護保険制度で提供される可能性がある。障害者自立支援法によって構築された障害福祉サービスの体系が確立されるまでには、ある程度の時間を要することがわかっている現状で、介護保険の被保険者・受給者の範囲の拡大が実施されれば、障害者自立支援法そのものを見直すことになってしまい、サービス提供の現場が混乱してしまう恐れがある。

このような現状を踏まえて、障害者福祉制度の立場から介護保険制度を利用するか否かの判断をしなければならない。

5 介護保険制度の改革の方向性

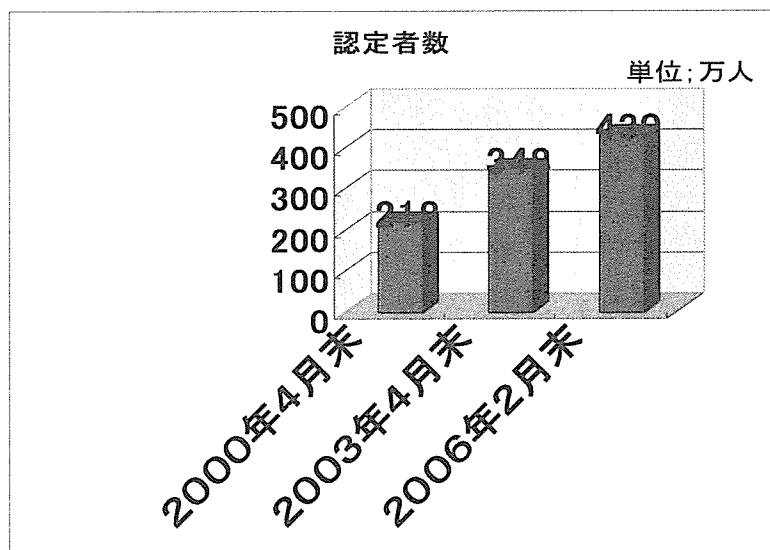
障害者福祉制度の立場から介護保険制度を利用するか否かを判断するためには、介護保険制度がどのように改定されたのかを知る必要がある。そこで、改定介護保険制度の現状をみてみよう。その次に、改定介護保険制度の方向性を探ることにする。

介護保険制度は、2000年4月にスタートしたが、その後大きく変わりつつある。図1は、要介護（支援）者数の推移を示したものである。要介護（支援）者が、制度のスタート時

から約 212 万人、97%増加している。要介護者が増加することは保険給付が増加することであり、その保険給付に要する費用を確保するためには、保険料を負担する被保険者も同時に大幅に増加しなければならないが、介護保険制度は保険料で運営できるのは50%であり、国の歳出が増加することにつながる。図2に介護サービス利用者数の推移を示しているが、介護サービスは居宅サービスが173%、施設サービスが54%増加している。介護サービス全体では、制度のスタート時に比較して132%も増加している。居宅のサービスの伸び率は急激な伸びを示している。これらの介護サービスを受けている者の要介護度認定数の推移を示したものが図3である。要支援者は146%、要介護度1の者が157%、要介護度2の者が62%、要介護度3の者が72%、要介護度4の者が52%、要介護度5の者が60%それぞれ増加している。要支援、要介護度1の認定を受けた者が153%増加している。この事実は、要介護度が低い者が5年間で大幅に増えていると同時に、これらの者が心身機能の低下を助長させ要介護度が重くなる可能性をもっていることを示している。

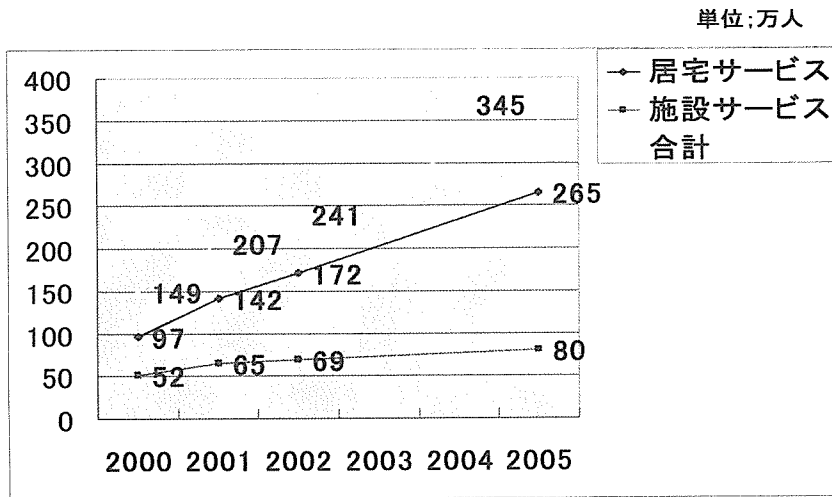
図4は、このような要介護状態の原因を示している。要支援者、要介護度1の者は、その原因が廃用症候群つまり生活不活発病である骨折・転倒、関節疾患（リウマチ等）、高齢による衰弱等である。これらのデータから、多くの要支援・要介護度1の者の介護予防の重要性がクローズアップされてくる。

図1 要介護(支援)者数の推移



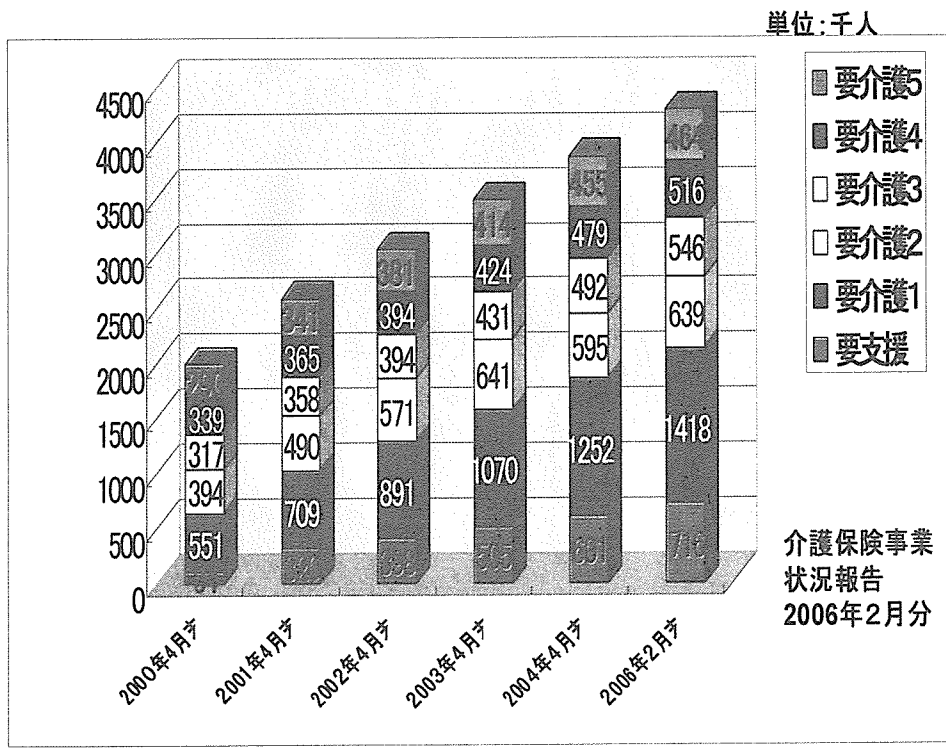
介護保険事業状況報告(平成18年2月分による)

図2 介護サービス利用者数の推移

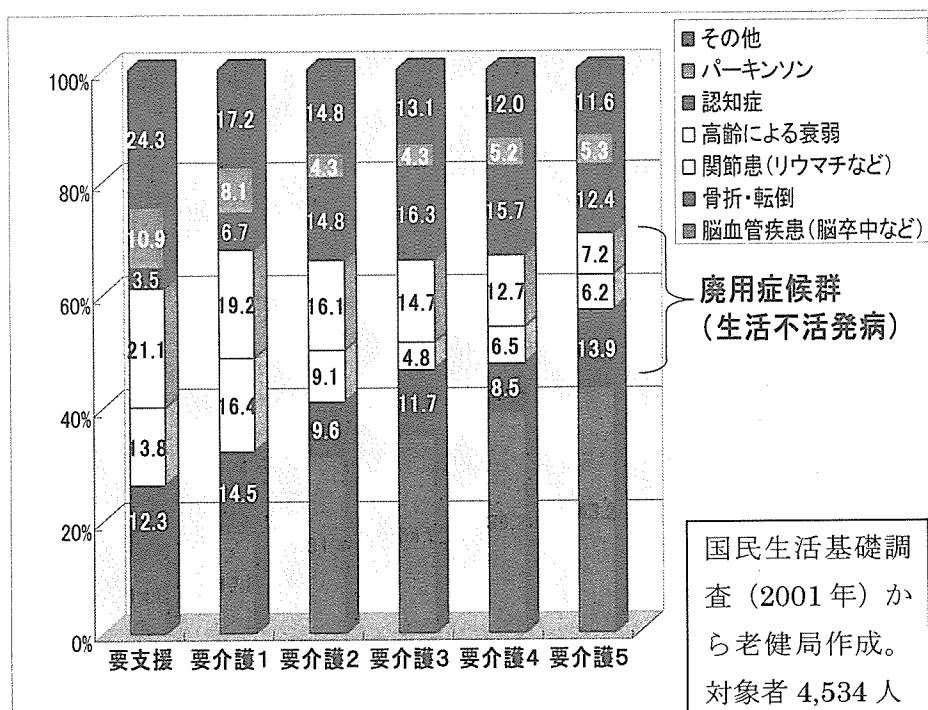


介護保険事業状況報告(平成18年2月分による)

図3 要介護度別認定者数の推移



要介護状態の原因の割合



このような実態を踏まえ、改定介護保険制度が2006年4月にスタートした。その改革は、図5に示すように、①中度者への支援強化、②介護予防のリハビリテーションの推進、③地域包括ケア・認知症ケアの確立、④サービスの質の向上、⑤医療と介護の機能分担・連携の明確化を基本的な視点としてとらえている。具体的には、図6に示すように、①予防重視型システムへの転換、②在宅と施設の利用者負担の公平性、③独居高齢者や認知症の増加等による新たなサービス体系の確立、④ケアマネジメントの見直し等のサービスの質の確保・向上、⑤負担のあり方・制度運営の見直しの改革のポイントがある。

改定介護保険制度の方向性は、介護予防の施策を展開するため新予防給付や地域支援事業を創設したこと、在宅支援を強化するため地域密着型サービスや地域包括支援センターを創設したこと、サービスの質を向上させるためケアマネジメントを見直したことに現れている。今回の改定は、介護予防を目指し、より実態に合った地域ケアシステムを構築しようとする方向を提起したといえる。

6 介護保険制度の被保険者・受給者の範囲の拡大の論点

(1) 範囲拡大の基礎資料

介護保険制度の被保険者・受給者の範囲の拡大の課題は、廊下に伴う介護ニーズへの対応から全国民の普遍的な介護ニーズに対応する制度への改革であり、現行の介護保険制度を根本的に見直しことにほかならない。具体的には、被保険者・受給者の対象年齢を引き下げることである。被保険者と受給者の現状を示しているのが図7である。図7のとおり、第1号被保険者は2,511万人、第2号被保険者が4,272万人であり、被保険者の合計は、6,783万人である。一方、実際にサービスを受けている受給者は、第1号被保険者が334万人、第2号被保険者が11万人で、合計345万人である。

そこで、被保険者の範囲を拡大する場合、どの年齢まで引き下げるかが問題となる。図8は、それぞれの年齢に引き下げた場合、被保険者はどの程度増加するかを示している。20歳以上とした場合12,764万人で88%増であり、30歳以上とした場合8,653万人で27%増となる。どの年齢まで引き下げるかによって、大きく被保険者数が異なってくる。それだけ、介護ニーズを支えるシステムが異なるので、制度設計に違いが出てくる。

被保険者の範囲を拡大すると、自ずと保険給付を受ける人が増加するが、図9は、障害者、一部難病患者、末期がん患者、高次脳機能障害者など、要介護者を予測したものである。64歳未満の要介護者は、全体で37万5千人と推計されている。

図5 改定介護保険制度の基本的な視点

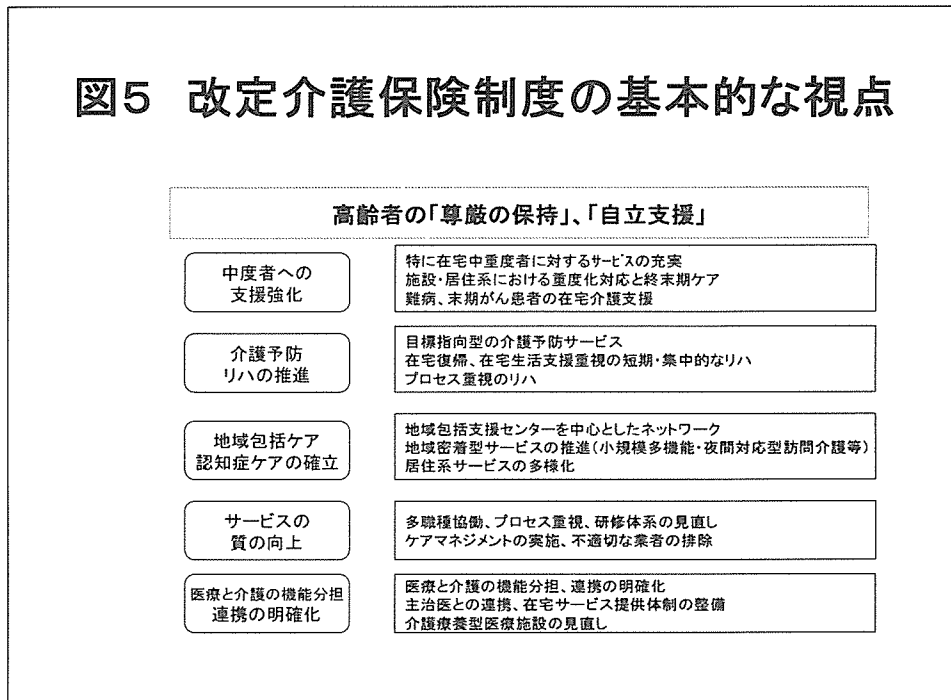


図6 介護保険法改正のポイント

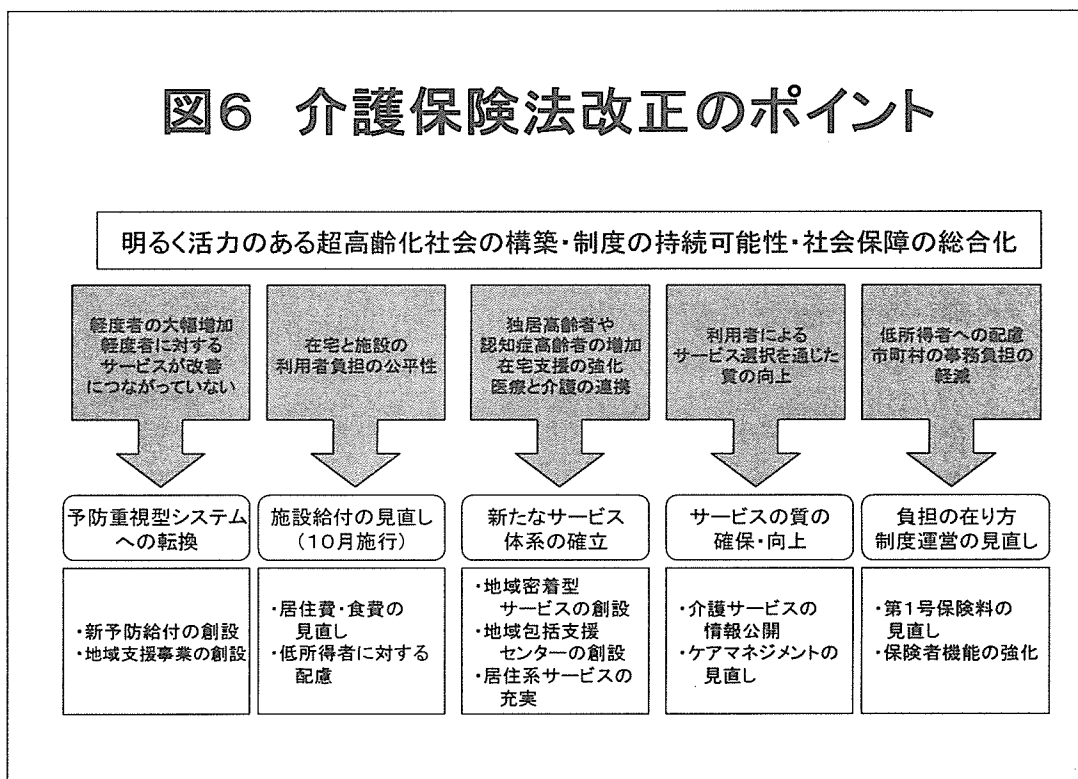
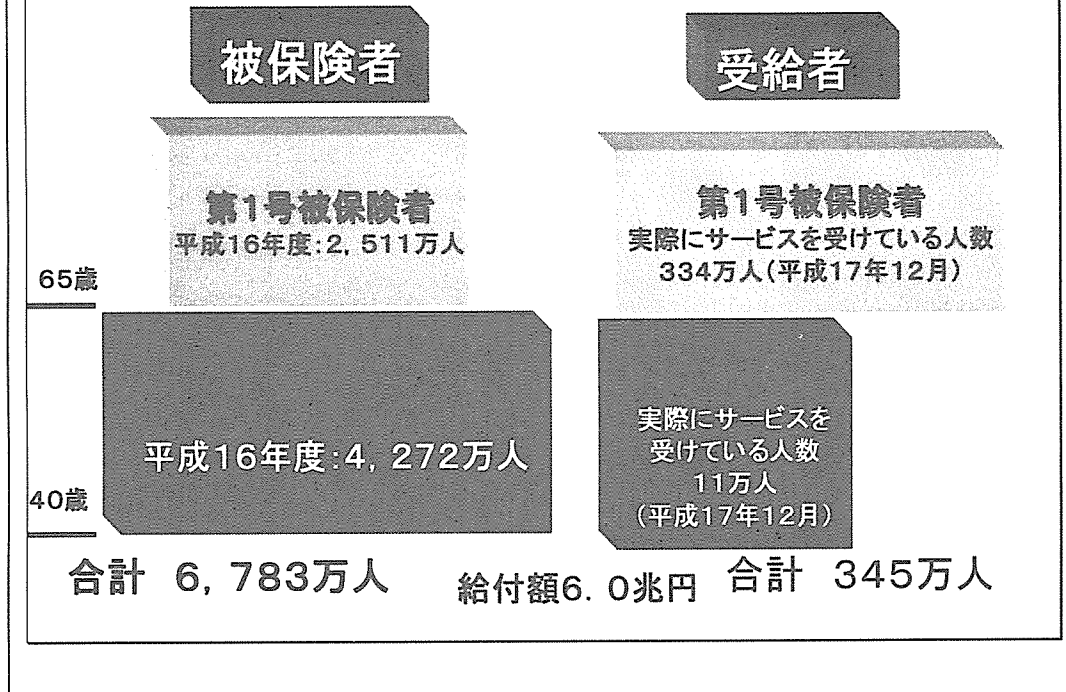
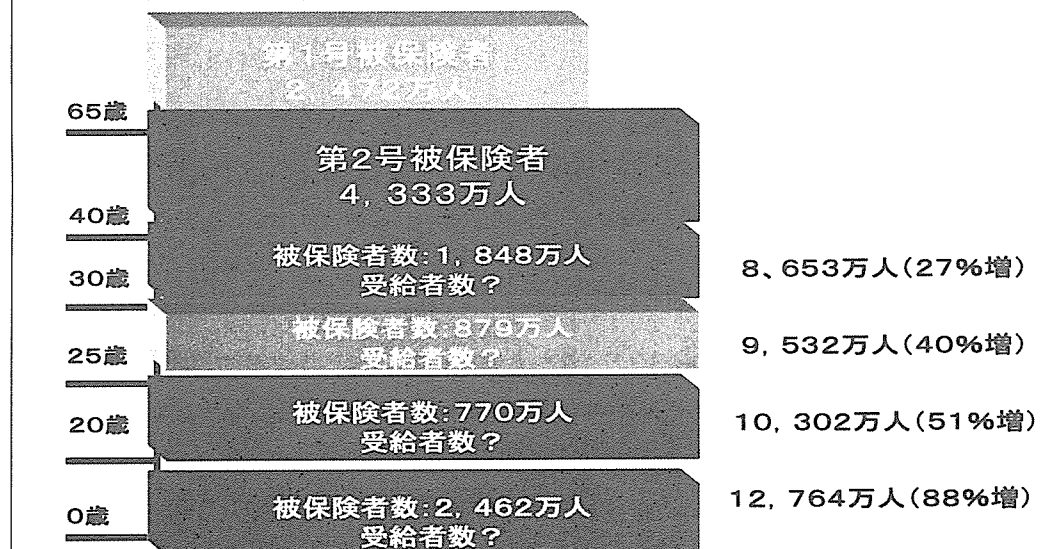


図7 被保険者及び受給者の現状



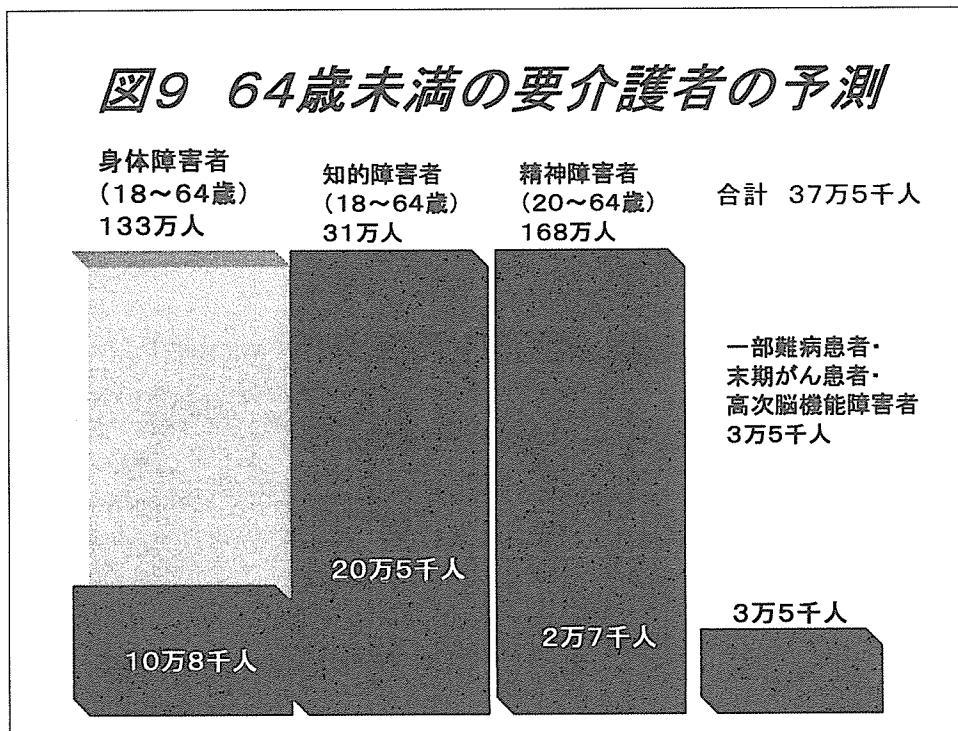
厚生労働省資料

図8 被保険者の範囲の拡大



厚生労働省資料

図9 64歳未満の要介護者の予測



厚生労働省資料

(2) 範囲拡大の論点

社会保障審議会介護保険部会は、平成16年12月10日に「被保険者・受給者の範囲の拡大に関する意見」を取りまとめている。それ以前にも平成16年7月30日に「介護保険制度の見直しに関する意見」を取りまとめている。拡大に関しては、積極的な意見と慎重な意見が見られ、今後、議論を積み重ねる必要があると思われる。これらの意見に関して、被保険者・受給者の範囲の拡大の論点を整理すると、図10のようになる。

論点は、給付に関する事、給付内容に関する事、負担に関する事、保険料負担の水準に関する事、施行方法・時期に関する事に分かれている。

1) 被保険者と受給者の範囲をどう考えるか。

この範囲に対する意見は、範囲を0歳以上とする案、将来的には0歳とするが当面は日保者・受給者の対象年齢を、保険料を負担する者の範囲と一致させる案がある。前者は、国民介護の観点から、すべての国民の介護ニーズを充足させる方向をとることになる。もし、0歳以上とすると、重症心身障害児をもつ親の介護負担は大幅に軽減されると思われる。

2) 給付の内容をどのようにするか。

介護保険による介護サービスの内容を決めることであり、2つの案が議論されてきた。まず、1案は、施行当初から、現行の介護保険サービスに加え、機能再編・分化後の障害者サービスのうち「介護」サービスに該当する部分も給付対象とする考えである。2案は、初期の段階においては、障害者サービスの機能再編が緒に就いたばかりであり、制度移行

をにらみながら現行の介護保険サービスのみを給付する考えである。給付の内容は、障害者福祉施策の実効性に関連していることがわかる。障害者自立支援法が施行されて、果たして、機能再編が進んでいくか見守る必要がある。さらに、サービスの質の担保を介護保険制度において確保するためにはかなりの時間を要すると思われる。特に、ケアマネジメントを推進する上で、介護支援専門員と障害者相談支援専門員の研修システムをどのように構築するか検討する必要がある。

3) 保険料を負担する年齢の範囲と負担水準をどう考えるか

保険料を負担する年齢の範囲をどのように設定するかという問題に対しては、3つの案がある。1案は、20歳以上が成人の年齢であり、親権者等の同意がなくても法律行為の主体となることができるので20歳以上とする。2案は、仕事を有している者の割合が25歳以上になると高まることや大学・短大を卒業する年齢を考慮すると25歳以上がよいとする。3案は、20代と比較して完全失業率が平均的な水準に近いことやフリーターの数が少ないなどを考慮すると30歳以上が適切であるとする。これらの3つの案はそれぞれ一定の考えがあるが、保険料負担の範囲はその負担水準との関連が強く、どの程度の負担水準を設定するかによって異なってくると思われる。

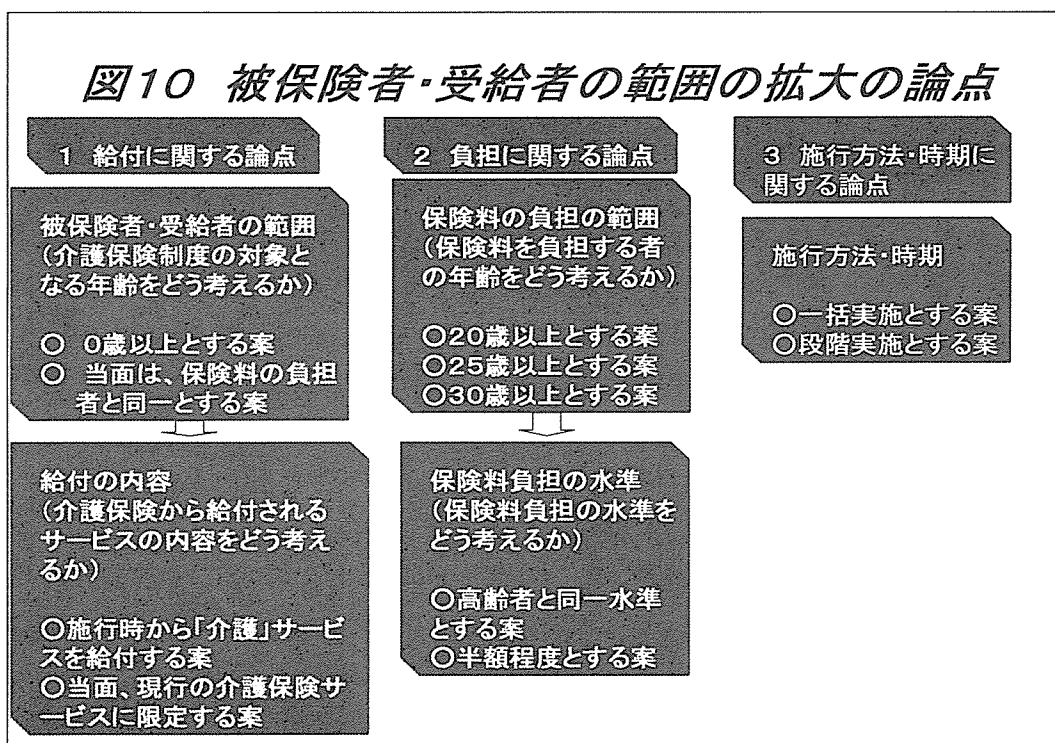
負担水準に関する考え方は、基本的には被保険者・受給者の範囲を単純に引き下げるとするならば、40歳以上の者と40歳未満の者の保険料負担水準を同一とすることになる。しかしながら、20歳又は25歳まで年齢を引き下げる場合には、若年層の保険料負担は孫の世代から祖父母世代への「世代間扶養」の面が強くなり、家族の立場から介護保険制度による社会的支援という利益を受ける可能性が相対的に小さくなることや、所得水準が40歳以上に比べて一般に低いこと等を考慮すると、40歳未満の負担水準は40歳以上の水準の半分とするという考え方がある。ただし、30歳以上を負担年齢とすると、40歳以上の者と同一の水準とするという考えである。

4) 施行の実施時期や方法をどのようにするか

被保険者・受給者の範囲を拡大した法律の施行は、まず実施時期を考えると、市町村の事業計画期間が3年ごととされている現状では、平成21年4月、平成24年4月等、3年ごとの時期に限られるとの意見が多い。ただし、実施時期に影響する多くの課題があるので、これらの課題を解決することが先決である。これらの課題には、次のような事柄があると指摘されている。①要介護認定システムの改訂等、②若年要介護者向けサービス提供体制の確立、③制度の谷間にある者への対応、④障害者福祉制度の財源問題等である。

実施方法については、2つの案がある。1案は、所要の施行準備を行ってうえで介護を必要とする理由や年齢の如何を問わない普遍的な制度とするために、所要の準備期間を置いてうえで一括して実施する考えである。2案は、実施可能なものから段階的に実施する考えである。

図10 被保険者・受給者の範囲の拡大の論点



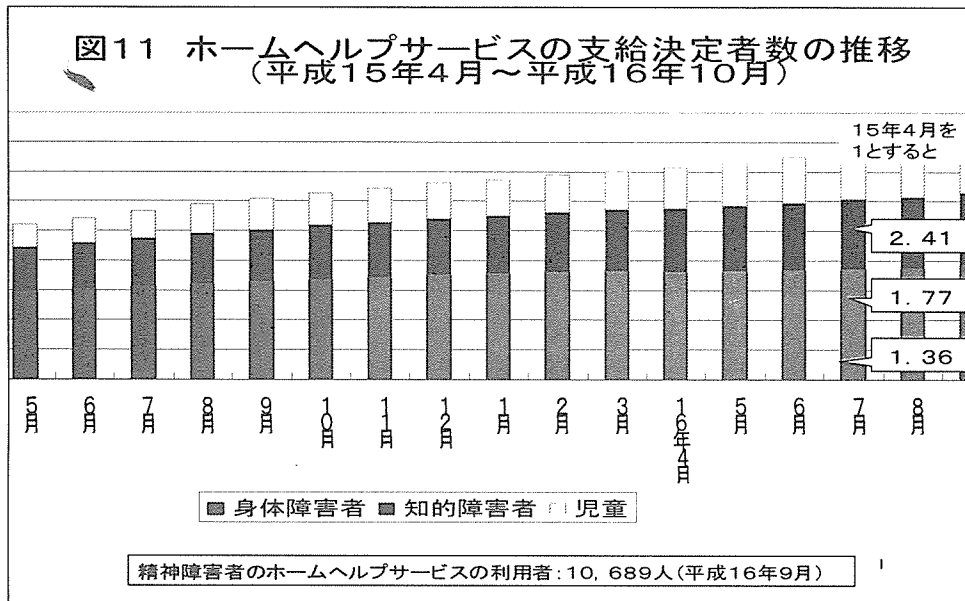
厚生労働省資料

6 障害者福祉制度の課題

介護保険制度における被保険者・受給者の範囲の拡大に関する検討においても、障害者福祉制度の機能再編等の課題が指摘されている。それ以前に、障害者福祉制度は、財源問題もさることながら、いくつかの課題を抱えている。

(1) 在宅サービスの利用者数の増加

図11に示すように、支援費制度の導入後に、1年半でホームヘルプサービスの利用者数が1.6倍に増加している。身体障害者の利用状況は緩やかな伸びになっているのに対して、知的障害者と児童の利用状況は高い伸び率を示している。平成15年4月を1とすると、児童は2倍以上の2.41、知的障害者は1.77の伸び率である。このデータから推測すると、今後も在宅サービスの利用者数は増加することが予測される。したがって、在宅サービスの利用者に対応できる制度の構築を目指す必要がある。



厚生労働省障害保健福祉部資料

(2) 障害種別間の格差発生

障害者福祉制度は、歴史的にそれぞれ独自の発展をしてきた。そのような経緯から、在宅サービスの整備状況に格差が生じている。図12に示すように、身体障害者のホームヘルプサービスは、平成16年10月の段階で全市町村の83%の市町村が実施している状況にある。知的障害者のホームヘルプサービスは66%の実施状況、精神障害者と障害児のホームヘルプサービスは49%の実施状況にある。精神障害者と障害児にいたっては、全市町村の50%にも達していない。障害種別間にこれだけの格差が生じていると、地域生活への移行や継続を支援するための基盤整備が急務であることがわかる。

図12 ホームヘルプサービス実施市町村数

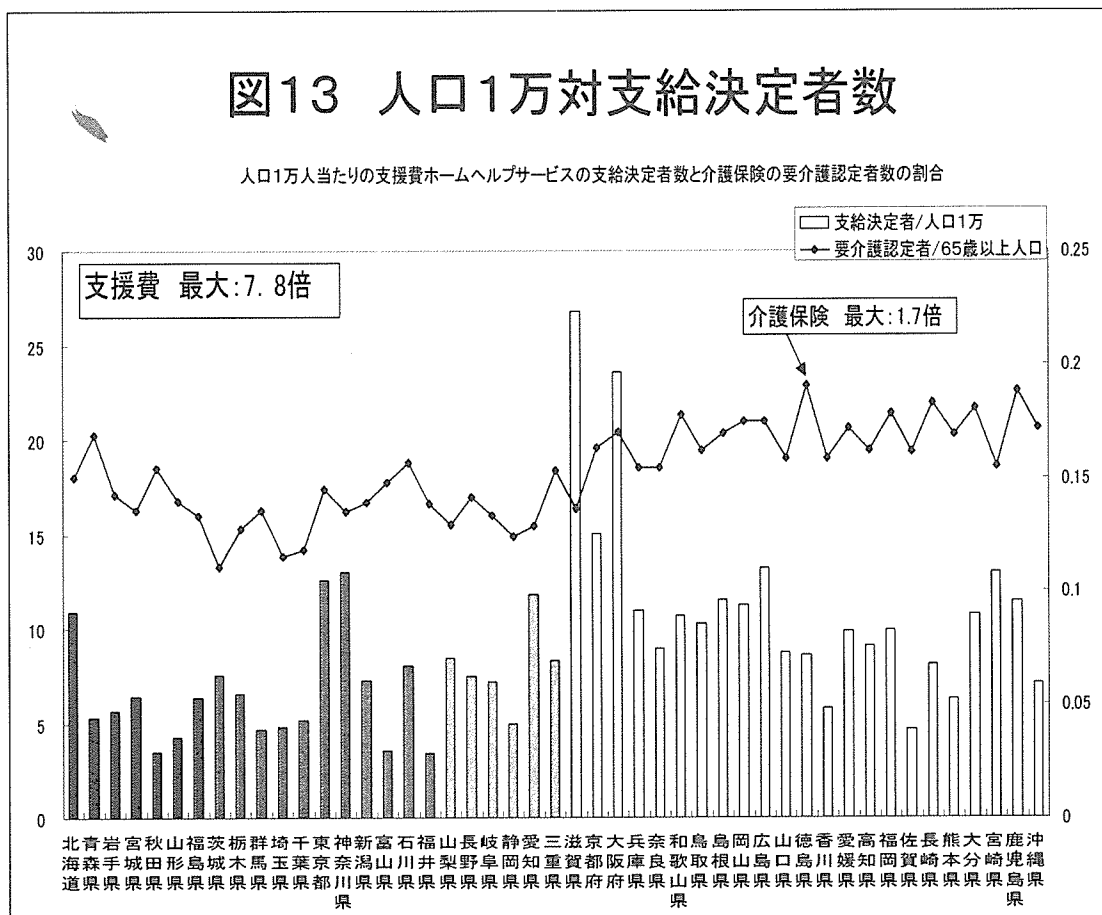
	平成14年3月	平成15年4月	平成16年10月
身体障害者 ホームヘルプ サービス	2,283 (72%)	2,328 (73%)	2,067 (83%)
知的障害者 ホームヘルプ サービス	986 (30%)	1,498 (47%)	1,656 (66%)
精神障害者 ホームヘルプ サービス	—	1,231 (39%)	1,234 (49%)
障害児 ホームヘルプ サービス	—	1,051 (34%)	1,228 (49%)

(注1) 括弧内は全市町村に対する割合
(注2) 精神障害者に係る平成15年4月の数字は、前年度末現在のもの。

厚生労働省障害保健福祉部資料

(3) サービス水準の地域間格差

図13は、人口1万人当たりの支援費によるホームヘルプサービスの支給決定者数と65歳以上の介護保険制度の要介護認定者数の割合を示している。ホームヘルプサービスの実施主体は市町村であるが、都道府県別にみると支援費において最大7.8倍の差が生じている。介護保険制度におけるよう介護認定者数が最大1.7倍であるのに対して、大きな地域格差が発生している。



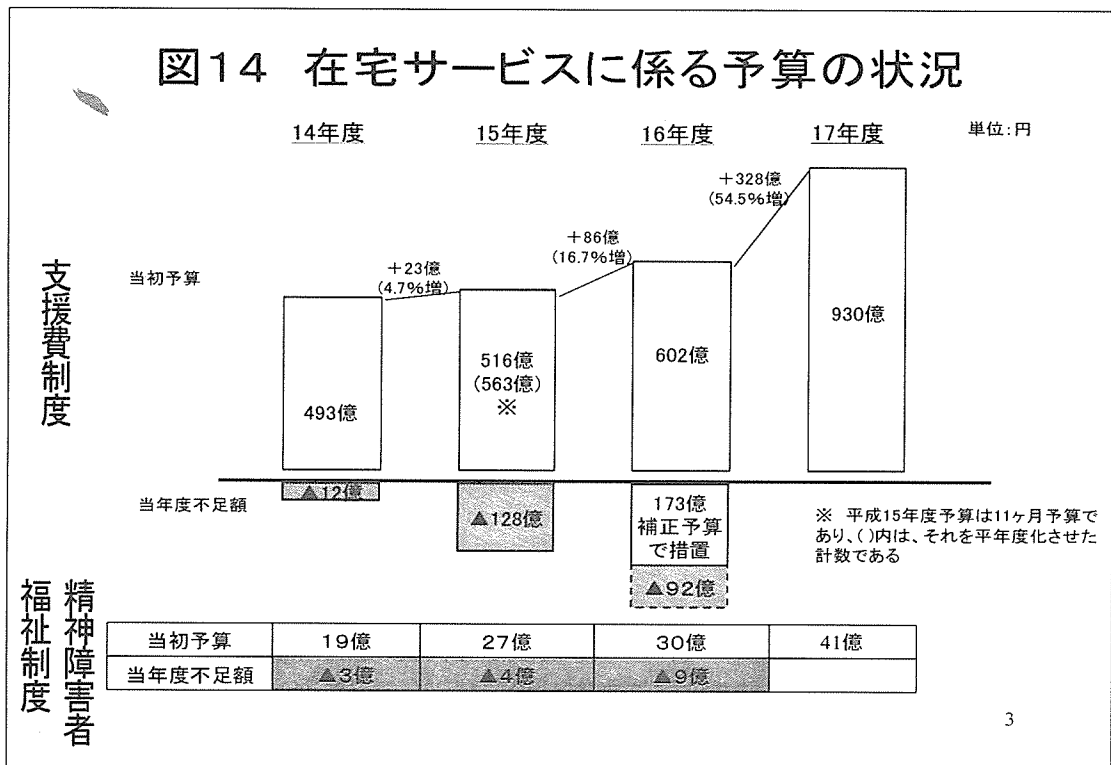
厚生労働省障害保健福祉部資料

(4) 在宅サービスの予算の増加

ホームヘルプサービスを含む在宅サービスの利用状況は、大きな伸び率を示してきた。それに伴って、予算面においても増加の一途をたどっている。平成16年度が前年比16.7%、平成17年度が前年比54.5%の増加を示している。一方、赤字の状況は、平成15年度で128億円、平成16年度で274億円となっている。精神障害者の分野においても、平成14年度から市町村が実施主体となっているが、不足額が年々増加している。

障害者自立支援法においては在宅サービスも国の予算措置が義務的経費になったが、それ以前は裁量的経費として位置づけられ、赤字になると市町村の負担が大きかった。財源問題はかなり深刻な状況にあるといわざるを得ない。

図14 在宅サービスに係る予算の状況



厚生労働省障害保健福祉部資料

(5) 障害福祉サービスの実施主体の違い

障害福祉サービスの実施主体は、在宅サービスと施設サービスにおいて身体障害と知的障害は同じ市町村主体であるが、精神障害と障害児では実施主体が異なっている。これらの実施主体の違いは、障害福祉サービスの基盤整備を行ううえで不都合が生じる。地域ケアシステムを総合的に整備しようとする時代に、市町村が主体であったり、都道府県が主体であったりと障害福祉計画による計画的整備を推進するのに調整が難しくなってくる。そこで、障害種別を越えた制度設計が急務となってくる。

図15 障害福祉サービスの実施主体等

	身体障害者	知的障害者	精神障害者	障害児 (身体・知的)
在宅サービス	市町村 ☆平成2年改正 (平成5年施行)	市町村 ※平成12年改正 (平成15年施行)	市町村 ・平成11年改正 (平成14年施行)	市町村 ※平成12年改正 (平成15年施行)
施設サービス	市町村 ☆平成2年改正 (平成5年施行)	市町村 ☆平成12年改正 (平成15年施行)	都道府県等 (社会復帰施設)	都道府県等 (児童福祉施設)

※短期入所事業(ショートステイ)について、都道府県から市町村に移譲。それ以外の在宅サービスについては、従前から市町村が実施。

☆施設サービスと短期入所事業の利用決定について、都道府県から町村に移譲。

5

厚生労働省障害保健福祉部資料

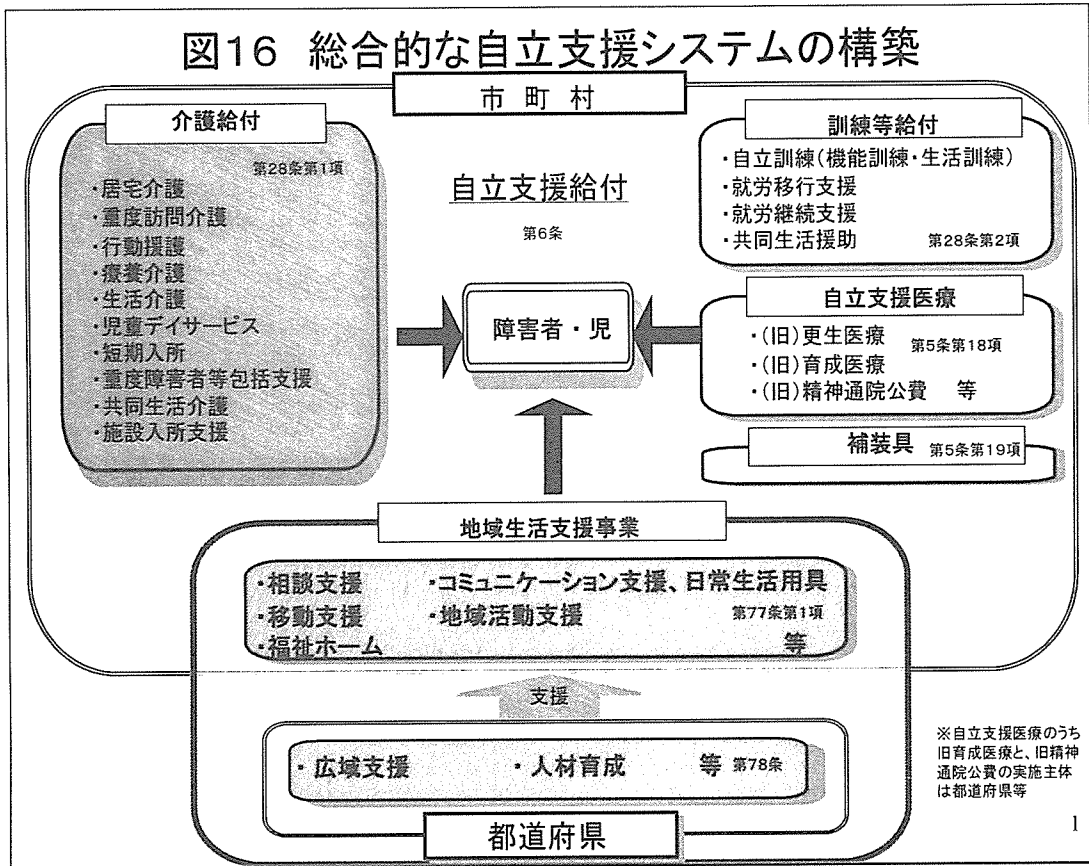
7 障害者自立支援法における機能再編

上記で述べたような障害者福祉制度の課題を解決するために、障害者自立支援法において改革を行った。ここでは、障害者自立支援法の改革のポイントを指摘する。

(1) 自立支援システムの構築

障害者自立支援法においては、自立支援給付として、介護給付、訓練等給付、自立支援医療、補装具費等が支給される。さらに、都道府県及び市町村が実施主体となる地域生活支援事業が創設された。これらの自立支援システムは、従来の障害福祉サービスを機能的に編成した点に大きな特徴がある。さらに、障害種別を越えた制度設計を行い、障害程度区分を導入し支給決定において障害種別に関わりなく同じ物差しで障害福祉サービスの必要度を総合的に判定する仕組みを構築した。

図16 総合的な自立支援システムの構築



厚生労働省障害保健福祉部資料

(2) 従来のサービスと新サービスの関係

従来のサービス体系が、居宅サービスと施設サービスに分類されるのに対して、新サービス体系では、機能的にサービス体系が構築されている。その分類は、介護給付と訓練等給付に大別される。