

丹羽厚生大臣講演録

介護保険特別セミナー

厚生大臣と語る会

日 時：平成12年3月10日（金）

開場 18：00

閉会 18：30

会 場：全国社会福祉協議会 滝尾ホール

丹羽大臣

厚生大臣の丹羽雄哉でございます。本日は、いよいよ4月からのスタートを目前に控えている介護保険制度についてお話する機会を得まして、大変ありがとうございます。全国各地から皆さま方お繰り合わせいただきまして、ご出席をいただきましたことを、まず重ねて御礼を申し上げる次第でございます。

さてただ今、上村会長からもお話がありましたように、介護保険制度は21世紀の超高齢化社会においても、安心して老後を過ごせる社会の実現のために導入された、極めて大きな事業でございます。

私は昨年10月5日に厚生大臣に就任いたしました。就任して早々、この大事業を如何にして円滑にスタートさせるか。このためには何といたっても国民の皆さん方のご理解をいただかなければならない。このような思いで、これまで懸命に努力してきた次第でございます。特に昨年の補正予算においては特別対策を始め、低所得者対策、さらに過疎地の対策など、円滑な施行のための必要な対策を導入してまいりました。今、施行まであと20日に迫りました。介護保険の全体像も固まりました。そこで本日は、国民の皆様方に直接介護保険制度について、担当大臣として率直にお話をさせていただきたいと思っております。どうぞよろしく申し上げます。

今、豊かさの中の不安の時代と言われていますが、その最大の不安の問題に国民がまず挙げるのは、何といたっても介護の問題でございます。つまり自分がもし年老いて、自分や配偶者が寝たきりや痴呆症になった時に、果たして誰が面倒を見てくれるか。大変切実で不安な問題です。現在、寝たきりと痴呆症のお年寄りには全国で270万人に達していますが、30年後には520万人に達する見込みです。そして、介護する人の2人に1人は60歳以上のお年寄りで、しかも家庭での介護者は9割が女性であることが実態です。

これまで、介護とはどちらかと言えば一家庭の問題として、私的な問題として取り扱われてきました。現実問題として、寝たきりや痴呆症のお年寄りを抱えた家庭は、介護地獄という言葉に象徴されるように、大変なご苦労をなさっているわけです。介護の問題について、先程も申し上げましたが、どちらかというとな女性の負担の下でなされてきたのが現実です。これからは介護を必要とするお年寄りを社会全体で支えあっているのではないかと、ということが介護保険構想です。そして、その中で家族の介護負担の軽減を図って行くことが最大の目的でございます。

我が国の社会保障は医療、年金にしても、国民の皆様方一人一人が、皆で支えあう社会保険方式で運営されているわけですが、今後の急速な高齢化を考えると、介護のために必要な費用が増大していくことも、現実問題として避けられないと思っております。

こうした中で、介護保険は40歳以上の方に保険料を納めていただき、社会全体で介護を支える。このようなことと同時に、もし仮に介護が必要になった場合には、1割の自己負担で様々な介護サービスを受けることができる仕組みになっています。

次に皆さま方も十分にご承知のことと思っております。改めて申し上げますことになると思いますが、介護保険の利用の仕組みや、国民の皆さんの関心が大変深い問題に絞ってお話をさせていただきたいと考えています。介護保険は介

誰が必要な方に必要な介護サービスを提供することは言うまでもありませんが、サービスを受けるためにはまず市町村に申請をし、介護の必要度がどのくらいかを認定してもらわなければなりません。これが要介護認定です。すでに昨年の10月から各市町村でこれが実施されており、全国的に公平な認定が行なわれるように、まず全国共通のコンピューターによる一次判定と、主治医の意見書や調査員が記入する特記事項等を踏まえ、地域によっても違うと思いますが、保健・医療・福祉等の専門家が5人程度で審査を行う2次判定を経て、最終的な認定結果を決定する仕組みです。

そこで要介護認定については、たとえば地域間で格差があるのではないかとしばしば指摘されているのが現実です。介護保険制度は、地方自治の原点に立つものです。様々な努力が地域の実状に応じた形でなされていますが、介護保険の費用の5割は公費で、33%は全国の現役の保険料で賄われているわけです。このようなことを考えれば、要介護認定に関しては、全国一律の基準で公平な認定が行われることが、大変重要なことであると考えている次第です。このため、判定結果のばらまきが少なくなるように、今後は例えば家庭を訪問して調査を行う認定調査員の研修を再度行うとか、できる限り認定調査を市町村の職員の方々に直接行っていただくような対応を、都道府県や市町村に検討していただく必要があると考えています。

先日も東大阪で、認定調査の委託を受けた者が不正な調査を実施している事例が発覚しましたが、このようなケースについては、委託契約の解除を含めて、厳しく対応する必要があると考えています。

なお、痴呆の方については、判定の結果が軽すぎるのではないかとという疑問が指摘されています。確かに人間の体なので、雨が降ったり晴れの日では調子が良い、その時の状況によって、日々異なることがあるのは紛れもない事実ですが、専門家による総合的な二次判定において、コンピューターに基づく判定を補うために、先程申し上げた主治医の意見書や特記事項を基にして、常日頃の状況をよく汲み取っていただき、要介護者の実態を踏まえた判定をしていただくことが何よりも重要であると考えています。

次にサービスの利用限度額の問題です。要介護認定を受けた方については、要介護度に応じて、在宅サービスを受ける限度額や、施設に入った場合のサービスの額が決まります。例えば最も介護が必要な要介護5のケースでは、在宅サービスの利用者はご案内のように月額358,300円の範囲内で、本人の選択によって、各種のサービスを受けることができます。なお、短期間による過剰サービスの利用によって、給付のための費用が膨らむことがないように、先日、在宅サービスをケアプランに位置付ける際の1週間あたりのサービス量の上限を目安に、上限の目安をお示ししたわけでございます。

介護保険で利用できるサービスは、申し上げるまでもなく在宅サービスと施設サービスに大きく分かれますが、在宅サービスは12種類あります。このうち訪問介護については、当初は身体介護と家事援助の2種類の類型を設けることにしていました。しかし、1回の訪問介護で身体介護と家事援助の双方のサービスが混在するような場合も、実際には少なくない。このような指摘がしばしばなされてきました。また、身体介護と家事援助の2種類のみになると、それぞれの介護報酬の格差が2.6倍もあって、どちらに該当するかによって差があまりにも大きすぎるのではないかとという指摘もありました。

このために複合型を設けたもので、これによって利用者と事業者の間の混乱を避けることができると考えています。

この3つのタイプの分け方をどのように考えるかですが、まず第一にお年寄りのおむつ交換等の排泄介助や入浴介助といった、典型的な身体介護を行うための訪問介護は、若干の家事援助があっても身体介護型といたします。

2番目に部屋の掃除であるとか、食事の用意等の家事援助を行うための訪問介護は、食べやすい姿勢をとっていただくなど、これに伴う若干の身体介助があったとしても、家事援助型といたします。

複合型ですが、このどちらにも区分しがたいもので、例えば、食事の用意等の家事援助と、お年寄りの体位変換やベッドから椅子への移動介助等が組み合わされて行われる場合と致しています。

家事援助のサービスの利用ですが、これをめぐってはいろいろと議論がありました。サービスが受けられるケースをそのように明らかにさせていただいたのです。これについては先日、考え方を示したとおり、例えば、同居している方がいても、様々な事情で要介護者のための家事援助のサービスが必要になる場合が現実にはあるのです。一律の基準で画一的に判断することはできないし、各々の事情に応じ、現場の良識ある判断で必要なサービスを利用させていただくと考えています。すなわち、あくまでも家族の負担を軽減することが原則で、制度の濫用を防止する観点から、基準を明確にしたものとご理解を賜りたいと思っています。

さて、ショートステイの利用枠です。在宅サービスの中でも、施設への短期入所、ショートステイですが、これについては支給限度額もご案内のように別枠となっています。先程要介護5のケースでは、月額358,300円まで在宅サービスを受けることができると申し上げましたが、ショートステイについては、できるだけ多くの方々に幅広く利用していただく観点から、これとは別に、例えば要介護2のケースで、6ヵ月間で2週間という限度を設けています。これにより、大部分の場合には対応できると考えています。さらに、家族の方が介護していることにより、例えばホームヘルプサービスやデイサービスなど、訪問通所サービスの支給限度額を6割未満しか利用しない場合には、ショートステイの利用日数を、原則として2倍に拡大するなどの配慮を行うことにしています。

これにより、先程要介護2のケースではこれまでは2週間でしたが、2週間から4週間の利用が可能になります。さらにこのような措置をとっても、なお十分ではないという方からは、従来よりも利用が制限されてしまうのではないかというご意見も私どもに多数寄せられています。このため、さらに柔軟な対応が必要と考えています。

まず1つ目として、ホームヘルパーやデイサービスなどの代わりに、ショートステイを重点的に利用する振り替え利用をすることを認めたいと思っています。具体的には、ショートステイの基盤整備事業が十分な市町村において、ショートステイの利用限度日数を拡大して受けなければ、在宅介護の継続が大変難しい方に対し、その方がもともと利用限度日数を超えた場合に、その月のホームヘルパーやデイサービスなど、訪問通所サービスの支給限度額を使わなかった場合に、その範囲の中において1ヵ月に2週間を限度として、ショートステイを振り替え利用できるようにしたいと考えています。

これにより、先程要介護2のケースでは、これまで最大6ヵ月で4週間と
なったわけですが、さらに拡大され、6ヵ月に12週間の利用が可能となりま
す。すでに市町村の準備作業も最終段階を迎えているので、事務処理システ
ムを変更しなくてもよいこと、加えて保険財政への影響がないということで、
このような状況の下で出来る限りの工夫をしたものです。

次にショートステイに関する対応の2つ目ですが、現行のショートステイ
の利用者の中には、長期間にわたる利用を行い、実態としては入所に近い状
況になっている場合も少なくないのです。市町村の要望にも応えて、このよ
うな方々に対して対応するために、地域の実状に応じ、既存のショートステイ
の一部を特養に転換できる取扱いを認めたいと考えています。

次に介護保険制度による施設サービスですが、これには特別養護老人ホー
ムや老人保健施設、療養型病床群がありますが、これらの施設には現に入所
されている方がいらっしゃいますが、介護保険の導入によって、入所者が直
ちに退所されることがないように配慮していることは、皆さま方もご承知の
ことと思います。特に現在、特別養護老人ホームに入っている方については、
もし要介護認定と認定されなくても不安がないように、5年間はそのまま入
所ができるのです。私はお年寄りはなるべく住み慣れた自宅や、地域で住み
たいということが基本的な考え方ではないかと常々考えています。在宅で生
活できる方については、まずは様々な形で在宅サービスを利用していただく
とともに、自宅での生活が困難な場合には、ケアハウスや高齢者生活福祉セ
ンターといった受皿を整備するなど、極力、在宅で生活できるように支援し
ていきたいと考えています。その上で、施設には、在宅での生活がどうして
も困難な方に入所していただくことが基本的な考え方であると考えています。

次にケアプランの作成です。要介護認定を受けた方は、市町村等から紹介
されたケアマネジャーと相談をし、限度額の範囲内で本人や家族が希望する
介護サービスを組み合わせ、介護サービス計画、ケアプランを作っていただ
きます。ケアプランを作成した結果、もし限度額を超えてサービスを利用す
る場合には、その費用は利用者でご負担していただくこととなります。この
ようにケアプランはどこまでが保険の給付の枠内で、どこからが枠外かを区
分する役割があります。

現在、介護保険のスタートに向け、準備も大詰めを迎えています。残され
た日も少ないのですが、ケアプランの作成も今月中にかなり急ピッチで進む
と考えています。利用者の利便性の観点からは、今月中にきちんとケアプラ
ンが作成されるよう、現場のケアプラン作成事業者や市町村に一層の努力を
お願い申し上げたいと考えています。

また、自分でケアプランを作成することも可能です。市町村の窓口でケア
プランの作成について相談をしていただきたいと思います。万が一、ケアプ
ランの作成が間に合わない場合には、サービスを利用してその費用をまず全
額支払っていただき、その後で9割分の償還払いを受けることができるよう
になっています。

次にサービスの標準利用を示したいと思います。厚生省においては、要介
護度に応じ、介護サービスの標準的な利用を示しています。たとえば要介護
度が3の場合、1週間あたり巡回型7回を含めた9回のホームヘルプサービ
ス、1回の訪問看護、3回のデイサービス又はデイケアとなっており、夜間

又は早朝の巡回訪問介護を含め、1日に2回サービスが利用できる水準になっています。もちろんこれは、あくまでも参考例で、一人一人の状態に応じてケアプランを作成していただき、サービスを利用していただきたいと考えています。

次は大変重要な問題ですが、自立等への支援です。要介護ではない、つまり自立と判定された方への対応について、よくお尋ねがありますが、自立であっても何もサービスが必要でないということではなく、一人一人のニーズに応じ、閉じこもり防止であるとか、介護予防や生活支援を行っていくことが重要であると考えています。特に介護保険の導入により、これまでサービスを受けていた方々のサービスが打ち切られるという不安が多数寄せられています。私としてはこれらの方々の不安に伝えていかなければならないと考えています。私自身、昨年の秋に厚生大臣に就任してから、まず愛知県の高浜市を訪問し、介護そのものを必要としないお年寄りの皆さんを温かく迎える「あっぽ」という名前の託老所を見学してまいりましたが、私はこのような地域ぐるみでお年寄りの生きがいの上でも、お年寄りを皆さんで支えあっていくことは大変素晴らしいという印象を強く持ちました。

それぞれの市町村において、地域の実状に応じて、介護保険とは別ですが、例えば配食サービスであるとか、生きがいデイサービス、さらにボランティアによるひとりひとりの一人暮らしの高齢者の訪問等が行われていることを承知していますが、要介護認定でたとえ自立と判定された方であっても、これらの事業の対象になるのです。国としても、介護保険とは別に、介護予防や生活を支援する事業を積極的に支援してまいりたいと考えているわけで、平成12年度の予算でおよそ400億円を大幅に市町村へ助成の拡充をしました。市町村の積極的な対応を心より望んでいる次第です。

私はかねがねお年寄りの介護や老後の生活をめぐる様々な問題については、介護保険だけですべてが解決できるとは思っていません。それぞれの市町村が独自にこの問題について取り組んでいらっしゃるわけですが、自立と判定されたお年寄りの方々に対する相談等、ボランティアの方々にも積極的に参加していただいておりますが、このように住民の皆さん方相互の支えあいを基本に置いた地域社会づくりも、また非常に重要であると考えています。国としても、市町村のご意見をお伺いしながら、様々な角度で支援してまいり決意でございます。

続いて介護保険の負担の問題です。介護保険制度はいわば地方自治の原点に立つものです。市町村が熱意を持って、介護サービスに積極的に取り組んでいただくことが何よりも前提であると考えています。介護保険の費用の半分は税金で負担しますが、残り半分は65歳以上の高齢者の方々の保険料の17%と、40から64歳までの保険料33%による負担になっているわけです。それぞれの市町村は、介護サービスの水準に応じ、高齢者の保険料の設定をしていただき、介護サービスの提供をしていただくわけです。保険料の支払については、65歳以上の高齢者の方は大部分が年金から天引きとされるわけですが、一部の方は口座振替等によって個別に支払っていただく仕組みになります。

また、40から64歳までの保険料は、住んでいる市町村とは関係なく、加入している医療保険のルールにより、現在支払っている保険料と一緒に支払っ