



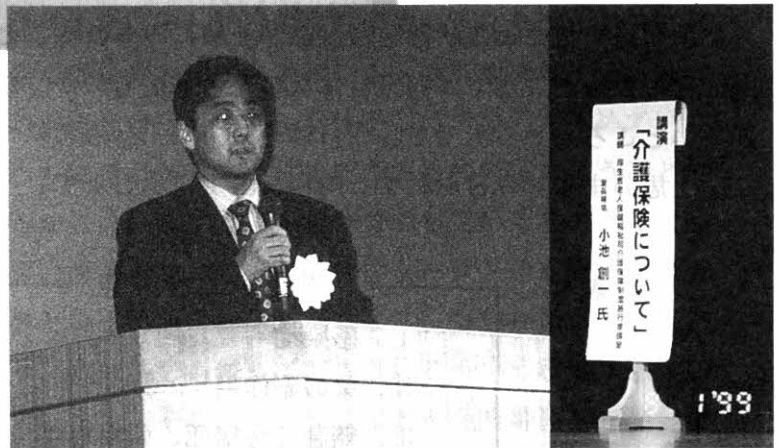
1999年
No. 116

編集
全国膠原病友の会
畠澤千代子

〒102-0071 東京都千代田区富士見2-4-9-203
電話 03-3288-0721 FAX 03-3288-0722



平成11年度
総会の講演より



昭和五十一年二月二十五日 第三種郵便物許可(毎週四回・月曜・火曜・木曜・金曜発行)
平成十一年十一月十八日発行 SSKO 通巻第三八二九号

もくじ

- ・医療講演「膠原病の合併症」
- ・講演会のおしらせ「医療保険・医療法の改正について」
- ・講演「介護保険について」
- ・事務局だより



膠原病の合併症

順天堂大学医学部膠原病内科

教授 橋本 博史



本日は「全国膠原病友の会の総会」にお招きいただきまして光栄に存じております。また、本日は暑い中、多数の方々にお集まりいただきましてありがとうございます。それから、膠原病友の会の運営委員の方々、いつも大変なご尽力をいただいて患者さんの為に数多くの有益な情報を提供され、心身共にサポートしていただけることに心から敬服いたしております。

本日の講演テーマは「膠原病の合併症」ということですが、合併症なのか病気自体によるのか判りにくい所があるのも膠原病のひとつの特徴でもあります。病気による状態と合併症が一緒にみられることも多いものですから、どこからどこまでが病気自体なのか合併症なのか、なかなか区別がつきにくいところもある訳です。今日はその中で主なものについてお話していきたいと思っております。今日お話する内容を表1に示します。

表1

膠原病の合併症

- I. 感染症
- II. 薬の副作用
- III. 無菌性骨壊死、骨粗鬆症
- IV. 病気固有の合併症
- V. 加齢に伴う合併症
- VI. その他

1. 感染症

まず、感染症です。これは膠原病の合併症の中では一番多いのです。

(1) 感染症を起こす要因

感染症が起こるには三つの要因が必要なのです。

一つは、人間の側の問題です。いわゆるホストの問題です。膠原病の患者さんですと感染症にかかりやすいような体質あるいは病気によってそういう状態があるかどうかという事がひとつある訳です。これは別に膠原病の患者さんでなくても一般の方でも免疫の機能の状態とかホスト側の細菌に対する防御の状態、そういうものが感染に関わってくるのです。

もう一つは、病原菌が必要ですね。ウイルス、細菌、真菌等いろいろ外から入ってくる病原菌がありますがそういったものの問題があります。

もう一つは環境因子です。例えば伝染病とかを考えて頂ければよいのですが、地域的に伝染病が多発する地域があるということになりますとその地域の環境問題がクローズアップされますね。

人と病原菌と環境。この三つの相互関係で感染症がおこるということですが、逆に言いますと、この三つのうち一つでも断ち切る事ができれば感染症を防御できるということになります。それが感染症の予防にもなります。特に膠原病の患者さんがどうして感染症を起こしやすいかという要因ですが、患者さん側の感染に対する防御機能が落ちている状態が多くの原因を占めているということです。すなわち細菌に対して免疫機能がおちているということです。どうしておちているかと言いますと病気自体でおちているということもあります。例えば、腎臓の障害があつて、エリテマトーデスや血管炎の患者さんでネフローゼ症候群という病気の状態があります。蛋白が尿に沢山出ます。身体の蛋白質が減り、抗体成分も減ってしまう。こういう状態は感染に対して抵抗力をなくしています。それからステロイドや免疫抑制薬を使いますと病気は良くなりますが、これらの薬は逆に外から入ってくる病原菌に対して防御しにくい状態をつくってしまうことになります。これは免疫機能をおとすからです。膠原病の患者さんでは免疫機能が異常に活発化してしますのでそれを抑える為にこういう薬を使うのですが、それが逆に外から入ってく

る細菌やウイルスに対して抵抗力を低下させてしまう状態をもたらしているということです。年齢もそうですね。年齢が高くなっていくと免疫機能はおちてきます。そうしますと癌が発病しやすいという現象もその現われです。同じように感染症も起こしやすいということがあります。今、一般の高齢者の方に結核が増えているのが問題になっています。これもひとつは加齢が影響しているということです。それから、膠原病の患者さんでは病原菌が入りやすい状況があるということです。どういうことかといいますと例えばシェーグレン症候群の患者さんですと唾液の分泌が悪く、口の中で殺菌作用が低下していて口の浄化ができにくく感染を起こしやすいということがあります。

それから皮膚ですが、膠原病の患者さんは皮膚が非常に薄く弱くなっています。そういう状態は感染に対して防御が悪いわけです。皮膚の感染も起こしやすいということになります。細菌が入りやすい状況がいろんな所でみられるということがあります。

(2) 感染症の種類

膠原病の感染にはどういう感染があるかと言うことですが、呼吸器感染症、尿路感染、消化器感染等いろいろありますが、多いのは呼吸器感染です。

呼吸器感染というのは必ずしも肺だけではないのです。口、鼻、喉。そういうところから菌が入りやすい訳ですから、それらを呼吸器の感染症に含めています。先程、シェーグレン症候群の話をしましたけれども、血管炎の病気でウェゲナー肉芽腫とか喘息が先行するアレルギー性肉芽腫性血管炎、顕微鏡的多発血管炎という血管の病気、これも膠原病ですが、これらは鼻、喉、口の上気道から病原菌が入って感染が起こり発症するのではないかとされています。一旦、発症しますと病気が繰り返して悪くなるという場合も、感染がきっかけで病気がぶり返すということもあります。呼吸器感染というのは膠原病の病気の状態にも影響するという事です。間質性肺炎というのは膠原病でよくみられる状態ですけど、こういう状態がありますと肺の感染を合併しやすいですね。

尿路感染では膀胱炎、尿道炎、腎盂腎炎などがみられます。

消化管の感染でよくみられるのは、食道のカンジダ症。カンジダという真菌がくっついて食道炎を起こすということがあります。敗血症。これは細菌が血液の中に入って、全身にまわってしまう病気です。高熱がでますし、一見、膠原病が悪くなったのではないかと思わせる病態です。膠原病の活動性がみられる場合には必ずこういう病気との鑑別をしなければならないので、細菌があるかどうかの検査が行なわれる訳です。髄膜炎、脳炎もそうです。病気自体でも起こるのです。混合性結合組織病やエリテマトーデスなどでは無菌性の髄膜炎が起こります。細菌の感染によっても髄膜炎や脳炎を起こすということです。病気の状態としては、膠原病の病気自体でみられる髄膜炎、脳炎に非常によく似ているのですが、検査で菌が証明されますし、抗生物質で治療されます。ですから、こういう状態がみられますと膠原病との鑑別のためにいろいろ検査をされるということです。

膿瘍は皮膚にできたり、内臓でもみられますが、皮膚の場合は腫れて痛みもあり判りやすいのですが、内臓の膿瘍の場合は判りにくいのですね。画像による診断がかなり詳細にできるようになりましたので診断しやすくなりました。

関節も細菌が入って関節炎を起こすこともあります。これは血液に入った菌が関節へまわってそこで炎症を起こすということもありますし、慢性関節リウマチの患者さんですと時々関節に注射したりステロイドを入れたりしますが、これがきっかけで感染症が起こることもあります。

(3) 感染症の原因となる菌

感染症の原因となる菌にはどういうものがあるのかということですが、一般の方がかかる細菌というのはブドウ球菌とか連鎖球菌、結核菌、大腸菌などです。ところが、免疫の機能がおちている患者さんの場合は、健康な人が罹らないような菌に対して抵抗力がなくて罹ってしまうということがあります。それが、カンジダ症とかクリプトコッカスとかアスペルギルスとかカリニニといういわゆる真菌で感染症を起こしてしまうことがあります。そういう感染しやすい状態の人をいわゆる「コンプロマイズド・ホスト」という名前

で呼んでいます。こういう人はウイルスでもサイトメガロウイルスとかヘルペスウイルスとかの感染にも侵されやすいということがあります。カンジダは食道にもつきますし、皮膚、内臓などにもつきます。クリプトコッカスは脳炎とか髄膜炎を起こしたり、肺炎を起こしたりする原因の菌です。アスペルギルスもそうです。肺に炎症を起こし、肺に出血を起こすことがあります。膠原病でも肺出血をみるのが時々あります。肺出血が起こっているのか病気自体で起こっているのか判らないことがあります。カリニ肺炎はエイズで有名ですが、エイズの場合には免疫の機能が著しく低下するので真菌が肺に感染し肺炎を起こします。

細菌ではブドウ球菌、特に院内感染でペニシリンに耐性な黄色ブドウ球菌というのがありますが、治療薬に抵抗性で非常に難治性です。細菌の方も色々考えてまして、新しい抗生物質がでますと必ずそれに抵抗するような変異を起こして耐性できるような変化が細菌自体でも起こっているのです。それがMRSAと言われるものです。黄色ブドウ球菌、緑膿菌などもそうです。結核も最近増えてきてますが、膠原病の患者さんでも結核を併発することがあるわけです。

ウイルスにはヘルペス(単純ヘルペスと帯状疱疹をきたすヘルペス)があります。これは一旦罹りますと通常は2回罹らないのですが、膠原病の患者さんはどういうわけか何回も罹るという現象がみられます。それだけ免疫の機能がおちているということかも知れません。それからEBウイルス、これはシェーグレン症候群の原因となるウイルスではないかと言われているウイルスですが、こういう感染でいろんな病態が起こります。サイトメガロウイルス、これも免疫の機能がおちた時に罹りやすいウイルスです。血管に炎症を起こしたり、脳に障害を起こしたり、非常にやっかいなウイルスです。肝炎ウイルス、有名なものにはB型肝炎がありますが、その他にA型肝炎、C型肝炎とかのウイルスがあります。その他マイコプラズマは肺炎をおこす菌、トキソプラズマ、これは原虫で猫や小鳥を飼っている方に感染し、髄膜炎をおこします。特に、免疫機能のおちている方、ステロイドを沢山使っている方はこういう感染に注意しなければいけません。

スライドに「爪の白癬」「指に出る白癬」「カリニ肺炎」「結核」「ヘルペ

スによる「帯状疱疹」を示します。帯状疱疹は神経に沿ってでるので非常に痛いんですね。治っても痛みだけが後まで残ることがあります。

（4）感染症の対策

それでは、感染症の予防と治療をどうするかということについてお話します。まず予防対策ですが、感染をおこす要因に人の側の問題点、病原菌、環境因子の三つがあることをお話しました。この中で環境因子をある程度きちんと抑えておけば、感染は防御できるということです。それには身のまわりを清潔に保ち、人ごみ、環境の悪いところは避ける。外出から帰ったらうがいをし、手を洗うことも大事です。その積み重ねが大切です。怪我をしないようにする、風邪や食あたりに注意する、なども大事ですね。

予防的に抗生剤を投与することもあります。通常は膠原病の患者さんはステロイドや免疫抑制薬をつかっている場合でも、抗生物質を予防的に併用することはありません。というのは、どのような病原菌を目標にしてどういう抗生剤を使うかということがはっきりしないからなのです。また抗生剤だけではないのですが、膠原病の患者さんはいろんな薬に対して過敏症があります。むやみに抗生剤を使って過敏症を起こすということがあっては困りますね。過敏症によって新たな病気をつくるということになりかねないからです。予防的に抗生物質を使うことがあるとすれば、小さい時に結核をやられてそういう既往のあるという方が、ステロイドを使うことによって結核が再発する可能性のある場合には、予防的に抗結核薬を使いながらステロイド治療するということがあります。

実際に感染症が起こった場合の治療ですが、どういう菌か原因が判っていればそれに対応する抗生物質や抗菌剤、抗ウイルス剤が投与されます。ワクチンや抗体の投与も行なわれます。免疫力を上げる治療も場合によってはしなければならぬということもありますが、今のところ、特定の感染症に対して免疫力を上げるということまでには至っていません。しばしば行なわれるのはガンマグロブリン療法です。重症な感染症がある場合にはガンマグロブリンの投与が行なわれることがあります。これは非常に高い薬です

ので、むやみに毎日、長期に続けるというわけにはいかず、使える期間も限られています。それからワクチンがありますね。予防的には時々膠原病の患者さんで、例えばインフルエンザの予防注射をしたいのですがという事を聞かれることがあります。病気が落ち着いている状態でステロイドも維持量（プレドニン20mg以下）であれば問題ありません。

II. 薬の副作用による合併症

膠原病によく使われる薬は非ステロイド抗炎症薬、ステロイド薬、免疫抑制薬などがあります。抗リウマチ薬はリウマチの患者さんに使われますが、慢性関節リウマチを合併している膠原病の患者さんにも使われることがあります。D-ペニシラミンは強皮症の患者さんにも使われます。これらの薬剤にはそれぞれ副作用がみられるのです。合併症をきたす薬剤と主な薬剤の副作用についてお話しします。

(1) 合併症をきたす薬剤

①消化器障害

胃潰瘍、胃炎、腹痛、吐き気、下痢、そういった合併症の起きやすい薬剤は非ステロイド抗炎症薬、ステロイド薬、免疫抑制薬、抗リウマチ薬などです。

②腎臓の障害

膠原病では腎臓の障害を来す病気が多いものですから、薬によって起こっているのか病気自体で起こっているのか鑑別が難しいことがあります。薬による場合は、非ステロイド抗炎症、抗リウマチ薬も結構多いです。D-ペニシラミンも含まれます。これらの薬を使っていると腎臓に障害がきやすいのです。強皮症でD-ペニシラミンを使っている患者さんに腎臓の障害がくると、強皮症で腎臓が侵されているのかD-ペニシラミンできたのか区別しなければいけません。

シクロスポリン。これは新しい免疫抑制剤ですが、腎臓の機能障害をみることがあります。

シクロホスファミドでは出血性膀胱炎をみることがあります。

③肝臓の障害

非ステロイド抗炎症薬、ステロイド薬、免疫抑制薬などがあげられます。脂肪肝がみられます。

④呼吸器障害、喘息などを起こす薬

非ステロイド抗炎症薬やリウマチの薬が多いです。メトトレキサートはリウマチに今月から保険の採用になった薬ですが、間質性肺炎を起こしやすい薬です。

⑤神経の障害

頭痛、めまい、耳鳴り、これは非ステロイド抗炎症薬に多くみられます。アスピリンでは耳鳴りがおこりやすく、インドメタシンではめまいがみられることがあります。D-ペニシラミンを使っている方は味覚障害がみられることがあります。これは亜鉛の欠乏からおこるものです。また、ビタミンB₆の欠乏をきたし易く、この薬を使っている場合はビタミンB₆を併用します。精神症状はステロイドです。

⑥皮膚症状

皮膚は皮疹とか痒みですが、これは薬が身体に合わないほとんどの薬で出てくる症状です。どういう薬がこの患者さんに合うとか合わないとか、未だに判ると良いのですが、使ってみないと判らないということがあります。ですから初めに少ない量を使ってまず副作用がでないかどうかをみて、副作用がないことを確認して普通の量を使うということが通常行なわれています。

⑦血液の障害

血液に障害をみる薬も色々あります。また、膠原病は自己免疫病に含まれますが、治療薬を使って更に他の自己免疫病を起こすということがあります。D-ペニシラミンがそうです。重症筋無力症とか多発性筋炎、皮膚筋炎などを起こすことがあります。

⑧その他

悪性腫瘍、生殖機能障害などは免疫抑制剤を使用している患者さんにみられることがあります。

(2) 主な薬剤の副作用

①ステロイドの副作用とその対策

ステロイドの副作用は、投与量と投与期間によって出方が違うということがあります。膠原病で特に重篤な病気の状態の場合はたくさん使わざるを得ない薬です。その場合は大きい副作用も出やすいということが言えます。医師はこの大きい副作用に特に注意しているわけです。

胃潰瘍、感染症、精神症状、糖尿病、骨が脆くなる、副腎の機能が低下するとかです。小さい副作用もあります。顔が丸くなるとか体重が増える、にきびが多くなる、毛深くなる、皮膚に線が入る、皮膚が弱くなって紫色の大きな斑点が出やすくなる、何もぶっつけてないのに皮膚に紫斑が出てくるとかがみられるわけです。これは患者さんにとっては辛い副作用で、医師もこの小さい副作用を蔑ろにしている訳ではないのですが、特に注意しているのは大きな副作用です。折角良い状態が保たれていまして、こうした大きな副作用で重い合併症を併発することは最小限避けたいものです。

[消化器潰瘍]

胃潰瘍が多いと思いますが、通常ステロイドを使っていますと胃の薬が一緒に処方されていると思います。胃酸を抑える薬です。潰瘍ができやすいというのは酸の分泌が多くなってしまうことによるのです。抗潰瘍薬と一緒に使うこともありますし、H₂ブロッカーという薬を使うこともあります。ガスターやプロトンポンプインヒビター（酸を合成するところを阻害する薬）のオメプラゾールとかが用いられます。粘膜を保護し、いい方に作用するプロスタグランジンがステロイドや非ステロイド抗炎症薬で抑えられ、それで潰瘍ができやすいということが判っています。粘膜を保護する作用をもつプロスタグランジンを使って潰瘍を防止しようという薬もあります。場合によっては一旦できた潰瘍は手術でとらなければいけないということがあるかもしれません。

[糖尿病]

食事療法と運動療法が大事です。これでコントロールできない場合はインシュリンや経口の糖尿病薬を使ってコントロールするということになりま

す。

〔骨が脆くなる〕

骨には骨を造る方の細胞と骨を壊す方の細胞の2種類があります。そのバランスで骨は形成されています。どちらかが強くて弱くても困ります。骨が脆くなるというのは、骨を壊す方の細胞が優位にたっているのです。そのバランスが崩れて、骨粗鬆症が起こり、骨を壊す方の細胞が強くなりますと骨の吸収がどんどん進み脆くなります。それを抑える為の薬として、カルシトニン・エストロゲン(女性ホルモン)・ダイドロネル・オステンなどがあり、治療に用いられます。ステロイドを使いますとカルシウムが減っていきます。カルシウムは腸で吸収されるのですが、ステロイドを使っていると腸から吸収されるのが抑えられてしまい吸収が悪くなります。もう一つは腎臓からカルシウムがどんどん排泄されてしまいます。尿細管というところで再吸収ができないためにカルシウムが尿にどんどん出てしまいます。これらにより血液のカルシウムが足りなくなります。骨粗鬆症がある場合にはカルシウム製剤と一緒に使うということです。腸管からカルシウムを吸収されやすくするのがビタミンD₃です。ビタミンK₂は骨の形成を増強させる作用をもつ薬です。圧迫骨折などで痛みがありますとカルシトニンとかビタミンK₂などを使います。

〔精神症状〕

抗精神薬を使ったり、あるいはステロイドの種類を変えるということもあります。ステロイドの種類によって精神症状の出方が違うこともあります。

〔動脈硬化〕

この対策は食事療法、運動療法です。特に高脂血症がある人、コレステロール・中性脂肪・LDL(悪玉コレステロール)が多い人は注意しなければいけません。できるだけ正常にしておくことが大事です。必要に応じて高脂血症のための薬を服用します。場合によっては血液が固まらないようにするとか、血液の循環をよくするというような治療もあわせて行なわれます。血漿交換療法は薬だけでは効果が出ない時、機械的に脂肪を除去して正常化するための治療法です。大事なことは危険因子を回避しておく事です。血圧や糖尿病のコントロール、痛風の防止、煙草、肥満、ストレスなどをさける

ことが大事です。動脈硬化というのは長い間の積み重ねで起こってくるわけですので、毎日の努力で防止できるかどうかが決まってきます。忍耐が必要ということです。

[白内障、緑内障]

これは点眼薬とか眼圧を下げる薬で治療します。場合によっては眼科的な手術が必要になります。

[副腎機能抑制]

副腎の機能が抑えられますからこの場合はステロイドの補充療法が必要になります。

[ステロイドを服用している時の注意点]

ゆっくりと減量する。常に副作用の防止には注意します。ストレスがかかる場合(妊娠・出産・外科的手術・抜歯など)はステロイドの必要量が増えます。ステロイドを使いますと、もう皆さんよくご存じと思いますが、よく効きますので症状はすぐ消えます。効いたのを見計らってステロイドを急に減らしたり、止めたりしますとまたぶり返します。これが膠原病の特徴なのです。ですからステロイドを減らす場合は病気がぶり返さないことを確認しながらゆっくり減らしていきます。ぶり返さないのを確認するというのとはどういうことかと言いますと、症状だけではなく病気の活動性を反映する検査所見をみながら総合的に判断してゆっくりと減らしていくということなのです。

ステロイド薬の服用を止めることができるかどうかということですが、できますが、それには長い期間が必要となります。薬を止めても病気の良い状態が長く続くという見通しが必要ということです。病気がぶり返しますと、また最初から治療をやりなおさなければなりません。医師としてはステロイドを増やすのであれば長い経過の中で一回で済ませたいわけです。その後、ゆっくり減らしてよい状態が長く続いて、少量で病気がコントロールされればいいわけです。中止する場合は、ステロイドを使っていますとご存じのように自分の身体から出るステロイドホルモンが抑えられた状態になっています。その機能が回復するには相当時間がかかります。その時間を充分見計らって、止める方針へもっていかなければいけません。これには副腎の機能を

調べながら減らしていくということになります。大体、一日に人の身体からステロイドホルモンが出る量はプレドニゾロン換算で5mg（1錠）です。今、5mg服用している人は病気の良い状態を保っているということもあるのですが、もうひとつ、自分の身体から出るステロイドホルモンが抑えられているのでその足りない分を補っている量と考えて頂きたいのです。5mgからさらに減らすということになりますと自分の身体から出るステロイドホルモンがある程度出ていないと減らすことができないということです。

5mgから減らす場合は4mg、更に時間をかけて副腎の機能を調べながら3mgに減らしていくということです。最後に0になれば一番いいわけです。5mgから減らすということはかなり時間をかけて減らしていくということになるのです。

②免疫抑制薬の副作用とその対策

膠原病で使われる免疫抑制薬は、アザチオプリン、シクロホスファミド、メトトレキサート、ミゾリピン、シクロスポリンなどです。この中で保険が採用されているのはミゾリピンだけです。他の薬は保険が通ってませんので、今月(8月)からメトトレキサートが慢性関節リウマチに保険が通りましたけれど、他は使う場合にはお医者さんからインフォームドコンセントを受けられると思います。共通している副作用は骨髄が抑えられる、血液をつくる所が障害されるということです。白血球が減りますので感染を起こしやすい。また、悪性腫瘍(癌)が発生しやすい。不妊を起こしやすいなどです。その他、薬によってシクロホスファミドでは出血性膀胱炎、シクロスポリンでは腎臓障害、間質性肺炎はシクロホスファミドとメトトレキサートで見られることがあります。

[血液の障害]

血液の障害では白血球が減ったり、貧血や血小板が減るなどがみられます。医者の方は常に副作用のチェックをしています。特に、白血球は常時調べています。白血球が2000～3000まで減った時には危険信号です。特に好中球という細胞があります。細菌などを殺す作用のある白血球です。それが2000をきった時は要注意です。薬を中止することが多いと思います。リンパ球は1000以下に減っていれば要注意ということです。いろんなウ

ウイルスに対する感染などを起こしやすくなります。先程、エイズでカリニ肺炎が起こると言いましたが、その場合はリンパ球が病気のために300まで減ります。そうなる前に薬は中止しなければならないということです。骨髄の機能が抑えられた状態になっている場合はステロイドを増やしたり、血球を増やすような因子を投与して治療するということになります。

〔肝臓・腎臓の障害〕

障害が軽く薬の効果があって病気の状態が良いという場合は薬を減量することで障害をできるだけ少なくするということもありえますが、強い障害の場合は中止となります。副作用は定期的にチェックをしているのですが、薬によっては（この場合はシクロスポリンですが）その血中濃度を計りながら副作用を防止します。

〔間質性肺炎〕

この場合は中止します。でも、これは難しいですね。病気自体でも起こりますから。特に皮膚筋炎や強皮症の患者さんは間質性肺炎を起こしやすいので、免疫抑制剤で起こっているのか、病気で起こっているのか判りにくいということもあります。薬を中止すれば正常に戻りますが、重い場合にはステロイドが用いられます。

〔皮膚症状〕

皮疹。これは合わないということですので中止です。

脱毛は起こりやすいです。脱毛は、場合によっては薬を継続投与をせざるをえないということもあります。例えば、その薬がその患者さんに非常によく合っていて腎臓とか中枢神経障害の病気の状態が非常に良く改善されている場合には脱毛があっても使わざるをえないということがあります。病気の状態がよくなれば薬は止めることができ、その後はもとどおり髪の毛は生えてきますので一時の現象と思って我慢して頂きたいと思います。効果がなくて脱毛がみられるという時は中止です。

〔生殖器の機能障害〕

特に妊娠を予定している患者さんには使わないようにします。

〔悪性腫瘍〕

定期的に検査して悪性腫瘍が出ていないかどうかをみます。特に皮膚筋炎

の場合は、それ自体悪性腫瘍を伴いやすいので注意します。悪性腫瘍がみつければ外科的に手術をします。

[その他]

シクロホスアミドによる出血性膀胱炎を防止するために利尿をつけることが大切です。この薬を使っている間は、水分をよくとり、まめにお小水を出して防止をするということです。起こればもちろん中止しますし、泌尿器科的に対症療法をします。

Ⅲ. 無菌性骨壊死と骨粗鬆症

(1) 無菌性骨壊死

この原因としてはステロイドが重要視されていますが、決してステロイドだけではないのです。病気自体の血管炎とか血栓症でも起こってきます。アルコールを連日沢山飲んでる人、特に高脂血症、コレステロール、中性脂肪の高い人も起こしやすいです。治療はなかなかないのですが、体重を軽くする、大腿骨頭が多いですから股関節に加重がかからないようにするなどに留意します。牽引療法も行なわれますし、場合によっては手術ということになります。

(2) 骨粗鬆症

骨粗鬆症はステロイドのところでお話しました。骨粗鬆症によってしばしば脊椎の圧迫骨折を起こします。胸椎と腰椎が多いですね。骨粗鬆症があって圧迫骨折を防止する為には、姿勢とか日常生活の注意が必要です。いくつか留意点をスライドでお示しいたします。

- ・立仕事では、特に下肢に負担を掛けないようにする。
- ・ベッドは硬めのほうがよい。
- ・物を持ち上げる時は中腰ではしないこと。
- ・重いものはできるだけ持たない。
- ・その他



IV. 膠原病固有の合併症

表2に示すような合併症がみられます。

表2

膠原病固有の合併症	
1. 皮膚筋炎・多発性筋炎	悪性腫瘍(癌)、石灰沈着(小児)など
2. 強皮症	逆流性食道炎、石灰沈着、灰高血圧症、腸管憩室など。
3. MCTD	肺高血圧症
4. シェーグレン症候群	尿細管性アチドーシス、悪性リンパ腫
5. 慢性関節リウマチ	アミロイドーシス

また、エリテマトーデスの患者さんで針やお灸をしますと病気自体の紅斑が出現することがあります。場合によっては化膿してしまうことがあります。ですから、決して自分の身体を傷つけたり針でさしたりしない方がよいのです。

抗リン脂質抗体症候群が最近話題になっていますが、これは病気固有の合併症としてエリテマトーデスの患者さんに多いのです。抗リン脂質抗体を持っていますと動脈や静脈の血管が詰まって臓器の梗塞を起こしたり、妊娠しますと流産や死産を繰り返します。血小板も減ります。

治療は血液を固まらせないような治療(抗凝固療法)が行なわれます。もちろん病気の状態に合わせて、ステロイドとか免疫抑制薬あるいは血漿交換などの治療も行なうのですが、これらと一緒に抗凝固療法を行なうのです。血漿交換療法は抗リン脂質抗体を除去することで病気の状態をよくすることができます。

V. 加齢に伴う合併症

加齢に伴う合併症として、感染症・動脈硬化・悪性腫瘍(三大合併症)があげられます。感染症と悪性腫瘍は、これまでもお話してきましたが、加齢に伴う免疫機能の低下によります。加齢に伴う動脈硬化では、高血圧や心筋梗塞、脳血管障害などがみられ易くなります。生活習慣病(成人病)があれば、これらを増長させることにつながるかも知れません。しかしながら、持病があってもなくても加齢に伴う生体の変化は避けられないですね。膠原病の病名をもっておられる患者さんも同じですね。30年位前までは、このような心配をする余裕さえなかったのですが、現在ではそれだけ膠原病の患者さんが長生きできるようになったということですね。

膠原病の患者さんも加齢に伴う合併症に留意しなければいけないということです。定期的に成人病の健康診断の通知がくると思いますが、そういうものはできるだけ受けられた方がよいと思います。40才以上の方は定期的に検診を受けて、二重にも三重にも防御しておくことが大切だと思います。

VI. その他

(1) 白内障と緑内障

白内障は眼の硝子体が混濁する病気です。ステロイドでも起こりますが、年齢でも起こります。加齢の場合は周辺部から混濁してくるようです。点眼薬で治療しますが、最終的には手術ということになるかと思えます。

緑内障。これは眼圧が上がって神経が侵され、視力が落ちる病気です。治療は眼圧を下げる薬を使います。これも最終的には手術ということになります。原因はステロイドが眼圧を上げるということもありますし、ぶどう膜炎とかがありますと癒着により液性成分の流通がうまくいかず眼圧が上がってしまうこともあります。

(2) 合併妊娠

合併妊娠、これは別に病気ではないのですが妊娠しましたら内科の先生と産婦人科の先生に連携をとっていただき定期的に診てもらうことが大切です。初期と分娩後に病気が動きやすいので注意します。妊娠の後期はむしろ

病気自体はよくなります。ステロイドもその頃は減らすことができます。しかし、妊娠中も薬の服用は守って下さい。出産後は病気が動きやすいのであらかじめ分娩直後から一時的にステロイドを増やします。感染に留意して下さい。母乳はプレドニゾロンで一日20mg以下であれば心配ありません。

与えられました時間も残り少なくなってまいりました。

本日は「膠原病の合併症」というテーマでお話させて頂きましたが、たくさんさんの合併症がみられることがおわかりいただけたことと思います。しかし、これらの合併症がすべての患者さんに一様にみられるわけではないのです。多くの合併症は、細心の注意と防止策により最小限に抑えることができるのです。

本日のお話が患者さんの療養に少しでもお役に立てていただければ幸いです。ご静聴ありがとうございました。

以下、会場からの質問にお答えいただきました。

【質問1】 血清の補体値はどうしたら上げられるでしょうか。

抗核抗体が非常に高いのですが、病気が悪いのでしょうか。

【回答】 SLEの患者さんのご質問だと思いますが、病気の活動性を把握するのにDNA抗体価と血清の補体値というのを指標にして、また、腎臓の障害があれば尿の所見を指標にして薬を増やしたり減らしたりします。ステロイドや免疫抑制剤で治療しますと普通は補体が上がり抗体が下がってよい状態になるということがあります。効果が不十分な場合には、まだ蛋白尿が出ていたり、腎臓の機能が正常になっていなかったり、血清の補体価が低い状態にあったりするかもしれません。この場合は、治療法を再検討し、さらにもどのような治療を行なうかを考慮します。この場合、血清の補体価を上げることだけを考えて治療するわけではないのです。場合によっては内臓の障害がなくて補体だけが低いという方もいます。この場合も補体を上げるだけの治療はしません。あくまでも治療するということは病気の状態、特に内臓の障害(心臓・腎臓・肺・中枢神経)があって、機能が正常に戻らない状態にならないようにステロイドや免疫抑制薬を使っているわけです。血清の補

体値とか抗体価だけを治療の目標にしてステロイドを沢山使ったり免疫抑制薬を使うということはありません。もちろん、これらの薬を多量に使えば、補体は正常に戻ると思います。しかし、これらの薬には重い副作用があります。そういう副作用を承知の上で、補体を上げるためだけにこれらの薬を使うということは通常しないのです。

また、病気の状態はよいのですが、抗核抗体が高いので病気が悪いのではないかと心配されている患者さんがいますが、抗核抗体で治療が左右されることはありません。抗体価が治療の指標になりますのはSLEであればDNA抗体価です。しかし、それ以外の抗核抗体、たとえば、MCTDではRNP抗体、シェーグレン症候群ではSS-A抗体、SS-B抗体など、それらの抗体価は必ずしも病気の状態と平行して動くわけではないのです。病気の活動性と平行して動く抗体として血管炎で見られる好中球の細胞質に対する抗体があります。

よくアンカ(ANCA)と言っていますが、この抗体価は病気の病勢と関係しますので、SLEにおけるDNA抗体価と同じようにステロイドを増やしたり減らしたりする時に指標にします。

【質問2】 圧迫骨折があつてステロイドが使えない。

【回答】 免疫抑制薬を併用して、ステロイドをできるだけ少ない量に減らしていきます。あわせて圧迫骨折の治療を行います。

【質問3】 顔に紅斑ができ消えません。出てしまったものはどうしようもないのでしょうか。出さないためにはどうしたら良いのでしょうか。

【回答】 ステロイドで効果がみられやすいのは炎症が新しい初期の状態の場合で、紅斑も消え易いのです。慢性化した場合や円板状紅斑の場合にはなかなか消えにくいということがあります。紫外線にあたると、また新しい発疹がでたり慢性化したところに新しい炎症が起こったりします。紫外線に注意すればひどくなるのを防ぐことができるのではないかと思います。局所的にはステロイドを含んだ外用薬で治療します。また、日焼止めクリームを使うことも時と場合によっては必要かもしれません。

【質問4】 寒くなるとレイノー現象が出てきます。

【回答】 冬場や今の季節ですと冷房でレイノー現象が起きやすくなります。

寒冷だけでなくストレスでもレイノー現象は起きます。日本の冬の寒さをどうやってしのぐかというのは難しいのですが、患者さんにはよく冗談で転地療法で冬はハワイやグアムに行けばレイノー現象は起きないですむのではと言ったりしますが、実際そういう状況でもつくとレイノー現象を起こらないようにするというは大変なことなのです。循環を良くする薬も使いますが、なかなかそれだけでは消えないですね。やはり、ストレスをさけ、保温につとめることが一番大切ですね。レイノー現象だけですとよいのですが、それに加えて皮膚の潰瘍や壊死を伴ったりすると困りますので、そうならないように注意し、指先はできるだけ清潔にして怪我をしないようにして下さい。

【質問5】 沢山の薬(11種類)を飲んでいるがその薬の相互作用について。

【回答】 危険性もありますが、最近では病院の薬局などでどの薬とどの薬のみ合わせが悪いか、コンピューターでチェックされるところが増えていきますね。このようなシステムができているところでは問題ないと思います。医師の方も、併用の禁忌薬剤や、相互作用により片方の薬が効きにくくなるので少し増やさなければならぬとか判って使っていると思いますので問題ないと思います。ただ、11種類の薬というのは多いと思いますので、最小限の種類で処方して頂くようお願いしたらいいのではないかと思います。ただ、病気の状態によっては、やむを得ないという場合もあるのではないかと思います。

【質問6】 消化管の穿孔は薬のせいではないでしょうか。

【回答】 これも難しいご質問ですが、薬の影響で例えば潰瘍ができてその為に穿孔するとか、病気の為に血管の炎症があり、その為に腸が穿孔するという事もあります。いちがいに薬の副作用だけで済まされないことも多いのです。どこからどこまでが薬の影響で、どこからどこまでが病気のせいなのか判りにくい所があります。医師から種々の可能性についてお話しして頂けるのではないかと思います。

【質問7】 多発性筋炎の治療と日常生活の管理。

【回答】 治療は一般的にはステロイドでよいと思いますが、ステロイドだけで効果がみられない場合は免疫抑制薬、特にメトトレキサートを併用します。この併用で、多発性筋炎のコントロールはかなりできると思います。日常生活の管理ですが、筋炎のあとの後遺症で筋力の低下がみられますのでリハビリをやっていただきたいと思います。できるだけ筋肉を動かす。特に肩の周囲、首の周囲、腰のまわりの筋肉が侵され易い病気ですので、その辺の筋肉のリハビリを是非行なってください。また、ステロイドと免疫抑制薬を使っている場合には、先程お話した副作用について、あるいは合併しやすい状態について留意をして、日常生活でも特に環境因子（清潔にする・感染の防御に対する事項）に注意して頂きたいと思います。合併症というのは、予防することによって最小限に抑えることができます。予防は最大の防御といわれてますのでそういうつもりでやっていただければと思います。

【質問8】 多発性筋炎で間質性肺炎を合併しているが出産は可能ですか。

【回答】 間質性肺炎があっても妊娠・出産の可能性はあります。ただし、間質性肺炎でどれだけ肺の機能、呼吸の機能が障害されているかによります。ですから主治医に現在の呼吸機能の状態を診て頂き、それが治療によって更に良くなるのかどうか、そして妊娠・出産が可能かどうかを聞いていただければと思います。

～ 平成11年8月1日 総会の医療講演より ～

橋本博史先生の本のご紹介

「新版 膠原病を克服する -患者の療養のための最新医学情報-」

平成7年11月発行 保健同人社 送料別 1,528円

「ステロイドを使うといわれたとき」

平成11年11月発行 保健同人社 送料別 2,100円

本部で扱っています。送料は1冊210円、2冊で380円です。
お近くの本屋さんでも注文できます。

全国難病団体連絡協議会主催



講演会



医療保険・医療法の改正について

特定疾患研究事業への自己負担導入、大学病院の紹介制による差額料徴収など、医療費の自己負担額は増額しています。今後さらに計画されている改悪は、大学病院での外来5割負担や健保本人の3割負担、慢性疾患への定額導入、薬剤の全額自己負担(風邪薬等)や上限制度の導入などです。

このような医療保険制度の相次ぐ改悪の中で、生涯にわたって治療や療養が必要な難病患者や難病団体は、今後どのように対応していったら良いのかを真剣に考えなければならない時期に来ていると考えます。そこで、まず現状がどの様になっているのかを把握する為に「医療保険・医療法」について、介護保険との関連も含めた講演会を開催いたします。今後の医療保険制度・医療法改正のねらいを明確にし、難病患者への影響を考えてみませんか。

日時／平成11年12月19日(日)

1:30~3:30

会場／戸山サンライズ研修室A

東京都新宿区戸山1-22-1

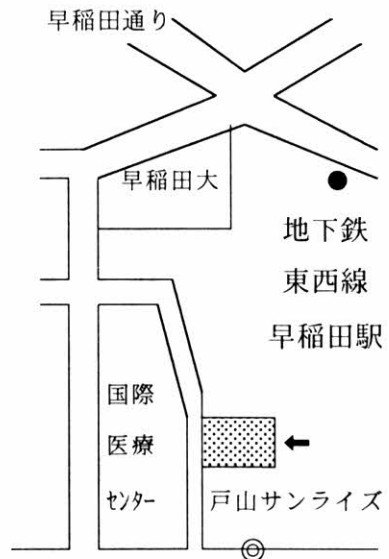
☎ 03-3204-3611

講師／篠崎 次男 氏

(立命館大学産業社会学部客員教授)

日本高齢者運動事務局長)

<参加費無料>

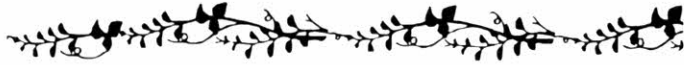


地下鉄東西線早稲田駅から徒歩7分

大久保通り

都バス戸山町前

都バス戸山町前から徒歩3分(新宿から国際医療センター経由女子医大行き)



介護保険について

厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室

室長補佐 小池 創一



I. 介護保険が始まります

来年の4月から介護保険制度が始まるということで、市町村、都道府県、関係する事業者などがいろいろな形で今準備しているところで、マスコミ等でも様々なことが、報道されてきている状況にあります。

また、「要介護認定」の申請手続きについてはおおむね今年の10月からいよいよ始まるということで、各市町村等において準備の方も追い込みの段階に入っているという状況にあります。

まず、この介護保険をどう位置づけるか、どう考えていくのか、ということについてお話したいと思います。

(1) 介護保険の位置づけ

介護保険には、介護と保険の2つの言葉があります。介護が必要になるということについては様々な場合があります。例えば病気があって介護が必要になる、また交通事故などで怪我による介護ということもあります。年齢を重ねていくことに伴って介護が必要になる方もいます。

介護保険制度については、介護保険法の中で詳細が決まっています。介護保険法第1条に「この法律は、加齢に伴って生ずる身心の変化に起因する疾病により介護状態となり、…」と書いてあります。大事なものは加齢に伴って生ずる身心の変化に起因する疾病により、要介護状態になるということ

なのです。この制度が目指しているところは、年齢を重ねていくことによって起こってくる寝たきりの状態ですとか、痴呆の状態などを介護の中心的な問題にしています。

では病気による介護、直接的に言えば難病による介護というのはどう見ていくのか。国は介護保険制度を作るので難病に関する介護は置いていくのかという疑問が当然生じてくると思います。ここで新しい保険を作ったというのは、介護保険というのは高齢化に伴なって作った制度であって、難病の施策をやめるということではありません。難病施策によって現在使われている様々な介護サービス等がありますが、そういったものを介護保険に切り替えることもできます。難病の施策でもできるものについて、それを介護で行うのか難病の施策で行うのかという問題もありますが、難病の施策として独自にあるものについては今までどおり難病の施策として続けていく。このところをご理解いただきたいと思います。

介護保険の保険の部分は、今まで税金でやっているいろいろな制度とは基本的に考え方が異なります。税金でやっていることというのは皆様からお預かりした税金を各制度に配分していくということです。保険のシステムは、保険料として納めていただいたものをどうやってその中でやっていくのかという、これまでの福祉の制度のような税金をもとにしたものとは違ってくるということをまずお話ししたいと思います。

(2) 介護保険制度の創設の動機

いよいよ来年から介護保険の制度が始まりますが、なぜこういう制度を始めることになったのか、簡単にお話ししたいと思います。

まずひとつには、介護の問題というのは、高齢者の介護の問題で、国民誰もが直面する大きな問題になっていることです。

数字でみると、65歳以上の高齢者のうち要介護者になる可能性は10数%といわれています。これはある時点で10%位の方が介護が必要になり、これを人の一生で見た場合、おおむね介護が必要になる割合というのは5割近くに達するといわれています。また実際、介護の問題はその人個人の問題ではなくて、家族の中で寝たきりの方が出てくれば家族全体の問題となって

くるという考え方からすると、殆どの人達にとって何らかの形で介護の問題に関わってくることになり、介護問題が老後の不安の最大の要因のひとつになっていると思います。

昨日の新聞にも総務庁でしたか、「将来についての不安な問題」がいろいろでていて、「将来の不安は何ですか」という質問に、1番は病気、高齢に伴って病気をするという身体の問題でした。2番目に介護が必要となる介護の問題、3番目に年金とか所得保障とかのお金の問題で、だいたいどういう世論調査を見ても、介護の問題というのは誰もが直面する大きな問題とされています。

もうひとつ介護の負担の問題に、家族が危機に瀕していることもまた大きな問題としてあります。寝たきりの高齢者のうち3年以上寝たきりだという方が半分を超えていると言われていています。まだ医療がそれほど進歩していなかった時代では、寝たきりになった期間が仮にあったとしても比較的短かったのですが、それが医療や医学の進歩によって少し長くなってしまった。それに伴って介護を行う家族の負担も増えてきている。また、高齢者の介護を行う方はあるデータによると9割以上が女性となっている。もちろん男性の方が介護をされている場合もありますが、多くは女性の方に偏っているという状況にあります。そういった中で、介護をしている人が介護をされている高齢者の方に憎しみを持ってしまったという人が3人に1人、あるいは虐待（直接的でなくても）をしたことがあるという方も2人に1人あるという調査結果もあります。家族が非常に過重な介護負担によって、いわば崩壊の危機に瀕しているのではないかと、そんなことまで言われるような状況になってきています。

（3）介護保険のねらい

お配りした資料（厚生省参考資料「もうすぐはじまります介護保険」を文末に掲載します）の2ページ目の介護保険のねらいに入ります。介護が必要な状態になっても、自立した生活が出来るように高齢者の生活を社会全体で支えるしくみが必要とあります。社会全体で支えるという意味は、家族だけで介護をしたいということは非常に大切なことですが、家族だけ、それも女

性だけが介護しなければいけないという問題ではなく、一生涯のうちに何らかの形で介護に関ってくるのであれば、まわりの人達も含めて社会全体で支えていかなければいけないということがまずひとつあります。

2番目に、介護のサービスは、例えば市町村の保健婦とか、ヘルパーとか、ケースワーカーとか、ある意味では役所の縦割りの制度の中でばらばらにサービスが出されてきてしまったのではないかという問題がこれまで指摘されていたのです。今度の介護保険制度を作るにあたって、介護サービスを保険と医療がばらばらにされるのではなく、立体的に提供されるようなしくみを作らなければいけないという問題意識を持っています。まず2つの場所で保険と医療と福祉というものが必ず一緒にならざるを得ないようなしくみになっています。

1つは「介護認定審査会」。御存じの方もいらっしゃるかも知れませんが、介護保険には要介護認定というものが必要で、要介護認定の審査判定をする時には保険・医療・福祉の分野の人が一同に会し、介護保険の申請者についてその方の介護の必要程度を審査判定します。

2つ目は、介護保険では保険・医療、さまざまなサービスを組み合わせて使うことができます。その組み合わせて使うサービスを「ケアプラン」「介護計画プラン」と言って、時間割りみたいなもので、1週間のうちヘルパーの方はこれだけ来ますという、そういった計画を作る時にサービス事業者、提供する人達が集まって打ち合わせをします。そこにも保険・医療・福祉さまざまなサービス提供者が集まってくるという意味で少なくとも2回は皆さん集まるわけです。そういう制度を通じて介護サービスを総合的に受けられるシステムが作られつつあるのです。

3つ目のポイントとしては、介護保険の保険の部分に関して、社会保険のしくみを取ることで、受けられる介護サービスと保険料の関係がわかりやすくなってきたことです。保険料というものがあってそしてサービスの給付というものがある。先日も保険料について、国全体で現時点での暫定的な平均値が示されていて、地域により若干値段が違っていたと思います。ある市町村ではヘルパーを1人に5回派遣出来るような地域があり、ある所では

ヘルパーを1人に1回か2回しか派遣できないところがあったとすれば、先程の保険料を集めてサービスを出すということを言えば、保険料が大きくなったり小さくなったりすることと関係があって、介護サービスと保険料の関係がわかりやすくなってきている。これは非常に大きなインパクトを与える問題と考えています。今までの福祉政策が大きく間違っていたと申し上げるつもりはないのですが、過去の福祉は与えられるものであった。税金という形で皆さん方からお預かりしたお金を基にしているのですが、その関係が不明確になってしまって、サービスを市町村の人が決めて「こうなさい」という、いわば措置という言葉を使っていますがそういう制度でした。今度は保険料を払っている人だから、サービスを利用する時、このサービスを使いたい、このサービスはいやだということがより明確に言えるわけです。サービスを利用する時、措置の利用制度では市町村がここに行きなさいと言えばそこに行くしかなかったのが、今度の介護保険制度では基本的には利用する人が事業者との契約という関係になりますから、自分で選ぶことが出来るし相手を変えることもできる。そう言った意味では、利用者の選択の幅は広がったと考えています。介護保険にはそういう狙いがあります。

II. 介護保険のあらまし

(1) 保険料の計算

まず、この制度では保険料というものをお支払いいただくなくてはならないということになります。この保険料をどうやって計算していくのか、保険料をどういうふうに納めていただくのか、ということについては11ページと12ページに書かれております。例えば、自動車保険という制度をつくろうと思えば、「加入者の中で何人ぐらいの人が交通事故にあう可能性があって、交通事故にあった時にいくら支払うのかということを決めて、その上で自動車保険会社として当然必要な経費を差し引いて保険料を払っていただける方について頭割りをしていく」というのが基本的な考え方になると思います。介護保険でも基本的な考え方は同じです。

介護保険の場合は保険者は市町村、自動車保険でいう保険を運営する会社

が市町村ということになります。11ページに、寝たきり、痴呆、虚弱の高齢者の調査ということで、保険給付の対象となる方がどれ位いるかを調べます。それから、市町村ごとにどれ位のサービスが提供できるのかを、いろいろな施設、事業者から聞き取り調査を行います。これは、自動車保険でいうと、同乗車の保険があるかどうか、あるいは、病気になった時にどこまでカバーするのかということと関係があると思います。介護保険制度の中で給付されるものについては、別のページに書いてありますが、そういった提供量の調査をします。

次に、計画作成委員会によってサービスの目標を検討することになります。これは、高齢者の方が100人いたとして100人の方すべて介護保険のサービスを使うというわけではないので、何割ぐらいの人がこのサービスを使うのかを計算するのです。そして、それについてサービスの供給量を掛け合わせていくと、平成12年度から16年度にかけて介護サービスの目標設定、ヘルパーであれば何時間分、グループホームだったら何人分というサービスの提供量総和が決まります。その上で平成12年度から14年度の介護保険サービスにかかる費用の計算で目標量にサービスの単価というものを掛け合わせていくのです。

(2) 介護サービスの単価

このサービスの単価というものがまたマスコミ等でいろいろ報道されています。これについては正式な金額は決まっていません。正式に決まるのは平成12年1月または2月になります。なぜかというと介護保険はそれぞれの保険料だけで運営するわけではありません。保険料としてお預かりするものとほぼ同じ額のもの税金から支払うことになっています。自動車保険の例でいえば、保険料を平均して千円納めているとすればその保険料について国なり地方自治体なりからおおよそ千円の補助が出ているとだけいっていただければいいと思います。国の公費が入るので、国の予算が決まらないと正式な金額を決めることができない。では国の予算がいつ決まるのかというと、平成12年の1月か2月です。では、何で今新聞に保険料とかが出ているのか。それは、そういった保険料を計算する為の仮の値段というものについて、去

年の実績から国の方でお示ししているのです。介護保険が始まると、今在宅の方で要介護5（介護状態が一番重い）に認定された方が月35万円使えるといろいろなところで言われています。しかし、その数字はあくまでも仮置き数字ですから、これが正式の数字ではないということは御承知おきいただきたいと思えます。

（3）一人当たりの平均保険料

いくつかの前提で仮においた数字ですが、介護サービスの目標量とサービスの単価を掛け合わせて介護保険からその市町村当たりでいくら払うのかということが決まるのです。介護保険から介護保険を利用した方にいくら払うのかというものが決まれば、今度は介護保険の保険料をいくらにするのかという問題に入ってきます。13ページを見て下さい。ちょっと複雑な絵ですが、左側の40歳から64歳までの方の保険料と65歳以上の方の保険料というのがあります。介護保険の場合、40歳以上の方から保険料をいただきます。40歳以上の方からの保険料だけで運営するのではなくて、国負担金、都道府県負担金、市町村負担金というふうに書いてありますが、半分程は公費が入ることになります。

例えば、全部で100万円の介護保険があって100万円払うということであれば、おおむねその50万円分は市町村、都道府県、国が補填し、その残りの50万円分について保険料を払っていく方々で割り振りをしていくことになります。1万人の保険料を払う人がいた場合は普通の保険であったら1人100円になるのですが、介護保険の場合は100万円のうちの50万円について1万人で払うわけですからそれは100円でなく50円になる、という計算の仕方になります。

（4）保険料の払い方

1人あたりの平均保険料はそうやって計算しますが、さらに保険料をお支払いしていただくにあたっては、所得が多い方とそうでない方がいます。そこをどういうふうにお支払いしていただくかということ、それから年齢別による保険料の支払い方も変わってくるという問題があります。

保険料の支払い方については2つに分れます。40歳から64歳までの方

と65歳以上の方では保険料は異なります。又、保険料の支払い方法も異なります。40歳から64歳までの方は何らかの形で医療保険に入っているかと思えます。その医療保険の保険料と介護保険の保険料を一緒に集めさせていただきます。それから65歳以上の方につきましては、市町村ごとに、どれ位のサービス量があるのか、そしてそれを割り算するというような方法で、一人一人から保険料をいただくという方法になります。ただし、65歳以上の方についてはその人の所得の状況に応じて、標準額の50%、75%、100%、125%、150%の5段階で計算します。

仮置きの数値を基にして今の時点で集計できた限りでは、全国の平均値が65歳以上の方で2,885円程度という値が出ています。これは真ん中の方々が2,885円ということになるので、所得の低い方で50%の方であれば1,443円、75%の方であれば2,164円という計算になります。所得が低い方で75%の方は世帯の方全員が住民税の非課税になっている家族。それから50%の方は、生活保護の受給者とか老人福祉年金の受給者の方々になります。そういったことで保険料の納め方というものが決まります。ここで65歳以上の方からは原則として年金からの天引きという形をとらせていただくこととしています。月当たりの年金額が1万5千円を越えている方は年金からあらかじめお預かりする形になります。介護保険はあくまで保険制度ですから皆さんから保険料をいただくということが前提になります。それ以外の方については保険料をいただかないのかということになりますと年金額がいくらからの人から天引きをするのかという話になりますが、それ以外の方についても保険料の普通徴収といって、市町村から直接保険料をいただきにあがったり、あるいは、銀行振り込みや郵便局からの振替えというような形で保険料をお納めいただくという形になっています。保険料についてはこういう形で標準的な金額から減じていく制度がひとつあります。さらに、所得の水準が低く、生活保護になってしまった場合は、生活保護の保護費に保険料部分を上乘せしてお支払いしていくので、生活保護を受けられている方は自分の手元に入ってくる金額が減るということではないのです。以上が保険料のおおむねの仕組みです。

Ⅲ．介護サービスを受けるまでの手続き

次に介護サービスを受けるまでの手続きの流れについてお話したいと思います。1～2ページの方へ戻っていただきたいのですが、介護保険のサービスを利用したい場合、その方は市町村に要介護認定の申請をしていただきます。A4、1枚の申請書に住所や名前を書いて市町村の窓口に出していただき、申請を受けた市町村では要介護の認定を行います。

この要介護認定には、2つ資料が必要になります。ひとつが、認定調査の結果で、もう1つは主治医の意見書です。

（1）認定の調査

認定調査というのは市町村の職員が直接行う場合と、その市町村が委託をした指定居宅介護支援事業者、ケアマネージャーという方になると思いますが、そういう方に調査を委託する場合があります。そして、施設に入っている方でも在宅の方でも、そこにまず調査員が行ってその申請者の身心状態について調査を行います。この調査は全国一律の調査になります。例えば、飲み込みだとか食事が自立して取れるかどうか、排尿、排便とかの排泄が自分で出来るか介護を受けているか、というようなことについての情報を得ます。

（2）主治医の意見書

もう一つ主治医の意見書が必要となります。例えば難病の場合、申請者が意見書を自分で取りに行きますが、この場合は市町村から直接主治医に連絡がいった主治医から意見書というものが提出されます。それが原則なので、介護保険の利用者が主治医の意見書をとるにあたって、診断書料を払わなければならないとか、あるいは病院に行って診察を受けてもらって意見書を一緒に申請するというものではないのです。ただ、市町村の事務を効率的にやるということで、市町村の側からすると申請書をもって主治医のところへ連絡をして主治医のところから意見書をもたらってくる、この時間を短縮するために、申請する時に一緒に意見書を持ってきて下さいと申請者の方をお願いすることはあり得ます。それはその地域によって異なります。ただ、仮に利用者の方が主治医から意見書をもたらってくるように言われた場合、いわゆ

る診断書料、文書料は市町村から支払われるので利用者の方が払う必要はありません。ただ、介護保険の意見書を書いてもらいに病院へ行った時に、たまたま病気が見つかったということであれば、それは医療が必要だということで医療保険を使って診察を受けるということはあるかもしれませんが、基本的には主治医がこれまで書いてあるカルテをもとにして意見書を書くという仕組みになっています。

（３）介護認定審査会

認定の調査の結果と主治医の意見書の2つを基に、市町村の介護認定審査会において審査判定が行われます。

審査判定について「なんで介護保険だけ認定審査会でややこしいことをするのか」という声が時々聞かれるのですが、医療だったらお医者さんが判断すればいいことですが、介護保険の場合は医療のサービスもあれば、保険のサービスもあるし、福祉のサービスもある。いろいろなサービスがセットになっているので、それぞれの立場から間を調整しなければなりません。介護保険のねらいの中にありますが、介護サービスを総合的に利用するという観点から各保険・医療・福祉の学識経験者の中からみて認定しなければならないのでこういう制度になっています。そして、認定審査会において介護保険制度を利用するほどの状態であるのか、身心の状態がどの位の程度であるのかを認定します。

（４）要介護認定基準

認定にあたっては、その人の介護の手間がどの位かかるのかという、「手間」という共通の尺度を用いて審査を行うことになります。この要介護認定基準については、今年の4月の末頃決まって、かなり報道等もされました。これは病気の重さと介護の手間については必ずしも一致しないということがあると思います。

例えば、痴呆のあるお年寄りと、痴呆のないお年寄りと同じ様な身心の状態であったとします。お年寄りがだんだん寝たきりになって、身心の状態が悪化して行くというふうに重症度としては重くなってくるという状態を考えていきますと、痴呆がない方でずっと寝たきりになってくれば、どんどん介

護の手間がかかってきます。ところが痴呆のある方の身心の状態がどんどん低下していく場合のことを考えてみると、最初のころは身体が元気で痴呆であれば、例えばあちこち徘徊をするとか、あるいはいろいろな問題行動を起こすということで手がかかります。ところがだんだん身体の方が悪くなって、あまり歩けなくなってくるということであれば、遠くへ行かなくなり痴呆の関心の介護の手間は少し減ってきます。それに寝たきりの部分による介護の手間が増えてくることになって、この場合寝たきりになってだんだん重くなっていけば直線的に介護の手間が増えてくるというふうに簡単にはいかない難しいところがあります。

痴呆の重い人と軽い人というのを見分けるというのは、専門家の方から見れば難しくないことかもしれません。病気の重さについても、いろんな診断基準にあてはめていけばある程度解ってくる、寝たきりの重さというものも一本の直線で見えていけるかもしれません。寝たきりの重い人と痴呆の重い人とどっちが大変かということになると、非常に判断するのは難しい。そこに要介護認定の難しさがあるのだと思います。

これも変な例えかもしれませんが、「日本人とアメリカ人の男性の平均の身長はどっちが高いですか」と言われれば、「たぶんアメリカの方が高いでしょう」と言えると思います。なぜ簡単に比較できるのかといえば、それは身長は何センチというような物差しがあるからです。でも「日本人とアメリカ人とどっちが文化的ですか」というふうに言われると、いろいろな意見が出てまとまりません。なぜ日本人とアメリカ人とどっちが文化的かということがわからないのかというと、共通の物差し、尺度がないからです。同じ様に介護の認定をしていく時に「寝たきりの人が重いか重くないか、痴呆の方が重いか重くないか」「介護の手間がかかるか、かからないか」ということについては、共通の尺度がなかなか無いので非常に難しいところなのです。要介護認定では共通の尺度をどうしたかということ、在宅の方、施設入所の方いろいろいらっしやいます。そういった方が仮にある施設に入っていたら、どれくらいの量のサービスが提供されるかというあてはめを行います。それが要介護認定の基本的な形です。家にいた時に3時間介護を受けていた

人もいれば、施設の中で2時間介護を受ける人もいます。そういったものを全部同じ条件で、同じ施設の中に入ったとしたら、どれくらいに相当するかというのが要介護認定の基準の為の時間というものになっています。4ページのところに1日あたりの要介護認定基準時間が書いてあります。ここにある時間というのは、そういったあてはめをした結果の時間です。『要介護1』は1日あたり30分から50分とありますが、『要介護1』と認定されたら、介護保険でヘルパーが1日30分から50分しか来ませんということではありません。それから1日あたり30分から50分と認定されたことが、家で家族の方が30分から50分介護をしているんだということでもありません。むしろその方の介護の手間の掛かり具合というものをひとつの同じ様な条件の施設に入ったとすればこれくらいに相当しますよという、介護の手間の掛かり具合のひとつの物差しとしてこういう時間があるのです。このように介護認定審査会において審査判定を行いまして、要介護1、2、3、4、5という段階を決めていきます。

次に審査判定までどの位の時間がかかるのかというと、介護保険の法律の中で「申請者が申請をしてから30日以内に結果を通知しなければいけない」となっています。ですから30日以上待たされるということは基本的にはありません。もし30日以上を越える場合はその理由をつけて申請者の方に通知をしなければいけません。

また、認定の結果がでるまで介護保険をつかえないのかというと、これは使っていただいて結構です。介護保険の場合は申請した日にさかのぼって認定の効力が生ずると書かれています。例えば4月1日に申請をして4月30日に結果がきたとしても、4月1日から使っている部分のお金については最初は要介護の結果がどうなるのかわからないので全額を払っていただくのですが、後から9割お金を返してもらえるとという仕組みになっています。このように『要介護認定の結果が30日以内に通知される』ということ、それから『介護保険のサービスは認定の結果がでる前にも使えることが決まっている』ということがあります。

IV. 介護保険で受けられるサービス

(1) 介護サービスの種類

次に、5～6ページのところの介護保険では何のサービスが使えるか、どういう部分が使えるのかということになります。

介護保険の場合では、『要支援状態』と『要介護状態の1から5』という結果が出てきます。『要支援状態』というのは、介護保険の施設に入る程ではないが、そのかわり家事などの日常生活に支援が必要な状態の老人です。特別養護老人ホームや老人保健施設ですとか介護療養型医療施設というところには入れませんが、在宅のサービスを使うことが出来ます。施設のサービスを利用するのが『要介護状態』というふうにみていただければ良いと思います。

(2) 介護サービスの利用金額

サービスの種類については、このように決まっていますが、6ページにありますように、「介護保険の場合は1割の利用者負担がある」という点に注意する必要があると思います。ここで2つ気を付けていただきたい点があります。

1つは6万円から35万円程度というものは在宅のサービスの金額です。在宅のサービスはまず限度額が決まります。要介護度が決まれば介護保険はいくらまで使えますということが決まります。例えばそれが10万円だというふうになれば、その10万円という枠の中で自分のその使いたいサービス、ホームヘルパーを何回、デイサービスを何回、老人保健施設への通所を何回、というふうに入れていってその枠の中でどれ位の介護サービスを使うのか決めていただくというのが原則になります。一方、施設に入った場合、施設に入ればそれぞれのその費用というものは自動的に決まってきます。例えば『要介護3』の人で特別養護老人ホームに入ればいくらかと、療養型の病床群に入ればいくらかとする。もちろんいくつか特別なサービスを受けたりすると増えたり、人の配置がちょっと多いところになればそれなりにというものがありますが、原則として要介護度ごとに決まっていきます。だから、施設

に入ってお風呂を週3回受けるといくら、お風呂に入るのが週2回だといくら、毎日お風呂に入るといくらと、そのような仕組みではありません。要介護度がいくつの人でこういう条件が整った施設であればいくらということが自動的に決まってくることになります。

2つ目は、在宅の場合で6万円から35万円となっている中で、例えば要介護度が決まり「あなたの限度額は10万円です」と言われた時に、「その10万円をうちは全部ヘルパーさんに使います」ということができるかという、実はそのようにはなっていません。いわゆる支給限度額、区分支給限度額といいまして訪問通所系のサービス、例えばホームヘルパーの訪問や看護婦の訪問、訪問リハビリテーションや入浴のサービスといったいくつかのサービスの組み合わせごとにくらまでというように決まってきます。

その区分というものは大きく2つありまして、訪問通所系のサービスの限度額が1つ決まります。それは、今の訪問看護、訪問介護、訪問リハビリテーションといったようなものです。それからもう1つが介護保険には施設への短期入所サービスがあって、特別養護老人ホームや老人保健施設などに1週間とか2週間とか短期の入所サービスが要支援の方から使えることになっています。この枠は別になっています。この2つの種類に分かれていますので、その中で決めていただきます。

ひとつの市町村の中で使えるサービスが、1ヶ所に集中してしまうということになると、なかなか市町村の側として「サービスの使い方が非常に難しくなる」という問題もあって、そういう支給限度額という考え方を法律の中に位置付けています。もちろん、全体的には訪問通所系のサービスの枠というものがわりと大きくなってくるのは間違いないかと思います。そういう形でサービスの利用の限度額が決まってきます。

(3) 介護サービスの計画

具体的に、どのような計画を、どのように立てて、どのように使っていくのかということが7～10ページに出ています。それぞれの要介護度別にどれくらいの介護サービスが利用出来るのかということについて、健康保険の場合、被保険者証をお持ちかと思いますが、それを要介護認定の申請をする

時に出していただくと、その保険証の中に「あなたの支給限度額はいくらです」と申請の結果が返ってきます。そうして、その介護保険に使える限度額までの範囲で介護サービス計画を作っていきます。具体的なイメージは9～10ページに出っていますが、こういうサービスを利用することが出来るのです。

ここでひとつ注意していただきたいのは、介護保険のサービスとして使えるサービスの金額を越えてしまったらどうなるのかという問題ですが、介護保険の限度額を越えた部分については、全額自己負担でやっていただくことになります。例えば、医療保険では、治療したうちの一部は保険を使い一部を保険を使わないということはできません。介護保険の場合は、「介護保険の枠の中については介護保険でやってください。それを上回る部分については自己負担でやっていただいたとしても、介護保険の方で何か制限をかけたことはありません」というシステムです。

それから、介護サービス計画の中で、難病の関係で独自にやられているものがあつたと思います。例えば難病患者居宅生活支援事業の中に、ヘルパーの派遣があつたと思いますが、介護保険のサービスとは全く別のサービスが行われていた場合は、介護保険の支給限度額の枠とはまた別の話です。制度が別ですから、介護保険とは別の制度でヘルパーの人が週1回来たら介護保険の週1回のヘルパーが受けられなくなるということではなく、そこは制度を分けているのでご安心いただきたいと思います。

V. まとめ

介護保険の制度は、いろいろ高齢化に伴っておこってくる介護の必要度に応じてそれを保険料によって運営していくという制度であります。ですから、たとえば介護保険制度ができることによって今の難病の施策がなくなってしまうことはありません。また介護保険の制度と同じサービスがあるとしてそれを介護保険でやるのか難病の施策でやるのかという問題はもちろん出てくるとは思います。調節していきますので、介護保険にすべて移ってしまうとか今の難病などの施策が全部無くなってしまうとか、というものではないとい

うことを改めて確認させていただいて、講演を終わりにさせていただきたいと思えます。

【質問1】 1つは難病患者には居宅支援事業があるが、介護保険とどう使い分けるのか、2つ目は難病患者は働けない人も多いが減免措置はありますか。

【回答】 まず、難病患者等の居宅生活支援事業ということについてですが、最終的にこれも国の予算を使ってやっている話なので、これから、国の概算要求といたしまして、8月の末くらいまでに厚生省としてはこういう考え方で来年度は予算を使って行きたいです、ということ厚生省案として出すわけです。その厚生省案について、例えば、これは政府全体としてどうしていくのか、ということで大蔵省とか、そういったところとの調整があって、12月末頃に政府予算案ということで案が出ます。そして来年の年が明けてからでしょうか、国会での議論を踏まえて、決めていくこととなります。そこで今の時期で具体的にどうなっていくのかということについて、非常に申し上げにくいところがあります。

また、難病の施策については、わたくしども介護保険の担当局と局が違うので、細かいところについてはなかなかお話できないところがあって申し訳ありません。基本的な考え方としては、介護保険というのは高齢化に伴って必要になってくるサービスをカバーするための保険です。ですから、難病の方でも高齢化をしていくと、それに伴って当然介護が必要になってくることがあると思えます。そういった部分については、介護保険でカバーするという部分もあるかもしれません。

ただ難病の方に独自のサービスと、高齢化していけば誰でもやらなければいけないこととは別のものとして、難病向けのサービスがあるとするとそういったものについてはこれまでのように難病施策の中でやっていくというように聞いています。ですから難病の施策をどうやって進めていくのかということは、これから大蔵省とか国会にいろいろ訴えかけていかなければいけないのかと思えますが、基本的には制度を別にしたということの意味は難病の

施策をやめましたということではないし全部介護保険でやるということでもないということまでしか申し上げられません。今のところ、そういう使い分けになってくると思います。

次に減免措置ということに関してですが、減免措置といった場合2つあると思います。保険料の減免と、利用料の減免があると思います。

まず、保険料の減免についてですが、これは最初にいいましたように、介護保険は保険です。保険であるということは、なんらかの保険料を払っていただいて、その保険料をプールした中から寝たきりや痴呆の方達が出てきた時にお金を払っていくというシステムです。例えば介護保険法の中では、災害とか天変地異のようなことが起った場合に、保険料をゼロにするということは制度上考えているのですが、それ以外の場合については保険である以上は保険料をお支払いいただくことが原則となります。ただ、ゼロにはしないというだけであって、保険料については所得の状況、それから働けなくなって収入が少なくなってくれば住民税の課税状況とかそういったものを基にして保険料の減免があります。

さらに市町村の中でいろいろご検討されていることの中に、平均保険料はいくらにするのかということがあります。今、保険料は5段階に分かれ、50%の人、75%の人、100%の人、125%の人、150%の人がいて、多く払っている人の分と少なく払っている人の分が一定になるようなやり方をしているのです。その段階をもう少し細かくするというのを市町村ごとにやるというのは可能であるという扱いをしています。

それから介護保険の利用料です。1割負担の問題について、1割負担と言っても例えば要介護5は35万円。これは仮置きの数値ですけども、仮に35万円だとすれば3万5千円、これは決して少ない額ではないと思います。それから施設入所の場合で療養型の病床群、割と介護職員が多い病院ですが、そういったところについて平成10年の現行の価格でいうと大体月平均46万円かかっていると数字が出ています。これはあくまで仮の数値ですが、これで仮に46万円だとすると4万6千円、これもやっぱり相当な額になってきます。ということで、介護保険制度については、高額介護サービス費の制

度を作っています。

医療保険の中で高額療養費は、要するに健康保険にも1割とか、2割とか、3割負担をしていただく一部負担があるのですが、一部負担金がいくら以上になればそれ以上払わなくていいという仕組みです。それにならって、介護保険についても「一部負担金の1割負担の上限額を定めましょう」ということで、今、審議会でいろいろ議論しています。この1割負担の上限額について、医療保険のものを引き合いに出しながら決めていこうと、これも金額に関する事なのでいくらということは今の時点では申し上げられないのですが一部負担の上限額を作ります。一部負担の上限額は、所得の少ない方については普通の所得の方の一部負担の上限額よりもさらに低い額で定めていきます。それから、例えば老夫婦2人とも寝たきりで介護保険を使っているという場合、2人別々の上限額だと上限額の2倍の額が世帯全体の上限額になってしまいますが、そこは同一の世帯に複数の要介護の方がいてもひとつの上限額にすることで今、審議会で議論を進めているところです。

【司会】 本当に働きたくても働けない、こういう患者さんをなんとかこれからも考えていただきたいと思います。私達患者会からも厚生省に要望いたしますのでよろしく願いいたします。

【質問2】 家族介護の手当を検討していただきたい。家族は24時間介護から離れられない。ヘルパーの1・2級よりも家族の方がベテランである。月3～5万円程の助成はもらえないだろうか。

【回答】 家族の方々が介護をしている問題について、これも介護保険の制度を作る時からすごく大きな問題となっています。家族介護の評価をどうやってしていくのか、あるいは保険で見るべきなのか、現金給付という形でお金を渡すべきなのか、それに賛成、反対の意見が両方あって、今でも審議会では2つの意見が真っ向から対立するというような状況なのです。

まず、介護をしている家族の方に現金を直接渡すべきかどうか、これは介護保険法の法律を作る時に、国会から審議会からすべて巻き込んで、大変な

議論になりました。現金をお支払いする方法をとっているのは、国際的にはドイツが同じような介護保険の制度があり、現金を渡しています。日本では、この介護保険の法律を作る時の国会の議論で、現金を直接家族の方に払うことはしない。このようにはっきり決めています。これはなぜかというと、介護の社会化ということ为先程来講演してきましたが、今までどうしても、お嫁さんや女性が家庭にしばりつけられて介護だけをやらされてしまう。あるいは、介護離職、介護の為に仕事をやめなければならない家族が増えていると、必ず家族が介護をしなくてはいけないというように、道をひとつにするのはやめようと、家族が介護したい方は家族が介護するし、周りからヘルパーを呼んだりするのを何の気兼ねもなくできるようにしようと、これが介護保険の制度を作ったきっかけのひとつだったのです。仮にこの現金給付をしてしまうと「お金をもらっているのだから嫁さんが介護するのは当然でしょ」というようなことを言われる可能性があるのではないかと、そこら辺の議論が非常にあって直接お金を渡すことはやめようと、ここは国会での議論までを含めて方針は変わらないと思っています。

今、審議会で議論されているのは、やはり家族で介護することはあるわけだし、また地域によってはなかなか外からヘルパーさんと呼ぼうにもヘルパーさんがいないところがある。そういうところではどうしたらいいのかという議論があって、まだ審議会でも結論は出ていません。国としても方針が決まったわけではないので、今の時点でというお話になりますが、家族の中にヘルパーの資格をもっている人が1人いて、その人が家族に対して介護をすることで介護保険の事業者に雇われてそこからたまたま自宅に派遣されているんだという形にして介護の費用をお支払いするというようにしてはどうかというような案を中心に、今話し合いを進めています。ただ、介護の社会化、みんなで支えあうという観点からすると、ヘルパーの人達の中で、その人が自分の家にだけいくということは無いようにしよう。外の人も入ってくるというようなこととか、あるいは、どういうサービスを利用するのかということについては、例えば炊事とか、洗濯という家事援助のサービスというのは、家族がやるというのと余り区別がつかないので、例えば入浴の介助とか、排

泄の介助とか、そのようなことを介護の主な内容にしないといけないということを条件にしてはどうか。あるいは、ヘルパーの人が事業所に雇われているとすると、週に10時間働くということにした場合は、家族を介護する割合は半分越えないようにしよう。家族介護をしているヘルパーの人は、他の人の家にも行くようにしようということで家庭に必ずしも縛り付けられて、事実上、現金を渡しているのと同じような形にはしないようにしようといったような案が今話し合われています。そういう取扱いの賛成派の人達がいることについては、家族が家族を介護しているというのは非常に大事なことなので評価すべきだという意見、あるいは、もう少し現実的な話として、周りにヘルパーのサービスがないのだからやはり家にいる有資格者を有効に使うべきだという賛成論があります。一方反対論としては、雇われている形にするとか、外にもサービスの提供をするということにしても、結局お金を直接家族に渡しているのだったら、お金をもらっているのだから嫁は舅を介護するのは当然だというふうな役割分担が固定化するという意味から反対する方もいます。もうしばらく、この議論はかかると思います。

【司会】 このご質問の方のご家族がヘルパーの免許を持っているのかどうか書かれていませんが、来年4月からの介護保険が導入されますと、今現在ヘルパーの数が一般的に大変少ないので、家族の方がヘルパーの免許を取らなければ、資格を取るのもひとつの提案かなと思います。厚生省の方もいろいろ配慮しながら、家族もヘルパーとして認めるか認めないかよく審議していただきたいと思います。

【質問3】 申請後30日以内に通知がされるということで、その間に利用したサービスに関しては、後で9割のお金が返ってくるということですが、もし、利用したサービスがその後の判定とはちょっと違っていたサービスを利用していた場合に、その場合のお金はどうなるのでしょうか。

【回答】 要介護認定の申請をされて申請の結果が予想していたものとずれていた場合どうするのかということなのですが、申請の結果、要介護認定で

ここまでといった部分しか介護保険でのお金は戻ってきません。仮に予想を大きく上回って自己負担をしてしまった場合は、大変申し訳ないのですが、自己負担という形になると思います。緊急的に使う場合というのは、最初から多めの目いっぱいというような使い方はしないのではないかと思います。

【質問4】 介護保険で、実際に私達仲間の現状では受けられる人が何人いるだろうか、という問題だと思うのです。膠原病というものが、介護保険の中にどれだけ理解されるだろうか。非常に波があります。強皮症の方はかなり手帳を持っているので在宅酸素とか受けられる方もかなりあると思うのですが、膠原病という病気をどこで繰り込んでいただけるのか、その辺をお願いとして、厚生省がこれから指導していく中でこの難病を理解してほしい。私が住んでいる市でもヘルパーが足りない。埼玉県92市町村の中でヘルパーの確保が出来ていないというのが半分なのです。その中では、私達難病患者の居宅事業も障害者を見るヘルパーさんと一緒にという市町村が多いのです。その中でヘルパーの確保についてもっと指導して欲しい、それから48都道府県の悲鳴を聞いて欲しい。これは要望なのです、よろしく願いいたします。

【回答】 膠原病をどこまで介護保険の中に取り組んでいくのかという非常に難しいところがあります。要するに難病施策として、やはり難病独自のものとしてやっていく。介護保険は保険制度であるということは、どうしても自己負担しなければいけないとか、保険料の枠でしかできないというようなものがあります。一方いわゆる難病施策であれば税金を使うということになるという問題や、難病以外の方から保険料を集めているという問題もありますので、ここは、引き続き検討していかなければならないと思っています。

それから、ヘルパーの確保について、これも地方分権の時代と言われています。介護保険の事業計画、去年の10月に利用者の方がどれくらいの利用意向があるのかと、まず、住民の利用意向を集めて、そして市町村の中に自分達には財政力はこれだけある、人を養成するのにこれだけあると、どういう福祉をやりたいのかということを考えるという、ステップをふんでやって

いくということです。住民の声もできるだけ聞いて下さい。そういう形をお願いをしていくということになると思います。

【質問5】 家で老人の介護をしております。今までは自分が入院が必要な時とか、今日のような講演会があって出かける時は、施設に短期入所をお願いしていたのですが、今度介護保険が始まると、ホームヘルパーさんを極力使うようにということで短期入所が受けにくくなると、そのように市の指導員から聞いたのですが、これは本当のことでしょうか。そうなると私達も安心して入院などが出来なくなるのですが。

【回答】 介護保険がスタートすると施設のショートステイが使いえなくなってしまうというのではないかということなのですが、ちょっと事実関係がよくわからないのですが、介護保険の考え方というのは利用者の選択の問題です。ヘルパーを使うべきか、ショートステイを使うべきかということはもちろん、その限度額というものはありますが、その限度額の枠の中で、その人のその身心の状態に応じて決めるべきことであります。それが原則ですので、その町なり県なりの担当者がもう少し別の意味があったのかもしれませんが、ヘルパーを使えばショートステイが使いえなくなるというものではないというのが介護保険の制度でございます。

【司会】 先生、大変お忙しい中ありがとうございました。膠原病友の会の皆さんの声をぜひ厚生省の方にも聞いていただいて、私達も厚生省の方へ足を運びますので、どうぞよろしくお願い致します。本当に今日はありがとうございました。

～ 平成11年8月1日 総会の講演より ～

平成12年4月から

もうすぐはじまります
介護保険



厚生省老人保健福祉局 介護保険制度施行準備室 監修

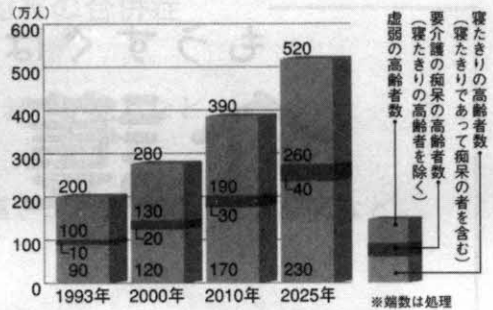
介護保険制度がはじまります!

わたしたちはいま高齢社会のなかにあり、21世紀の半ばには3人に1人が高齢者という時代を迎えようとしています。

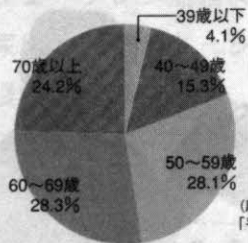
寝たきりや痴呆の高齢者が増える一方で、介護する人も高齢になり、また働きに出る女性も増えるなど家族だけで介護することは難しくなっています。

介護は誰もが直面する問題になっています。そこで、介護を社会全体で支える「介護保険制度」が生まれました。

寝たきり・痴呆などの高齢者が急増しています

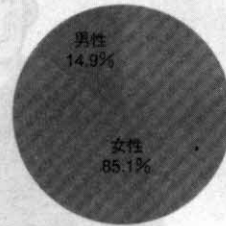


介護者の50%以上が60歳以上です

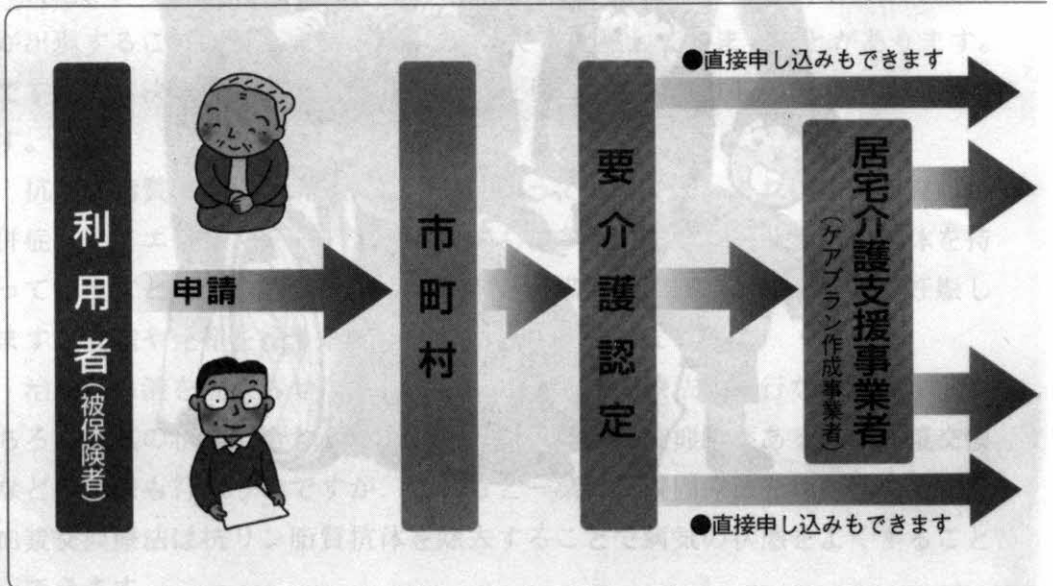


(厚生省大臣官房統計情報部
「平成7年国民生活基礎調査」)

介護者の85%が女性です



介護サービスを受けるまでの手続きの流れ



介護保険ってどんな制度？

介護保険の ねらい

- ①介護を必要とする状態になっても、自立した生活ができるよう、高齢者の介護を社会全体で支える仕組みです。
- ②身近なケアプラン作成事業者に相談すれば、これまで福祉と医療に分かれ、窓口も別々で利用しにくかった介護サービスを総合的に受けられる利用しやすい仕組みです。
- ③社会保険の仕組みにより、受けられる介護サービスと保険料との関係が分かりやすい仕組みです。

介護保険の あらまし

- 制度の運営主体(保険者)は、市町村・東京23区です。
- 制度のスタートは、平成12年4月からです。
- 「要介護認定」の申請は、平成11年10月からはじまります。
- 介護保険に加入するのは、40歳以上の方です。
- 寝たきりや痴呆などの場合にサービスが受けられます。
 - ・65歳以上の方(第1号被保険者)
常に介護を必要とする状態(要介護状態)や、日常生活に支援が必要な状態(要支援状態)になった場合にサービスが受けられます。
 - ・40歳から64歳までの方(第2号被保険者)
初老期の痴呆、脳血管疾患など老化が原因とされる病気により要介護状態や要支援状態になった場合にサービスが受けられます。

在宅サービス事業者

- ・家庭を訪問するサービス
- ・日帰りで通うサービス
- ・施設への短期入所サービス
- ・福祉用具の貸与や住宅の改修 など

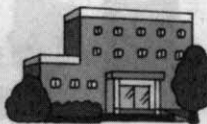
在宅サービスの 利用



介護保険施設

- ・特別養護老人ホーム
- ・老人保健施設
- ・療養型病床群 など

施設への 入所



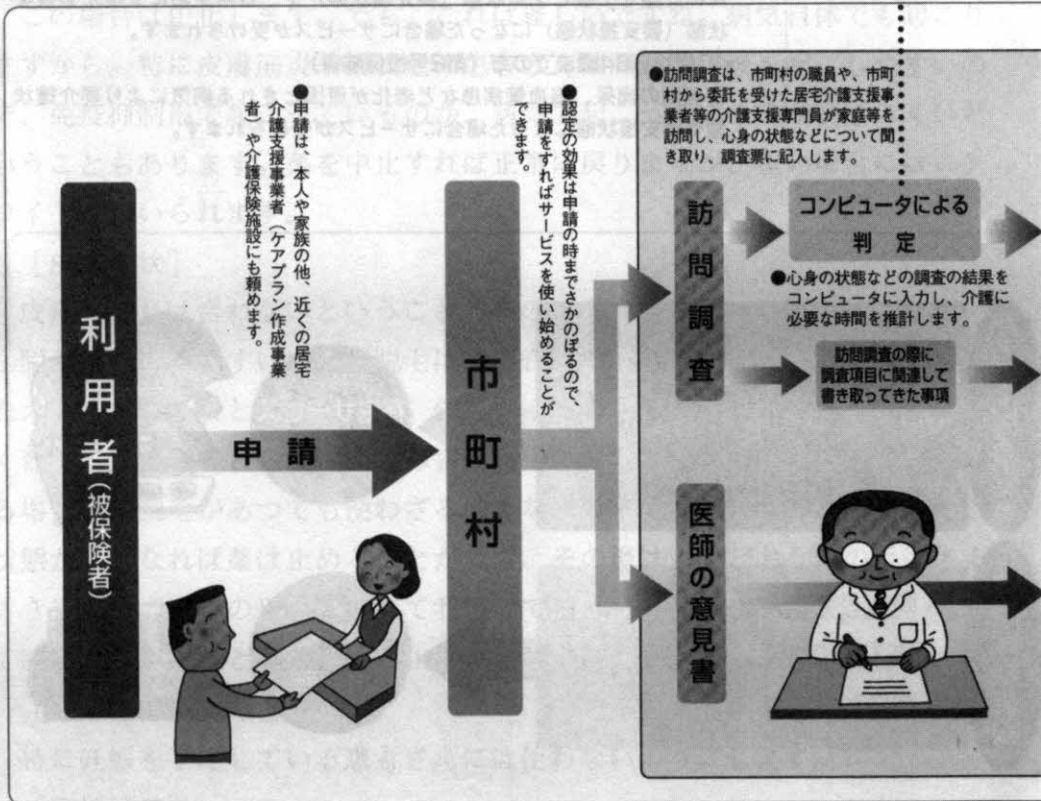
まずは要介護認定の申請から

介護保険からサービスを受けるためには、寝たきりや痴呆などサービスを受けられる状態かどうかの認定（要介護認定）を受けることが必要です。市町村に申請すると、原則として30日以内に結果が通知されます。

要介護認定では、寝たきりや痴呆など介護が必要な状態かどうかだけでなく、介護の手のかかり具合（要介護度）も判定します。要介護度により、在宅サービスを受けられる額や施設に入った場合のサービスの額が異なります。



要介護認定の申請から認定まで



要介護認定は公平に行います

全国的に公平な認定ができるように工夫しています

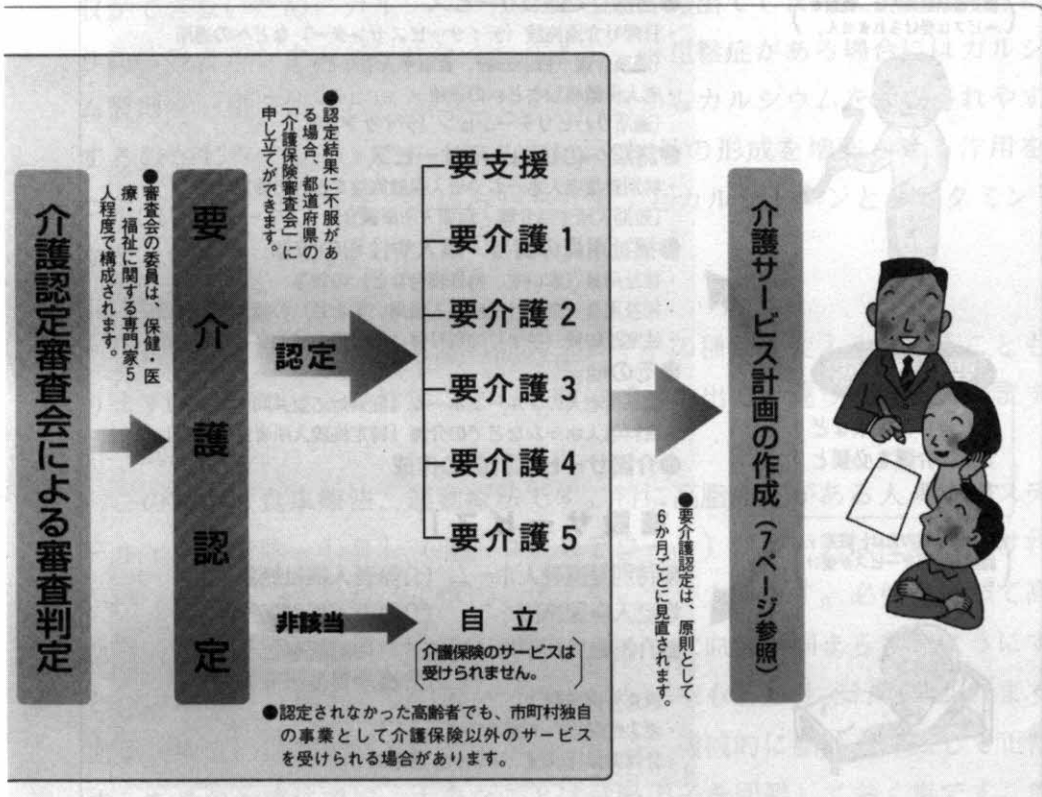
- ① コンピュータによる判定をもとに、全国共通の心身の状態の例に照らして「審査判定」を行います
- ② 訪問調査の方法のマニュアルを作り、調査員の研修を行います
- ③ 介護認定審査会での審査判定のマニュアルを作り、委員の研修を行います
- ④ 全国の市町村で、ばらつきがでないよう情報を広く共有します

要介護認定基準時間の推計

実際の施設入所者について2日間にわたり、1分おきにどのような介護が行われているかという調査に基づき、仮にその人が施設に入所したらどのくらいの介護の時間が必要か推計します。
 (注：この時間は認定のための「ものさし」で、実際に家で介護している時間とは異なります)

【1日あたりの要介護認定基準時間により、要介護度の判定を行います】

要支援	1日あたり30分未満であって、全体の介護の時間が25分以上か、または洗たく・掃除などの家事援助や機能訓練の合計が10分以上である状態
要介護1	1日あたり30分以上50分未満である状態
要介護2	1日あたり50分以上70分未満である状態
要介護3	1日あたり70分以上90分未満である状態
要介護4	1日あたり90分以上110分未満である状態
要介護5	1日あたり110分以上である状態



介護保険で受けられるサービス

介護保険では、介護が必要になっても、できる限り住み慣れた自宅で、自立した生活ができるよう、必要な福祉サービス、医療サービスを総合的に受けられる仕組みをめざしています。

特に在宅サービスについては、高齢者夫婦世帯でどちらか一人が寝たきりになっても、自宅で暮らし続けられるようなサービスの水準をめざし、充実を図ります。



費用の1割は利用者の負担です

介護保険からサービスを受けたときは、原則としてかかった費用の1割を負担していただきます。また、施設に入った場合は、費用の1割のほか、食費を負担していただきます。

1割の負担が高くなりすぎる場合は、一定額で頭打ちにします。特に所得の低い方は、頭打ちの額を低くして負担が重くなりすぎないようにします(高額介護サービス費)。また、所得の低い方については施設に入った場合の食費も低くします。

【利用者負担額の見込み】(平成11年8月発表の介護報酬単価より推計、月額)

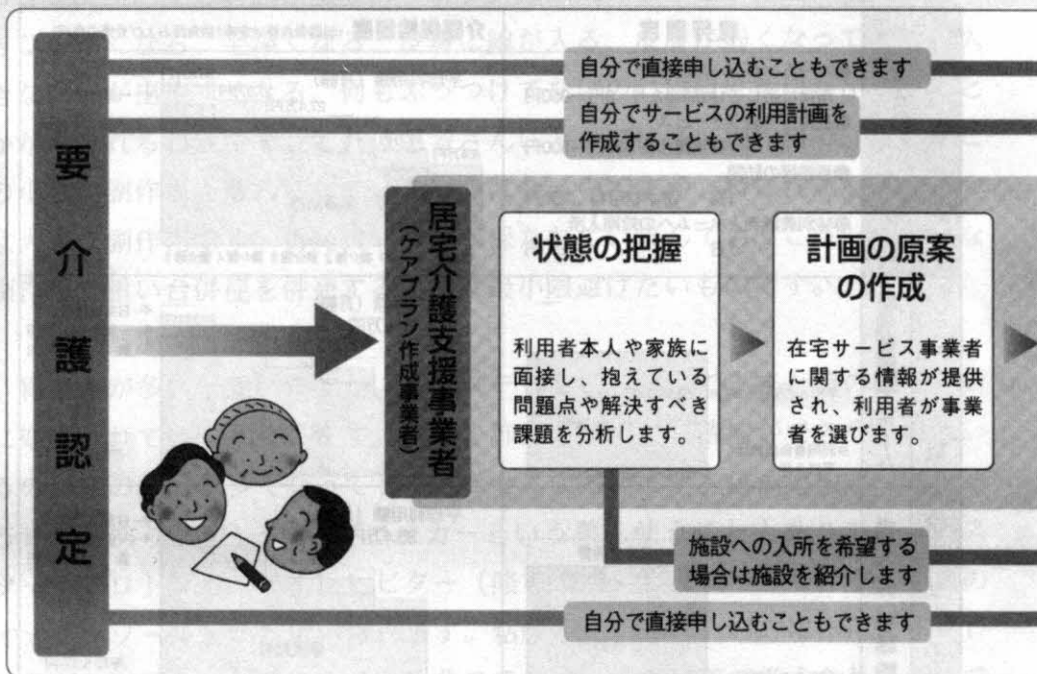
	現行制度	介護保険制度 (利用者負担は定率1割負担および食費の負担)
在宅サービス	<ul style="list-style-type: none"> ●ホームヘルパーの訪問 所得に応じて1時間当たり 0円～950円 ●日帰りで通うサービス 1日実費相当 400円～500円 ●看護婦の訪問 1回 基本利用料 250円 ●特別養護老人ホームへの短期入所 1日 2,250円 	<p>平均利用額 (月額) 6.4万円, 17万円, 20.1万円, 27.4万円, 31.3万円, 36.8万円</p> <p>←一部負担 0.6万円～3.7万円</p> <p>要支援 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5</p>
施設サービス	<p>特別養護老人ホーム</p> <p>平均5.1万円 ← 費用徴収</p> <p>※利用者負担額は平成9年</p> <p>措置費</p>	<p>平均利用額 (月額) 32.5万円</p> <p>←日常生活費 ←一部負担2.7万円 食費2.3万円</p> <p>平均5.0万円</p>
	<p>老人保健施設</p> <p>平均5.0万円 ←</p> <p>※利用者負担額は平成9年</p> <p>日常生活費 日常生活費以外 施設療養費</p>	<p>平均利用額 (月額) 35.4万円</p> <p>←日常生活費 ←一部負担3.0万円 食費2.3万円</p> <p>平均5.3万円</p>
	<p>療養型病床群</p> <p>一部負担3.3万円 食費2.3万円 おむつ代0.6万円</p> <p>平均6.2万円 ←</p> <p>※利用者負担額は平成10年</p> <p>日常生活費 一部負担+食費 保険給付</p>	<p>平均利用額 (月額) 43.1万円</p> <p>←日常生活費 ←一部負担3.7万円 食費2.3万円</p> <p>平均6.0万円</p>

注) ・介護保険制度の利用者負担額は、平成11年8月発表の介護報酬単価にもとづく推計です。
 ・介護報酬の額はこれから決められるので、この額がそのまま介護報酬の額になるわけではありません。

認定されたら介護サービス計画をつくります

要介護認定を受けた方は、居宅介護支援事業者（ケアプラン作成事業者）を選んで、どのようなサービスが必要か相談し、いっしょに介護サービス計画を作ってもらえます。利用者は、在宅でサービスを受ける場合、要介護度に応じて使える金額の範囲内で介護支援専門員の助言を受けて心身の状態、家庭の状況等に適したサービスを選ぶことができます。なお、介護サービスの計画作成には、利用者負担はありません。

【介護サービス計画作成からサービス開始まで】



介護サービス計画



介護サービス計画には、介護保険のサービスの他、市町村の保健・医療・福祉サービスやボランティアによるサービスなどを盛り込むことができます。なお要介護度に応じて使える金額を超えるサービスを盛り込むこともできますが、その分は全額利用者の負担となります。

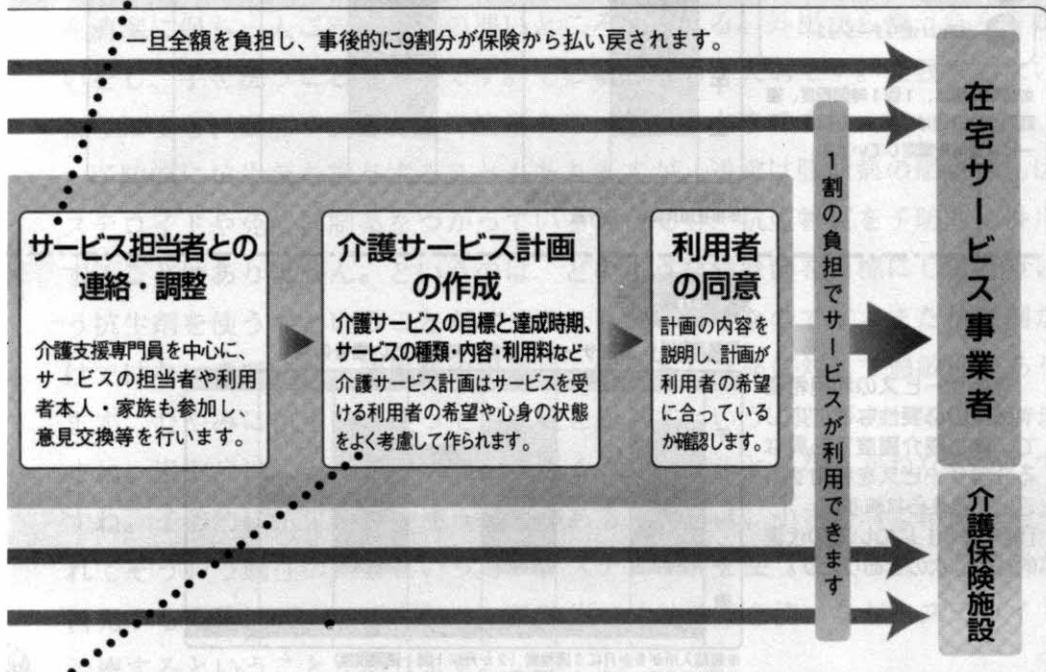
それぞれの要介護度に応じて、たとえば次のようなサービスが受けられます。

介護支援専門員

介護保険のサービスを利用する方などからの相談に応じ、利用者の希望や心身の状態等を考慮して、適切な在宅または施設のサービスが利用できるように市町村、在宅サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整を行うのが介護支援専門員です。

専門員は、サービスを利用する方が自立した日常生活を営むために必要な援助に関する専門的な知識・技術をもった人です。具体的には、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護婦、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、社会福祉士、介護福祉士等をはじめとする保健・医療・福祉サービスの従事者のうち、一定の実務経験があり、試験に合格した後、実務研修を修了した人です。

一旦全額を負担し、事後的に9割分が保険から払い戻されます。



【要支援】

・週2回の日帰りで行うサービスを利用する

【要介護1】

・毎日、ホームヘルパーなど何らかのサービスを利用する

【要介護2】

・週3回の日帰りで行うサービスを含め、毎日何らかのサービスを利用する

【要介護3】

・夜間（または早朝）のホームヘルパーなどのサービスを含め、1日2回のサービスを利用する

・医療の必要性が高い場合に、週3回の訪問看護を利用する

・痴呆の方については、週4回の日帰りで行うサービスを含め、毎日サービスを利用する

【要介護4】

・夜間（または早朝）のホームヘルパーなどのサービスを含め、1日2～3回のサービスを利用する

・医療の必要性が高い場合に、週3回の訪問看護を利用する

・痴呆の方については、週5回の日帰りで行うサービスを含め、毎日サービスを利用する

【要介護5】

・早朝、夜間のホームヘルパーなどのサービスを含め、1日3～4回程度のサービスを利用する

・医療の必要性が高い場合に、週3回の訪問看護を利用する



具体的な計画の例を見てみましょう！

介護サービス計画の例

いちばん介護状態の軽い「要支援」と、いちばん重い状態の「要介護5」についての代表的な例は次のとおりです。これはあくまでも利用例で、実際には利用者の方の希望によりサービスの組み合わせを選んでいたいただけます。

要支援

- マークの見方
- 通所介護 (デイサービス) または 通所リハビリテーション (デイケア)
 - 訪問介護 (ホームヘルパー)
 - 巡回型訪問介護 (ホームヘルパー)
 - 訪問看護
 - 訪問リハビリテーション

※訪問介護は、1回1時間程度、巡回型訪問介護は1回30分程度のサービス提供を想定しています。

「通所型」通所サービスを多く利用したい場合の例

	月	火	水	木	金	土	日
午前	☺			☺			
午後							

※短期入所が6か月に1週程度
※福祉用具貸与：歩行器

要介護3

通所サービスの利用希望や医療の必要性などに応じて、同じ要介護度でも異なる介護サービスを利用することが考えられます。「要介護3」についての代表的な例は次のとおりです。

「通所型」通所サービスを多く利用したい場合の例

	月	火	水	木	金	土	日
午前	☺	☺☺	☺	☺	☺	☺☺	
午後	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺

※短期入所が6か月に3週程度 (2か月に1回1週間程度)
※福祉用具貸与：車いす、特殊寝台、マットレス

「訪問型」ホームヘルパーなどの訪問サービスを多く利用したい場合の例

	月	火	水	木	金	土	日
午前	☺	☺☺	☺☺	☺☺	☺	☺☺	☺☺
午後	☺	☺	☺	☺	☺	☺	☺

※短期入所が6か月に3週程度 (2か月に1回1週間程度)
※福祉用具貸与：車いす、特殊寝台、マットレス



要介護5

「訪問型」要介護5の方で、通所サービスを利用できない場合の例

	月	火	水	木	金	土	日
午前	☹	☹	☹	☹	☹	☹	☹
	☹				☹		
午後	☹☹	☹☹	☹☹	☹☹	☹☹	☹☹	
			♿				
	☹	☹	☹	☹	☹	☹	☹

※短期入所が6か月に6週程度(1か月に1回1週間程度)
 ※福祉用具貸与：特殊寝台、マットレス、エアーマット

「痴呆型」痴呆の高齢者の方で、ほぼ毎日通所サービスを利用したい場合の例

	月	火	水	木	金	土	日
午前	☹	☹	☹☹	☹	☹	☹	
						(隔週)	
午後							

※短期入所が6か月に3週程度(2か月に1回1週間程度)
 ※福祉用具貸与：徘徊感知器

「医療型」医療の必要性の高い方で、週3回の訪問看護を利用する場合の例

	月	火	水	木	金	土	日
午前	☹		☹	♿	☹		
		☹☹				☹☹	☹☹
午後	☹	☹	☹	☹	☹	☹	☹

※短期入所が6か月に3週程度(2か月に1回1週間程度)
 ※福祉用具貸与：車いす、特殊寝台、マットレス



介護保険事業計画でサービスの目標を定めます

介護保険事業計画は、必要な介護サービスが受けられるように、市町村ごとに介護保険の対象となるサービスの目標を定めるものです。都道府県は、市町村のサービスの目標が達成できるように、広域圏ごとの施設の入所定員などを定める介護保険事業支援計画を策定します。

計画は平成12年度から16年度までの5年間の目標を定めるもので、保険料に合わせて3年ごとに見直されます。

【市町村の介護保険事業計画と高齢者の保険料】

寝たきり、痴呆、虚弱の高齢者の調査
※心身の状態やサービス利用の希望を調べます。

サービスの提供量の調査

※市町村でどれくらいのサービスが提供できるか、いろいろな施設や事業者から聞き取り調査などを行います。

計画作成委員会等におけるサービスの目標の検討

(公募などによる被保険者の代表、学識経験者、保健・医療・福祉の関係者など)

在宅… $\text{要介護度ごとの人数} \times \text{要介護度ごとのサービス利用例} \times \text{利用の希望や提供できるサービス量を考えた割合}$

施設… $\text{要介護者の数} \times \text{施設利用の必要性を考えた割合}$

都道府県による調整

※広域圏ごとの市町村間アンバランスなどを調整します。

平成12～16年度の介護サービスの目標の設定

【在宅サービスの目標】

訪問介護（ホームヘルパー） ○○時間分
 訪問看護 ○○時間分
 通所介護 ○○人日分
 通所リハビリテーション ○○人日分
 短期入所（ショートステイ） ○○人日分
 痴呆性老人のグループホーム ○○人分 など

【施設サービスの目標】

特別養護老人ホーム ○○人分
 老人保健施設 ○○人分
 療養型病床群など ○○人分 など

平成12～14年度の介護サービスにかかる費用の計算

介護サービスの目標 × サービスの単価

65歳以上の方の保険料の基準額の計算

必要な費用がまかなえるように、その市町村に住む高齢者の保険料を計算します。(13ページ参照)

- $\{ \text{介護サービスにかかる費用} - \text{利用者負担} \} - \{ \text{国・都道府県・市町村の税金分} + \text{国の調整交付金} + \text{(40歳から64歳までの方の保険料分)} \} = \text{高齢者の方の保険料分}$
(平均5%) (33%) (平均17%)
- $\text{(高齢者の方の保険料分)} \div \text{(保険料の収納率の見込み)} \div \text{(高齢者の方の人数)} = \text{高齢者の方の保険料の基準額}$
(所得の水準に応じて補正された人数)

保険料とその納め方

65歳以上の方と、40歳から64歳までの方とは異なります

【65歳以上の方の保険料】

高齢者の方々にも原則として全ての方に所得に応じた保険料を負担していただくこととなります。

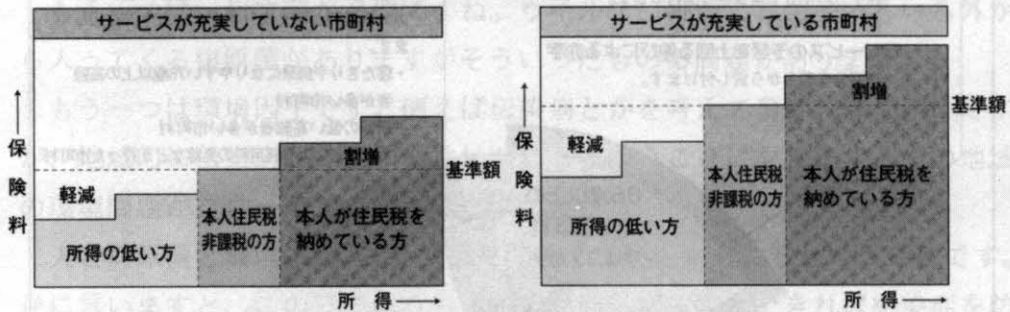
●市町村のサービスの水準と保険料の基準額

高齢者の保険料は、住んでいる市町村のサービス水準に応じたものになります。施設やホームヘルパーなどが多くサービスが充実している市町村では保険料は高くなります。反対にサービスが少ない市町村では保険料は低くなります。

●保険料の納め方

老齢・退職年金が月額15,000円以上の方は、年金から天引きされることとなります。年金額が月額15,000円に満たない方については、口座振替などによって市町村に納めていただくこととなります。

保険料は、所得と住んでいる市町村のサービス水準により増減します



軽減される方		基準額を支払う方	割り増しの保険料を支払う方	
生活保護の受給者、 老齢福祉年金受給者 (住民税世帯非課税)	世帯全員が 住民税非課税	本人が 住民税非課税	本人が住民税課税で合計 所得金額250万円未満	本人が住民税課税で合計 所得金額250万円以上
基準額×0.5	基準額×0.75	基準額×1.0	基準額×1.25	基準額×1.5

※上記の段階の保険料だと生活保護が必要になる方は、保護を必要となくなる段階まで軽減されます。

【40歳から64歳までの方の保険料】

医療保険の保険料として一括して徴収されます。保険料の計算の仕方や額は、加入している医療保険によって異なります。

●健康保険に加入している場合

- ・保険料は給料に応じて異なります。
- ・保険料の半分は事業主が負担します。
- ・サラリーマンの妻などの被扶養者の分は、各健康保険の被保険者が皆で分担してくれるので、新たに保険料を納める必要はありません。

●国民健康保険に加入している場合

- ・保険料は所得や資産等に応じて異なります。
- ・保険料と同額の国庫負担があります。
- ・世帯主が、世帯員の分も負担します。

【保険料の納め方】

●65歳以上の方

●40歳から64歳までの方



2つの保険料を
納めます

介護保険料は原則年金天引き

1つの保険料として
納めます

介護保険分は医療保険分の上で

介護保険の安定的な運営の仕組み

市町村の財政が安定的に運営されるよう、いろいろな工夫がされています。

介護保険が信頼される制度となるためには、安定的な運営が不可欠です。特に運営主体となる市町村に対しては、収支がアンバランスになったり、保険料の水準に大きな格差が生じたりしないように、次のようなしくみが設けられています。

【安定的な運営のための工夫】

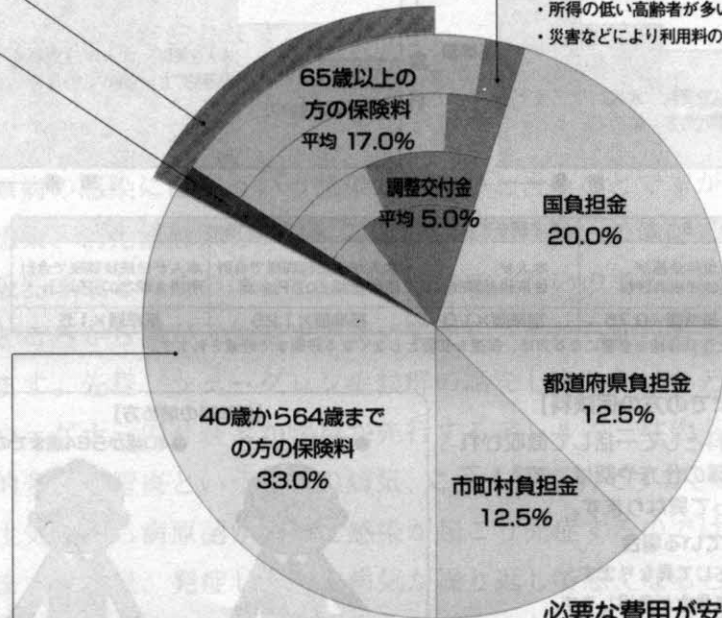
「財政安定化基金」

- 保険料の未納による赤字
赤字分の半分を基金から交付します。
残りの半分は貸し付けます。
- サービスの予想を上回る伸びによる赤字
赤字分を基金から貸し付けます。

「調整交付金」

高齢者の保険料の格差を是正します

- 国は25%の負担分のうち5%を使って次のような市町村に対して、そこに住む65歳以上の方の保険料が高くなりすぎないように支援します。
- ・寝たきりや痴呆になりやすい75歳以上の高齢者が多い市町村
 - ・所得の低い高齢者が多い市町村
 - ・災害などにより利用料の免除などを行った市町村



「介護給付費交付金」

高齢者の割合を調整します

高齢者の割合が全国平均 (17%) より高い市町村に対しても、同じ割合 (33%) で交付します。

必要な費用が安定的に確保されるしくみ

国・都道府県・市町村の税金分と、40歳から64歳までの保険料分で、必要な費用の約8割が確保されます。さらに、高齢者の約8割の方の保険料は年金から天引きされますので、市町村が直接集めなければならない保険料の割合は約3~4%となっています。

介護保険を広域で進めるために

介護保険の事務を効率的に行ったり、財政を安定させるため、またいろいろなサービスを効率的に提供するためには、隣接する市町村が協力して広域的に取り組むことが有効です。

要介護認定の共同実施 (介護認定審査会の共同設置や広域連合などで行います)

約7割の市町村が、介護認定審査会の共同設置や広域連合などで要介護認定を共同で実施する予定です。

- ① 医師、看護婦など審査会の委員の確保がしやすい
- ② 隣町との公平な認定ができる
- ③ 要介護認定の事務が効率的にできる
(要介護認定は申請から30日以内に行わなければならないため、介護認定審査会は最低でも月に2回以上は開く必要があります。共同で実施すれば1回に審査する数が多くなり事務を効率的に行うことができます。)



要介護認定を共同で行います

介護保険財政の共同化 (会計を1つにして、保険料の水準をそろえます)

◆広域連合・一部事務組合

広域連合・一部事務組合が保険者となり、保険財政を1つにして保険料の水準をそろえたり、協力して介護サービスの整備を進めます。

- ① 隣町との保険料の不均衡がなくなる
- ② 保険財政の面が安定する
(寝たきりの人が急に増えても人口規模が大きければ安心)
- ③ 介護保険の事務が効率的にできる
- ④ 隣町と協力して施設や在宅サービスを整備することにより、いろいろなサービスを確保できる

◎市町村相互財政安定化事業◎

保険者は市町村のまま、近隣市町村の間で保険料の不均衡を改善するために、財政の調整をします。
市町村相互財政安定化事業による広域化のメリットは次の通りです。

- ① 市町村の独自性を活かしたサービスが実施できる
- ② 被保険者の異動や保険料の計算などの事務は、それぞれの市町村で効率的にできる
- ③ 広域連合などと比べ、手続きが簡単
都道府県は、市町村の求めに応じて支援を行います。



共同で施設や在宅サービスを整備し、保険料の水準をそろえます



謹んでお悔やみ申し上げます。

11月2日、佐賀県支部長の
大森トクヨ様が逝去されました。

謹んでお悔やみ申し上げます。

「膠原病友の会佐賀県支部」の
発展に多大なご尽力をいただき
感謝いたしますとともに、御生
涯をしのび、心よりご冥福を
お祈り申し上げます。



事務局だより

☆ 「伝言板」へ寄せられました原稿ありがとうございました。今回は紙面の都合で次回の掲載とさせていただきます。ご了承下さい。まだまだ原稿募集しております。1月末までのものは次回掲載いたしますのでよろしくお願い致します。

☆ 早いもので、今年も最後の月になりました。なにかと慌ただしく過ぎてしまいましたが、皆様のご協力のおかげでここまでくることができました。運営委員会も回を重ねるごとに活発な意見が出され、委員それぞれの友の会への熱い思いが感じられます。今後とも皆様のご協力をいただきながら、本部としての役割を果たすことができますよう努めてまいります。

どうぞよいお年をお迎え下さい

昭和51年2月25日第3種郵便物許可 (毎週4回・月曜・火曜・木曜・金曜発行)
平成11年11月18日発行 SSKO 通巻第3829号

発行人・障害者団体定期刊行物協会
東京都世田谷区砧6-26-21

定価 200円