

障害者自立支援法案と透析医療の公費負担

山川智之

key words : 障害者福祉, 公費負担, 利用者負担, 支援費制度, 透析

要旨

障害者自立支援法案は、障害者福祉制度の財源不足を背景に、身体・知的・精神の三障害に対する給付の仕組みを統一するとともに、利用者負担の原則を応能負担から定率負担とするなど、障害者福祉サービス給付の仕組みを大幅に変える法案である。透析医療に関しては、更生医療が自立支援医療となり、自己負担額が所得に応じて月額0～2万円となる。本法案は、平成17年2月に国会に提出されたが、同年8月の衆議院解散のため廃案になった。同年9月の総選挙での与党大勝を受け、国会で再提出され、10月31日に可決成立した。

はじめに

平成17年8月8日、参議院で郵政民営化法案が否決されたのを受け、小泉内閣が衆議院解散を断行したため、衆議院を賛成多数で通過し参議院での審議にかけられていた障害者自立支援法案は廃案になった。今後の政治の動向によって法案の取り扱いについて変化があることは十分考えられるが、締め切りの都合上本稿では、平成17年第162回通常国会に提出、審議された障害者自立支援法案の内容とその背景を中心に、平成17年9月現在における透析医療の公費負担の現状を含め概説する。

1 障害者自立支援法案に至る背景

平成15年4月に障害者に対する新たな福祉サービ

ス給付の枠組みとして支援費制度が始まった。それまで障害者に対して、行政処分としての措置決定によりサービスを支給する、という形で提供されていたいわゆる措置制度であった。これに対し支援費制度は障害者自身がサービスを選択し、契約に基づきサービスを利用する、という趣旨で始まったものである。この支援費制度は、障害者福祉の公的責任を放棄するもので措置制度からの後退である、という主旨で一部の障害者団体からの反対があったものの、利用者本位という概念自体は概ね評価されその利用は広がっていった¹⁾。

しかしながらこの支援費制度は、わずか1年で様々な問題が表面化することになり、事業の継続性が問われるまでに至った。その最大の問題は財源不足である。本制度は開始後、厚生労働省の見通し以上に利用が伸び、特に在宅サービスの利用が著しく増加した。これは利用者のニーズに応えたサービスの増大という観点でいえば、正に利用者本位の望ましい姿ではあるが、その結果として、支援費制度の財源が大幅に不足することになったのである。

具体的には、在宅サービスの給付に資する居宅生活支援費の平成15年度予算が516億円であったが128億円の財源不足が発生、また平成16年度には、602億円の予算に対し実に250億円以上の赤字となった。この大幅な経費の増加をふまえ、平成17年度には居宅生活支援費に対し930億円の予算が計上された。この伸びは厳しい国家財政の状況において異例であるが、930億円のうち161億円は、制度改革によって利用者負担などの見直しを行うことを前提に国の財政責任を

明確化するということで、義務的経費という形で計上されたものである。

また支援費制度は、身体障害、知的障害を対象とする一方で、精神障害を対象外としており、支援費制度のサービスの利用拡大によって、利便性が向上した障害者と、そうでない障害者との格差が増大した。また実務を市町村とする一方で予算配分権を国に残したことで、市町村の財政格差による地域格差が、措置制度の時よりも著しく増大したことも大きな問題となった¹⁾。

一方、平成12年4月に施行された介護保険法は、附則により施行5年後に制度全般に関して検討を加え、見直しを行うことが義務づけられており、これをふまえて平成16年1月厚生労働省は、介護制度改革本部を立ち上げた。その中で検討課題の一つに介護保険制度と障害保健福祉施策との統合が掲げられた。これは介護保険における利用者負担やケアマネジメントの仕組み、国と地方の財政負担の枠組みを障害者福祉に適用したいという厚生労働省の意向によるもので、これについては障害者団体との意見交換も交わされ検討されたものの、介護保険サービスの利用者増加の財源対策として提案された介護保険の被保険者年齢引き下げ問題など、財源的議論が先行したこともあり、障害者団体をはじめとする各方面の反対で断念を余儀なくされた。

そこで、新たに厚生労働省からの試案として平成

16年10月に社会保障審議会障害者部会に提示されたのが「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」であり、その中で必要な法的整備として提示されたのが「障害者福祉サービス法（仮称）」である。この法律案が検討の結果名前を変え、一旦「障害者自立支援給付法（仮称）」となったが、「給付」という言葉に対する障害者団体などからの指摘があり、最終的に「障害者自立支援法案」として国会に提出された。

2 改革のグランドデザイン案と 障害者自立支援法案の概要

改革のグランドデザイン案で示された障害保健福祉施策の基本的な考え方には三つの柱があるという（図1）²⁾。

一つは、「障害保健福祉の総合化」である。これは障害者福祉サービスの一元的な提供体制を作り、年齢や障害者種別にかかわらずサービスが受けられる体制を目指すということである。たとえば障害者種別については、身体障害、知的障害、精神障害はそれぞれ、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法という別々の法律で福祉制度の枠組みが定められている。これらの三障害を共通対象とする法律の制定により、障害種別で生じていた格差の解消、および重度の高次脳機能障害等のいわゆる「障害種別の狭間」に

○障害者本人を中心にした個別の支援を、より効果的・効率的に進められる基盤づくり

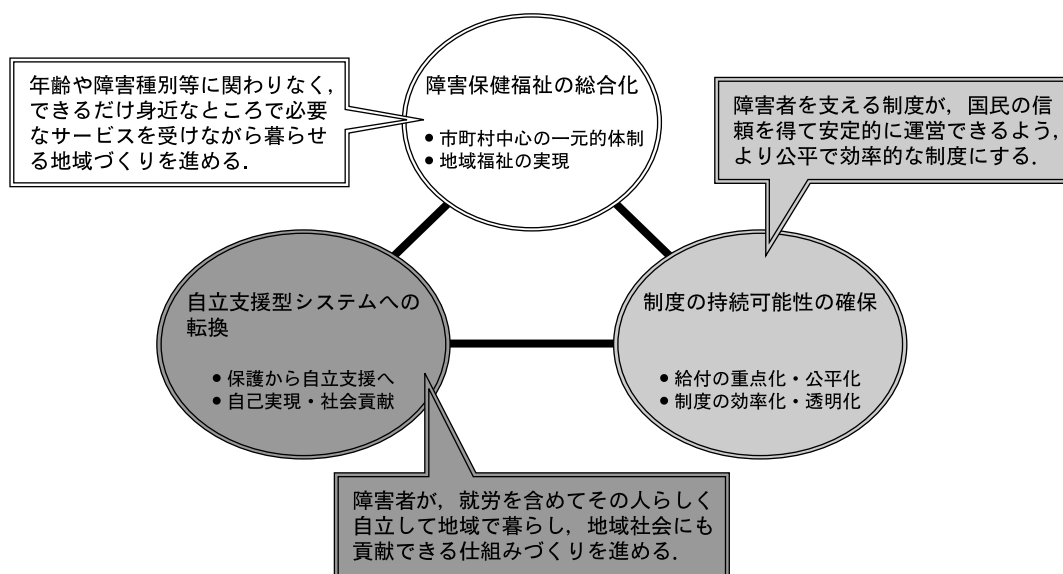


図1 障害保健福祉改革の基本的な視点

今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）

（第16回社会保障審議会障害者部会資料より）

あって制度上無視されていた障害者に対するサービス提供の制度整備を目指している。

二つめは「自立支援型システムへの転換」である。グランドデザイン案の中には、「障害者が就労を含め、その人らしく自立して地域で暮らし、社会に貢献できるシステムを進める」とあるが、この「自立」とは、障害者をいわゆる社会的弱者とみず、社会の対等な構成員としての人権尊重を行い、自己選択と自己決定の下に社会活動に参加、参画し、社会の一員としての責任を分担する、とした平成14年に閣議決定された障害者基本計画の基本的な方針に謳われている、いわゆる normalization の理念に基づくものである。

三つめは、「制度の持続可能性の確保」である。これは、前述のように財政的基盤が脆弱であり、地域間の格差を著しく助長することになった支援費制度を改め、財政上の裏付けを強化し、公平で効率的な制度にしようというものである。具体的な方向性については、市町村が障害保健福祉サービス提供の主体となり、制度の見直しを前提とした上で、国が財政支出を義務的経費とする一方で、これまでの所得など支払い能力に応じて費用負担を求める「応能負担」に代え、障害者に原則的にサービスの利用量に応じた負担を求める「応益負担」の導入をうちだした。さらに施設入所者について、居宅生活者とのバランスから食費や日用品費などの自己負担の方針を示した。また障害に係る公費負担医療の対象の見直しについても言及、給付対象者を、①負担能力の乏しい者、②重度で継続して医療費負担の発生する者等、に重点化する方針をうちだした。障害者医療における公費負担については、後に詳しく述べる。

このグランドデザイン案に記された整備すべき法律として提示された「障害者福祉サービス法（仮称）」は、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法および児童福祉法によって定義された障害者に対し、障害種別にかかわらず共通の給付等の事項について規定したものである。この法律案は厚生労働省社会保障審議会障害者部会における数回の議論の後、「障害者自立支援法案」として平成17年2月10日に閣議決定され、同日国会に提出された。

この障害者自立支援法案では、グランドデザイン案の中で障害者団体などの大きな反発を招いた「応益負担」という言葉を「定率負担」という表現に変えたも

の、サービス量に応じた原則1割という利用者負担の基本方針は変えることなく（ただし月額負担金額は所得に応じた上限を設ける）、また財源については、国が必要な事業費用の1/2を義務的経費として市町村に支出し、また都道府県は1/4を補助し、残りの1/4を市町村が負担する枠組みとした。この、国：都道府県：市町村＝2：1：1の負担割合は介護保険制度の行政費用負担と同じであり、一旦障害者福祉制度との統合を断念した介護保険制度との整合性に配慮したものである、といえる。平成17年6月に国会で可決成立した介護保険制度改革法案の附則には、平成21年度を目処に介護保険制度の給付対象範囲について、社会保障に関する制度全般と併せ見直しをすることを明記しており、この時点で再度介護保険制度と障害者福祉制度の統合が検討事項に上る可能性は高い。

3 障害者自立支援法案における 公費負担医療の利用者負担

障害者に対する公費負担医療制度には、精神疾患を対象とする精神障害者通院医療費助成、身体障害を対象とした更生医療（成人対象）、育成医療（児童対象）がある。精神障害者については医療費の5%の自己負担、更生・育成医療については、所得に応じた自己負担（平均約1%）であったが、障害者自立支援法案では、これらの障害者に対する公費負担医療が、自立支援医療として統合され、負担上限を設け、所得、疾病の状況等に配慮をした上での定率負担（10%）となる。なお、また入院時の食費については、通院と入院の公平の観点から原則自己負担とした。

具体的には、市町村民税非課税および生活保護である一定所得以下の障害者については、負担上限を0～5,000円、それ以上で所得税30万円未満の中間的所得の障害者については、原則1割負担、それ以上の所得の障害者については公費負担の対象外とし医療保険の適用とした（図2）。ただし、「重度かつ継続」のグループに属する障害者医療については、中間的所得であっても、負担上限は月額1万、所得税30万円以上であっても負担上限は月額2万とした。この「重度かつ継続」には、腎臓機能・小腸機能・免疫機能障害などの身体障害、統合失調症などの精神疾患、およびそのほか高額な費用負担が継続する者が対象となり、透析患者はここに含まれる。

← 一定所得以下		← 中間的な所得		← 一定所得以上	
生活保護世帯	市町村民税 非課税世帯Ⅰ	市町村民税 非課税世帯Ⅱ	所得税非課税	所得税額 30万円未満	(所得税額 30万円以上)
0円	負担上限額 2,500円	負担上限額 5,000円	1割負担(※1)		
			重度かつ継続(※2)		
		負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	負担上限額 20,000円(※3)	
公費負担の対象外 (医療保険の自己負担)					

※1 (略)

※2 (1) 当面の重度かつ継続の範囲

- ・疾病、症状等から対象となる者
精神：統合失調症、躁うつ病（狭義）、難治性てんかん
更生・育成：腎臓機能、小腸機能、免疫機能障害
- ・疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者
精神・更生・育成：医療保険の多数該当の者

(2) 重度かつ継続の対象については、実証的な研究成果を踏まえ、2年以内に範囲を見直す。

※3 「一定所得以上」かつ「重度かつ継続」の者に対する経過措置は、施行後3年を経た段階で医療実態等を踏まえて見直す。

図2 自立支援医療の利用者負担(1)

厚生労働省社会援護局障害保健福祉部：公費負担医療の利用者負担
(第25回厚生労働省社会保障審議会障害者部会資料より)

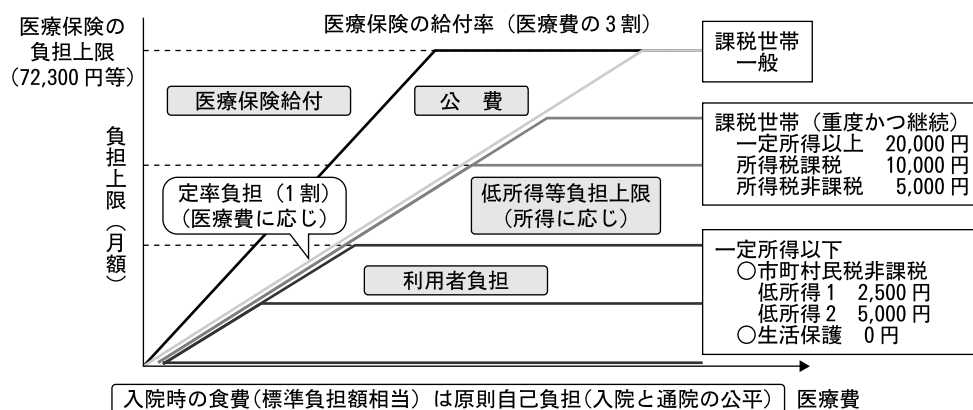


図3 自立支援医療の利用者負担(2)

(厚生労働省：障害者自立支援法案による改革説明資料より)

なお、重度かつ継続の対象については、「実証的な研究成果を踏まえ、2年以内に範囲を見直す」とし、また「一定所得以上」かつ「重度かつ継続」の者に対する経過措置は、施行後3年を経た段階で医療実態等を踏まえて見直す、としており、今後の自己負担の増加に含みを持たせた内容となっている。医療費と自己負担の関係をグラフにしたものを図3に示す。

4 透析医療費の公費負担の現状

日本透析医会の調査によれば、現在もなお透析医療は外来一人あたり最低月額約39万円かかる高額医療である³⁾が、様々な公費負担制度により、患者の自己負担は比較的少なく透析医療を受けることができる。

透析医療の黎明期には、透析医療が保険給付対象に

なった昭和42年12月以降も、健康保険被保険者は10割給付だったが被扶養者は5割給付、国民保険本人は7割給付だったため、被扶養者が透析医療を受ける場合、高額な医療費負担を余儀なくされていた。高額な費用負担に耐えきれない透析患者も多数おり、「金の切れ目が生命の切れ目」などという言葉で語られていた当時の透析医療の現状は社会問題にもなった。当時の透析患者および透析医療関係者の努力もあり、昭和47年10月に、腎臓機能障害が身体障害者福祉法の対象となり更生医療が適用され、透析患者の自己負担は軽減されることになった。

昭和59年には、健康保険法の規定に、特定疾病にかかる特例(長期高額疾病)が設けられ、透析および血友病、抗ウイルス薬を投与中のAIDS患者につい

ては、当該疾病の治療に対し、1レセプトごとの自己負担限度額は月1万円となった。さらに、その後各都道府県において、障害者医療費助成制度が創設され、透析患者の自己負担が一層軽減された。

これら公費助成の利用優先順位は、①医療保険（長期高額疾病含む）、②更生医療、③障害者医療費助成制度となっている。障害者医療費助成が充実している都道府県では、自己負担がほとんどないことと、更生医療による助成を受けるためには限られた更生医療指定医療機関で治療を受ける必要があるため、更生医療の助成を受けている透析患者はそれほど多くなく、2001年の全国腎臓病協議会（全腎協）の調査では23.2%であった⁴⁾。なお、最近になり地方自治体の財政悪化を理由として複数の都道府県で、障害者医療費助成制度が縮小され、患者の負担が増加する傾向にある⁵⁾。

障害者自立支援法案が原案通り成立した場合、透析患者においては、前述のように更生医療が自立支援医療となり自己負担額が所得に応じ月額0～2万円となるが、医療保険の特定疾病にかかる特例は所得制限がないため、透析医療にかかる自己負担限度額が月1万円をこえることはない。

5 障害者自立支援法案の論点

グランドデザイン案提示の時点でまず問題になり、現時点でも反対意見の最大のポイントとなっているのが、障害者自立支援法案が障害者のサービス利用の応益負担（定率負担）を原則としている点である。これは障害者の権利として獲得してきた所得保障を揺るがすものとして、ほとんどすべての障害者団体や一部の有識者、そして野党が問題視し、これまでの原則である患者の所得に応じた負担を求める応能負担の維持を訴えている。

これに対し、行政および与党側は、支援費制度が施行2年にして大幅な赤字を出し、財源上存続の危機にあること、障害者福祉サービスの予算を国の義務的経費として大幅増額で獲得した条件が、応益負担の導入を含む障害者福祉制度の改正であったことから、応益負担（定率負担）については譲らなかった。

ほかにも、定率負担を導入するのであれば、就労環境を含む十分な所得保障が必要であり、年金や社会資源の充実を、と訴える意見がある。また家族からの自立を目指し扶養義務負担を廃止する、としながら、低

表1 全国腎臓病患者協議会（全腎協）の厚生労働省に対する要望

1. 自立支援医療（更生・育成医療）の利用者負担を「応能負担」から「定率負担」に改定しないで下さい。
2. 入院時食事療養費の一部自己負担（入院給食費）の助成を自立支援医療から外さないでください。
3. 負担能力の認定は、世帯合算ではなく本人所得を基準に判定してください。
4. 自立支援医療以外の介護給付（ホームヘルプ、障害者療護施設）、訓練等給付（更生施設）の利用者負担は、月額15,000円を上限とする「低所得1」並みの取扱にしてください。

所得者対策として設けられた自己負担上限の基準は、本人ではなく世帯の収入としているのは矛盾しているのではないかと、という意見⁶⁾など、障害者の自己負担に関わる部分に批判が集中した。なお、全腎協が平成17年1月に厚生労働省に要望した内容を表1に示す⁵⁾。

衆議院厚生労働委員会において、福祉サービスについては平成18年1月の施行である一方で、自立支援医療（公費負担医療）の施行時期が平成17年10月としている理由を問われて、行政側は明確に予算の問題である、と答弁している。このように、本法案が作られ早期施行が目指された背景には、支援費制度および公費負担医療の財源問題が第一にあることは明白な事実である。一方で特に支援費制度で大幅な赤字を生むに至ったのは、厚生労働省の状況判断の甘さや実態把握不足があったからだ、という批判がある⁷⁾。

しかし、国家財政の危機的状況と、官邸・財務省主導の「三位一体改革」における国の補助金を廃止・削減し、社会保障費も一般財源化、すなわち地方自治体へ権限委譲していく流れの中で、厚生労働省が抵抗し、介護保険のスキームを障害者福祉に流用することで、障害者福祉にかかる国からの義務的経費を引き出した、いわば財務省および官邸と厚生労働省の妥協点としての法案という見方もまた可能であるかもしれない。

6 障害者自立支援法案の国会の審議経過

障害者自立支援法案は、平成17年2月に内閣提出法律案として国会に上程され審議が行われていたが、郵政法案による政治状況で審議はずれこみ、定率負担の凍結などの大幅修正を求めた民主党に対し、公費負担医療に関する実施時期を平成17年10月から平成18年1月とするなどの一部修正のみで応じた与党の賛成多数で、平成17年7月13日厚生労働委員会を通過、7月15日に衆議院において可決された。

しかしながら冒頭で述べたように、参議院で郵政民営化法案が否決されたのを受け、小泉内閣が衆議院解散を断行したため本法案は廃案になった。解散直後(8月10日)、尾辻厚生労働大臣は記者会見で、本法案については大きく手を加えることなく再提出する意向を示したが、成立時期は平成17年9月現在、見通しが立っていない。同年9月の総選挙では自公連立与党が圧勝した。これにより本法案は今後の国会で原案に近い形で再提出されるものと思われる。

前述のように、障害者の在宅サービスの補助に資する居宅生活支援費の平成17年度予算は930億円であるが、うち161億円は本法案の成立を前提として、義務的経費として計上したものであり、本法案が成立しなければこれに1割自己負担導入に伴う財政効果10億円をあわせた約170億円の財源不足が発生することが予想されている⁸⁾。

(追記) 本法案は総選挙後の国会で一部施行時期を延期した上で再提出され10月31日可決、成立した。

おわりに

障害者自立支援法案は、障害者福祉サービスを公平かつ効率的に一元化する、という大きな理念を持った法案である。しかしその趣旨に障害者福祉事業の財源不足対策があることは隠しようのない事実であり、その意味で、この法案は改革の名前を借りた福祉切り捨てである、という批判は、反体制的イデオロギーに基づく論調とは決めつけられない説得力を持っている。しかしながら、このような法案が作られる背景には、厳しい財政状況の中で、経済の伸びを大きく上回って

増大する社会保障関係の費用を抑制しようという、財務省および官邸(=小泉内閣)のこれまでにない強い意思があることも、また紛れもない事実である。

障害者自立支援法案の透析医療に与える影響は、現時点では更生医療における自己負担の問題にとどまる。しかし、この法案は国の社会保障政策の大転換を具現したものであり、この法案の意図するところや成立過程を理解した上で、来る医療制度改革において透析医療が成立する条件を検討することは、すべての透析医療に携わるものにとって焦眉の急であると考えられる。

文 献

- 1) 京極高宣: 社会保障の動向と介護保険・支援費制度の改革課題。介護保険改革と障害者グランドデザイン; 中央法規, 東京, pp. 7-23, 2005.
- 2) 厚生労働省: 今後の障害保健福祉施策について(改革のグランドデザイン案)。第16回厚生労働省社会保障審議会障害者部会資料, 2004.
- 3) 鈴木 満, 杉崎弘章, 吉田豊彦, 他: 第8回透析医療費実態調査報告。日透医誌, 20; 112-135, 2005.
- 4) (社)全国腎臓病協議会: 医療保障, 公的年金。2001年度血液透析患者実態調査報告書; 障害者団体定期刊行物協会, 東京, p. 35, 2002.
- 5) (社)全国腎臓病協議会: 透析医療費, 今そこにある危機。ぜんじんきょう, No. 208; 3-9, 2005.
- 6) 日本障害者協議会: 「改革のグランドデザイン案」(厚生労働省障害保健福祉部)への意見(2004年11月9日)。
- 7) 井上泰司: なぜグランドデザインが提案されたのか。障害者保健福祉改革のグランドデザインは何を描くのか; 障害者生活支援システム研究会編, かがわ出版, 京都, pp. 60-66, 2005.
- 8) 毎日新聞 2005年8月10日記事。