

3. 本部会における審議

- 本部会においては、以上述べたような基本的な認識に基づき、「被保険者・受給者の対象年齢を引き下げる」ことについて審議を行ったが、これについては、以下のとおり積極的な考え方と慎重な考え方が出された。

この問題は、国民負担に関わる重要事項であることから、制度の運営主体である市町村はもとより、国民各層の十分な理解と合意を得ながら議論を進めていくことが求められる。したがって、今後広く関心と議論を喚起する趣旨から、これまでの本部会において出された考え方・論点を以下のとおり紹介することとする。

(1) 積極的な考え方

(「介護ニーズの普遍性」の観点から)

- そもそも介護ニーズは高齢者に特有のものではなく、年齢や原因に関係なく生じうるものである。そうした「介護ニーズの普遍性」を考えれば、65歳や40歳といった年齢で制度を区分する合理性や必然性は見出し難い。

したがって、現行制度のように対象を「老化に伴う介護ニーズ」に限定する考え方を改め、介護を必要とするすべての人が、年齢や原因、障害種別の如何や障害者手帳の有無を問わず、公平に介護サービスを利用できるような「普遍的な制度」への発展を目指すべきである。

これにより、対象者の「制限」をなくし、全国民が連帯して全国民の介護問題を支える仕組みが実現され、国民の安心を支えるセーフティネットとしての役割を更に増すことになる。

- ドイツ、オランダ、イギリス、スウェーデン等の欧米諸国においても、社会保険方式と税方式の違いはあるものの、年齢や原因などによって介護制度を区分する仕組みとはなっていない。ドイツとオランダについては、社会保険方式を採用しているが、どちらも、0歳児を含め、全年齢を対象として介護サービスの保険給付を行っている。こうしたことから見ても、「普遍的な制度」への発展は、社会保障システムとして当然の方向であると言える。

（「地域ケアの展開」の観点から）

- 介護保険制度が目指す方向は、前述したとおり、地域で高齢者が生活を継続できるような「地域ケア」である。住み慣れた地域での小規模・多機能型のサービス提供を目指すのならば、年齢や障害種別によって、サービスが分断されることはあってはならない。

現状でも、様々な地域で制度の縦割りを超えた動きが広がっている。例えば、高齢者デイサービス施設で知的障害者へのサービスが提供されているところでは、知的障害者が高齢者を自然に支える場面が出てきているなどの報告がなされている。こうした現場レベルの取組に応え、制度面でも年齢や障害種別を超えたサービスが「地域」において提供できるような仕組みに切り換えるべきである。

- また、介護保険制度では、全国の市町村が3年おきに5年間を計画期間とする事業計画を策定し、サービス量の見込みやその確保策を定めることとなっている。こうした過程を通じて、障害者介護サービスに対する市町村の主体的な関与が強まり、実際のサービス供給を伴った「中身のある地域ケア」の進展が期待される。

（「介護保険財政の安定化」の観点から）

- 介護保険財政の面では、前述したように、被保険者の対象年齢の引下げは介護保険制度の支え手を拡大し、財政的な安定性を向上させる効果があると言える。

介護保険財政については、短期的な対応は別としても、長期的には、制度の支え手を拡大し財政安定化の対策を講じることを真剣に検討すべきである。そうすることにより、制度の「持続可能性」を高め、今後高齢化が急速に進展する時期を乗り越えていくことが可能となるものと考えられる。

（「障害者施策の推進」の観点から）

- 一方、障害者施策との関係では、短期的には、支援費制度の下で予算不足が懸念される障害者福祉サービスについて、安定的な財源が確保され、将来的にもサービス基盤の計画的な整備が進むことが確保されることとなる。前述したとおり、介護保険制度の導入により、規制緩和の流れの中で事業者の新規参入が促進され、サービスの利用者や利用量が増え、地域や個人によるサービス利用の格差が縮小した。障害者の介護においても、こうした効果によって、地域におけるサービス利用環境が改善され、サービスの均てん化・平準化が進むと考えられる。

さらに長期的には、障害者に対するサービスが、社会連帯を理念とする介護保険制度の対象となり、そのために国民が保険料を支払うようになることは、障害者福祉を国民がより身近な問題として受け止める契機になるものと期待される。

（2）慎重な考え方

（「保険システムに馴染むのか疑問」との観点から）

- 障害者施策は、公の責任として、全額公費（税）による実施を基本とすべきである。
また、高齢者の場合と異なり、若年者が障害者となる確率は低く、しかも、障害の原因が出生時やそれより前であることも多い。このような観点から見て、40歳未満の若年者まで被保険者・受給者の対象年齢を引き下げるとは、介護保険制度という保険システムには基本的に馴染まないと考えられる。
- 現行の第2号被保険者範囲の設定は、家族による介護負担の軽減効果があるのは主に中高年層であるなどの点から、保険料負担を求めることについて一定の納得感があり、被保険者範囲の拡大については慎重であるべきと考える。
- 介護保険制度は市町村を保険者として給付と負担のバランスの上に地域ケアを目指すという考え方に基づいているが、若年の障害者等を制度の対象とすることは、こうした考え方に基づく介護保険制度に馴染まないと考えられる。

（「保険料負担の増大」の観点から）

- 若年者にとっては、新たな負担が課されることとなる。これにより、介護保険料や国民健康保険料の未納や滞納が増えるおそれもある。さらに、これまで税でまかなわれてきた福祉サービスを保険方式に切り換えることは、負担を安易に企業へ転嫁するものである。

さらに、介護保険制度の安定的な運営を確保する観点からは、障害者福祉サービスについて、財政的な観点から適切な費用管理が可能となるのかどうか懸念がある。仮に支援費制度のように、支給限度額などの仕組みがないままに、介護保険制度へ組み入れていくこととなれば、介護保険本体にも大きな混乱を招くおそれがあると言わざるを得ない。

（「現行サービス水準の低下不安」の観点から）

- 現に支援費サービスを利用している障害者にとって、介護保険制度の要介護認定や支給限度額の仕組みが適用されることにより、利用できるサービス量が減るおそれがある。また、現行の支援費制度では応能負担だが、それが介護保険制度での応益負担に変わることにより、自己負担額が増加するおそれがある。
- 若年障害者は、社会経済活動をはじめ様々な経験を重ねるべきライフステージにあることから、高齢者と比べた場合、同じ介護サービスであっても、具体的なメニューの内容や利用者への接し方などが異なるべきである場合も多いと考えられる。こうした配慮が高齢者と同じ制度の下で担保できるのか疑問である。

（「時期尚早である」との観点から）

- 支援費制度の導入からまだ1年余であり、まず障害者の給付が増加した原因の分析など支援費制度の検証等を行い、これを踏まえた制度の効率化や給付の公平化等の改善策の検討が優先されるべきである。

また、仮に障害者福祉サービスを介護保険制度に位置づけるとすれば、その具体的なサービス内容の整理や要介護認定の検証と必要な見直し、さらには障害者の特性を踏まえたケアマネジメント体制の確立等に時間を要することは必至である。高齢者の場合と比べ、障害者福祉サービスの基盤や人材確保など受け皿の準備が十分でないことから見ても、現状では時期尚早と考えられる。

(3) 今後の検討の進め方について

- 以上のように、本部会では「被保険者・受給者の範囲」の問題について、現時点では、一定の結論を得るには至らなかった。

本部会における審議に関しては、「この問題については必ずしも十分な時間をかけて議論をしていない」、「今後の方向性を見極めるためには、より具体的な検討が必要である」等の意見が出された。この問題については、介護保険法附則において、検討が求められている事項でもあり、国民的な論議をさらに深める観点から、今後、本部会において引き続き議論を積み重ねていくこととする。

図 1 : 総合的な介護予防システムの確立

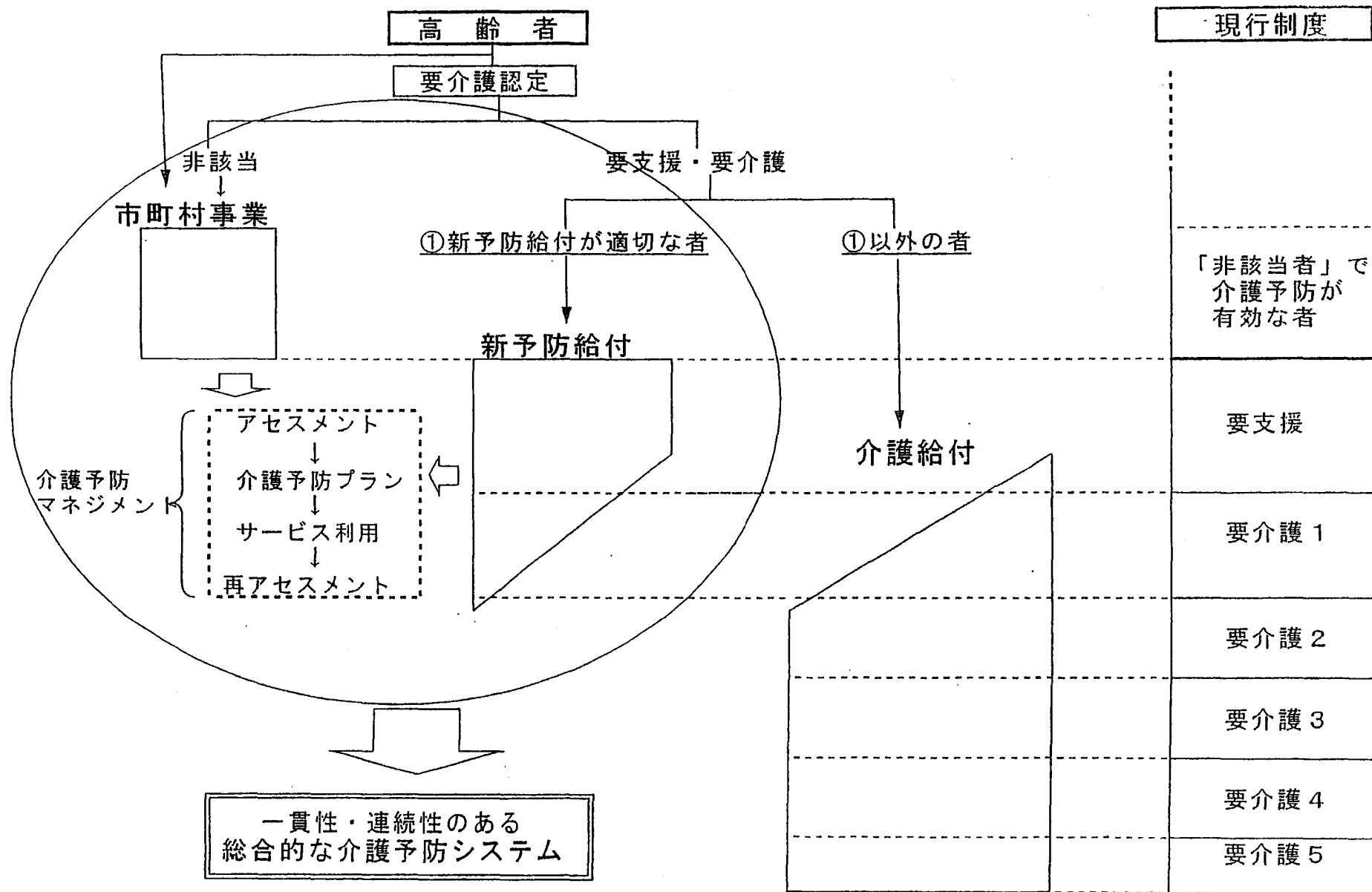
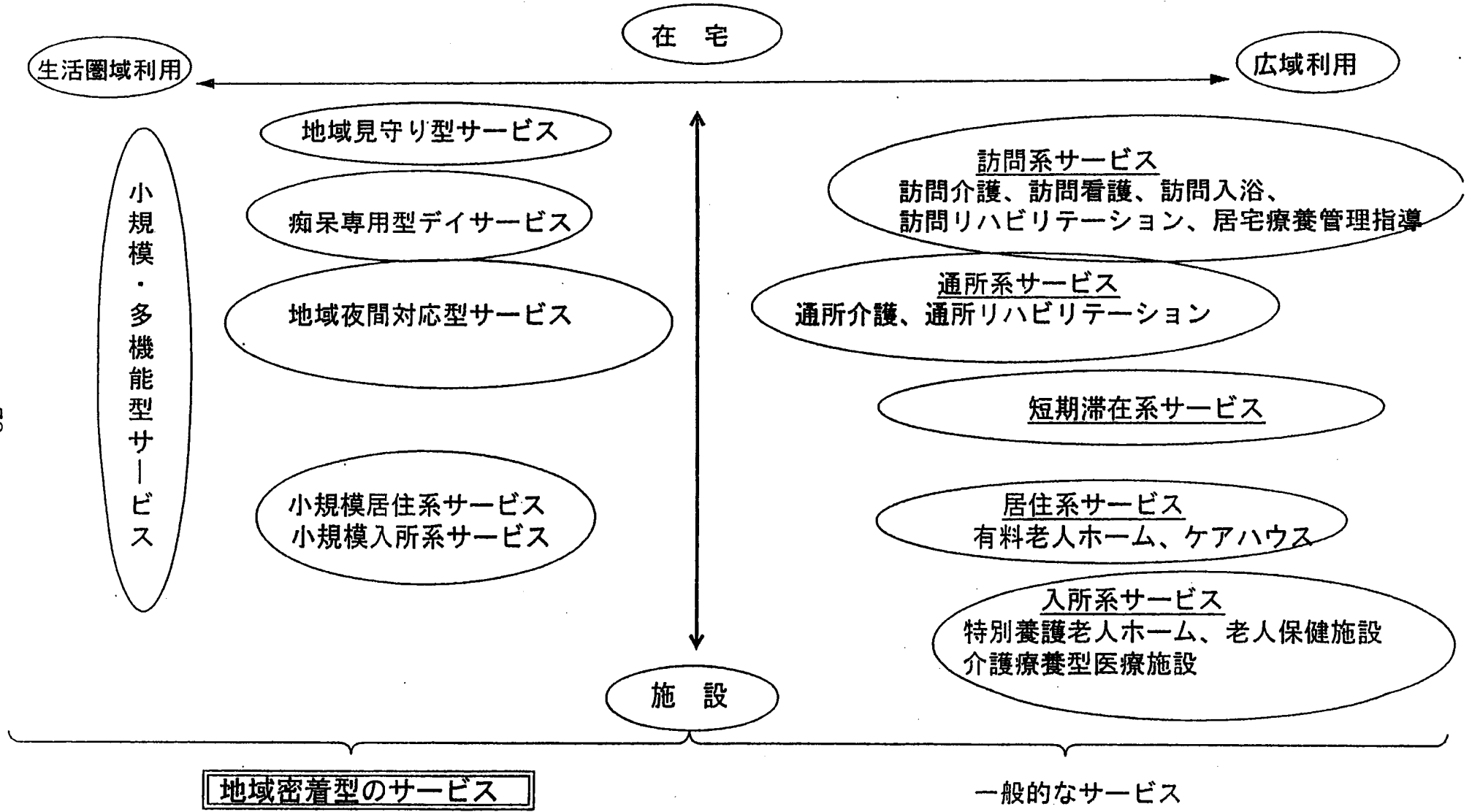


図2：地域密着型サービスの創設

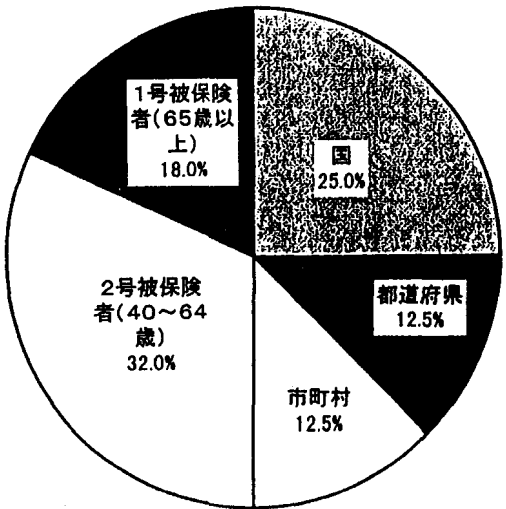
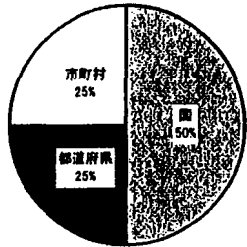


(事業者指定
・指導監督等)

市町村長

都道府県知事

高齢者介護・障害者福祉各制度の比較

	介護保険制度	支援費制度	精神障害者福祉施策
費用	6兆1267億円 〔施設：3兆2412億円〕 〔在宅：2兆8855億円〕	6946億円 〔入所施設：4506億円〕 〔在宅：2440億円〕	438億円
財源			<p>○居宅生活支援事業（60億円）</p> <p style="text-align: center;">●</p> <p style="text-align: center;">（国：50%、都道府県・市町村25%）</p> <p>○社会復帰施設運営費（378億円）</p> <p style="text-align: center;">●</p> <p style="text-align: center;">（国・都道府県各50%）</p>
利用人数	309万人（16年1月審査分）	32万人（15年4月分、一部重複あり）	3万人（15年4月分、施設は定員ベース）
制度比較	<ul style="list-style-type: none"> ・ 応益負担（高額介護サービス費制度による限度額あり） ・ ケアマネジメントに基づくサービス提供 ・ 要介護認定により支給額の上限を設定 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 応能負担 ・ ケアマネジメントは制度化されていない ・ 支給量は基本的に各市町村の裁量 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ホームヘルプは応能負担、施設等は食費等の実費を負担 ・ ケアマネジメントは制度化されていない ・ ホームヘルプの支給量は、基本的に各市町村の裁量

※ 費用は16年度の予算ベース。介護保険制度の施設・在宅の内訳は、16年度予算の総費用と16年1月審査分のサービス利用状況を基に推計。支援費制度の通所施設は在宅に分類。

介護保険部会委員名簿

- 市川 明壽 日本在宅介護協会専務理事
- 上田 敏 日本障害者リハビリテーション協会顧問
- 漆原 彰 全国老人保健施設協会会長・日本療養病床協会副会長
- 大村 敦志 東京大学法学部教授
- 小川 泰子 NPO 法人湘南ふくしネットワークオンブズマン理事
- ◎ 貝塚 啓明 中央大学研究開発機構教授
- 喜多 洋三 全国市長会介護対策特別委員会委員長（大阪府守口市長）
- 木村 隆次 全国介護支援専門員連絡協議会会長
- 京極 高宣 日本社会事業大学学長
- 見坊 和雄 全国老人クラブ連合会副会長
- 潮谷 義子 熊本県知事
- 田近 栄治 一橋大学大学院教授・経済学研究科長
- 対馬 忠明 健康保険組合連合会専務理事
- 永島 光枝 呆け老人を抱える家族の会理事
- 中田 清 全国老人福祉施設協議会副会長
- 野中 博 日本医師会常任理事
- 秦 洋一 日本医学ジャーナリスト協会副会長
- 花井 圭子 日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局次長
- 矢野 弘典 日本経済団体連合会専務理事
- 山崎 摩耶 日本看護協会常任理事
- 山本 文男 全国町村会会長（福岡県添田町長）

◎部会長 ○部会長代理

（敬称略、50音順）

（H16.7.30 現在）

介護保険部会の開催状況

平成15年

- 5月27日（第1回）介護保険部会の議事運営について
- 7月 7日（第2回）運営状況の検証の議論（保険給付、サービス利用の状況）
- 7月28日（第3回）運営状況の検証の議論（市町村の保険財政、保険料の状況）
- 9月12日（第4回）運営状況の検証の議論（保険給付、要介護認定の状況）
- 10月27日（第5回）これまでの議論の整理、今後の進め方について
- 11月20日（第6回）保険者の在り方について
給付の在り方（痴呆性高齢者ケア等）
- 12月22日（第7回）給付の在り方（基本的な考え方）

平成16年

- 1月26日（第8回）給付の在り方（個別サービスの課題、給付体系の在り方）
- 2月23日（第9回）サービスの質、要介護認定
- 3月 9日（第10回）負担の在り方（保険料、財政調整等）
- 3月24日（第11回）これまでの議論の整理
- 4月26日（第12回）被保険者の範囲
- 5月14日（第13回）その他の論点
- 6月28日（第14回）取りまとめに向けての議論①
- 7月16日（第15回）取りまとめに向けての議論②
- 7月30日（第16回）取りまとめ