

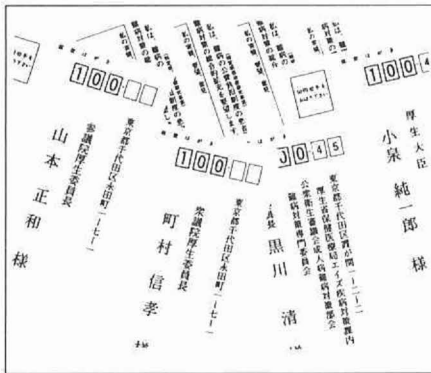
日本患者・家族団体協議会

9月
1997

SSKO

の 仲間 No.59

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



弱者いじめめの厚生省 特定疾患(97年度現在38疾患) 患者負担導入もくろむ

厚生省の諮問機関である公衆衛生審議会成人病難病対策部会・難病対策専門委員会（黒川清委員長・東海大学）は、8月26日、「今後の難病対策の具体的方向について」の報告書（2〜4頁参照）をまとめ、9月8日に開かれた公衆衛生審議会に報告、了承を得ました。報告によれば、難病対策25年間で、特定疾患の病態の解明や治療

方法の研究に寄与してきたことや医学・研究的側面だけでなく、患者にとつて福祉的側面にも寄与し成果を挙げている。しかし、厳しい財政状況の中で事業を維持するために一定の「見直し」を行う必要がある、としている。その「見直し」とは①対象疾患の取捨選択、②重症度に応じた患者負担率の設定を考慮に入れた重症度基準の導入、③全額公費負担の見直し、の3つの選択肢を挙げ患者・家族に厳しい選択を迫ってきています。

対象疾患が38と限定され、それ以外の多くの難病患者に自己負担を課していることは不公平であるとの議論がありますが、対象疾患の拡大こそ不公平を解消することに繋がります。重症度基準の導入は、3月に発

表した「特定疾患対策懇談会」報告でも明らかにしているように、すべての疾患に個別の重症度基準を設定することは疾患によって病態が異なるため困難であり、同一疾患であっても個人によって格差があるため設定は困難です。

現在、ぎりぎりの療養生活を強いられている患者・家族にとつて自己負担の導入は認められませんが、また、この制度導入で受診を手控える患者も出てきます。私たちが、いま強く訴えるのは、対象疾患に指定されていようが、指定されていないが、原因の究明や治療法の確立であり、難病患者が安心して治療を受けることのできる体制づくりであり、総合的難病対策の充実です。

JPCは、全難連と共同行動を取ることを決めました。「共同アピール」を発表し、誰もが参加出来る運動を合言葉に厚生大臣をはじめ衆参厚生委員長あてに抗議ハガキ運動をすすめています。今後共同して患者会が取りうるあらゆる方法で反対運動を続けていくことにします。

難病対策専門委員会報告

今後の具体的方向について

抜粋

解説

報告は、一、調査研究の推進、二、療養環境整備、三、居宅生活支援事業、四、治療研究事業の見直し、からなっていますが、結局、患者負担導入をめざす「治療研究事業の見直し」が最大の柱となっているのが特徴です。

まず、調査研究事業については、研究体制の再編が行われましたが、患者・家族に分かりやすい開かれた研究体制の整備とは言えず、今回の報告でも研究予算の重点配分という表現にとどまっています。

次に、療養環境の整備では、国立病院・療養所等を基幹施設として体制の整備、強化をと言及していますが、患者・家族が強く望む地域における患者受け入れ体制は「一層の強化」との言葉だけでは実現性の乏しいものです。

また、居宅生活支援事業も、障害等級3級以下や18歳未満の難病患者にも拡大するとの施策をのぞ

いては、在宅療養患者の現状からかけ離れた質、量であり、実現性に乏しいものとなっています。

前記三項目に比べ、見直しの項では「厳しい財政状況の中で本事業を維持」し「難病対策の総合的な推進を図っていくため」として具体的に三つの選択肢をあげています。①対症疾患の見直し②対象疾患における重症度の導入③全額公費負担の見直しです。

患者、家族に対して、三つの選択肢しか与えず①②がいやなら患者負担導入というのは、「事業の維持」や「難病対策の推進」と大きくかけ離れたものと言わざるを得ません。

なお、審議会は「特定疾患治療研究事業の見直しについては、対象疾患の見直し及び対象疾患における重症度基準の導入について、引き続き研究を重ねるべきである」との付帯意見をつけています。

調査研究の推進方向について

① 重点研究の実施

画期的な治療法の開発や難病患者の生活の質(Quality Of Life)の大幅な改善につながる研究のうちで有望と思われるものを指定し、研究期間を定めたくえで予算の重点配分を行うなど、難病克服のための重点的戦略研究の実施を図ること。

② 研究成果の積極的な情報提供

毎年の研究成果を分かり易く簡潔にとりまとめて情報提供することによって、全国の医療機関の診断・治療水準の向上に寄与するとともに、併せて患者やその家族の要望に応え、さらには一般国民の難病に対する理解を深めていくことが重要であり、難病情報センターとの連携を含め、積極的な情報提供を図ること。

③ 医薬品の適応外使用に関する体制の確立

今後、臨床調査研究グループの各研究班が医薬品の適応外使用による研究を行うに当たっては、この調査結果を踏まえ、患者への適切な説明、副反応への迅速な対応、結果の評価等についての体制を確立し、効果的な治療方法の開発に向けた積極的な

取り組みが行われるよう各研究班を支援すること。

難病患者の療養環境整備について

(1) 入院または入所施設の確保対策

① 地域における受け入れ体制の整備

患者に対する適切な療養指導体制の確立を含む組織的な入院の受け入れ体制を地域ごとに整備する必要があり、そのための基幹的な病院やこれに準ずる病院の担うべき機能、その確保と連携のあり方等について検討し、具体的な施策の構築を図ること。

② 国立病院・療養所の受け入れ体制の強化

厚生省が定めた国立病院・療養所が担うべき政策医療として、難病の克服が掲げられていることを踏まえ、今後とも患者の受け入れ体制の一層の強化を図ること。

③ 福祉施設の活用と連携

特定疾患患者の約12パーセントが身体障害者手帳の所持者であることに鑑み、身体障害者療護施設における受け入れ(必要に応じた入院医療

確保のための病院との連携体制を含む）について検討すること。

④ 診療報酬における支援措置

平成6年度以降、診療報酬において特定疾患患者等に対する各種の措置が講じられ、①及び②の対策を支援する上から、その一層の充実について検討すること。

(2) 地域に根ざした在宅療養の支援対策

① 保健所における調整機能及び普及・啓発機能の充実

現在、都道府県、市区町村及び医療機関において実施されている各種サービスを重症難病患者へ効率的に提供するため、保健所が担うべき総合的な調整機能の充実を図る必要があるが、その実施に当たっては、特に、保健と福祉及び訪問看護ステーション等の医療機関との密接な連携に配慮すること。

② 難病対策における都道府県以外の保健所の位置づけ

従来、難病患者地域保健医療推進事業は、都道府県への補助事業として都道府県の保健所を中心に行われてきたが、地域に根ざした在宅療養支援対策を進めるに当たっては、市及び区が設置する保健所を難病対策の実施機関として位置づける必要が

ある。

③ 難病患者地域保健医療推進事業の見直し

保健所による医療相談事業については、特定会場における専門家を招いての医療相談に加え、移動が困難な重症患者に対する訪問相談の充実を図る必要がある。人材の確保策として、地域ボランティアの育成・支援及び地域の患者団体との協力等が考えられるところであり、施策としての具体化を図る必要があること。

④ 難病情報センターの充実

最終報告の提言に基づき、「健康情報ネットワークセンター」に難病情報のホームページが開設され、難病情報センターとして運用されているところであるが、今後は、最新の医学情報の提供に努めるとともに、患者や地方の行政機関の職員等の質問に答えられるような双方向性の情報機能の整備を図ること。

居宅生活支援事業の改善について

難病患者の生活の向上を目指した福祉施策の推進については、最終報告の提言を踏まえ、「難病患者等居宅生活支援事業」が開始されたところである。しかし、本事業につ

いては、本来の事業目的を達成する観点から次の点について、その改善を検討すべきである。

① 身体障害者への対応

本事業は、身体障害者の認定を受けている者を全て給付の対象から除外する運用となつていていること。

② 対象者の年齢制限の見直し

本事業は、対象者を18歳以上とし、18歳未満の患者を除外していること。

治療研究事業の見直しについて

(1) 事業の効果

特定疾患治療研究事業は、一定の医療機関での継続的な診療を確保することにより、臨床医（研究者）の同一患者に対する長期的な治療と経過観察を可能にするとともに、発症の早期からの受療を促進することによって、次のような効果を上げてきたものと評価できる。

ア、特定疾患の病態の解明や治療法の研究に寄与してきたこと。

イ、対象疾患を容易に把握できるため、各種の疫学調査による患者の実態把握に寄与してきたこと。

ウ、継続的な医療費負担の軽減によ

り、患者とその家族の社会生活を支援してきたこと。

エ、本事業の副次的効果として、難病に対する社会的認識を促進し、社会的偏見の除去に寄与してきた。

(2) 事業の問題点

しかし、現在の難病対策費の中で大きな割合を占めている本事業については、次のような問題点が指摘されている。

まず、本事業費が「科学試験研究費補助金」であるという研究事業としての側面に着目すれば、

ア、具体的な奨励や疫学的なデータの収集を効率的に行うという観点からみて、効率的といえるか。

イ、長年にわたる研究の成果により対症療法等が進歩し、重症度に改善が見られる疾患を他の重症度の高い疾患と入れ替える等の取捨選択が必要ではないか。

ウ、希少疾患の奨励確保及び実態の把握という点から見れば、厳しい財政状況の中、医療保険各法における医療費の患者負担分を全額公費で負担する必要があるのか。

次に、治療が困難であるため長期の療養生活を余儀なくされる上に高額な医療費を負担しなければならぬ状況にある患者の社会生活を支援

するために患者の医療費の負担削減を図るといふ本事業の福祉的側面に着目すれば、

工、多くの難治性疾患の中で、なぜ一部の特定疾患だけを公費負担医療とするのか。他の難治性疾患との間に不公平を生じているのではないか。

才、「高額の医療費」についての基準の設定、若しくは患者の所得水準等に配慮する必要があるのではないか。

力、事業開始四半世紀を經過し、地方自治体の事業として一般財源へ移行させるべきではないか。

(3) 事業見直しのための 選択肢

以上の問題点はあるものの、総合的に見れば、本事業が難病対策において果たしてきた(1)の意義は依然として失われていないものと判断されるところである。また、本事業は我が国独自の施策である難病対策の中心的な事業として定着していることに鑑み、今後とも研究事業であることを基本に、その福祉的側面にも配慮しながら維持されるべきものであると考える。

ただし、厳しい財政状況の中で本事業を維持するとともに、難病対策

の総合的な推進を図るためには、上記(2)の問題点も踏まえ、次の点について検討する必要がある。

① 対象疾患の見直し

研究費の効率的な活用という観点から、対症療法の開発状況等を勘案し、希少性や難治性が相対的に低下したと思われる疾患の他の疾患との入れ替えを行うことが考えられる。

そのための対象疾患の評価と取捨選択の前提となる基準の作成については、既に最終報告において、提言がなされているところである。

この提言を受けて特定疾患対策懇談会において行つた検討においては、対象疾患選定基準の作成には至らなかった旨の報告を同懇談会から受けている（平成9年3月19日：特定疾患懇談会特定疾患治療研究事業に関する対象疾患検討部会報告）が、今後とも中長期的な観点に立つて検討すべきである。

② 対象疾患における重症度基準の導入

研究事業としての観点からは、重症度の低い患者も対象として実態の把握に努める必要があるが、対症療法の開発に進歩が見られる一定の疾患については、重症度の高い患者のみを対象とすることや重症度に応じた患者負担率の設定等も考えられる

ところであり、ただし、その実施のためには対象疾患における重症度基準が不可欠であるため、今後、研究を進めるべき課題であると考えられる。

③ 公費負担のあり方

前記(2)のウで指摘した研究推進のための医療費全額公費負担の必要性及びエで指摘した他の難治性疾患患者との社会的公平の問題を踏まえるとともに、毎年、対象患者数が約10%ずつ増大している現状と大幅な難病対策予算の伸びが期待出来ない現在の財政状況の中での限られた予算の範囲内で、対象疾患数及び患者数を減らさず、他の重症難病患者の追加指定の要請にも対処し、かつ上記1から3で指摘した各種新規施策等の実施に要する財源を確保するためには、医療費の自己負担分を全額公費で負担している現行制度を改め、公費負担分の一部を患者負担とすることが考えられる。

(4) 今後の方向

① 事業見直しの方法

上記(3)で指摘した三つの選択肢のうち、①及び②の選択肢は、研究事業としての本事業の性格から見れば適切な考え方であるとの指摘が多かった。しかし、審議の過程で意見を

聞いた患者団体からは患者の実態等から見て最も強く反対する旨の意見が提出されたところであり、また、その実施のためにはなお一定の研究が必要であることから、現状では③の全額公費負担の見直しを行うこともやむを得ないものと考えられる。

全額公費負担の見直しを行う場合は、次の点に留意する必要がある。ア、患者負担の方法については、定額負担又は定率負担が考えられるが、いづれにしても現物給付を基本に、患者、医療機関及び行政機関の手続が煩雑にならないよう配慮すべきであること。

イ、患者負担の設定に当たっては、本事業の福祉的側面にも配慮する必要があることから、患者の重症度等の実態を勘案しつつ、本来患者が負担すべき医療保険各法の患者負担の3分の1程度を患者全体で負担することを限度として検討されるべきであること。

② 調査研究との連携

治療研究と調査研究との連携については、最終報告においても指摘したところであるが、本事業対象者に関する情報の体系的な整備についてさらに検討する必要がある。

難病対策専門委員会報告に対する 共同アピール

全国患者団体連絡協議会
日本患者・家族団体協議会

公衆衛生審議会成人病難病対策部会難病対策専門委員会はこのほど、難病の公費負担制度に患者負担を導入するなどの「報告書」をまとめました。

私たち難病患者は原因が不明で治療法が確立されていない病気にかかり、長年にわたり、筆絶に尽くせない肉体的精神的経済的苦しみを家族共々味わってきました。この長年の療養生活を支えてきたものは、家族の介助・介護や医療関係者の努力とともに、国の難病対策の存在でした。とくに治療費の公費負担制度は、病気により職を失うなど経済的に困難な生活を送らざるを得なくなっている患者の療養生活を助けてきました。特定疾患調査研究事業などの難病研究事業は、原因が分からない、一生涯治療法が確立されないと落ち込んでいた患者自身や家族に、少しずつ希望を与えており、これら施策は患者、家族の大きな支えになっています。

しかし、25年間続いた難病の医療費公費負担制度（特定疾患治療研究事業）に一部患者負担を導入するなどのこの度の提案は、国の難病対策に対する患者の信頼と期待を裏切り、冷水を浴びせるものです。

一定の対症療法が開発が進んだものについては他の疾患と入替える、あるいは疾患に重症度を設定して重症者だけに公費負担対象を限定したり、重症度に応じた患者負担率を設定する、治療研究事業に患者負担を導入するなどの提案は国の難病対策を大幅に後退させるものです。

全難連、JPCはこの提案について十分検討、協議した結果、患者団体はこの提案には反対であるとの見解で一致しました。

私たちは、治療研究事業の患者負担導入に反対します。疾病の他の疾患との入替え、重症度基準の導入などについても、同様に私たちは賛成できません。

その自己負担額がたとえ数千円程度、数%程度であったとしても、この額や率が将来ともに不変であるとは誰からも保証されていません。そのことは、老人医療の患者負担額、高額療養費制度の限度額、入院時食事療養費標準負担額、消費税率の推移などをみても明らかです。

患者負担の具体的な手段はまだ明らかにされていませんが、例えば数千円でも患者負担が導入されることは患者・家族の生活をいっそう厳しいものにします。定率制で患者負担が導入されれば数万円の負担になる患者もでてきます。この患者負担導入で受診を手控える患者もでてくるでしょう。そのことが患者の病状を悪化させないとはいいきれません。

「今後とも研究事業であることを基本」としながらこの事業を「維持」とするという報告の趣旨と、その研究事業に患者負担を導入するという趣旨は大きく矛盾することにならないでしょうか。国の難病対策の見直しは、「広範な患者対策の基盤となっている」都道府県独自の難病施策にも重大な影響を与える可能性があります。

5

まして、「他の疾患との入替え」や「重症度基準の導入」「重症度に応じた患者負担率の設定」によって特定疾患から外された患者は、9月からの医療保険制度改悪の影響もまともに受けて患者負担は一気に増額するだけでなく、今後予定されるという医療保険制度の「抜本改革」の影響も大きく受けることになり、患者の家計や医療に与える影響は重大です。

「厳しい財政状況」や「各種施策の財源確保」を理由とする、患者負担の導入や疾患はずし、重症度基準の導入には私たちは強く反対します。

いま私たちが強く期待するのは、難病施策のいっそうの充実であり、原因の究明や治療法の確立であり、難病患者が安心して治療を受けることのできる体制づくりであり、総合的な難病対策です。

難病の公費負担の今年度予算総額は約186億円で、「3分の1程度を患者全体で負担」ということになれば来年度の国の予算は約60億円削減されます。この患者負担導入で約38万人の難病患者が影響を受けることになります。また、来年度予算概算要求では、奨励補助金一律10%削減の影響を受けて小児慢性特定疾患治療研究事業（子どもの難病医療費公費負担制度）が、制度の見直しはないものの前年度より削減されたことと合わせて、今回の難病施策見直し案が、今後他の公費医療制度に重大な影響をもたらすことを私たちは懸念します。

私たちはこのことを会内外に強く訴えらるとともに、広く国民の皆さんが、厚生省による弱者いじめに批判の世論を集中されることを合わせて訴えます。多くの難病患者団体の皆さんも大きく声をあげることを訴えます。

1997年9月1日

■全国難病団体連絡協議会

（5団体／会員数約9万人／会長 武田治子）

〒102東京都千代田区富士見2-4-9-203 Tel 03 (3288) 8166/Fax 03 (3288) 0722

●全国筋無力症友の会●全国膠原病友の会●日本ALS協会●全国多発性硬化症友の会●全国腎臓病協議会

■日本患者・家族団体協議会

（37団体／会員数約23万人／代表幹事 伊藤たてお）

〒171東京都豊島区目白2-38-2紫山会ビル Tel 03 (3985) 7591/Fax 03 (3985) 7598

●スモンの会全国連絡協議会●全国交通労働災害対策協議会●全国心臓病の子供を守る会●全国腎臓病協議会●全国脊柱靭帯骨化症患者家族連絡協議会●全国低肺機能者団体協議会●全国ハンセン病療養所入所者協議会●全国パーキンソン病友の会●日本オストミー協会●日本患者同盟●日本肝臓病患者団体協議会●日本喘息患者会連絡会●もやもや病の患者家族の会●北海道難病連●秋田県難病団体連絡協議会●山形県難病等団体連絡協議会●福島県難病団体連絡協議会●茨城県難病団体連絡協議会●群馬県難病団体連絡協議会●長野県難病患者連絡協議会●岐阜県難病団体連絡協議会●静岡県難病団体連絡協議会●愛知県難病団体連合会●滋賀県難病連絡協議会●京都難病団体連絡協議会●大阪難病者団体連絡協議会●兵庫県難病団体連絡協議会●奈良県難病連絡協議会●和歌山県難病団体連絡協議会●岡山県難病団体連絡協議会●香川県難病患者・家族団体連絡協議会●愛媛県難病等患者団体連絡協議会●高知県難病団体連絡協議会●佐賀県難病団体協議会●大分県難病団体連絡協議会●宮崎県難病団体連絡協議会●鹿児島県難病団体連絡協議会

健保改悪第2弾

医療保険及び医療提供体制の

抜本的改革の方向（厚生省案）

I 診療報酬体系

1、基本的な考え方

○ 現行の診療報酬点数表については、累次の診療報酬改定の結果として、技術、「もの」及び施設経営のための費用等が混然として評価される等全体として必ずしも均衡のとれた体系になっていないこと、過剰診療や長期入院等の漫然診療になりやすいといった出来高払いの弊害があること、年々複雑化していることの問題点も指摘されている。

2、技術、「もの」及び施設管理費用を明確に区分した評価体系

○ 現行の診療報酬体系では、技術の評価が不明瞭、不十分ではないか、医薬品や医療技術等のいわゆる「もの」の価格が高すぎるのではないか、医療機関における施設整備等の投資的費用や維持管理経費に対する評価が不明確ではないかといった課題が指摘されている。

3、医療機関の機能に応じた評価体系

○ 我が国の医療においては、患者

が自由に医療機関を選択できる、いわゆるフリーアクセスが確保されているが、一方で患者の大病院への集中やはしご受診といった弊害も指摘されている。

○ このため、入院と外来を区分する等、医療機関の機能にふさわしい診療報酬体系を構築する。

4、疾患の特性に着目した評価体系

○ 急性疾患の場合には、患者の様々な病状に応じた医療サービスを評価する必要があることから、行われた医療サービスに応じて診療報酬を支払う出来高払いを原則とする。

慢性疾患の場合には、患者の病態が比較的安定していることから、定額払いを原則とする。

○ また、現在の一般病床では、集中的な医療を行うことにより早期に退院できる急性疾患患者と、慢性疾患患者とが混然と取り扱われている。このため、医療提供体制及び診療報酬両面において、急性期病床と慢性期病床とを明確に区分する。

(1)急性疾患

○ 入院医療については、漫然診療

を防ぎ、在院日数の短縮化を図る観点から、入院当初は出来高払い、一定期間経過後は1日定額払いとする

ことを原則とする。なお、医療内容が定型的な疾患の場合には、入院当初から疾患ごとに定める一定期間までを、1件当たり定額払いとする。

○ 外来医療については、出来高払いを原則とする。

(2)慢性疾患

○ 入院医療については、1日定額払いを原則とする。

○ 外来医療については、高血圧、糖尿病、高脂血症等の定型的な慢性疾患は定額払いとする。

○ 入院、外来とも、治療期間中に急性疾患を併発した場合等には、患者の病態に応じて出来高払い方式を組み合わせる。

7

II 薬価基準制度

1、基本的な考え方

○ 現行の薬価基準制度が医薬品の価格を公定価格として定めているために、いわゆる薬価差が発生するところに起因するところが大きいとされている。

○ このため、医薬品供給の実態に鑑み、薬価基準制度を廃止して、医薬品の価格については市場取引の実勢に委ねることとし、医療保険から

償還する基準額は、市場の実勢価格を基本として定める新たな仕組みを導入する。

2、新たな仕組み

○ 医療保険制度においては、個々の医薬品にいて従来の薬価基準のような公定価格は定めないこととし、原則として医薬品のグループごとに、市場の実勢価格を基本に医療保険から償還する基準額を定める。

○ 医療機関及び薬局が償還基準額を上回る価格で購入した医薬品については、その上回る額は患者の自己負担とする。また、償還基準額を下回る価格で購入した医薬品については、その購入価格で医療保険から償還する。

○ 新たな仕組みの導入に伴い、今回の健康保険法等の一部改正により導入された薬剤定額一部負担は廃止する。

給付と負担の公平

I 医療保険の制度体系

(第1案) (制度の一本化による地域医療保険制度)

1、基本的な考え方

○ 国民皆保険制度を堅持していくとの原則に立って、職域保険である

被用者保険と地域保険である国保とを統合し、都道府県を単位とする地域医療保険制度とする。

○ 高齢者については、その心身の特性等を踏まえ、給付率や公費負担などに一般の加入者とは別途の取扱いとす。

2、新たな制度の仕組み

○ すべての国民（高齢者を含む）が加入する新たな地域医療保険制度創設する。

3、保険者等

（A案）

保険者は、市町村とする。ただし、実質的な財政単位は都道府県とし、原則として同一都道府県内の市町村においては同一の保険料率となるよう、都道府県内で財政調整を行う。

（B案）

保険者は、都道府県とする。この場合、被保険者証の交付などの適用事務、保険料徴収事務等にさいしては、市町村に委託する。

○ 年齢構成以外の要因で全国的な水準よりも医療費が高い都道府県にあつては、適正化努力を促すため、都道府県がその一定部分を負担する。

（注）「地域医療提供体制及び医療費適正化に関する計画」の作成

都道府県は、国が策定する医療提供体制の適正化に関する指針を踏

まえ、医療費適正化を盛り込んだ地域医療適正化のための計画を作成する。

4、被保険者

○ 被保険者は、各都道府県内の市町村に居住する者とする。

5、保険給付

（A案）

3割程度の定率一部負担とする。ただし、大病院の外來は5割程度の定率一部負担とする。

（B案）

かかった医療費のうち一定額までは自己負担とし、これを上回る部分については保険給付の対象とする。保険給付の対象部分に対しては、定率の一部負担を適用する。

（A案、B案共通）

1割又は2割程度の定率一部負担とするなど、一部負担率について差を設ける。ただし、一定以上の所得のある者については、一般の加入者と同一の負担とする。

○ 患者の所得に応じた一部負担の償還制度を設けるなど、低所得者に配慮した措置を講ずる。

6、保険料及び国庫負担等

○ 現行の国保の保険料賦課の方式に準じて徴収する。なお、年金収入に体する保険料賦課については、年金受給額を基礎として徴収する。

○ 被用者については、事業主が本人の保険料と同額を負担する。被用者以外の者については、現行の国保における給付費の1/2国庫負担を改め、本人の保険料と同額を国庫が負担する。

○ 高齢者分の医療給付費に対しては、現行の老人保健制度と同様に、3割程度の公費負担を行う。

7、都道府県間における調整

○ 都道府県間における年齢構成の差による医療費格差及び所得格差については、公平、公正の観点から適切な調整を行う。

8、国及び都道府県の支援

○ 災害等に起因する赤字分については、国及び都道府県が保健者を支援する。

〔第2案〕（被用者保健と国保の二本建て+高齢者別建案）

1、基本的な考え方

○ 被用者保険と国保とは、所得補足の実態に体する国民の意識や保険料徴収の方法等が異なることなどを勘案し、現行の被用者保険と国保の二本建て制度とする。

○ 高齢者については、その心身の特性等を踏まえ、給付率や公費負担などについて別途の取扱いとす別建ての制度とする。

2、新たな制度の仕組み

○ 医療保険制度は、現行制度と同様、被用者保険と国保の二本建てとする。

○ 退職者医療制度は、現行通り存続するものとする。

○ 高齢者の別建て制度は、次の「II 高齢者医療制度」とおりとする。

3、被用者保険制度

(1) 保険者

○ 現行通り、政管健保、健保組合、共済組合、船員保険とする。

(2) 被保険者

○ 現行通りとする。

(3) 保険給付

（A案）

3割程度の定率一部負担とする。ただし、大病院の外來は5割程度の定率一部負担とする。

（B案）

かかった医療費のうち一定額までは自己負担とし、これを上回る部分については保険給付の対象とする。保険給付の対象部分に対しては、定率の一部負担を適用する。

○ 患者の所得に応じた一部負担の償還制度を設けるなど、低所得者に配慮した措置を講ずる。

(4) 保険料

○ 被保険者間の保険料負担の公平を図るため、総報酬を基礎として保険料を徴収する。

(5)各保険者間の調整

○ 政管健保、健保組合、共済組合、船員保険間の所得格差に着目した調整を行う。

○ これに伴い、政管健保の国庫補助は廃止する。

4、国保制度

(1)保険者等

○ 現行どおり、市町村及び国保組合とする。

○ 年齢構成以外の要因で全国的な水準よりも医療費が高い都道府県にあっては、都道府県がその一定部分を負担することについては、第1案と同じ。なお、「地域医療提供体制及び医療費適正化に関する計画」の作成についても、第1案と同じ。

(2)保険給付

○ 被用者保険と同じにする。

(3)保険料

○ 原則として現行の保険料賦課の方式と同じ、なお、年金収入に対する保険料賦課については、年金受給額を基礎として徴収する。

(4)都道府県内及び都道府県間等における調整

○ 原則として同一都道府県内の市町村においては同一の保険料率となるよう、都道府県内で財政調整を行う。都道府県間における年齢構成の差による医療費格差及び所得格差に

ついては、適切な調整を行う。都道府県と国保組合との間においても同様の調整を行う。

(5)国庫負担

○ 現行の国保における給付費の1/2国庫負担を改め、保険料と同額を国庫が負担する。ただし、国保組合に加入している被用者については、事業主が被用者の保険料と同額を負担することとし、これに相当する国庫補助は行わない。

(6)国及び都道府県の支援

○ 災害等に起因する赤字分については、国及び都道府県が保険者を支援する。

5、被用者保険制度及び国保制度の間における調整

○ 被用者保険制度と国保制度との間で、加入者の年齢構成の差による医療費格差に着目した調整を行う。

II 高齢者医療制度

1、基本的な考え方

○ 高齢者の医療については、心身の特性等を踏まえ、給付率や公費負担などについて若年者とは別途の取扱いを行うこととし、各医療保険制度を通じ公平に高齢者医療費を分担する別建ての制度とする。

○ 高齢者は実所得に応じた適正な負担を行うこととするが、それだけ

で高齢者医療費全てを賄うことは困難であり、公費負担及び世代間連帯の考え方に立った若年世代の負担を求める。

2、新たな制度の仕組み

○ 新たな高齢者医療制度は、若年者の医療保険制度とは別建てとし、高齢者が負担する保険料は、全額高齢者医療費に充てる。

(A案) 独立の保険制度とする。

(B案) 市町村が各保険者の共同事業として、高齢者の医療を給付する。高齢者は国保又は被用者保険に加入するが、その保険料は若年者の保険料と区分する。

3、対象者

○ 70歳以上の者及び65歳以上の寝たきり等の状態にある者とする。

4、保険給付

○ 1割又は2割程度の定率一部負担とするなど、一部負担率について若年者と差を設ける。ただし、一定以上の所得のある者については、若年者と同一の負担とする。

○ 患者の所得に応じた一部負担の償還制度を設けるなど、低所得者に配慮した措置を講ずる。

5、保険料

○ 全ての高齢者について保険料を徴収することとし、その全額を高齢者医療費に充てる。なお、年金収入

に体する保険料賦課については、年金受給額を基礎として徴収する。

6、公費負担

○ 公費負担の割合は、現行の老人保健制度と同様に、給付費の3割程度とする。

7、若年世代負担

○ 若年世代の負担は、稼得階層(20〜69歳)の加入者数を基礎として各保険者に按分する。

(注) 各保険者に按分される若年世代負担については、被用者保険間及び国保間それぞれの基準により、所得格差に着目した調整が行われる。

8、医療費適正化のための措置

○ 全国的な水準よりも高齢者医療費が高い都道府県にあっては、適正化途力を促すため、都道府県がその一部分を負担する。

政府与党も改悪案

厚生省の医療保険制度抜本改革案を受けて、政府与党は「二十一世紀の国民医療(良質な医療と皆保険制度確保への指針)」を発表しました。今年9月からの医療保険制度改悪に続き、審議会等を経て次の国会にこの「改革法案」を提案し、一層の医療保険制度改悪を狙っています。

一九七六年二月二十五日第三種郵便物
SSKO通巻三〇二二号(毎週月・火・木・金発行)

許さへん! 医療保障の後退

全国患者・家族集会

in

おおさか

97年11月15・16日
大阪リバーサイドホテル

〒534 大阪市都島区中野町2-12-30

記念講演・「カルテ開示と
患者中心の地域医療」



橋本忠雄医師
(橋本クリニック院長)

- 分科会
- ★患者会活動の強化と難病センター建設をめざして
 - ★難病対策と地域の医療をめぐる
 - ★医療保障拡充のために
 - ★小児の医療と生活をめぐる

総合的難病対策の確立 連続採択向け署名運動を

総合的難病対策の早期確立を求める国会請願署名用紙が出来上がりました。すでに各団体に送付してあります。今年度はもう一回り大きな運動を展開

全脊柱連の 加盟で37団体に

今年6月に東京で結成総会を開いた、全国脊柱靱帯骨化症患者家族連絡協議会(略称・全脊柱連)から新規加盟の申込みがあり、7月に開かれた第16回幹事会で加盟が承認されました。

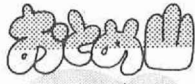
全脊柱連は、各県にそれぞれ組織されていた後縦靱帯骨化症友の会が中心となって、新たに靱帯骨化症を広く解釈し、全国患者会として発足させたもので、多くの仲間の結果を呼んでいます。

し、私たちの要望を直接国会へ届けましょう。不足でしたら事務局へ。

会長は杉山清美(北海道)さん、事務局長は青沼三郎(神奈川県)さんです。

事務局〒245 横浜市泉区和泉町1503 青沼方
Tel 045-803-4526

全脊柱連の加盟で、全国疾病団体は13団体となり、地域難病連とあわせて加盟団体は37となりました。



暑い季節にもかかわらず、難病患者の心胆を寒からしめる「見直し」が強行されようとしている。いまこそ仲間間の強い団結を!

総合的難病対策の早期確立を要望し
豊かな医療と福祉の実現をめざしています

日本患者・家族団体協議会
〒100-0001 東京都千代田区千代田2-1-1

発行所
身体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

目 次

- 弱者いじめの厚生省 539
- 難病対策専門委員会報告 540
- 健保改悪2弾 545
- 全脊柱連の加盟で37団体に 548