

大阪難病医療情報センター

財団法人大阪難病研究財団

*The Osaka
Medical Research
Foundation
for
Incurable Diseases*

1998年度

難病 セミナー

日時：1998年8月7日(金)

於：大阪府立病院

保健・医療・福祉のシステムづくり
介護保険制度施行に向けて
介護保険制度と難病施策
難病患者における介護保険制度の問題点



*Nanbyo
Seminar*

目次

保健・医療・福祉のシステムづくり	5
名古屋工業大学工学部 教授	山本 勝 先生
介護保険制度施行に向けて	9
大阪府福祉部福祉政策課介護保険準備室 室長代理	井上 博 司
介護保険制度と難病施策	16
大阪府保健衛生部保健予防課特定疾患係 係長	木場 康 文
難病患者における介護保険制度の問題点	16
大阪府立大学社会福祉学部 教授	黒田 研 二 先生
パネルディスカッション	20

ごあいさつ

近年の医療制度の見直しに加え、難病対策も、保健・福祉面で大きく変わろうとしています。大阪府でも、保健・医療・福祉の充実とQOLの向上に取り組み、ホームヘルプサービス事業やショートステイ事業の拡充を図り、在宅の難病患者の方を支援しています。

そうした在宅医療が広がるにつれ、ケアニーズの増大と多様化が生じ、患者個人に、より適した専門的かつ技術的なサービスが求められてきました。

そこで大阪難病医療情報センターでは、大阪難病研究財団のご協力を得て、難病患者の方を支援されている保健・福祉担当者の方を対象に「難病セミナー」を実施し、難病の看護・介護知識の研修を行っています。

今回は「難病と介護保険制度」について、それぞれ専門の方にご講演をお願いしました。

その講演をまとめましたのでご報告させていただきます。皆様の支援活動の一助になれば幸いです。

最後に、今回のセミナーにご尽力いただきました大阪難病研究財団にお礼申し上げますとともに、今後ともご支援賜りますようお願い申し上げます。

大阪難病医療情報センター

センター長 中田俊士

ごあいさつ

大阪難病研究財団では、難病に携わる行政の方とともに、大阪府下の難病研究者への助成や啓発を通じて、難病患者の方への医学的・社会的支援を進めています。

その事業の一環として、大阪難病医療情報センターのご協力のもと、難病セミナーを開催いたしました。

今回は、新しく導入される介護保険制度について具体的にお話を伺い、行政の方も交え、難病政策に絡めた実質的論議もはかっています。その貴重なお話をより多くの関係者の方にご覧いただきたく、ここに報告書をまとめさせていただきました。難病治療に携わっておられる方のお役に立てれば幸いです。

また、当財団のホームページ「難病情報データベース（アドレス：www-admin@nanbyo.or.jp）」にも最新の情報を掲載し、情報化時代にふさわしい支援方策として、今後も充実をはかっていきたいと思っております。

最後に、大阪難病医療情報センターをはじめ、ご講演下さいました先生方、関係者の方々に心よりお礼申し上げます。

財団法人大阪難病研究財団

理事長 籾本 秀雄

保健・医療・福祉のシステムづくり



名古屋工業大学工学部
教授

山本 勝 先生

プロフィール

昭和42年大阪大学工学部電子工学科ご卒業。同大学院にて工学研究科電子工学博士号取得後、名古屋工業大学工学部講師、助教授を経て昭和59年4月より現職。日本医療情報学会、日本病院管理学会、日本地域福祉学会等、多方面でご活躍中。地域医療、保健・医療・福祉システム等に関する著書多数。

1. はじめに

産業界の（例えば自動車工場の設計やラインの開発）システムづくりを中心にしていた私が、医療・福祉の分野のシステムづくりに着手したのは、約20年前のことです。「愛知県医師会の中に医療システム委員会を作るのだが、委員会を構成する15名はすべて医師なので、医師でない人材に、“住民の立場から、住民が喜ぶようなシステムをつくるために”この委員会のメンバーに加わってほしい」という依頼が発端でした。

システムづくりをしていくにあたっての私のポリシーは、

- (1) システムづくりは人と人との出会いから始まる
- (2) 迷ったら積極的な方を選ぶ
- (3) システムづくりの最終目的は住民のQOL向上である

以上の3点です。これは、産業の分野でも医療・福祉の分野でもまったく同じです。人が人を支える保健・医療・福祉のシステムづくりにおいてはより良い人間関係づくりが大切です。とくに、これからの高齢社会では、住民・患者をも巻き込んだ「地域の、地域による、地域のための」システムづくりをめざして、地域関係者一人ひとりの意識改革と円滑な人間関係を推進していかなければなりません。

2. システムとは何か

システムの3条件とシステム思考

- (1) (全体)目的：目的思考
- (2) 複数の構成要素：オープン化思考
- (3) 要素間の相互関係：トータル化思考

どうすればもっと楽に早く作業できるかを考えることからスタートするのは手段志向です。これも大事ですが、その前に、この仕事を誰のために、又何のために行うのか、その目的を考えることからスタートする目的思考はもっと重要です。さらに重要なことに、この目的には「レベル」があります。例えば在宅の難病患者の場合、訪問治療という1つのシステムが必要となります。これに単なる治療という目的だけではなく、難病患者の在宅でのQOLを支援するという目的が加わると、治療のための医師や医療機器だけではなく、保健婦や生活支援のためのヘルパー、あるいは訪問看護婦なども必要となります。さらに難病ということで情報交換が大きな役割を占めてくるので、情報センターのような施設も必要となるでしょう。このように全体的な目的をどこに定めるかによって、より多くの構成要素の参加が必要になってきます。

このときに大事なことは、固定観念や先入観や過去のいきさつで物事を追うのではなく、決めた目

的の実現のためにあらゆる可能性を追求することです。これをオープン化思考と呼んでいます(「私捨夢」と書いて、私なりのシステムづくりの極意と考えます)。どんな人でも自分の今までの経験云々から固定観念や先入観を持っていて、それを捨てるのは非常に難しいものです。またこのような状況下では、発想が散発的になってしまい、まとまりがなくなります。そのような時は、自分以外の職種の人や、自分とは違った発想の人を同じテーブルの仲間に入れて、その人たちの意見を尊重すればいいのです。そして、これら構成要素間の関係をいかにうまくつくるかによって、1+1が3になったり4になったりします。相互関係とは、言い換えれば連携、協力、調整、バランスです。1+1が2以上になるように、その地域にあった、自分たちの特性にふさわしいアイデアを出しあいながら、より良い相互関係をつくっていきます。システムには1つとして、同じものはありません。在宅ケアという呼び名は同じでも、地域によって、患者さん、そこで働く人々、地域特性、歴史も違います。自分たちのシステムは自分たちでつくっていく必要があります。これが、冒頭に述べた「地域の、地域による、地域のためのシステムづくり」です。自分自身の意識改革をはかり、良い人間関係を作ることによって、素晴らしいシステムが作られます。これらの目的と構成要素の相互関係を一言でトータル化思考と呼びます。たえず全体を見て、お互いに役割分担、連携、調和、バランスを持ちながら、さまざまな発想を出し合って1つのシステムをつくっていきます。

3. システムの発展

愛知県には88市町村ありますが、名古屋・豊田・一宮市などが在宅ケアの先進地域です。これらの市に昭和50年の頃から後半にかけて医師会と行政が一体となった介護支援事業のための在宅ケア

検討委員会ができました。これが上の表で言う「疑問詞」の段階です。次に「うちの地域では要介護者が在宅でどのぐらいいるか、彼らはどういう在宅ケアサービスを希望しているか」などの実態調査、検討(「名詞」の段階)、そして具体的に実施していく「動詞」の段階がきます。世の中の民間のサービスはほとんどが形容詞以上です。皆さんが車を買う時には、乗っていて楽しい、おもしろい、デザイン的に格好がいい、乗った気分が爽快だ、などの条件が必須です。この段階が「形容詞」の段階です。そして更には要介護者らに喜びと感動、生き甲斐を与えるサービスになると、これが感動・感激、つまり「感動詞」の段階です。

現在の在宅ケアは動詞の段階です。介護保険ができたからといって、動詞が形容詞になるとは思えません。場合によっては逆行します。ただ一方では介護保険をうまく活用しながら、そしてそれ以外にその地域で工夫しながらやっていけば、それが1つのきっかけになって動詞から形容詞にもっていけるかもしれません。これは冗談ですが、ゴールドプランという言葉がありますが、現在のような段階ではゴールドプランではなくコールドプラン、寒々としたプランです。これを4段階さらに第5段階へもっていくためには、サービス向上を目指す関係者の意識改革が必要になります。そこで、「3感王のすすめ」です。

まず1つ目の感は感性、アンテナです。つまり顧客である患者さんが望んでいること、置かれている状況をきちんと理解すべく、彼らの声を聞くこと、これが感性です。

そして彼らに対する最大のサービスを提供するために感動、意欲を持つこと。これが2つ目の感です。このときに必要なものは増幅器と充電器です。

増幅器とは、人間関係能力と情報活用能力です。例えば、いくら優秀な能力を持っていても、その人の人間関係がまずいために、3ある能力を結果的に

第1段階	医療サービスの必要性の問いかけ	強い問題意識、地域特性の把握、関係者の意識改革	疑問詞
第2段階	先進地域における、特定の対象者に対するサービスを試験的に実施	関係組織間の協力体制、実態調査、改良計画	名詞
第3段階	より多くの対象者へより多くのサービスを提供	サービスの量的および質的充実、効率性、整備の充実	動詞
第4段階	やさしい、楽しい、心地よいサービスを提供	質の向上、患者満足度、住民中心の発想	形容詞
第5段階	感動、喜び、生きがいを与えるサービスを提供	一体化、地域連携、全員参画体制づくり	感動詞

1しか発揮できない人がいます。逆に能力は1でもそれを3や4にまで増幅させることができる人もいます。よい人間関係を持っている人は自分の能力をフルに発揮でき、仲間からの支援や連携が得られます。そして彼らから確実な情報を手に入れて、それをうまく活用していく、ということです。もう1つの充電器とは、気持ちの上ではよい仕事をしたいと思っても、その人に能力や技術がなければできない、そのためには絶えず研修会などに参加して自分を充電する必要がある、ということです。

そして3つ目の感とは、そういう感動を持って仕事をし、その結果感謝をすることです。これを私はフィードバックと呼びます。この感謝の気持ちの中には、反省、自己評価、フォローアップが含まれます。これら感性、感動、感謝、3つの感を繰り返し行うことによってその人自身のレベルが上がっていきます。そういう意味で「3感王」を勤めています。

4. システムのつくり方

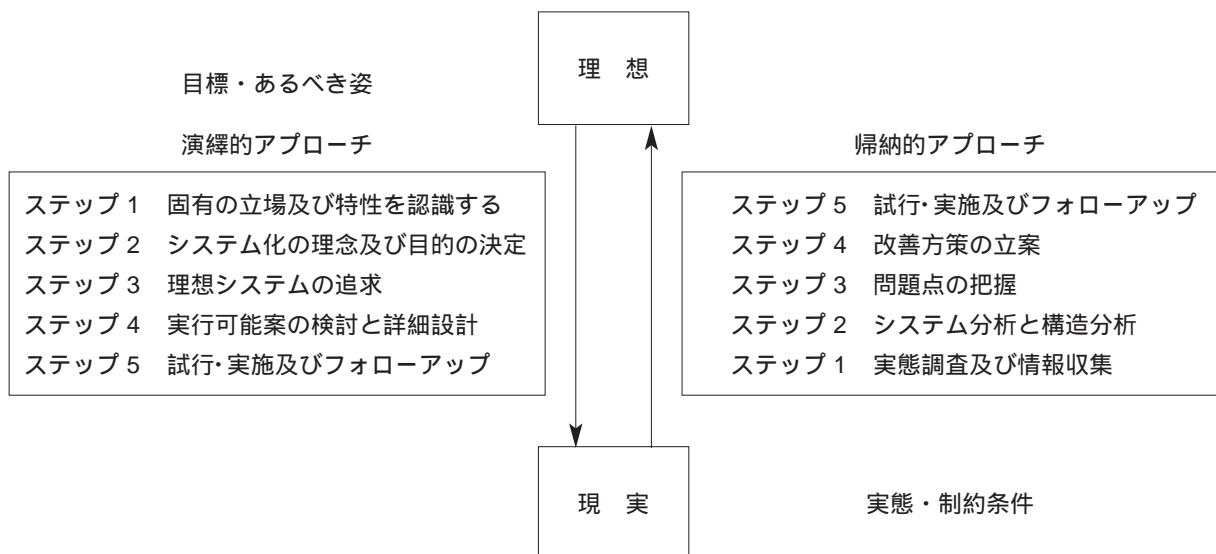
例えばまず、患者さん側のあるいは介護者側の問題点を調査します。それらを列挙して、次にその問題を解決するための方法を考えます。いろいろなアイデアを組み合わせ、1つのシステムを実行した結果、これらの問題点が解決されます。これを帰納的アプローチと言います。これを繰り返していけば一步一步改善されていって、いつかは頂上に着くだろうという方法です。他のシステムでもよく用いられています。

一方演繹的アプローチは、現実には予算、技術、

制度の面から簡単には実現できないが、それは別として、彼ら（患者や介護者）にとってどういう姿が一番望ましい支援システムなのかをまずイメージすることから始めます。この理想型を、現状の中で、できるだけ近い形で実行可能に結び付けることは出来ないだろうか。そしてそのときに、制約があるからできない、と言うのではなく、ではその制約を変えることはできないか、と考えます。つまり理想から少し現実の要素を考慮しながらレベルを下げていくわけです。

これに近い方法が、産業界では30年以上も前から行われているワークデザインと呼ばれるものです。産業界の場合、ライバル会社と同じ方法をとったり、一步一步こつこつやっていると、競争に勝てません。他会社ができないようなことをしなければ生き残れないのです。そのために産業界の場合は演繹的アプローチという発想が非常に重視されます。

帰納的アプローチを中心にこつこつやってきた世界は保健・医療・福祉だけです。これからは両方の発想を取り入れる必要があります。つまり今までのやり方を踏襲しながら、一方では私たちは何のために、だれのために難病のシステムをつくらうとしているのか、その目的は何か、果たすべき役割は何なのか、その目的を実現するシステムはどのような姿なのかという理想型をイメージすることです。これによって異なった発想、アイデアも出てきます（これを二刀流宮本武蔵と呼びます）。最初自信がなければ9割を従来のアプローチで、そして残りの1割に理想型の発想を取り入れればよいでしょう。



5．終わりに

システムづくりは楽しくもあり、また時には苦しくもあります。システムづくりに参加して「楽しさ・面白さ」を感じる時、それは、多くの協力者との連帯感・信頼感を実感したときでしょう。また、システムづくりに参加して「喜び・やりがい」を感じる時、それは住民や患者から感謝されたときでしょう。これに対して、「苦しさ」や「寂しさ」を感じる時、それは、地域関係者との交流・連携がうまくいかなくなったり、住民から理解・評価されなく

なったときでしょう。このように、システムづくりを推進していくのも、また、これをしっかり支えていくのも、住民をも含めた地域関係者間における円滑な人間関係です。システムづくりを推進していくのも人間関係なら、これを壊すのも人間関係です。着実なシステムづくりの裏には、安定した円滑な人間関係が構築されているはずで、システムは人なり。システムづくりは人間関係づくりから始まり、人間関係づくりに繋がっていきます。良い人間関係の中で一人ひとりの意識改革も成就します。

介護保険制度施行に向けて



大阪府福祉部 福祉政策課 介護保険準備室
室長代理

井上博司

はじめに

急速な高齢化は、介護という老後の最大の不安要因を生み出しています。そして現実には家族だけで介護を行うということが非常に困難な状況にもなっています。今日は「老後の安心を皆で支える仕組み」である介護保険について、そのねらいと制度の仕組み、今後の計画について説明します。

1. 介護保険制度のねらいと仕組み

- (1) 老後の最大の不安要因である介護を社会全体で支える仕組みを創設する
- (2) 社会保険方式により給付と負担の関係を明確にし、国民の理解を得やすい仕組みを創設する
- 現在の老人福祉サービスはすべて措置制度という1つの行政処分体系の中で、言い換えれば、すべて公費・税金で、そして一部徴収金（所得に応じて負担する徴収方式）でまかなわれています。しかし、これからの高齢社会の中で介護についての社会的コストが増高してくる事は明らかです。税金は使途の見えにくい、極端に言うと何に使われているかわからないという議論もあります。介護保険では、これを社会保険方式に変えます。65歳以上の高齢者も

含めて、40歳以上の方はすべて基本的に被保険者となって保険料を納め、その納められた保険料に公費が加わった介護保険の財源は、保険給付にのみ使われるという方式です。

- (3) 利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス・福祉サービスを総合的に受けられる仕組みを創設する

現在の措置制度では、形式的には特養への入所申込書、申請書等を提出してもらってはいますが、基本的には一方的な行政処分なので、利用者が行きたい施設、利用したいサービスに選択の余地はありません。市町村が決めた施設、あるいはサービスしか受けられません。けれども、介護保険では、利用者の選択が優先されます。

利用者の選択をより幅広いものにするためには、多様な主体からサービス提供がなされる必要があります。今まで医療法人あるいは社会福祉法人が経営するような施設、府あるいは市町村管轄の施設などから福祉サービスが提供されていましたが、基本的に市町村以外の施設は、市町村からの委託を受けて、当該の高齢者にサービスを提供していました。この場合、当然のことながら委託の条件が決められていました。このために、画一的なサービスに陥りがちだという問題がありました。今回の介護保険では、特に在宅の福祉サービス部分については大幅に民間



事業者の参入を認めていくという方向にチェンジしています。それによって、いい意味での競争原理を働かせて、その中でサービスの質の向上を図っていく、あるいは効率性を高めていこうとしています。

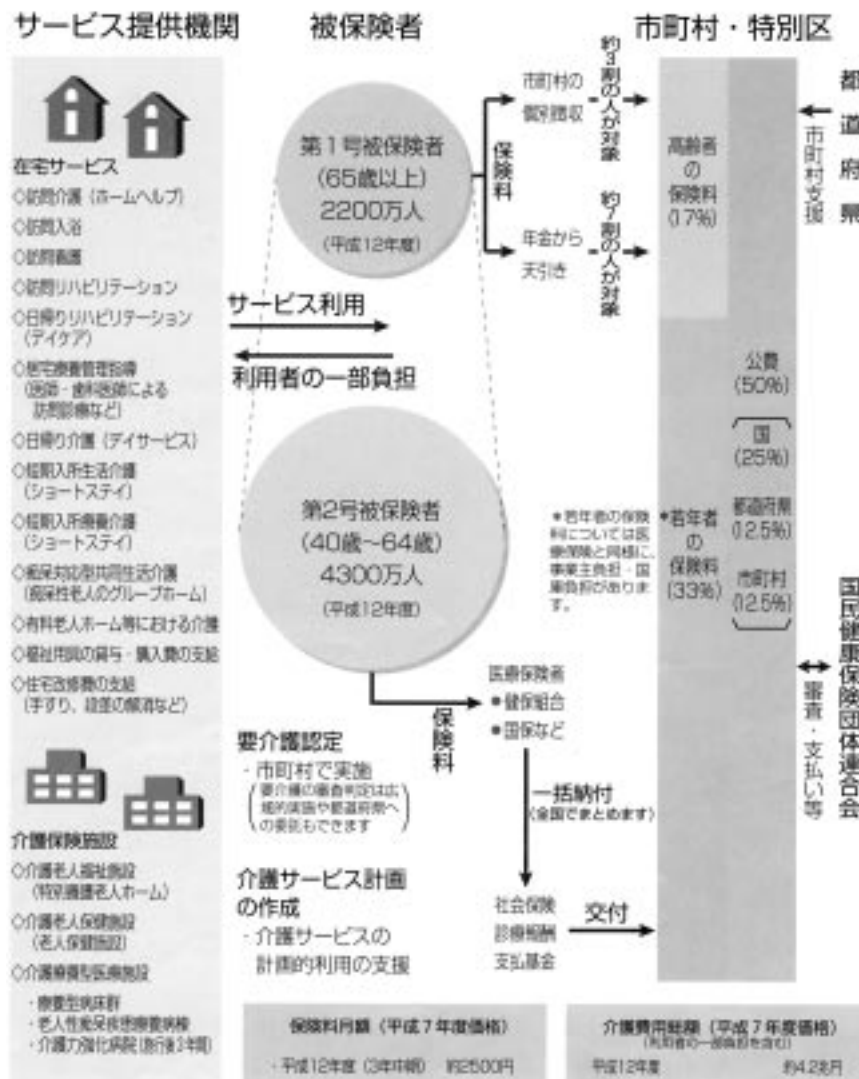
またこれまで、老人福祉法、老人保健法の2つの法律をもとにサービスが提供されてきましたが、制度が2つに分かれているために制度間調整が課題でした。一部市町村ではサービス調整会議を設けて、個々のケースについての総合的な保健・医療・福祉サービスのサービス調整を行っていました。この問題点を介護保険では、ケアマネージャーという新しい人材を置き、ケアプランを作成していくことで解消します。ケアプラン(介護サービス計画)は福祉サービスだけでなく、保健・医療サービスを効果的に組み合わせるという狙いを持っています。

その方に合ったプランをつくり、それに基づいてサービス提供を受けられる仕組みを総合的に保証していきます。

(4) 介護を医療保険から切り離し、社会的入院解消の条件整備を図る

社会的入院とは、高齢者の方が、急性期の医療が必要な状態ではなく、主として介護が必要であるにもかかわらず一般病院に長期在院を余儀なくされている、という状況を指しています。一般病院は、治療を主とした構造やスタッフの配置になっており、必ずしもこのような高齢者に適しているとは言えません。介護保険ではこのような状況を解消し、この高齢者の方々をより療養環境の整った病院で処置するために、このような病院(療養型病床群)を、介

●介護保険制度の仕組み●



介護保険施設として位置づけ、療養環境の整った施設に整備していきます。当然、特別養護老人ホーム、あるいは老人保健施設についても、それぞれの役割、特質を明確化しながら、介護基盤をより一層整備していきます。

2. サービス利用方法と要介護認定

介護保険の被験者は、基本的には40歳以上のすべての方で、65歳という年齢で1号と2号に線引きをしています。保険料は、第1号被保険者（65歳以上）の場合は所得段階に応じて市町村ごとに設定され、第2号被保険者（40歳以上65歳未満）の場合は加入している医療保険の算定方法に基づいて設定されます。1号被保険者の保険料は、3年を

1つのスパンとして設定しています。例えば平成12年度に保険料を決めると、12、13、14年まではその保険料に変更はありません。

次に、サービスの利用についてですが、介護保険は医療保険と違って、事前に要介護のための認定を受ける必要があります。これを要介護認定と呼びます。要介護認定で要介護度を判定します（5段階プラス要支援状態）。この各段階によって必要なサービスが判断され、一定の給付条件が決められています。第1号被保険者の場合、ADLあるいは痴呆の度合い、といった心身の状況のみで介護が必要かどうか、介護保険からの給付を受けられるかどうかを判定します。これに対して第2号被保険者は、初老期痴呆や脳血管障害等々の老化に伴う疾病によって介護等が必要となった場合にのみ、介護保険からの給付を受

けられます。つまり、交通事故で寝たきりになったような場合は、介護保険からの給付は行われません。その代わりに、障害者施策による介護サービスを利用します。

3. 要介護認定と介護サービス計画、およびその問題点

要介護の認定を受けた高齢者については、介護支援専門員（ケアマネジャー）が介護サービス計画（ケアプラン）を作成し、それに基づく介護サービスの提供が行われます。

要介護認定は、訪問調査の結果を分析した、例えば重度の痴呆の状況があるにもかかわらず、一次判定で要介護度が低くなるケースがありましたが、平成10年度の事業については痴呆の症状がある場合の一次判定のシステムに一部修正が加えられました。これらについては、全国的に平成8年度からモデル事業を行っています。本府においても要介護認定モデル事業を、平成8年度は四条畷市において、昨年度はこの他に大阪市西成区、交野市、熊取町の4市町において実施しました。その中で四条畷市は2年目となり、介護サービス計画策定まで行いました。このモデル事業でいくつかの問題点が上がってきています。

介護認定審査は、市町村から派遣された調査員が訪問調査という形で現場に行き、それに基づいて一次判定と二次判定が行われますが、ここに差異が生じています。昨年度府全体で391例、1地域約100例（在宅50例、施設50例）実施しましたが、この中で、一次判定から二次判定で介護度の変更があったケースが114例ありました。変更率については地域によって、10～40%ぐらいの差異が出ています。この原因として推察されるのは痴呆の問題です。例えば、重度の痴呆症状があるにもかかわらず、一次判定で要介護度が低くなるケースがありましたが平成10年度の事業については、痴呆の症状がある場合の一次判定のシステムに一部修正が加えられました。

一次判定に加えて、市町村職員の訪問調査における特記事項、およびかかりつけ医の意見書（調査票の項目に対応したチェック欄を設けたもの）をもとに、市町村が設置する介護認定審査会において、医療、保健、福祉の専門家による審査・判定で比較検討が行われ、最終的に二次判定がなされます。

2つ目の問題点として挙げられたのは、調査員が

1人であることです。これはかなり多くの大阪府以外の都道府県からも問題点として挙げられています。今年度の国の指針では、原則は調査員1人で調査を行うということですが、必要がある場合は複数の調査員、または複数回の調査を行うよう改善されています。

その他、介護サービス計画の作成にあたっては、つくられたプランについて患者本人が満足するかどうかが大切なのではないかとということで、作成対象者に対して介護モデルプランを提示した上で、その満足度調査を行っていく、という新しい取り組みもあります。

補足ですが、家族状況や生活環境を考慮した判定というものをなすべきではないか、という意見があります。これは今回の介護保険制度の根幹にかかわることです。基本的には心身の状況のみで判定していくということに変更はありません。

4. 実態調査実施の方針における国と府との違い

介護保険制度では市町村は、介護サービスの基盤整備の目標量や保険料を定めるため、介護保険事業計画を進めることとされており、本年度から実態調査に着手しています。実態調査の手順としてはまず、介護サービスのニーズを障害老人の日常生活自立度と痴呆性老人の日常生活自立度の2つの尺度で把握し、それを、要介護度1～5、あるいは要支援といった形に読み替えをしていきます。それぞれの要介護度に応じたサービスのモデルを当てはめていくことで、それぞれのサービスの必要量を算出します。しかし、そのサービスを利用しない場合もあるので、各人に対して介護サービスの種類毎の利用意向を調査していきます。

国の実態調査にあたっての方針を受けて大阪府としての指針を独自にとりまとめています。例えば、調査対象者のプライバシーについては徹底的に保護するということから、国は一次調査として、公的なサービスを受けていない高齢者の潜在的なニーズを掘り起こし、把握していく、としています。さらに、二次調査として訪問調査をしますが、二次調査に行きやすくするため、一次調査の調査票に個人に通し番号をつけておいて調査票を返送してもらう、という形を示しています。しかし大阪府では二次調査に関する説明を事前に調査票の中に盛り込んで、二次調査に行くことについての了解を得られた方のみ

記名をお願いする、という形をとっています。当然のことながら、二次調査の客体は少なくなってきましたが、調査制度よりも個人情報保護を優先させていくというのが、大阪府の基本スタンスです。

その他、国の方針では、老人保健施設、療養型病床群等の調査については市町村単位で行う、とありますが、本来の使用目的から外れるような形で対象者を把握していくようなことがあっては好ましくないということで、市町村だけでなく府においても、病院の協力を得ながら調査を実施することにしています。市町村の老人保健福祉の見直しにかかわるような材料、あるいは介護保険事業計画策定にかかわる基礎的な数値データを市町村独自に集めてもらい、かつ府の方からも提供する、という仕組みです。

5. 介護保険事業計画及び介護保険事業支援計画

まずこれまでの老人保健福祉計画とこれからの介護保険事業計画との違いについて説明します。

老人保健福祉計画は、大阪府の場合、「ふれあいおおさか高齢者計画」という形で、平成11年度末を目標年度としてその達成に向けて取り組みを行っています。この中でいろいろな施設あるいは在宅サービスの整備目標が設定されています。これらのうち介護基盤にかかわる部分については、平成12年度以降は、介護保険事業支援計画の方に組み込まれていきます。そして老人保健福祉計画は、それ以外の方を含めた計画あるいは介護保険の給付対象とならない高齢者向けサービスをも対象としたものとして継続していきます。例えば、元気な高齢者に対するヘルス事業、介護保険給付対象外のサービスである配食のような日常生活支援事業、あるいは介護保険施設としての施設類型から外れる養護老人ホームや

軽費老人ホームなどの施設、その他在介センターや高齢者生活福祉センター等の整備です。

ただ、保険財政計画の中で事業費の見込みに関する事項が課題となっています。今までの老人保健福祉事業は毎年度公費でもって一般会計から支弁していく形をとっていました。ところが、介護保険が導入されると、保険の特別会計を作って、毎年度どれほどの介護サービスが必要になってくるのかということ推計し、それに見合う費用を計算して、その事業費を打ち出す必要があります。介護保険では公費でまかなう部分が半分、保険料でまかなう部分が半分です。この保険料でまかなう部分の中の第1号被保険者にかかわる部分は、市町村が保険料の賦課決定をして徴収していくこととなります。つまり、第1号被保険者の保険料として確保すべき額を確定したうえで、個々の被保険者に対する保険料を決めていくことが必要になるということです。

6. 難病との関連

最後になりましたが、難病患者さんの介護保険とのかかわりについては、難病患者さんの実態が市町村において把握しきれていません。第2号被保険者で、介護保険の給付対象となる15の疾患のうち8つほどについては、大阪府として保健所において患者さんの状況を把握しており、情報提供等の支援してほしいという申し入れがあります。保健予防課あるいは健康増進課とも協議して、保健所事業としての位置づけをしつつ、市町村の介護保険によるサービス提供のあり方の検討へも生かしていけるよう対応していきたいと考えています。現在個人情報の保護に留意した上で、統計的に処理をして、各市町村の計画策定への反映を図っていくための、調査スキームを作っている段階です。

介護保険制度と難病施策



大阪府保健衛生部 保健予防課 特定疾患係
係長

木場 康文

1 .はじめに

難病は治療方法が未確立、症状の慢性化のために、経済的にも精神的にも負担が大きいものです。このような難病対策として、国レベルでの病気の研究、治療施設の整備、そして自己負担の解消が進められています。これらは、従来単なる調査研究で始まりましたが、だんだん時代が変わってきて、保健・福祉・医療の連携が必要だということがきちんと位置づけられ、特に最近では在宅療養が重要視されています。

2 .介護保健制度導入に伴う問題点

難病対策が都道府県を主体としているのに対し、一方介護保険は市町村が主体となっています。具体的に言えば、難病施策は都道府県の保健所が担い手となり、この保健所が、市町村単位で選べるサービスや医療機関を紹介したり、患者さんのニーズに合うようにコーディネートしたりしています。しかし、介護保険になると、市町村が主体となって、いろいろな患者さんのニーズに応じて、様々なサービスのマネジメントをやっていくことになります。そこで、この保健所と市町村の連携をどうすればよいかという問題が生じています。

介護保険は福祉サービスからその考え方が始まっ

ていますが、難病は医療から始まって、そこから福祉や保健との連携、在宅療養への支援という流れを踏んでいます。このため、難病と介護保険との線引きをどうするのかというのは非常に重要な問題です。介護保険はあくまで福祉のサービで、民間でも公共体でもどちらでもできます。しかし、難病については医療が優先されるべき事項であり、行政がきちりかかわっていかねばなりません。ただ、難病でも、在宅療養の方の保健・福祉・医療に関しては、介護保険が大いに関わってきます。そのためにも、市町村が行う介護保険をよく理解しておく必要があります。

今、難病に関する情報は都道府県レベルの保健所が握っています。介護保険のサービスに反映するために、大阪府ではこれらの情報をどんどん市町村に明らかにしていきたいと思っています。

3 .介護保険と医療保険

現在の医療制度では、私たちは病気をすれば、お金を持つてる持ってないの差があっても、住んでいる地域の病院あるいは自分が行きたい病院に入院することができます。病院はその地区にニーズがあれば建てられるので、患者側にも病院を選択する余地があります。一方で、介護が必要なので施設に入所したいと思う人がいるとします。このとき、現行の

老人福祉制度では、例えば市町村が財政的な都合によって100人収容の福祉施設を1つしかつくれなくて、そこが定員に達しているとする、その人は入所できないという事態になります。

ところが新しい介護保険では、この問題が解消されます。需要（施設入所希望者の量）を事前に調査し、施設建設にあたっては公費が利用できる、民間業者は、その地域の需要に合わせて安心して施設を建設することができるからです。理論的には、施設入所希望者が500人いれば、その500人全員がその地区の施設に入ることができます。従って介護保険制度が理論どおりにうまくいけば、医療保険との組み合わせでとても素晴らしい制度になるはず

です。

介護保険と医療保険の仕組みは以上のとおりですが、難病施策との関係はどうなるのでしょうか。

現在難病施策の中で受けられる福祉サービスは、市町村によって違いはありますが、かなり安い額です。しかも介護保険だとランクがあって、上限がありますが、難病については病状そのものがランクです。言いかえれば難病は、その人の症状に医療が必要であれば、公共のサービスでまかなわれます。しかし、介護保険ではその人が特別に医療が必要であっても、サービスとしてはある決められた範囲のものしか受けられない、ということです。これが難病と介護保険のかかわりの中で1つの大きな論点です。

また現在の難病施策の中には、市町村単位のプラスサービスがあります。府が市町村に補助金を出して、市町村で難病にかかわるいろんなサービスを行っているケースもあります。これについて国が方針を変えなければ、従来どおり難病の患者さんに対する福祉サービスは特別枠で入ってきます。けれども、「このサービスは介護保険に統一する」ということになると、果たして市町村が独自でどこまでできるかという問題になってきます。国民保険は、今でも市町村単位で掛け率が違います。それと同様に、福祉サービスの面でも市町村の差別化が出てくるかもしれません。

身体障害者の方については、現在、その身障の度合いを法律でランク付けし、それに応じて医療費を援助し、介護については、市町村がさまざまな施策でサービスを提供しています。しかし介護保険導入後は、医療についてはこれが継承されますが、介護についてはこの介護保険が優先されることになっています。身障で65歳以上の方は普通の老人の方と一緒に扱いになり、1割が本人負担となります。

4. 終わりに

難病対策における保健・福祉・医療の連携、在宅療養への支援というのは、どうしても患者さんのために必要な施策です。

介護保険でカバーすると、一部負担が入ります。医療が中心なので、他の高齢者で介護が必要な方とはかなり事情が異なります。例えば難病患者本人または家族側が、看護婦、医療関係者だったら家に来てもらってもいいけれども、単なるお手伝いだけならいらないと考える場合があります。今まで府の保健所から保健婦さんが来て、市のサービスについて教えてもらえてありがたいと思っていたけれども、市町村が窓口になったら、これからは保健婦さんが来てくれないので、市に直接言いに行かなければならない、ケアマネージャーって何、という反応もあります。またサービスを提供する側としても、難病患者さんは特に医療的な問題があるので、単に寝たきりであっても、訪問するのが不安だという意見もあります。

患者さんにとって大事なものは、保健・福祉・医療の連携が図れて、在宅で十分安心して療養ができるという状況です。本人にとっては、難病対策でサービスを受けていようが、介護保険でサービスを受けていようが、最終的には関係ありません。そのサービスが変わったときに、負担が増えたり、サービス悪くなったりというのが困るのです。また65歳がひとつのラインとしてあるので、64歳まで難病対策で、65歳から介護保険になった時に、待遇がすっかり変わってしまう、というのも大いに問題です。全然知らない人が突然来て、「私がこれから来ます」と言われても、いろんな事情をわかってくれるのかどうかということは患者さんにとっては大変な不安材料となります。

難病の制度は古くからあって、大阪府では各保健所が深くかかわっている、問題点が整理しやすいのですが、難病に指定されていなくても、かなりの医療行為が必要な他の疾病の高齢者の方というのは同じ事情だと思います。そういう方についても、介護保険導入でどのようになるかということは、大きな問題です。これからかかわる皆さんのほうでも、これらの諸問題について理解し、いろんな意見を提供してほしいと思います。

難病患者における介護保険制度の問題点



大阪府立大学社会福祉学部
教授

黒田 研二 先生

プロフィール

昭和50年大阪大学医学部ご卒業。長浜赤十字病院精神神経科にて54年まで勤務された後、大阪大学医学部公衆衛生学教室にて研究に従事。その後、助手、講師、助教授を経て平成7年3月より現職。

難病患者にとっての介護保険の問題点を考える場合、介護保険そのものが一般的に有している問題点、さらに、難病対策との関係で生じてくる問題点とがあります。

1. 介護保険制度の一般的问题点・課題

(1) 低所得者にとって負担（介護保険料および利用時の自己負担）が大きくなるか。

介護保険を利用する場合の負担は2つあります。1つは保険料を支払うという負担、もう1つはサービスを受けるときに費用の1割を利用料として支払う負担です。第1号被保険者は、保険料を一人ひとりが払います。例えば老夫婦2人の世帯では、2人がそれぞれに保険料を納めます。この保険料は、所得を5段階に分け、その階級ごとに設定されます。

保険料は市町村ごとに条例でもって定められるの

厚生省の推定保険料

所得段階	計算方法	月額(円)
第1段階	標準額 × 0.5	1,250
第2段階	標準額 × 0.75	1,875
第3段階	標準額	2,500
第4段階	標準額 × 1.25	3,125
第5段階	標準額 × 1.5	3,750

で、現実にはこれとは変わってきます。国が定める保険の支給限度基準額以上のサービスをその市町村で提供する「上乘せ」サービス、あるいは法律で定めている項目以外のサービスを提供する「横出し」サービスも市町村として実施することができます。ただしそれを保険の給付として市町村が特別に給付するのであれば、その分保険料をたくさん徴収しなければならない、つまり上乘せ・横出しサービスを行う市町村では、保険料はもっと多くなる可能性もあります。

また生活保護世帯、老齢福祉年金を受給する世帯でも月額ながしかの保険料は納める、とされています。そのための生活保護の給付額も増額されるのですが、現在よりも負担が増えることが懸念されます。医療保険の高額療養費制度（医療費自己負担額が一定の金額を超えた場合、あとでその超過分が償還払いされる）と同様の制度が設けられ、低所得者層に対してはその上限の額が低く設定される予定です。このような方法で低所得者層に配慮すると言われていますが、低所得者で、サービスの利用の抑制が起きてしまわないかということを懸念しています。

(2) 必要なケア・サービスが、支給限度基準額以内におさまるか。

在宅サービス、居宅サービスでは、それぞれの要

介護度ごとに保険で給付される費用の限度額が設定されます。例えば要介護度の5段階目(最も重度)で、月額約30万円程の給付となり、その額を超えたサービスを利用した場合は、自己負担になります。30万円ではどの程度のサービスが受けられるでしょうか。

- (3) 制度発足時には受給資格のある要支援者・要介護者の必要に対応できるだけのサービスが整備されていないだろう。その場合の調整をどうするか。

平成5年に各市町村がつくった老人保健福祉計画で設定している目標量は、利用意向の割合が30%~40%に設定されていました。もっとたくさんの人がサービスを希望すれば、仮に計画の目標量が100%実現されたとしても、サービスは足りなくなります。現在でも市町村によってはデイサービスを受けるのに待機が必要であるところがあります。介護保険がスタートしたときにそのような市町村で、介護認定を受けて、「居宅サービスとして月額20数万円のサービスを受けられます」ということになっても、それだけのサービスを全部受けられる保証はありません。

- (4) 要介護認定の公平性、迅速性が確保されるか。
これに関しては、今モデル事業を各市町村が進めているところです。

- (5) ケアマネジメント機関(指定居宅介護支援事業者)においてもっとも効果的なサービス計画が策定できるか。当該法人のサービスに限定された、あるいは偏ったサービス計画になるのではないか。

これはケアプラン段階の問題点です。一人ひとりのサービスの受給の調整をする役割はケアマネジャー(介護支援専門員)が担います。彼らは、ケアマネジメント機関に所属します。

このケアマネジメント機関がサービスの提供機関に対して中立的である方がいいという意見があります。例えばケアマネジメントシステムを導入しているイギリスでは、ケアマネジメントを行うのは地方自治体で、実際のサービス提供を行うのは地方自治体以外の民間事業者、あるいは地方自治体などさまざまです。ケアマネジメントはお金を支払う側である地方自治体が行うという考え方で実施しているわけです。日本の介護保険では、ケアマネジメントもひとつのサービスであるという位置づけ

で、サービス提供機関にケアマネジメント機関が設置されるという傾向です。このとき、それぞれの法人に、訪問看護を行っているかどうか、デイサービスを行っているかどうか、などの点で違いがあるために、サービス計画そのものがその人にとって本当に必要な形になるのだろうか、という問題が生じます。

- (6) サービスの質は確保されるか。

サービス提供を行う主体が多様化し、民間事業者あるいは医療法人、社会福祉法人が自由にサービスに参入してくることで、競争が生まれ、サービスの質がよくなるといわれています。しかし、利用者がサービスについての情報をたくさん得られなければ、いいサービスは選べません。これでは選択による競争のメカニズムは働きません。現に、安田病院、大和川病院などの件が、最近まで存在したということは、医療保険という社会保険の中でも利用者の選択によってサービスの質が向上するというメカニズムが働かなかったことを示しています。

- (7) 第1号被保険者のうち年金からの保険料の天引きができない人、第2号被保険者のうち国保加入者から、保険料未納者・滞納者が発生するであろう。

保険料を納めていなくて介護が必要になった場合、保険料を納めない限りは、原則的には全額自己負担となります(保険料を納めた段階で9割分が返還される)。過去に保険料を払っていない期間があれば、その期間に相当する分が7割給付となります。つまり「保険料を支払っていない人に対してはペナルティーが課せられる」という制度ですが、このような方が多くなればそもそも社会保険としての意味合いを失ってしまいます。

2. 介護保険制度のもとでの難病患者的ケアの問題点・課題

- (1) 難病患者にケア・サービス提供するための制度が、「特定疾病」に含まれる疾患とそれ以外の疾患によって、また年齢によって異なる事態となる。すなわち、介護保険制度、一般の身体障害者福祉制度、それ以外の制度というように、たてわりの制度が持ち込まれることになる。

介護保険では、40歳から64歳までの第2号被保険者で保険の給付対象になる疾病、すなわち老化

に伴う要介護状態をもたらすような疾病は「特定疾病」と呼ばれます。その特定疾病に難病の一部が含まれます。しかし難病のすべてが特定疾病になるわけではないので、特定疾病に含まれない難病は、従来の難病対策として対応していく可能性が大きいのです。つまり、年齢によって受けられる制度が異なってくる可能性があります。介護保険制度、身体障害者の福祉制度、それ以外の制度というふうに、介護という点を考えても、縦割りの制度になっていくということが言えます。

現在医療費援助の対象となっている難病のうち、初老期の痴呆の中でクロイツフェルト・ヤコブ病、そしてALS（筋萎縮性側索硬化症）、パーキンソン病、脊髄小脳変性症、シャイ・ドレーガー症候群、慢性関節リウマチの中で悪性関節リウマチ、後縦靭帯骨化症、脊柱管狭窄症の中で広範脊柱管狭窄症が、特定疾病の候補として挙げられているものです。他に、痴呆をもたらす疾患、場合によっては脊髄小脳変性症や、ハンチントン舞踏病に合併するものも、特定疾病の候補として挙がっています。これは今年度末ぐらいに決定される予定です

(2) 在宅難病患者のうち重度の介護を要する人々では、支給限度基準額以内に必要なサービスをまかなうことができない事態が発生する。

在宅人工呼吸器を使用している3人の筋萎縮性側索硬化症の患者について調べてみました。

今のところ、介護報酬は発表されていませんが、推計される費用は以下のとおりです。

事例1

40歳代後半。80数歳のお母さんとご本人の2人暮らし。お母さんも股関節の疾患で足が動かず寝

たきりで褥瘡ができかけている状態。ホームヘルパーが月曜から土曜まで1日3回、日曜は2回訪問、4週間で188時間（これは私が知っている事例で一番長いホームヘルプサービスの利用です）。訪問入浴を月2回、訪問看護を2カ所の医療機関から月6回（このうちの月2回は入浴も）受けています。さらに保健所から保健婦さんが、入浴の介助として訪問、この他保健婦さんの訪問は平均して週1回です。

これで現在利用料として支払っているのは、月額3,360円です。保健婦さんの訪問は無料です。この方は重度の身体障害で、障害年金がありますが、収入が少ないために、ホームヘルプサービスは無料で利用できています。けれども、これを介護保険のもとでの基準で計算すると、約70万円になります。上限を30万円とすると、40万円が自己負担となり、この方は在宅では生活できなくなり、いやな入院を余儀なくされるのではないのでしょうか。

事例2

40歳代の女性。ご主人と子どもさんの2人暮らし。全身性障害者介護人派遣事業（月に120時間まで介護人を障害者が雇用する制度）を利用。自治体から指定された介護人へ1時間当たり1,400円（土・日、早朝・夜間・夕方は1,750円）が支払われ、そのうち本人負担額は930円。現在月額で約11万円。これ以外に近くの特別養護老人ホームヘルプサービスを週2回、訪問看護を週4回受けています。これで現在の自己負担は、月額で約13万3,680円です。一方これを介護保険のもとで算定すると、約52万円になります。

事例3

50代後半。奥さんと娘さんの2人暮らし。市の

サービス費用の算定の基準（平成9年度国庫補助などの基準による）			
ホームヘルプ・サービス（注1）			
滞在型	身体介護中心業務	2,860円	活動単位（＝1時間）あたり
	早朝・夜間など	3,570円	同上
	家事援助中心業務	2,100円	同上
	早朝・夜間など	2,620円	同上
訪問入浴サービス（注2）		15,000円	1回あたり
訪問看護サービス（注3）		5,300円	1日について（＋管理療養費（注4））

注1：平成9年度から導入された事業費補助方式による
 注2：在宅高齢者等日常生活支援事業費の一つ
 注3：老人訪問看護療養費による
 注4：管理療養費は月あたりの訪問日数によって決まり、月12日以上の場合月38,900円

ホームヘルプサービスは、月曜日から金曜までほぼ週2回、木曜日は月に1回、週で合計13時間。訪問入浴を週1回、訪問看護を週3回受けています。夜間はアルバイトを、さらに土・日は家政婦を私的に雇用しています。この私的の雇用で月額16万円を支払っています。公的なサービスだけを介護保険のもとでの費用として計算すると、月額で31万円となります。現在既に16万円を自己負担しているので、それを合わせると約50万円となります。在宅人工呼吸器を使用する方の社会的なサービスを換算すると、月額で50万円から70万円ぐらひは必要だということがわかります。

- (3) これまで難病患者（特に神経難病）のケアマネジメントを保健所で対応してきたが、保健所がケアマネジメント機関（居宅介護支援事業者）の指定を受けることが可能か。指定を受けないとすると、難病患者のケアにおける保健所の役割を組み替えることが必要となる。

これまで難病患者（特に神経難病）のケアマネジメント（公衆衛生の領域ではケアコーディネーションと呼ばれてきた）は、都道府県の機関である保健所で対応してきました。しかし市町村が主体の介護保険制度のもとでは、保健所がこの居宅介護支援事業者の指定を受けるのは難しいでしょう。さらに、居宅介護支援事業者に指定されると、そこには介護報酬を支払います。介護報酬で人件費などをまかなっていくとなれば、独立会計にする必要があります。これは医療保険の中でも、国民健康保険の診療所、市町村立の病院が独立会計であるのと同じです。この点からも、保健所がケアマネジメント機関として指定を受けるという事は非現実的です。この場合に神経難病患者のケアマネジメントはどこで担っていくのかという課題が発生します。

もちろんケアマネジメント機関でなければケアプランをつくれぬというわけではありません。ケアプランは患者自身がつくってもいいことになっています。ただ、プランに関する情報を集めて、ケアプランを自分で作り、自分の足で市町村に届ける労力は患者さんにとっては大変なものですし、またそれまで受けるサービスは自己負担です（ただし、償還払い制度はあります）。

しかし、指定を受けたケアマネジメント機関であれば、利用者に代わって市町村にケアプランを提出してくれるので、患者にとっては便利です。保健婦さんがケアプランをつくって、市町村に提出する

ことが認められればと思います。

平成6年度の資料では、大阪府全体で、保健所からの訪問対象の実人員は2,639人、延べの訪問回数は8,391回でした。このうち神経難病の方へは、6,245回（73.5%）です。ここで言う神経難病のうち多発性硬化症、重症筋無力症、スモンは特定疾病（介護保険の給付対象）に含まれていませんが、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、パーキンソン病、後縦靱帯骨化症、ハンチントン舞蹈病、シャイ・ドレーガー症候群らはいずれも介護保険の対象になる予定です。

この中で訪問回数が多いのは、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、パーキンソン病です。この3つの疾患で全神経難病の約8割、特定疾患全体の約6割を占めています。年間で1人当たり、筋萎縮性側索硬化症は7.3回、脊髄小脳変性症は3.8回、パーキンソン病は3.1回訪問していることとなります。言いかえれば、これらの疾患のケアコーディネーションについては、これまで保健所の保健婦さんが担ってきたということです。

- (4) 介護保険の居宅サービスの給付の中には医学的管理として「居宅療養管理指導」が含まれている。しかし、一般に在宅難病患者は居宅療養管理指導に収まらない医療の給付が必要となるだろう。介護給付と医療給付の並存がどの程度可能か。また、入院が必要な場合には介護施設ではなく病院への入院が必要となることが多いが、その場合、介護給付と医療給付の間の移行は円滑に行われるか。

居宅療養管理指導の中身、あるいは介護給付と医療給付の関係については今のところ明確にはされていません。

3. 終わりに

介護保険ができることを初めて聞いたとき、この制度によって難病患者さんの介護がより一元的なシステムのもとで包括的になるのではないかと期待を抱いていました。しかし制度が具体化していくにつれ、今挙げたような問題点が見えるようになってきました。介護保険制度は、現状の介護サービスを改善するために導入しようとしているものですから、これによってサービスのレベルが下がっては、本末転倒です。それを避けるための方策を考えていく必要があります。

パネルディスカッション



司 会：大阪府立大学社会福祉学部 黒田 研二 先生
出席者：大阪府福祉部福祉政策課介護保険準備室 井上 博司
大阪府保健衛生部保健予防課特定疾患係 木場 康文

黒 田：行政のご担当の方にお集まりいただいたこの機会に、介護保険に関して会場からのご質問に具体的にお答えしたいと思います。

質問 1

「介護保険によるサービスを受けた場合、保健所からの訪問指導サービスの提供など、重複したサービスは受けられなくなるのか。」

井 上：これは、要介護高齢者にかかわらず提供されているので、併給調整は恐らく行われません。今までどおりのサービスを受けられます。

黒 田：保健所の保健婦の訪問は老人保健法の訪問指導とは違います。介護保険を受給している人に保健所の保健婦が訪問することは日常的に行われると考えていいでしょう。ただ、大阪市や堺市などの政令市の場合は、保健婦の訪問を老人保健法の訪問指導事業にカウントしています。このとき、保健所や市町村の保健センタ

一の保健婦が介護保険を受給している人に自由に訪問できるでしょうか。

井 上：公的介護サービスに分類される訪問指導は訪問看護には当たらないので、保健婦さんの訪問は可能です。

質問 2

「平成 12 年サービス開始に向けて、サービス体制が整えられるのかどうか。ハード面もさることながら、マンパワーの確保は質の点からもかなり深刻な時間不足ではないか。市町村の事業ではあるが、府としてどのような見通しがあるのか。」

井 上：「ふれあいおおさか高齢者計画」の中で、ホームヘルプサービス訪問回数の面での進捗率は非常に悪いです。ただ、マンパワーの養成面では、ある程度の人数が確保されていると私は高齢保健福祉室の方から聞いています。それが訪問回数の伸びに結びついていないのは、

市町村において具体的なニーズとうまくマッチングしていないからではないかと考えられます。今のうちに一定のニーズを掘り起こしておいて、介護保険制度への移行によって新たな潜在層が顕在化してきた場合に対応していけるようにすることも必要です。現行計画の達成を目的に、市町村に対しては鋭意計画達成に向けた取り組みを強めるように、強く指導しています。

また介護保険制度においては在宅を重視していくという考え方から、在宅サービス基盤の整備については目標数を超えた場合でも、積極的に国庫協議に上げて、補助金をもらうというスタンスで府としては臨んでいます。ただあくまで主体は市町村です。市町村から協議を上げて、府としてそれを受けて、国庫協議に上げていくという形です。

質問 3

「保険料を滞納するあるいは未納である人がサービスを十分受けられなくなれば、在宅での生活は難しくなる。見て見ぬふりはできない事態が発生する可能性が出てくるのではないか。」

井 上：日本の保険制度は、国民が財源を持ち寄って、公費が半分入るといって、公助と共助を組み合わせ成り立っています。滞納・未納をできるだけ発生させないために、ペナルティー措置がこの制度の中には入ってきています。給付と負担の原則から保険料はちゃんと払ってほしい。ただどうしても払えない人、例えば生活保護世帯の65歳以上の方などには、生活扶助の中に保険料をのせる、そしてまた利用の際は介護扶助として扶助費を別に渡すこと、などが考えられています。社会保障制度トータルとしては、お金がないから介護保険が利用できないというような形には基本的にはなっていません。ただ生活保護を受給することに対する抵抗感が現に存在することを考えると、難しい問題です。

質問 4

「難病で身体障害者手帳を持っている人がいるが、介護保険のサービスとの絡みはどうなるのか。」

「ALSの人や、在宅酸素療法の人介護保険でとなると、費用がかさみ、居宅サービスどころではないと思う。これらは医療なのではないか。」

井 上：ともに難病と介護保険サービスとの関係についての質問ですが、これについては、同一のサービスメニューは併給できないのが原則です。つまり、同じサービスが介護保険と障害者サービスから提供されるということはありません。基本的には介護保険を優先させていきます。ただ、同じように見えるデイサービスでも、サービスの内容を細かく見ていくと、障害者施策と介護保険で微妙に違うので、どこまでを同一サービスと考えるかということについては、まだ整理しきれていません。

黒 田：介護保険は本人が申請しなければ、サービスは提供されないのだから、申請しないという選択をすることはできるでしょう。つまり介護保険のサービスを受給せずに、身体障害者手帳を持ち、身体障害者福祉サービスを受給するということです。そういう権利は選択はできますか。

井 上：確定的なことは言えませんが、恐らく障害施設施策担当窓口の方で介護保険への誘導を行うと思います。

黒 田：介護保険で設定される費用限度額に収まる人であれば、介護保険を利用の方が市町村の財政負担も少なく済むし、同じあるいは現状以上のサービスを利用できるから、介護保険に誘導されて当然です。私が心配しているのは、ALSのような方です。講演の中でも述べましたが、今まで週53時間のホームヘルプサービスを受けていたのに、同じ費用だと、介護保険ではこの半分ぐらいしか受けられなくなります。残りのホームヘルプにかかる費用40万円

が自己負担となれば、これは介護保険そのものの矛盾です。これを回避するためには、併給を認めるとというのが1つの選択肢ではないでしょうか。2つ目の選択肢は、介護保険のサービスを受給せずに、従来のサービスを継続することです。3つ目は、介護保険で提供するサービスの支給限度額は、市町村が独自に条例で設定できることになっているので、国の基準ではなくて、市町村が上乘せサービスとして介護保険からサービスを提供していくことです。ただし、事前に条例で費用の限度額を設定しておくことになっているでしょうから、これはありえないでしょう。結論的には、有効な手だてがないということになりますか。

井 上：70万6,680円かかるという話であれば（現実にはバランス上難しいですが）、市町村の条例で上限を伸ばし、介護保険の中に組み込んだとしても、7万円の自己負担は出てきます。先ほどの低所得者対策との絡みもありますが、高額介護サービス費でどの程度の調整が図られるかどうかにかかってくると思います。

木 場：介護保険でまかなえない特定疾患患者をどうケアするかというのは我々の課題です。市に難病対策の充実を要望して下さい。申し出て下さい。難病対策として、今でもショートステイのような制度はあります。それを市町村が実施するかどうかはわかりませんが、難病に関しては府から市町村への補助等もあり、それを実施するかどうかは市町村の判断となります。市町村が実施主体となる介護保険であれば当然本人が申請しないとだれも訪問しませんが、府が主体となる難病対策では、行政の保健婦が訪問をします。行政の保健婦が対象者を訪問したときに、彼らの状況を見て、介護保険のメリットなどの助言ができます。介護保険は純粋に民間で行われますので、反対に行政としての役割が浮かび上がるでしょう。

黒 田：つまり、そういう問題を解決していくのは都道府県の難病対策としての課題だが、実

際は市町村段階の対応に委ねてしまうということですか。介護保険のサービスか、難病施策のサービスか、ということは、実際サービスを受ける側にすれば、関係ありません。介護保険は平成12年の4月に始まります。難病という分野で既にある問題について、国が現在どの程度対策を立てているのか、府がどの程度のことを考えているのかということをお聞きしたいと思います。

木 場：私も、難病対策のサービスとして提供される方が患者さんにとっていいのではないかということをお話ししました。国の方でも難病患者さんに介護保険が導入されて、あまりにも負担が生じるようなことがないように、具体的にどうするかというのはまだ決まっていませんが、当然考慮をしていただかないと困ります。

大阪府としては、介護保険があろうとなかろうと、難病対策として在宅療養を支援するという立場で、やっていきたいと思っています。

ただ1点、実はスモンの会さんと協力して、実際に在宅療養者がどれだけ福祉サービスを受けているかということ进行调查しました。するとそういう困難な人ほど市町村福祉サービスをほとんど受けていないという実態がありました。特定疾病の中の特定疾患の方についても実態を明らかにして、介護保険の中でそのギャップを埋めることができないのであれば、難病対策として埋めていくように国に要望していきます。

黒 田：今スモンの会で調査したとおっしゃいましたが、スモンの方は、パーキンソン病や筋萎縮性側索硬化症に比べると比較的状态が安定している方が多いです。むしろ介護保険制度にのりやすい方でしょう。従って難病問題の検討を国に要望するのであれば、筋萎縮性側索硬化症あるいはパーキンソン病で働きかけていただきたいと思います。

質問 5

「介護保険制度の問題点、課題がまとめて報告されたが、これらの問題は介護保険制度を考えるにあたり、ある程度予測されたものだと思う。介護保険制度の中でどう対応していくのか、井上室長代理のお考えを聞かせてほしい。」

井 上：私どもが愚痴を言っても仕方ありませんが、本来は立法過程の中で議論・解決されるべき問題ではないかというのが、都道府県の立場としての答えです。ただ解決あるいは改善の余地があるものについては、大阪府として市町村と共に制度的な配慮あるいは措置を府からも要望しています。特に低所得者対策の改善については最重要要望という位置づけをしています。

質問 6

「介護保険を受けられる人が対象者の約1割という話を聞いている。65歳以上の対象者が24～25%を超える高知県では、1人当たり5千円前後の保険料が必要だという話もある。保険を掛け続けたにもかかわらず、サービスの対象になれなかった場合、どうなるのか。本当に議論は尽くされているのだろうか。納得がいかない。」

黒 田：先にこの保険制度成立の流れについて説明します。日本で介護保険が政策課題として一般の国民に提示されたのは平成6年2月（細川内閣）のことです。「21世紀福祉ビジョン」と呼ばれましたが、その中で「ゴールドプランの見直しが必要だ」という提言がありました。平成6年の12月に、見直した形の「新ゴールドプラン」を打ち出し、同時に厚生省から「高齢者介護自立支援システム研究会報告」が出されて、その中に新しい社会保険をつかって介護の保障をしていくというアイデアが書き込まれました。これが介護保険の始まりです。

ドイツの介護保険には20年にわたる議論が積み重ねられましたが、それに比べると日本の

介護保険のアイデアが出されて、制度化されるまでの期間は短い。それだけに拙速的な制度になっているという感じもします。

質問にあげられている高知県は現在日本で最も医療費が高い県の一つです。そして老人病院に社会的入院している老人の数が多いとされている県です。老人病院が今後介護施設になっていくのであれば、このような県では、要介護者の中で介護施設に入所する人の割合が他の都道府県に比べてかなり高くなります。そのために介護保険費用が高くなるという事態が生じるのではないのでしょうか。

井 上：65歳以上の中でも対象者が24～25%という数字は、全国平均から10%ぐらい高いです。75歳以上の方の比率がまた一段と高くなっていく可能性もあります。ただ保険料だけについて言えば、高齢者が多いからといって必ずしも保険料が高くなるわけではありません。高齢者の中で要介護率の高い人が多ければ、介護サービスにかかる保険料が高くなり、それが一人あたりの保険料に跳ね返ってきます。例えば、65歳以上の高齢者の中でも75歳以上の後期高齢者率が非常に高いケースです。パンフレットにもありますが、公費50%の内訳は国が25%、都道府県・市町村が12.5%ずつですが、この国の25%のうちの5%は調整交付金扱いとなっています。これは後期高齢者率が非常に高く、保険料が割高になることが予測される自治体に対して支払われるものです。反対に後期高齢者率が低い市町村については25%が減額されます。±5%の範囲内で傾斜配分をかけます。このようにして、第1号被保険者保険料の地域的な格差が生じないようにしていく予定であると聞いています。

質問 7

「介護保険導入に際して一番心配なことは、医療的な問題。難病患者の場合、専門的な医療管理が必要な人が多い、また医療とのかかわりによって介護内容が変わっていく場合も多い、そして、パーキンソン病など治療によりADLが大きく変わってくる疾患もある。このような状況で本当に適切なケアプランが作成できるのかどうか。さらに要介護認定を頻繁にやり直さなければならぬケースもありうると思うが、これについてはどう考えるのか。」

「特定疾患患者のケアプラン策定には保健婦がケアマネージメント機関のケアマネージャーを積極的にサポートし、プランを共に立てる態勢になるように、これから関係機関に働きかけていったらいいと思うがどうか。」

黒 田：どちらもケアプラン策定に関する質問です。先ほどから指摘されているように、難病の場合、介護保険のサービスだけでは収まらない部分があります。重要なのは医療です。医療的な配慮がケアプランをつくっていく上でも欠かせません。またホームヘルプや訪問看護のような介護保険の給付サービスに含まれているものでも支給限度額に収まらないこともあります。

これらについて上乘せサービス、あるいは介護保険の給付と異なる医療の専門的サービスが必要になってくるとなれば、介護保険の枠組みに収まらないケアプランを考えていく必要もあるのではないのでしょうか。そして介護保険制度で指定されるケアマネージメント機関だけではなく、保健所もケアマネージメント機関とタイアップしながらケアプランをつくっていく、あるいはモニタリングを行っていくということが必要なのではないのでしょうか。

井 上：保健所の技術的・専門的機能の中に読み込んでいくという解釈であればいいのではないかと思います。

木 場：保健婦さんは、その人の健康づくりから、療養の分野までいろんな角度から見ていきますので、その中で医療環境が困難な方や介護がか

なり必要な方については、個々に相談に応じて、介護保険サービスと十分連携を取ってマネージメントをしていくというのは当然だと思います。

黒 田：そういう意味では介護保険制度が導入されても、保健所における難病患者に対する支援活動の意義というのは変わらない。あるいはむしろ介護保険制度のもとで、より有効な支援を組み立てていくために、保健所の保健婦の役割がより重要になっていくということですか。

木 場：例えば、かかりつけ医というのが介護保険制度の一つにあります。在宅で人工呼吸器を使用する方は、今のところ、各保健所で地元の医師会と相談して、往診してもらっています。ただ、その地元の医師会から来てもらうためには、もしものときには専門の病院が助けてくれるという保証があることが条件とされることも多いのが実態です。介護保険が導入されても、かなり医療が難しい部分であれば、専門病院やかかりつけ医の調整が必要ですし、そこで保健所が大きな役割を果たすことになるでしょう。

黒 田：保健所がケアマネージメント機関に指定されるということは可能性としてありませんか。

井 上：全くないとは言えないと思います。ただ、専任職員の必要の問題あるいは介護保険取り扱い機関としての会計の分離などの条件、また保健所の本来の役割と一致していくものなのか、などの問題はあります。

黒 田：政令市の保健所がケアマネージメント機関として指定される可能性は都道府県の保健所より高いのではないかと思います。大阪市としては検討していないということです。保健所は介護保険制度のケアマネージメント機関という役割とは別に、難病患者の方への支援をしながら一定の役割を担っていくということになるだろうと思います。

会場からの質問は以上ですが、他にございますか。

井 上：黒田先生の講演の中で指摘のあった要介護認定の公平性、迅速性の確保については広域的な仕組みが必要だろうと、国レベルでも言われています。現に3,250の市町村のうち1,170～1,180が認定審査会の共同設置を行う方向で動いています。公平性がそれで確保できるのかどうかは断言できませんが、認定水準をできるだけ近隣でそろえていくような動きが現実にあります。

黒 田：例えば人口10万の市町村では、最低2チームの認定審査会が必要になるでしょう。ただ市町村の範囲を超えた広域でこの介護認定審査会をつくると、迅速性という点で問題が生じてきませんか。

井 上：町村では、ドクターの数が3～4人というところもあります。むしろある程度の数を確保するために、大きなところにくっついてやっていく方が良いという考え方が一般的です。

ま と め

黒 田：介護保険が導入された場合に、介護保険の給付とは別に保健所からの保健婦の訪問指導あるいは保健所の難病対策があります。難病の場合には、介護が必要な場合でも、一方で医療に配慮したケアプランが必要です。介護サービスそのものの需要が介護保険には収まらない可能性もあります。これらの問題に対応していくためにも、介護保険の枠組みだけではなく、外側からの保健所による難病患者への対応が必要になってくるでしょう。

また、介護保険の特定疾病に指定されて介護保険からサービスが給付される人、それからそれ以外の難病患者で、しかも身体障害者手帳を持っていて、身体障害者福祉制度を利用できる人、あるいは身体障害者手帳を持たないで、難病対策としての居宅生活支援事業を受ける人などいろいろなケースが予測されます。これらが縦割りの制度で別個のものにならないように、保健・医療・福祉の全体を見渡すことのできる機関が必要になってきます。その重要な役割の

担うのは保健所ではないでしょうか。介護保険制度が発足するのは平成12年4月ですが、5年後に制度の見直しを図ることになっています。市町村レベルでの介護保険事業計画も3年ごとに見直されます。そのような計画に現状の問題点をフィードバックさせて、問題解決に努めるのも、保健所の役割です。

介護保険の給付対象になる特定疾病に該当する難病の患者さんに対しては、介護保険の給付だけでは対応できない面が出てくるかもしれないが、それについては難病対策として対応できるように国に働きかけていきます、という内容が、木場係長の発言にありました。そういう動きをつくっていくための基本的な資料は、今日お集まりの皆さんが一番身近に持っているはずで、皆さんの視点からのかかわりが非常に重要だということを強調したいと思います。

井 上：今日は本当に有意義な時間を過ごさせていただきまして、ありがとうございました。

本日指摘された問題点は、既に制度に内在するものです。財政面に関しては、都道府県あるいは市町村レベルで解決していくのは非常に厳しい状況です。矛盾を拡大させるような可能性があるものについては、問題を極めて早期に、かつ的確に把握して、制度上の措置が決定する前に引き続き、府県として、そして市町村と組んで、あるいは全国知事会レベルで積極的に国に対して提言していくべきであると感じています。

皆さんのほうから提案があれば、ぜひ担当課を通じて、あるいは私どもに直接、ご提言いただければ大変ありがたいと思います。よろしく願いいたします。

木 場：難病については保健所の皆さんをはじめとして、大阪府がかなり全国をリードしてきたと思っています。今後も問題点をはっきりと提言していきたいと思っています。黒田先生のおっしゃったとおり、皆様のご協力をいただいて、患者さんにとっていい形にしていきたいと思っていますので、これからもよろしく願いいたします。

大阪難病医療情報センター

〒558-0056 大阪市住吉区万代東3丁目1-56
(大阪府立病院内)

TEL: 06-694-8816 FAX: 06-608-8416

財団法人 大阪難病研究財団

〒558-0011 大阪市住吉区苅田9丁目14-25

TEL: 06-609-2260 FAX: 06-692-8571
