

【補遺】

『新現代社会保障入門』

〔第3版〕

（二〇〇七年三月）

◆第2編第2章「介護保険」の補遺

本書第2編第2章「介護保険」の記述は、介護保険制度第二期にあたる二〇〇三年度時点の内容であり、その後一部に変更があることに留意されたい。主要な変更点は、①二〇〇四年一月、「痴呆症」が「認知症」と改められたこと（法令上は二〇〇五年介護保険法改正による）、②介護報酬は三年ごとに見直されていること（二〇〇六年度以降の一覧は www.city.iwabashi.tokyo.jp/kaigo/housyuhm 等を参照）、③介護保険財政の負担区分についても三年ごとに見直され、二〇〇六年度以降、第一号被保険者の保険料負担は総額の一九%となったこと、等があげられる。さらに、二〇〇五年には、介護保険法改正が行われ、以下に述べるような大きな改革が行われた。

二〇〇五年介護保険改正の概要

介護保険法は、附則第二条で施行五年を目途に、制度の見直しを図ることを規定しており、厚生労働省は施行五年の成果と課題を検討していたが、二〇〇五年二月に介護保険法改正案が国会に提出され、同年六月二二日に成立した。改正内容は多岐にわたっているが、①予防重視システムの確立、②施設給付の見直し、③新たなサービス体系の確立、④サービスの質の確保・向上、⑤負担のあり方・制度運営の見直し、の五点にまとめられる。施設給付については二〇〇五年一〇月施行、それ以外は二〇〇六年四月施行となった。

予防重視システムの重視

制度施行以降、要介護認定者は増大し続けたが、特に要支援・要介護1の軽度者の伸びが大きく、認定者の半分を占めるに至った。軽度者は、転倒・骨折・関節疾患等により、徐々に生活機能が低下していく「廃用症候群（生活不活発病）」が進行するおそれがない。

これに対して、二〇〇五年改正では、出来る限り要支援・要介護状態にならない、あるいは重度化しないように、「介護予防」という観点から、新予防給付の創設、地域支援事業の創設が行われた。なお、体制が整わない市町村については、最大二年の延期ができることとされている。

新予防給付の新設

新予防給付の給付範囲は、認定システムを見直し、要支援を要支援1、要介護1を要支援2と要介護1に再編成し、要支援1・2について給付対象とすることとした。新予防給付のケアマネジメントと予防プラン作成は、後述する地域包括支援センターの業務とされ、ケアマネジャーへの委託は実質上八ヶースまでという制限がされている。また、支給限度額も見直され、要支援1は四九七〇単位、要支援2が一〇四〇〇単位に改められた。介護予防サービスは、従来の在宅サービス名に介護予防を冠した一五種類が用意されているが、実際に利用される通所系サービスと訪問介護がほとんどとなっている。

介護予防通所介護・介護予防通所リハビリにおいては、共通的サービス（高齢者預かり）と選択的サービス（運動器の機能向上・栄養改善、口腔機能向上）の二階建てサービスとされ、介護報酬も月単位の定額制に改められた。なお、予防的サービスを提供できない事業者は選択的サービスを「アクティビティ」とすることもできる。また、「事業所評価」を導入し、予防効果のあった事業所については介護報酬を上乗せすることとなった。

予防訪問介護については、利用ケースの厳格化、介護報酬の月単位の定額化が行われ、福祉用具貸与についても、要介護1を含めて、特殊寝台、車椅子等が原則として給付対象から除外された。

地域支援事業の新設

要支援・要介護状態になる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から、市町村が実施する「地域支援事業」が創設された。主な事業内容は、①介護予防

事業——要支援・要介護になるおそれの高い高齢者（「特定高齢者」と呼び、高齢人口の概ね5%程度とされる）を対象に、介護予防事業（運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上、閉じこもり予防・支援、認知症予防・支援、うつ予防・支援）を実施、②包括的支援事業——総合相談事業、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメント事業、介護予防ケアマネジメント事業、③任意事業——介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業等とされている。

地域支援事業の財源は、介護予防事業については、国25%・都道府県12.5%、市町村12.5%、第一号保険料19%、第二号保険料32%、包括的支援事業・任意事業については国40.5%・都道府県20.25%、市町村20.25%、第一号保険料19%とされ、予算総額は介護給付費の30%以内（2006年度20%以内、2007年度は23%以内）とされている。

施設給付の見直し

従来、介護保険施設の居住費、食費は保険給付に含まれ、利用者は食事の材料費相当分のみを負担するものとされていた。しかし、在宅の場合は、当然これらは自己負担となり、不均衡な給付となっていた。また、居住費、食費のような基礎的な生活費用は年金制度でカバーされており、重複した保険給付となっているため、その調整が必要となっていた。なお、欧米諸国においては、基本的にこれらの費用は自己負担である。

二〇〇五年改正では、こうした観点から施設入所・短期入所利用者についての、居住費と食費は自己負担とされ、その額については居住環境別に基準費用額が示されているものの、基本的には利用者と施設の契約によって決定されるものとなった。なお、多床室については居住費を徴収せず、光熱水費相当分のみとされている。ただし、低所得者施策として、所得に応じて負担限度額を設定し、過重な負担とならないよう「補足給付」制度を新設した。この結果、施設入所者の負担は、表1のように変化することとなった。かなり手厚い低所得者施策であり、収入が国民年金のみの高齢者は、従前よりも負担額は減少している。

5 補 遺

表 1 施設入所者の負担の変化

利用者負担段階 (対象者の例)	補足給付の対象者			
	第 1 段階 (生活保護受給者)	第 2 段階 (年金80万円以下)	第 3 段階 (年金80万円超266万円以下)	第 4 段階 (年金266万円超)
特養多床室のケース 利用者負担計	月 2.5万円 (現行と同じ)	月 3.7万円 (負担を軽減)	月 5.5万円 (負担上昇を抑制)	月 8.1万円
従来の負担額	2.5万円	4.0万円	4.0万円	5.6万円

新たなサービス体系の確立

改正介護保険法では、第一条の目的規定において、要介護高齢者等の「尊厳の保持」が新たに規定され、出来る限り住み慣れた地域で生活が継続できるよう「地域密着型サービス」の創設や「居住系サービス」の充実等が行われ、サービス体系が見直されるとともに、「地域包括支援センター」の設置等による「地域包括ケア体制」の整備が目指された。

地域密着型サービスは、小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護が新たに創設されたほか、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、認知症対応型通所介護、定員三〇人未満の特別養護老人ホーム・介護専用型特定施設が含まれる。指定権限は市町村に移譲され、当該市町村の住民のみが利用できる（当該市町村の同意を得た上で他市町村が指定する場合は、他の市町村の住民も利用可能）。市町村あるいは生活圏域ごとに計画的に整備するものとされ、指定または指定拒否、指定基準、報酬設定については、地域住民、高齢者、経営者、保健・医療・福祉関係者が関与して、公平・公正透明な運営を図るものとされている。

居住系サービスの充実については、特定施設の対象を拡大、一定の居住水準等を満たす「高齢者専用賃貸住宅」も対象としたほか、「外部サービス利用型特定施設入居者生活介護」を創設するとともに、有料老人ホームの定義を見直し、情報開示や一時金保全措置の義務化を規定した。

さらに、高齢者が住み慣れた地域で尊厳のある生活を継続することができるよう、ニーズや状態の変化に応じて必要なサービスを切れ目なく提供される「包括的かつ継続的なサービス体制」を目指すために、「地域包括ケア体制」という考え方を打

ち出し、その中核機関として「地域包括支援センター」の創設を行った。地域包括支援センターは、公正・中立な立場から、①総合相談支援、②虐待の早期発見・防止などの権利擁護、③包括的・継続的ケアマネジメント支援、④介護予防ケアマネジメントの四つの機能を担うものとされている。市町村ごとに担当エリア（生活圏域）を設定し、保健師・主任ケアマネジャー、社会福祉士の三つの専門職またはこれらに準じる者を配置する。当面、高齢者三〇〇〇〇六〇〇〇人ごとに三人の専門職を配置するものとされている。運営主体は市町村であるが、在宅介護支援センターの運営法人等に委託することもできる。設置運営については、市町村が事務局となり、地域のサービス事業者、関係団体、被保険者代表等により構成される「地域包括支援センター運営協議会」が関与する。このほか、中重度者への支援強化として、「療養型通所介護」の創設、若年認知症ケアの充実、第二号被保険者の末期ガンへの給付等が行われた。

サービスの質の確保・向上

介護保険サービスが利用者に適切かつ円滑に選択され、利用されるよう、事業者・施設に対して必要な情報の公開を義務づける仕組みが導入され、サービスの専門性と生活環境の向上を図るため、訪問介護においては介護福祉士への移行を目指した「介護職員基礎研修」の導入、施設についてはユニットケアや身体拘束の廃止の推進等が行われた。また、事業者規制も見直され、指定の欠格事由・指定取消要件の追加、指定の更新制、勧告・命令等の追加が行われた。

負担のあり方・制度運営の見直し

第一号被保険者の保険料は所得に応じた段階保険料額となっているが、二〇〇六年度より第二段階を細分化し、年金収入八〇万円以下については、より低い保険料額とされた。また、これまで普通徴収であった遺族年金・障害年金についても特別徴収（年金からの天引き）となった。

費用負担割合については、介護保険施設と特定施設に係る給付費について、国と都道府県の負担割合が見直され、国が二〇％、都道府県が一七・五％とされた。

介護型療養病床の廃止

介護保険改正の後、二〇〇六年に医療制度改革法が成立し、療養病床の再編が決定された。療養病床は、この時点で医療保険適用二五万床、介護保険適用一三万床の三八万床が存在しているが、これを二〇一四年三月末までに医療保険適用の療養病床一五万床を残し、介護保険適用の療養病床は廃止されることとなり、二三万床については、老人保健施設や有料老人ホーム、在宅医療拠点に移行することが求められた。これを計画的に実施するため、二〇〇七年度中に国が「地域ケア整備指針（仮称）」を策定し、これを踏まえて、都道府県が「地域ケア体制整備構想（仮称）」を策定していくことが予定されている。

〔池田 省三〕

◆第2編第6章「社会福祉」の補遺

本書第2編第6章「社会福祉」の記述は、二〇〇五年三月発行以来、その記述内容に修正を加えていないため、その後改正された障害者自立支援法について以下概説をする。

障害者自立支援法の制定の背景と改革のポイント

障害者自立支援法（平成一七年法律一二三号、以下法という）は、（旧）支援費制度の改革を目的として制定された。

（旧）支援費制度は社会福祉基礎構造改革の一環として、二〇〇三年四月から、措置制度に代わる直接契約方

式を導入したものであった。ところが、この直接契約方式は障害者が地域で普通に暮らすために必要なサービス基盤を十分に整備しないまま、開始されたこともあって、施行後二年でたちまち、サービス利用における大きな地域格差と障害種別ごとの格差、支援費の予算不足といった問題にぶつかった。

こうした問題を招いた様々な要因のうち法制度上の構造的な要因を挙げれば、①支援費の支給要否決定に関する全国共通の基準（障害程度区分の判定基準等）が整備されていなかったこと、②地域におけるサービス提供体制の格差を縮め、また市町村の財政力の格差を埋め、そしてサービス利用における地域間の格差を緩和するという方策が備わっていなかったこと、③精神障害者は支援費制度にすら入っていないなど、障害種別ごとに、様々な不整合を残したままであったこと、そして④障害のある人が様々な職場で働けるよう、生活支援と就労支援を一体として行う体制も整備されていなかったことなど、にあった。

そこで、改革の主要ポイントは、①三分野（身体障害、知的障害、精神障害）の自立支援を目的とした福祉サービスを一元化すること、②支援の必要度に応じてサービスを公平に利用できるよう、利用に関する手続きや基準を明確化、透明化すること、③これまでのサービス体系の再編と新たなサービス体系を創出すること、④就労支援施策を強化すること、⑤利用したサービスの量等に応じた定率負担原則を導入すること、とされた。以下その主要点について補足を加えよう。

障害福祉サービスの一元化

これまで障害者福祉は身体障害、知的障害、精神障害の三分野でそれぞれ独自に取り組まれてきた。二〇〇三年の支援費制度の導入においても、前述のとおり、身体障害と知的障害のサービスは一元化されたが、精神障害分野は除外され、別々の制度のままであった。その理由の一つは、精神障害分野は、保健医療との関連が強く、他の二障害との違いが大きかったことにあと考えられる。本法は障害の種類にかかわらず（法一条、四条一項等参照）、自立支援を目的とした共通のサービスは共通の制度により提供することを実現したものととして、評価

される。ただし、それぞれの障害分野の専門性を軽視せず、その障害特性を障害程度区分、サービスの方法等に反映していくことも今後の課題として求められるであろう。

市町村による支給決定の明確化

支給決定の手続きやニーズ判定基準の透明化・明確化を図るために、第一に、障害福祉サービスの個別給付については、支援の必要度（障害程度区分）に関する客観的な尺度を設定すること（法二二条等参照）、第二に、サービスの長時間利用のケース等については、市町村は住民に対する説明責任を果たせるよう審査会を設置して意見を求めることができること（法二二条二項、三項）、第三に、ニーズに即して支援を効果的に実施するための仕組み（ケアマネジメント）を制度化すること（法五条一七項、三三二条一項）、とされた（図1、図2参照）。

ただし、市町村は支給要否決定にあたって、障害者等の障害程度区分のほか、障害者の介護者の状況、障害者等または障害児の保護者のサービス利用の意向、その他の省令で定める事項を勘案して決定する（法二二条一項）とされているから、市町村には支給要否決定にあたって、なおかなり広い裁量権限が付与されている。

障害程度区分の判定から支給要否決定までの流れにおいて、注意を要する点は、①障害程度区分の判定の段階では障害者本人の意欲を考慮に入れることなく、障害者の心身の状況だけで判定されること、②支給要否決定の段階では、社会活動、介護者・居住等の状況、サービス利用の意向等を加味して決定されること、③支給量は障害者ごとに個別に上限が設定され、介護保険制度のように要介護度の区分ごとに上限が設定されるのではないこと、である。

サービス体系の再編と新たなサービス体系の創出

これまでのサービス体系である在宅サービス、施設サービスといった分類から、本法では、介護給付、訓練等

給付、地域生活支援事業という給付内容による新しい体系に移行する（法六条、七七条等参照）。こうした施策のなかでも、精神科病院の長期入院の解消・退院促進、入所施設から地域移行への支援、そのための地域生活支援の拡充が大きな柱とされる。

今後、新しい体系のもとで、障害者の生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、地域生活支援事業、地域居住資源（ケアホーム、グループホームなど）について、どのように充実させていくかが課題とされている。

定率負担原則の導入

費用負担面における改革のポイントは、主として次の二点である。

第一に利用者負担について、利用したサービスの量等に応じた定率負担方式を導入したこと、すなわち従来の応能負担方式を改めて、定率（原則として一割）を負担する方式へ改めたこと（法二九条三項等参照）、である。第二に公費負担について、国の財政責任を明確化したこと、すなわち、これまで在宅サービスの費用について国が予算の範囲内で補助する仕組みにとどまっていたものも含めて、障害者福祉サービスの費用を国が義務的に負担する仕組みに改めたことである（法九五条一項）。

しかし、定率（原則一割）負担への転換は、各種の軽減措置を伴うとはいえ、一挙に著しい負担増を低所得の障害者に課するものであり、なによりも障害の程度が重いほど重い負担を強いるものであることは明らかである。このためサービス利用を控えざるを得ない事例も生じている。経過的な激変緩和の措置がとられることとされているが、今後とも、障害者の所得水準に照らして適切な月額負担上限のあり方、補足給付のあり方、そして障害者の所得保障制度の見直し等が引き続き求められる。

11 補 遺

図1 支給決定について

(第22条第1項関係)

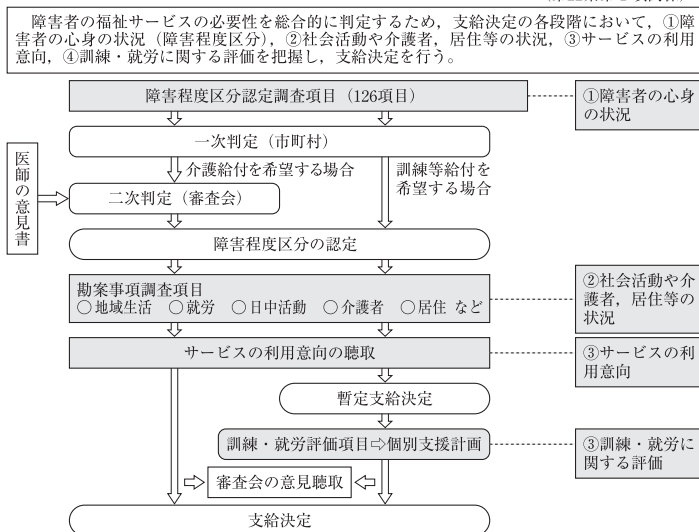
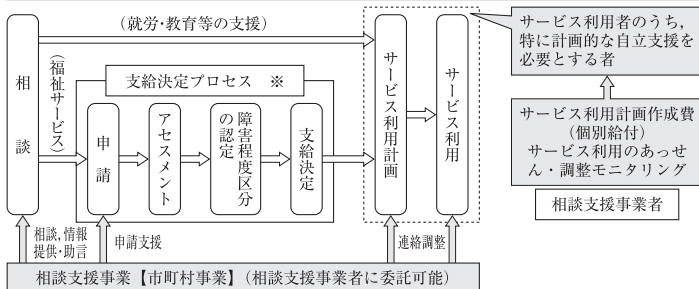


図2 相談支援事業とサービス利用計画作成費について

新制度では、

- 一人一人の利用者が、必要に応じて支援を受けられるよう、市町村の必須事業(地域生活支援事業)として相談支援事業を位置づけ、これを相談支援事業者に委託できるようにする。(第77条第1項第1号)
- 特に計画的な支援を必要とする者を対象として、サービス利用のあっせん・調整などを行うための給付(サービス利用計画作成費)を制度化。(第32条第1項)



(備考) ※ 支給決定事務の一部(アセスメント等)について、市町村から相談支援事業者へ委託可能。

(出所) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「障害者自立支援法による改革」2005年。

