

## 前置き

宝塚と霞が関 ～ いつまでも“元”が付いて回る不思議？

自由な立場から介護保険法や障害者総合支援法について考えたいが、障害者福祉は門外漢、介護保険の“産婆”も今や老兵…！

## 1 現在の介護保険法と障害者総合支援法

### (1) 障害者総合支援法による介護と介護保険法による介護

障害者総合支援法により給付される介護と介護保険法により給付される介護とは、どう違うのか。そもそも制度以前の問題として、障害者への介護と高齢者への介護行為自体、同じと考えるのか、あるいは異なると考えるのか。当事者の思いや社会的意味合いの違いはともかく、おそらく2つの介護行為自体の性格<sup>2</sup>が異なるとまでは言えないだろう。障害者への介護と高齢者への介護の行為は、その必要不可欠性に関して本質的に大きな差があるとは言い切れない<sup>3</sup>からである。にもかかわらず、障害者総合支援法での利用者負担は応能負担で、実際に負担する者も1割弱（無料となっている低所得者等の割合は93.3%）と限られている一方、介護保険では制度上1割（一部は2割）の利用者負担が存在し、居宅サービスに支給限度額が設けられているのは、介護保険における給付が保険料負担とのバランスを取る必要があることに基づくからである<sup>4</sup>。また、高齢者の介護リスクは加齢に伴って高くなることから個人による準備もある程度まで可能であることとも無関係ではない。これらが、障害福祉サービスが必要保障、介護保険サービスは部分保障（居宅サービス）であるとされる所以であり、65歳到達の障害者には介護保険法による給付とともに、それ

<sup>1</sup> 例えば、高齢者の介護は“人生を肯定しながら終えることができるようにするための介護”であり、障害者の介護は“人生を切り拓いていけるようにするための介護”といったように。

<sup>2</sup> 筆者は、介護の本質は基本的にケアされる者とケアする者の対話的關係性に基づくものであり、その限りで、障害者へのケアも高齢者へのケアも同じ観点から捉えられるべきであると考え。もちろん、法的・制度的レベルに掬い上げられた“介護”はより即物的である。

<sup>3</sup> 実際の介護行為には“便宜である”という側面があることは否定できないが、これは介護に関する客観的科学的不在に拠るものかもしれず、全体としての介護の必要性に影響を与えるものとは言えまい。他方、介護の必要不可欠性に違いはないとしても、目指すべき方向、すなわち「自立支援」の意味合いの違いがあるという見解（注5 藤岡弁護士講演）もある。ただ、障害福祉サービスにおいて「自立支援」が持つ意味合いはともかく、筆者は、目指されるべきは客観性があるかのごとき“正しいケア”ではなく、当事者にとっての“善いケア”であると考えるので、少なくとも介護保険において“正しいケア”の臭いがする「自立支援」のケアをことさら強調することには疑問を持っている。

<sup>4</sup> このことは障害福祉サービスと同様の必要不可欠性を持っている医療保険の医療給付において一部負担金（患者負担分）があることから理解することができよう。

で足りない部分には引き続き障害者総合支援法による給付が行われるべき理由でもある<sup>5</sup>。

障害福祉サービスが社会保険の持つこのような隘路を突破できたのは、それが公費による給付だったからであるが、しかし、公費財源であるが故の弱点があることも直視すべきであろう。権利保障としての弱さを持っていた措置制度の限界は契約方式への転換によってほぼ克服できたが、公費制度であることに起因する弱点は残っている。すなわち財源制約の強さである。契約方式が市場における障害福祉サービスの取引を前提とするものである以上、そこには障害者自身によるサービスの購入という行為が想定されており、とすれば当該サービス購入行為を自らの負担で為し得る高所得者が存在しないとまでは言えないだろう。そこから、高所得者は介護給付費の支給対象としないという制度的帰結やそこまで行かずとも応能的な利用者負担を強化しようとする動きが生じる可能性は否定できない。

さらに、保険料財源を含む介護保険給付への一部置き換えによって、障害福祉サービスの公費を節約するとともに、それによって浮いた財源によって障害福祉サービスの拡充を図りたいという考え方も不自然とは言えない。具体的には介護保険の被保険者年齢引き下げ論（第2号被保険者の年齢を40歳から引き下げるとともに、特定疾病の受給要件をなくす）である。ただし、障害福祉サービスの立場から、この議論に参加するには、既に述べた介護保険サービス（介護サービス費の支給）では足りない部分について障害福祉サービス（介護給付費の支給）が行われる取扱いが全国の市町村に徹底され、さらに後述のとおり、介護保険の利用者負担分も障害福祉サービスによりカバーする取扱いに変更されることが必要かもしれない。その場合には、同じ利用者が、介護保険サービスに加え、併給調整された同じ種類の障害福祉サービスを受けるのであるから、社会保障審議会障害者部会報告（2015年12月4日）なども指摘するのとおり、両制度におけるケアプラン・相談支援計画、介護支援専門員・相談支援専門員、居宅介護支援事業所・相談支援事業所、居宅介護サービス事業所・障害福祉サービス事業所の連携、さらには共通化などが求められることになろう。また、併給がスムーズに行われる前提として、障害福祉サービスの利用者負担についての検討により、薄く広い応能負担へ転換したり、65歳到達後に障害者となった者について障害福祉サービスの適用制限を導入したりすることが求められる可能性もある。

ここで、低所得者は保険料の負担が困難な場合があり、そのために保険料を滞納した被保険者への給付が制限されることをもって社会保険には「排除原理」があるとし、障害者に対する介護保険の適用に反対する見解<sup>6</sup>にも触れておこう。医療保険の適用は認めつつ、

---

<sup>5</sup> これは、障害者総合支援法による給付を介護保険による給付の範囲に押し込める“統合”ではないことに留意すべきである。

<sup>6</sup> 藤岡 毅弁護士の2016/07/27 四国地区知的障害者関係施設長会議講演（7/28『福祉新聞』）。同弁護士は、このほか、介護保険法と障害者総合支援法とは、理念・目的・機能が異なり、両者を接合することには無理があると主張している。もちろん両法は、それらが異なるから別の法体系となっているのであるが、具体的な給付内容において重複する部分がある場合に、その関係が調整される場合があることまで否定されるものではない。

介護保険の適用は忌避するという不整合はさておき、近代市民社会が自由な個人を前提とする以上、保険料拠出という自助に基づく社会保険の給付が公助に基づく公費の給付に原則<sup>7</sup>として優先することは当然の論理的帰結である。もちろん国民すべてに対し社会保険への加入を義務付ける以上、被保険者の保険料負担が現実に可能なものであるべきことは当然であり、そのためにわが国の社会保険において応能保険料制が標準装備となっていることは周知のとおりである。さらに介護保険では、生活保護受給者も被保険者とし、保険料相当分を生活扶助費に加算することによって、その実効性を担保する措置が導入されていることも特筆すべきだろう。場合によれば、その考え方を延長し、生保受給者以外の一定の低所得者に保険料負担を軽減するための介護保険料手当を支給する制度を介護保険とは別に設けることも検討すべきである<sup>8</sup>。

## (2) 障害者総合支援法と介護保険法の給付調整

2つの法律による給付の調整について考える前に、費用の給付とサービスの給付の違いについて触れておこう<sup>9</sup>。次表のとおり、介護保険法・障害者総合支援法のいずれも費用の給付という形式を採っている。サービスの給付という形式を採用しているのは、健康保険法の「療養の給付」である。

	介護保険法	障害者総合支援法	健康保険法
費用の給付	<b>介護サービス費の支給</b> (支給されない部分が、いわゆる“利用者負担”となる。法律の規定なし)	<b>介護給付費の支給</b> (支給されない部分が、いわゆる“利用者負担”となる。法律の規定なし)	<b>家族療養費の支給</b> (支給されない部分が、いわゆる“利用者負担”となる。法律の規定なし)
サービスの給付	(介護サービスの給付)	(介護の給付)	<b>療養の給付</b> サービスのすべてを給付するにもかかわらず、 <b>一部負担金の支払い義務(法定)</b>

<sup>7</sup> 損害賠償や国家補償として行われる給付、例えば労基法または労災保険法に基づく給付、被爆者援護法による医療などは、その趣旨から、個人の自助に基づく社会保険給付に優先する。

<sup>8</sup> 政府が実施しようとしている低所得者への保険料軽減を市町村の介護保険特別会計への公費の直接投入により行う方法は、どう説明を取り繕おうと、介護保険の財源構成変更の“裏口入学”である。

<sup>9</sup> 通常、サービスの給付は現物給付と呼ばれ、費用の給付も代理受領方式により現物給付化されていると言われることが多いが、規律されたサービス提供・利用が前提であるとはいえ、費用の給付は法律上サービス自体を給付するのではないので、本来の現物給付とは異なる。

障害者総合支援法と介護保険法の給付の関係について、障害者総合支援法7条の調整規定では「自立支援給付は、介護保険法の規定による介護給付、健康保険法の規定による療養の給付その他の法令に基づく給付又は事業であって政令で定めるもののうち自立支援給付に相当するものを受け、又は利用することができるときは政令で定める限度において、(中略)、行わない」と定める。すなわち、自立支援給付>相当する介護保険法による給付の場合、その超える部分については、自立支援給付は行わない(もちろん仮に自立支援給付≦相当する介護保険法による給付というケースがあった場合も自立支援給付は出ない)というものである。

現在の2つの法律による給付調整の運用は、自立支援給付(=介護給付費の支給)は介護保険の介護サービス費の算定の前提となる介護報酬の算定対象額(利用者負担分も含まれる)を超える部分について行うとされているようであるが、介護保険の給付が費用の給付であるということを踏まえると、この規定に基づき自立支援給付(ここでは介護給付費の支給)が調整される(引込む)のは、介護保険法による「介護サービス費の支給」を受けることができる部分<sup>10</sup>となるはずである。逆に言う、「介護サービス費の支給」の対象とならない部分=“いわゆる利用者負担分”は自立支援給付の対象となると解釈するのが正しいと言ふべきなのである。すなわち、現在の介護サービスに要した費用の全体を自立支援給付の調整対象とする運用(介護保険法の“いわゆる利用者負担分”には自立支援給付は出ないとするもの)は障害者総合支援法及び介護保険法の誤った解釈の上に立っていると言ふほかない。

現行のような解釈・運用は、むしろ健康保険法の「療養の給付」との関係において妥当するものであろう。通例、他法による給付は、一部負担金部分も含め「療養の給付」の領域には侵入し得ないからである。にもかかわらず、障害者総合支援法の自立支援医療費の支給の対象は、同法58条(自立支援医療費の支給)に基づく同法施行令2条において、「療養の給付」も「家族療養費の支給」も区別することなく、「療養の給付」のなかに含まれる「一部負担金」部分や「家族療養費の支給」の対象外であるに“いわゆる患者負担分”にまで及ぶ書きぶり<sup>11</sup>となっている。逆に言えば、仮に介護保険法の介護サービス費の支給の対象外である“いわゆる利用者負担分”についても自立支援給付の対象外とするのであれば、障害者総合支援法の介護給付費の支給の対象から、同法58条と同様、介護保険法における“いわゆる利用者分”に相当する額を控除する旨の調整規定を設けるべきだったのであり、それが無い以上、前述の解釈を採ることとなろう。なお、要介護高齢障害者について介護保険法による介護サービス費の支給に加えて障害者総合支援法による介護給付費の

<sup>10</sup> 総合支援法施行令2条。居宅介護サービス費の場合は区分支給基準限度の9割又は8割。

<sup>11</sup> 自立支援医療費の支給は、障害者総合支援法58条により、診療報酬により算定した額から、家計の負担能力等を斟酌して政令で定める額(その額が診療報酬による算定額の1割を超えるときは1割額)を控除した額とされており、3割の一部負担金または患者負担分の相当部分をカバーするものとなっている。

支給も行われる場合、具体的に障害者総合支援法のどの種類の給付が調整対象となるか、すなわち介護保険法の給付に相当する給付であるか否かは、両法のそれぞれの給付の内容・基準や報酬内容に応じて具体的に判断されることとなろう<sup>12</sup>。この場合、調整対象とならない障害者総合支援法による給付が、そのまま（介護保険法による給付とともに）行われることは言うまでもない。

このように自立支援医療費の支給と健康保険の給付の関係において健康保険法の「療養の給付」や「家族療養費の支給」を区別しない取扱いとなっているのは、もともと国民皆保険以前から存在した身体障害者福祉法の「更生医療」が健康保険法の「療養の給付」と同様、サービスの給付として必要な医療サービス全体を対象としながらも、その後の医療保険制度の給付充実に伴い、「療養の給付」や「家族療養費の支給」といった給付の形式に無頓着なままに“保険優先原則”を適用してきたことに由来するのではないと思われる。

以上にしたが、本来の正しい（と思われる）解釈に戻した場合、65歳以上になって介護保険サービス＋障害福祉サービスを利用する障害者の利用者負担は多くの場合、無料となるが、その結果、社会保障審議会障害者部会報告が提起する“利用者負担の検討”が加速されるかもしれない<sup>13</sup>。もちろん、併給調整の解釈と障害者総合支援法の利用者負担の在り方は、本来、別問題ではあるのだが…。さらに、65歳到達後に障害者となった者による障害福祉サービスの利用が増加する可能性もあるが、これも高齢者が障害者となった場合の制度的取扱いという従来からある難問であり、それはそれとして知恵を出すべき問題であろう。

## 2 将来の介護保険法と障害者総合支援法

### (1) 介護保険の被保険者年齢引き下げ

第1号被保険者の保険料水準が高くなるに従い、その引上げ幅の抑制を図るため、財政当局による介護給付費の締付け<sup>14</sup>が年を追って厳しくなってきた。それは利用者負担分の引上げなどの給付レベルの抑制にとどまらず、特養ホームの入所対象を原則として要介護3以上に限定したり、訪問介護で行われる生活援助を給付対象から外したりするといった給付範囲の縮減にも及んでおり、今や介護保険は、現在の前期高齢者の多くが実際にサービ

<sup>12</sup> 給付調整の対象とするか否かを判断する権限は、給付を調整する障害者総合支援法の側にある。

<sup>13</sup> 介護保険を運営する市町村からは、一般の要介護高齢者とのバランスという観点から、異議が呈される可能性がある。

<sup>14</sup> 財政当局にとってはこちらの方が本筋である。経済産業省の強い影響が感じられる『骨太方針2015』P23には、社会保障給付費の抑制は、租税や社会保険料負担の抑制を通じ、経済成長に寄与するという露骨な社会保障否定の表現がある。なお、『骨太方針2016』ではこのような露骨な表現は影を潜めている。

スを必要とする後期高齢者となるときには受けるべき給付がない“逃げ水介護保険”と化しつつあるようである。また、さまざまの給付抑制策のほかに、第1号被保険者の保険料を軽減するため、第2号被保険者の対象年齢を40歳から引下げて、年齢比按分となっている第1号被保険者の負担割合を抑えようという動きも出てきた（社会保障審議会介護保険部会2016年8月31日）。被保険者年齢の引下げは今までも取上げられたテーマであったが、第2号被保険者側（被用者保険者・労使双方）の負担増に繋がることや、第2号被保険者の受給要件である特定疾病という限定がなくなり、障害者に対する介護保険給付が一般化することに対する被用者保険関係者及び障害当事者等の反対により、結論を得るには至らなかったという経緯がある。

今回の改革テーマには介護納付金の総報酬割も俎上に上がっており、財政当局の第1の狙いはこちらであろう<sup>15</sup>から、第2号被保険者の対象年齢引下げは、今回は姿勢を示すのみで、次回以降、本格的に検討されることになるものと予想されるが、その間も、第1号保険料の上昇が続くことを考慮すると、いずれは真剣な議論の対象となるものと考えておいた方がいいだろう。

この問題について障害福祉サービスの側はどのような立場を採ることが考えられるだろうか。第1号保険料の上昇抑制のためには、被用者保険サイド（保険者・労使の団体）も年齢引下げはやむを得ないとなった場合、障害福祉サービスの側として主張し得ることは何か。介護保険法と障害者総合支援法の境界線の現状を何としても維持しようと、特定疾病による受給資格の限定を第2号被保険者の範囲とは無関係に存続させるべきであるとの主張もあるかもしれないが、その結果、40歳未満の者は、例外的に特定疾病に該当する場合を除き、保険料負担のみで保険給付は受けられないという社会保険としては説明困難な事態となってしまう。実際、介護保険制度創設時、被保険者として20歳から保険料負担を求めつつ、保険給付は65歳からとした当時の厚生省案に対し、「連合」から社会保険原理に反するという極めて真っ当な批判を受けたことがある。あるいは第2号被保険者には原則として生活保護受給者は含まれないことから導かれるとおり、その負担は、医療保険加入者による社会的扶養という性格を強く帯びているとして、障害者は社会的扶養の担い手とされるべきではないとして介護保険の第2号被保険者とすべきではないという意見もあるかもしれない。しかし、障害者であることが当然に社会的扶養の受け手であるということになるのだろうか。医療保険加入者であることの意味は自らを助けるとともに他者をも支えること（自助＝共助）にあるのだから、すべての社会保険から障害者の適用除外を求めないのでない限り、医療保険への加入と同様、介護保険の第2号被保険者となることを否定することはできまい。

---

<sup>15</sup> 第2号被保険者の対象年齢引下げは財政当局にとっては微妙なところのある問題である。第2号保険料の束である介護納付金には国保や協会けんぽに対する国庫補助も含まれるからである。とすると、まずは介護納付金の総報酬割を実現して協会けんぽに対する国庫補助を廃止した後、介護納付金の総額増加に繋がる第2号被保険者の年齢引下げに取組む方が合理的だというのが財政当局の判断になるものと思われる。

将来、年齢引下げについて本格的な議論が行われる場合に備えて、あらかじめ、検討しておくべき問題について述べておく。まず、年齢引下げに伴い第2号被保険者に対する受給資格の要件である“特定疾病”の取扱いである。これは、第2号被保険者の年齢を40歳以上とした際、40歳を過ぎる頃から増加し始める疾病のリストのなかから選定されたものであって、40歳以上という年齢を引下げた後、そのまま維持することに合理的理由がないことは前述のとおりである。したがって特定疾病の要件は当然に撤廃されるべきものとするれば、障害福祉サービスと介護保険サービスの両方の受給要件を満たす者が大幅に増加することになり、特に障害福祉サービスの受給者が第2号被保険者となって介護保険サービスも併給可能となった場合の取扱いをどうするかが差し迫った問題となろう。その場合、事前に対応しておくべき課題は前述のとおりである。

次に、対象年齢を何歳以上までに引き下げるかである。ドイツの介護保険の例を見ても明らかのように、本来は特定の年齢で区切る合理的理由はない。ただ、わが国の介護保険が個人適用の独立型を採用している以上、未成年者に介護保険料の負担を求めることにはやや無理があることから、常識的には20歳（成人年齢）以上となるであろう。その場合、従来の40歳～64歳の第2号被保険者と同じ負担割合とするか否かは、制度創設時40歳以上とされた際、その年代に達すると自分の両親も高齢者となり、家族として高齢者の介護に直面することもあるといういわば反射的な利益が理由に挙げられたことを思い起こす必要がある。それも踏まえ、20歳～39歳という年齢層の理解を得るという観点からは、当該年齢層の負担割合を40歳～64歳の1/2とする配慮が必要となるかもしれない。すなわち第1号被保険者（総数A）・40歳～64歳の被保険者（総数B）・20歳～39歳の被保険者（総数C）の費用負担割合をA:B:1/2Cとするのである。これを被保険者本人の負担で見れば、第2号被保険者の保険料は医療保険料と同じで1/2の事業主負担・公費負担があるから、A:1/2B:1/4Cとなる。便宜的な方式ではある<sup>16</sup>が、あえて理由を付せば、各年齢層の要介護者発生率に差があるということになるだろうか。もちろん、それとてリスク発生率によって保険料に差をつけることになるから、リスクの社会的分散という社会保険の原理に照らせば褒められたものではない。

最後に、20歳以上の者が第2号被保険者として介護保険の受給権を有することになる以上、対象となるサービスが現在の介護保険サービスのままで良いかということも問題となろう。現在の介護保険サービスのメニューは、高齢者あるいは加齢に伴う特定疾病によって要介護状態となった“準高齢者”を対象とするものだからである。とすれば、障害者総合支援法の介護給付のうち、いくつかのサービスメニューは介護保険でも給付対象とすべきこととなる。もちろん、障害者総合支援法による障害支援区分の認定と介護保険法による要介護認定は別物であるから、それらのサービスは2つの法律でそれぞれの給付として

---

<sup>16</sup> 現在の介護保険制度が、被保険者の属する年齢層で要介護発生率に大きな差があるにもかかわらず、要介護のみを制度の対象リスクと位置づけ、独立型の保険制度として仕組んである以上、このような便宜的な方式もやむを得ない選択であろう。

位置づけられる必要がある。なお、その場合、現在、介護保険法の被保険者とされていない障害者支援施設の入所者の扱いも当然、見直されることとなろう。

## 2 介護保険制度と医療保険制度の統合

### (1) なぜ、両制度の統合なのか

わが国の介護保険制度は、年齢層によって発生率に大きな差のある要介護リスクを単独で制度対象リスクとするユニークな独立型保険の仕組みを採用している。この仕組み自体は、制度創設時においては、医療保険にはない要介護認定や居宅サービスの支給限度額の仕組みを導入するうえで好都合ではあったが、他方、要介護リスクの不可逆性・交替不可能性、さらには加齢に伴う傾向的著増性から、保険料の掛捨て度が高い<sup>17</sup>という難点を抱えていた。しかも、保険料水準が上昇していくと、サービスを利用しない被保険者の保険料掛捨て感はますます増大していき、その結果、保険料納付への納得が揺らぐ事態にもなりかねない。加えて近年の制度改正で、給付範囲までもが縮減されるようになって“逃げ水介護保険”の様相を呈してくると、この問題は介護保険の潜在的脅威となるおそれがあるだろう<sup>18</sup>。

では、この介護保険料の掛捨て感を回避するとともに、これからも暫くは上昇すると予想される保険料水準に耐え得る制度とは、どのような構造の制度なのだろうか。介護保険料に強い掛捨て感を与える原因は前述のような要介護リスクの特性にあるから、要介護リスクのみを保険対象とする独立型介護保険においては保険料の掛捨て感が前面に出ることは避けられない。とすれば、制度の基本構造を独立型の介護保険から、要介護リスクを隣接する要医療リスクと一体のもの<sup>19</sup>と捉え、その一体的リスクを保険対象とする医療・介護保険型の構造とするほかあるまい。医療・介護保険一体型の保険では、給付は介護と医療を分離し、介護給付の実施は市町村に委ねるという方法も可能であるし、また、現実的でもある<sup>20</sup>が、被保険者としての適用・保険料の賦課・徴収は一体的であるから（これこそが一体型保険の眼目）、障害者もこの保険制度の被保険者となって一体化された保険料を負担し、当然、その対価としての給付（介護と医療）を受けることとなる。この場合、介護給付の受給年齢・受給要件をどうするかは、どのようなタイプの医療・介護保険を構想する

<sup>17</sup> 医療保険の場合、年齢を問わず誰にも傷病のリスクはあり、実際、多くの人が医療機関にかかっていること、また、傷病の大部分は治癒するものであり、要医療状態の者は要介護状態の者のように固定的でないことから、保険料の掛捨て感は介護保険のように大きくはない。

<sup>18</sup> 保険料が年金天引きであることから、この不満は表面化しにくく、国や市町村はそれに胡坐をかいている感もあるが、事態を直視すれば、制度の信頼を傷つけ、その長期的安定を危うくする深刻な問題である。

<sup>19</sup> 実際、ある日突然、要医療状態を飛び越えて要介護状態となることは想定しにくい。要介護状態は、要医療状態に後行するか、前段階の要医療状態と併存するのが普通である。

<sup>20</sup> 要介護認定・地域密着型サービスや介護予防・日常生活支援事業など、市町村が行うべき業務は定着しているほか、地方負担の取扱いを考慮すると、保険者はどこであれ、介護給付は市町村が保険者の委託を受けて実施することが実務的にも望ましい。



かによって異なってくる。それはどのようにか。

## (2) 後期高齢者医療制度との統合

もう少し具体的な制度論を考えてみよう。現行の医療保険制度のなかで介護保険と統合すべき対象の候補は後期高齢者医療制度である。この場合、介護保険の対象年齢を75歳以上としたうえで、後期高齢者医療制度と統合することも考えられなくはないし、財政当局などは本音ではそれを望むに違いないが、現実問題として、介護給付の対象から前期高齢者をすっぱり落としてしまうことは殆ど不可能と言うべきであろう。であるなら、後期高齢者医療制度の対象年齢を65歳以上として「高齢者医療制度」に改めたうえで、介護保険制度と統合する方がまだ現実的である。この統合された制度においては被保険者を第1号・第2号と分けることはしないが、高齢者対象の制度という性格が色濃く残るので、現行の介護保険制度と同様、40歳～64歳の特定疾病による要介護者を準高齢者として介護給付の対象とすることは何とか許容されるだろう。逆に言えば、準高齢者とは言えない40歳未満の年齢層まで給付対象とするのは難しいということである。

介護保険と65歳まで対象が引下げられた高齢者医療制度を統合すると言っても、それほど簡単なことではない。まず保険者は、後期高齢者医療制度で設立された都道府県単位の市町村広域連合（あるいは2018年からの国保都道府県化が成功すれば都道府県）となるだろう。その結果、市町村ごとの介護保険料格差は、一定の経過措置は採られるだろうが、最終的には都道府県で統一されることになる。また、保険者が都道府県単位広域連合または都道府県となる場合でも、介護給付は市町村が行うことになるに違いない。次に、制度の財源構成はどうなるだろうか。高齢者の保険料財源の割合をどうするかは難しい問題であるが、どこかで割り切るほかない。高齢者の保険料の設定方法はおそらく後期高齢者医療制度のそれに倣うことになるだろう。第2号被保険者制度がなくなるのであるから、第2号保険料の束として観念されていた介護納付金は、医療・介護支援金として後期高齢者医療支援金の仕組みに統一されることになるものと思われる。公費投入の考え方やその負担割合も介護保険と後期高齢者医療制度とは異なるので、一定の割切りと妥協の下で決めるほかあるまい。給付率の違いをどうするかも難問である。現役並み所得のある者の3割負担が介護給付にも導入され、利用者負担割合は1割、2割、3割の3段階（将来的には2割と3割の2段階）となるのではないか。

仮に、このような制度の統合がうまくいき、介護分の保険料の掛捨ては表からは見えなくなっても、医療分と介護分を合わせた保険料水準に制度が耐え得るかという問題は依然として残っている。むしろ、その厳しさは深刻さを増すに違いない。医療と介護分を合わせた保険料水準が、例えば1万円／月を超える者が急増し、数万円の基礎年金（最低1万5,000円）からそのような高額な保険料が天引きされることが日常的となれば、制

度に対する政治的風圧は極めて強烈なものとなるだろう。また、医療保険者が負担する医療・介護支援金も、高齢者医療・介護制度の加入者でもない現役世代に一方向的に負担を課すものであるだけに、その増加に対しては被用者保険関係者（保険者・労使団体）を中心に反発が強まることは必至である。それらが、国の財政制約と相俟って、医療・介護給付費への厳しい締付けに繋がることも十分に予想される。このように、現行の介護保険と後期高齢者医療制度の枠組みを前提とした制度の統合（高齢者医療・介護制度）によっては、高齢者だけを対象とする制度が持つ隘路を完全に突破することはできず、残念ながら、将来の明るい展望が拓けるとは言い難いのである。

### （3）抜本的に見直された医療保険制度との統合

とすれば、現在の介護保険や後期高齢者医療制度の枠組みからは離れて、制度的に高齢者を特別扱いせず、本来の被用者保険と地域保険という二元体系の医療保険に介護給付を追加するという選択肢を考えるほかないだろう。このタイプの一体型保険は、介護保険や後期高齢者医療制度で実現された、高齢者も自ら被保険者として自助＝共助の仕組みに参加する（保険料を負担する）という成果を維持できるものであるとともに、医療保険者の支援金といった理論的な説明のつかない仕組みに拠ることなく、より素直に社会保険として設計されることが望ましい。それはおそらく、社会的経済的な実体に応じて保険集団の括り直しをするなど、相当にドラスティックな制度改革となるはずである。筆者は従来から、「被用者年金受給者健康保険を創設し、被用者年金受給者がその受給年金額に応じて負担する保険料と被用者年金被保険者（現役世代）が年金保険料に併せて納付する連帯保険料で、被用者年金受給者の医療・介護給付<sup>21</sup>の費用を賄うとともに、後期高齢者医療制度の廃止及び協会けんぽと組合健保の1/2財政調整により確保される国庫負担を、被用者年金受給者が抜ける国民健康保険に投入する」という構想を主張してきた<sup>22</sup>が、本シンポジウムは高齢者医療制度がテーマではないので、ここで、その詳細を報告することはしない<sup>23</sup>。ただし、障害福祉サービスとの関係について一言すると、この一体型保険には、医療保険における取扱いに倣って、零歳から加入することとなるから、いわば介護保険の対象年齢を零歳まで引下げると同じ効果を持つ。ただし障害児については、サービスメニューの関係から、引き続き障害児福祉サービスのみを利用する実態が続くことになるだろう。

---

<sup>21</sup> 介護給付は、それぞれの医療・介護保険者が拠出した費用に公費（1/2）を加えて、従来どおり市町村が実施する。

<sup>22</sup> この構想については、被用者年金受給者の保険料収入が失われることとなり（それにより保険財政が支えられている）国保がもたないという不思議な理由で厚生労働省は極めて消極的である。

<sup>23</sup> 筆者の改革構想については、「迷走する高齢者医療制度—今、その歴史から学ぶとき—」社会保険旬報 2008/06/11、「高齢者医療費重荷論を超えて—機械的公平より社会的納得を—」社会保険旬報 2008/10/21（社会保険研究所）、「高齢者医療制度改革をもう一度考える」文化連情報 2009/06～2009/08（日本文化厚生農業協同組合連合会）などを参照。ただし、細部は本文に述べた構想と異なる部分もある。

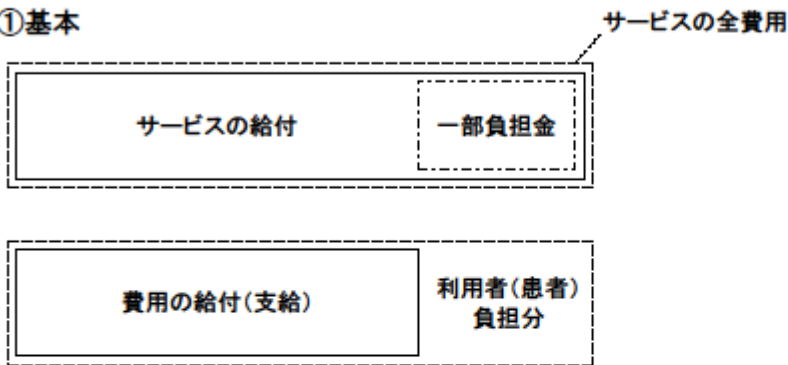
介護保険の将来は前途多難である。障害福祉サービスは、障害者総合支援法の規定により、介護保険の給付が変わっても直接の影響はなく、柔軟に対処できていることになっているが、前述のとおり、介護保険の見直しの内容によっては影響を受ける部分もある。また、国の財政制約は障害者総合支援法にも及んでくるだろう。介護保険法との関係を賢く取り結ぶことによって、限られた公費財源を障害福祉サービスの拡充に上手に利用することも検討すべきである。

#### 後置き（前置きがあるのなら…）

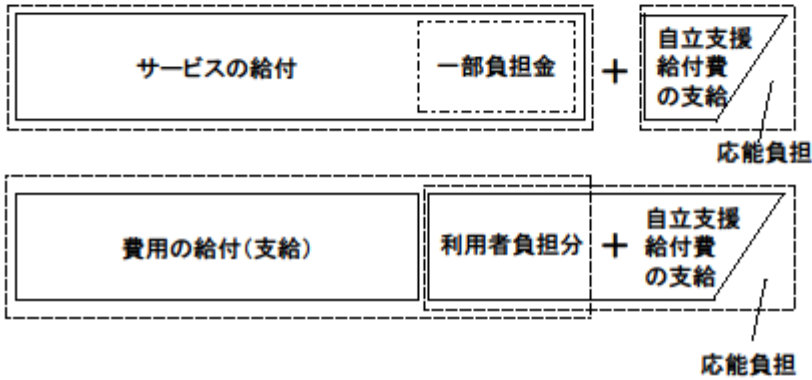
スローガンで振り回す政策～“分からない”と言う勇氣。具体的な方法論から考える。  
政策万能の幻想や強迫観念にとらわれた政策担当者や国民  
反省することをしない政策担当者／思い込まれた“善意”による政策の怖さ

[参考]サービスの給付と費用の給付の関係

①基本



②併給



③自立支援医療費の支給

