

第10回「今後の難病対策」関西勉強会 報 告 書

〈テーマ〉

「診療報酬・介護報酬の同時改訂に向けた動き」

一部 「最近の難病対策の動向」

二部 「診療報酬・介護報酬の同時改訂に向けた動き」

〔開催日時〕 2011年7月17日（日）

13：15～16：30

〔開催会場〕 ラクトスポーツプラザ

コミュニティールーム

「今後の難病対策」関西勉強会 実行委員会
（平成23年9月19日報告）

第 10 回「今後の難病対策」勉強会 参加者一覧

〔勉強会参加者〕 合計 16 名

〔特定疾患治療研究事業に該当する疾患の方々〕（計 11 名）

- ・ 膠原病関連 2 名（SLE 1 名、混合性結合組織病 1 名）
- ・ パーキンソン病 2 名
- ・ 多発性硬化症 2 名
- ・ 間脳下垂体機能障害 2 名
- ・ IBD 1 名
- ・ ALS 1 名
- ・ 重症筋無力症 1 名

〔研究奨励分野〕（計 2 名）

- ・ 遠位型ミオパチー 1 名
- ・ フォン・ヒッペルリンドウ（VHL）病 1 名

〔難病施策外の方〕（計 3 名）

- ・ ターナー症候群 1 名
- ・ 原発性低リン酸血症性くる病 1 名
- ・ 稀少がん患者（悪性リンパ腫） 1 名

◎都道府県別

- ・ 大阪府 8 名
- ・ 京都府 6 名
- ・ 滋賀県 2 名

2011年7月17日

第10回「今後の難病対策」関西勉強会の開催にあたって

「今後の難病対策」関西勉強会 実行委員長

京都IBD友の会会長 藤原 勝

昨日の京都市の最高気温は36.7℃と、ほぼ体温ぐらいまで上がりました。また京田辺市では37度を超えたということで、非常に暑い日が続いています。本日、京都では祇園祭が開催されていますが、我々は暑かろうが寒かろうがお祭りであろうが、勉強を続けるということです。

この勉強会は誰かに強制されたわけでもなく、本当に難病対策を良くしたいという方々が自主的に集まって、今回で第10回まで続いてきました。その意味で非常に貴重なものではないかと思います。また勉強だけではなく、関西を中心に地域や疾患の違いを横断的に超えて、人と人のネットワークを作っているのが、この関西勉強会ではないかと思います。

それでは、本日もよろしくお願いいたします。

関西勉強会実行委員会より

「今後の難病対策」関西勉強会は、現在15名の実行委員で企画・運営を行っております。今後も実行委員になっていただける方を募集しておりますので、よろしくお願いいたします。またホームページもご参考ください。

〔ホームページのアドレス〕

<http://hp.kanshin-hiroba.jp/kansaistart/pc/>

一部 「最近の難病対策の動向」

1、障害者基本法の改正案について

東日本大震災の影響でしばらく止まっていた障害や医療関連の政策が再び動き出しました。4月22日、政府は「障害者基本法の改正案」を国会に提出、6月16日の衆議院本会議において全会一致で可決され参議院に送られました。同法案は、障害者施策の理念や障害の定義などの基本を定めるものです。今回の改正は、国連の障害者権利条約批准に向けて国内法整備の“第一歩”と位置づけられました。(障害者基本法改正法は8月5日公布されました)

現行法では、障害を「身体障害」「知的障害」「精神障害」の3障害に限定していることや「障害」の固定が条件であることから、一部の内部障害を除いて、難病は障害の枠から外されています。そのため患者団体では、同法が改正されるなかで特に「障害」の定義について注目してきました。

今回の改正では「障害の定義」について、現行の3障害に加えて「その他の障害」として社会的障壁が追加されました。社会的障壁とは、病気などのハンディを持つ人の社会参加を拒む社会状況によって障害がうみだされる、という考え方です。

障害者権利条約では、障害のない人と同様の権利を保障し基本的自由を行使するための「合理的配慮」を行わないのは差別に当たる、と明確に規定されています。

今回の改正では、障害者団体や患者団体の運動により、現行の基本法を一定程度は前進させることになりました。難病も「その他の障害」として、一応は障害のなかに入れる器はできました。しかし障害の列举方式は温存されているため、基本法が改正されたからといっても、待っていれば難病が全般的に障害に含まれていくわけではありません。また、今回の基本法の改正では、他の関連法は一切変わっていません。

一方、障害当事者が多数参加して抜本改正を議論してきた「障がい者制度改革推進会議」の議論が十分に反映されたとは言えず、障害者権利条約の趣旨を徹底させるという点では中途半端なものになりました。

【参考】

NPO法人京都難病連第1回定期総会

「どうなる障害者権利条約と新しい福祉制度」

立命館大学 峰島厚教授の講演録より

障害者基本法は条文で、分野別とか理念でけっこう良い文書が入りました。基本的な人権といった言葉が入りました。それから障害の概念でも社会的障壁があります。医学的に体がおかしいことを理由に差別されたとか苦勞を強いられているという社会的な障壁も障害のなかに含まれるとして入

りました。

その意味では難病の人たちが障害者関係の法律に入る理念としては、その器はできました。しかも、分野としても司法やいろいろなところに広がっていきました。しかし、普通はある法律を出したとき、重要な変更があれば他の法律も変えなければなりません。ですが、この法律を4月22日に内閣が国会に出したときは、これに伴って変える法律は一つも出てきません。だから、この法律が通っても他の法律は一切変える必要がないと判断したわけです。

どういうことかと言うと、理念などで良い言葉は入っているのですが、よくよく見ると行政はこれをしなければならぬとして行政を拘束している文書は一つも増えていません。まるっきり今までと変わりありません。これが現実です。だから、この法律が国会を通るために予算は一銭も出していない。この法律が通ってもお金を出す必要がないという判断なのです。しかも新たな分野が加わり、お金をかけずに他の法律もいじらずに権利条約に批准できるのです。

難病の人たちが障害者基本法に入ることでは、障害と社会的障壁が入りましたので、障害の機能がどれぐらいかという問題と医療費の負担がたいへんだということで、これは社会的障壁に入るわけです。障害のなかに入るわけですが、しかし、もう一方で言うと障害を増やすときに、その他の心身の機能障害という項目で入れまし

た。だから難病の人がいっぺんに全部組み込まれるということではありません。

例えば昨年、肝機能障害の人が新たに身体障害者手帳に加わりましたね。心身の機能障害を追加するという形でした。障害と社会的障壁ということで広がったわけですが、しかしそれを具体的に増やすときは、その他の機能障害で一つひとつ増やさないといけません。だから身体障害者福祉法をべらぼうに一つずつ増やしていくということです。みなさんはそれぞれ障害があるということで実際に名称も付いているわけですが、これを一つずつ加えていくのを列举方式といいます。これは温存しました。

したがって全般的に言いますと、障害者基本法で障害の定義あるいは概念自体は広がりました。広がったからといってその人が障害福祉サービスを使えるような手立ては一切取っていないし、国の拘束力もつくられていないのが今回の基本法の改定案です。

しかもそれでもって権利条約が批准できるだけの分野は網羅されました。こうやって考えると基本法が通っても、難病の人たちが障害サービスを使えるように広がっていくようにはならないということです。向こうはその気は一切ありません。昨年、肝機能の人がかかわったような形で機能の障害を一つひとつ加えていく以外にないということが現実的になってきています。その意味では引き続き運動が必要だろうということです。それから自立支援法を廃止

して総合的な福祉法をつくる取り組みについては、ここであらためて基本法をもう一度見直せという形で取り決めをしながら総合福祉法をどうつくらせるかということが重要になります。

(以上、峰島教授の講演録より)

〔参考〕障害者基本法改正法（第2条）

◎障害の定義

第二条 この法律において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- 一 障害者：身体障害、知的障害、精神障害その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）がある者であつて、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。
- 二 社会的障壁：障害がある者にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものをいう。

2、高額療養費の見直しの動向

特定疾患に指定されている難病などは医療費の助成が受けられますが、それ以外の難病や長期慢性疾患では、毎月高額な医療費自己負担を長期にわたり払い続けなければなりません。そのため、日本難病・疾病団体協議会では、高額療養費の見直しなど

により、現行の患者負担の引き下げを要望してきました。

高額療養費の見直しには財源が必要ですが、6月30日に「社会保障改革に関する集中検討会議」において政府が合意した内容をみると、「2010年代半ばまでに消費税率を段階的に10%に引き上げる」という方針が盛り込まれています。ただし、引き上げられる消費税の5%のうち、社会保障にまわるのは1%だけとなっています。よって消費税は上がる方向なのですが、社会保障費の自然増も考え合わせると、社会保障費はさらに抑制していかなければならない状況にあります。

高額療養費に関係して政府の「社会保障改革に関する集中検討会議」が具体案を提示しましたが、それによると現役世代で3割となっている窓口負担に上乗せして「定額負担」を求め、その財源を高額療養費の充実にまわすというものです。受診時の上乗せ金額は、1回あたり100～200円程度を求める案があります。

難病や長期慢性疾患を持つ人が高額な医療費を長期に払い続けることは大きな社会問題です。しかし、国がその対策として患者全体に新たな負担増を求めては、結局は受診抑制を広げることになりかねます。

また、いったんこういった制度が導入されれば、次第に患者負担が増額され、最終的には医療保険制度の崩壊につながるものが懸念されます。

最近の難病対策に関する動き	
2011 年 3 月 27 日	<p>第 9 回「今後の難病対策」関西勉強会</p> <p>会場：エルおおさか 南 103 号室（南館 10 階） （大阪市中央区北浜東 3-14）</p> <p>テーマ：災害時の対策や今後の要望・課題などについて意見交換</p>
3 月 28 日	<p>J P A が東日本大震災における緊急要望書の提出</p> <p>日本難病・疾病団体協議会は、東日本大震災およびその後の災害における要援護者（高齢者、障害者、難病・長期慢性・小児慢性疾患患者、妊婦、乳幼児等）への対応についての緊急要望書を管総理大臣及び細川厚労大臣提出した。</p>
3 月 29 日	<p>民主党障がい者政策 P T ・難病対策 W T 合同会議の開催</p> <p>民主党障がい者政策 P T ・難病対策 W T 合同会議が 3 月 2 9 日朝に開かれ、J P A から坂本常務理事と水谷が出席した。</p> <p>民主党が「復旧・復興特別立法チーム」による震災対策についての特別立法を検討するなかで、同党厚生労働部門会議（座長＝石毛えい子）による意見とりまとめの前に、患者、障害者団体からの意見を聞くために開かれたもの。</p>
4 月 18 日	<p>第 3 回障がい者制度改革推進会議 差別禁止部会の開催</p> <p>〔主要議題〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・差別禁止に関する諸外国の法制度について（ヒアリング） アメリカの障害者差別禁止法制 ドイツの障害者差別禁止法制 ・その他
4 月 18 日	<p>第 3 1 回障がい者制度改革推進会議</p> <p>3 月 1 1 日の第 3 回障がい者制度改革推進本部で了承された障害者基本法の改定案が示された。</p> <p>しかし、出席者から「手話を言語として盛り込んだことや推進体制の権限が強化された点は評価できるが、推進会議でまとめた第 2 次意見の内容とは大きな乖離がある」といった批判があった。</p> <p>〔主要議題〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害者基本法の改正について ・その他

最近の難病対策に関する動き（つづき）	
4 月 22 日	<p>障害者基本法改正（案）が閣議決定される 5 月中旬頃に衆議院内閣委員会において審議が始まる予定。</p>
4 月 22 日	<p>「障害者基本法の一部を改正する法律案」が内閣府から国会に提出される 第 177 通常国会に、「障害者基本法の一部を改正する法律案」が提出された。所管部局は、政策統括官（共生社会政策担当）。</p>
4 月 25 日	<p>第 21 回民主党障がい者政策 P T の開催 参議院議員会館会議室にて、民主党障がい者政策 P T（第 21 回）が開かれ、同 P T が 4 月はじめに提言した東日本大震災において被災した障害者・難病患者に関する特別立法および第一次補正予算の提言についての、厚生労働省のヒアリングが行われた。このヒアリングには、当事者団体として傍聴席には、J D F（日本障害フォーラム）および J P A（日本難病・疾病団体協議会）の 2 団体が招かれた。</p>
4 月 26 日	<p>第 13 回障がい者制度改革推進会議総合福祉部会の開催 〔主要議題〕 ・報告事項（部会作業チーム・合同作業チームの検討について）</p>
5 月 13 日	<p>第 4 回障がい者制度改革推進会議差別禁止部会の開催 〔主要議題〕 ・差別禁止に関する諸外国の法制度について（ヒアリング） イギリスの障害者差別禁止法制 韓国の障害者差別禁止法制 ・その他</p>
5 月 18 日	<p>窓口負担と別に上乗せ徴収検討厚労省の医療・介護改革策 5 月 18 日、社会保障と税の一体改革で、厚生労働省の医療・介護改革の具体策が明らかになった。 そのなかで難病や長期慢性疾患で高額な医療費を必要とする患者の負担軽減のため、受診時の窓口負担とは別に一定額の料金を上乗せ徴収する「定額負担」の導入を検討する、としている。 また、民主党の「社会保障と税の抜本改革調査会」（会長・仙谷由人代表代行）も同様の制度の導入を目指しており、政府では、すべての外来患者で 100 円程度の上乗せが浮上している。 厚労省は、医療の高度化に伴う医療費の増加で国民皆保険の維持は困難として、新たな財政措置も含めた制度改革は不可欠だと強調している。</p>

最近の難病対策に関する動き（つづき）	
5 月 18 日 （つづき）	そして、新たな公費投入を検討し、国民健康保険の低所得者対策や財政基盤安定化を行う一方で、高額療養費制度では、難病や長期慢性疾患患者の負担減現の仕組みを設けるため、その財源として外来患者から別料金を徴収する方針。
5 月 23 日	第 3 2 回障がい者制度改革推進会議 〔主要議題〕 <ul style="list-style-type: none"> ・ 災害と障害者について ・ その他
5 月 29 日	第 7 回日本難病・疾病団体協議会総会及び一般社団法人日本難病・疾病団体協議会設立総会 東京ファッションタウンビル研修室において第 7 回日本難病・疾病団体協議会総会及び一般社団法人日本難病・疾病団体協議会設立総会が開催された。 今回は盛りだくさんの内容で、主催者あいさつの後、東日本大震災・被災地からの特別報告があり東北 4 県の難病団体から被災地の状況や難病患者の実態などが発表された。 活動報告では、2010 年度の方針に沿って組織活動の改革と事務局体制の強化のもと、専従事務局体制の確立、事務局の移転を行い、法人化の検討が進められてきたこと。そして、▽第 1 回難病・慢性疾患全国大フォーラムの成功や難病対策委員会、▽障害者制度改革推進会議・総合福祉部会への参画、▽難病に関する 2 つの実態調査の実施、高額療養費制度の見直し、▽研究予算確保の取り組み、▽国会請願への取り組みなどが報告された。 2011 年度事業計画は、従来の要求羅列型の方針を改め“安心安全の社会づくりに患者団体としての役割を果たそう”という大きな目的を掲げ、そのなかで私たちが目指すべき医療制度、難病対策、新しい障害者施策などが提言された。 続いて、一般社団法人日本難病・疾病団体協議会設立総会が開催され、理事ならびに監事の選任などが行われた。
5 月 30 日	2011 JPA 国会請願 会場：衆議院第 1 議員会館会議室（請願集会） 署名数：90 万 2000 筆
5 月 31 日	第 1 4 回障がい者制度改革推進会議総合福祉部会の開催 〔主要議題〕 <ul style="list-style-type: none"> ・ 報告事項（部会作業チーム・合同作業チームの検討について）

最近の難病対策に関する動き（つづき）	
6 月 10 日	第 5 回障がい者制度改革推進会議 差別禁止部会の開催 〔主要議題〕 <ul style="list-style-type: none"> ・ 差別禁止に関する諸外国の法制度について（ヒアリング） ・ 差別禁止法制の必要性等の論点について ・ その他
6 月 16 日	障害者基本法改正案が衆議院本会議で可決 衆院本会議は 6 月 16 日、障害者が裁判を受けたり選挙で投票したりする際、意思疎通のための手話通訳者を置くことなどを求める障害者基本法改正案を全会一致で可決、参議院に送付された。同法案をめぐっては、「私たちのことを抜きに私たちのことを決めるな」をスローガンに運動を展開してきた当事者の声が十分に反映されたとは言えないが、一定の前進面もあることから全会一致での可決になったものと思われる。 障害の定義については、身体障害、知的障害、精神障害のほかに「その他の心身の機能の障害」が追加されたので、難病も「その他の障害」として、一応はこのなかに含まれる用意ができた。
6 月 23 日	第 15 回障がい者制度改革推進会議総合福祉部会の開催 〔主要議題〕 <ul style="list-style-type: none"> ・ 第 2 期作業チームにおける検討結果について（報告及び討議） ・ 第 2 期作業チーム報告書に対する厚生労働省からのコメント ・ 全国障害児・者等実態調査について
6 月 30 日	政府・与党は「2010 年代半ばまでに消費税率を段階的に 10% に引き上げる」という方針を盛り込んだ「税と社会保障の一体改革案」を決定した。 これを受けて、厚生労働省は社会保障制度の見直しを議論する「社会保障審議会」の各部会を開いて改革案の具体化に向けて検討を進める。 改革案では消費税を 5% 上げるが、社会保障にまわるのはそのうちの 1% となっている。
7 月 8 日	第 33 回障がい者制度改革推進会議 〔主要議題〕 <ul style="list-style-type: none"> ・ 合同作業チームの報告について ・ その他

二部「診療報酬・介護報酬の同時改訂に向けた動き」

1. はじめに

診療報酬は2年毎に、介護報酬は3年毎に改訂されるため、6年毎に同時に改訂が行われます。来年の2012年が、その診療報酬と介護報酬の同時改訂の時期に当たります。今年は東日本大震災が起これ、また社会保障と税の一体改革も始まっており、本格的に社会保障改革が始まる入り口にいます。特に同時改訂では医療と介護の大きな体系的な見直しも考えられることから、私たちにとって大切な医療と介護の今後がどのように変わっていくのか注目すべき時期であります。

今回の勉強会では、介護保険法や老人福祉法などを改正する「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が6月15日に成立したので、この点を中心に今後の動向を検討したいと思います。(この法律は6月22日公布、来年4月1日に大半が実施)

2. 社会保障改革の方向性

5月12日の社会保障改革に関する集中検討会議において、厚労省は次のような社会保障改革の方向性を述べています。

『東日本大震災の被災地に、改めて社会保障の原義を再認識させられました。被災者が支えあう姿、全国からのボランティアが支援する姿は「家族や地域のコミュニテ

ィの大切さ」「人々の絆やつながり」「仲間同士の信頼」「共に助け合う精神」など、日本人と日本社会の中に継承されている無形の資産です。このような意味で「共に助け合う」ことこそが、社会保障が本来目指すべき姿であると考えます。「安定」「共助」「公平性」を担保する社会保障改革を実現するためには、「共に助け合う」「絆」という「社会資本」を復元することが必要です。そのことによって「給付の重点化」「選択と集中」「優先順位の明確化」という課題をクリアすることができるようになり、社会保障の機能強化が実現します。』

また「税・社会保障の一体改革」の社会保障改革の基本的な考え方は次の通りです。

- ①自助・共助・公助の最適バランスに留意し、個人の尊厳の保持、自立・自助を国民相互の共助・連帯の仕組みを通じて支援していくことを基本に、格差・貧困の拡大や社会的排除を回復し、国民一人一人がその能力を最大限発揮し、積極的に社会に参加して「居場所と出番」を持ち、社会経済を支えていくことのできる制度を構築する。
- ②必要な機能の充実と徹底した給付の重点化・制度運営の効率化を同時に行い、真に必要な給付を確実に確保しつつ負担の最適化を図り、国民の信頼に応え得る

高機能で中長期的に持続可能な制度を実現する。

東日本大震災を契機に社会保障が手厚くなるかという、そのような方向ではなく、今までよりもまして自立・自助を強調し、近隣の助け合いやボランティアの活用など、家族や地域のコミュニティの力にゆだねる姿勢となっています。また「徹底した給付の重点化・制度運営の効率化」というように社会保障を縮小させる動きさえあります。

ここで「自助・互助・共助・公助」について整理しておきます。

- ・「自助」…自ら働いて、又は自ら年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持すること。
- ・「互助」…インフォーマルな相互扶助。例えば、近隣の助け合いやボランティア等。
- ・「共助」…医療保険・介護保険のような制度化された相互扶助。
- ・「公助」…自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家族状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等。

「自助」の考え方の中に“自らの健康は自ら維持すること”とあります。この考え方では、病気になることは自己責任になってしまいます。また、震災によって「互助」の考え方も強調されています。後述のように、今回の介護保険法の改正でも「互助」の考え方が台頭してきています。

3. 介護保険はなぜできたのか

今回の介護保険法の改正を検討するにあたって、まず介護保険はなぜできたのかについて確認したいと思います。

これは少子高齢化や核家族化により家族によって介護できる環境が乏しくなり、国民みんなで高齢期を支えるという「介護の社会化」のためであるとよく言われます。しかし多くの国では介護保険ではなく、高齢者福祉の充実で対応しているように思います。なぜ社会保険にしたのかというと、やはり保険料を徴収できるという財源問題があると思います。

確かに多くの高齢者が介護保険を利用しており、介護保険がなければ大変なことになっていたと考える方々も多いと思います。しかし、介護保険の大きな問題点として、福祉の市場化・商品化により、お金がないとサービスが買えないという状況を作ってしまった。介護度の高い方ほどお金がかかってしまうことになり、本当に国民みんなで高齢期を支えているのか疑問です。また、事業所にとって儲かるサービスでないと成り立たず、儲かるサービスは利用者の負担が大きくなります。よって、利用者にとって良いサービスは広がらないという可能性もあります。

また介護保険ができた背景には、平成6年に高齢社会福祉ビジョン懇談会が「21世紀福祉ビジョン（少子・高齢社会に向けて）」を発表したことにも関係します。

ここでは国際的にみても給付構造を、「年金」：「医療」：「福祉」＝5：4：1の割合から、「年金」：「医療」：「福祉」＝5：3：2に変えることによって、バランスのとれた社会保障へと転換することを求められました。つまり日本はもともと「福祉」の予算が少ないことが指摘されたのです。

介護保険の導入によって、社会的入院は介護療養病床・高齢者施設・高齢者住宅などへの移行が促され、訪問看護や訪問リハビリといった医療分野の一部が介護保険に移行されました。「医療」の一部が介護という「福祉」に区分が変わったことにより、確かに「年金」：「医療」：「福祉」＝5：3：2の割合に近づくことができます。しかし、本当にこれで良かったのでしょうか。介護保険の導入は新たな財源づくりとともに、医療費の削減の狙いもあるということです。

本来は「医療」を「福祉」に変えるのではなく、「福祉」への給付を増額する必要があります。ではないのでしょうか。「医療」は「医療」の役目をしっかりと果たし、「福祉」は「福祉」の役目を拡充していく方向が良かったのではないかと思います。つまり介護保険で医療をみるのではなく、私たちに本当に必要な医療を確立するためには、本物の「地域医療」の充実を求める必要があるのではないかと思います。介護保険が「介護」と「医療」の抱き合わせになっていることは、とても重要な視点であると思います。

4. 介護保険の中の医療問題

以上のように、介護保険の問題は介護の問題だけではなく、私たちの医療問題と直結しています。よって、私たちにどのような医療が必要かを考えながら、改正介護保険法をみる必要があります。また、介護保険の中で安価な医療が提供されることで、大切な地域医療が潰されないかどうかにも注意してみてください必要があります。

特に重要なことは、介護保険の医療系サービスも要介護度によって上限が決まってしまうことです。介護の必要性和医療の必要性は異なるにも関わらず要介護度のみによって決まるため、医療度の高い利用者は医療を取るか、介護を取るかという選択を迫られます。訪問看護や訪問リハビリと訪問介護のサービスを同時に必要分利用すると、上限をはるかに超えてしまうことになり、場合によっては非常に高い自己負担となる可能性があります（月10万円以上の自己負担も考えられます）。

特に今回の改正は診療報酬との同時改訂であるため、医療との関わりが大きいことが予想されます。本来であれば、今回の改革で「介護」と「医療」の抱き合わせが解消できれば良いのですが、そのような状況ではありません。私たちの医療は本当に大丈夫かどうか、私たちの生活は本当に守られるのかどうか、社会保障全体の改革もあわせて、とても大切な時期であることは間違いありません。

5. 改正介護保険法の重要ポイント

今回の改正のテーマとして、「高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」も実現に向けた取組を進める」とあります。

〔地域包括ケアシステムとは〕

ここで「地域包括ケアシステム」とは、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供できるような地域での体制と定義されます。その際、地域包括ケア圏域はおおむね30分以内に駆けつけられる圏域を指し、具体的には中学校区を基本としています。

この「地域包括ケアシステム」は 2025

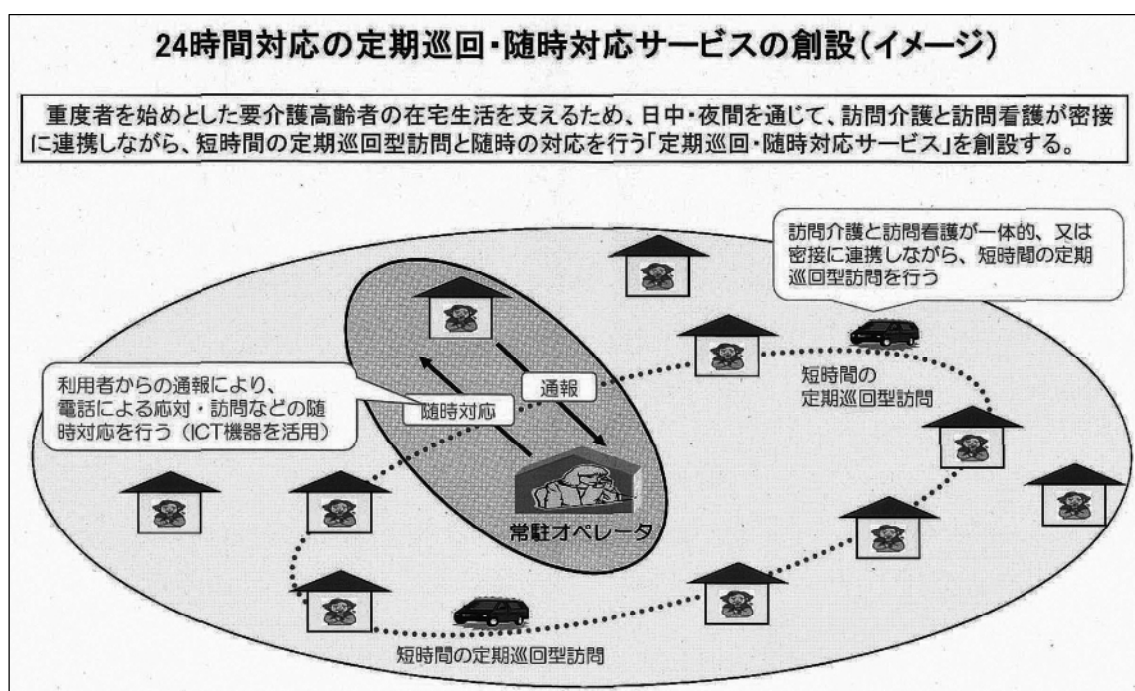
年に向けて完成させようとしています、次の5つの視点での取組みが包括的、継続的に行われることが必須であると考えられています。

- ①医療との連携強化
- ②介護サービスの充実強化
- ③予防の推進
- ④見守り、配食、買い物等、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
- ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

〔2つの新サービスの登場〕

「地域包括ケアシステム」の構築に向けて、今回の改正で2つの新サービスができています。

ひとつは訪問介護と訪問看護の両サービスを24時間体制で提供する「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の創設です(下図)。具体的には、訪問介護と訪問看護が連携しな



がら、短時間の定期巡回を実施すると同時に、利用者からの要望に応じたサービスも行われます。またサービス提供体制については、1事業所に訪問介護と訪問看護を併設する方式でも、訪問介護事業所と訪問看護事業所が緊密に連携を取り合いながら提供する方式でも良いとしています。

この制度の現在考えられる問題点としては、利用料金が定額払い（包括化）になる可能性があり、そのため事業所にとってはサービスを提供するほど経費がかかるようになるため、結局はサービスが限定されてしまうことが予想されます。つまり、いくら多くのサービスを提供しても月額収入が同じであれば、事業所にとってはサービスを提供しない方が得になるということです。また、この制度を利用すれば、現在の生活介護や身体介護のようなヘルパーサービスを併用して利用できない可能性があります。この制度は5～15分程度の短時間のサービスを提供するものですから、一定の時間が必要となる調理や入浴や排泄などの生活援助サービスに対して利用者のニーズに合うのかどうかは疑問です。この制度は理念としては優れていると思いますが、本当にこれで生活できるのかどうかは問題点が残されていると言えます。

もうひとつの新サービスは、小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせた「複合型サービス」の導入です。

これによって、利用者はニーズに応じて柔

軟に医療ニーズに対応した小規模多機能型サービスなどの提供を受けられるようになるとしています。これまでも小規模多機能型サービスはデイサービスやショートステイなど利用者のニーズに様々な応えられることから良い制度であるとされてきましたが、利用者にとって良い制度は事業者にとって非常に負担のかかる制度ですので、あまり普及していないのが現状です。今後はどのようにこの制度を普及させるのかがポイントになると思われます。

今回の改正において、以上の2つのサービスが登場しましたが、両者とも「地域密着型サービス」として位置づけられます。介護保険における居宅サービスや施設サービスは都道府県知事が指定して監督する仕組みになっていますが、地域密着型サービスは市町村長が指定して監督する仕組みです。つまり市町村（保険者）が主体となって、圏域ごとにサービスを整備することになり、地域の格差が非常に大きくなるのではないかと懸念されます。また、これらのサービスが地域密着型サービスであるため、市町村の判断により、公募を通じた選考によって事業者指定を行うことができるとしています。よって、これらのサービスが大手の事業所に独占されるのではないかと懸念されます。大きな事業所が利用者にとって使いやすいかどうかは疑問です。これらのサービスを受けるために、今まで利用してきた事業所が変わることも、利用者にとっては精神的な負担となります。

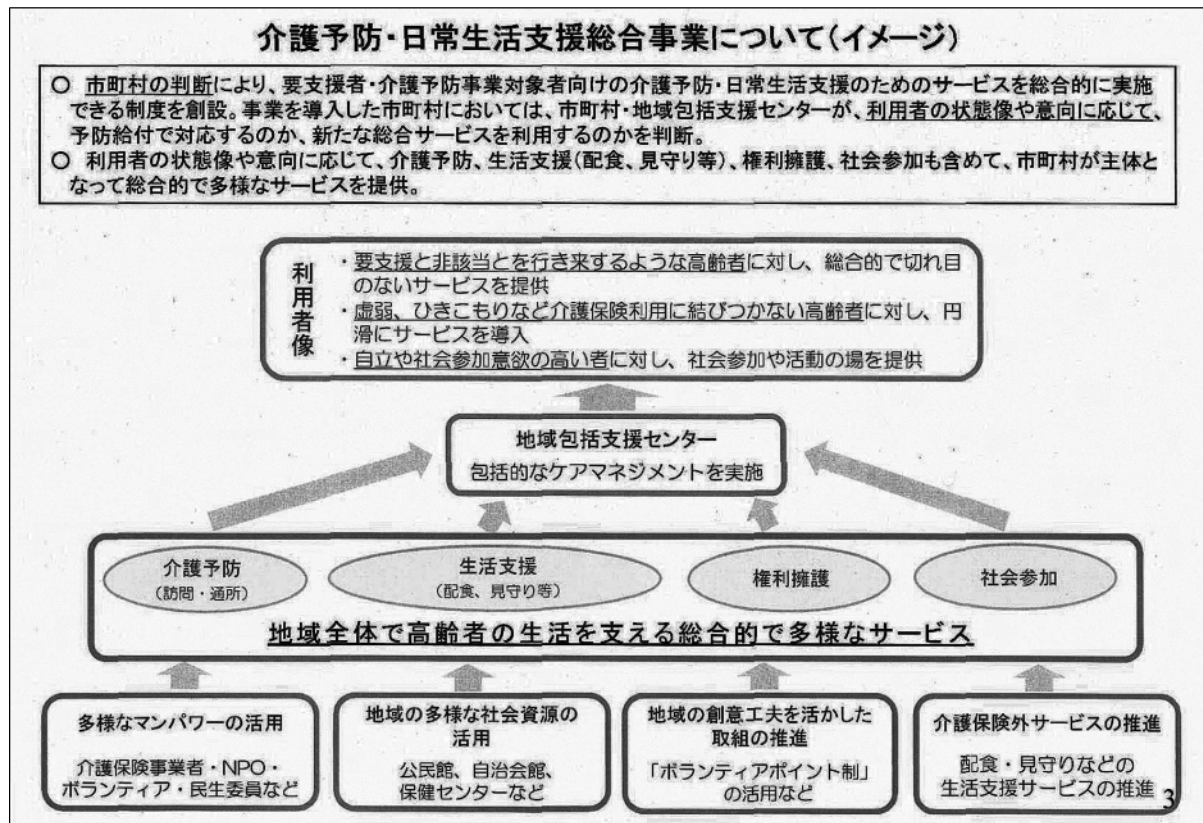
〔介護予防・日常生活支援総合事業の創設〕

今回の改正により、市町村の判断によって、要支援者や介護予防事業対象者向けの介護予防および日常生活支援のためのサービスを総合的に実施できる制度を創設しました。事業を導入した市町村においては、市町村や地域包括支援センターが利用者の状態像や意向に応じて、状来の予防給付で対応するのか、新たな総合サービスを利用するのか判断できるとしています。

これまでは要介護の認定がされなくても、要支援の認定が受けられれば、介護保険の居宅サービスを受けることが可能でした（これを予防給付と呼んでいます）。しかし、今回の改正では市町村等の判断により、要支援者に対して介護保険の居宅サービスが受けられなくなる可能性があります。

下の図のように多くのサービスは書かれていますが、ボランティアや民生委員などのマンパワーを活用して、公民館や自治会館などの社会資源を活用して、配食や見守りなどの介護保険外のサービスを推進することが、新たな総合サービスの目的です。「地域全体で高齢者の生活を支える総合的で多様なサービス」と言われると非常に良い制度のように思いますが、要支援者を介護保険からの給付から外してしまう制度を、市町村の判断で可能にしてしまいます。

利用者の意向によって選べるのなら良い制度かもしれませんが、市町村等の判断で可能になるのは、あまりにも乱暴な制度設計であると言わざるを得ません。このような制度に、なぜ保険料を払う必要があるのかさえ疑問に思えます。



6. その他の改正のポイント

■介護保険事業計画の見直しのポイントを明記

市町村が介護保険事業計画にできる限り盛り込む事項として、▽認知症の人の日常生活の支援に関する事項▽医療との連携に関する事項▽高齢者の住まいについての施策—を明記。なお、計画の立案に当たっては、高齢者の状況や環境などのニーズ調査を実施し、その結果を勘案するよう努めるべきであることも示された。

都道府県の介護保険事業支援計画については、高齢者居住安定確保法に基づく高齢者居住安定確保計画との調和を保って策定することとした。

■介護療養病床、廃止期限を6年延長

（健康保険法）

現在は11年度末とされている介護療養病床の廃止期限を6年間延長し、17年度末とする。

■介護従事者によるたん吸引などの実施

（社会福祉士及び介護福祉士法）

介護福祉士と一定の研修を受けた介護職員が、保健師助産師看護師法の規定にかかわらず、診療の補助としてたん吸引などの行為を行えるようにする。また、事業の一環としてたん吸引などの業務を行う事業者は、事業所ごとに都道府県に登録する仕組みにする。

■介護福祉士国家資格の取得方法見直しの延期（社会福祉士及び介護福祉士法）

12年4月の施行を予定している介護福祉士国家資格の取得方法見直しについては、施行時期を15年4月に延期する。

■労働法違反で指定取り消しが可能に

介護サービス事業者の指定権者である都道府県や市町村は、労働基準法など、労働法規に違反して罰金刑を受けた事業者の指定を取り消すことができる。

■介護サービス情報の公表制度を見直し

事業者が義務付けられている介護サービス情報の公表制度について、都道府県が必要と判断した場合に調査を実施する仕組みに変更する。

■前払い金に関する新規定を明記

（老人福祉法）

認知症高齢者グループホームや有料老人ホームの設置者が利用者から受け取る前払い金について、新規定が盛り込まれた。具体的には、入居後の一定期間内に利用者が契約を解除したり、死亡したりした場合、受け取った前払金から一部を除いた金額を返還する内容の契約を利用者と結ばなければならない。

■後見業務の人材育成を促進

（老人福祉法）

都道府県や市町村は、後見や保佐、補助

などの業務を適正に遂行できる人材の育成に努める。

■自治体による主体的な取り組みの推進

市町村が定める地域密着型サービスの独自の介護報酬について、基準額以上を設定する場合でも、一定の範囲内ならば厚労相の認可なしに報酬設定ができる。また、現行制度では、市町村が別の市町村にある地域密着型サービス事業所を指定する場合、事業所のある市町村長の同意を得る必要があるが、改正案では、事前に両市町村長の合意があれば、個別の同意がなくても指定が可能な仕組みに改める。

さらに、訪問介護などの居宅サービス供給量が市町村の介護保険事業計画の見込み量に達している場合、市町村は都道府県に事業者の指定に関する協議を求めることができる。都道府県はこの協議に基づいて居宅サービス事業者の指定を取りやめたり、指定の際に条件を付けたりできる。

このほか、市町村は定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの事業者指定について、公募で行うこともできる。公募指定の有効期間については、6年を超えない範囲で市町村が定める。

■地域包括支援センターに関係者との連携で努力義務

地域包括支援センターについては、介護サービス事業者や医療機関、民生委員、ボランティアなどの関係者と連携に努めなけ

ればならないと規定。

■財政安定化基金の一部取り崩しを認める

介護保険料の急激な上昇を抑制するため、都道府県は12年度に限って財政安定化基金の一部を取り崩すことができる。

〔参考〕改正介護保険法の附帯決議

■介護職が喀痰吸引等を実施するに当たっては、知識・技術の十分な習得を図るとともに、医師、看護師その他の医療関係者との連携のもとに、安全管理体制を整備し、その上で実施状況について定期的な検証を行うこと。

■介護職員等の処遇改善については、財源を確保しつつ、幅広い職種を対象にして実施するよう努めること。特に、介護領域における看護師の重要な役割に鑑み、介護保険施設や訪問看護に従事する看護師の確保と処遇改善に努めること。

■介護サービス情報の公表制度については、適正な調査が実施されるよう、都道府県、指定情報公表センター、指定調査機関その他の関係者の意見を十分に踏まえつつ、ガイドラインの作成など必要な措置を講ずること。その際、事業者より申出がある場合には積極的に調査できるよう配慮するとともに、指定調査機関・調

査員の専門性を活用すること。

■地域包括ケアシステムの構築を図る観点から、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型サービスについては、医師、看護師、介護職員間の連携を深め、円滑な実施体制の実現を図ること。併せて、地域包括支援センターにおける総合相談などの包括的支援事業の機能の強化を進めるとともに、その拠点整備を推進すること。

■介護予防・日常生活支援総合事業については、その創設においても要支援認定者が従来の介護予防サービスと同総合事業を選択・利用する意思を最大限尊重すること。また、国として財源を確保し、各市町村のニーズに応じて適切に実施するよう努めること。

■介護療養病床の廃止期限の延長については、3年から4年後に実態調査をした上で、その結果に基づき必要な見直しについて検討すること。

■認知症対策を推進するため、地域における医療、介護等の緊密な連携を図るとともに、市民後見人の活用を含めた成年後見制度の周知・普及を図り、権利擁護の体制整備を促進すること。

7. おわりに

以上のように、改正介護保険法の概要をみてきましたが、非常に問題が多いように思います。また、あまり記述できませんでしたが、次のような介護の機能再編も行われつつあります。

- ・介護保険施設は「ケアが組み合わされた集合住宅」へ
- ・訪問看護は見取りなど、自立的（医師を伴わない）に医療提供
- ・基礎的な医療ケアは介護福祉士へ
- ・生活援助は自治会・ボランティアへ

介護保険も財政的な問題が大きくなってきており、専門の人材を育成するというよりは、できるだけ安くサービスを提供することに力点が置かれ、私たちの医療や生活援助は本当に大丈夫なのか不安になります。

今回、改正介護保険法は成立しましたが、最終的には市町村判断のこともたくさんありますし、法改正ではなく省令や告示で変わる事項もたくさんあります。よって、介護保険の見直しの正念場はまだまだこれからです。つまり、今後の介護保険制度はまだまだ良くなることも、悪くなることもあります。

介護保険の対象でない方も、介護保険は地域医療と直結していることが分かれば、自分にとっても重要な事項であることがご理解いただけたと思います。今後も制度の改革に注目する必要があります。

あとがき

「今後の難病対策」関西勉強会 事務局

全国膠原病友の会大阪支部 大黒 宏司

今回は改正介護保険法を中心に改革の概要をみてきました。それ以外にも様々な改革が予定されています。

7月28日に開催された第3回「新たな難治性疾患対策の在り方検討チーム」では、特定疾患治療研究事業（いわゆる難病医療費助成）の見直しの方向性として、『社会保障・税一体改革成案』に基づく「長期高額医療の高額療養費の見直し」などの議論を踏まえつつ、

- ・当面の課題として、現行の特定疾患治療研究事業の見直し（合理的な患者自己負担の在り方の検討）

- ・中長期的な課題として、難病医療費助成の法制化の検討

を中心に議論を進める、としています。

つまり、特定疾患治療研究事業を見直したうえで、法制化することが目指されています。これは「難病の定義」をどのように考えるかという議論とともに、非常に注目していく必要のある流れだと思います。

また9月13日に第13回「難病対策委員会」が開催されました。次回の9月27日には、事務局（疾病対策課）が難病対策見直しの論点整理を提示するとのことです。さらに年末までに数回の「難病対策委員会」が予定されており、来年度予算への反映も視野に集中的に議論を重ねられます。このように「難病対策委員会」が集中的に開催されることは異例です。今後どのような議論が展開されるか注目する必要があります。

いよいよ本格的に「今後の難病対策」が動き出しました。

第10回関西勉強会報告書の発行にあたって

2011年9月18日

「今後の難病対策」関西勉強会 実行委員名簿

(50 音順、◎実行委員長 ○事務局)

- ・伊藤 克義さん (京都難病団体連絡協議会事務局)
- ・猪井 佳子さん (日本マルファン協会代表理事)
- 大黒 宏司さん (全国膠原病友の会大阪支部事務局)
- ・大黒 由美子さん (大阪難病連、全国膠原病友の会大阪支部)
- ・大島 晃司さん (滋賀県難病連絡協議会、稀少難病の会「おおみ」)
- ・尾下 葉子さん (線維筋痛症友の会関西支部支部長)
- ・葛城 貞三さん (滋賀県難病連絡協議会、日本ALS滋賀県支部)
- ・川辺 博司さん (滋賀県難病連絡協議会、滋賀IBDフォーラム会長)
- ・北村 正樹さん (京都難病団体連絡協議会会長)
- ・久保田百合子さん (兵庫県難病団体連絡協議会、
全国膠原病友の会関西ブロック事務局)
- ・駒阪 博康さん (滋賀県難病連絡協議会、稀少難病の会「おおみ」)
- ・深田 雄志さん (日本患者学会)
- ◎藤原 勝 さん (京都難病団体連絡協議会、京都IBD友の会会長)
- ・前原 隆司さん (全国パーキンソン病友の会大阪府支部)
- ・森 幸子さん (滋賀県難病連絡協議会、全国膠原病友の会会長、
全国膠原病友の会滋賀支部長)

〔事務局メールアドレス〕

benkyo@t-neko.net

〔ホームページ〕

<http://hp.kanshin-hiroba.jp/kansaistart/pc/index.html>