

## 介護保険の年齢区分に関する考察

増田 雅暢\*

---

### 要 約

日本の介護保険の被保険者は、40歳以上の者とされている。さらに、65歳以上の者（第1号被保険者）と40～64歳の者（第2号被保険者）に分けている。第2号被保険者は、第1号被保険者に比べて、保険給付の受給権が大きく制約されている。また、40歳未満の者は、介護保険の対象外になっており、介護サービスが必要な場合は、障害者福祉制度から支給される。ドイツや韓国の介護保険制度では、被保険者の範囲について年齢区分はない。なぜ日本では、介護保険の被保険者の範囲に年齢区分が設けられたのか。制度実施後、その見直しが議論されたが、結局、被保険者の範囲の拡大は見送られた。介護保険の年齢区分に関して、政府の審議会などにおけるこれまでの議論を整理しつつ、介護保険の持続可能性の確保や介護の普遍化の観点から、被保険者の範囲を40歳未満に拡大することが必要であることを提言する。

キーワード：被保険者の年齢区分、介護保険と障害者福祉との関係

社会保障研究 2022, vol.7, no.1, pp.54-67.

---

### I はじめに

社会保険は被保険者を強制加入させるため、法律において被保険者の範囲を明確に定めている。例えば、健康保険制度であれば、健康保険法に基づき、「健康保険の適用事業所に使用される者」と規定される（同法第3条）。国民年金制度であれば、国民年金法に基づき、「日本国内に住所を有する20歳以上60歳未満の者であって厚生年金被保険者やその配偶者でない者」と規定される（同法第7条）。

介護保険制度では、介護保険法に基づき、被保

険者は、65歳以上の者（第1号被保険者）と、40歳以上65歳未満の者（第2号被保険者）に規定される（同法第9条）。年齢によって2種類の被保険者に区分しているが、40歳未満の者は被保険者にはならない。また、第1号被保険者と第2号被保険者の間では、保険給付の受給権の範囲等で相違がある。

なぜ介護保険制度では、被保険者の範囲に年齢区分を導入したのだろうか。また、年齢区分を導入するにしても「40歳以上」とした理由はどのようなものだろうか。40歳未満でも介護が必要となる状態になる場合があるが、そのようなリスクにはどう対応するのだろうか。被保険者の間で、保険給付の受給権に差を設けたのはなぜだろうか。

---

\* 東京通信大学人間福祉学部 教授

ドイツや韓国の介護保険制度では、被保険者の範囲について年齢区分は設けていないのに、なぜ日本では年齢区分を導入したのか。

本稿ではこうした疑問に答えるために、被保険者の範囲を「40歳以上」としたことについての制度創設時の議論をふり返るとともに、制度実施後の2005年から2006年にかけて行われた見直し議論の経緯や内容を整理する。また、介護保険と障害者福祉との関係、ドイツや韓国の介護保険制度における被保険者の範囲などについて解説する。最後に、「介護保険の持続可能性の確保」や「介護の普遍化の徹底」という観点から、年齢区分を見直して被保険者の範囲の拡大を提言する。

## II 介護保険の被保険者・受給者の年齢区分

### 1 2種類の被保険者区分

介護保険法第9条では、被保険者を次の2種類に区分している。

①市町村の区域内に住所を有する65歳以上の者（第1号被保険者）

②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（第2号被保険者）

40歳以上の者を被保険者とし、さらに年齢により第1号被保険者と第2号被保険者に分けている。なお、第2号被保険者について医療保険加入者という制限をしているのは、第2号被保険者の介護保険料は医療保険者が徴収するという仕組みをとっていることによる。国民皆保険の日本では、40歳以上65歳未満のほぼすべての者は医療保険加入者であり、例外的に生活保護の被保護者などわずかの者が第2号被保険者の対象外になる。

40歳以上の者を被保険者とした理由について、厚生省では、①40歳以上になれば、初老期認知症や脳卒中による介護ニーズの発生の可能性が高く

なること、②自らの親も介護を要する状態になる可能性が高くなることから介護保険制度の創設によりその負担が軽減されることになること等を勘案したもの、と説明している<sup>1)</sup>。言い換えれば、40歳以上になれば老化（加齢）に伴う介護ニーズが生じる可能性があるとともに、親の介護負担の軽減という介護保険からの受益があるからという理由である。

第2号被保険者の存在は、介護保険の財政面において極めて重要である。もし、被保険者を65歳以上の高齢者のみとすると、高齢者の保険料負担が大きなものになるので、それを緩和する必要がある。そこで、世代間連帯や社会的扶養の考えを持ち出して、第2号被保険者を設定し保険料負担を求める。第2号被保険者は、「介護保険の支え手」としての存在意義がある。

受給権者についてであるが、介護保険給付の受給権者になるためには、介護保険法に定める要支援者または要介護者に認定される必要がある。第1号被保険者の場合は、原因を問わず、要支援・要介護状態になれば保険給付を受けることができる。一方、第2号被保険者の場合は、「その要支援（要介護）状態の原因である身体上または精神上の障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であって政令で定めるもの（特定疾病）によって生じたもの」（介護保険法第7条第3項・第4項）に限定される。特定疾病は、政令により、初老期認知症ほか15の疾病が指定されている<sup>2)</sup>。

第2号被保険者の保険給付の要件が特定疾病に起因する要支援・要介護状態に限定されているのは、そもそも介護保険制度が、介護保険法第1条の目的規定<sup>3)</sup>にあるとおり、加齢に伴う介護ニーズに適切に応えることを目的としているから、と説明される。このことは、介護保険法による介護保険は、実際上は「高齢者介護保険」であることを

<sup>1)</sup> 厚生省（1996）126頁。

<sup>2)</sup> 特定疾病の選定基準や具体的な候補疾病については、1997年2月以降、厚生省の「要介護認定における特定疾病に関する研究会」で検討が進められ、1998年5月11日に報告書がまとめられた。この内容に基づき、施行令に15の疾病が特定疾病として規定された。2006年4月に末期がんが追加された。

<sup>3)</sup> 介護保険法第1条は、「この法律は、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となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について（以下略）」と規定する。

意味している。

2 第1号被保険者と第2号被保険者の相違

第1号被保険者と第2号被保険者は、年齢による相違だけではなく、保険給付の受給権の範囲、保険料の賦課徴収方法など、さまざまな相違がある。表1で、第1号被保険者と第2号被保険者の相違を整理している。

被保険者数でみると、第1号被保険者数は3,555万人（2020年3月末）、第2号被保険者数は4,193万人（2019年度の平均値）と、第2号被保険者数の方が多い。しかし、要支援・要介護者になるためにはその原因が特定疾病に限定されているため、第2号被保険者の要支援・要介護者数は、第1号被保険者に比べて格段に少ない。2020年3月末現在で、要支援・要介護者数は、第1号被保険者656万人に対し、第2号被保険者は13万人と全体の2%足らずである。居宅サービス受給者数をみると、2019年度延べ人数では、第1号被保険者4,507万人に対し、第2号被保険者は102万人となっている<sup>4)</sup>。

第2号被保険者は、1人当たり保険料では第1号被保険者とほぼ同水準の保険料を負担しているにもかかわらず、保険給付面での受益は極めて少ない。第2号被保険者の保険料は、負担の見返りがほとんどないため、事実上の賦課金になっていると言わざるを得ない。こうした第2号被保険者の受給権の範囲が狭いことについては、後述するよ

表1 介護保険制度における被保険者

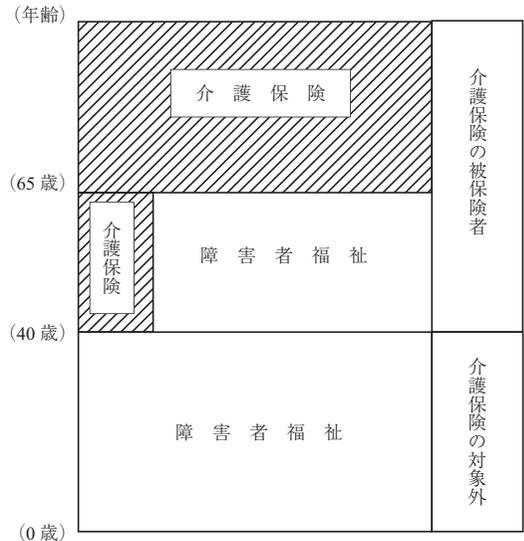
	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上の者	40歳以上65歳未満の医療保険加入者
受給権者	要介護者 要支援者	左のうち、初老期認知症、脳血管疾患等の老化に起因する疾病（特定疾病）によるもの
保険料徴収者	市町村が徴収	医療保険者が医療保険料として徴収し、納付金として一括して納付
保険料の賦課・徴収方法	所得段階別定額保険料（低所得者の負担軽減） 年金額一定以上は年金天引き	健保：標準報酬×介護保険料率（事業主負担あり） 国保：所得割、均等割り等に案分（国庫負担あり）

出典：筆者作成。

うに、被保険者・受給者の範囲の見直しの際の課題となっている。

第2号被保険者が特定疾病以外の原因により要介護状態（要支援を含む。以下同じ）となったときは、障害者福祉制度で対応することになる。例えば、交通事故が原因で要介護状態となったとき、第1号被保険者であれば介護保険が適用されるが、第2号被保険者の場合は介護保険ではなく、障害者福祉制度が適用される。さらに40歳未満の者の場合は、介護保険の対象外であるので、障害者福祉制度のみの対応となる。

介護保険と障害者福祉の適用関係について年齢区分で整理すると、図1のとおりである。要介護者に対して、0歳から40歳未満までは障害者福祉制度、40歳以上65歳未満の者の場合、特定疾病に起因する要介護状態の場合は介護保険からの給付、それ以外は障害者福祉制度、65歳以上の場合には介護保険の対応となる。なお、介護保険制度と



注：40歳以上65歳未満の者の場合は、特定疾病に起因する要支援・要介護状態の場合、介護保険の適用となる。介護保険制度と障害者福祉制度において同じ介護サービスを利用できる場合は、原則として介護保険からの給付が障害者福祉に優先する。

図1 介護保険と障害者福祉の適用関係

<sup>4)</sup> これらの数値については、「令和元年度介護保険事業報告」（厚生労働省）による。

障害者福祉制度で共通の介護サービスがある場合は、介護保険制度からの給付が障害者福祉制度に優先する（障害者総合支援法第7条）。したがって、例えば障害者が65歳以上になって訪問介護を受ける場合、介護保険から給付を受けることになる。

### Ⅲ 制度創設時の議論

介護保険制度の被保険者や受給者の範囲についてどのような経緯で決定され、その後、どのような検討が行われてきたのか、その経緯や検討内容について振り返る。表2は、制度創設時から介護保険法の制定、介護保険制度実施後の見直し等について、時系列で主な事柄を整理したものである。

制度創設時の議論としては、まず、厚生省内部

表2 介護保険の被保険者・受給者をめぐる経緯

1994年4月	厚生省内に高齢者介護対策本部を設置
1995年12月	老人保健福祉審議会（制度分科会からの報告）
1996年4月	老人保健福祉審議会の最終報告
1996年5月	老人保健福祉審議会に「介護保険制度案大綱」の諮問・答申
1996年11月	国会に介護保険法案を提出
1997年12月	国会で介護保険法案が可決・成立
2000年4月	介護保険法の施行（介護保険制度の実施） 社会福祉法等の制定（社会福祉基礎構造改革）
2003年4月	障害者支援費制度の実施
2004年7月	社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」
2004年12月	社会保障審議会介護保険部会「被保険者・受給者の範囲」の拡大に関する意見
2005年6月	介護保険法の一部改正法が可決・成立
2005年10月	障害者自立支援法が国会で可決・成立
2006年4月	障害者自立支援法の施行
2007年5月	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「介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する中間報告」
2009年9月	民主党を中心とする連立政権（鳩山内閣）の誕生
2010年12月	障害者自立支援法の一部改正
2012年6月	障害者総合支援法が国会で可決・成立
2013年4月	障害者総合支援法の施行

注：障害者総合支援法とは、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」の略称。

における検討があり、続いて、厚生省老人保健福祉審議会（以下「老健審」という）における検討、最後に厚生省における介護保険制度大綱案および介護保険法案の作成がある。

#### (1) 厚生省内部における検討

介護保険制度創設に検討を進めるために、1994年4月、厚生省<sup>5)</sup>に事務次官を長とする高齢者介護対策本部が設置され、本部事務局に専任スタッフが配置された。

高齢者介護対策本部事務局では、老健審における審議に先立って、介護保険制度案について詳細な検討を進めていた。その内容については、増田（2016）の「第1章 介護保険の体験的政策過程論」に詳しいが、すでに1995年1月時点で、40歳以上の者を被保険者とし、65歳未満の若年障害者には介護保険からは給付しない、という案を作成していた。

その理由は、介護保険制度は、当時喫緊の課題となっていた高齢者介護問題に対応するためのものであること、65歳未満の若年障害者にまで保険給付対象を拡大するためには検討課題が多く、制度の創設が遅れると考えられたことによる。つまり、若年障害者を保険給付対象者とするには、若年障害者向けの要介護認定基準の設定や介護サービス計画（ケアプラン）の検討、障害者福祉制度との調整、障害者団体等の協議等が必要であり、かなりの時間を要すると予想された。

そこで、本部事務局では、実質的には「高齢者介護保険」として「40歳以上被保険者」でスタートし、その後、若年障害者にまで保険適用にすることについての検討・調整を経て、被保険者の範囲を拡大するという考え方に立った。このことは、後述するように介護保険法附則に5年後の見直し規定を設けたことに表れている。いわば、「40歳以上被保険者」は暫定的な対応という位置づけにあった。

<sup>5)</sup> 中央省庁の再編成の一環で、厚生省は労働省と統合して、2001年1月から厚生労働省が創設された。本稿では、2000年末までは厚生省、2001年1月以降は厚生労働省と表記する。

## (2) 老健審における審議

老健審では、1995年2月14日に議論を始め、計30回の審議を経て、1996年4月22日、最終報告「高齢者介護保険制度の創設について」（以下「老健審最終報告」という）が取りまとめられた。

老健審最終報告では、65歳以上の高齢者を被保険者および受給者とするのが適当であるとした。この場合、高齢者にのみ負担を求めると高齢者の保険料負担の水準が高くなりすぎるほか、高齢者介護の社会化は家族の受益になることや、社会的扶養、世代間連帯の考え方に立って若年者にも負担を求めることが考えられるが、給付のない負担を求めることには若年者の理解が得られないので、初老期認知症などの場合に特例的に介護保険制度から給付すべきとした。その上で、20歳以上のすべての者を被保険者として保険料負担を求め給付を行うべきとの意見や、40歳以上の者を被保険者にすべきとの意見を併記した。また、65歳未満の若年者を被保険者および受給者とするについては、若年要介護者に対する介護保障のあり方について、障害者福祉関係の審議会で議論を尽くす必要があるとした。

このように老健審では、65歳以上の高齢者を被保険者・受給者とするものでは異論がなかったが、65歳未満の若年者の範囲や受給者としての扱い方については、意見が一つにはまとまらなかった。

## (3) 介護保険制度案大綱と介護保険法

老健審最終報告は、被保険者の範囲ばかりでなく、保険者や公費負担の割合、介護手当の扱いなど重要な論点で複数の意見の併記となる項目が多かった。

国会に介護保険法案を提出するためには時間がないため、厚生省が制度試案をまとめることとなり、1996年5月15日、厚生省は老健審に「介護保険制度試案」を提示した。市町村を保険者とする独立型の介護保険制度の案であった。5月30日には老健審に「介護保険制度修正試案」が提示され、6月6日に最終的な制度案となる「介護保険制度案大綱」が老健審に諮問された。

それによると、介護保険制度は「老化に伴う介護ニーズに適切に応えることを目的とする」とした。40歳以上の者を被保険者とするについては、「介護保険が対象とする老化に伴う介護ニーズは、高齢期のみならず中高年期においても生じ得ること、また、40歳以降になると一般に老親の介護が必要となり、家族という立場から介護保険による社会的支援という利益を受ける可能性が高まることから、40歳以上の者を被保険者として、社会連帯によって介護費用を支えあうものとする」と説明された。

被保険者については40歳以上の者とし、給付や負担面の違いなどをふまえ、65歳以上の者（第1号被保険者）と40～64歳の者（第2号被保険者）に区分した。要介護リスクの高まる65歳以上の高齢者は自らの介護リスクについて共同連帯により助け合うとともに、40～64歳の者は自らの老化に伴う要介護リスクに備えるほか、社会的扶養の観点から費用を負担するとした。

6月10日の老健審答申を得て、介護保険制度案大綱をもとに介護保険法案が作成された。その後与党による調整等が行われ、1996年11月29日に介護保険法案は国会に提出され、1年余の審議を経て、1997年12月3日、参議院本会議において賛成多数で可決、成立した。

## IV 介護保険法の施行後の議論

### 1 介護保険法の附則の規定に基づく見直し

介護保険法は2000年4月1日に施行された。新たな社会保険である介護保険制度の実施ということで大きな注目を集めた。

介護保険法の附則第2条において、施行後5年を目途として、被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲、保険給付の内容及び水準ならびに保険料及び納付金の負担の在り方を含め、その全般に関して検討を行い、必要な見直し等の措置を講ずべきという検討規定が設けられた。

この規定の中で「被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲」とあるのは、被保険者の年齢要件（40歳以上の者が被保険者）や、保険給付の対

象範囲（第2号被保険者の場合、保険給付は特定疾病に起因する要支援・要介護状態に限定されていること）のことである。前述してきたとおり、「40歳以上被保険者」は暫定的なものであり、施行後の検討事項のひとつに位置づけられた。

## 2 2004年の社会保障審議会介護保険部会の議論

厚生労働省の社会保障審議会介護保険部会では、介護保険法附則第2条の規定をふまえ、介護保険制度全般に関して検討を行うこととし、2003年5月から議論を開始した。介護保険部会では、16回の審議を経て、2004年7月30日、「介護保険制度の見直しに関する意見」を取りまとめた。その内容は、総合的な介護予防システムの確立や施設給付の見直し、地域密着型サービスなどの新たなサービス体系の確立、地域包括支援センターの整備や情報開示の徹底等によるサービスの質の確保・向上、保険料負担の在り方の見直しなど、制度全般に及ぶものであった。

しかし、「被保険者・受給者の範囲」の問題については、この時点では一定の結論を得るには至らず、引き続き同年末まで議論を進めていくこととなった。同年9月以降5回の議論を重ねて、介護保険部会は、2004年12月10日、「『被保険者・受給者の範囲』の拡大に関する意見」を取りまとめた。結論を先に述べると、部会として意見を一致させることができず、引き続き検討を進めることとされた。

以下、同意見書に基づき、被保険者・受給者の範囲の拡大についての賛成意見と消極的な意見を整理する。

賛成意見は次のとおりであり、これが多数であった。

介護保険制度の将来的な在り方としては、要介護となった理由や年齢の如何をかかわらず介護を必要とするすべての人にサービスの給付を行い、

あわせて保険料を負担する層を拡大していくことにより、制度の普遍化の方向を目指すべきである。

制度の普遍化の方向を目指すべきとする理由としては、

- ①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から、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。
- ②特に、40歳から64歳までの者については、保険料を支払っているにもかかわらず、原因により保険給付を受けられる場合が限定されている。また、64歳以下の者には「制度の谷間」<sup>6)</sup>にあつて、いずれの公的な介護サービスも受けられないというケースも存在する。制度を普遍化することにより、こうした問題の解決を図ることができる。
- ③介護保険財政の面では、対象年齢の引下げは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。そうすることによって、制度の持続可能性を高め、今後の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になる。

一方、極めて慎重に対応すべきであるという意見の理由は次のとおりであった。

- ①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り、40歳未満の若年者にとっては、保険料負担の納得感を得ることが難しい。また、若年者の介護保険料を医療保険料に上乘せすることについて、国民健康保険においては保険料の未納や滞納が増えるおそれがある。
- ②若年者が要介護状態になる確率は低く、その原因が出生時であることも多いので、これまでどおり税を財源とする福祉施策において対応されるべきである。また、支援費制度は導

<sup>6)</sup> 40歳以上65歳未満の第2号被保険者の場合、介護保険給付は特定疾病を原因とする要支援・要介護状態に限定されており、それ以外の要介護状態（要支援を含む）の場合は障害者福祉で対応することになる。しかし、例えば高次脳機能障害や難病に伴う身体等の障害などを有する者については、障害福祉各法による「障害者」と認められず、障害福祉サービスの対象とならない場合があり、介護保険と障害者福祉の「制度の谷間」の問題が生じることがある。

入後間もない段階であり、この制度の検証を行う前に介護保険に組み入れることは時期尚早である。

- ③社会保障制度全般の一体的な見直しの中で、介護保険制度についても負担や給付のあり方等を検討し、結論を得るべきである。

当時、政府は社会保障全般について一体的な見直しを開始し、2005年度および2006年度の2年間を目途の結論を得ることとされていた。このため介護保険制度の普遍化に関しては、「社会保障制度の一体的見直しの中で、その可否を含め国民的な合意形成や具体的な制度案についてできる限り速やかに検討を進め、結論を得ることが求められる」として、2004年12月時点では結論が先送りされることとなった。

### 3 介護保険法の一部改正法の附則と国会審議

2004年7月の介護保険部会の意見等をふまえて作成された「介護保険法の一部を改正する法律案」は、2005年2月に閣議決定され、国会に提出された。この改正法案の附則第2条に、「介護保険制度の被保険者及び保険給付を受けられる範囲について、社会保障制度に関する一体的な見直しと併せて検討を行い、その結果に基づいて、平成21年度を目途として所要の措置を講ずるものとする」旨の検討規定が盛り込まれた。

改正法案の国会審議においても、被保険者・受給者の範囲が主な論点の一つとして議論が行われた。被保険者・受給者の範囲の拡大について、小泉純一郎総理（当時）の答弁は、次のようなものであった。<sup>7)</sup>

「この問題につきましては、今回の介護保険制度の見直しにおいても、関係者の間で主要な論点の一つとして議論が行われてきたところでございますが、なお範囲を拡大することについて賛否両論が見られることから、国民の合意形成に向けた検討がさらに必要と考えております。このため、今後、給付と負担のあり方など社会保障全体についての議論を行う中で、被保険者、受給者の範囲

についても精力的に検討を行い、平成21年度を目途として所要の措置を講じてまいります。」

当時の尾辻秀久厚生労働大臣は、国会答弁において、平成18年度末までに結論を得られるよう、改正法案の成立後速やかに人選に着手し、議論を開始すること、平成18年度夏までには、議論の中間報告を行うよう努めたい旨の答弁を行った。

こうした結果、衆・参両院の厚生労働委員会において、審議中の改正法案について、「附則第2条に規定する検討は、平成18年度末までに結論が得られるよう新たな場を設けて行うこと。また、その場においては介護保険制度の被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲の拡大も含めて検討を行うこと」という事項が附帯決議に盛り込まれた。

### 4 被保険者・受給者範囲に関する有識者会議

こうして「被保険者・受給者の範囲の拡大」は、法改正後の大きな課題に位置づけられた。

厚生労働省は、2006年3月、「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」（以下「有識者会議」という）を設置し、検討を始めた。審議過程においては、諸外国の制度調査、約2,900人を対象とした有識者調査や、関係団体へのヒアリングを行った。

有識者調査では、「被保険者・受給者の範囲を将来的に拡大すべきかどうか」という質問に対して、「将来的に被保険者・受給者の範囲を拡大する方向も考えられるが、現在は慎重であるべき」（42%）、「現行の被保険者・受給者の範囲を拡大して、要介護の理由や年齢の如何に関わらず給付を行う制度を目指すべきである」（32%）、「実質的には『高齢者の介護保険』である現行の介護保険制度を維持し、被保険者・受給者の範囲を拡大すべきではない」（20%）というように、被保険者・受給者の範囲拡大よりも、当面は現行のままという慎重論の方が支持が多かった。

2007年5月21日、有識者会議の中間報告が取りまとめられた。それによると、有識者会議の基本

<sup>7)</sup> 平成17年3月22日衆議院本会議。

的考え方は、「介護保険制度の被保険者・受給者範囲については、今後の社会保障制度全体の動向を考慮しつつ、将来の拡大を視野に入れ、その見直しを検討していくべき」というものであり、範囲を拡大する場合は「介護保険制度の普遍化」の方向を目指すべきであるというのが多数意見であった。一方、有識者調査結果では、範囲の拡大には慎重であるべきとの意見が強いほか、当事者である障害者団体の十分な理解も得られていないとし、引き続き「国民的合意形成に向けた取組に努める必要がある」とした。

この有識者会議は中間報告を出した後、活動を休止した。結局、被保険者・受給者の範囲の拡大は見送られることとなった。

## V 障害者福祉施策との関係

### 1 若年障害者問題

被保険者・受給者の範囲の拡大に関して、これまで、厚生省高齢者介護対策本部事務局での検討や老健審での議論、介護保険実施後は社会保障審議会介護保険部会における検討状況を説明してきた。これらは、高齢者介護や介護保険サイドからの議論であった。

2005年から2007年にかけて、被保険者・受給者の範囲の拡大が見送られたこと背景には、障害者福祉制度における大きな変化が影響している。本節では、1990年代後半から2010年頃までに至る障害者福祉制度の変遷について解説する。

被保険者の年齢区分の見直し、すなわち被保険者・受給者の範囲の拡大については、65歳未満の者の介護問題についてどのような公的制度で対応していくのか、ということが大きく関係する。介護保険制度創設時には、「若年障害者問題」と呼ばれた。

前述した通り、1990年代半ばに介護保険制度の検討を進めていた厚生省の高齢者介護対策本部事務局では、当面、「40歳以上被保険者」でスタートしても、制度実施後5年後の見直しにおいて被保険者の範囲を拡大することを想定していた。ところが、この方向が実現しなかったのは、介護保険

制度実施後の障害者福祉分野における変化が大きく影響した。

増田(2016)の「第10章 被保険者・受給者の範囲の拡大」によれば、1990年代半ばに厚生省高齢者介護対策本部において介護保険制度の検討を進めていたとき、厚生省内の障害者福祉を担当する部局では、若年障害者に対して介護保険制度の適用を図るべきではないかという意見が出ていた。また、一部の障害者団体や障害者福祉に詳しい国会議員からも同様の意見が出された。いずれも、高齢者福祉に比べてサービスの基盤整備が遅れていた障害者福祉を充実する手段として介護保険の適用が考えられ、介護保険制度に入らなければ障害者福祉が取り残されるのではないかと、という危機感からであった。

それに対して、高齢者介護対策本部では、まずは高齢者向けの介護保険制度の創設を急ぎ、若年障害者問題については将来の検討課題とした。

1996年6月10日の身体障害者福祉審議会から厚生大臣あて「介護保険制度の創設に際して」と題する意見具申では、同審議会は、障害者福祉施策のうち介護ニーズへの対応について介護保険制度に移行することについては見送る旨の判断を示した上で、今後、さらに議論を重ね、将来の介護保険制度の見直しにおいてその検討結果が適切に反映されることを期待する、という意見が付け加えられた。

### 2 障害者支援費制度の創設

介護保険制度は、介護サービスの利用手続きについて、利用者の自己決定の尊重や利用者本位等の視点から、老人福祉分野で行われてきた措置制度を利用契約制度に切り替えたが、このことは障害者福祉分野に大きな影響を与えることとなった。

1998年、厚生省の中央社会福祉審議会社会福祉基礎構造改革分科会では、戦後、わが国の福祉分野で続いてきた措置制度から利用契約制度への変更を中心に、民間事業者の参入、権利擁護やサービスの質の向上への取組などを盛り込んだ社会福祉基礎構造改革を提言した<sup>8)</sup>。

これをふまえ、2000年に社会福祉事業法を社会福祉法に抜本改正する等の社会福祉基礎構造改革が行われた。この一環で、身体障害者福祉法等において措置制度から利用契約制度への変更の改正が行われた。これにより創設されたのが障害者支援費制度であった。

障害者支援費制度とは、身体障害者や知的障害者が、市町村から各種の情報提供やサービス選択のための相談支援を受け、利用するサービスの種類ごとに支援費の支給を受け、事業者との契約に基づいてサービスを利用する制度であった。介護保険とは異なり、財源は公費（国及び地方自治体の補助金）であるが、従来の措置制度を利用契約制度に改めるものであった。

2003年4月実施に向けて準備が進められ、2002年12月、厚生労働省は、2003年度予算案作成にあたって地方自治体に在宅サービスの補助金の支給基準案を示した。しかし、障害者団体から、これまで利用してきたサービス量の低下を招くのではないかと、大きな反発を受けることとなった。また、当時の新事業である障害者への相談支援事業について、政府全体の補助金の一般財源化の流れの中で、厚生労働省の補助金から地方交付税に変更することとなった。このことも、障害者福祉の軽視として大きな批判を受けることとなった。

2003年1月には、障害者団体の有志たちが厚生労働省の玄関前の道路で座り込みの抗議を続けるようになった。同年1月下旬、厚生労働省障害保健福祉部と障害者団体との交渉等を通じて、厚生労働省が、国庫補助基準の引上げ、補助金の増額等の措置をとるという方針を示すことにより、事態は収束した。

### 3 障害者支援費制度の見直しと障害者自立支援法の制定

2003年4月から障害者支援費制度が実施された。サービスの利用手続きが、利用契約制度へ変更されたことから、在宅サービスの利用量が大幅に増加した。ところが、この財源は、厚生労働省の障

害保健福祉部局の補助金であるために、財源不足に陥ってしまった。年度途中の予算額の変更というのは、実務的に大変難しいものであった。厚生労働省ではほかの費目の予算流用等でのぐこととした。支援費制度では、財源問題以外に、サービス利用の地域格差の存在、就労支援が不十分等の問題も露呈した。

そこで、支援費制度の改善をはじめ障害者福祉制度を全面的に改正する議論が、2004年2月から厚労省の社会保障審議会障害者部会で始まった。財源不足問題については、厚労省は、介護保険制度の活用案を想定した。同年6月、同部会の委員有志から、安定的な財源確保策のために、障害者施策における介護サービスについては介護保険で対応すること、介護保険は年齢や障害の種別を問わないユニバーサル（普遍的な）仕組みとすることという案が提示された。これに対して、地方団体からは介護保険との統合は慎重に検討すべき、障害者団体からは利用者負担増やサービスの抑制になるため反対等の意見が出された。

同年7月13日、障害者部会は、「今後の障害保健福祉施策について（中間的な取りまとめ）」をまとめた。この中で、障害保健福祉施策と介護保険との関係については、介護保険制度の仕組みを活用することは現実的な選択肢の一つであるとしつつも、判断する材料が不十分なことや公費で実施すべき等の反対意見があることから、引き続き関係者の意見を十分聴いて検討を進めること、特に市町村と十分協議することが必要であるとした。

その後、介護保険制度の活用案については、市町村等の地方団体は慎重な立場のままであり、障害者団体の中でも慎重または反対という立場のところが多かった。議論は進まなかった。

こうした中で、厚生労働省障害保健福祉部は、同年10月、「今後の障害保健福祉施策について」という改革のグランドデザイン案を障害者部会に提示した。これは、従来、身体・知的・精神等と障害種別ごとに対応してきた障害者施策について、市町村を中心に、障害種別や年齢等を超えて障害

<sup>8)</sup> 中央社会福祉審議会社会福祉構造改革分科会「社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）（1998年6月）。

者保健福祉政策の総合化を図るという画期的な内容のものであった。財源問題については、国の補助制度を義務的な負担に改めるとともに、サービス利用者には応益負担を導入することとした。このグランドデザイン案を基に法制化されたものが「障害者自立給付法案」（後に障害者自立支援法に改称）であり、2005年の通常国会に提出することとなった。

こうした状況において、2004年12月、政府・与党は、介護保険の被保険者・受給者の範囲の拡大の見送りを決定した。当時の新聞記事によれば、12月2日、与党幹部が厚労省幹部に介護保険法改正案に拡大の規定を盛り込むことは困難との考えを伝え、厚労省幹部も受け入れた。新たに保険料負担を求められる若年層の理解を得ることが難しいほか、介護保険料の半分を負担する企業の反発が強く、介護保険法改正案提出までに政府・与党で合意を得る見通しが立たないと判断されたことによる<sup>9)</sup>。時系列にみれば、Ⅲで説明した2004年12月10日の社会保障審議会介護保険部会の拡大見送りの意見は、こうした政府・与党の結論を踏まえたものであったといえる。

#### 4 障害者自立支援法の見直しと障害者総合支援法の制定

2005年10月に障害者自立支援法が国会で可決・成立した。2006年4月1日から一部施行、同年10月1日には全面施行となった。障害者自立支援法に基づく障害者自立支援制度においては、サービス利用にあたっての障害程度区分の認定、コンピュータ判定等による認定方法、定率1割負担の利用者負担など、介護保険制度に類似した仕組みが取り入れられた。介護サービス部分については、将来的には介護保険制度の活用を図るという厚労省の意図が見えるものであった。

しかし、この定率負担の仕組みが障害者団体から大きな反発を受けることになった。定率負担では、サービスを利用すればするほど負担額が増えることになりサービスを利用できなくなるという

反対意見のほか、定率負担は「応益負担」という性質のものであるが、障害者が必要な支援を受けることを「益」ととらえる見方に対する反発が生じた。やがて、障害者自立支援制度は、憲法第25条に保障する生存権に反するものとして、各地で違憲訴訟が提起されることになった。

2009年8月の総選挙によって民主党を中心とする連立政権が誕生する政権交代が行われた。民主党は、マニフェスト（選挙公約）に「障害者自立支援法の廃止と新法の制定」を掲げており、障がい者制度改革推進本部をつくって、障害者福祉制度の改革に着手した。

2010年1月、厚生労働省と障害者自立支援法意見訴訟原告団・弁護団との間で、「速やかに応益負担（定率負担）制度を廃止し、遅くとも2013年8月までには、障害者自立支援法を廃止し新たな総合的な福祉法性を実施する」等の基本合意文書が取り交わされた。これに基づき、2011年12月、障害者自立支援法の一部改正が行われ、利用者負担について定率負担（応益負担）から家計の負担能力に応じた負担（応能負担）を原則にすることとなった。さらに、障害者自立支援法に代わる法律として「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」（障害者総合支援法）が、2012年6月に制定され、2013年4月から施行された。

このように、2000年4月の介護保険制度の実施以降、障害者福祉分野では、障害者支援費制度の実施（2003年4月）、障害者自立支援法の施行（2006年4月）、障害者総合支援法の施行（2013年4月）と、大きな変化を遂げてきた。障害者福祉サービスの利用方式は、介護保険とは異なり、税を財源にしながら、従来の措置制度が利用契約制度に変更された。また、利用者負担については、利用者の所得に応じた応能負担となった。障害者福祉予算を確保できれば若年障害者への介護サービスは障害者福祉分野で対応できるので、介護保険を活用する必要性が乏しくなった。

こうした障害者福祉分野の制度の変化が、介護

<sup>9)</sup>「介護保険の対象拡大見送り 政府・与党05改正で方針」『朝日新聞』2004年12月3日朝刊。

保険の被保険者・受給者の範囲の拡大について論議するインセンティブを大幅に弱めることになったといえることができる。

## Ⅵ 被保険者・受給者の年齢区分に関する考察

### 1 ドイツや韓国の介護保険の場合

高齢者介護分野においてヨーロッパ諸国では、社会保険方式で対応している国（ドイツ、オランダ）と社会扶助（いわゆる税方式）で対応している国（イギリス、スウェーデンなど多くの国）があるが、年齢や原因などによって介護制度を区分する仕組みにはなっていない。

ドイツでは、世界に先駆けて1994年に介護保険法を制定し、1995年1月から実施した。ドイツの介護保険は、公的医療保険の保険者である医療金庫が介護保険の保険者である介護金庫を併設し、医療保険制度による被保険者管理や保険給付等の方法を活用するという「医療保険活用型」の仕組みで介護保険制度を構築した。介護保険の被保険者の範囲は医療保険と同様であり、したがって、被保険者について年齢による区分はない。介護保険の給付は全世界を対象としている。

韓国は、2007年に介護保険法（老人長期療養保険法）が成立し、2008年7月から実施した。韓国の介護保険制度の仕組みは、ドイツと同様に「医療保険活用型」である。公的医療保険である国民健康保険公団が介護保険の保険者になっている。したがって、介護保険の被保険者に対して年齢による区分はない。ただし、介護保険の給付対象者については、65歳以上の者と65歳未満の老人性疾病者としているので、65歳未満の老人性疾病者以外の介護リスクに対しては障害者福祉制度で対応することにしている。つまり受給者には年齢区分を設けているので、この点では日本と同様の課題を有している。

### 2 今後の方向性

1990年代の介護保険制度創設検討時点において想定されていた、まずは「40歳被保険者」でスタートし、施行後5年の見直しの際に被保険者・受

給者の範囲の拡大について検討・実施するという案は実現されることはなかった。

被保険者・受給者の範囲の拡大というテーマは、図1のとおり、介護保険と障害者福祉の両分野にまたがる横断的なものであるが、介護保険制度については社会保障審議会介護保険部会で、障害者福祉制度については社会保障審議会障害者部会という2つの審議会で別々に議論されたことが、意見がまとまらなかった原因のひとつに挙げられるだろう。

また、介護保険制度の施行5年の見直しに入る前に、障害者福祉分野では、措置制度から利用契約制度に変更した障害者支援費制度が導入された。これにより、措置制度から利用契約制度に切り替えるために介護保険を導入するという方法が不要となった。さらに、この支援費制度が多くの問題を有していたため、その後、障害者自立支援制度から障害者総合支援制度に変化する誘因となった。また、利用者負担のあり方では、障害者福祉分野では応益負担ではなく応能負担ということが確定した。こうしたことが介護保険における被保険者・受給者の範囲の拡大が実現しなかった理由にあげられる。

なお、近年の社会保障審議会介護保険部会では、2016年および2019年の介護保険制度の見直しの検討テーマのひとつに「被保険者範囲・受給者範囲」を取り上げているが、本格的な議論は行われず、「引き続き検討」とされている。

最後に、被保険者・受給者の年齢区分が抱える問題点を整理し、今後の方向性を提案する。

#### (1) 被保険者・受給者の年齢区分が抱える問題点

介護保険制度における被保険者・受給者の年齢区分が抱える問題点については、すでに前述した社会保障審議会介護保険部会の意見書にあげられているが、ここで改めて主な問題点を整理すると次のとおりである。

- ①要介護状態はすべての世代においてさまざまな原因により生じる可能性があるリスクであるから、65歳や40歳という年齢で介護保険の

適用を制限する合理的な理由や必然性がないこと。日本の介護保険が40歳以上を被保険者としたことは、高齢者向けの介護保険の創設を急ぐための「決め打ち」あるいは「暫定的なもの」であった。

- ②第2号被保険者は、保険料負担をしているにもかかわらず保険給付の面では大きな制限を受けており、被保険者としての権利が損なわれていること。
- ③65歳未満の者の要介護リスクに対して、障害者福祉による対応は障害者認定を前提にしているため、認定を受けられない障害者は、「制度の谷間」となって公的な介護サービスを受けることができないこと。
- ④65歳未満の要介護者が障害者福祉制度による介護サービスを受給していた場合、65歳以上になると介護保険制度の適用となるが、この場合、利用者負担額の変更やサービス事業所の変更を求められるという両制度間における「サービスの接合の問題」が生じること。
- ⑤介護保険制度の被保険者構成において保険給付を受ける第1号被保険者数が増加し、保険料負担の支え手である第2号被保険者数が漸減しているという状況は、制度の持続可能性に疑問を投げかけること。

## (2) 今後の方向性

以上の5つの問題点のうち、④の問題点については、2017年の介護保険法の改正において、高齢者と障害児者等が同一事業所でサービス（訪問介護、通所介護、短期入所生活介護等）を受けやすくするために、介護保険と障害者福祉の双方のサービスを提供できる「共生型サービス」を創設することによってその対応が図られることとなった。ただし、この「サービスの接合の問題」は、同一の介護サービスについて介護保険と障害者福祉制度に分かれることがなく、どちらかに統一されていれば生じることのない問題である。

- ①、②、③および⑤の問題については、第2号被

表3 第1号被保険者数と第2号被保険者数の推移

	第1号被保険者	第2号被保険者	合計
2000	2,165	4,331	6,496
2006	2,617	4,285	6,902
2012	3,094	4,275	7,369
2014	3,387	4,220	7,607
2018	3,525	4,192	7,717
2025	3,677	4,163	7,840
2030	3,716	3,997	7,713
2035	3,782	3,735	7,517
2040	3,921	3,388	7,309
2045	3,920	3,143	7,063
2050	3,841	2,969	6,810

注：単位は万人。

出典：2000年から2018年までは厚生労働省資料による。2025年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」による。

保険者の保険給付の受給権の範囲を広げること、被保険者の年齢区分を「40歳以上」から、例えば「20歳以上」に変更することにより解決を図ることができる。すなわち、「介護を必要とするすべての人が年齢や要介護となった理由、障害種別の如何等を問わず、公平に介護サービスを利用できるような制度に発展させる<sup>10)</sup>」という「介護の普遍化の徹底」が、上記の問題点を解決することになる。

⑤の問題に関する統計データは、表3のとおりである。この表で興味深いことがわかる。2000年4月に介護保険制度が実施されて以来、人口高齢化の進行により、第1号被保険者数は増加し、第2号被保険者数は漸減傾向であるが、合計の被保険者数は、2000年から2018年まで増加していた。このことは、制度の支え手が増加していたということであり、この間の介護保険給付費が約3倍になったのに対し、第1号保険料は約2倍にとどまった理由のひとつとして被保険者数の増加があった。

しかし、2025年以降、第1号被保険者は増加を続ける一方、第2号被保険者の減少傾向は明瞭になる。2025年と2040年を比較すると、被保険者数全体では約530万人減少する。他方で、要介護者数

<sup>10)</sup> 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の中間報告（2007）。

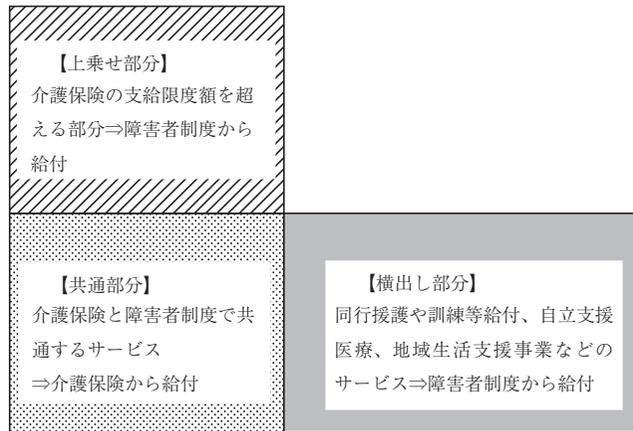


図2 介護保険制度と障害者総合支援制度との組み合わせのイメージ

の推計は721万人（2040年）と2025年に比べて約70万人増加する。

要介護者数の増加により介護保険給付費が増加するが、支え手の被保険者数は減少しているため、被保険者1人当たりの負担は増加する。

また、障害者福祉分野においても、障害者福祉サービスに要する国の予算額は約1兆8千億円（2022年度政府予算案ベース）と、この10年間で約2.2倍に増加しており、財源確保問題が課題になりつつある。

仮に2025年に、20歳以上の者を介護保険の被保険者に加えると、被保険者の全体数は約30%増加する。このことは、第1号および第2号被保険者の保険料負担を30%減にするという効果を生み出す。40歳未満の者の保険料負担増をやわらげるために、40歳未満の被保険者の保険料は半額にする等の対応も考えられる。

最後に、介護保険給付と障害者福祉制度からの給付との調整であるが、図2のとおり、介護保険と障害者制度で共通するサービス、例えば訪問介護サービスは介護保険から給付する。しかし、介護保険の支給限度額を超えるサービスについては障害者福祉制度から給付する。同行援護のような介護保険にない介護サービス、あるいは訓練等給付

や自立支援医療、地域生活支援事業については、障害者制度から給付する。障害者福祉サービスの中で介護保険がカバーする範囲は大きくはない。障害者団体の反対が最も多かった利用者負担については、一定の所得以下の場合には利用者負担の軽減策を導入することにより対応可能であると考えられる。

#### （参考文献）

- 岡部耕典（2006）『障害者自立支援法とケアの自律』（明石書店）。
- 厚生省（1996）「介護保険法案想定問答集」（部内限り資料）。
- 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修（2006）『高齢者介護保険制度の創設について』（ぎょうせい）。
- 厚生労働統計協会編（2011）『国民の福祉の動向2011/2012』（厚生労働統計協会）。
- 障害者自立支援法違憲訴訟弁護団（2011）『障害者自立支援法違憲訴訟』（生活書院）。
- 増田雅暢（2016）『介護保険の検証—軌跡の考察と今後の課題—』（法律文化社）。
- ほかに、厚生労働省社会保障審議会介護保険部会および障害者福祉部会の資料・議事録等、厚生労働省介護保険事業報告等。

（ますだ・まさのぶ）

# Consideration of the Age Division of Long-term Care Insurance

MASUDA Masanobu\*

## Abstract

Insured persons under long-term care insurance in Japan are those over 40 years or older. In addition, it is divided into those who are 65 years of age or older (Primary insured persons) and those who are 40 to 64 years old (Secondary insured persons). Compared to the Primary insured persons, the Secondary insured persons are greatly restricted in their right to receive insurance benefits. Persons under the age of 40 are not covered by long-term care insurance. If they need long-term care services, they are supplied by the welfare system for the disabled.

In the long-term care insurance systems of Germany and South Korea, there is no age division for the range of insured persons. Why has an age division been established in Japan within the scope of insured persons covered by long-term care insurance?

After the implementation of the system, the review of the age division was discussed, but in the end, the expansion of the scope of insured persons was postponed.

About the age division of long-term care insurance, while summarizing the discussions so far at government councils and other bodies, I propose that it is necessary to expand the scope of insured persons under the age of 40 from the viewpoint of ensuring the sustainability of long-term care insurance and universalizing the care system.

Keywords : Age Division of Insured Persons, Relationship between Long-term Care Insurance System and Welfare System for Persons with Disabilities

---

\* Ph.D, Professor, Department of Human Welfare, Tokyo Online University