

うたわれているということで御紹介をさせていただきます。以上でございます。

○京極座長 ただいまの事務局からの御説明について御質問等がございましたら自由に御発言ください。大分資料が多いことと、やや障害施策に力点があったのですが、いかがでしょうか。

堀委員、どうぞ。

○堀委員 資料1の17ページを見ますと、障害者に対するホームヘルプサービスの実施市町村の割合が非常に低くて、サービスを受けられないところもあるということでびっくりしました。これはいろいろな理由があると思うのですが、1つは障害者の数その市町村の中では少ないこと。もう一つは、市町村は障害者に対するホームヘルプサービスについて負担をする必要がありますが、そのための財源が少ないということもあるのではないかと思います。

同じ市町村の中で、介護保険による高齢者のホームヘルプサービスと、障害者に対するホームヘルプサービスとでは、同じサービスでも費用負担の仕組みが違っているため、サービスの提供者が異なっている。そういったこと、効率性の観点からは少し問題ではないか。

市町村によっては、障害者がホームヘルプサービスを受けられないというのは、従来から問題になっている普遍性に反するというのではないかと思います。やはり同じ市町村で、障害者にも高齢者にも介護保険から同じホームヘルプサービスをやる。そうした方が、この資料の17ページにあるような障害者に対するサービスがない市町村でも、サービスが行われるようになるのではないかと。また、同じヘルパーが障害者に対しても高齢者に対してもホームヘルプサービスをやるということになれば、効率的にサービスを提供することができるようになるのではないかと思います。

それからもう一点ですけれども、従来は障害児についてどうするかという議論が少なかったように私は思います。自立支援法では障害児の在宅サービスは対象にしているようですけれども、若い障害者に介護保険のサービスを行うといった場合に、障害児をどうするかという問題がある。かねがね思っていたのですけれども、例えば若い人を被保険者にして、その被扶養者給付、家族給付として障害児に対する介護保険のサービスを行うということもひとつ考え得るのではないかと。そういったことを思っております。以上です。

○京極座長 喜多市長さん、現場でいろいろやっていますがいかがですか。

○喜多委員 介護保険はまだ始まって6年目です。形態が違うと思うんです。ヘルパーさんも同じかと言えばそうではないと思います。同じ人が両方行けるかと言えば、私は決してそうではないと理解しています。

したがって、これは自立支援法でできたものと介護をすぐ一緒にするということは、文章で見ればそれは一緒になるというふうには考えられますけれども、現場ではなかなか混乱が起きるのではないかと思います。第一、地域でやれやれと言われても形態が全く違う相手、高齢者と障害者、特に障害者は障害の内容によって違うわけですから、これら

がだんだん今の自立支援法で定着をしていかない限り、その辺が一緒になるかどうかはわからない。

したがって、市長会としては去年くらいから出ているこの統合問題については慎重にやるべきだという意見になっております。以上です。

○京極座長 では、花井委員どうぞ。

○花井委員 幾つか質問をさせていただきたいと思います。

障害者自立支援法は10月の完全実施に向けてさまざまな準備がされているかと思うのですが、市町村における障害程度区分の認定審査会の設置状況はどうなっているのか。それから、4月から順次障害程度区分の判定を進めることになっているが、障害程度区分の判定というのは一体どの程度進んでいるのかということが1つです。

それから、例えば自立支援医療ですとか、既に4月から施行されているかと思うのですが、当然予想されなかった事例とか、さまざまな問題点が出てきているのではないかと思います。介護保険制度では昨年参議院での附帯決議に基づいて、保険料負担者が参画する介護保険事業運営懇談会が設置されておりますが、障害者自立支援法につきまして問題点を集約して改善に向けた話し合いとか、そういうことをする場というのはあるのでしょうか。あるいは、ないとすれば今後設置する予定はあるのかということをお伺いしたいと思います。以上です。

○京極座長 では、事務局の方でお答えいただけますか。

○伊原企画官 まず障害程度区分のお話からまいりますと、障害程度区分はこの10月から実際に適用されますが、そのために準備が必要なので、規模の大きな自治体から早くスタートしております。認定調査は4月からスタートしているところがございます。こうした自治体では2次判定も5月に入ってから既に始まっているようです。まだ小さな自治体とか、それほど大きくない自治体ではこれから審査会を立ち上げるというようなところもあるようです。何十万人もの方々に対して新しく判定をするということもあり、現在県ごとに調査員の方々の研修とか審査員の方々の研修を行うと同時に、いろいろ御質問とか御意見をいただいておりますので、そうしたことにもお答えしていますし、また、6月末くらいまでのデータというものを一度ちゃんと集計したいと思っております。

それから、自立支援法も4月からスタートしていて、多分現場ではいろいろな声が出ていると聞いておりますけれども、我々としても、利用者数や給付費の動向はどうなっているかということについては、データの収集をしていきたいと思っております。

○京極座長 では、貝塚委員どうぞ。

○貝塚委員 先ほどの堀委員あるいは喜多委員と関係する話ですが、これは元来は総務省ないし旧自治省の話ですが、要するに市町村の組織においてもともと保険を扱っている部分と、それから税金で扱っている支出の部分は基本的には違うものだという理解があるとすると、組織は違っているんですね。多分そうなっているのが現状ではないかと思うのですが、一緒にするということになる結構その部分は社会保障関係の行政のシステムを少

し変えるということになりませんかというのが私の質問でございます。

○喜多委員 障害者問題については、今まで私どもの例から言いますと福祉部の中に障害課というものがあります。したがって、措置の時代からそこがやっておりましたし、支援費になってもそこがやって、今度自立支援法になりましても障害課がやるということになります。

ただ、先生がおっしゃっているのは、例えば介護保険などはどうなったんだということですけども、今まで福祉部の中に措置でやっている時分はやはりあったのですが、介護保険になりましたから新しい組織で高齢者介護課というものをつくっていますし、私どもは更に介護保険の部分は近隣の3市と連合でやっていますので、それは連合の方でやるということですから、保険の部分として別の組織になっております。

障害の場合は、法律は変わってきましたけれども、今までどおり1つでいけるのではないか。今のところ組織を変える考え方はありません。

○京極座長 自治体の関係で、矢田委員いかがでしょうか。

○矢田委員（代理：森田課長） 代理で出席している森田と言います。

今、私どもの方は高齢福祉部というところに介護保険課がございます。障害の方は自立支援法なり、支援費制度ということで、これは障害福祉部ということで年齢で切っているところがございます。

ただ、現実には例えば少し入り組みもございまして、2号被保険者の方ですと40歳から64歳の介護保険の対象者は事実上、介護保険の対象者ということで高齢福祉部でも一部やいるという入り組みは既にございます。現場サイドでは、お1人のケアマネージャーが障害者の方と高齢者の方と両方やっているようなケースもあると一部には聞いてございますが、制度が新しく何かできれば、制度に対応したような組織づくりというのは自治体では可能かと思えます。

あとは、やはり自治体としてこれからの自立支援法の制度がうまく予定どおり機能するのか、心配な面はございます。介護保険の新しい第3期の計画をつくって今スタートしたばかりですけども、やはり神戸の場合には36%の保険料アップというようなことでかなり市民の方にも無理をお願いしてまして、この調子で高齢化が進んで第4期がどんな感じになるのかという懸念を正直持っております。そういう意味では、財源確保の問題というのも合わせて考えていけないといけないという状況にはございます。

○京極座長 ありがとうございます。ほかにどうでしょうか。

それでは、大森委員どうぞ。

○大森座長代理 資料1で9ページに支給決定のプロセスが出てきていて、このうち下の方が違って、要するに介護保険の方は新しい専門資格としてのケアマネージャーをつくって、一応いろいろ問題がないわけではありませんけれども、ケアプランをつくって全体としてどういうふうに行われているかということをチェックする仕組みを持っていますけれども、これは将来に関わることで、この9ページの障害者自立支援法

の方のケアプランの作成に当たる部分は相当違って、将来、介護保険の方のイメージで言うとケアプランみたいなものをつくる制度設計の可能性ですね。

全体として支給決定プロセスをどの程度合わせなければいけないかというのは共通制度と上乘せ横出しと言っていますけれども、私は上乘せ横出しという言い方がいいかどうか、ちょっと違うかなと思っていて、共通に対してはやはり個別であるとか、特別であるとか、何か違う表現がいいと思うんですが、支給決定のプロセスで非常に重要で、今後どうするのか、現在のところどう考えているのかということをお聞きしたいのは、ケアプランの作成に相当するこの部分ですけども、これはどういうふうにも今のところ考えているかということをお聞きしたいと思います。

○伊原企画官 御説明申し上げます。9ページの表をごらんいただきますと、右と左で、右の場合はケアプランの作成というものがあります。それに対して左側はないわけですが、ちょっと詳しく申し上げますと、実は自立支援法の場合には支給決定をした後、ケアプラン、ケアマネージャーというものが出来まして、障害者の方にとって適切なサービスをどの事業者と契約するのとか、複数の事業者間のコーディネートをするかということを行うこととなっています。こうした支給決定後のケアマネジメントは、今回の自立支援法で新しく設けられたものです。

ただ、自立支援法では全部税金で運営されているということもありますし、それから一人ひとりで1か月に使える上限額が保険のように全国一律で決まっているわけではないので、家族の介護者がいるか、いないか、一つひとつ市町村が行って判定しているんです。その部分が、自立支援法の青い枠で書かれている支給決定プロセスの中に入っています。市町村は、この支給決定のプロセスの中で御家族の状況とか、地域のサービス提供基盤の状況を踏まえて、例えばホームヘルパーだったら何時間以内、あるいはショートステイだったら何日以内ということを支給決定します。支給決定した後で、逆にホームヘルプをどのように使うか、どの事業者と契約するか、どのような内容で受けたらいいかということをお聞きしたいと思っております。そういう意味では、自立支援法でもケアマネジメントという仕組みはあります。

それに対して介護保険制度の場合は保険ということもありまして、要介護状態が要介護1とか5とかと決まれば、それで1か月に使える金額が決まっています。決まっている範囲内で、あとはケアマネージャーさんと御本人が相談をしながらその範囲内で決めていくという仕組みとなっています。

○大森座長代理 それならば、やはりそのことをどこかで書いておく必要があるんじゃないでしょうか。両方の制度を比較するときですから、事実を正確に表すためには今、伊原さんがおっしゃったようなことを小さいポチでいいですから、入れているということを書いてもらいたいと思います。

○京極座長 今の関係で、介護保険を将来において障害者施策に適用した場合、ケアマネの構造が少し変わってくると思うんです。つまり、既存の介護保険のケアプランと、それ

から新しいそれを一部障害者に利用し、かつその他の上乘せ横出しでもいいんですけれども、そのサービスを組み入れた総合的な障害者ケアマネジメントみたいなことで二重構造になるわけでしょう。その辺りは今後の課題ではないかと思っております。

では、紀陸委員どうぞ。

○紀陸委員 質問と意見を申し上げたいと思います。

まず質問なのでございますけれども、今の点に関連しまして、今度自立支援で利用者の定率負担が導入されますが、これは始まって日は浅いのでしょうかけれども、利用者側の実態はどういうような状況になっているのかを伺いたいと思いますし、今後関係者のヒアリングが行われるということですので、そういう面で利用者の方の生の声を伺いたいという点でございます。それが1つです。

2つ目の質問なのでございますが、資料1の3ページ目に若年要介護者の推計34万人という数字が出ていますのでございますが、支援費制度とか今般の自立支援法は段階的にこれまで整備されてきているわけでありまして、この提供体制が拡充されてきますと利用者が増大してくるであろうと当然予測されるわけでありまして、この見通しはこれまでの施策に合わせてどういうふうに変化してきたのか。更に、今度全面施行が10月にありますけれども、そのようなことによってこの数字がどういうふうに変化してきたのか、変化していくのかという点についてお尋ねをいたしたいと思います。

3つ目は意見なのでございますが、資料5のところに両制度の基本的考え方で共通する点を挙げておられます。特に②の普遍化のところですね。ここのは私も介護保険制度ではまさに全国すべてが高齢化するに伴って受けるサービス、ここは普遍化ということとは言葉としては考えられるけれども、障害の分野で障害の人というのは障害が起きた枠の中だけで必要に応じたサービス体制をできるだけ広げるということであって、全然領域が違うという感じがします。それを共通の普遍化という言葉でくくっていいのかどうかという感じがいたしております。これは普遍化という言葉が先に走ってある程度方向性を決めるような感じがしてならないのですけれども、いかがでしょうかという点です。これは意見であります。以上、3点です。

○京極座長 これについてはいかがでしょうか。

○伊原企画官 まず利用者負担が導入されて以降の利用者の方々の動向はどうかということですが、実は現在でも所得段階に応じて、低所得者の方について配慮措置をとっておりますが、どのランクに属するか、それが何人いるかということが正確にわかっていません。

この4月以降、利用者負担の見直しが行われたことから、市町村の方でそのデータが集まっていると思いますので、我々としてはできるだけ早く、障害者の方が、実際にどういう負担をしているのかというようなことについて調べていきたいと思っております。

2点目に若年要介護者数の34万人という数字がどうなるかということですが、これは平成15年度のデータを元に推計したものです。一昨年の介護保険部会に資料としてお出しし

たものを今回用いておりますが、恐らく委員が御指摘のとおり、今回自立支援法が施行され、地域によって在宅サービスが普及していけば数は増えていくのではないかと思います。これにつきましては、現在自治体が障害福祉計画を策定しております。これは18年度中にでき上がると思いますが、そうしたことを積み上げて、その中で今回障害程度区分というものが判定していますので、どの位の方が要介護状態であるかということの数もはっきり出てまいると思いますので、その段階でもっと正確な数字がつかめるし、将来の数字もその段階で出せるのではないかと考えております。

それから、御意見としていただいた普遍化という点につきましてですけれども、障害分野においても従来、身体障害と知的障害の方については支援費制度というものが導入されておりましたが、精神障害の方に関してはそういう枠組みがなくて、事実上、福祉サービスが立ち遅れてきていたというようなこともございました。今回、自立支援法では精神障害の方も含めて、3障害を同じ手続きで、利用者負担もそうですが、同じルールで制度の対象にし、福祉サービスの対象にしていくという点がございまして、そういう意味から言ってもユニバーサル化というか、普遍化という言葉で適当ではないかということでごここに入れさせていただいております。

○京極座長 今の紀陸委員の2点目の御質問については、介護保険が措置制度から変わって動き出したら予想以上に介護サービスの利用者が増えましたので、シミュレーションですけれども、もし介護保険に一部障害者介護が乗った場合、増える可能性はどれぐらいあるのかというのは一応計算をしておいて、これはあくまでも計算数字なのですけれども、これぐらいだったら何とかなるとか、何もなしで今までどおり措置制度を延長してだんだん改善支援費なり、今回障害者自立支援法になりましたけれども、税に基づく制度でやってきた中でこれからやるというのと、やはり保険に入って保険料を払って当然使うのは権利だということになりますと、その辺の可能性をある程度計算してみる必要もあるのではないかと思います。

その辺りは今後の課題だと思うんですけれども、これだと委員が御心配のように、このままでは将来動かないような感じもしますから、実際にはそうではないし、また10月以降どうなるか。これもまた一つの違いが出てくる。これはあくまでも支援費制度でこうなったということですね。

○伊原企画官 今、障害福祉計画を各市町村でつくっております、秋の段階で平成23年度までの利用の見通しというものが粗い数字ですが出てまいると思いますので、それが出てまいりますと実際に保険か、税かという問題は別としても、このくらい伸びるだろうという数はわかってまいると思います。

したがって、そのデータでできるだけ早く今おっしゃられたような数字をお示するように検討してみたいと思います。

○京極座長 ほかにどうでしょうか。

○小方委員 今と関連するところもあるのでありますが、前回の会議でお願いしました各

種データを参考資料2でまとめていただいて大変ありがたいと、まずお礼を申し上げたいと思いますが、今の関連で申し上げますと資料1の今、委員から御質問がありましたように若年要介護者数が34万人という推計がありまして、次の4ページのところにその内訳という位置付けで理解をしていいのかわかりませんが、特定疾病に関わる要介護認定者の方が14万5,000人ということでありまして、特定疾病以外の方で20歳以上65歳未満の方が約20万というふうに取り取ってよろしいのかをまず教えていただきたいということです。

それから、先ほどお礼を申し上げました参考資料2でいろいろデータを開示いただいてこれからまたこれも取り取っていかねばと思っているわけですが、参考資料2の方を見ますといわゆる18歳未満の障害児の方のデータもいろいろあるわけですが、それでも、これも推計になるのかもわかりませんが、この中で介護の必要がある方がどのくらいいらっしゃるのかとか、そういったところは何か把握をされておられるのでしょうか。教えていただければと思います。以上です。

○伊原企画官 まず特定疾病の方々と障害者の関係でございますが、資料1の4ページをごらんいただきたいと思います。資料1の4ページに障害者数と要介護認定者数というのがございまして、4ページの下のところ特定疾病にかかる要介護認定者14万5,000人とございます。この14万5,000人の方の中には確かにいわゆる身体障害の方もいらっしゃると思いますが、必ずしも身体障害者手帳を持っておられない方も多いと思います。

実は、身体障害者の定義は手帳を取得した人が身体障害者とされていますので、40歳から60歳の方の中で特定疾病の方で、取得される方ももちろんおられると思いますが、されない方もいらっしゃいますので、単純に34万人から14万5,000人を引いた残りがということではないと思っています。いずれにせよ、この34万人という数値も平成15年のデータに基づく粗い推計でありますので、今後、障害程度区分の判定が進み、その結果が出ればもう少し詳しい数字が出るのではないかと考えております。

それから18歳未満の障害児の問題でございますけれども、ちょっと脱線しますが、障害児対策に関しては、障害児の入所施設、あるいは通所施設についてはまだ県が実施しているところがございます。これに関しては、3年後をめどに障害児の施設体系の見直し、それから都道府県で実施している事務を市町村に移管することについての検討を行うということが法律の付則で決まっております。今後障害児の方々の福祉をどうするかということは検討課題としてまだ残っております。そういう意味では、自立支援法も障害児に関してはまだもう少し大きな検討が必要だと考えています。

それで、今おっしゃられました満18歳未満でどのくらい数があるのかということにつきましては具体的な数字は残念ながらありません。

○京極座長 ほかにどうでしょうか。

○堀委員 資料1の12ページに利用者負担について書いてあるのですが、右側の月額上限額を設定しているところなのですが、これは左側の食費とか、それを含んだ額かということがまず1つです。

もう一つは、所得に応じて上限額が設定されているのですが、これは介護保険の高額介護費というんですか、あれとどういう関係にあるのかというのが2点目です。

3点目としては、一番下にアスタリスクで月額上限以外にも定率負担分、実費負担分について配慮措置ということが書いてあります。これは質問ではないのですが、仮に若い人に介護保険を適用するとした場合、ここら辺がどうなるのかという感じがするのですが、私が従来から思っているのは、高齢者についてはある程度過去の蓄積があるわけですが、若い障害者というのは生まれつきの障害者などは蓄積というか、貯蓄などがあるとは思えないので、こういった高齢者とは違う面が利用者負担とか、あるいは保険の負担にあると思うのですが、そういったことも今後考える必要があるのではないかと。これは私の意見というか、感想です。以上です。

○京極座長 それでは、藤木課長お願いします。

○藤木障害福祉課長 それでは、今の堀委員の方からの御質問にお答えします。

12ページの利用者負担の関係であります。この右側にあります負担上限額は1割負担分に対するものでございますので、食費、光熱費に対する負担については上限額に含まれません。この1割負担分の上限額を所得の上限に応じて設定しておりますが、仮に介護保険も一緒に使っておられるという方の場合は、介護保険の限度額まで使われた1割分と、この障害福祉サービスの1割分と合わせて限度額にするという措置が制度上用意されております。

それから今、申し上げました1割負担の月額上限以外にも、例えば食費、光熱水費を施設に入っている方からいただきますが、これについても最低手元に2万5,000円は残るようにするとか、あるいは地域で生活されている障害を持った方々については、例えば通所サービスを利用する、ホームヘルプサービスを利用するという場合は、この右側にあります月額上限額を社会福祉法人のサービスを使う場合にはこれを半額にする。上限を引き下げるといふような配慮措置を別途、用意させていただいております。

更にこの利用者の御負担をいただくことによって1割負担あるいは食費、光熱水費の負担をいただくことによって生活保護に移行するというふうなことを食い止めるために利用者負担額を引き下げる、あるいはゼロ円にするというふうな措置も合わせて講じるということで、二重、三重、四重の配慮措置を障害施策ということの特徴にかんがみて講じているということでございます。

なお、この限度上限額の3万7,200円という水準は介護保険と同じ水準になっております。

○京極座長 ありがとうございます。障害児の、特に施設関係は今後の課題ですけれども、何となくバックグラウンドにある所得状況を見ると、障害者の場合は障害年金がまずあって、そのほか働ける人は若干の稼得収入その他がある。障害児の場合は特別児童扶養手当とか、そういうものをもらっている方はまだいいんですけれども、ぎりぎりの線でもらえない方は相当負担が大きいということも言われていまして、仮に万が一介護保険に障害児



の施設サービスを適用する場合は、所得保障の面も少し緩和するとか何かしないと、非常に障害児の方、あるいはそれを抱えている御父兄というか、家族の方の負担がかなり重くなるのではないかという印象を持っています。

それは都道府県で多少やればいいのではないかとっても、制度全体の設計はやはり国が考えて、そしてその上で都道府県でどこまでやって、市町村がどこまでやるということでいけませんので、結構検討すべき議論が多いかとは思いますが、この辺りはいかがですか。

○伊原企画官 施設体系の話は今後の課題と申し上げましたが、利用者負担については障害児施設も10月から1割負担と食費負担をお願いすることになっています。

ただ、先生がおっしゃるとおり、障害児の方々を養育されている方の負担が大きくなってしまって、家計に著しい影響を与えることがないように、今回の障害児を抱えられる保護者の方の利用者負担に関しては、通常普通に子育てをしている家庭にかかる費用負担と同負担となるような軽減措置を講じております。そういう意味では、障害児の方々の利用者負担というのは普通の年金を受給されている障害者の方とはやはり違うルールになるというのが今の現実だと思えます。

○松嶋企画課長 補足でございますけれども、障害者自立支援法では利用者負担の基本ベ-スは介護保険の負担の上限額と合わせてあります。

しかし、障害者の方は障害年金1級約8万3,000円、2級約6万6,000円が支給され、それをベースにどのぐらい御負担いただけるかを施設サービス、在宅サービスの場合も含めて定めています。具体的にはご負担できない場合についてはそこに減免措置ということで介護保険と同じように低所得者については2万4,600円、1万5,000円、資産等が一定以下の方については更に減免し、最低負担を0にする配慮措置を行っています。

○堀委員 その点に関連してですけれども、障害基礎年金は今おっしゃったとおり現在2級で6万6,000円ですが、2004年の年金改革でそれが約15%カットされるんです。カットされるというのは物価賃金の動向によって変わってくるので、いつ下げるかというのは難しいんですけれども、そういったこともこれから利用者負担について考慮する必要があると思えます。

それから、今後新たに障害者については仮に適用するとした場合は介護保険料も払うということになると思いますが、若い高齢者についてはそういったことも考慮する必要があるのではないかと私は思っています。

○松下委員 私は精神科の医者で、いわゆる精神障害の治療とか、あるいは私どもは認知症老人を専門にしておりますので、この介護保険の問題とか自立支援法の問題には大変興味があるし、関心があるし、この会議でもいろいろとこれから発言させていただきたいと思っておりますが、今日の資料の中で2つ疑問があります。

1つは、先ほどから議論が出ている資料1の3ページで、先ほど推計値の話がありました。それは先ほどの御返事で正確なものでなくて、もっと詳しいことはこれからという話

ですが、最初に推計をしてこういう受給者、対象者がいるけれども、現実に関いてみたらそれがどんどん増えていく。そして、いわゆる財政的にピンチになるとか、パンクしてしまうという事態がこれまでの政策の中でたくさんあるのではないかと私は思うのですが、ちょっと意地悪い質問で申し訳ないのですが、介護保険の要介護認定者は現在 400 万近い。これは議論をしているときには一体どのくらいを推定したんですか。私はよく知りませんが、その推定値を教えていただいて、実際にそれがどう見込みが違ったのか、あるいは見込みどおりだったのかということを知りたいことが1つです。

もう一つは2ページです。これも先ほどのお話だと、例えば被保険者の範囲を20歳までに切り上げて、介護保険と障害者制度で共通するサービスはこのシステムは同じだというお話があったんですが、具体的に介護保険と障害者制度で共通するサービスというのは一体どういうサービスをイメージなさっているのか、ちょっとぴんとこないので少し教えていただければと思います。以上、2点です。

○山崎総務課長 それでは、1点目について少しお答えします。介護保険をつくる段階でいろいろな時点で推計等を考えていますが、具体的に申し上げますと、これは余り正確な数字ではありませんけれども、当時10人でお1人くらいが対象になるだろうという考えでおりました。したがって、大体250万とか、そんな数字ではないかと思いましたが、現実には今400万を超えてございます。

ただ、私どもの推計といいたまいますと、考えからいきますと、いわゆる軽い方が非常に増えているという部分で、実は重い方、中重度の方はほとんど推計どおりでございまして、いわゆる要支援要介護1の方が倍増以上してございまして、今回実は制度改正を行いました、まさにその部分が一番の中核になっていますけれども、当初の予想とはかなり異なってきたという部分がございました。

○京極座長 それから、介護サービスについて、障害施策と介護保険と表がございましたけれども。

○伊原企画官 まず2ページのところで、要は共通する部分と上乗せ横出しの部分で、共通する部分は何かという御質問でございましたが、資料の8ページをごらんいただけますか。障害者自立支援法と介護保険との関係で、似ていると言われるのは多分お互い同じ名前でありまして介護給付の部分だと思えます。

特に一番典型例として挙げられるのはホームヘルプサービスでありまして、先ほどの御説明の中でも申し上げましたが、例えばALSの患者さんがいらっしゃいます。だんだん体が動かなくなってくる病気ですけれども、この方々の場合はまず介護保険が適用されて、最重度の方ですと36万円までホームヘルプサービス等を利用されますが、その上乗せ部分として障害者の施策で同じホームヘルプサービスを提供するケースがみられます。今ホームヘルプを例にしましたが、例として考えられますのはこの8ページの上の部分ではないかと思えます。

○松下委員 そうしますと、現在もそうでしょうけれども、精神障害者のそういうサービ

スというのはもちろんこのホームヘルプも、デイサービスの訪問看護も、通所リハビリも盛んにやっていますね。そういうものも少し入ってくる。今まで精神障害者を対象としていたサービスの給付も、今度は介護保険の方から給付で出していくというイメージでいいですか。

○伊原企画官 これは、最初の1ページをごらんいただきたいと思います。もう一度確認的に申し上げますが、介護保険の政策と障害者の政策というのは1ページのような関係にありまして、介護保険の対象者、認定者の方ではまず介護保険が優先する。それで、その足りない分とか横出しの部分障害者施策がやるということですから、仮に精神障害の方がいて、その方が介護保険の対象者であるということになりますと、まずその介護保険がホームヘルプサービスとかデイサービス、あるいは訪問看護を提供しということになります。

逆に、その対象者でないということになりますと、また違う施策になるのかもしれませんが、要は介護保険の対象として認定されるのであれば介護保険でカバーすることになります。

○松下委員 つまり、ちょっと気になるというか、これは総論的な話ではなくて非常にトリビアな話かもしれませんが、精神障害者の対象者を見て、これが介護保険に対象する症状だ、状態だ、これはそうでないという区別というか、区分けはそんなに簡単にできるものですか。

○伊原企画官 現在は、79項目のアセスメント項目とお医者さんの意見書で判定しております。ですから、65歳以上でも精神症状のある方について介護保険の対象かどうかの判定は、そういう考え方で判断するのではないかと思います。

○京極座長 これについては、三浦課長からいかがですか。

○三浦老人保健課長 今、御説明がございましたように、障害者であるかないかにかかわらず、その方の心身の状態を見て、判定するというのが介護保険の要介護認定の考え方でございます。したがって、介護保険の認定を受けている方の中には、例えば手帳を持っている方もおり、また、その手帳の種類が何であるかということはあると思いますが、そういうことに関わりなく一律の基準に照らして認定を行っているということでございます。

○京極座長 あと御発言のない大島委員、関委員、竹中委員、いかがですか。

では、関委員からどうぞ。

○関委員 幾つか質問があります。

1点目は、資料1の17ページのサービス水準に大きな地域間格差があるという表についてです。将来、障害者自立支援法がそれなりに軌道に乗った場合は、この格差はどの程度なくなることを予定されているのでしょうか。

つまり、将来例えば普遍化を進めることになりまして、保険として一定限度行う部分と、市町村ごとに上乗せとして税金で行う部分とが生じてくると思います。そのように税金による上乗せ部分によって、それぞれ市町村ごとに充実したサービスがあるところとないところ