

5 介護保険(1)

— 基本的なしくみと被保険者、保険料、保険者 —

《本章の学習目標&ポイント》 本章では、ドイツや日本などで最近になって創設された、新しい第5の社会保険分野である介護保険を扱う。まず、その基本的な概念やしくみを学ぶとともに、被保険者の範囲、その保険料負担のルールと保険者、財政など、具体的な内容について学習する。介護保険は、老人医療と老人福祉のしくみを社会保険方式に再編成したものであると同時に、介護保険を参考にしながらすでに学んだ新たな後期高齢者医療制度が創設されているので、常に医療保険との比較を念頭に置きながら、その特徴と理由をしっかりと理解しよう。

《キーワード》 介護保険、要介護状態、(介護保険の)第1号被保険者、第2号被保険者、特定疾病、所得段階別定額保険料

1. 介護保険の基本的なしくみ

(1) 要介護と介護保険

1) 要介護という概念

これから学ぶ介護保険とは、そもそもどんなしくみののだろうか。第1章で学んだ社会保険という制度の概念を用いて説明すると、「要介護状態または要介護になるおそれのある状態(要支援状態)の発生を保険事故(リスク)とする社会保険の一分野」ということになる。それでは、要介護状態とは、どういう状態のことをいうのだろうか。要介護状態とは、一般に、「身体上または精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部または一部について、相

当程度の長期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態」ということができる。長期間とは一般に6ヶ月程度の期間をいい、また、常時介護を要する程度については、厚生労働省が定める5段階の区分によって決められている。

この概念から明らかな重要な点の1つは、身体上の病気や障害が原因のいわゆる寝たきりのような場合に限らず、精神上の病気や障害が原因のものも含むということである。代表的なものは認知症で、現在のところ根治できる治療法はなく、後期高齢者の増加とともに今後さらに大幅な患者の増加が見込まれる。介護や見守りに当たる家族の負担は寝たきりの場合以上に重く、これからの介護対策は、認知症対応モデルを中核に据えて考える必要があるとされている。

要介護状態は、多くの場合、病気や障害が原因となって生じるし、また、要介護者にはさまざまな基礎疾患があり、介護と並んで治療を要する場合も多い。このため、病気の治療に当たる医師や看護師との密接な連携が不可欠である。しかし、要介護そのものは、病気や障害の結果、24時間365日私たちが生きていくために不可欠な日常生活動作（ADL:Activities of Daily Living）が自分では十分にできず、他人の支援が必要な状態をいう。ここでは、医師や看護師のような医療職による支援が必要な場合もあるし、介護職や社会福祉士などの福祉職による生活支援も重要であり、両者の連携・協力が不可欠である。

また、要介護の定義にもあるように、障害という概念とも密接に関連するが、これとも視点や内容が異なることにも注意しよう。分かりやすい例を挙げると、聴覚の障害は私たちが日常生活を送る上で必要な情報の入手やコミュニケーションという視点からは重大な機能の障害であり、その障害をカバーするためのさまざまな支援が不可欠である。しかし、日常生活動作の制約がなければ要介護には該当しない。身体的な障害は

もちろん知的あるいは精神の障害は要介護に結びつく場合が多いが、この例からも分かるように、両者は別の概念であることを押さえておこう。

2) 介護保険

介護保険とは、上記のような要介護というリスクに備えて被保険者が保険料をあらかじめ納付し、リスクが現実が発生した場合に、あらかじめ定められた介護サービス等の保険給付が受けられるしくみである。この意味では、契約に基づき任意に加入する民間の介護保険も広くは対象に含まれる。現に、1980年代半ばに各保険会社から商品として売り出された。しかし、要介護というリスクは、疾病以上に高齢期、とりわけ後期高齢期に集中して発生するリスクであるため、若いときから加入する動機付けが弱く、かといって高齢期になってから加入しようとするすでにリスクが高いため、保険料負担が大きく、民間の介護保険は商品としてはそれほど広く普及しなかった。また、2000年からは40歳以上の国民を対象とした公的介護保険制度が実施されたこともあり、一般に介護保険という場合には、社会保険の一分野としての公的介護保険を指す場合が多く、本書でも特に断らない限りこの意味で用いることとする。

(2) 介護保険制度創設の背景と経緯

日本で高齢化の急速な進展に伴って介護問題が深刻な社会問題となり、国の政策課題として取り上げられ始めたのは1980年代後半からだ。当時の厚生省で初めて介護問題の検討会が設置されたのは、1989年の「介護対策検討会」が最初である。そして、同年4月に導入された消費税に対する国民の強い反発を受けて、12月には1990年代の10年間で飛躍的に高齢者サービスを拡大する内容を盛り込んだ「高齢者保健福祉推進十か年戦略（いわゆるゴールドプラン）」が政府によって策定された。

ここから明らかなように、この時期の政府の基本的な介護問題への対応は、消費税の導入と将来の税率引上げによって増加する税収を用いて、急速な高齢化の進展に対応した高齢者保健福祉サービスを拡充するという方向であった。しかし、細川連立政権下の1994年に突如打ち出された国民福祉税構想は、消費税率を7%に引き上げて福祉の目的税化するというものであったが、国民の強い反発にあってすぐに撤回された。

こうした経緯から、日本での消費税率引上げに対する国民の根強い反発を目の当たりにして、政府部内では新たな介護対策の構想の検討に入った。折しも、日本がかつて医療保険や年金のモデルとしたドイツで1994年に介護保険法が制定された動きもあり、同年に厚生省（当時）内に高齢者介護対策本部が設置され、学識者で構成される高齢者介護・自立支援システム研究会が介護保険の導入に向けた報告書を提出した。その後、厚生大臣の諮問機関である老人保健福祉審議会で介護保険の創設に向けた審議が進められ、政府内、関係団体等との調整を重ねた結果、1997年12月に介護保険法が成立し、長い準備期間を置いた後、2000年4月から全国で一斉に実施された。

（3）介護保険制度と新しい成年後見制度の創設

こうして介護保険制度の導入により、表5-1に掲げたように、それまで医療と福祉に分かれて異なったしくみで対応され、それぞれに問題を抱えていた高齢者の長期ケアが、ここに統合再編された。

これは特別養護老人ホームへの入所やデイサービス、ホームヘルパーの派遣などを担ってきた社会福祉のしくみから見ると、行政措置として税財源を用いて行われてきた要介護者の保護が、医療保険と同様に利用者とサービス提供者との間の契約を基礎として提供されるしくみに根本的に転換されたことを意味する。このため、介護保険の創設時のスロー

表 5-1 介護保険導入前の老人福祉と老人医療の比較

	社会福祉（老人福祉）	医療保険（老人医療）
サービス利用の性質	行政による措置	契約
利用者の選択	なし	自由（フリーアクセス）
サービス利用の必要性の判断	行政	本人と医療機関（医師）
公費による費用負担		
施設整備費	3/4 公費負担	原則的になし
運営費	全額公費負担（措置費）	国保等への国庫負担はあるものの原則として保険料財源
利用者負担	応能負担（所得に応じる）	応益負担（利用したサービスの定率）
サービス供給状況	不足	過剰（「社会的入院」）
専門職	福祉職（社会福祉士、介護福祉士）	医療職（医師、看護師等）

ガンは「措置から契約へ」と呼ばれ、その後の2000年の社会福祉基礎構造改革へとつながった。

この新たな流れは広く国民に受け入れられたが、その議論の過程で、認知症などで判断能力がない、あるいは制限された人たちは、サービス利用契約が締結できず、立派な制度を作ってもサービスが利用できないではないか、という問題が生じた。

その結果、明治時代にできた民法という、私人間の日常の法律関係を規律するもっとも基本的な法律の規定の中でもさらに基本となる人の行為能力制度と後見制度までもが見直されることとなった。そして、1999年に民法が改正され、家庭裁判所の監督の下で、判断力がない、あるいは不十分な人たちの判断を補い、あるいは代理するしくみとして、従来の利用しにくかった禁治産・準禁治産の制度に代わって、新しい成年後

見制度が創設され、介護保険と合わせて2000年4月から施行された。

この制度は、同じような改正が行われたドイツなどと比べてまだまだ利用が十分進んだとはいえないが、それでも毎年3万件を超える申立てが行われるなど、飛躍的に利用が進んでいる。介護保険の創設はこうした他の法律の根幹となるしくみの見直しも生み出してきているので、併せて学んでおこう。

2. 被保険者

介護保険の被保険者は、40歳以上の人で、次の2種類に分けられる。

第1号被保険者：市町村（特別区を含む。以下同じ）の区域内に住所を有する65歳以上の人

第2号被保険者：市町村の区域内に住所を有する40歳以上65歳未満の医療保険加入者

（1）第1号被保険者

市町村の区域内に住所を有する65歳以上的人是べて第1号被保険者とされる。医療保険と違って、介護を社会全体で支えあうという制度創設の理念から、生活保護受給者も加入する。その場合、まず、被保険者としては、標準的な人よりも減額された保険料を納付する必要があり、これは生活保護の生活扶助から支給され、本人の手を経ずに市町村に直接支払われる。

次に介護保険では要介護状態になって介護サービスを利用する際には、1割の利用者負担が生じる。そこで、介護保険法の制定の際に関連法の整備の一環として生活保護法が改正され、新たに介護扶助が創設された。1割の利用者負担はこの介護扶助から支給される。

(2) 第2号被保険者

第2号被保険者は、40歳以上65歳未満の人が対象だが、第1号被保険者と異なり、医療保険の加入者という条件がついている。これは第2号被保険者の負担する保険料の徴収は、市町村の事務負担を軽減するために被保険者が加入している医療保険の保険者が医療保険の保険料と一緒に徴収し、社会保険診療報酬支払基金を通じて各市町村に配分することとしたためだ。日本では国民皆保険制度を採用しているので、ほぼすべての人が対象になるが、生活保護受給者の人は対象から除外される。このため、これに該当する人が要介護になった場合には、生活保護の介護扶助から介護保険と同等の介護サービスが現物給付として支給される。

また、40歳以上の人が第2号被保険者として強制加入の対象とされたのは、介護保険法の目的である「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態」(第1条)となった場合に必要な介護サービスを給付し、その自立を支援するためである。したがって、第2号被保険者の場合には、加齢に伴う疾病として政令で定める特定疾病によって要介護になった場合に限り、介護保険からの給付を受けることができる。具体的には、次の16の疾患が対象になる。

①がん(医師が回復の見込みがないと判断したものに限る)、②関節リウマチ、③筋萎縮性側索硬化症(ALS)、④後縦靭帯骨化症、⑤骨折を伴う骨粗鬆症、⑥初老期における認知症、⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病、⑧脊髄小脳変性症、⑨脊柱管狭窄症、⑩早老症、⑪多系統萎縮症、⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症、⑬脳血管疾患、⑭閉塞性動脈硬化症、⑮慢性閉塞性肺疾患(COPD)、⑯両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

このような第1号被保険者と第2号被保険者の比較は次頁の表5-2の

表 5-2 第 1 号被保険者と第 2 号被保険者

	第 1 号被保険者	第 2 号被保険者
対象者	65 歳以上の人 (約 3200 万人)	40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者 (約 4250 万人)
受給者	・ 要介護者 (寝たきり)・ 認知症) ・ 要支援者	左のうち, 初老期認知症, 脳血管疾患など加齢に伴う疾患として指定された 16 の特定疾病が原因のもの
保険料負担	・ 所得段階別定額保険料	・ 健康保険: 標準報酬×介護保険料率 (事業主負担あり) ・ 国民健康保険: 所得割, 均等割など住所地の市町村の定める方法に按分 (国庫負担あり)
賦課・徴収方法	・ 年額 18 万円以上の年金については年金保険者が源泉徴収で年金から天引きして市町村に納入 (特別徴収) ・ それ以外は市町村が徴収	医療保険の保険者が医療保険料と一緒に徴収し, 社会保険診療報酬支払基金を通じて市町村に納付

(注) 被保険者の人数は, 平成 25 年度介護保険事業状況報告 (年報等) による。

とおりである。

3. 保険者

介護保険はごく最近になって一挙に創設された制度であり, 医療保険のように長い歴史の中で, 職場を中心に徐々にグループごとに保険集団が形成されるというプロセスを辿らなかったため, 制度は 1 つで, 保険者も単一である。また, 主な対象者が高齢者であり, すでに退職している人たちがほとんどであるため, 職場単位でカバーするには適さず, 地域単位で構成するのが適当である。このような理由から, 保険者は地域で住民にもっとも身近な基礎自治体である市町村とされた。

ただし, 法案をまとめる段階では, 保険者をどこにするかという点は

調整が難航し、最後までもめた。とりわけ規模が小さく高齢化も進み行財政能力が低い町村が独自に保険者として運営できるのか危惧された。そして運営した場合にすでに国民健康保険で経験してきたように毎年赤字が出て市町村の一般会計の中から穴埋めしなければならないような事態になるのではないかと、という懸念が市町村には強かった。

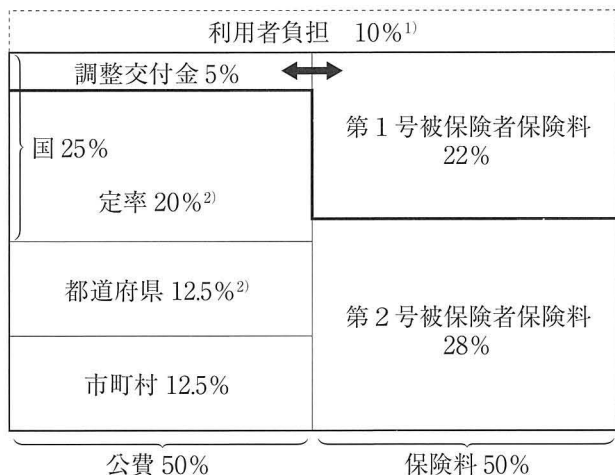
しかしながら、1980年代以降、保健・医療・福祉のいずれの公的サービス領域においても、住民にもっとも身近な基礎自治体である市町村に権限と責任を移管しここに集約する大きな流れがあったため、いわばそれらの総合化ともいべき介護保険については、保険者を市町村とするのが最適だという判断に落ち着いた。ただし、まったく新たな制度の行財政の実施責任を負うことに対する市町村の不安や負担には十分配慮し、国や都道府県、そして年金と医療保険の保険者も応分の財政的負担や運営への協力を行うこととされた。

4. 介護保険の財政

(1) 介護保険の財政のしくみ

新たに制定された介護保険制度は、従来の老人保健法に基づく老人医療制度のうちの主に長期療養にかかる部分と老人福祉制度を統合再編したものだ。そして社会保険方式を採用したところからも予想できるように、基本的には老人医療制度を骨格としている。その財政の基本的なしくみは次頁の図5-1のとおりで、利用者の自己負担は原則として1割とし、9割分の保険からの給付費の50%を保険料で、50%を公費でまかなうしくみになっている。

公費負担のうち、25%分は国が負担し、そのうちの20%分は定率負担、5%は調整交付金とし、残りを都道府県と市町村が12.5%ずつ負担している。ただし、施設サービスの費用については、国の定率負担は



- (注) 1. 一定所得以上の者は利用者負担が20%となる。
 2. 施設等給付については、国：15%，都道府県：17.5%となる。

図5-1 介護保険の財政

15%で、その分、都道府県の負担は17.5%となっている。

保険料は、第1号被保険者と第2号被保険者の1人当たりの負担額が同じになるように3年ごとの事業計画の見直しのつど、被保険者数に応じて決められる。このルールは、今後少子高齢化がさらに進展していても、その負担増を現役世代の第2号被保険者だけが負担するのではなく、高齢者も同じように負担を担いあつていこうという考えだ。実際にも、表5-3のように事業計画の見直しのつど、第1号被保険者の人数の増加に伴ってこのグループが全体で負担する割合が増加している。

このような全体の構成割合は基本的にどの市町村でも変わらないが、国の負担分のうちの5%の調整交付金は、市町村間の構造的な格差を埋めるためのもので、各市町村の第1号被保険者に占める75歳以上の後期高齢者の割合と第1号被保険者の所得水準に応じて増減される。そうし

表 5-3 第1号被保険者と第2号被保険者の負担割合の推移

事業計画	第1号被保険者の負担割合	第2号被保険者の負担割合
第1期 (2000～2002年)	17%	33%
第2期 (2003～2005年)	18%	32%
第3期 (2006～2008年)	19%	31%
第4期 (2009～2011年)	20%	30%
第5期 (2012～2014年)	21%	29%
第6期 (2015～2017年)	22%	28%

てその分、第1号被保険者の保険料で賄う比率が増減されるしくみになっている。

例えば、高齢化が進み要介護者が多く所得の低い市町村に対しては、5%ではなく8%の調整交付金が交付されるとする。そうすると、その市町村の第1号被保険者の負担する保険料で賄わなければならない費用は、22%ではなく19%ですむ。逆に高齢者が少なく所得の高い市町村に対しては5%ではなく2%しか交付されないと、その市町村の第1号被保険者の保険料で賄う費用は22%ではなく25%ということになる。

こうして、全国の市町村間の後期高齢者の比率と所得水準という、介護保険財政の収支両面での構造的な格差については国が調整を行い、そこから先は各市町村が責任を持って制度の設計と運用ができるような工夫がなされている。

(2) 保険料

1) 第1号被保険者の保険料

第1号被保険者の保険料は、所得段階別定額保険料といって、次頁の図5-2のとおり、所得に応じて9つの段階に分かれている。そしてその第5段階を1としたときに、一番所得の低い第1段階は0.5、第2段階と

第3段階は0.75、第4段階は0.9と低く押さえられ、逆に所得が高くなるにつれて、第6段階は1.2、第7段階は1.3、第8段階は1.5、第9段階は1.7とされている。

さらに、社会保障と税の一体改革により消費税率が引き上げられたことと関連して、世帯全員が市町村民税非課税の第1段階から第3段階までの低所得者の保険料負担に対して、給付費の5割の公費負担とは別枠で公費を投入し、保険料負担をさらに軽減することとされた。ただし、消費税率の8%から10%への引上げが2017年4月に延期されたため、当面は第1段階について0.45%への軽減措置にとどめられ、消費税率の10%への引上げの時期に合わせて第2弾が実施されることになっている。

具体的な保険料負担の水準は、2015年度から2017年度までの第6期事業計画では、全国平均で5,514円となっている。保険料徴収は、年額18万円(1.5万円/月)以上の年金受給者については、特別徴収により年金から天引きし、年金保険者から各市町村に交付される。これも各市町村の徴収事務の負担を軽減するための工夫の一つだ。

2) 第2号被保険者の保険料

第2号被保険者の介護保険料は、医療保険の保険者が医療保険料と合わせて徴収し、社会保険診療報酬支払基金を通じて各市町村に交付される。具体的には、第2号被保険者の人数に応じて納付すべき総額が各医療保険の保険者に通知され、各保険者では、その費用をそれぞれの医療保険の保険料負担のルールに従って各被保険者に割り振る形で保険料を決め、徴収する。したがって、健康保険や共済組合などの被用者保険では、被保険者本人と被扶養家族を含めた介護保険の加入者の人数分の費用を報酬比例保険料により徴収し、被保険者本人と事業主が折半負担する。国民健康保険の被保険者の場合には、各市町村が採用する応能割と

応益割の計算方式に合わせて介護保険の保険料も徴収する。

したがって、各医療保険の保険者によってその負担のルールや負担額は異なるが、協会けんぽでみると保険料率は1.58%（2015年度）の水準になっている。

このように、第2号被保険者の保険料の徴収については、医療保険者が協力することにより各市町村の事務負担の軽減を図っている。

演習問題

1. 要介護状態とはどういう状態か、説明してみよう。
2. 介護保険の2種類の被保険者の定義と、それぞれの特徴を比較してみよう。
3. 介護保険の財政について、各市町村の後期高齢者の割合などの格差を調整するしくみも含め、説明してみよう。

参考文献

厚生省高齢者介護対策本部事務局監修『高齢者介護保険制度の創設について—国民の議論を深めるために』ぎょうせい、1996年

堤修三『介護保険の意味論—制度の本質から介護保険のこれからを考える』中央法規出版、2010年