

日本患者・家族団体協議会

10月 1993 の 仲間 No. 41

SSKO

〒171 東京都豊島区目白2-38-2
紫山会ビル4F
☎03(3985)7591 / FAX 03(3985)7598
購読料1部300円(年間1,500円送料込)



給食は治療の一部

JPC代表厚生省に申し入れ

JPCの伊藤代表幹事と小林事務局長は九月二十日、厚生省に入院給食の保険適用除外などの医療保険制度改悪に反対する申し入れを行いました。この申し入れは、前日の幹事会での討議を踏まえて行われたものです。

JPCの申し入れに対応したの
は、医療保険制度の法案づくりを
担当する保険局企画課の江利川課
長で、JPCからは①治療の一環
である病院給食の患者負担の導入
はやめてほしい②室料の患者負担
を公認する保険給付除外はやめて
ほしい③クスリ代の患者負担導入
はやめてほしい④貧富の差別なく
最善最新の医療が安心して受けら
れるよう、予算を増額し医療保険
制度を改善してほしいの四点を要
望しました。

これに対して同課長は、医療保
険審議会で審議中なので要望とし
て受けると明言を避けましたが、
病院給食の保険給付除外について
は、老人保健施設でも入所者から
食費を含む実費相当額を利用料と
して負担してもらっており、施設
によって患者負担があったりなか

ったりするのは公平ではないなど
これまで厚生省側がいつている理
由を改めて示しました。また、医
療保険財政が厳しく、このままで
は保険料を大幅に引上げなければ
ならなくなるので制度の改正は必
要ではあるとも強調しました。

また、同課長は、医療保険審議
会の答申は十二月中を予定してお
り、答申を受けて法案作りを進め
たいと答えました。

これに対しJPC伊藤代表は、
病院給食は治療の一部であり、患
者の経済的負担も軽視できないの
で患者としては賛成できないなど
と、制度改悪には反対であるとの
意向を強く申し入れました。

JPC代表はこのあと、この給
食、室料、クスリ代の保険適用除
外の中止を求める要望を厚生省に
行ったことを、厚生省の二つの記
者クラブで発表しましたが、翌日
の北海道新聞に記事として掲載さ
れました。

JPCは、今後も医療保険審議
会をはじめとする関係方面に医療
保険制度の改悪に反対する立場か
ら申し入れを行うことにしています。

健康保健法改悪反対

治療とは切り離せない給食

一九七〇年代から社会保障制度審議会や社会保険審議会などで「食費は家でも自分で出している」との主張が行われ、八四年の健康保険法改正の中で、材料費の一部負担が法案に盛り込まれました。しかし、国民の反対の声で実現できなかった経緯があります。九一年十月、中央社会

保険医療協議会は、診療報酬基本問題小委員会を開き、「給食料の再検討」を提起、保険給付から外すこともあり得るとの方向を示しました。

九三年六月には、医療保険審議会は、「在宅、施設間を通じた負担の公平、給付の重点化、給食の質の向上を図る観点から、給食にかかわる

給食材料費の分布	病院数	%
500円未満	10	3.0
500～599円	74	22.0
600～699円	109	32.4
700～799円	57	17.0
800～899円	77	22.9
900～999円	6	1.8
1,000円以上	3	0.9
計	336	100.0

病院給食とは、治療のために入院している患者の食事「患者給食」であって、患者の健康回復に、治療の一環として重要な役割を担っています。入院中の食事は、医師の処方に基づいてすべて医学、栄養学を基礎にして作られています。給食は現在「一般食」と「特別食」に分けられています。「特別食」とは医師の指示に基づいて調整するもので、腎臓食、肝臓食、糖尿病食、胃潰瘍食、高血圧食などです。「一般食」は特別食以外の常食、軟食、流動食に分かれ、病状に適した治療食です。

栄養指導は、食事を通して患者を治療する重要な役割があります。患者個々の疾病に応じた食事療法のための栄養指導は入院時だけでなく、退院後の日常管理にも重要です。

現在、入院患者の食費は療養のための保険給付となっています。厚生省保険局医療課編集の『社会保険における基準看護・給食・寝具の設備

等の実態』に「給食は医療の重要な一部門であり、保険医療機関が収容患者の症状に応じて適切な食事を給与し、その治癒あるいは症状回復の促進を図ることは当然である……」と、記されています。

保険医療機関では、診療報酬から病院給食に対して、現在、一日一四二〇円、都道府県知事より承認を受けた「基準給食」には四七〇円、厚生大臣が定める「特別食」には三五〇円が加算されます。「基準給食」のある病院では、一日一八九〇円になります。この中から人件費、光熱費等の経費もみなければならず、食材料費に四〇%（東京都平均）回したとしても、一日七五〇円で三食を賄わなくてはなりません。「基準給食」をとっていない病院では一日五七〇円です。給食病院研究会のアンケート調査によると病院給食「材料費」は平均で約六九二円、最低が四三〇円、最高二一六円です。

「豊かな時代にあつた食事をするには、患者に食事の一部を負担してもらっても良い」「病院に入院している」と、特別養護老人ホームや老人保健施設に入っているよりも得だ」と、患者への負担転嫁を容認する考え方を根拠にして、自己負担を導入しようとしています。病院以外の施

設とくらべて「損得」を強調するのは、治療食としての役割を放棄するものです。また、病院給食が有料化されると患者の給食拒否、間食、食事の持ち込みという問題がおこることも予想され、治療食としての病院給食は崩壊し、医療機関への国民の信頼が低下します。しかも、厚生省が進めている有料化の方向は、原則である「直営」を否定して、外部の業者に委託するセンター化という道を開きます。センター化されれば、「営利を目的」とした業務になり、安全・衛生面で責任があいまいになり、さらに、適時、適温の病院給食が後退することは明らかです。

健保反対運動

協力」団体紹介

JPCの健保改悪反対運動への共闘・支援をお願いした結果、これまでに賛同の回答をいただいた協力団体を紹介します。

- ◆ 宮城県難病団体連絡協議会
- ◆ 愛知県難病団体連合会
- ◆ 福岡県難病団体連絡会
- ◆ 大分県難病団体連絡協議会
- ◆ 佐賀県難病団体協議会
- ◆ もやもや病の患者と家族の会
- ◆ 骨壊死症友の会東京支部

年金
審議会

両論併記の意見書提出

厚生大臣の諮問機関である年金審議会（京極純一会長）は、来年の年金制度改正へ向けた意見書を10月12日に大内厚生大臣に提出しました。厚生年金の支給開始年齢引き上げをめぐって労働側委員の合意が得られず、両論併記という変則的な意見書のとりまとめとなりました。

■意見書要旨

年金「改正」の主な課題は、第一に本格的な高齢化社会にふさわしい安定した生活が続けられる年金制度とするよう、雇用と年金の連結を前提として見直していく必要がある。

第二は、年金制度を長期的に安定させるため、給付と負担の均衡を図ることが必要である。第三は、公的年金制度の一元化をはかる。

【雇用と年金】

年金支給開始年齢は65歳とする意見が大方であるが、定年と年金支給開始年齢は結合すべきであるが、雇用の厳しい現実、身体的状況などを考慮すると60歳からの年金支給を維持すべきであり、60歳台前半期の弾力的な措置として、一定率の減額を行って繰り上げ支給する方向と、60歳台前半期と65歳以降の年金とは別個の給付をする方向が考えられる。

在職老齢年金については、高齢者

の就業意欲を阻害しないよう、年金と賃金の合計が、賃金の上昇に応じて増加するように仕組みを改め、雇用保険の失業給付と老齢厚生年金の供給は、高齢者の就業意欲の促進を踏まえ見直すべきである。

【給付と負担】

名目賃金の伸びに応じて見直してきた従来の方式を改め、現役世代の実質的な賃金（税・社会保険料を除いた賃金）の動向に応じて年金額の改定を行い、年金受給世代と現役世代の給付と負担のバランスを図る。

保険料について、段階的引き上げにより年金財政の安定を確保する。月収のみではなく、ボーナスからも保険料を徴収すべきである。

基礎年金の国庫負担率の引き上げについて検討すべきである。

【適用・その他の給付】

夫の拠出に基づく遺族厚生年金と妻自身の拠出に基づく老齢厚生年金の在り方を見直すべきである。

扶養義務者等所得制限、障害年金の支給要件などについて改善を図るべきである。基礎年金については、

自営業者等の第一号被保険者の未加入、滞納の改善を図り、基礎年金の受給に結びつけるため、70歳まで国民年金に任意加入できる途を設けるべきである。第三号被保険者の保険料負担の在り方について、検討すべきであり、過去の届出漏れについて何らかの特別な措置を講じ、年金受給権の確保を図るべきである。

パートタイム労働者についても、厚生年金の被保険者制度の適用、育児休業期間中の保険料負担の在り方も検討すべきである。

【企業年金等】

被保険者間の公平を図るため、厚生年金基金の免除保険料率は改善すべきである。

【積立金・福祉施設】

年金資金の被保険者還元融資については、要介護者向けの住宅新築・改造や介護機器、教育資金など、ニーズに対応した融資制度を図るべきである。

■年金制度が「改正」されると

意見書は、支給開始年齢については、65歳支給を基本とし、65歳以前

の措置として、繰り上げ減額支給と65歳からの本格年金を提示しています。また、名目賃金の伸びに応じて見直してきた従来の方式を改め、現役世代の実質賃金の動向に応じて年金額の改定を行うとしています。手取り実質賃金の伸びは低下しているため、給付水準の引き下げは避けられません。そのうえ、保険料を徴収する対象を拡大して、ボーナスからも徴収すべきだとしています。

審議会は、本格的な高齢化社会を迎える中で、年金財政の破綻を防ぐためには、給付の抑制も負担増も避けられないと主張しています。これは、年金制度をもつばら「世代間の支え合い」として、高齢者と現役世代との利害が対立するように描き、双方に犠牲を押しつける論理です。

わが国の保険料は労使折半負担が原則となっていますが、福祉先進国のデンマークは公費および事業主負担は89%、EC各国では平均73%です。被保険者の負担の大半は10%台となっています。年金制度の「見直し」というなら被保険者に負担を押しつけるのではなく、国と使用者側の負担を増やして安心して暮らせる生活保障が今こそ必要です。

難病対策専門委員会

JPC代表意見を表明

21世紀に向けた総合的な難病対策を検討し、従来の難病対策の評価および今後の対策の在り方などについて、専門家による審議を行うため、公衆衛生審議会成人病難病対策部に専門委員会（委員長、黒川清・東大医学部第一内科教授）を設置、7月1日に第一回専門委員会が開かれました。

第一回専門委員会では、昭和47年の難病対策要綱で、①調査研究の推進②医療施設の整備③医療費の自己負担の解消を三本柱として、総合的対策を実施して以来20年を経過し、難病患者のおかれた社会経済状況、保健・医療・福祉・保険制度等の環境も大きく変化し、特定疾患調査研究事業、特定疾患治療研究事業についても発足以来、対象疾患数、患者数が増加してきているが、調査研究事業と治療研究事業との連携体制の問題、対象疾患の在り方等の検討など同委員会の設置目的が説明されました。

また、同委員会の検討内容として、①難病対策の基本方針、②特定疾患調査研究事業、③特定疾患治療研究事業、④難病患者地域保健医療体制、⑤難病患者QOL確保対策、⑥その他、を上げています。

第二回専門委員会は9月16日に開

かれ、JPC、全難連、あせび会の

三患者団体の状況、意見表明と難病患者の生活実態調査結果の報告がありました。JPCを代表して、伊藤代表幹事、加納常任幹事が出席し、現在の難病対策の評価と今後の問題について意見を述べました。

JPC意見抜粋

難病対策の評価と今後の問題

難病対策要綱について

疾病指定方式は調査研究等の部分では評価されるが、「公費負担」に関する部分ではもっと柔軟さが求められる。例えば、パーキンソン病、後縦靭帯骨化症における症度による区分は科学的とはいえず、社会的、福祉の視点からも不合理である。

また、継続申請書類の簡素化を図るべきである。年に一疾患ずつの対

象拡大では、切実に援助を求めている患者・家族への救済は遠い。当対策の重要な柱のひとつである「難病病床整備」計画の内容が全く明らかでなく、その成果も確認できない。

医療機関との委託契約については、都道府県の理解に格差があり、県内二医療機関しか利用できない、とする県もある。また受給者証に記入できる医療機関の欄が二つしかなく、特定疾患としては二医療機関しか受給できないと指導される県がある。

「難病」の特性や地域医療の実態、専門医療機関と主治医（近医）との関係を考える時に、これらは不合理であり、厚生省のいう「在宅医療」「家庭医の普及」の立場からも整合性が無いのではないかと。

いわゆる「難病」とは、原因が不明であり、根本的な治療法がない全身性の疾患であること、また憎悪因子が多く、風邪や虫歯でさえ重要な憎悪因子、発症の引き金となつていふことを考える時に、現在、強力的に指導がすすめられている特定疾患治療の対象が「疾病の本来の治療に限る」とするのは矛盾している。

都道府県の対策協議会には、オブザーバーであつてもよいから患者団体の代表、保健婦、医療ソーシャルワーカーを入れる必要がある。

研究事業について

調査研究費は、昭和54年度よりほとんども増額はなく、58年度からは全くの同額が続いている。物価の上昇を考えると、減額といつてもさしつかえないのではないかと。今後の成果を期待するには全く不十分である。

難病の中でも、とりわけ患者数の少ない、いわゆる「稀少難病」への対応を強化してほしい。

地域保健医療について

保健と医療、福祉の連携は極めて重要であり、至急そのシステムを確立する必要がある。

現在、保健所が特定疾患受給者証の窓口となっているが、難病対策の地域における窓口を保健所とする必要はない。むしろ都道府県特定疾患対策協議会の拡充の下に、地域での保健、医療、福祉の連携を図り、保健所はその調整機能を果たすべきであり、市町村の保健、衛生行政と連携を深めるべきである。

現在各県で保健婦によって特定疾患患者を対象とした患者会づくり、交流会、講演会、相談会などの取り組みが盛んに行われているが、患者の自主性や地域住民の主体性を阻害するおそれはないか。患者会の社会

的意義と役割を保健の分野においても明確にし、事業、活動等に対し積極的に援助、協力をし、各県の対策格差の解消も図るべきである。

在宅医療の推進にあたって、療養器材の貸与または給付、在宅療養に必要な費用助成、訪問看護ヘルパーなどの人材派遣が必要である。患者・家族の高齢化による課題は深刻であり、診療報酬の改訂等による在宅化の推進などからもこれらは急務となっている。特に高額医療器材であるベンチレーター等の購入助成や貸与等については、至急取り組みが必要である。

老人医療（保健）による在宅介護支援センター、訪問看護ステーションを、一定の年齢の人だけを対象とするのは不合理であり、社会資源の活用の逆行となるものである。施設を含めこれらの社会資源の活用において、身障、老人、難病等との区分をなくすべきである。

地域の医療機関との連携、活用においては、国立療養所を第一とし、市町村公立病院との連携および役割分担を明確にし、国が人件費、運営費の補助も行うべきである。通院手段をもたない患者の専門医受診についての支援が必要である。

その他

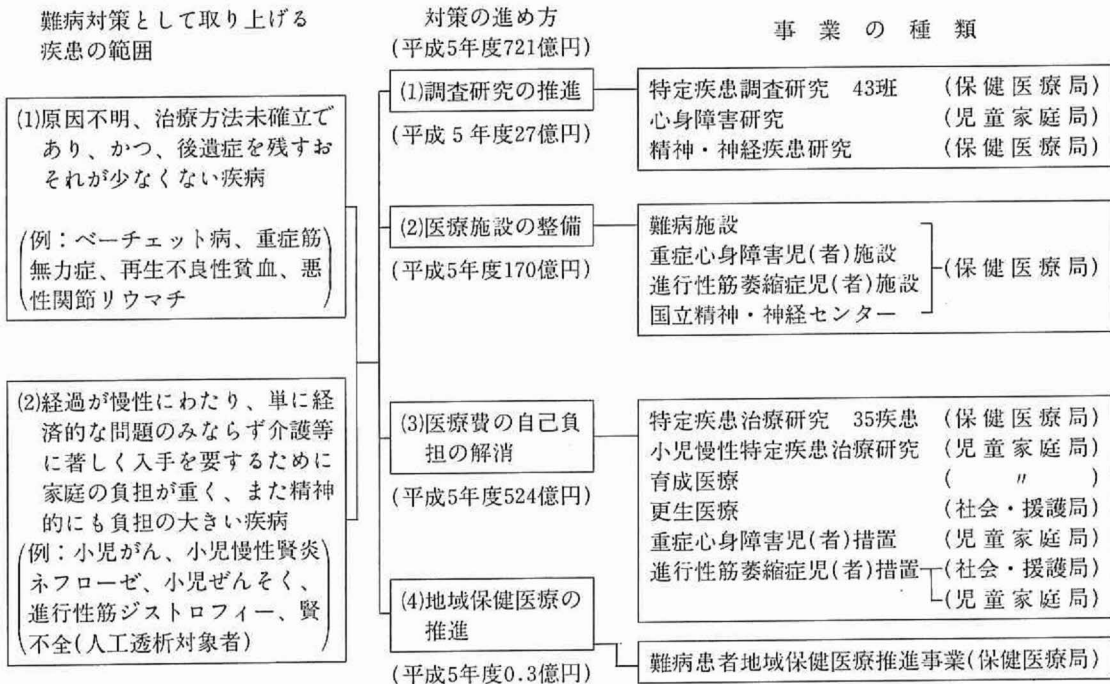
福祉各法（身障、老人等）と医療保険および医療がリンクし、相互に有効活用し、谷間の患者を作り出さない総合的な難病対策の確立に取り組むべきである。また、何らかの法制化を求める声も少なくない。

都道府県および全国に難病センターを設置すべきである。「難病」には、さまざまな「難病」があり、また病を得た人達、その家族の悩みや困難は幅広く深いものがある。一つ一つの対策によってそれらを網羅することはできない。しかし北海道難病センターの経験と実績では、たとえ特定疾患であろうとなかろうと、このセンターに頼ることによって解決されること、励まされることは多く、かつ大きい。また、難病センターは地域の保健、医療、福祉分野の交流の場、市民へのPR、患者会の育成、援助、情報収集、相談事業の実施主体としても役割は大きい。専門医療機関受診等のための宿泊施設の提供としての役割も重要である。

難病対策は、すべて行政や医療機関だけが担うものではなく、患者団体をも含めた社会の総合力としての取り組みが求められている時代であると考える。

難病対策の概要

昭和47年に定められた「難病対策要綱」に基づき体系的に種々の事業を進めている。



難病対策費伸びず

厚生省94年度概算要求

厚生省は八月二十六日、一九九四年度（平成六年度）予算の概算要求をまとめ発表しました。

要求額は総額十三兆九千五百八十八億円で、対前年度伸び率は五・五増となっております。このうち注目の難病対策については、治療研究事業の対象疾患を一疾患増で要求しており、難病対策専門委員会で見直しが検討されていますが、予算上は来年度から難病対策のあり方を変えろという要求にはなっておりません。厚生省予算要求の主な内容は以下の通りです。

【主な概算要求内容】

- （カッコ内は前年度予算）
- 児童家庭対策 六一一四億円（五五八五億円）
- 児童環境基金（仮称）の創設 三〇〇億円
- 国際家族年記念事業の実施 一〇一四百万円
- 小児慢性特定疾患児手帳（仮称）の交付事業 二六百万円
- 長期の入院、通院児や家族の

ため、緊急時の連絡先や病気に対する注意事項等を記入するための手帳の交付

高齢者対策 二二〇一億円

高年齢者保健福祉推進十か年戦略

ホームヘルパー 五二九一億円

ショートステイ 二四〇五人↓五九〇〇五人

デイサービスセンター 一九六七四床↓二四二七四床

在宅介護支援センター 四三三〇か所↓五一八〇か所

特別養護老人ホーム 一八〇〇か所↓二四〇〇か所

軽費老人ホーム（ケアハウス） 二〇二〇一九床↓二二〇一九床

高齢者生活福祉センター 一六七〇〇人↓二三七〇〇人

老人保健施設 一六〇〇か所↓二〇〇か所

老人保健施設 一一三八一床↓一三九八一床

障害者対策 一七四一億円（二六二四億円）

在宅障害者対策

八一六億円↓九〇〇億円

障害者社会参加促進事業

一七九四億円↓二〇〇四億円

小規模作業所に対する助成

一一二〇か所↓一二七五か所

マンパワー対策 一〇一二億円

看護婦等の養成確保、就労推進 九三三億円↓九八二億円

ボランティア活動の振興 七八億円

がん克服一〇力年計画（仮称） 三三億円（二〇億円）

エイズ総合対策（エイズストップ作戦） 一〇七億円（二〇一億円）

その他の主な対策

年金制度（白紙要求）

医療保険制度

国民健康保険助成 二六四二五億円↓二七四八一億円

政管健保国庫補助 七七四三億円↓八二九六億円

健保組合助成 一〇五億円↓一〇六億円

生活保護 一〇四三四億円↓一〇五五三億円

難病対策（単位・百万円） 七四九二四（七二、〇八三）

調査研究 二七九二↓二七九二

治療研究費

一一二九二↓一二七六二

対象疾患 三五↓三六疾患

難病患者地域保健医療推進事業費 二九↓三五

医療相談 二八県↓三五県

訪問診療 七県

国立療養所の難病病床等の整備 二二一〇↓二六〇九

その他疾患対策 二九五↓二九六

リウマチ対策 一八八

アレルギー対策 一〇〇

臓器移植対策 一一二九↓一六三〇

結核対策 二八六二二↓二八八二六

その他の感染症対策 三九四〇四↓四〇七九二

肝炎対策 一四六↓一四六

ハンセン病対策 三八八八↓四〇二六七

希少感染症対策 一七↓一七

厚生科学研究費 四五二七一↓四九一〇八

高度先進医療研究費 三〇〇

院内感染症総合対策研究費 一〇〇

がん研究助成金 一八五〇

循環器病研究費 七〇〇

小児医療研究費 一五〇

特定疾患研究費 二四〇九四

心身障害研究費 六九五

病院給食の有料化に

反対する中央集会開催

10月2日、東京・千代田公会堂で「病院給食の改善を求め有料化とセンター方式に反対する中央集会」が開かれました。

全腎協、日患同盟、日肝協をはじめ、医療関係などの呼びかけで全国から約六百五十人が参加しました。

来賓に招かれたJPCは、小関常任幹事があいさつに立ち、「患者にとって給食は治療の一部と考えてきました。その食事が保険給付から外される事態になれば、現在の経済的負担に加え、さらに大きな負担が加わることとなります。

私たちは、医療保険審議会の検討内容が明らかになった時点で、この制度の改善は医療を根底から崩壊させるだけでなく、憲法25条に基づいて国の社会保険、公衆衛生に対する責任を放棄するものと考え、改悪反対の方針を決定し、加盟団体だけでなく、未加盟の団体にも運動への参加を呼びかけています。9月20日、厚生省に改悪反対の要望書を提出したほか、11月15日には、東京で「健保改悪反対」の集会を開き、厚生省までデモ行進し、厚生大臣に陳情署名

を見渡す計画を進めています。そのための署名運動をいま全国で取り組んでいます。国の言い分に一片の正当性もない健康保険の改悪阻止に向けて、患者の立場からも最大限の運動をしていきます」と決意表明をしました。

集会では、「一番困るのは『高いから給食はいらない』と拒否が起き食事管理ができなくなる」(病院医師)「学校給食センター化による安全・衛生面と同じ問題が出てくる」(学校栄養士)、「患者個々の病状によるきめ細かい対応が懐かれる」(栄養士)「適時・適温、産地直結の材料調整ができなくなる」(調理師)などの発言が続き、患者会を代

表して全腎協の油井会長も「患者にとって、症状に応じた食事管理が不可欠です。食事管理は医療行為であり、病気の進行を抑制する効果があります。患者負担を強化し、医療の質を低下させる、改悪に強く反対します。命の綱である透析を拒否して、厚生省前に座り込みも辞さない覚悟で、反対運動に取り組みます」と、それぞれ発言があり、反対運動の取り組み強化を訴えました。

日本栄養士会・全国病院栄養士会として取り組んでいる反対署名は、すでに約60万人分を集め、抗議ハガキ運動もすすめているとの報告があり、最後に、さらに広範な人に運動を広げていくことを盛り込んだ「病院給食の有料化とセンター方式をゆるさないために」とするアピールを採択し閉幕しました。

健医療疾病対策課長、京都府向陽保健所保健婦、日本医師会などが、これからの難病対策や在宅ケア問題について討論をしました。JPCからは伊藤代表幹事がシンポジストとして出席し、「難病問題は、今日の日本の社会が抱えている保険・医療・福祉などすべての問題にかかわる存在だと考えています。難病の定義に

患者の権利法をつくる会の第三回総会と記念パネルディスカッションが10月2日、東京・港区の機械振興会館で開かれました。

患者の権利法をつくる会の第三回総会と記念パネルディスカッションが10月2日、東京・港区の機械振興会館で開かれました。

患者の権利法をつくる会 ディスカッションに参加

第一部のパネルディスカッションは、患者の権利運動の展望「消費者運動・患者運動の視点から」と題して討論が行われました。

パネリストとして参加した小林事務局長は「難病・慢性疾患患者の病院からの追い出し、治療拒否が起きている。患者の生命の尊厳が守られていないのが現状である。インフォームドコンセントの確立以前にまだまだ解決しなければならない問題が山積しているのではないか」などと訴えました。

開しても患者個人の問題から、より社会的・総合的なものに進化させる必要があります。私たちの患者会活動が社会発展の一端をなせる役割をもっており、難病センターがその核となり得ることを認識していただきたい」などと、難病対策における患者会と難病センターの役割について発言しました。

難病医学研究財団 記念シンポジウムに参加

難病医学研究財団設立20周年記念シンポジウムが10月8日、東京・千代田区のマツヤサロンで開かれました。「難病対策の今後に向けて」と題するシンポジウムでは、厚生省保

給食、室料包括化など提言

中医協・診療報酬小委が報告書

中央社会保険医療協議会（中医協）の「診療報酬基本問題小委員会」は九月二十四日、診療報酬体系のあり方などの検討結果をまとめた報告書を中医協に提出しました。

同小委員会は一昨年七月から診療報酬体系、改定ルールのあり方、技術料評価のあり方、医療機関の機能・特質に応じた診療報酬のあり方、診療報酬の適正化、患者ニーズの高度化・多様化への対応などについて検討を続けてきました。厚生省は、この報告を受けて、直ちに実現可能なものについては来年四月の改定に盛り込み、その他のものについても早急に実現を目指す方針です。

診療報酬は、患者が保険医療機関で受ける治療行為などの対価で、その額が医療の内容にも大きな影響を及ぼす医療保険の中の重要な制度です。しかし、診療報酬は国会に図られることもなく、中医協という密室の審議機関で決められるため、患者の医療に重要な影響を持っているにもかかわらず、患者や患者団体の関

心は必ずしも高いとはいえません。

すでに、「入院時医学管理料」のように、長期に入院すればするほど診療報酬（保険点数）が安くなり患者が病院から追い出される仕組みや、「特定療養費」制度のように、実質的な差額医療、差別医療を公然と持ち込む仕組みも、この診療報酬制度で多くの国民が知らないうちに実施されています。

今回の小委員会報告は、こうした現行の診療報酬体系をさらに改悪しようとするもので、患者の実態や意見の代弁者がまったくいない中で検討されています。常時医療を受けている難病や慢性疾患の患者が診療報酬の仕組みに関心を強め、よい医療サービスが受けられる診療報酬の仕組みをつくるよう運動していくことが大切です。

【小委員会報告の概要】

A、診療報酬体系

・医療サービスの原価を勘案しながら医療行為をいかに適切に評価し、患者のニーズと選択に

いくかが課題

・公的医療保険の枠組みの中で同一の医療サービスを均一の負担で提供するという考え方にもと、現行診療報酬体系の中では平均的な原価としての評価とならざるを得ない。

・救急、僻地、がん、難病、母子などの政策的医療、研究的医療など政策的に推進していくべきものは補助金や融資等の活用を図っていくことが必要

・社会保険診療報酬と老人診療報酬との整合性

・三基準の検討と見直し

＊基準看護の見直し／基準給食、基準寝具設備（給食料や室料などに包括して評価し、療養環境の向上を図ることを検討）

B、診療報酬改定のルール

・臓器移植などを含め高額となる新技術の導入については、新たなルールの検討が必要

C、技術料評価のあり方

・「物」と技術料の適正な評価
・「目に見える技術」と「目に見えない技術」との評価のバランス
・臓器移植や重度の身体障害者に対する評価の検討

・入院期間が長期にわたる難病患者に対し入院時医学管理料の通減制

を補う措置の検討、通院、在宅の

難病患者に対する必要な疾病・生活管理が行える診療報酬上の対応
D、医療機関の機能・特質に応じた診療報酬のあり方

・入院を主体とする病院、通院・在宅患者の医療を主体とする診療所、入院医療、通院・在宅医療の両方を行う医療機関の各々にふさわしい診療報酬評価のあり方の検討
E、診療報酬の適正化

・包括払い方式の運用にあたっては、適切な医療内容が確保されるようきめ細かな配慮をしていく必要がある

F、患者ニーズの高度化・多様化への対応

・医療サービスの基本的な部分については保険給付で対応すべきであるが、患者の選択部分については、特定療養費制度の拡充を図るとともに、その柔軟な運用により対応することが必要。今後、特定療養費制度を活用して多様化していく患者ニーズに応えていくことが期待される

G、その他

・付き添い看護制度のあり方については、基準看護の見直し等により、看護・介護の院内化が一層進展するよう検討していく必要がある

第9回

幹事会

開催される

9月18・19日に東京・目黒のさつき会館で第9回幹事会が開催されました。緊急に差し迫った課題を討議するため、全国から三十人の代表が出席して始められました。

まず総会以後の活動についての報告のなかで、第7次国会請願運動については、衆議院解散により審議未了で不採択になりましたが、再度第一二八臨時国会に同一の内容で請願書を提出することを決め、各厚生委員に提出することを決めました。

続いて、医療保険制度改悪反対運動についての討議を進めました。来年4月に予定されている診療報酬改訂と連動しており、患者自身だけでなく、すべての国民にとって重要な問題であるとの認識をもち、反対運動を展開していかねばならないことを確認しました。「健保改悪は許さない患者・家族大行動」成功のため、全力を挙げて各地域、各団体で取り組みを強化し、他団体との連携を進めていくことを決めました。討議の中で、各団体の取り組みが

紹介されました。全腎協では、署名運動を積極的に進めるとともに、厚生省保険局への要請行動、ハガキによる要請行動も準備している。愛媛難病連では、愛媛新聞に投書し掲載された経験、全低肺では、返信用封筒を同封して署名依頼を行っている。大阪難病連では、府議会、市議会へ要望書を提出した、などの経験が寄せられ、集会を必ず成功させようという決意しました。

次に、難病対策の「見直し」に対するJPCの運動について討議しました。9月16日に開かれた、第二回公衆衛生審議会成人病難病対策部会の難病対策専門委員会のヒヤリングに出席した伊藤代表幹事と加納常任幹事より報告を受けた後、討議をし

街頭署名

東京・新宿で行う

10月3日、全国の一斉行動日にあわせて、東京・新宿駅前で8疾病団体(全患協、全交災、心臓、パーキンソン、日肝協、全腎協、日喘連、ス全協)と個人参加(一人)の協力で三十一人が街頭に立ち、折悪しく降り出した小雨の中、約千枚のチラシを配り、署名を訴えました。「病

ました。難病患者の定義、特に内部疾患患者の現在の基準をどう改めさせるべきか、「難病基本法」案が必要なのか、法制度による弊害はないのか、など討議の後、専門委員会に提出した考え方をJPCの方針としていくことを確認しました。

また、先の国会で廃案になりました「障害者基本法」に対する立場として、国連決議に基づく障害者の概念を法案に入れるよう、全国会議員に要望書の提出を決めました。

さらに、JPC統一要求の再点検を行い、難病、慢性疾患、特定疾患の定義の統一など、常任幹事会で整理し、「JPCの統一要求」を整備していくことを決めました。

最後に、代表幹事より、11月の大

院給食、室料、薬剤・治療材料の有料化」という身近な問題を道行く人に訴えたことで、立ち止まってチラシを読み、署名に応じてくれる人、病院へのバスを待つ人々が快く署名してくれる姿が見られました。たまたま通りかかった病院勤務の看護婦さんが、「周りの人にお願ひするから」と言って署名用紙を持ち帰ってくれました。

短時間の署名運動でしたが、参加者は反応の良さに疲れも忘れ、集会

集会を全力で成功させよう、と挨拶があり、二日間にわたる幹事会は終了しました。

第32回常任

幹事会報告

第32回常任幹事会は、幹事会終了後、19日午後開催されました。

幹事会決定事項の具体化について協議し、9月20日、厚生省保険局企画課長に、健保改悪に反対する要望書を提出すること、集会の来賓要請団体、資料集作りなど、任務分担を決めました。なお、第8次国会請願の取り組みについて協議し、前年の六項目を基盤に、一部項目の表現を修正して、11月集会以降に取り組みことにしました。



成功のため、もう一段と署名活動を強化し、行動を続けていくことを確認していました。

がんばれば患者会

こんな活動しています

和歌山県難病団体連絡協議会は平成元年に結成されました。現在14疾病団体、約千五百人の会員がそれぞれの病気と闘いながら頑張っています。このような中で、最近つぎのような活動をおこなっています。

要介護疾病患者のための長期療養施設の設定を県に要望

「在宅」での患者介護に一時間といえども休息を許されず、日夜介護に明け暮れ、疲れきっている患者家族は少なくありません。しかも治療法もなく、治る見込みもないという不安に加え、本来、医師の管理下で行われるべき痰の吸引、導尿、人工呼吸器等の処置による精神的、肉体的疲労、また全日介護に付くことによる収入の減少、経済的圧迫、しかも介護者も被介護者も難病患者となれば、問題は急を要すると言わざるを得ません。このような現状は難病患者に限らず身体障害者、高齢者に

も共通のものであるといえます。

以上のような理由により、医学的管理と住居的要素を合わせ持つ「長

県などとの交渉で

成果をあげる

和歌山県連
難病

期療養施設」の設定を要望しました。県の担当者も十年間寝たきりの親を看た経験から、積極的に対応して、早速、検討会の準備にしたいとの回答を得ました。

現行難病対策が

後退しないよう国への

働きかけを要望

難病対策が二十年を経過したなか、国は大幅見直しを実施しようとしています。福祉八法の改正により施設福祉や在宅福祉が市町村に移管され、福祉の市町村格差が拡大する

と共に、お世辞にもフォロー充分とはいえない「在宅」政策が進む中、「生活の質（クオリティ・オブ・ライフ）」の確保という美名のもと、難病対策が一步でも後退するようないことがあっては、私たち患者にとっては、病気と闘う気力すらなくなってしまうかねません。

やむにやまれぬ気持ちから和歌山県では早速、今回の難病対策の見直

しが真に患者や患者家族の立場にたった「心通う難病対策学」になるように、そして一歩たりとも後退することのないよう国への働きかけを要望しました。

各地域難病連で

創立20周年行事催される

■北海道難病連は7月31日、難病連創立二十周年、難病センター十年の記念集会和式典を開催しました。

■群馬県難病連は9月5日、難病

これに対し、県は一九九四年度衛生行政施策および予算に関する要望書の中で、とくに難病について①総合的難病対策の確立、②特定疾患事業の拡大及び法制化の実施、③特定疾患事業について超過負担の解消等、六項目にわたり全国衛生部長会上げていくことを確約しました。

国立南病院の

トイレの段差の改善と

補高便座の配置を要望

国公立病院の統廃合に伴い新築された国立南病院（田辺市）のトイレが使用しにくいと会員より苦情がありました。調査の上、早速改善要望を行いました。病院長の積極的な対応により、現在では院内すべてのトイレが改善され、補高便座が配置されました。

連創立二十周年記念式典を開催しました。

■岐阜県難病連は10月17日、難病連創立二十周年記念総会を開催しました。

海外研修派遣

菅原道子

ノルウェーを訪ねて



バンザイノと歓声をあげたのは昨年十一月、協力会員海外研修の抽選会場のこと。目の前で私の名前が読み上げられました。

五月一日、友人や知人と一緒に成田を離陸した飛行機は、ロシアの上空をひたすら飛び続ける、眼下は凍った山や川、自然の厳しさの一端が見える。目指すはノルウェー、「北への道」という意味を持つのですが、私の心は期待でいっぱい。充実した社会保障もさることながら、女性の地位向上を目的とする男女平等法があり、40%のクォータースystemが

存在するというのだ。生誕百五十年というグリークの音楽、国立劇場でのイプセンの演劇、そしてムンクの絵と出会えることなどを思い描いているうちに、十時間は瞬間に過ぎてしまいました。

紹介してくださる方がいて、オスロ市長と電話、ファクシミリ等で連絡が取れ、オスロ市における基本的な社会福祉行政のシステムの説明や地区ごとに進められている地域ケアや施設ケアなど、訪問先の用意をしていただきました。

オスロ市庁舎に足を踏み入れるとヨーロッパで最大だという巨大な油絵に圧倒されました。行政ミーティングルームで、市の健康社会問題局長から、ノルウェーは国、県、地方コミュニティの三層に分権し、それぞれ責任を持って仕事をしています。国は総合的な保健政策の作成と補助金交付、特殊医療や大学の運営など。県は、県の保健政策、一般病院、歯科など。コミュニティはプライマリケア、ヘルスサービス、社会福祉、小中学校、児童福祉などの経営を行っています。政治組織的にも国会、県議会、コミュニティ会議で構成され、三層の明確な役割分担の上で実行されています。一コミュニティあたりの住民は約一万人。だからこそ、きめ

細かな素早い対応ができるし、住民も分権化に満足しています。そんな説明や質疑を終え、市長主催の昼食会。アン・マリット・カボネス市長は実に聡明で、笑顔の美しい素敵なお方。手足にハンディを持っているのですが、法律や制度の基本は人権。福祉制度は人権そのものであるという話をされました。海老やサーモンのオーブンサンドとコーヒー。食べながら気さくにオスロを訪問先にしてもらって嬉しい。日本にも行ってみたいなどと談笑できたのは最高！

視察先は盛り沢山で全部紹介できないのが残念ですが、アメルジャー地区（区長は銀髪でピンクのブラウスのよく似合う美しい女性）での概況や地域ケアの現場、サービセンターや住宅、サービスハウス、ナッシングホームの見学。ノルウェー障害者団体（FEO）の訪問と交流。



アン・マリット・カボネス
オスロ市長と

知的障害者の親の会と懇談。高齢者住宅の見学など多彩なメニューでしたが、それ以外に学校や保育園、たった一人で行ってきたワークショップ。ただどしどしい英語で心臓強く見学させてもらったりしましたが、特筆すべきことの一つは、一九九五年までに、すべての施設や特殊学校をなくし、地域の学校へ戻すことという法律ができたことです。コミュニティが、そこに存住する全ての住民の責任を持つために今、ますますのマンパワーと学習を必要とし活発に動いています。本当に地域で安心して暮らせる社会の仕組み、それは信頼に値する政治があり、それを支える国民の健全な意識があるからにはかならないのだと思います。

まだまだ報告しきれないことがたくさんあります。例えば「レーゲンバット」という24時間体制の医者が乗った救急車（所によっては飛行機）が来てくれるシステム、医療費は基本的に無料だけれど、初診料（千円くらい）と薬代は自己負担、でも二万円以上は国が負担するなど。

この貴重な研修をひとりじめすることなく、これからの活動を通して全国の仲間へ伝えていくことが私を送り出してくれたJPCへのお礼になると考えます。

11.15 健保改悪は 許さない 患者・家族大行動

日 時 11月15日(月)
午前10時(開場9時50分)

会 場 都市センター第2講堂
東京都千代田区平河町2-4-1
(地下鉄・有楽町線「麴町」下車)
(地下鉄・半蔵門線「永田町」下車)

要請行動 集会後 厚生省へ陳情デモ
12時45分 会場デモ出発
13時45分 厚生省到着
厚生大臣へ陳情

参加目標 500人

交流集会 11月14日(日) 午後6時
会場・宿泊 都市センターホテル
宿泊定員 200人
協力会員海外研修派遣の抽選会

プログラム

9:50 開場・受付
10:00 主催者あいさつ
10:05 来賓あいさつ
10:30 基調報告
10:40 患者の訴え
11:20 集会アピール採択
11:30 昼食・休憩
12:30 デモ集合
12:45 デモ出発
13:00 国会請願
13:45 厚生省到着
13:45 厚生大臣陳情
14:30 報告集会
15:00 終了・解散

12

一九七六年二月二十五日第三種郵便物認可
SSKO通巻一六三八(毎週月・火・木・金発行)

発行所

障害者団体定期刊行物協会
東京都世田谷区砦6-26-21

頒価三百円



十一月の集会が近づきました。成功の鍵は何か。期待と不安で一杯です。重症にギブアップしないで頑張れるだろうか。

JPC協力会員の特典である海外研修派遣の抽選会を、来る十一月十四日行います。今年は、協力会費が前年度の二分の一以下です。皆様の協力で研修派遣費用が出ます。多くの方々の会費納入をお願いします。協力会員申込 郵便振替
東京5-90655 JPC事業部

JPC 協力会員募集



■ポスター出来ました
健保改悪反対のポスターを製作しました。十一月の集会以後でも掲示できるようなデザインにしました。ご活用ください。

目 次

○ 給食は治療の一部	379
○ 年金審議会 意見書提出	381
○ 難病対策専門委員会	382
○ 難病対策費伸びず	384
○ 病院給食の有料化に反対する中央集会	385
○ 中医会・診療報酬小委が報告書	386
○ 第9回幹事会開催	387
○ がんばれ患者会 こんな活動してます	388
○ 海外研修派遣	389
○ 健保改悪反対ポスター出来ました	390