

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
第3回議事録

厚生労働省老健局

第3回 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 議事次第

日 時：平成18年7月25日（火） 15:00～16:47

場 所：厚生労働省専用第22会議室（中央合同庁舎第5号館18階）

1. 開 会

2. 議 事

- (1) 有識者会議におけるこれまでの議論等の整理（案）について
- (2) 諸外国における介護と障害者施策について
- (3) 年齢や障害種別にかかわらないサービス提供の取組みについて
- (4) 有識者調査の実施について

3. 閉 会

○山崎総務課長 定刻となりましたので、第3回の「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」を開催させていただきます。

本日の委員の出欠ございますが、大森委員と矢田委員から御欠席の連絡を受けてございます。

それでは、座長、よろしくお願いいたします。

○京極座長 それでは、本日の議題に入ります。

まず、事務局から本日の資料の確認及び説明をお願いいたします。

○巽補佐 それでは、本日の議題に入ります。資料につきまして、確認と説明をさせていただきます。座って説明させていただきます。

まず、資料1「有識者会議におけるこれまでの議論等の整理（案）」です。

資料2「諸外国における介護と障害者施策について（未定稿）」。

資料3「年齢や障害種別にかかわらないサービス提供の取組みについて」。

資料4「有識者調査の実施について」。

以上が資料でございます。

参考資料として3つございます。

まず、参考資料1「高齢者・障害者のデイサービスの相互利用に関する調査の概要」でございます。

参考資料2としまして、高浜市と東松山市の総合相談体制の事例を付けております。

参考資料3といたしまして、「地域包括支援センター及び障害者相談支援事業の状況」でございます。

まず先に、資料1、2、3につきまして説明いたしまして、後ほど資料4につきまして説明いたします。

まず、お手元の資料1でございます。これは、あくまでもこれまでの議論をまとめた案でございます。今後当然加筆修正していきたいと思っております。

まず、論点としまして、基本的な視点と主な論点という形で分けさせていただきます。「I 基本的な視点」につきましては、まず介護保険制度の視点、これは普遍化についての意見でございます。

次の2ページ目の「2 障害者施策の視点」。

3つ目は「サービス利用の視点」ということで、本日、話を進めます共生型サービスや地域包括ケアを含むというものでございます。

まず、1ページ目に戻りまして「I 基本的な視点」の「1 介護保険制度の視点」ということで、普遍化についての議論でございますけれども、1つ目の○ですが、「介護を必要とする事態は誰にでも起こり得るものであり、必ずしも年齢に関係のない」という意見。

4つ目の○になりますけれども、「負担と給付が一致するという社会保障制度の優位性を考えれば、今の介護保険制度というのは真の意味での社会保険制度にはまだ到達していない」という話です。

5つ目の○で、「欧米諸国でも、社会保険方式か税かという違いはあるものの、年齢や原因など

により介護制度を分断する仕組みとはなっていない」という意見。

「社会保険方式は、税方式よりは普遍的であり、権利性もあり、制度の支え手の拡大により財政の安定にも寄与する」という意見でございます。

2ページ目は、これに対して、普遍化に関しまして慎重の意見でございます。

「被保険者、受給者の範囲拡大は極めて慎重であるべきであり、現行の基準を維持すべき。被保険者の範囲を拡大するかどうかについては、国民に対して公平性、納得性が十分にあるかどうかを見極めなければならない」。

2つ目の○は、「0歳から介護ニーズはあり得ると思うが、負担する方からすれば、それでよいか問題がある。障害者施策はこれまで基本的に税で行っているが、本当に保険制度になじむのか」という意見です。

次は、社会保障制度の全般的な見直しの中で、年金保険料の毎年の引き上げ等が増える中で、現役世代の負担の余力が本当にあるのかという意見でございます。

次に「2 障害者施策の視点」でございますけれども、「障害者福祉は、今回の改革により、実施主体、サービス体系、支給決定プロセス、ケアマネジメント、利用者負担、計画という側面から、制度的には介護保険との共通性が高まっている」という意見です。

「障害者自立支援法では、精神障害も含めて3障害の福祉サービスについて制度面の共通化を図り、あわせてサービス体系を介護給付と訓練等給付との2つの給付に再編成している」という意見です。

3つ目が「サービス利用の視点」ということでございます。

「市町村で障害者と高齢者とで別々にホームヘルプサービスなど実施するよりも、一体的に実施した方が、立ち後れている障害者に対するサービスの基盤強化が図られるのではないか」という意見です。

「障害がある人たちに対する支援と、高齢者の生活を支援する介護とは幾分ノウハウは違うかもしれないが、ホームヘルパーに対するきちんとした訓練があれば十分可能である」という意見。

それに対しまして、「高齢者と障害者、特に障害者は障害の内容によってサービスが違うため、障害者自立支援法が現場に定着していない限り、一緒になるかどうかはわからない」という意見。

最後でございますけれども、「64歳以下の者の中には、介護保険や障害者福祉の対象とならない、いわゆる『制度の谷間』のケースがあり、制度を普遍化することにより、これらの者のサービス利用が可能となる」という意見がございました。

次に、主な論点でございますけれども、大きく分けまして「対象年齢」あるいは「障害児」「世代間扶養・世代内扶養」「保険料」「行政の運営上の問題」「就労支援等」という形で分類させていただきました。

まず「対象年齢」につきましては、保険料負担は、20歳からとすべきという意見。

あるいは20歳はまだ学生もおり、社会人になっていると思われる25歳以上の方が保険料負担をしていただくべきである。それにつきましても一挙にやるのではなくて、2段階程度で行うことが望ましく、それらを実現するためには、十分な環境整備が必要であるという意見。

「障害児」につきましては、「若い人を被保険者にして、その被扶養者に、家族給付として障害児に対する介護サービスを行うことも考え得る」のではないかという意見。

「世代間・世代内扶養」につきましては、世代間の扶養だけではなく、もう少し世代内の扶養を強化すべきではないか。若い人の保険料を半額くらいにしたら、同世代の障害者を支援するという形になる」ということで、世代内の支援をするという要素が強まり、理解も得られやすいのではないかという意見でございます。

「保険料」につきましては、65歳以上は既に障害者が介護保険の優先適用になっており、その年齢を引き下げることについては技術的に困難ではないという意見。

それと、仮に障害者について適用するとした場合には、介護保険料が発生しますが、若年者について負担能力に応じた負担を考慮する必要があるという意見、あるいは保険料の減免制度をしっかりとすべきであるという意見。

フリーター、NEETの方々も含めて負担してもらうような仕組みづくりが必要であるという意見でございます。

次に、「行政の運営上の問題」につきましては、「介護保険と障害者施策が一緒になることにより、行政システムが変わるのではないか」という意見でございました。

「就労支援等」につきましては、障害者福祉にとっては、就労の促進が重要であるという意見、あるいは現在ハローワークが中心になって雇用マッチングを行っておりますけれども、障害者のさまざまな働き方の創出をしていくことが官民挙げての重要な課題であるという意見でございました。

次に、資料2でございます。

これは、諸外国における介護と障害者施策についての整理をしたものでございます。未定稿となっておりますのは、一番最後に出典を書いておりますけれども、その出典の文献によってわかる範囲内でまとめたものでございまして、詳細につきましては、秋に現地調査を行う予定でございます。

そういった意味で、今日の議論も踏まえまして、現地調査に反映させたいということを考えているところでございます。

諸外国につきましては、ドイツ、オランダ、イギリス、スウェーデンの4つをまとめております。

まず、「基礎指標」としましては、基本的に日本は高齢化率20%を超えておりますので、そういった意味では、日本は一番の高齢社会になっているわけですが、ドイツ、オランダ、イギリス、スウェーデンにつきましても、それぞれ高齢化が進んでいるという状況でございます。

「全体の概要」でございます。

これは、介護保障制度と障害者施策の関係につきまして、できるだけわかりやすくするために強調して書いたものでございます。

具体的に、①の部分につきましては、介護保障、介護サービス制度の部分でございます。

②の部分につきましては、障害者施策につきまして上乗せサービスをやっている部分でございます。

③につきましては、サービスの横出しをやっているものを示しているものでございます。

それと、細かい網かけになっているものにつきましては、保険財源でやっていることを表わしているものでございます。粗い網かけの部分につきましては、税、公費を財源にしているものでございます。

まず、全体の概要につきまして、ドイツについて説明しますと、①の部分につきまして、介護保険制度からの給付が優先されております。それと介護保険の支給額を超える部分、②の部分につきましては、統合扶助という社会扶助、これは日本では生活保護に当たりますけれども、統合扶助等による障害者施策より給付がなされております。

③の横出しサービスの部分につきましては、介護保険にはない、社会参加給付等の給付について、同じく統合扶助等によりまして給付がなされているところでございます。次のオランダでございませうけれども、オランダは介護保険制度に当たります「特別医療費保障法」、AWBZという保険制度がございませう。

それと、「障害者サービス法」、これは税を財源にしておりますけれども、WVG法による障害者のサービスがなされているところでございます。

まず、①につきまして、先ほど言いましたように、介護保険部分につきましては、AWBZから給付がなされております。

上乘せの部分につきましては、これは現在調査中でございますけれども、ミーンズテストを経て、所得とか家族構成とか、そういったものを踏まえて利用者負担を決定しているということがわかっております。

②の横出し部分でございますけれども、これにつきましては、AWBZ、介護保険制度にない住宅改修や移送サービスの給付につきまして障害者サービス法によって横出しサービスがなされているという状況でございます。

次のイギリスでございますけれども、イギリスはコミュニケア法によって給付がなされているところでございます。

②の上乗せ部分につきましても、特に障害者には利用者負担を一般の人よりも軽減しているということで、上乘せサービスがなされているところでございます。

③の横出しサービスにつきましては、コミュニケア法あるいは障害者法等に基づきまして、医療サービス教育訓練支援等の給付が横出しサービスとしてなされているところでございます。

次のスウェーデンでございますけれども、スウェーデンは、イギリスと同じく介護保障部分につきまして税で賄われているわけですが、社会サービス法という一般法と「特定の機能障害者に対する援助及びサービスに関する法律」というLSS法がございまして、これが特別法的な位置づけになっております。

社会サービス法から介護サービスがなされているわけですが、LSS法による10サービス、これは後で出てまいりますけれども、そのサービスにつきまして、基本的にサービス、例えば利用料が無料になっているとか、そういったことがございまして、基本的に有利になっていることから、LSS法が優先的に提供されているところでございます。

横出しサービスにつきましては、LSS法、保険医療法等に基づきまして、リハビリとか、手話

通訳等のサービスがなされているというところがございます。

次に、今、全体の概要をしたわけですが、個別の介護保障制度の概要について説明したいと思います。

ドイツにつきましては、先ほどいいましたように、介護保険制度がございます。保険者は介護金庫ということで、医療保険者である疾病金庫が兼ねるが法人としては独立しているところがございます。

オランダにつきましては、これも同じく先ほどのAWBZによりまして、介護保険の仕組みがございます。保険者は国となっております。

イギリスでございますけれども、イギリスの介護サービスは地方自治体による社会サービスの枠組みの中で提供しているところがございます。

スウェーデンにつきましては、社会サービス法による介護サービスが基礎的自治体であるコミューン、これは日本の市町村に相当するものですが、それが提供しているところがございます。

それぞれの国につきましてはの介護保障制度の受給者は、年齢や障害の種別にかかわらず、介護サービスが受けられるということになっております。

次に利用者手続ケアマネジメントの給付でございますけれども、ドイツにつきましては、介護の要介護認定は3段階の区分がございます。それに応じたケアプランが作成されるということで、その要介護度に応じまして上限が設定されているところがございます。

オランダにつきましては、これは受給の審査につきまして、中央審査機関が一元的に行いまして、個別のニーズに応じた柔軟な審査がなされまして、段階別の要介護認定の仕組みはございませんが、審査によって受給が認められた範囲内でサービスを受けるということになっております。そういった意味で、利用者負担につきましては、さまざまでございます。

イギリスにつきましても同様でございます。コミュニティケア法等によりまして、地方自治体が、個別の利用者のニーズを総合的に判断しまして、アセスメントを行ってケアマネジメントを行っております。これにつきましても、支給限度額はございません。

スウェーデンにつきましても、介護サービスは、本人あるいは家族の申請に基づきまして、先ほどの基礎的自治体でありますコミューンの介護ニーズ判定員が要介護度の判定、あるいはサービス量の内容のアセスメントを経て提供される。判定基準につきましては、コミューンによって異なっております。

サービスにつきましては、それぞれ在宅・施設サービスがございます。

次のページでございますけれども、利用者負担のものでございます。

ドイツにつきましては、先ほど段階別に給付限度額があるといいましたが、その限度額を超える部分につきましては、利用者負担がございます。低所得者につきましては、州の社会扶助が支給されておりまして、保険料負担が免除されるという仕組みになっております。

オランダにつきましては、利用者負担の水準、これも在宅・施設介護の別、所得水準、あるいは家族構成、年齢等によって異なっております。

施設入所者につきましては、最低所得の保障制度がございます。

イギリスにつきましては、利用者負担の個人の所得あるいはサービス料とか、あるいは資産を含めた所得等に応じまして、決定されているところでございます。

スウェーデンにつきましては、利用者負担がコミューンによって異なるんですが、国の制度として、利用者負担に条件がある、あるいは利用者の最低所得保障額が設定されているところでございます。

財源につきましては、ドイツ、オランダが保険料財源、イギリス、スウェーデンにつきましては、税財源ということになっております。オランダにつきましては、保険料財源の中に一部公費が注入されているというところでございます。

次に、障害者施策の概要でございます。

これは、先ほどの横出しの部分に当たりますけれども、障害者に対するサービスがドイツの場合は、介護保険によるサービス以外に社会扶助等の個別給付法に基づきまして、障害者の社会への統合を目的とした統合扶助等によるサービスが行われているというところでございます。

この統合扶助等によるサービスにつきましては、地方自治体により、医学的リハビリテーションのための給付、あるいは労働生活への参加のための給付、あるいは①及び②の給付期間中の生活保障のための給付、あるいは家族、近隣などの共同体での生活への参加のための給付が行われているところでございます。

次にオランダでございますけれども、オランダにつきましても、先ほどの介護保険（AWBZ）によるサービスのほかに、障害者サービス法（WVG）等によりましてサービスが行われております。

このWVGのサービスにつきましては、住宅改修、移送サービス、車椅子の貸与等がありますが、その実施主体は市町村でございまして、その内容につきましては、市町村が条例で定めるということになっております。

WVGによるサービスの利用者負担につきましては、個人の所得に応じて決定されるということでございます。

イギリスでございますけれども、先ほどの介護保障サービスと同じでございまして、主にコミュニティケア法に基づいて自治体が障害者の総合的アセスメントを行いまして、介護サービスのほかに、在宅・施設サービスあるいは現金給付など、多様なサービスが提供されているというところでございます。

障害者に対する独自サービスとしましては、相談支援あるいはエンパワーメントといった自立支援、移動サービス、住宅改造、手話通訳等あるいは現金給付等がございます。

独自サービスにつきましては、利用者限度額はございませんが、地方自治体におきまして、自主的に総量管理をしているという報告がございます。

利用者負担につきましては、個人の所得、先ほどの資産等も含めまして決定されるというところでございます。

次のスウェーデンの障害者施策でございますけれども、スウェーデンは、先ほどの特別法のLS法に基づきまして、重度障害者に対するサービスとして、社会サービス法による介護サービスの

ほかに、サービスがございます。

LSS法のサービスにつきましては、相談その他の個別援助、これは専門的な個別援助をやっているということでございます。

パーソナルアシスタント、これは専属の介護者が付くというものでございます。あるいはガイドヘルパー、12歳以上の障害者に対する学童保育、あるいはケア付き住宅等の10サービスの給付がこのLSS法に基づいてなされております。

LSS法の責任主体につきましては、主にコミュニケーション、医療の責任主体につきましては、これは県に当たりますけれども、ランスティングが責任主体となっております、医療の一部につきまして、ランスティングからコミュニケーションに移されている状況がございます。

それと、LSS法によるサービスの利用者負担は、先ほど言いましたように原則として無料ということでございます。

障害者施策の財源につきましては、それぞれ税財源を基本にしております。一部オランダにつきましては、先ほどの介護保険の仕組みでありますAWBZからの拠出金が出ているということでございます。

いずれにしても、文献等を踏まえた資料でございまして、本日の審議を踏まえまして、また詳細については調べたいと思っております。

次は資料3でございます。

これは、「年齢や障害種別にかかわらずサービス提供の取組み」ということでございます。

1つは、高齢者や障害者が、年齢や障害の種別にかかわらず、1つの事業所で相互にサービスが利用できる共生型サービスがございます。

これにつきましては、特区事業などの普及によりまして、利用者やその家族、あるいは事業者などから一定の評価がなされているところでございます。

具体的には、参考資料1を付けておりまして、これはデイサービスの相互利用に関する調査の概要ということで、自治体におきまして特区事業を認定されました地域におきまして、調査をやったものでございます。

これにつきましては、自治体あるいは利用者、利用者の家族、あるいは利用者のケア担当者、事業所から調査をしております。また見ていただければいいんですけれども、おおむね一定の評価を得ているところでございます。

もう一つは、総合的ケアマネジメントについてでございます。つまり、一部の市町村で先ほどの年齢や障害の種別に関わらず、すべての人に対応できる総合相談体制を整備しており、そのことによりまして、福祉のワンストップサービスあるいは障害、高齢者を合わせた地域ケア体制を推進しているところでございます。

まず、1つ目の「共生型サービス」でございますけれども、(1)はデイサービスでございまして、介護保険のデイサービスを身体障害者が利用しているというものです。

これにつきましては、介護保険制度創設以前から65歳未満の身体障害者が高齢者のデイサービス事務所を利用することが認められておりまして、全国で可能でございます。

次に、同じく介護保険のデイサービスを障害児とか知的障害者が利用する場合でございます。これにつきましては、特区で可能になっておりまして、宮城県ほか18県で実施されているところがございます。

これらにつきましては、それぞれ費用につきましては介護保険法あるいは障害者自立支援法からそれぞれ給付がなされているところがございます。

2ページ目の事例1を見ていただきたいんですけども、これは、まず高齢者のデイサービスの中で身体障害者あるいは知的障害児のデイサービス、これは特区でなされているものです。富山市の「このゆびと一まれ」というところがございます。だれもが住み慣れた町で安心して暮らせるまちづくりをしたいということで、赤ちゃんからお年寄りまで障害があっても一つ屋根の下でみんなと一緒に過ごすということを理念にやられているものであります。

介護保険では、通所介護、デイサービスがなされておりまして、自立支援法関係では身体障害者のデイサービス、それと特区によりまして、知的障害者・障害児のデイサービスがなされております。

それと、市単独事業によりまして、これは高齢者、どちらかといえば元気な高齢者ですけども「生きがい対応デイ」、あるいは県単独事業で「在宅の障害者（児）デイケア」をやっております。

あるいは自主事業といたしまして、学童保育あるいは乳幼児の一次預かりという形で、赤ちゃんからお年寄りまでの共生型サービスをなされているところがございます。

次の事例2は、千葉県の東金市の「オアシスデイサービスセンター」でございます。これにつきましても、だれもが人間らしく生きられるようにという基本の下「あなたもわたしも世界にひとり」ということを合言葉に活動をされているところがございます。

これも同じく介護保険法では通所介護、それと訪問介護がなされております。自立支援法では身体障害者のデイサービス。あるいは特区によりまして、知的・障害児のデイサービスがなされているところがございます。

それと、交流スペースという形で、これは自主事業でございますけれども「サロンオアシス」というような活動をされているものでございます。

次の事例3につきましても同じ形態でございます。通所介護の中に自立支援法が、障害・年齢にとらわれず、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるような地域のさまざまな福祉ニーズに応えるために「通う」「泊まる」「暮らす」という利用者に優しいサービス移行の実現を図るというものでございます。

これらにつきましても同じなわけですけども、その他のところで短期入所がございます。これにつきましては、自主事業によって高齢者を対象にしたショートステイをやっているというところがございます。

それと「『暮らす』サービス」というものがございまして、これは通所介護利用者の宿泊サービスとして自主事業として行われているものでございます。

また1ページ目に戻っていただきたいんですけども、次はグループホームの共生型サービスでございます。介護保険の認知症高齢者グループホームを障害者が利用している例でございます。宮

城県の自治体独自のモデル事業として実施されているところをごさいます、5 ページ目の事例 4 で「共生型グループホーム ながさか」というグループホームがごさいます。

これにつきましても、年齢や障害の程度にとらわれず、住み慣れた地域で自分らしい生活を送ることができるように、認知症高齢者あるいは障害者が相互関係の中で獲得することが期待できる役割に着目して、地域生活の支援システムを構築しているところをごさいます。介護保険では、認知症のグループホーム、それと自立支援法の共同生活援助、それと在宅の知的障害者を対象としました生活訓練を目的とするショートステイという体験ステイを県単独事業でやられているということをごさいます。

共生型サービスは終わりました、次の「2. 高齢者、障害者の総合的ケアマネジメントの推進」をごさいます。

これは、高齢者と3 障害の障害者すべての人に対応できる総合相談体制を整備するというところで、愛知県の高浜市と埼玉県東松山市で、自治体独自のモデル事業として実施されているものをごさいます。

具体的には6 ページの高浜市をごさいます。

高浜市の三河高浜駅の前に「高浜市いきいき広場」というのを設置しております。

次の7 ページ目のところを見ていただきたいんですけども、下の図の「いきいき広場(高浜市)」のフロアの図をごさいます。

見ていただければ、わかりますように、行政組織の地域福祉グループ、介護保険グループ、保健福祉グループ、地域包括支援センター、それと障害者の相談支援担当職員をそこに配置している。それと社協も一緒に同一のフロアに入っているということをごさいます。主な特徴としましては、福祉のワンストップサービスを目指す。先ほど言いましたように、それぞれの福祉部局が同一フロアに開設されているということ。それと土日祝祭日も対応しているということをごさいます。

7 ページ目の上の図を見ていただければいいんですけども、そういったことから、まず福祉のワンストップサービスを実現して、それといろいろ相談があったものにつきまして、介護保険による支援プロセスあるいは自立支援法によります支援プロセスにつなげるための地域ケア会議というのを、本来ならば高齢者、障害者独自にそれぞれ地域ケアをやっているわけですが、ここでは一元的に地域ケア会議を展開して、地域のニーズに対応できる総合的なマネジメント、地域ケアをやっているということをごさいます。

次の東松山市をごさいますけれども、ここも先ほどの高浜市とはよく似ているんですが、若干それぞれ違いがごさいます。これにつきましても、年齢や障害種別にかかわらず、高齢者向けのもの、障害者向けのものといった区分を取り払いまして、人材や施設、これまで培ったノウハウなどを共有して、効率的にサービスを進めていくということで、総合福祉エリア、総合相談センターというものを設置しているところをごさいます。

これにつきましては、9 ページのところを見ていただきたいんですけども、この主な特徴としましては、障害年齢を問わない総合相談センターを開設しております。それと、24 時間 365 日の相談支援体制を構築しているということ。

ここの総合相談受付ですけれども、先ほどの高浜市の場合は、それぞれ障害者あるいは高齢者の対応者が違ったわけですが、ここでは相談員がオールマイティーで障害者、高齢者施策について精通していて、それぞれの支援サービスにつなげるような相談員が配置されているということでございます。

必要に応じまして、先ほど言いましたような障害者、高齢者に関係のない地域ケア会議を行いまして、それぞれのプロセスにつなげていくというような仕組みになっております。以上でございます。

○京極座長 どうもありがとうございました。それでは、時間も十分ありますので、御質問等積極的にお願いいたします。

有識者調査については、後ほどということで、どうぞ、どなたからでも結構でございます。

もしなければ、私の方から1つ。国際比較で私どもの研究所の資料が載っていますけれども、これは雑誌の特集号でありまして、独自に調査したものではありませんので、日社大の調査を少し借りてやったんですけれども、なかなか障害者のことについては、国際的に見ましても高齢者以上につかみにくい、それぞれ非常に細かく分かれていますので、なかなか限界がございます。

これから、現地に行って調査する場合に、精神障害の問題もきちんと分けて、本当に同じかどうか、そこはちょっとポイントなんではないかと思っていて、おおむね障害、障害と言っていたのは知的障害と身体障害のことだけが大体話題になっていますので、その辺りはきめ細かく調査をしたいと思います。今回も本当に同じかどうか、わからないので、ここはちょっとキーポイントだと思っています。

どうぞ、堀委員。

○堀委員 国際比較の調査ですけれども、この4か国に限られるのでしょうか。というのは、たしかオーストリアでは、現金給付という感じでやっているということを知っていますので、そういう国も調査された方がいいのではないかと思います。

介護保険ができる前の日本と同じように、医療保険と福祉サービスとしての介護サービスをやっている国もあるので、そういうところもちょっと見ていきたいと思っています。

○京極座長 よろしいですか。

○山崎総務課長 現地調査の方は、費用もございまして、あちこちというわけにはいきませんので、一応、この4か国を考えてございます。その他の国につきましては、また文献等で調査させていただきたいと思っております。

○京極座長 今の国際比較の関係では、御質問ある方はいらっしゃいますか。

小方委員どうぞ。

○小方委員 先ほど御説明いただいて給付の内容はよくわかったんですが、これからこの検討会でもポイントになると思うんですけれども、せっかく行かれるのであれば、保険料の負担は、どういう方々がどんな割合で負担されているのか御調査をいただいております。要望でございます。

○京極座長 どうぞ。

○竹中委員 今のことに関連するんですけども、例えばスウェーデンの場合は、所得税が約六割、消費税が25%を超えていると思うんですけども、そういう所得税あるいは消費税等についても、今の保険料などと同じように調べていただければありがたいと思います。

○京極座長 ほかにどうでしょうか。

貝塚先生どうぞ。

○貝塚委員 要するに、日本の場合も保険料負担か租税負担かというので違うわけですね。したがって、負担という場合は、結局日本との比較というのは、日本も少し混合ですけども、純粹に保険料だけでやっているケースと、そうではないケースと、公費負担だけでやっているケース。サービスだけというのは、恐らく全部公費負担です。公費負担ということは、要するに租税負担です。その辺の負担の関係をいれると、多少類型化して調査して、サービス内容自身は多分それ自身だと思います。

○山崎総務課長 本日の資料は、本当に文献だけの資料でございまして、今、委員の先生方もおっしゃいましたが、まさに負担の部分がこの議論の核心ですから、その負担の水準もしくは税でやるか保険料でやるか、更には全体はどうなっているかということもちゃんと調査をしてまいりたいと思います。

○京極座長 花井委員どうぞ。

○花井委員 スウェーデンとオランダのところに、最低所得の保障というのがございますが、スウェーデンの場合は、最低所得保障額の在り方が特徴だと聞いているんですが、障害者と高齢者の所得保障というか、生活保障の在り方が税でどんなふうになっているのかということ。

それから、障害者に対する就労支援の在り方が、これではちょっとわからないものですから、できれば、そんなことも調べていただけたらと思います。

それから、それぞれの税財源がありますが、例えばスウェーデンなどは、地方税の方がずっと高いというのは聞いているんですけども、収入における利用料の占める割合というんですか、税収に対してどのぐらいの支出があるのかというのがそれぞれの国でわかれば教えていただきたいと思います。

それから、高齢化率が出ているんですが、実際にこれらのサービスを使っている数が人口全体の中でどの程度占めているのかも、もしわかれば調べていただければと思います。○京極座長 大変だと思いますが、どうぞ。

○松下委員 先ほど座長も御指摘なされたんですが、年齢や障害の種別にかかわらず、障害の中に精神が入っているかどうか、少し確認をしていただいて是非調べていただきたいと思います。

先ほど堀委員もおっしゃいましたけれども、精神に関して言うと、オーストラリアとニュージーランドというのは、いろんなことを試みていると思うので、実施調査はしなくても構わないけれども、きちんと文献的に調べていただいて、是非そのデータを見せていただきたいと思います。

○京極座長 紀陸委員、その次に喜多委員お願いします。

○紀陸委員 資料の2の下の方の受給者の欄ですが、ここに「年齢や障害の種別にかかわらず、介護サービスが受けられる」というのが、すべて4か国共通に書かれているんですけども、障害者

の施策については、日本でもユニバーサルで税で行っているわけです。それを海外において、わざわざ保険制度にするというのはなぜか、そういう問題意識を持って調査をしてほしいと思います。

それから、この点に関連してなんですけれども、利用者の年齢の実態です。調査をやられる際にお調べをいただきたいと思います。

ついでに幾つかお願いしたいと思うんですが、ドイツ、オランダ、左の2つでございますけれども、介護保険は保険方式で行っているわけですが、障害者の施策についても保険料を納付するのが一般的なのか、あるいは免除の割合みたいなものはどうなっているのか、その辺も併せてお調べいただけたらと思います。

それから、先ほど4か国だけという話でしたけれども、アメリカがどういうふうになっているのか関心がございますので、お願いしたいと思います。

イギリスでございますが、地方自治体の総量管理ということが2ページ目の下の方に言葉として出ているんですが、総量管理の中身自体のはっきりしたイメージをつかんでいるわけではありませんが、他国ではどういうふうになっているのか、同様の仕組みがあれば、その実態も御確認をいただければ幸いかと存じます。

総体的にヨーロッパでは、財政健全化、介護・障害者施設にかかる費用を合理化するというのが非常に大きな課題になっていると思いますので、そのためにどのような対策、システムをとっているのか、併せてお調べいただければ幸いかと存じます。幾つか申し上げましたけれども、せっかくの機会でございますので、きちんとした調査ができればありがたいと思います。

○京極座長 ありがとうございます。

それでは、喜多委員お願いします。

○喜多委員 3つの資料の説明がありましたので、それぞれについてちょっと意見を申し上げておきたいと思います。

まず、資料1ですけれども、今までの議論の論点整理ということで、いろいろ羅列をしておりますけれども、この中には、事務方が説明されたことが理論として入っているものが幾つかあると思うんです。金曜日にもらって、大急ぎでいろいろ調べてみたので調査漏れかもしれませんが、それが気になるわけでありませぬ。

事務方の説明されたことが、そのままこの論点として載せられるということになれば、初めから我々の議論というのは誘導されているのと同じで、余りそれは公平ではないのではなからうかと思ひます。

例えば、1ページ目の下から2つ目の○で「欧米諸国でも、社会保険方式か税かという違いはあるものの」云々とありますが、これは事務局の説明ではないかと思ひます。

それから、2ページ目の「2 障害者施策の視点」のところでも2点書いてありますが、これも事務局の説明ではないかと思ひます。

それから、3ページ目の「II 主な論点について」の上の一番最後の○のところに「64歳以下の」云々とありますが、これも事務局の説明ではないかと思ひます。

これがそのまま論点だと言われるのであれば、説明をされたときに、その都度それを反論しておかないと、それが正当な議論になってしまうのではないかという心配をいたしております。

資料2についてであります、今の時点で、なぜこの4つ分だけお出しになったのか、どうも理解に苦しむわけであります。

これを見ていたら、今日の会議なんかは別に開かなくても、事務方で、この4つの事例で行かれましたらいい。現行法でも日本の形と余り変わらないのではないかと。上乘せ、横出しとおっしゃっていましたが、障害者自立支援法ができて、それはそれなりに市町村は頑張っておりますし、介護保険は介護保険でやっておりますから、その間に何か問題があるかと言えば、特に今は問題ないわけありますから、なぜ、今、それを問題にするのかというのが、この資料を見る限りどうもよくわからないというのが私の疑問でもあります。

それよりも、今、問題にすべきは何かと言えば、保険料の在り方について、税法の関係をそのまま比準にしているわけですから、私がかねがねそれはまずいですよと申し上げておったんですが、今年の税金の変わり方によって、国民健康保険もそれから介護保険料もものすごく上がったという意識を皆さんお持ちであります。

上がったのは、どんな部分の人かと言えば、下の方の今まで非課税世帯であったところの人が保険料が新たに取られるということになって、上がったという認識があるわけですが、保険料の1年間の総量は変わっていないわけですから、取り方が税法を基準にしてやっているものですから、控除額が変わることによって、非課税世帯が課税世帯になって、えらい上がったという認識をされています。こんなところから直すのが、今、介護保険では一番問題ではないのか。私は改めてこのように思っておるわけであります。

それから、3番目の資料であります、各地でそれぞれおやりになっているのは結構でございますけれども、果たしてうまくいっていることばかりなのかということをおし上げたいわけあります。

大急ぎで私のところも調べてきたわけですが、かねがね担当者もいろんなことを聞いておりますが、私の市内で2か所ところで、やはり障害者と一緒におやりになっているところがあるわけありますけれども、1つのデイサービスセンターでは、身体障害者及び身体と重複、これは知的者を対象としておるわけですが、重複者の対応については、非常に苦慮しているというのが現状であります。

なぜかという、多動的な状況がございまして、例えば奇声を発したり、いろんなことがあって、高齢者の利用者から苦情が非常に多くて、事業者側も対外的にそのような状況が広まることを非常に懸念している。

もう一つ同じような事務所があるんですが、これはそのような事情から、障害者（児）のデイサービスをやめてしまったという事例もあるわけあります。

したがって、なかなか口で言うほど簡単ではないと思うんです。余りいいことばかりを出していただいたらそうかなという認識になりますけれども、悪い事例も挙げてもらわないといけないし、何が障害かということもきっちりとしていただく必要があるのではなからうかと思えます。