

(3) 労施協総研の調査の中で、皆様方に報告書をお配りしていると思うんです。40ページをごらんいただきたいんです。

これは、4～8ページにある調査をしたわけですが、この4～8ページは、この施設の種別だとか、あるいは年齢だとか、人数だとかというものが出ております。これによってつくられたものです。

40ページは、調査当日のスタッフの業務量です。この生活介護を注目して、44ページの図表をごらんいただきますと、介護業務の内訳が出ています。このうち、知的障害者、厚生施設の直接支援が、ほか2施設に比して大きな差があることがわかります。この中は「見守り・声かけ」というものが大変多いということなんですが、この「見守り・声かけ」というものが認定上でしっかりと精査をされて評価がされなければいけないのではないかと考えております。

また、施設の相互利用に当たって、報告書の2ページにあります。入所者のA D Aの相違、あるいは25～30ページにある、高齢者、身体障害者、知的障害者それぞれの障害特性に応じた介護内容の相違の検討をしっかりと押さえて共生型サービスというものをつくっていく必要があるのではないかと考えております。

メリット、デメリットを述べなさいということですが、余りそのところは明確にしないまま報告を終わることをお許しいただきたいと思います。ありがとうございました。

○京極座長 どうもありがとうございました。後で資料が配られておまして、まとまったレジュメがございます。

それでは、次に、全国老人保健施設協会の漆原様より、御説明をお願いいたします。

○(社)全国老人保健施設協会 老人保健施設協会の漆原でございます。若干、お時間をいただきたいと思います。

全国老人保健施設協会では、この問題にとって特化してみんなで議論した経緯はなくて、協会としての結論は、今のところ持ち合わせておりません。しかし、その議論の中で、基本的にはこの要介護状態に対する保険給付ということで考えるならば、年齢で分けられるものではなく、つまり原因ではなくて、今の要介護状態であるということを認定した上で、同じ仕組みの中でサービスが提供されるという原則は、賛成であるという基本的な姿勢を持ってございます。

ただ、この中に幾つか問題というか、課題を提起するとするならば、これまでも意見があったかと思いますが、これまでの社会保障審議会等の議論の中では、やはり財政的に、あるいは個人の負担の保険料の額の問題といったものが主体になってこの議論が進められてきた経緯があるかと思っています。

しかし、全体のビジョンというもので、でき上がった後の姿というものをきっちり構成して検討した上で、このことが行われるべきであろうかと思っています。

これから、同じ要介護状態、あるいはサービスが必要な状態といっても、かなり病態、

状態は異なるのではないかと思いますので、介護保険制度ができる前に起こした議論のように、もう一回ゼロになった上でのサービスの仕組み、給付の仕組み、保険料の仕組みといったものが検討されるべきとみんなで考えているところでありました。

当然、介護保険制度の概念の中に、これを取組むということになれば、負担と給付の関係、特に負担に関して言いますと、現在、収入に応じた負担料率の在り方が仕組みされているわけではありますが、当然のことながら、若年者が含まれることになるならば、40歳代の方々が加齢に起因する介護サービスの被保険者ということになっていけば、ここのところも併せて若年者の中に入れて、そのサービスの受給者として考えるべきです。しかも、保険制度であるならば、やはり保険事故のリスクの多い少ない、負担の関係というものも考慮されるべきだと思います。理由は後で申し述べますが、そう考えているところです。

保険事故に対する状態の評価、あるいは認定方法についても、当然のことながら今後、検討されることではありましようが、併せてケアマネジメントの在り方も含めて、かなりしっかりとした議論が必要だということでは一致をしているところでもあります。

そしてもう一つは、介護保険制度は今、地域保健で組まれています、高齢者というのは、比較的医療の現場においても介護の現場においても移動範囲、あるいは行動範囲というのはかなり狭いもので限定されて、その地域という概念がやはり非常に大きく意味をなしてくると思いますし、今後の高齢者の介護保険制度のことだけを考えるならば、地域包括ケアが重点的に打ち出されているように、地域という考え方が重要になってまいります。若年者、あるいはそれが中高年者に広がっていくならば、この地域保険という仕組みそのものの意義というものは、かなり検討の余地があると考えているところでもあります。

特に、給付と負担ということで考えるならば、まず給付のことを考えさせていただきますと、ケアサービスのニーズはかなり違ったものだと考えられるわけでもあります。これまで、介護保険、高齢者の介護という概念は、介護保険制度ができる前からいろんな形で進歩してきたものであります。しかし、この介護、あるいはケアという言葉の中の意味合いからすれば、一番端的に言うならば、その個人個人ができなくなったものを、普通の生活をするために援助する、手を差し伸べる、お世話をするといった、欠けている部分を補うようなサービスが一番の基本であったかなと考えております。

これら、介護保険の発展の中にも、ノーマライゼーションである予防、そして地域での生活の自立といった観点がどんどん加えられてくるとなるならば、障害者、もっと若年者の場合には、ここら辺のサービスメニューといったものについては、かなり違った面での発想が必要になってくるのではないかとということが考えられます。

そして、今、老社協の方がおっしゃられましたが、施設ケアを考えた場合、これも介護保険制度の中で、介護保険施設の再編がほぼ決まった状況になりますと、幾つかの課題が提唱できるのではないかと思います。

もともとの介護サービスでありまして、これは高齢者とはかなり違った視点での介護が必要になってくると考えます。私が結核の療養所でありますとか、あるいは初期の障害

者のリハビリテーション病院等に勤めた経験も併せて申し上げられるのは、そこに入っている脊損等の若い要介護者にとってみますと、メンタルなケアが必要である。あるいは恋愛問題であるとか、性の問題、家族間の問題といったことを考えますと、これまでの高齢者の現場とはかなり違った様相を呈しているように考えられます。

勿論、従来この若年障害者に対する施設体系というのはあるわけでありますから、必ずしも今の高齢者の介護保険制度の中での施設体系の中で、同じサービスを求めるものではないことはよくわかっておりますが、しかしこういった配慮がかなり原点として認識しておく必要があると今、私たちは思っているところであります。

それに対して、これまで高齢者介護というものは、やはりひとつ高齢者という特殊な集団といったらおかしいんですが、ある意味では、高齢者という概念でくまれる対象者であったことは一定の範囲では規定の事実でございます。そして、そこで行われている職員の資質、あるいは教育、これまでしてきた経緯から見ますと、やはりこの職員がそのままその若年者に対して対応できるとは私どもも考えづらいところでございます。教育の在り方、あるいは研修の在り方も含めて、少し時間をかけてこの辺は準備する必要があるかなと思います。

そして併せて、施設の問題であります。現在、医療の問題がございます。特に療養病床の再編が決定した今、これらの若年者に関して言いますと、先天性の疾患でありますとか、遺伝性の難病でありますとか、悪性腫瘍の病巣も高齢者、あるいは壮年者とは違った病態を示します。緩解期にある要介護の若い人といった人たちもたくさんいる中で、やはり医療提供の在り方というものは、ひとつ大きな視点として考えなければならないと今、思うところです。特に、老人保健施設の場合には、療養病床との統合問題といったものを抱えて、これからの医療の在り方というものがこれからも議論されるところでありますので、この辺のところ併せて、十分考えていく必要があるのかなと思います。

そこでの費用の在り方ではありますが、現在の介護保険制度におきましても、特別養護老人ホーム、生活施設、特定施設、グループホーム等の施設、あるいは在宅を含めて、医療と介護というものが大分整理をされてきているのかなという感じがしています。しかし、介護老人保健施設だけが1つの丸めた中で、医療も介護もすべて介護保険からという仕組みになってございます。できたら、この介護老人保健施設の従来の高齢者に関しても、併せてこの医療の在り方、あるいはその費用負担の保険制度の整合性の在り方、その辺も併せて検討をお願いできれば幸いです。

そして、負担の問題で考えますと、公平性、公明性の観点から、今、国民年金での未納者の問題の中でこの議論がされることが多いわけではありますが、保険料徴収のシステムを十分考えていただくことは勿論であります。一番最初に述べましたように、保険事故リスクの大きさに対する負担は、民間の保険と社会保険の違いがあるということは十分承知しておりますけれども、そうはいつでも、今、私たちの施設で働く職員等の収入と負担の関係とか、今の子育ての状況、家賃を払いながら就業している彼女たち、あるいは彼たち

の生活レベルを考えますと、この一挙の負担というのは、かなり大きな負担になろうかなと思うわけです。その辺については、少子化対策、あるいは子育て環境の問題も含めて、御配慮すべきことだと考えているわけであります。

率直に申し上げますと、保険料率はリスクの高い中高年者よりも低くあるべきだと考えられるところであろうかなと思います。

最後であります。制度創設時に、この介護保険サービス、保険制度の中で、給付されるサービスのレベルというものをどんなふうにかという議論が確かにあったかと思えます。国民が等しく在宅で本当に困難なく、一人の高齢者でも在宅サービスが受けられて、そこに住み続けられるだけのサービスが提供できるというのはすばらしいことではありますが、当時の議論でも、それだったら施設に入った方が安上がりではないかという議論もございました。確かにその中で、今の介護保険、これからの介護保険、あるいはこの統合の問題も含めて考えますと、サービスレベルをどの辺で設定するかというのは、非常に難しい問題であります。そして、皆様方に今の状態を批判することではありませんが、介護保険制度についても3年前にこんないい制度ができたと言われ国民に大手を振ってやったサービスであります。3年後にはお金が足りないという話の大合唱になっているわけであります。これは、今、制度をつくるならば、このことも将来の財政予測とサービスレベルの設定については、是非、十分検討されますように要望をお願いしたいと思います。

これは、サービス事業者にしますと、非常に混乱をする基でありますので、是非お願いをしたいことだと考えているところであります。

簡単ですが、以上であります。

○京極座長 ありがとうございます。

それでは、続きまして、日本介護福祉士会の木村様より、資料の説明を含めてお願いいたします。

○(社)日本介護福祉士会 介護福祉士会の木村と申します。

日本介護福祉士会におきましては、全国各地で障害者施設も含めまして、直接介護職員として勤務している会員がたくさんおりますので、その会員の方からの意見と、介護福祉施設等々で働いている会員の意見等を急遽とりまとめたものを今回、お示しさせていただきました。よろしくお願いいたします。

まず1点目です。

共生型サービスの同一施設内で、高齢者等及び障害者に対して行う給付サービスを実施した場合のメリット・デメリットというところです。

メリットといたしましては、やはり平等な介護サービスの提供という視点では、共生型サービス提供を行うことによって、より効果的なサービスが提供できる。また、障害者の家族の方が今回の自立支援法の改正の中で非常に不安を抱えておられます。それについては、費用の負担であるとか、サービスを削る方向で何とか在宅生活を維持していくようにしなくてはならなかったという意見が出ておりますので、その部分に関しても、逆に信頼

の回復につながるのではないかと。それとともに、多くの介護生活支援に関わっている介護福祉士と、今回ペーパーで出ささせていただきましたけれども、先ほどから出ていますように、多くの専門職がこの制度の社会的認知を逆に再度高めることができる可能性を多く含んでいると考えました。

2番目に、身体障害者、知的障害者、精神障害者とともに、比較的軽度な方についての共生サービスというのは、非常に効果的な側面が出てくるのではないかと思います。やはりともに助け合うという日常生活の中でのつながりというものが、会員の方からも報告されております。

また、制度が一本化されることにより、これは前半の提言でもございましたように、相談窓口が統合化されることによって、効果的・継続的なサービス提供の促進につながる。また、利用する側も非常に理解しやすいものになるのではないかと考えております。

今回の介護保険制度の部分においても、やはり介護支援専門員の役割というものが、何とか高齢者、御家族の方に理解されましたけれども、やはり障害者の方々については、この辺がまだまだ普及というか、できていなかったかなと思っております。それが、例えばこの共生型サービスになることによって、本当に一生という長いスパンで相談機能が1つ投資できるかなと思っております。これが一番大きなメリットではないかと考えました。

デメリットの方は、やはり介護職員という立場から意見を述べさせていただきましたら、やはり施設サービスにおきまして、例えば共生化になったときには、適切な人員配置というものを考えていかなければ、やはり24時間型サービスも含めて、適切なケアが提供できないと考えております。とりわけ、医療ニーズの高い方もおられますので、看護師の配置も含めて、やはり適切な配置というものが必須ではないかと考えております。

その中でも、やはり介護福祉士の資格を有している介護職員の配置というものを、必置基準という形で考えていかないと、やはり今までのように気持ちがあればできる介護職員ではなくて、教育を受けた者が介護をするという職員配置に変えていかないと、医療ニーズの高い障害者等についての高齢者との共生は非常に困難であると考えております。

これについては、やはり報酬での評価等々を講じていかなければ、現行の医療施設、医療系施設の格差が広がってしまっていて、障害者、高齢者等の医療ニーズの高い方プラス介護度の高い方については、非常にサービスの質の低下を招くことになるかと考えております。

2番目の介護保険法。そもそもこの2つの制度の違いというところなんですけれども、介護保険法は「高齢者・障害者等が健康で安心して生活できるようにする生活支援およびそのための介護」を目的としております。障害者自立支援法は「障害児・者等の就学・就労支援やこれからの生活を築く支援・介護」と大きく目的が異なるものを共通化するには、これから本当に議論を重ねていかないと、問題、課題が生じるのではないかと考えております。

具体的におきましたら、これは施設も在宅もそうですけれども、人員配置基準であるとか、報酬設定であるとか、先ほど具体的な例で示されましたけれども、施設基準であると

か、現状施策の違い等を明確に論議していかなければならないかと思っております。

3番目、共生となるための支援者・介護者・調整役等の職員の養成というところであり  
ます。やはり、新しいものに向かって動くときに、介護保険の場合は、本当にばたばたと  
何とか私もその中に関わって動いてまいりましたけれども、本当に世の中が逆にスムーズ  
に動いたかなと思っております。でも、今回は、その二の舞にならないように、きちんと  
計画を立てて、職員の養成であるとか、介護支援専門員の養成であるとか、これが介護支  
援専門員の役割になるのかというのはまだわかりませんが、教育体制が未整備のまま出  
発するという事は、非常に問題が生じると思っております。

次に、要介護となったときの理由とか、年齢のいかに関わらず、介護を必要とするす  
べての人を介護保険制度の適用とした場合のメリット・デメリットというところござい  
ます。

メリットにつきましては、多くの方が御意見で出されておりましたように、必要な方に必  
要なサービスを平等に提供することができるというのは、大きなメリットではないかと思  
っております。

また、世代間で支え合うという、国民の中の、今までの我が国にあったような当たり前  
の視点を認識させることが、逆に復活できるのではないかと考えております。

介護保険料納付の意味合いがより一層理解されるのではないかと考えております。

また、今、一番弱いというか、制度的に未整備のところの精神障害者対策の充実につな  
がって、この精神障害者対策の普及に対して大きなメリットになると考えております。

デメリットにおきましては、ここにありますように、ひょっとしたら介護保険サービス  
と同じように、行政がすべて丸投げになってしまう現実が再度、復活するのではないかと  
現場で働いている介護福祉士にとっては、これを一層懸念をしております。

医療費、介護給付費適正化と同じように、サービスの質の低下を招くのではないかと考  
えております。

低所得者の方の範囲が縮小されて、制度のはざままで自己負担金を多く負担する方が増加  
するのではないかと予想されます。やはり、適切な自己負担というのは当然必要であると  
思いますけれども、低所得者の範囲の縮小につながるというのが、今回、予測されると考  
えております。

「介護予防」「介護」「生活支援」を主眼とした介護保険サービスの利用方法が、すべ  
ての人のニーズに合致しないのではないかと思います。先ほど申しましたように、生活支  
援、就学支援、余暇というか、生活の拡大の部分に関しては、介護保険は適用されませ  
ん。その部分が、逆に統合化になったときに、障害者の方たちから理解されにくいので  
はないかと考えております。

メリットにも含まれると思いますけれども、職種間連携の再構築については、介護保険  
制度が施行されまして、本当に多くの専門職団体と非常に関係ができて、横の連携が  
できました。それと同じように、できましたけれども、再度連携の再構築を行わなければ、

大きな制度の改正については、対応できないのではないかと考えております。

最後の「3. 要望」というところですがけれども、介護福祉士会といたしましては、やはり総論賛成ではありますけれども、以下の点を踏まえて検討していただきたいと考えて意見を出させていただきました。

やはり医療支援ニーズの高い高齢者・障害者等に対して、在宅も同じですがけれども、まず現実に看護職員の配置が十分にできる報酬体系等を実現できるようにしていただきたいということ。

時間がまいりましたので、省略しますけれども、本当に小規模な居住型サービスを実現できるような形で考えていただきたい。

介護職員については、先ほど老人保健施設、老人福祉施設の代表の方もおっしゃってましたけれども、対応する介護職員の教育の内容というものが、今ちょうど検討はされておりますけれども、そこに障害者に対しての対応ができるように、更に研修カリキュラムであるとか、医療系のニーズであるとかという部分に対して、対応できる介護職員の養成研修を見直していただきたいということを考えております。

「終わりに」といたしまして、いずれにしても、本当に介護福祉士の役割というのは、高齢者、障害者等と直接関わりを深めながら勤務しております。そういう中で、やはり研修というか、質の向上というものを、今、決してないというわけではありませんけれども、さらなる質の向上に向けて、各団体また行政の方からも支援していただき、また介護福祉士会も自主的に専門的な資質をアップしていきたいと思っておりますので、その辺の御支援もよろしくお願ひしたいというのを、今回の介護福祉士会の意見とさせていただきます。

ありがとうございました。

○京極座長 どうもありがとうございました。

それでは、次に日本社会福祉士会の鈴木様より資料の御説明をお願いいたします。

○（社）日本社会福祉士会 日本社会福祉士会の鈴木と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

私の方は、資料がメモ的に非常に多くなっておりまして、大変申し訳ありません。必要なところをかいつまみ、お話をさせていただければと思っております。

十分な整理というところまではいたっていませんが、ただ、私自身も身体障害の更生施設であったり、生活支援や就労支援であったり、あるいは介護保険の部分など幅広く関わらせていただいております。また、社会福祉士会の会員の者からのいろいろな声を聞きながら、資料をまとめてありますので、現場の声のひとつとして挙げさせていただければと思います。それぞれ事例や懸案事項として具体的になっている部分もありますので、その辺りについては、また今後御検討の中で御議論いただけるとありがたいと思います。

資料の最初はヒアリングの内容として、宿題的にいただきましたものが書いてありますので省略いたします。とりあえず4ページになりますが、共生型サービス、介護給付の部分ということでお話をいただいたと思っておりますので、この図でいうと、障害者自立支

援法の介護給付の部分と介護保険の方の介護給付の部分について、共有化していくとするとどうかという質問であったかと理解しております。

共生型サービスということで、これまでいろいろな意見や声をいただいている中でも、やはり地域でだれもが住み慣れたところで生活をしていく上で、支え合いの理想系の一つということでは、非常に望ましいのではないかと考えておりますし、現実的にも幾つかの地域においては、その実践が非常に高く評価をされています。

6 ページをご覧くださいたいんですけれども、やはり「I-2(2) 全体的なメリット」としては、介護ニーズに普遍的な対応が可能である。

社会資源の少ない地域において資源の有効活用が図られる。

選択肢の幅が広がる。

コスト削減につながる。

現状、地域においては、やはり障害者の部分の社会資源というのは非常に少のうございます。共生によりサービスの量が、格段に増えることとなります。

ただ、今、現実的に実施をされている共生型サービスと言われているものは、中身を見させていただくと、次のような特徴があります。

相互援助を含めた昼間の居場所の確保的なもの。

比較的小規模、大家族での家庭的なサービスに類似したものの提供。

例えば高齢の方が子どもたちをみるといったようなところの中で、相互援助の中で生じる効果を有効に活用している。

時間の流れが比較的緩やかである。

それぞれ実施をしているサービス提供団体さんが、かなり工夫をしながら発展をしてきているのではと思います。

8 ページ以降はかいつまんでということになりますけれども、実は共生型サービスの提供には上手にいかなかった事例もあります。介護保険の2号、例えば脳血管障害の方たち等も介護保険制度ができたことによって、介護保険優先ということになりました。例えば更生施設で自立という訓練を実施してきて、意識とかモチベーションを高めて、在宅への生活へもどられた方が、実際に自分の地域には、高齢者のデイサービスしかなかったものですから、それを昼間通う場所として選択をされました。けれども、余りにも緩やかな流れと、職員の対応の中で、やはりサービスを提供される受け身側に回ってしまい、いわゆる依存心が強化されてしまったりとか、自立の意欲の低下につながってしまったとか、そのような、うまくいかなかった事例が1番、2番、3番、4番と書かさせていただいています。運用の方法にもよりますが、現実的には非常にうまくいっている事例の部分と、失敗をしてしまった事例の部分というものが存在をしているということでございます。

そうした中で、13 ページ以降は、現場からどういった声が上がっているか。共生サービスに対し、そういった形になったときに、何を危惧しているかというものが書いてございます。

もともと自己実現の位置づけとか、意味合いの違いもあって、何でもかんでも共生は無理ではないか。ライフスタイルが違いなど、こういった部分をどのようにしていくのであろうかという危惧が幾つか挙げられております。

16 ページのマル2 ですが、今回のヒアリングのお題の中の障害者の介護給付の部分と高齢者の介護給付の部分を、どこまで介護給付と呼ぶのかどうかという根本的な部分が明確ではないため、非常に疑問になっています。

様々な部分はありますが、共生型サービスを否定するものではなく、制度的な柔軟な運用や活用のやり方によっては、非常にいいものになってきますし、実際にはハコモノを共有して、利用者の利用時間あるいは曜日とかプログラム、グルーピングとか、こういったものを変更したり工夫することによって、解決していく部分もかなりあると思っています。

先ほどのP4の図にある中で、サービスの種類によっては、共生とか共用のしやすいものと、しにくいものが存在するのではないかと考えています。デイサービスの部分、あるいは通所のリハビリテーションの部分というのは、高齢と障害というものは、運用の方法によっては十分可能かと思えます。

ただし、共生型サービスというものは、あくまで選択肢の1つとして考えていただいて、やはりそれをバックアップしていくような広域的な専門的機能であるとか、支援体制というものを、しっかりとシステムの中に組み込んでおかないと、先の事例やサービスの中身が薄くなっていってしまうのではないかと危惧しています。

18 ページになります。障害者の自立支援法では、やはり障害者のサービスの機能再編、分化、強化をしたと考えておりますが、やはりサービスの共有化をすすめるためには、十分にその機能とか役割とかというものを見やすく、明確にしておく必要があるかと思えます。

やはり利用者の自立支援を考えると、制度やサービスの中に入り込んでしまう本人たちの声を十分に代弁し、権利擁護の機能を強化しておく必要があります。

19 ページで、今の部分についてのみ全体をまとめさせていただいております。最終的に運用面の強化の仕組みが必要になってくると考えております。やはり市場原理の中の良い面と悪い面があります。例えば、経営を強化していく中で、サービスの質を向上させるという力が働く一方で、もう少しデイサービスの回数をふやしてよ利益誘導的に利用をさせられてしまうような状況が現実にはあります。本人自身の声が守られにくい状態がまだまだあるかと思っております。ですから、サービスの利用に対して、十分なマネジメントの仕組み、監視する仕組み、権利擁護の仕組みそこをしっかりと評価していく仕組みというものを強化しておくことが必要と考えます。

同じ中身の中で2点目として、共生型サービスとしての入り口の部分になろうかと思いますが、地域包括支援センターの中に、障害者の相談窓口を入れ総合相談窓口としていく部分についてでございます。

地域包括支援センターの図を21 ページ、22 ページに図をわざわざ出ささせていただ

ます。22 ページの方がもとも資料として出てきていた旧のもので、最近では 21 ページのような形になっています。この部分は、実際の現場ではまだまだ勘違いをされていらっしゃる方が非常に多くありますので、ここはまた何らかの方法でご周知していただければと思います。

何かというと、旧の 22 ページの方は、社会福祉士、保健師、主任ケアマネジャーからそれぞれ中身への矢印がきっちりと出されていますので、実は地域包括支援センターの中で、チームアプローチと書いてありながら、非常に縦割りのその役割を担っていつてしまっているという部分があります。

新の図の方は、その部分が取れておりまして、全体をチームアプローチとして、これらに携わりなさいという形になっています。いまだに旧の図ですすんでいる地域包括支援センターがありますので、その辺りをまた何らかの方法で再度御通知いただければと思っています。

中身については、26 ページまで飛ぶこととなります。基本的にいろいろな制度をつくっていく場合において、今回強調させていただきたい部分というのは、運用面をしっかりと管理監督していく必要があると思います。ただ、今回地域包括支援センターもできたばかりですし、自立支援法に変わったばかりなものですから、現場としては、その中で混乱な状況があるということは、いたし方がないかと思えます。ただ、この辺がもう少し落ち着いてこないか、実際のメリット・デメリットの部分というのが、十分評価できないのではないかと。あるいは、不足していると感じますが、この人員で十分なのかという部分も正確に判断できないのではないかと考えています。

ただ、そうした中でも現実的に 28 ページにあるように、メリットとしては、窓口機能が一本化されたことによって、どんな障害、どんな高齢者、どんな内容についても、ワンストップで対応が可能になってきておるということ。利用者にとってみれば、何にしても、そこにいけばいいということで、非常にシンプルな状況になっています。

いろいろな専門職が同じ位置にいて、チームアプローチを実施していくとすると、多問題家族とか重複障害の方たちにも十分対応が可能になってきている。

そうした専門職の方たちを含めて、連携、調整というのが、少しスムーズになってきているのかなと思っています。

一方、デメリットとして 29 ページですけれども、広域を 1 か所にまとめたところがあるものですから、そうすると、今まで近くにあった相談の窓口がなくなってしまって、ちょっと遠くになってしまったものがあつたり、事業の内容が非常に多岐にわたつていまして、職員数の少ない中で、制度が始まったばかりということもありましようけれども、質と量が追いついていないという部分が見えています。

もう少し行政とか社協とかも含めた役割を明確にしておかないと、すべてそこに任されてしまっていくのではないかと考えています。

総合相談窓口の運用には、大きなメリットがありますので、資料の 30 ページにあるよう

に、この辺りを十分に配慮していただければと思います。

2つめの大きなヒアリング内容、年齢のいかに問わず介護保険制度の適用というところについては、私どもの方でも十分な整理がし切れていません。しかしながら、やはり先ほどお話をさせていただいたように、介護給付の給付の内容の部分について、34ページにあります。もう少し整理をしていただけるとありがたいと思います。

先ほども出ておりましたけれども、具体的な部分に入っていくと、サービス利用の認定の部分、障害程度区分と要介護認定の部分について、子どもたちはどういう形にしていくのか見えない部分が多すぎて、非常に慎重論が多いのではと思っています。

時間もきておりますが、その辺りを少し御検討いただきながらも、やはりマネジメントや利用者主体としての権利擁護、正しくサービスを評価していくことが要となります。私たち社会福祉士会としても、ソーシャルワークの中で、こういったことを実践していきたいと考えておりますし、今後、運用面について、私たちも強化をしていきたいと思っております。

お時間をとりまして、済みません。ありがとうございました。

○京極座長 ありがとうございます。大変大部な資料でございますので、質問の中でまた補足していただければと思います。

それでは、一応時間の許す限り、御質問、御意見がございましたら、有識者会議のメンバーの方からお願いいたします。先ほど御発言のなかった方も、是非積極的にお願いいたします。

○京極座長 紀陸委員の代理の高橋さん、いかがでしょうか。

○高橋経済第三部長 座長の御厚意で質問させていただきます。今日、全国老人保健施設協会の方から、なかなか制度を仕組むのが難しいというお話があったと思うんですけども、特に理念というかビジョンをまとめていく、これは医師会の方も同じようなやり方をされて、非常に理念としてまとめていくのが難しいと、要するに介護保険の方と障害者支援というのは、同じレーンの中でどういうふうに保険者、被保険者に納得していただくのかということについて、これをレーンとしてまとめていくときに、こういった考え方でやっていたら、あるいは保健という仕組みになじむのかどうか。その辺をもう少し御意見いただければと思います。

よろしくお願いいたします。

○(社)全国老人保健施設協会 基本的には、高齢者介護保険制度ができたときに、負担と給付の関係を随分議論なさったんだというふうに思います。

その中で、医療系サービス、福祉系サービス、従来あるサービスと新たに仕組むべきサービスというものができ上がってきたと思っております。

そこで事業者の拡大であるとか、多様な事業主体の展開とか、そこにはいろいろ生まれてきたんだと思うんですが、実際、申し訳ないんですが、私その3障害の方々の現状受けているサービスというものが、どんな状況なのか余りわからない部分がございます。少な

くとも今の介護保険の仕組みの中でのサービスの種類、それからサービスの提供の頻度、それと今、障害者の方々が受けているサービスの種類、頻度の具合。その辺は、かなり違うのではないかという私なりの思いが実はございます。

そして、もう一つは介護保険制度が始まったときに、やはり要支援というものが入ってきたんですが、あそこの認定のところですけども、最初の3年間の認定の要介護1のところと、予防給付を今回仕組んだところの認定の線の引き方の問題。あるいは介護予防の引き方の問題。介護予防事業に転換していった部分の問題。

この辺が障害者の方々と、今の高齢者が受けているところが違うのではないかと。ただ、何となく障害の今のサービスと、介護保険のサービスで提供できる部分と。私ちょっとわからなはのは、今、障害者の方々が受けていただいているいろんなサービスのうち、どの部分だけが介護保険に来るのか。それとも全体がそっくり介護保険の中にはまってくるのか。全体がということはないと思いますが、そこのところが介護という切り口が、どこから整理ができるのかということ、私の考えるビジョンでございます。

その中で、できたらば将来の財政の問題が、勿論、今、制度を一緒にするときには、広く国民の理解を得るために、非常に幅の広いもの、あるいは皆さんが利益を被るようなものの制度になさるのが一番やりやすいんだと思うんですが、しかし、その辺は将来のビジョンも含めて、今のサービスと将来のことも考えた上でということでございます。

○京極座長 今のことにつきまして四方の方から、村上様でも何かございますか。

○(社)全国老人福祉施設協議会 今、漆原先生おっしゃったことと同じかなと思います。障害者の方々の就労支援というものが、この介護保険の中でどういうところに位置づいていくのかという辺りのところ、これについては、私もどういうふうにこの制度をつくっていくのか、今のところよくわからないんですけども、今回4月から介護保険の方も予防給付ができたわけですけども、そういう辺りでは介護を必要とする人と、予防で地域の中で生活する状態を支援する仕組みを分けながらいくのか。それとも一体でいくのか。この辺のことについて、私もよくわかりませんので、そこのところについては、これからしっかりと議論をしていただけたらと思っております。

○京極座長 先ほど日本社会福祉士会の方から出たように、もし介護保険を適用する場合、障害者自立支援法の介護給付部分に当然限定されると思うんです。ただ、それが全く同じかどうかという大きな議論が出ていましたね。私は、座長ですから個人的な意見は言いませんけれども、一方で専門的な介護福祉士を中心とした介護というのは必要なんですけども、炊米に行きますとどこまでが介護かと。用務のような仕事は、例えばドイツなどのアルテンフレーガーという老人介護士がいますけれども、そういう人は用務の仕事は全然していませんね。専ら対人的なケアのことだけやっていて、掃除とかそういうのは別の人がやっている。

それから、食事なんかでも場合によっては入所者で元気である方は一緒につくってしまして、日本はそれはいけないと、調理師がちゃんとやらないと、入所者を働かせてはいか

ぬといういろいろな縛りがあるようなんですけれども、結構自由にやっていたり、あるいは地域のボランティアの方がお菓子を焼いたり、いろんなことをしている。

だから、全部が全部職員で介護報酬で単価でやっていくと、これはこれから大変なことになるので、ある部分は核はきちっとやるし、ある部分は地域のケアとか、あるいは入居者の助け合いを使っていくというのは当然だと思うんです。

ただ、障害者の場合と高齢者の場合の共通点はどこで、どこが違うのか。違う点については、当然、今も現行で60歳以上の障害者の方は介護保険を適用して、なおかつ足りない部分について障害者自立支援法に基づくサービスを使っておりますので、その辺がどこまで広げられるか、40歳から広げるのか、更には20歳から、更には0歳からというのが今日的な議論だと思っております。

ほかに御質問、御意見がございましたら、どうぞ。

○大島委員 前半でも出ていたんですが、そもそも論からきちんとやらないと困るんだという御意見が幾つかあるんですが、私はこの委員に就任を要請されたときに、できるだけ早く決めないと大変なことになるんだというような、私が勝手に理解していただけたかもしれませんが、そのような理解をしてこの委員会に臨んでいるという感じなんですが、現場では、例えば3年、5年かけて徹底的にそもそも論から始めてやるだけの、ゆとりだとか状況が十分にあるからやってくれというようなお話と受け取ってよろしいんですか。

現場ではもっと大変な状況になっているから、とにかく早く決着を付けないと非常に困るんだという状況にはほとんどないというふうに理解してよろしいんですか。

○(社)全国老人保健施設協会 私は、急ぐのは財政的な問題であって、現場とすればやはり準備期間は欲しいと思います。ただ、それが3年後とかではなくて、教育とか、そういうものをやる準備はちゃんと取らせてくださいと申し上げているだけだと思いますが、いかがですか。

○(社)日本介護福祉士会 同じく、やはり介護の現場に携わっている者といたしましては、今おっしゃったように研修等の整備をきちんと計画した上で、進めた上で行う方がいいという考え方です。

介護保険の2年間、3年間の準備期間で出発しましたけれども、本当に現場も利用者も非常にとまどった経過がございますので、もう同じものを繰り返さないという方向性は必要ではないかと思っております。

○京極座長 先ほど堀委員が御指摘されたと思いますけれども、ファイナンスの問題で、介護保険からサービスが財政的に支えられるということと、相対的な障害者のサービス、いろんなサービスで成り立っているわけで、そのある部分が財政的なサポートが税なのか保険なのかという問題と、ちょっと議論を分けて整理しなければいけないような気がします。さっきそういう御指摘があったような気がするんです。

だから、本当に障害者をいろんなサービスで支えていくことがどうあるべきかというのは、かなり時間がかかるし、歩きながら考えていかなければいけない課題が多々あります

けれども、財政的な支援として今は大分改善されて障害者自立支援法で予算も増えましたけれども、今後どんどん障害者のニーズが増大し、またそれに対する対応も増えてくるときに、果たしてできるかという問題は以前として、財政的な仕組みがあると思うのでわからない。

その辺りは、現場の感覚と行政の感覚にちょっとずれがあるかもしれませんが、局長の方で何かお話いただけますか。よろしいですか。大分温度差があるかもしれませんね。

堀委員、どうぞ。

○堀委員 直接その問題の答えになるかどうかわかりませんが、国民負担率の数字を調べてみたんです。1990年にバブル経済が崩壊したとき、現在まで国民負担率というのは租税負担率と社会保険料負担率に分かれますが、租税負担率は数字は正確なものは忘れましたが、23%か20%ぐらい下がっている。それに対しての社会保険料の負担率、これは10%か15%、これはでたらめの数字で、大体の感覚で言っているんですが、そういうことになっているんですね。

租税というのは、貝塚委員もお詳しいんですけども、非常に上げるのが難しい状況で、しかも普通国債の残高だけで530兆円ぐいですか。その他の借入金を入れると830兆円ぐらいなんです。ファイナンスで考えると、税というのはむしろ下がってきた。保険料は上がってきた。要するに、社会保障のファイナンスというのは保険料で増大を賄ってきた状況になっているんです。

今後も社会保障料で賄えるかというのと、それはまた疑問があるんですが、そういったことも考える必要があるんじゃないかと思っております。

○京極座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○高橋経済第三部長 これは、全く私の個人的な意見なんですけれども、社会保障料には1つの原則があると思うんです。給付する人と負担する人が、ある程度一致するとか、そういう原則があって、やはり被保険者の納得が一番原則だと思います。それ以外に、この人がかわいそうだから助けてあげようというのが税制の基本的な形で、要するに所得で移転してそれをやってくるという仕組みで、税でやるものと保険でやるものはやはり分けなれないといけないと思っております。何でもかんでも保険でやるのはどうかと。何でもかんでも保険にしてしまうと、集まりやすいという理屈はわかるような気がするけれども、それは保険の本来の在り方ではないという気がしております。

○京極座長 貝塚先生、何かございますか。

○貝塚委員 ここに出てない意見としては、やはり役所のシステムというのは、各局があり、その局がそれぞれの保険なら保険を所管しているわけです。あるいはサービスを所管している。そうすると、制度が変わるとか、実態が動いて新しいサービスをつくったり、新しいやり方をするときには、実を言うと既存の局の中の何々課と言っているのと、ある意味で違った部分が出てくるんです。そこの整合性を取る必要がある程度あるわけで、そ

れと財源の問題というのがまたくっ付いているわけです。これはある面では局長が一番御存じのことですが。だから、仕組みの話と財源とやる仕事が変わるということは、相互依存の関係にあってどこまで変えて、そうするとやはり財源の方もある部分変わる。保険料でやるか、税金でやるか、ですから、その辺は非常に相互依存の関係があって、見えにくいんですが、今度新しくサービスを共生施設でやったときの財源を、どういうふうにセットするかというのは、サービスの内容と今までやってきた財源の調達の仕方でのいいのかどうかという話も関係してきて、かなり錯綜した問題になるような気がして、ちょっと私も今の段階では何とも。

いずれにしても、財源の問題とどういうサービスを提供するかという話とは非常に直結している部分があるということで、サービスを変えてしまうと、中身を変えて方向性を違うようにある程度制度を取れば、またそこで財源の問題が別個に発生してきて、その辺りは結構難しい問題だという気がして、すぐ回答があるという話ではないような気がします。

○京極座長 ありがとうございます。

ほかにどうでしょうか。大分時間が迫ってきましたので、次回は障害者関係の団体から多数伺いますので、さっき出た意見は次回また伺えると思います。

どうぞ。

○関委員 また細かい話に戻ってしまうんですけども、今日いろいろとお伺いしていて、いろいろと問題はあるにせよ、総論的には将来的に障害者と高齢者のサービスを一緒にしていっても、共生型でやっていける方法があるというところの理解は正しいのかという点を1点お伺いしたかったのと。

もう一点は、障害者の方で保険料の負担ですとか、定率負担について、所得基盤が異なるので不公平感が出るという御意見が、日本社会福祉士会の中であったんですが、例えば所得基盤が異なった場合に、それについては別の形で、例えば所得が低い人には補助を行っていくとか、そういった調整を行った場合に、そちらの所得の方ではなくて、実際の受けるサービスについてはいろいろと違いがあるのだという話は幾つか出てきたわけですが、サービスの違いによって保険料なり定率負担についての支払いに不公平感が出そうとか、そういったところはもし御意見がありましたらお願いします。

○京極座長 どうぞ。

○(社)日本社会福祉士会 私の書いたところかもしれませんが少し申し上げますと、共生型サービス自体の総論は賛成ということより、一部柔軟な対応というのは必要だろうと考えていて、共生型サービスでもやっていける部分というのはあるだろうというふうに思います。

ただし、そうでないものがすべて共生型サービスとして一律に提供されていってしまうとすると、やはりもともとの機能とか役割というところが不明確になっていってしまうので、その辺を何らかの運用の仕組みの中できっちりと整備をしていただきたいし、介護給付

の部分はどこまであるのかということも含め、その辺を明確にしていかないと思います。

もう一つは、費用負担の部分なんですけれども、今、障害の方で2万5,000円が残るよ  
うにとか、負担軽減の措置はいろいろあるんですけれども、その辺は、そもそも子どもも  
含めて本当に個人がどこまで費用負担をしなければならないのか、よしとするかどうかと  
いうところは、どうしてもあるかと思えます。それについてこちらの方で何かコメントが  
できる部分は、申し訳ありませんが、もちあわせておりません。

○京極座長 特に障害児者の負担については、次回ヒアリングでいろいろ御意見が出ると  
思いますので、そのときにまた質問を詳しくしていただければと思います。

そろそろ時間がまいりましたけれども、大変恐縮ですけれども、本日の討議はこれで終  
了したいと思います。

今まで御協力いただきました、(社)全国老人福祉施設協議会の村上様、(社)全国老  
人保健施設協会の漆原様、(社)日本介護福祉士会の木村様、(社)日本社会福祉士会の  
鈴木様、誠に丁寧な御報告ありがとうございました。

あと事務局から連絡事項がございましたら、よろしくお願ひいたします。

○桑田介護保険課長 本日はどうもありがとうございました。先ほど京極座長の方からも  
御紹介がございましたけれども、次回におきましても障害者団体の皆様方からヒアリング  
を実施したいと考えてございます。

次回の日程でございますけれども、大体12月13日という日にちを今のところ想定して  
ございますけれども、また場所等が確定次第正式に皆様方に御連絡いたしたいと思ひます。  
よろしくお願ひいたします。

○京極座長 それでは、本日の会議はこれで終了させていただきます。

どうもありがとうございました。