

# SSKO

'95.10. No.81

## 全 難 連 会 報

一九七六年二月二十五日第3種郵便物認可(毎週四回月・火・木・金曜発行)  
一九九五年十月二十六日発行 SSKO通巻二三三九号

〈特別講演〉

### 公的介護保険制度の問題を考える

小川政亮 (元日本福祉大学教授)

平成七年度総会の特別講演は、「公的介護保険制度の問題について考える」をテーマに元日本福祉大学教授の小川政亮先生にお願いしました。(以下は、講演の要旨です。)

今日は「公的介護保険構想をどう見るのか」について、お話しして見たいと思います。去る六月二十九日に中央社会保障推進協議会の「高齢者のくらしと介護問題を考えるシンポジウム」があり盛会でした。又、先月初めに開催された全国老人福祉問題研究会の介護保障分科会では部屋に入りきれない程の超満員で、この問題の関心の高さを示していました。こ

の関心の高さは単に関係者だけではなく、毎日新聞の世論調査でも国民の七割が介護保険に賛成との報道もされています。政府はこれに気を良くして、司会の方のお話しにも有りました様に、現在、老人保健福祉審議会で急ピッチで検討が進んでおり、法案を一九九六年には国会へ上程する運びといわれています。国会へ提案されますと、この間の悪法の成立状況からみて、共産党のみが反対するだけです。政府は一九九七年度実施に自信を持っていきます。さて、最近、急速に「報告の内容が評価に値するものなのか学習しよう」との運動が盛り上がっています。この点について、老人福祉問題研究会会長の中川先生は、「公的という表現は

適切ではない。この内容は、本質的には私保険と同じもの。公的と呼ぶのを止めよう」と結論づけています。

今日、高齢者や障害者を抱える家族の方は、大変深刻な状況に置かれています。根本的には、政府がこの深刻な状況をつくり出してしまった訳ですが、この問題への国民的な切実な要望を逆手に取り「だから介護保険しかない」と持つて行くとしてるのが現状の様に思われます。昨年九月に社会保障制度審議会の社会保障将来像小委員会で、二〇世紀の社会保障はどう有るべきかについての第二次報告で介護保険構想が提案されました。又、一二月には厚生省の私的諮問機関である高齢者介護支援システム研究会が「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」という報告を出しています。この報告は、社会保障制度審議会小委員会より具体的な内容となっており、このシステム研究会報告を元にして政府関係では審議を急いでいると言われています。

先程も述べましたが、介護問題は大変深刻な状況にあり、誰もが介護保障の重

要性や必要性を認めます。しかし、それを保険という形でしなければならぬのか。介護保障に対する要求Ⅱ介護保険となつてゐる所が一番問題です。ホームヘルパーの派遣やショートステイ、デイサービス、特養ホームなどの制度は、これ

までは国と地方自治体が責任を持つていました。だから、公費で負担して来たわけです。それが保険で支払われることになるとする。保険料は誰が負担するのです。スエーデンでは、被用者はもっぱら企業主が負担します。ところが日本では、現に利用しようとする人と、将来利用しようとする人は、負担するのが当たり前だという前提で、出発しようとしています。いくら負担するのです。スエーデンの様に使用者が全額負担する国もあります。しかし、日本の場合は、労使折半負担となつています。この様な使用者と労働者が折半で負担する健康保険制度は、一九二二年(大正十一年)の制度発足から始まっています。当時は、一九一八年の米騒動の嵐が全国を覆い、これを弾圧する一方で「アメとムチの政策」

として、ビスマルクの社会保険制度に学んでつくられました。費用負担も、米騒動の教訓から、労働者と使用者が仲良くして行かなければならないと、労使協調の姿を表す為に労使五分五分の負担とされています。しかし、その労働者が病気になる途端に、また医療費の一部を取られるとすると、労働者の負担が重くなります。労使協調が破られる形になってしまいます。戦前の明治憲法の元ですら、受診に当たっては、負担をしなくてもいいんだとなつていました。ところが、一九三九年の日中戦争が激化する中で、医者に掛かる時には二割の負担をしなければならなくなりました。正に労働者の一部負担金は、戦争政策と密接に関係しています。これが、戦後に一旦廃止されますが、一九四九年に占領政策の変換で、初診時に初診料相当額負担が導入され、一九八四年にはさらに健康保険が改悪され、医療費の二割負担とされてしまいました。今は、反対が多いので一割負担ですが、本則は二割負担ですから、何時でも二割負担にされてしまうおそれがあり要注意

です。

介護保険も被保険者のうち、労働者は労使折半負担、労働者以外は全額本人負担を構想しているようです。しかし、将来像委員会二次報告より僅か三ヶ月後の一二月に出されたシステム研究会の報告では、「六五才以上の者を被保険者とし、かつ受給者とする」を原則とし、それ以外の若い人は検討課題となっております。六五才以上で雇用されて働いている人は極めて少ないでしょうから、被保険者が全額負担しなければならなくなります。どうしてこの様に変わってしまったのか明らかにされてはいませんが、使用者側が負担しないで済む様にと資本家団体からの圧力が掛かったのではないかと言われています。

保険料は幾らぐらい取られるのか。必ずしも未だハッキリしませんが、収入の1%とも言われています。働いている人も被保険者とするれば、標準報酬月額額の1%を労使折半、働いていない人は全額負担するのが考えの様です。保険料を払えない人をどうするのか。六五才以上の

人は、年金から控除するんだと言われてます。しかし、老齢年金受給者の六割は、平均月三七、〇〇〇円の支給額です。とても、この額では生活出来ないのに、更にここから保険料相当額を控除する訳ですから、「とても酷いじゃないか」という声が上がっています。

先に述べましたが「介護保障をなんとかして欲しい」という背景には、いわゆる臨調「行革」路線下の相次ぐ医療保障改悪があり、介護への不安を増幅させています。とくに昨年一〇月からの新看護体系・付添い廃止問題が出てきています。基準介護病院では、一般的には患者四人に一人の看護婦が付いています。この場合は、建前としては付添いは要らないとなつていますが、特に病状が重くなると付添いなしではとても遣つていけなくなりません。私の例ですが、妻が膵臓癌で某大病院に入院しました。この病院は基準看護病院ですから入院案内には「付添いは必要ありません」と書いてあります。しかし、その後「但し、病状によつては家族の方に付いて戴く場合があ

ります」となっています。しかし、その場合は、社会保険からの費用は出ません。最初は四人部屋で毎日三、〇〇〇円。その後、病状が悪化してきた為に個室に移り、一二、〇〇〇円を毎日差額ベット代として支払いました。老人保健の適用ですから、一般的には一日七〇〇円の負担で済むと言われています。しかし、実際は毎日一二、七〇〇円を払わなければなりませんでした。病状がいよいよ悪化してきて、すぐにナースコールしなければならぬ状態になります。とくに夜中は病状が一層悪くなり、癌の痛みで苦しみ、ナースコールをします。「すぐ行きます」と返事は返ってきますが、中々来てくれないのでドアを開けて覗いて見ると、看護婦さんがワゴンを押しながら慌ただしく他の部屋に駆けて行く。やつと来てくれたので聞いてみると、夜間は四三ベットの病棟を二人の看護婦さんで担当しているとのこと。その時に、さし当たって付添いが絶対必要ということと、看護婦さんを絶対に増やして貰わなければならぬということを感じました。基準看

護でない場合は、付添い費用に対して、社会保険から費用の償還があります。しかし厚生省は、付添いに対する療養費払いの値上げを八年間据え置き、夜も付添いさんに付いてもらうと月一〇万円の自己負担が掛かるといわれる状況を作りだしました。そして、これを逆手に「患者さんの負担を減らす」との名目で、昨年一〇月に付添いの廃止を決めています。又、昨年一〇月から入院給食費が一日六〇〇円取られる様になりました。厚生省は、これを財源に、これまでの付添いを看護補助者として六万人を病院内雇用とする他に、看護婦を三、〇〇〇人増やすとしています。しかし、はたしてそれだけで足りるのか。この問題に詳しい国民医学研究所の大山さんの研究によれば、これまでは二四時間の付添いでしたが、病院の専従職員となれば、八時間の三交代職員となります。これに年次有給休暇や週休休暇などを加えると、これまでの四万人の付添いさんは、一六万人の院内職員に相当するから、厚生省の計画では絶対に足りないと言っています。しかも、

現在の病院の財政状況からして、厚生省が言っている、六万人の看護補助者と三、〇〇〇人の看護婦も雇えないといわれています。そこで、このまま付添いが廃止されたのでは、看護婦の労働負担は更に厳しいものになります。そこで介護に手の掛かる患者さんは退院して欲しいと、病院からの追い出しがどんどん始まっています。東京保険医協会の診療研究の六月号には、「付添い廃止一〇番」に掛かって来た電話を紹介しています。ある老人病院では、付添いが廃止される中で「痴呆の患者さんは、注射で眠らせる。動く患者さんは縛りつける。食事はミキサ―食で注入機で押し込む。嘔せる患者は鼻孔栄養に変えた」と涙ながら看護婦さんが訴えています。今、付添い制度廃止の下で、この様な大変な事態が進行しています。

強制的に介護保険に加入させられて、保険料を払えない人はどうなるかです。年金受給者の方は、先程お話しした様に否応なしに取ってしまう訳ですが、年金を受けるまでに行っていない人はどうす

るのか。国民年金の場合のみますと、ほとんど保険料が上がって、今年の四月から毎月一一、七〇〇円です。零細な業者の場合夫婦で二三、四〇〇円にもなり、こうなると加入しても滞納せざるを得ない人もでてきます。免除を受けられない滞納者が増えており、一説には一六〇万人が既に年金を受けられない、更に一九三万人が未加入との状況です。このうえ、介護保険料を取られるとなると、払えない為に参加しなかったり、払えずに滞納してしまいます。保険の利益を受けられない人が沢山できるおそれがあります。国民健康保険の場合、一九八六年に法改正がなされました。災害などの特別な事情がないのに保険料を滞納した場合は、被保険者証を返還させる事が出来る様になりました。そして保険証が返納された場合、資格証明書が交付されます。この資格証明書では、一旦治療費を全額窓口で払わなければなりません。ですから、お金がなければ、病院に掛かる事ができません。我慢に我慢を重ねて、病院に駆け込んで来た時は、もう手遅れだったと

いう事例が発生しています。未だ介護保険制度の具体的な中身が明らかにされてはいませんが、この様な事にもなり兼ねないと危惧されています。

次に、果たして保険料さえ払ってれば、いざという時に必要な介護サービスが受けられるのかです。一九九七年度からの制度発足で保険料はがっちり取られますが、あまりに不備な介護サービスの供給体制です。例えばホームヘルパーについてはどうかといえますと、一九八九年一二月にゴールドプランを発表しました。これは、一方で消費税を取ることにしたんですが、総選挙を控えていてまずいということ、消費税は高齢者の為に使うという宣伝を行い、ゴールドプランを作成した訳です。これが法律化したのが、一九九〇年六月。この法律に基づき、一九九三年度には全国の自治体が老人保健福祉計画を作っています。ところが、厚生省のゴールドプランが西暦二〇〇〇年までにホームヘルパーを一〇万人にするとの計画でしたが、全国の数を集計すると一〇万人を上回ってしまう。そこで

政府は、面目が丸潰れになるという事で、慌てて新ゴールドプランを作りました。厚生省は、当初二〇万人と言っていました。ところが、大蔵省の横槍が入り一七万人になりましたが、これは西暦二〇〇〇年の高齢者人口の％に満たない数です。一方でゴールドプランの計画では、現在週一回で二時間位しか来てくれないホームヘルパーを、二四時間介護にするんだと言っています。二四時間介護では、スエーデンやデンマークが進んでいます。私もデンマークの人口一八、〇〇〇人の都市で、二日間ホームヘルパーさんについて家庭訪問し、どんな事をやるのか勉強して来ました。この市には、六五歳以上の高齢者が三、〇〇〇人います。これに対して、フルタイム換算で、一五九人のホームヘルパーが市の公務員として一二箇所の詰所にいます。私が訪問した八〇歳の独り暮らしの老女は、朝五時から夜中の一時まで三人のホームヘルパーが交替で六時間も、短い時で三〇分、長い時には二時間も訪問します。食事、掃除、ベット作り、起床、就寝、排泄、着替えの手伝いなど

をするわけですが、一番喜ばれるのは話し相手になってあげる事だと言っていました。その様なゆとりのある介護を一日に五回も六回も来てやってくれる。しかも、それが全て無料。訪問した中の一軒は、中庭にデンマークの国旗が翻っている大きな屋敷でした。余程のお金を取られているのでは、と聞いてみました。「いままで国や社会の為に働いて来た。高齢になって国がお返しをする番なんだから無料なんです」との答えです。このデンマークでは、全体としてホームヘルパーは高齢者数の三・四％に当たっています。デンマーク並みに三・四％の比率で計算すると、日本では七三万人のホームヘルパーさんが必要となります。ですから、一七万人に増やしたとしても、とても足りない。又、老人ホームにしても非常に少ない。結局、保険料は確実に取られるが、利用できるサービスは非常に不備なものになってしまいます。

幸いにして利用出来たらどうなるかです。構想では、食事その他基礎的生活費は保険外で、その費用は自己負担となり

ます。その上、保険給付部分についても利用料として、その一定額又は一定率を負担する事とされてます。保険料を払い、そのうえに受けた給付の一部を支払わなければならぬということです。老人保健施設では一人二七万円掛かると言われており、一割を負担するとすれば二万七千円です。保険給付外の基礎的生活費は、老人福祉施設でも老人病院でも老健施設なみに月額六万円ぐらいい取られると考えられています。介護保健制度が発足し、老人保健施設に入った場合、利用料の二七、〇〇〇円と生活費の六〇、〇〇〇円の合計八七、〇〇〇円を月々負担しなければならぬようになります。更にそれ以外の違ったサービスを頼めば、更にその金額が自己負担になります。保険給付外の費用や一割相当の利用料を負担できない人は、保険給付そのものが受けられない訳です。システム研究会報告では、利用料負担ができない人については市町村が減免出来るとしています。しかし、遺産がある人はその遺産から徴収する事になっており、死んでからも払わなければなら

ないという訳です。

それでは、本来どうあるべきか。一九八四年にILOの「二一世紀へ向けて社会保障の発展」という注目すべき報告書が出されています。この中では、医療保障や家族手当等すべての人に平等に保障されるべきものは、一般財源から保障すべきだとしています。更に年金についても、全ての人に平等に保障すべきものは一般財源で負担すべきとなっております。日本の制度で言えば、老齢基礎年金は一般財源、報酬比例部分は保険料の積立部分からとなります。この様なILOの考え方から言えば、本来、介護保障も人間の尊厳そのものに係わるものであり、その意味でそれを必要とする人に平等に保障されるべきものですから、介護保険ではなく、一般財源から給付すべきです。日本の介護保険制度は、ドイツに習っているとされています。ドイツでは、二〇年間を渡って一般財源から支出すべきか、保険制度にすべきかの論議がなされ、東西ドイツの統一といった財政事情もあり、最終的には介護保険制度になったという

ことです。お隣のオーストリーでは、一九九三年に連邦介護手当法が施行され、一般財源からの手当制度となっております。これは、日本と同じように人的要素や老人施設が足りない。保険料を取っても充分なサービスが保障出来ない。そこで、一般財源からの介護手当にしたのです。介護を必要とする家庭では、自分で探さなければいけないという問題点は残りませんが、少なくとも保険料は確実に取られるが、サービスが無いという制度よりは良心的です。日本の場合は、オーストリー方式ではなくドイツに習っています。今、世界で介護保険制度を公式に取っている国は、ドイツとオランダの二つとされています。ドイツでは、今年の一月から保険料を取り始め、四月から在宅給付、来年の七月から施設介護適用です。保険料は報酬の1%ですが、施設サービスが始まると1.7%に引き上げられます。又、オランダの介護保険は、一九九五年七月一日現在八・八五%までになっています。日本の場合も、今後、更に保険料が引き上げられる可能性があります。

ところで、もう一つ介護保険制度の問題点です。最初にお話しした、ホームヘルパーやショートステイ、デイサービス、特養ホームなどの制度は、いわゆる措置制度になっています。これを止めて保険制度にしようというのです。システム研究会や将来像委員会の報告では、この措置制度に対する攻撃がなされています。措置は行政処分であり、権利として要求できない、選択の自由がないと攻撃しています。一方、保険制度にすれば保険料を払っているのだから権利としてサービスを受けられる、契約として自由に選択できるとしています。しかし、果たして厚生省が言う様に、措置制度には権利や選択の自由がないのかという問題です。政府は、法の反射的利益という明治憲法下の間違った解釈を取っています。例えば、寝たきりの老人が措置制度で特養ホームに入ったとします。この場合、老人福祉法に基づいて行政が措置をしたおかげで入れたもので、本人の権利として入れた訳では無いというのが、政府の見解です。私たちは、日本国憲法第二五条

「すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」に基づくものだから、権利として要求できるという考えです。第二五条の二項では「国は、すべての生活部面について社会福祉、社会保障、及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と、国の義務と責任を明確にしています。この憲法の理念を基に、老人福祉法や児童福祉法、身体障害者福祉法などが定められています。その事は、それぞれの法律の総則規定の中にも明記されています。先程の例でいえば、寝たきりで家庭で介護ができないという場合は、国や地方自治体にこのような高齢者の「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」を保障する責任と義務がある訳ですから、措置という方法を使ってその人の権利を保障しているので、措置が有利である理由として、措置を拒否されたり、措置に納得できない時に不服申立てや行政訴訟ができます。ところがこれが自由契約になりますと、いくら老人ホームに入りたくても、経営者がうんと言わなければ契約行為は成り立

ちません。これに対して、措置制度の場合は権利として要求できる。契約の場合は、相手に承諾しろと要求する事は出来ません。又、措置制度の場合は、市町村から施設や事業者者に依頼（いわゆる措置の委託）がなされた場合には、正当な理由がなければ委託をうけた側では拒否出来ないという法律上です。ですから、お金が有る無しに係わらず、老人施設へ入れてくれ、ホームヘルパーを派遣してくれと要求出来ます。更に、お金がどうなるかといえば、まず措置をした自治体が、その老人施設やホームヘルパー等の事業者者に費用を支払うと、法律上なっています。そのうえで、本人や扶養義務者から負担能力に応じて費用の全部又は一部を徴収する事が出来ると規定されています。法律上は「徴収することができ」という規定の仕方ですから、取らないのが建前だが取っても良いとされています。この場合も、「負担能力に応じて」ということですから、負担能力がなくても安心して老人ホームやホームヘルパーを利用出来る事になります。だから、政

府にとしては権利として要求され、費用についても公費負担の義務を負うこととなる措置制度は困る訳です。これが、自由契約制度になれば出すとしても、若干の補助金で済む事になります。ですから、措置制度を攻撃する訳です。

政府は社会保障制度を逆行させる動きの中で、自分で負担できないものはお互いに助け合いなさい、だから保険料を払うのは当然だと言いつつ出しています。これは、公で負担すべきものを国民に責任を転嫁する考え方です。明治時代に石川啄木が「働けど働けどなお我が暮らし楽にならざり、じつと手を見る」と有名な歌をうたいます。働いても働いても暮らしが楽にならない、なぜだろう、好きこのんでこうなっているわけではないという事です。低賃金で労働者を働かせ、大儲けしている資本家階級いるからだと思つてきて、そういう中で国と大資本の責任を問う運動の中で、社会保障制度へと発展して来た訳です。にもかかわらず、公的な責任や負担、大資本の責任を一般国民に転嫁しようとして、美化するのが、

助け合いや社会連帯という言い方ではないでしょうか。例えば、戦前の一九三八年に成立した旧国民健康保険法では「相互扶済の精神に基づき」となっています。これは、日中戦争が激化する中で丈夫な兵隊、丈夫な労働者が欲しい。ということから、農山村や都市低所得住民の健康が問題になりました。本来では全額を国庫負担とすべきですが、直接的軍事費以外は出したくない。そこで、その費用を国民に負担させる為に、お互いの助け合い、相互扶助だからと美化したのです。しかし、戦後の日本国憲法に基づく現在の国民健康保険法では「社会保障及び国民保健の向上に寄与する」と、社会保障制度としての位置づけを明確にしています。この様にして見てみますと、今回の公的介護保険制度は、日本国憲法二五条にいう社会保障制度といえるのか、甚だ問題です。

#### 〈質問と回答〉

質問——難病患者や障害者で、六五歳

未満の介護が必要な人はどうなるのでしょうか。

回答——システム研究会報告では「六五歳以上の者を被保険者かつ受給者とする」となっています。又、この報告では「高齢者以外の障害者については、障害者基本法で総合的施策の計画的な推進をうたっているので社会保険としての介護保険の対象とすることは問題がある」としています。この内容からすると、六五歳未満は障害者基本法で対応し、六五歳以上は介護保険となります。又、公聴会で答弁では「なんとかしなければならぬ」と考えている」ということです。しかし、私は、むしろ介護保険ではなく、障害者基本法の適用の方が良いと思います。それは、障害者基本法の一一条では「重い障害者は、終世に渡って保護するのが原則」としていますし、二三条では「障害者や扶養者の経済的負担の軽減、自立の促進の為に公の施設の利用料の減免、その他必要な施策を講ずるべきである」としています。これがもし介護保険の適

用となりますと、介護サービスを受けるためには、保険料の他に保険給付外負担や保険給付利用料の負担が必要となります。全国障害者問題研究会（略称、全障研）が発行している「みんなのねがい」の五月号にも、「介護保険をどう考えたらよいか」の中でも、この点にふれておきました。

質問——政府は「財源が無い」と言っていますが、どう考えたら良いのでしょうか。

回答——政府は、盛んに高齢化社会だと宣伝しています。何か、高齢者が長生きしているのが悪いかの様にまで聞こえて来ます。政府は、働いている人が何人の高齢者を世話するので、大変だと言っています。しかし、自分を含めて何人の人を養うのかと考えれば心配無いと言えます。将来の予測ですが、六五歳以上の人口が一九八五年に一、二四七万人、二〇〇〇年が一、一五二万人、二〇一〇年が一、七二七万人、二〇二五年が一、七二七万人、二〇二五年がピーク

で三、一五二万人です。政府が言っている二〇歳〜六四歳の働くことが出来る生産人口との対比では、一九八五年に六人で一人の高齢者をみる。二〇〇〇年で三・七人で一人、二〇一〇年が二・七人で一人、二〇二五年が二・一人となり、だから大変だと言っています。しかし、経済学者の川上先生（都留文化大学教授）や川口先生（中央大学名誉教授）は、働いている人と総人口を対比すべきだと言っています。そうしますと、一九八五年に生産人口一人で二・〇八人をみることになり、二〇〇〇年が一人で一・八九人、二〇一〇年が一人で一・九三人、二〇二五年が一人で一・八五人となります。だから働いている人からみた場合、自分を含めて養わなければならない人は、むしろ減ると説明しています。又、政府は高齢者介護に掛かるコストを一九九三年度が三・五兆円、一九九七年度が七・七兆円と試算しています。この財源対策についてですが、憲法違反の疑いの濃い膨大な軍事費の存在自体が問題です。また、財政学者の芝田先生（立命館大学助

教授）は、一八〇項目に及ぶ租税特別措置法の優遇税制で大企業は一、二四兆円も内部留保金を溜め込んでいると分析しています。「不公平税制を正す会」の計算では、この優遇税制を廃止するだけで二一兆六三二億円の財源が確保出来るとしています。ですから一九九七年度に七・七兆円掛かると言われますが、これで充分賄えると財政学者は言っています。先程言われた消費税は、一九八九年四月に導入されました。その時の理由が、「高齢化社会に備え、国民に広く薄く負担して戴く」でした。ところが実際は、一九九三年度に消費税収入の三・三五%しかゴールドプランに支出していません。高齢者の為に使うと言って導入した消費税ですが、実際は三%チョットしか使っていません。にもかかわらず、一九九七年度には、この消費税を五%又はそれ以上に引き上げる言っています。この時、何のために引き上げるんだと言われるので、一九九七年度からの介護保険実施の為に基盤整備に公費が必要と言っている訳です。しかし、高齢者の為にと言いつながら、

新たに何重にも高齢者に負担を課する事にしようというのはおかしな話です。まして、消費税は間接税ですから所得の有る無しに関係なく取られます。この税金は、逆累進制で所得の低い人ほど割高になる訳です。さらに「公的介護保険」の給付自体は低い水準にとどめ、それで足りない部分は営利保険によらざるを得ない様にしようという狙いもあるとも指摘されている（参照、前掲「診療研究」六月号六五ページ）ことも見過ごせません。



## 七年度総会を開催

平成七年度全国難病団体連絡協議会総

会は、東京都新宿区の戸山サンライズで平成七年七月二日（日）に開催されました。総会は、平成七年度活動報告、決算報告、会計監査報告及び平成七年度方針、予算、役員改選をそれぞれ拍手で承認。その後、「公的介護保険制度の問題について考える」をテーマに小川政亮先生（元日本福祉大学教授）から記念講演がありました。

### 〈昨年度の主な活動内容〉

- ・ 一九九四年八月二日「厚生省への陳情」一六項目に及ぶ要望書を提出しました。
- ・ 一九九四年一〇月二日「意見書を提出」難病対策専門委員会の中間報告に対して、全難連の意見書を提出しました。

・ 一九九四年一月一七日「施設見学会を実施」

社会福祉法人「全国ベーチェット協会 江南施設」を見学しました。これは、施設見学や職員との意見交換を通じて問題点を把握し、今後の厚生省への陳情に役立てるための取り組みです。

・ 一九九五年三月五日「医療講演会を開催」

第六回難病を考える集いは、九州大学 遺伝学部教授の笹月先生に「難病治療の最先端——遺伝子治療」をテーマにお願いしました。

・ 運営委員会は、定例が一一回、臨時が一回の計一二回開催されました。

### 〈活動方針〉

#### I. 難病対策

1. 難病の原因究明及び合併症を含めた治療法の早期確立を厚生省に働きかけます。

2. 難病対策の強化と医療福祉の向上を

厚生省に働きかけます。

3. 難病患者の高齢化対策、重症患者のマンツーマン介護を関係省庁に働きかけます。

4. 高度の医療、高度の介護を必要とする重症患者が安心して入院できる場所を確保するよう厚生省に働きかけます。

5. 難病患者と家族の社会救済制度確立の為に身体障害者福祉法等の枠の拡大を目指します。

6. 「国立難病医療センター」(仮称)の設立を目指し厚生省に働きかけます。

7. 「難病患者救済法」(仮称)の制定を目指して運動を進めます。

8. 国の計画する難病対策見直しや公的介護保健制度についての意見をまとめ、厚生省に陳情します

9. 施設見学会を実施します。

II. 組織強化と啓蒙活動

1. 財政基盤を確立し、全難連の組織強化と相互連帯に向けて努力します。

2. 難病に対する社会の理解を深めるた

め、医療講演会を開きます。

3. 事務局体制の強化を目指します。

〈役員体制〉

会長	赤坂 紀代子
副会長	岩下 宏
副会長	武田 治子
副会長	八宗岡 峰起子
事務局長	長谷川 孝
事務局次長	玉木 朝子
会計	坂本 秀夫
会計監査	松岡 幸雄
会計監査	柳 光夫
運営委員	由田 健
運営委員	釘本 妙子



施設見学会のご案内

全難連では、難病患者の治療施設や療養施設を見学し、難病患者のおかれている実態調査と病院施設関係者の要望把握に努めています。

今回は、国立療養所「東埼玉病院」に決まりました。各団体の皆様におかれましては、病気を抱えての活動で、大変ご苦労されておられるとは思いますが、主旨をご理解のうえご参加をよろしくお願いいたします。

〈日時〉 11月21日(火) 午後1時〜

〈場所〉 国立療養所「東埼玉病院」  
 埼玉県蓮田市黒浜四一四七

電話 048-768-1161

〈参加申込〉 各団体の役員まで。

\*なお、当病院では、筋ジストロフィー、神経内科の見学およびスタッフとの懇談を予定しています。

〈医療講演〉

## 難病感染症とその対策

帝京大学医学部第二内科教授 国井乙彦

「難病感染症とその対策」をテーマにした医療講演会が、平成五年三月七日（日）に開催されました。以下は、帝京大学医学部第二内科教授国井乙彦先生の講演内容（要旨）です。

今日は、難病感染症とその対策ということでお話いたします。感染症といいますと、最近では抗生物質が沢山出ていますので、治るのがあたりまえのようになっていますが、まだなかなか治りにくい感染症があります。抗生物質や化学療法がこんなに進んだのに、治りにくいのはなぜか、その理由と要因を申し上げます。

細菌側からみた難治性要因、最近TVや新聞で問題になっているMRSA感染症も難病感染症の一種です。それについて、スライドを使って説明いたします。感染症がどうして治りにくいかと申しますと、ご存知のように人間（宿主）に病原体（微生物）が侵入して増殖し病気を起こすわけです。二、三〇年前と比べて最近では感染症が変わってきています。どの様に変ったかと申しますと、病原菌（病原体）が変わってきて、抗生物質がきかない耐性菌が増えてきました。多くの薬剤に対して、耐性を持つ（多剤耐性菌）菌、この中の一つにMRSAがあります。もう一方では、宿主（人間）の身体条件が変わってきています。一つは高齢者が増加したことと、感染症に対する抵抗

力が弱っている人が多くなってきたことです。免疫不全状態の患者に感染がおこると、それが治りにくいことも一つの原因であります。さらに私どもを取りまく環境も変わり、汚染されやすい状態があり、入院を余儀なくされている条件の悪い患者さんもいます。病院は、本来清潔であるべき所ですが、菌をもっている患者さん、中には耐性菌を持っている患者さんもおられます。従って病院という環境は汚染され易い場所でもあります。また、健康な保菌者もおります。最近では、ペット（動物）を飼っている人も多く、動物から感染することもあるわけです。この様に、環境の変化も一つの原因になっているわけです。病原体の方から申しますと、以前は毒力の強い、急性伝染病、腸チフス、パラチフス、赤痢、コレラ等、強毒の菌が多かったわけですが、抗生物質ができてからこれらの菌による感染が減少してきて、最近問題になっているのは弱毒菌（平常は無害）による感染が増えていることです。以前は身体の外から入って来る病原体の感染が多かったの

すが、最近では人間が身体の中に持っている

菌、腸管の中にも沢山の菌がおりますし、皮膚にも菌がおります。内因性感染と申しまして、本来私どもが持っている菌が感染を起こすことが多くなったことが一つの特徴です。それから薬剤に感受性の低い菌、すなわち薬が効きにくい耐性の菌が多くなっているのが最近の特徴です。病原体に対して薬が効かなくなるという理由は、いろいろな研究でわかって来ていますが、その一つは菌が薬を壊してしまう、不活性化する。例えば、ペニシリンを壊す酵素を持った、産生するようになった菌ができたことで薬が効かなくなってきたこと、もう一つは薬が作用する場所。ペーターラクタムという薬は、細菌の一番外側の壁（膜）に作用するのですが、菌の方でその構造を変えてしまったので、薬が効かなくなる。さらにもう一つは、薬が細菌の中まで入っていかなくなる。透過性が低下して効かなくなる。この様なメカニズムで、菌にたいして薬が効かなくなるのです。菌の薬に対する抵抗力が強くなったと言え

る訳です。

人間の方でも、Aの薬が効かなければ、それに効くBという薬を作り出すということが繰り返されています。最近では、新しい第三世代のセファロスポリン抗生物質やニューキノロン等の合成抗菌薬、これらが抗菌力が強くて、耐性緑膿菌、グラム陰性桿菌等に対し、新しく開発された薬によって、制圧、コントロールが可能になってきています。MRSAというのは、今私どもが使える殆どすべての抗生物質に対して、耐性になっていて、効く薬が殆どない状態にあり、大変治りにくい感染症をおこすので問題になっていくのです。菌側、薬剤側からみますと大体この様なことです。

今日、特にお話したいのは、難治性疾患における宿主側の要因です。どういう感染症が治り難いか。それに対して、対策をたてるために原因を洗い出す必要があります。それを明らかにして対策をたてるのが大切だと思います。一つは宿主側の抵抗力が弱くなっていること。スライ

比べて四分の一ぐらいに減少しています。

これが、平均寿命が延びた大きな原因ですが、最近では平均寿命が世界でも一流の長寿国になり、女性は八〇・三九才、男性は七五・二三才で、今生まれたばかりの人の平均寿命がこのぐらいでありまして、以前に比べますと、かなり延びています。これは、社会情勢が良くなり、医学・医療技術が進歩して、長生き出来る様になったからです。これは、少し古いデータですが、五〇〜五九才の人が一九三五（昭和一〇）年の五四〇万人、これを一としますと、一九七六（昭和五二）年には二倍になっていて、八〇才以上の人は、昭和一〇年を一としますと、昭和五一年には三・五倍になっています。現在では、この倍率はもっと大きくなっていくわけです。非常に早いスピードで高齢者が多くなっています。この様な方々は、高齢であるというだけでは抵抗力は弱くはないのですが、それにいろいろな要因が加わって、病気になるったり、それが治ってもどこかに障害が残っているというわけで、感染症がおこると治りにく

い要因ともなるのです。この様な方々が、増えてきているのです。感染防御能力が低下しているのです。私どもの身体で外界と接触している皮膚などの組織が障害を受けますと、病原菌がそこから入り易くなります。健康な皮膚や粘膜ですと、病原菌が入り難いのですが、それが損傷を受けますと、菌の感染が起こり易くなります。起こり易いという条件は、また、治り難いという条件に重なって行きます。感染が起こりますと、最初にそれを防ぐ

うとして活躍するのが、血液中の白血球の中の顆粒球ですが、これが雑菌を食べる殺菌してしまいます。この顆粒球が減ってきたり、働きが弱くなる状態になりますと、感染が起こり易くなり、また治り難くなります。病原菌が入って初期の段階では顆粒球が活躍しますが、少したつと抗体ができたり細胞性免疫が働き出してきたりしますが、それがうまく働かない状態になると感染に対する抵抗力が弱まってきました。その一つの例として、酷いけがや火傷の場合ですが、細菌の侵入を一番外の皮膚粘膜で防いでいますが、

それが火傷によって壊れてしまいます。その次に、食細胞、顆粒球、補体、細網内皮系など身体の中の組織の防御反応をする所が、こわれたり働きが弱くなったります。液性免疫や細胞性免疫も、火傷の場合には低下していきます。結局、感染が起こり易く、起こると重症化し易いのです。これは特殊な例ですが、感染防御の抵抗力が弱くなると感染が起こり易く、重症化して、場合によっては致命的になります。

これまでは、感染防御能を詳しく述べてきましたが、そのほか基礎疾患としていろいろな病気をもとに持っている方は、感染が起こり易いのです。病気の種類にもよりますが、悪性腫瘍、癌、白血病、重症の外傷、熱傷、その他慢性、或いは進行性の病気、例えば肝硬変、肝臓・腎臓の病気、糖尿病、脳血管障害、寝たきりになってしまふとかの基礎疾患、長い間寝たきりで褥瘡が出来る、皮膚から感染が起こり易くなります。栄養状態も悪くなる。食欲が無く食べられないなどの状態になりますと、感染に対する抵抗

力が非常に落ちてまいります。従って感染が起こり易くなると同時に治そうとする力も弱くなります。このスライドは、私どもの病院で敗血症といって、全身感染で血液の中で菌が繁殖して行って、他の組織・臓器にまで転移性の病巣をつくって行くような重症な感染症ですが、この患者さんについて調べてみますと、基礎疾患のある方が多くて、六〇例のうち、悪性腫瘍が一七例、脳血管障害・脳卒中等一五例で二二%、膠原病・肝硬変・胆石、その他循環器疾患、心臓病・糖尿病等の基礎疾患のある方が八〇%、九〇%位おります。基礎疾患のある方が敗血症になって、どの位死亡しているかと申しますと、悪性腫瘍の方は八二%、脳血管障害は二七%、膠原病は三〇%、これに対して基礎疾患のない方の死亡率は〇です。このように基礎疾患のある方は、感染にかかり易く、治りにくく重症化し易く、高い死亡率につながります。肝機能障害のある方は五〇%悪化し、腎機能障害のある方は七五%悪化しています。DIC(全身に出血がおこる病気)

ショックを起こす状態になりますと、死亡例が多くなつてきます。

このスライドは、床擦れの酷いものです。長い間寝ていますと、床にあたる部分は硬い骨と皮膚の間に組織が少ないので、硬い部分が直接あたり、血流が悪くなり褥瘡が出来やすいのです。皮膚の組織損傷が起こつて、こういう状態になりますと、細菌がつき易くなります。大便や小便の中には、細菌がいることが多いので、それらが伝わって感染を起こし易くなるのです。そして治りにくい褥瘡がありますと、そこから自分も感染するものになり、また他の患者さんにも菌が移つていく可能性があるのです。

栄養状態が悪くなった時、なぜ感染にかかり易かったり、治りにくいかということを手ヤンドラ(Chandra)という先生がまとめたものですが、食欲がなくなつたり吐いたりしますと十分に栄養がとれなくなり、すると免疫の能力が落ちて、細胞性免疫・液性免疫すべてがおちて、蛋白の合成も非常に低下してきます。細胞も勢いがなくなつて再生

も十分行われないうように、いろいろなファクターが重なつて免疫機能が低下します。感染がありますと発熱して身体の蛋白が分解しそれがまた栄養欠乏につながります。このように、いろいろなファクターが複雑に相互に絡み合つて悪循環になるわけです。菌が体内組織に入りますと、コーチゾンが上昇するとか、IGEが上がるとか、抑制物質が出てくるとかありまして、感染と栄養欠乏あるいは低栄養は悪循環になってきます。従つて、栄養状態が悪いと感染にかかり易く治りにくい。感染があるとさらに栄養状態が悪くなる。

もう一つ大事な要因としては、いろいろな基礎疾患がある患者さんに対して治療しますが、その治療行為が、ある場合には感染を起こし易くします。例えば、尿が出ない時に、膀胱内にカテーテルを留置しなければなりません。脳卒中の場合とで、自分で排尿できない患者さんの場合には、どうしてもこれを置かなければなりません。カテーテルを置くと、そこから感染をおこし易い状態になります。

又、IVHといって、食事が上手くとれなかったり、意識が低下したり、飲み込みが上手く行かない患者さんには、静脈内にカテーテルを入れて栄養補給を致します。呼吸が上手く行かなくなった患者さんには気管切開をして、気管内に管を入れて、人工呼吸器に繋いで呼吸を維持させます。このように管を入れますと、そこから感染をおこし易くなります。その他悪性腫瘍の患者さんには、放射線治療、或いは病気の種類によっては、ステロイドを投与します。抗癌剤、免疫抑制剤、また病気の種類によっては人工臓器の使用が行われます。心臓病の方には、人工弁やペースメーカーを埋め込むことがあります。それがまた感染を起こし易い一因になるわけです。このように治療上、どうしても止むを得ない必要な治療処置によつてそれが感染を起こし易い状態になる。矛盾ではありますが、患者さんの基礎疾患治療のためには止むを得ないことが多いのです。このような患者さんが大きな病院にはかなりおります。管を入れるには、しっかり消毒している

のですが、それでも細菌は、隙間から入って感染を起こすことにもなります。

局所性の因子として、異物を吸い込んだりしますと、喉頭に刺激が加わり、反射的に咳をして外に出そうとする。これが上手く行かないということは中枢神経系の病気の方に多くみられ、また気管や気管支の中に細かい毛のようなものがあり、粘液や異物を外に出そうという働きがあります。それが上手く行かない。すると、細菌が中に入って感染を起こす。或いは、気管・気管支が狭くなっている。と感染が起こり易くなります。このような局所的な問題もかなりあります。尿路感染症の場合は、石があったり腫瘍により流れが悪くなるような障害、または逆流するような障害。また、胆道・胆のうに結石、狭窄があったり腫瘍により流れが悪くなった時は、感染がおこり易く、また治り難くなります。高齢だけでは感染症にかかり易いとは言えませんが、過去に病気にかかったとか、治っていても狭窄を残しているとか、一部に欠陥があつて治っていることが多いのです。あと

は基礎疾患をもっている人が多い。新生児、未熟児、乳幼児等感染防御の形成がまだ不十分なので感染を起こし易い。私どもの身体の中だけを見ても治り難い要因が沢山あり、それがそれぞれ相互に複雑にからみ合つて起こっています。それで治り難い感染症が少なくなっています。

ここから院内感染の話になりますが、患者さんは病気を治す為に入院してくるわけですが、その中でまた新たな病気にかかるということは問題があるわけです。院内感染というのは、患者さんが病院内の職員に或る病気をうつしてしまふ。例えば、急性伝染病があります。また、患者さん同志でうつたり。食中毒の場合には、調理人が菌を持っていて患者さんとうつる。或いは、外来の患者さんから入院患者にうつる。また、ドクターや看護婦等の医療従事者から患者さんとうつる。逆に、患者さんから医療従事者にうつる等、これらすべてを院内感染といいますが、この中でも一番問題になつてくるのは、入院中の患者さんが新たにかかる感染症です。今までお話ししたように、

感染症になり易くて治りにくい基礎疾患をもった患者さんが、病院に集まつていることも一つの原因です。そういつても病院に入っている患者さんが新たに感染を起こしますと倫理上大変な問題です。病気を治す為に入院したのに、新たに別の病気にかかったということは、病院としても責任があり得るので、このようなことになることもあり得るので、このようなことは絶対にあつてはならないこと、医療従事者は一生懸命やつています。院内感染の予防には日常の注意と熱意が最も大切なものです。

病気を治すための沢山の抗生物質が最近できています。最近問題になつているMRSA、メチシリン耐性黄色ぶどう球菌、メチシリンのMとレジスタントのRとスタヒロコッカスのSとA。頭文字をとつてMRSAと言つています。或いは、マーサと言つていますが、これはペニシリン系のもの、セファロスポリン系のもの、それ以外の抗生物質、殆ど全てに耐性で、これらが全く効かない。そういうものをMRSAと言つています。これ

が(スライド)患者さんの痰から見つかった菌です。グラム染色をしますと、青い色に染まって葡萄状の固まりになっている菌です。ぶどう球菌の一種です。どうしてこの菌に薬剤が効かないかというのを図に示していますが、普通の菌は外側の固い壁が抗生物質によって合成が阻害されて造れなくなりません。ですから自身がとけて、流れて菌は死ぬわけです。ところがMRSAは、外側を作る酵素が、別の代替酵素が新たに菌の方から造りだされてきます。ですから、薬剤が来て元の酵素が破壊されても、別の酵素で壁を作ることが出来るのです。ですから、薬が効かないので菌が生き残ってはびこります。MRSAは普通のぶどう球菌に比べて強いかどうかということですが、一般には耐性になった菌は病原性が少し弱くなるのが多いのですが、この菌は増殖力は少し落ちますが、他の組織に侵入する力や、くっつく力は殆ど同じで、毒素産生も殆ど同じで、白血球にたべられるのに抵抗する力も同じですが、薬に対する耐性だけが非常に強くなっています。

毒力は普通の黄色ぶどう球菌と殆ど同じです。

ぶどう球菌は、どういう病気を起こすかと言いますと、皮膚とか皮下組織にでき、癬、乳腺炎などを起こします。呼吸器では、肺炎、肺化膿症、膿胸、扁桃炎、気管支炎等。消化器では、胃腸炎、胆道感染、肝膿瘍等を起こし、尿路系では、腎膿瘍、腎盂腎炎、腎周囲炎、膀胱炎、そのほか骨髄炎、関節炎、敗血症、髄膜炎その他耳鼻科的な病気、それから菌が産生する毒素によって、ぶどう球菌性熱傷様皮膚症候群(皮膚の皮がむけてしまうような病気)、或いは激しい下痢をおこす食中毒などです。身体の各組織に化膿性の病気をつくり易い。そして、毒素による病気も起こします。

MRSA感染をどうしたら良いかということですが、その対策は他の菌による感染に対するものと同じですが、感染の源はどこか、感染の経路はどこにあるかを調べて、つかんでおく必要があります。そして一般的な予防対策、消毒、無菌操作、そして源になる患者さんを個室など

に入れて隔離したり、感染を受け易い患者さんを逆隔離する等が大事ですが、病院の建物の構造上、最近では昔の隔離病棟がなくなっていますので、言うは易いのですが、実際には難しいことです。健康な人でもMRSAやぶどう球菌を持っている人がいるので、このような人かどうか。薬で治すには、どういう薬を使うかというわけですが、殆どの薬剤が効かない現状です。昔、抗生物質が無かった時代に伝染病を隔離しましたが、あのような原則に戻らざるを得ないわけです。感染経路つまり細菌がどういう道をたどるのかと、日本だけでなく世界各国でも調べました。院内感染については、学会等でも議論されています。一つ目は、医療従事者の手指や器具を伝わって感染する。皮膚とかに菌を持っている人がいる。それから伝わるのではないか。二つ目は、患者から患者へ直接に空中感染するのではないか。三つ目は、キャリアである患者自身が菌を持っていて、そこから感染する場合もあり、汚染された環境から感染する。シーツ交換等の場合、着

衣、ベット、スリッパ等患者さんに接する可能性のある物は、すべて感染経路になる可能性があるわけです。どういう方が感染し易いかは、先程話しましたが、バリエーの損傷のある方、管の入っている方、気管切開、嚥下障害、肺癌のある方、血液中の白血球が少なく働きの低下している人。いろいろな医療行為、抗菌剤、抗生物質を使いますと、その物質が効く菌はいなくなつて、効かない菌ははびこってきます。それで耐性菌が増えてきます。ステロイド、抗癌剤、異物とかです。新生児、高齢者が、このような条件があれば感染が起こり易いので要注意です。

感染経路を詳しく見ますと、AからBへ伝わるのに、医療従事者の手は接する機会が多いので、手の指、ホータイの繊維、投薬の調剤、医療器具、カルテ、書類、家具類、食器等のあらゆる物を伝わつてうつる可能性があるのです。対策として排菌者(患者)を一つの部屋へ集めるとか、感染を受け易い人は同じ部屋へ置かない等が大事なことです。実際にM

R S Aの出た患者さんは、個室に入れて、医療従事者は予防着を着て、マスクを付け消毒を厳重にする。必ず手洗いをし、部屋の出入りには履物も取り替えます。非常に手もかかり、コストもかかります。聴診器も必ず一人一人消毒しなければなりません。ドアのノブも手に触れるところですから、手袋をするか消毒するかしなければいけません。電話も消毒し、手袋は使い終わつたら、感染源になるといけませんので消毒してから捨てます。このように注意しておりますが、なかなか無くならないのです。家族、付添いの方、見舞いの方にも協力してもらわなければなりません。

M R S Aは今病院で問題になっていきます。何が問題か言いますと、この細菌を殺す薬が効きにくいこと、身体の弱っている寝たきりのお年寄りや細菌に弱い新生児などにうつり易い。強い毒を持つているうえに、熱が出たり肺炎を起こしたりします。健康な人には、そういうことはありませんが、身体の弱っている入院中の患者や同室の患者にうつる可能性が

高いのです。そのようなことが起こらないように、付添いの人、家族、面会の人にもご協力をお願いするわけです。先ず備付けの消毒薬で手洗いをし、マスクをして履物をはきかえて、部屋にかけてあるガウンを着て、帰りには逆にしてガウンを脱いで中表にかけ、サンダルを履き替え、マスクを取つて、手洗いを最後にしてもらうのです。大変やっかいな病原体です。感染予防の原点にかえて、手洗い、消毒を良くやれば、かなり防げるはずですが、病院の中には非常に感染を受け易い患者さんが多く密集していますので簡単にはいかないのですが、あまりに恐れる必要もないのです。普通に歩けるような方には、特に悪さすることはないのです。気管内にチューブが入っていると、膀胱内に留置カテーテルがあるとか、特殊な基礎疾患がある方に対しては十分注意する必要がありますが、普通の方は手洗いを十分にしていれば、患者さんの部屋へ入る時は、先程のような注意をしていただければ十分防げると思います。

有効な薬剤がないのですが、最近バンコマイシンやアルベカシンという抗生物質がMRSAにかなり効くことがわかってきて、使えるようになっていきます。実際に薬を使った成績ですが、敗血症が三〇例ですが、九六%が良くなっています。例数が少ないですが心内膜炎が一〇〇%、火傷・手術創の感染一〇〇%、肺炎・肺化膿症七四%、膿胸一〇〇%、全体として約九〇%に効果が認められますが、これをまた必要以上に使いますと問題が起こって来ますので、慎重に使わなければいけないわけです。ペニシリンが効かなかつた人にも九割位は効いて良くなっています。この薬に耐性ができたという報告はありませんが、使っているとやがて何か起こって来る可能性がありますので、医療サイドでは注意しております。

なかなか治りにくいものの代表としてMRSAの院内感染のことについてお話ししましたが、希望がないわけではなくて、最近厚生省の方も本腰を入れて、全国的に各地区に分けて、医師・看護婦

等の医療従事者を中心に講習会をやったり、対策についてキャンペーンを始めるということになっております。いずれはそれほど広がるのが無くなるのか、そうでないのかまだわかりませんが、厚生省も我々も一生懸命やっているところで

#### 〈質疑応答〉

Q——私どもは慢性疾患の患者ですから、入院を好むと好まざるとにかかわらず悪くなると入院し、良くなると退院ということになります。昨年一〇年以上闘病していた六〇歳代の方が、MRSA感染で亡くなりショックを受けています。慢性疾患の患者は、どのように対応して行ったら良いのでしょうか。

A——自分がかからないようにするには、手洗い、うがいが基本的なことですが病院側としては、患者さんを一か所に集めて他の患者さんと直接接触することがないように十分注意しています。またドク

ター、ナースも手洗い等注意していますので、最近では直接他の患者さんに感染することは殆どありません。先程の話にもありましたように、感染を起こし易い状態のある方、一番問題なのは、管の入っている方、気管・膀胱カテーテル・静脈から栄養補給している方、外科手術後の下痢などを起こしている人ですが、一般の患者さんには特にありません。手洗い、うがい等をやって戴ければ良いと思います。自分で歩いて手洗い・トイレに行き食事もある人は、まず心配ありません。自分で抗生物質を飲むようなこととはしないで、先生と相談された方が良いでしょう。あまり心配し過ぎないよううにして下さい。病院側の医療従事者が注意し、皆様方患者さんやご家族の方々のご理解とご協力を戴けますとかなり防げるのです。



# 全難連賛助会員の募集

全難連では、広く皆さまに賛助会員を募集しております。全難連は、つぎのような運動をすすめています。

① 難病への理解と正しい知識の普及の為

の講演会「難病を考える集い」の開催。

② 難病患者の要望を国に陳情すること。

③ 難病患者の療養生活に関する相談業務

④ 会報の発行

⑤ 難病患者に関する調査、情報の収集とそれら情報の提供。

⑥ 難病患者の療養施設の見学。

全難連の運動にご賛同頂ける個人、団体の方がおられましたら、下記の要領にてお申出下さいませお願いいたします。

〈個人一口〉 二千元/年間

〈団体一口〉 一千元/年間

〈振り込み先〉 郵便振替

口座番号

〇〇一八〇一五一一九五二二九

口座名 全国難病団体連絡協議会

口座番号の  
変更について

前回お知らせしました口座番号に誤りがありました。各団体へ大変ご迷惑をおかけしましたことをお詫びいたします。

正 口座番号

〇〇一八〇一五一一九五二二九

全国難病団体連絡協議会

## <全難連加盟団体一覧>

### 全国筋無力症友の会

〒170 東京都豊島区巣鴨1-11-2 陽光ハイツ502号  
☎ 03(3947)2128

### 全国膠原病友の会

〒102 東京都千代田区富士見2-4-9  
千代田富士見スカイマンション203  
☎ 03(3288)0721

### 全国腎臓病患者連絡協議会

〒171 東京都豊島区目白2-38-2 紫山会ビル  
☎ 03(3985)7760

### ベーチェット病友の会

〒173 東京都板橋区加賀2-11-1 帝京大学医学部内  
☎ 03(3964)3315

### 全国多発性硬化症友の会

〒113 東京都文京区  
☎

### 日本ALS協会

〒162 新宿区納戸町7-103  
☎ 03(3267)6942

### 全国難病団体連絡協議会

〒170 東京都豊島区巣鴨1-28-3 クラインハウス202号  
☎ 03(3947)6199 FAX 03(3947)6896  
郵便振替 00180-5-195229

定価一五〇円

一九七六年二月二十五日第3種郵便物認可(毎週月・火・木・金曜発行)  
一九九五年十月二十六日発行 SSKO通巻二三五九号