

SSKO

97.4. No. 84

全 難 連 会 報

〈医療講演〉

医療保険制度を考える

篠崎 次男 （高齢者運動連絡会事務局長）

去る2月2日に「医療制度を考える」をテーマに、講演会が開催されました。

（以下は、その時の講演の要旨です。）

こんにちは、篠崎です。簡単に自己紹介をさせて頂きます。私は、学校を卒業してからずっと、生活共同組合で働いてきました。皆さんは、お店をやっている生活共同組合はご存じだと思いますが、医療の共同組合も戦前からありました。現在では全国で400位の病院や診療所があります。その事務局で経営の分析や地域の皆さんの健康づくり、社会保障の活動などをやってきました。現在は、毎年9月に高齢者大会という大変大きな集会があります。その事務局をボランティア

イアでお手伝いしています。

今日のお話ですが、医療保険の見直しがかつてない規模と内容で進められています。これに対して、日本医師会を始め「もう少し厚生省は考え直してください。これからの声が挙がっています。これから運動していけばまだ間に合いますので、厚生省が何を考えているのかを見て行きたいと思います。

去年の夏頃から、厚生省の姿勢が質的に変化しました。これまでの保険料や窓口負担の見直しにとどまらず、「営利事業の対象に」と変わってきました。介護や保育、医療などの社会保障や社会福祉は非営利が原則でした。あまり儲けの対象にしてはいけない。個人の力では限界

がある。国や地方自治体の責任で保障する。しかし、これではあまり企業が参入できない。そこで、福祉や社会保障の制度を根本から見直し、これまでの制度の枠を取り払う。或いは、これまで公的に保障されていた中身を改悪し、より企業が参入しやすくする。このような形での制度見直しが始まっています。



最近の厚生省の方針は、厚生省関係の文書だけでなく、経営者団体の提言などを読んでいないと分かりません。例えば昨年12月の社会保障に対する提言や財政制度審議会の最終答申、行革委員会の報告では、円安と株の値下がりや日本経済

が先行き不透明になっていると言っています。これを打開する為には、国民の購買力を増やし、市場の活性化を図る必要があります。ところが、皆さんの福祉や社会保障を改悪し、病气や介護を売り買いの対象にして市場の拡大を図ろうとしています。この様な動きが一つあります。しかし「これではあまりにひどい道理に合わない」と、厚生省の姿勢を批判する声が随分出ています。

それからもう一つは、医療保険で言いますと医療保険の一元化政策です。これは国民健康保険と労働者の保険財政を一つにして国からの財政負担をゼロにすることです。国民健康保険は日本最大の医療保険制度です。昭和36年にスタートしましたが、労働者の保険に入れない、一人か二人でささやかにご商売をなさっている方、年金で生活をしている高齢者の方が加入者のほとんどです。厚生省も制度の発足当初から「保険としては自立できない」として、国や地方自治体に育成する義務があったとしました。一方、戦前の「助け合い」としてスタートした労働

者の保険は、保険料と一部負担金で賄われ、保険として自立しています。国民健康保険は行政改革の中で見直しが進みましたが、それでもまだ運営費の七割近くが国と地方自治体の負担です。この国の財政負担を21世紀までにゼロにして行く。ゼロにすると国保は成り立ちませんから、労働者の保険と一緒にして赤字の穴埋めをさせる。こういう方針で健康保険の1割負担などの水準を国保の水準に引き下げるような見直しがなされてきました。ところが昨年の半ば頃から医療保険の一元化を言わなくなりました。なぜでしょうか。この間、国保制度を救う為にと老人保険法をつくり、労働者の保険から3割拠出することにしました。しかし、これが原因で労働者の保険も、それ以降は赤字が続く様になった。一方、大企業を中心にリストラが進み、多くの人が職場を追われ、アルバイトや不安定な雇用形態となり、この傾向は今後も増えて行く。このもとで、国民健康保険の赤字を労働者の保険で埋めて行くやり方は無理がある。同時に企業も保険料を半



分負担していますので、このまま企業の負担が増え続けたのではリストラした意味がない。厚生省の方は「赤字が続き、このままでは保険がつぶれてしまう。だから国民負担を」と言っているだけです。が、財界の大蔵省の文書を読んでもこれまでで見直しとは違う質を持っていることが理解できます。

「医療保険見直し法案」は、数日後に

国会へ上程されます。しかし、厚生省は平成9年版と言っていますので、今後10年版、11年版と続くものです。まず、平成9年版の「患者負担の見直し」です。昨年の12月19日に自民党、社民党、新党さきがけの与党三党が協議し、見直しの確認書を結びました。その後、この確認した内容を、医療保険審議会、老人保険審議会、社会保障制度審議会に諮問し、先日それぞれの審議会から答申がなされました。どんなことを考えているのか。まず老人医療です。現在入院した場合、1日710円の自己負担があります。これを1000円にする。これとは別に、700円ちよつとの給食材料費負担金がかかります。また外来は、現在月に1020円ですが、これを月に4回まで500円の自己負担にする。この内容は「医療保険での受診を月3〜4回に制限したい」とする、平成10年以降の先駆けです。

第二に、健康保険の本人負担を現行の1割から2割負担へ改悪する。これに先だって、健康保険の経営内容が良い大企業や公務員で実施されている付加給付

（自己負担金が一定額を超えた場合、給付金が支払われる）制度を、これまでの月3000円から2万円を超える場合に、改めるように局長通知が出されています。

第三に、これからは外来の薬代として一日1種類、15円を徴収するとしています。これは、例えば、血圧を下げる薬でもその人の症状によっては2〜3種類の薬を飲まなければならない場合もあります。その場合、それぞれが15円ですから、15円×2〜3種類×日数となります。病名は一つと限りませんから、糖尿で、血圧となりますと4〜5種類。頓服や外用薬をもらうと、それにも15円×日数の自己負担が付いてきます。

第四に、「市販薬、類似薬品は、その取り扱いを別途検討する」となっています。これは、以前の厚生省の文書では、風邪や下痢止めの薬、胃腸薬、湿布薬、目薬、カルシウム剤、栄養剤などは保険で給付しなくなっていました。これが別途検討となった。保険の適用から外した後どうするのか。現在は保険適用です

から、休日・夜間でも救急診療で薬が貰える。しかし保険外にした時、24時間営業している薬局はまだ存在しません。ローンやサンチェンなどのコンビニや自動販売機で売るにしても、現在は「資格を持っている人が対面販売で」となっています。そこで、厚生省は行革委員会の意を受けて、例えば、出張所の場合には本店が資格を取っていれば良いという様に、薬の流通規制を緩和しようというのです。今回はO-157事件もあり、流石にすぐに風邪や腹痛等の軽い病気は保険の適用から外す、とは言えませんでした。将来的には検討されてくると思いますが、NHKでも一昨日の特集で特別養護老人ホームのお年寄りが流感から肺炎に移行して亡くなる事例が多いと言っていました。初期の治療が的確でなければなりません。この点からも厚生省は「軽い医療こそ医療の基礎であり、手厚くしなければいけない」というのが筋だと思います。

余談ですが、風邪のコマーシャルがあります。「日本の風邪には…」とか「早

めの…」とかですが、皆にこやかに出てきます。そして最後に「使用上の説明書を良く読んで飲みましょう」と言います。薬には必ず副作用があります。はたして皆さんは説明書を読んでから買いますか。しかし、薬は買わない限り説明書が読めない仕組みになっています。だから

こそ資格の持った人が対面販売して行く必要があります。薬局がハンバーガー店になると「お飲み物は」と聞くように、風邪薬と言うと「喉ですか。じゃあまず飴をお買いなさい」とか。それから「栄養剤もお持ちになった方が良いでしょう」と、次々に売ろうとします。副作用があるから「必要なお薬だけ正確に飲みましょう」とはならない。ですから、これがそのまま通ってしまうと、日本の医療事情は今から40年位前の昭和30年代半ば頃まで戻ってしまうように感じます。当時は国民健康保険が無く、国民の半数近くが保険に入れなかった。保険に入っても家族は5割負担です。この時には初診患者の重症化が問題になっていた。目一杯我慢して医者に行かない。どうにも

ならなくなつてから、初めて医者に行く。それから奇妙なことに流感が流行ると赤ちゃんの薬疹が多くなる。何故かという、一家のうちで医療費の一番負担の少ない人が診察をうける。それでもらってきた薬を家族で分け合つて飲む。そうすると、子供だから量を減らすのでしようが薬疹が出てしまう。こんなことがよくありました。

ここまでが平成9年版ですが、平成10年度以降は何を考えているのかです。日本の医療供給体制は明治7年以来「自由開業医」制度です。ですから医師の資格をとれば、何処でも自由に開業できます。これは日本の際だった特徴。ヨーロッパでは国や地方自治体、公共性の強い宗教団体の経営が多い。ところが日本では、7割以上の医療が私立の病院から提供されている。もう一つの特徴が社会保険の医療制度です。普通皆さんが病院にかかると、健康保険証を持って行けば間に合いますから自由診療を意識しません。医療の殆どすべてが社会保険の中でまかなわれています。ところが厚生省が検討し

ているのは「社会保険での医療を削り、これからはみ出した医療は懐具合と相談して自由を選択（自由診療）にして下さい」というものです。例えば、保険が適用される入院期間をあらかじめ決めておき、それを過ぎた場合は退院するか、自費で払うかの選択をしてもらう。また、一定の地域ごとに社会保険が取り扱えるお医者さんを決めてしまう。そしてここからはみ出したお医者さんは、自由診療で扱ってもらうとかです。

二つ目に検討されている「医療保険制度における内容」に「給付の重点化」があります。標準的な医療に重点を振り向けるとして、軽い医療を保険の適用から外してしまおうとしています。

三つ目に「診療報酬のあり方について検討」して行くとなっています。これで一番目に狙われているのが、「包括化」です。現在は、診察料や検査料、処置料など、医療行為ごとに医療費がお医者さんに支払われています。これを保険での支払い是一日いくら、或いは病気ごとに治るまでいくらという形でまとめて請け

負わせる。そしてそれ以上の医療は、自由診療でやって下さいと。

四つ目に「償還払い制の導入」があります。これは案外早くに具体化されるかもしれませんが。まず治療を受けた段階で



患者さんが全額を窓口で支払い、後で本人が保険請求を行い、お金を返してもらう制度です。何故このような制度を導入するかです。これまで、お話ししましたように、一方で自由診療が増えてきます。

そうするとこれは保険適用、これは自由診療と、病院の支払い窓口が混乱してしまいます。これを避けるために、一旦全額を窓口で支払ってもらい、保険が適用される分だけ後で本人へ償還します。これでは保険証があっても医療費を全額用意しておかなければ医者へかかることができませんので保険の意味が半減します。

五つ目に「保険証をICカードに作り変える」との話があります。これは一見便利です。皆さんの保険証に、輸血は何時したか、どの様な手術を、どんな薬を飲んで薬疹が出たか等、データが入っていたら随分役に立ちます。ですから本当は悪いことではない。しかし、これを急いでやろうとしている。どうしてか。そのヒントは、「生活週間病」にあります。厚生省が、公衆衛生審議会に「成人病という呼び名を、生活週間病に変えた」と諮問し、「代えて宜しい」との答えを受けました。成人病は、血圧や糖尿病、腎臓病、心臓病です。お酒を飲み過ぎると肝臓が悪くなる。運動不足で、甘

いものを取りすぎると糖尿病になる。塩辛いものを取りすぎると高血圧になる。つまり成人病は、個人の生活週間から起る病気であることを印象付ける為に、代えようとしている訳です。確かに個人的な生活週間に起因する場合がありますが、食生活の変化の様にマスコミの大量宣伝で社会的に作られた生活週間もあります。お酒や煙草にしても広告が目立ち過ぎます。煙草の害を本当に無くすには、小学校の保健教育の中で徹底させて行く必要があります。このように、10年、20年計画で国全体が取り組んで行かなければならないのが成人病対策です。それをやらないで置いて名称だけを代えてしまふのは、個人の生活週間だけに責任を転化し、病気の治療は自己責任でと。これがICカード化になったら個人の生活週間のデータがICカードに入っていて、「あなたの病気は生活週間に起因する病気なので保険適用外です。自費で治療して下さい」となってしまふかもしれません。

六つ目にクレジットカードによる医療

費の支払いが検討されています。現在でも銀行のキャッシュカードで医療費の支払いができる機械が置いてある病院があります。これは、償還払い制度になると病院にかかる段階で沢山の現金が必要になります。しかし、普通の人はそんなに沢山の現金を手元に置いてはいない。それで、その人の支払い能力を示すカードが必要となる。その人が電気やガスの支払いをしている総合口座のある銀行で、この様なクレジットカードを発行する様になるかもしれません。

それからこれは将来的なことですが、皆さんの公費助成の医療も、なし崩しにされて行く危険があります。それは「最終的に保険主義を貫く」としている点です。保険だけで賄うということです。例えば、生活保護の場合は、介護保険にも国保にも加入して貰う。それで、生活保護での公費医療を廃止して、生活保護の医療費分を補助金として国保に支払う。また、介護保険の費用分だけを補助金として出す。この様になった時に、皆さん

の公費助成も同じ様になって行くのかどうかです。いずれにしても、福祉・医療の全面的な見直しですから、立場を明確にして運動を展開して行かなければならない状況だと思えます。

この様にして、厚生省も大企業と一体になって医療や福祉の営利事業化へと進んで行こうとしています。よく「社会福祉は、画一化されたサービスで、選択の自由がない。民間活力で選択の自由があった方が良い」と言われています。しかし、この民間活力での自由が保障されるのはお金持ちだけ。国民の圧倒的多数への保障は、我慢する自由だけです。

すでに、社会保障や社会福祉の営利化が、保育の分野で進んでいます。一つの事例ですが、福武書店がベネッセコーポレーションと名称を変え、「ひよこクラブ」のネイミングで、子育て中の母親への通信教育を始めました。この企業が、今度保育園事業を展開する。その社長が「福祉で保育をやっているから、民間が伸びない。行政改革で規制の廃止をすべきだ」と言っています。余談になりま

すが、この通信教育にはビデオが付いてきます。「しまじろう」という腕白坊主が、「手を洗え」「お片づけしろ」と命令する。すると、見ていた子供がその通りにやる。この前びっくりしたんですが、夕飯の支度で忙しいのでこのビデオを見せておいた。すると「お片づけなんだけれど、お片づけが出来ないよ」と泣く。そこで仕方ないと、本やおモチャを散らばせてから「どうぞお片づけを」と。この様な漫画の様な暮らしが起きている。この時に「ビデオで人の痛みが分かる子供が育つのだろうか」と、不安になりました。営利化が全部悪いとは言いません。ですが行き過ぎると、日本の社会保障や社会福祉の将来は大変なことになると思います。

しかし、医療費が増えている。どうするのかです。私はまだ見直さなければならぬことが沢山あると思います。例えば、全ての医療費の2割が薬代で6兆円から7兆円になります。ドイツでは、社会保険で使う薬で暴利を貪ることが規制されています。ところが日本では、外国

に比べて2倍から3倍の値段です。社会保険という公的な性格からして多少は規制すべきで、3割削ったとしても2兆円は出てきます。もちろん、薬漬けは戒めなければなりません。それから、老人医療が現在でも6兆円から8兆円ですが、これが10兆円になると言われています。ところが、このうち25%から30%が終末期2週間の高度医療で費やされている。もちろん、一日も長く生きて欲しいと願うのは誰もが同じですが、人間の尊厳が失われず誰もが納得する死を迎える医療のあり方も検討すべきです。アメリカでは、企業が医療の保険料を負担しており、30兆円にもなります。日本では、内部留保金が膨大に膨らんでいますが、企業の負担は少ない。また、産業の空洞化が社会保険の赤字という形で影響を及ぼしている。そんな意味からも、企業の負担割合を見直すべきだと思います。

最後に、今回の反対運動です。日本医師会も30年振りに署名運動に取り組み、医療保険審議会からの委員引き上げによる抵抗が始まっています。その背景には

経営に対する影響もありますが、今回の医療保険の見直しは患者の負担の限界を超え、初期医療の切捨てに繋がるものだからです。この様に「日本の医療を守れ」との運動が始まっています。署名や街頭宣伝を取り組んでも大きな反響がありません。それは、消費税の値上げや円高、不景気、リストラと八方塞がりの中で国民も現在の政治に対して考え初めている現われだと思えます。日本の医療も、今回の医療保険の見直し、そしてその後の制度改悪で、昭和30年代に逆戻りしようとしています。この理不尽な内容に対して、皆さんの立場からも政府や厚生省へ反省を求める声を上げて頂くようお願いし、終わりにさせていただきます。

ご清聴ありがとうございました。

質問——保険のレセプトを電算化すれば、正確な審査ができて無駄な経費が削れるのではないのでしょうか。

講師——不正請求は、全体の中のごく一部です。むしろ、インホームドコンセン

トがきちんとなされているかです。薬にしても手術や検査でも、生身の身体に傷をつけるか、副作用がある様な作用を施しながら医療効果を上げていきますので危険と紙一重です。この点で専門家としての医師は、患者さんに正確な情報を提供し、判断ができるよう対話を行うべきです。この対話の中でどの様な検査を、また、どの様な治療を行うかを患者さんが決定できる様にして行く。余分な検査や薬があつたらきちんと質問し、ブラックボックスを無くして行く。要は、患者さんが医療の主人公として、この医療行為を受け入れるかどうかの決定権を持つことだと思えます。医療機関も、素人の患者さんが決定できる様に情報を提供する。この点で医師や医療機関と患者さんの関係が、対等で民主的になっているかがポイントです。私たち医療生協は、「患者の権利」を大切にしていきますし、このことが医療費の節約にもつながると考えています。

レセプトの電算化は先程の「診療報酬の包括化」とも関連しています。現在は、

診療行為ごとに保険点数が決まっています。これを「一山いくら」と言うように、丸めて医療機関に請け負わせてしまう。そうすると、治療をしてもしなくても同じ金額、良心的な治療を行うと赤字になるならやらない方が得、となってしまう。この「包括化」を行う前提には、電算化があることに注意しておく必要があります。

質問——人工透析をして、11日目。その間、4〜5回救急車で入院しました。薬は、どんどん増え続けて最高12種類にも。それで、院長とも話し合い、薬を半分に減らして貰った。現在、月1020円を支払っても後で返って来るが、今度の医療法改正では入院した場合の医療費や食費の患者負担はどうなりますか。

講師——このままでは、患者さんの一部負担金も皆さんに対する償還額も増えてきます。そうすると、一部負担の償還制度に所得制限が入ってきたり、病状によって制限する様になると思います。です

から、一緒になって運動しなければ現状を維持することは難しくなります。

前段に、医師と話し合い薬を減らして貰ったとあります。ここが大事です。薬は殆ど副作用があります。ですから、飲まないで済むならその方が良い。医療費も節約されることになります。飲むにしても自分の命を守るうえからもその必要性をきちんと理解していた方が良い。私たちの生協の病院では扱っている薬を張り出し、薬の辞典で効き目や副作用について調べられる様になっています。また「良い医療は、患者さんの満足度で決まる」との考えで、アンケートの調査を定期的にを行っています。しかし、残念なことに「主治医の説明に十分納得していますか」との質問に対して、2人に1人が未だに納得していない。同じ質問を医師に対して行くと、100%が「自分の説明で大丈夫」との答えです。この差がどこからくるのか。そこで、説明している場面をビデオに撮り、討論して貰いました。この中で、「まず相手の聞きたいことに答えることが、十分な説明の第一歩だ」

ということになった。それから、「この間、気になったことはありませんか」「医師に聞きたいことがありますか」と声をかける。この様な中で、対話を通して質問が出てくる。待ち時間も心配しましたが、だんだんに「これを聞いてやろう」とスムーズになりました。余談になりますが、診察室のお医者さんが肘掛け椅子で患者さんは丸椅子です。これは東南アジア以外で、ヨーロッパでは刑務所と軍隊だけです。大体は先生の後ろの窓から光が射して、丸椅子に座る構図です。これも、上等の丸椅子2つに患者さんとお医者さんが座る様に改善しました。今、病院や診療所で改善することが、沢山あります。その出発点は、患者さんの疑問や苦情にあります。私は良い医者や医療機関を作りだすのは、患者さんだと思います。余分な医療は受けない、余分な薬は飲まない。患者と医師が対等に、お互いに病気を治す仲間として、適正な医療を作り上げる関係を築いて行きたいと思っています。

質問——老人医療の慢性的な治療に上限を設けるとありますが、透析患者の場合はどうなりますか。また、手術の時必ず承諾書を書かれます。信頼して手術をして貰うのに「なぜ承諾書が必要なのか」疑問を感じますが。

講師——上限は、普通の保険医療の場合ですから皆さんの場合には適用されないのではないかと思います。

それから手術承諾書は法的には何の根拠もありません。もしも医療事故があった場合でも、「患者が何も言えない」ということは、全くありません。私たちの医療機関では、医師と患者・家族の民主的な関係を疎外するものとして、とうの昔から止めています。なぜ承諾書を取ろうとするのか。それは、「一切任せただから、色々聞いてたり、言ったりするな」とのバリアを張るためです。こんなことをしていたのでは医師と患者・家族の対等な関係は築けませんので止めるべきです。むしろ病状を正確に伝えて、退院計画を総合的に示す。そして、1週間

や10日毎に、相互に点検する。この様な習慣を築いて行った方が良い。私たちの所では、看護婦の交代の申し送りを患者さんの枕元でやっている病院があります。入院する時に「申し送りに疑問や質問があったら言って下さい」と話します。その方が看護婦さんの観察や看護計画が緻密でより具体的な内容になります。患者さんも自分の病状や検査方針がより理解できます。これが軌道にのると患者さんの質問事項が変化し、看護婦もさらに成長しなければなりません。お互いによりレベルアップを図る関係にあることが、良い医療を作り出すポイントです。もちろん、良い医療を作り出す前提には設備や良い薬などがあります。しかし「患者さんと医療従事者が、より高いレベルで正確な病状と治療方針を共有する」ことが、基礎だと言えます。その様な意味からも、承諾書は重視すべき事柄です。また、「カルテは誰のもの」という議論にも進んで行けるといいます。

施設見学会

福島県会津若松市

「竹田総合病院」を訪ねて

毎年行なっている全難連の施設見学会は、今年度、福島県会津若松市の竹田総合病院を訪ね、地域病院と保健所との連係による難病問題への取り組みについて、日頃より前進的な努力をされている状況を見学させて頂きました。

平成8年10月23日(日)長谷川副会長(全腎協)、坂本事務局長(多発性硬化症)、松岡運営委員(ALS)は、新幹線郡山駅から磐越西線に乗り換え、秋の磐梯山真の麓を大きく回って会津若松市に着きました。竹田総合病院は、駅からタクシーで10分程度のところにあり、市の中心的な総合病院として、多くの患者さんを抱えている病院です。

玄関に入ると受け付けの前の壁には、この病院に勤務する125名の医師の名札が

ずらりと並び、こんなに大勢の医師がいるのかと驚きました。ちなみに、看護婦数850名、婦長29名、主任49名の体制で昼夜3交代で勤務されているそうです。この地域では最大手の私立総合病院です。保健所法の改正によって、保健所の業務の中に「難病問題」が取り入れられ、難病患者にとっては喜ばしいことですが、保健所側ではこの問題にどう取り組んだら良いものか、模索しているところも多様です。この為、実質的な難病への取り組みも、まだまだ地域格差よりも、保健所による格差が大きいのが実状です。竹田総合病院は、この問題について早くから会津若松保健所と連係して取り組み、全国的に見ても先端的な活動をしているとのことでした。

はばかりなこと無い福島弁で、その人柄が分かる菊地院長より、遠慮勝ちに病院の説明を受けましたが、やはり言葉の端々に、この病院の活動への自信と誇りを持っておられるのを感じました。

竹田総合病院では、パーキンソン、ALS、脊髄損傷、腎臓、など5つの患者

会が結成され、スタッフの応援のもと、病院内に設けられた談話室で会合を行うなどして活発な患者会運動も行われています。また談話室は、患者を極力ベットのから離す為にも広く利用されているそうです。

患者会では、レクリエーションを兼ねたりハビリを週2回位行ない、クリスマス、お花見なども行なっているとのこと。



リハビリ室には小さいながらも台所があり、患者が実際に家庭料理の実習を行なえる様な訓練も続けていました。これは、みんなで何かを料理することの喜びを得ることによって、患者の生きがい作りに入れていくからだそうです。

担当スタッフによれば、難病の診断は誤りのない様に確実に行う必要があり、患者との付き合いは長い場合が多く、遺伝子の病気については、新潟大学に血液を送って調べてもらい、患者への告知は出来るだけ行う様にしている。どの様な重症患者であっても、患者に希望を持たせることが大事であると考えている、とのことでした。

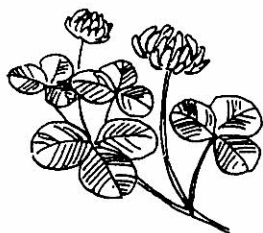
一方、会津若松保健所では、人口16万人に対して8名のスタッフで、内、難病問題を担当するスタッフは、3名とのことで、難病問題に真剣に取り組んでいることが伺えます。担当者は週2、3回は竹田病院に通い、難病患者がどこに住んでいるのか、どのような病気か、家庭やリハビリ状態は、等々の情報交換を病院側と行っているそうです。実際に患者とも会話をしきめ細かな情報の収集を行ない、これらの情報をもとに地域ケアシステム作りを行っているそうです。

会津若松保健所では「地域フロンティア事業」として、他の県内保健所とも情報の交換会などを行い、難病問題を始め、

種々の地域ケアシステム作りを目指していました。保健所の担当スタッフも意欲的にこの問題に取り組んでいる姿勢を感じました。

保健所法が改正されて保健所で難病問題を取り扱うこととなったものの、例によって国の経費削減政策の為、保健所の統廃合が進められ保健所の数が減らされています。そんな状況の中、多くの保健所では、新しい難病対策についての業務をどう対応して良いものやら、模索の状態です。今回訪ねた、竹田総合病院と会津若松保健所の意欲的な取り組みは、今後他の保健所の見本となって難病対策が大きく進展してくれることを期待したいと思います。

（文／長谷川）



厚生省への陳情

三月十一日、介護保険に関連して「難病患者に関する要望書」を、提出しました。当日は、厚生省から高齢者対策本部事務局の三浦公嗣厚生技官、保健医療局の萩原秀明係長が、全難連からは武田会長をはじめ五名が出席しました。以下の内容は、その時の概要です。

【介護保険法】

要望——介護法案は、四十歳から六十五歳未満の難病患者も介護が受けられるようにして下さい。（理由／現在国会に提出されている介護法案によると、四十歳から六十五歳未満の難病患者で介護を必要とする者は、この介護法案の対象となっておりません。難病患者の介護は高齢者のみならず若年者が多いのが実状です。反対に、一般の人達よりも長期の生存が

難しい為に、高齢に至る確率が少ないと言えます。従って、保険料だけ納めてその恩恵を受けることの無い患者が多数出ることとなり、不公平と言わざるを得ません。）

回答——六十五歳以上の方は、生活状況などを調査し、介護が必要だとすれば「要介護認定」となります。この「要介護認定」を受けた方は、介護保険法にもとづき、介護サービスが保険として給付されます。また、四十歳から六十五歳未満の方で、過齢に伴い発生する疾病で要介護状態になっている方も、この介護サービスの対象となります。この対象となる病名は、脳卒中や初老期痴呆などが想定されますが、現在、厚生省内に設置された研究会で検討中です。この様に、あくまでも過齢に伴う疾病が対象です。難病患者を含めた障害者の方々に対する施策は、国が責任を持って行う。一方、高齢者には、基本的にはだれもがなるのだから、みんなで支え合う保険制度が必要だと考えています。

【難病患者の介護】

要望——本年一月一日からの難病患者等福祉事業（難病患者等居宅生活支援事業）を、速やかに各市町村で実施できるように行政指導をお願いします。

回答——この新しい事業は、昨年六月に実施の通知を出し、七月の全国係長会で説明しました。その後、各県での市町村への指導がなされています。これからも機会ある毎に、この事業の速やかな実施をお願いして行きたい。

要望——この事業の対象外となっている身体障害者に認定されている難病患者も対象として下さい。

回答——「身体障害者の三級・四級の難病患者の方が、日常生活用具給付事業やホームヘルプサービスの対象外になっている」とのご指摘もあり、今後の見直しの中で改善して行きたい。

要望——この事業の対象に、難病調査研究対象の疾患も含めてください。

回答——ご要望の通り、すでに調査研究疾患と慢性間接リユウマチを含めた百十九の疾患が対象となっています。

要望——事業内容を説明して下さい。

① 難病患者等ホームヘルプサービス事業／難患者の方が、居宅において日常生活を営むことができるよう、患者・家族（生計中心者）の申請に基づいて、市区町村が難患者等の家庭に対して、ホームヘルパーを派遣し、入浴等の介助や家事等の日常生活を営むのに必要な便宜を提供する事業です。

② 難病患者等日常生活用具給付事業／難患者等が、日常生活に必要なとする便器や介護などの生活用具を給付する事業です。（市区町村が実施）

③ 難病患者等短期入所（ショートステイ）事業／難患者等の方が、一週間程度のショートステイができるよう、ショートス

テイ施設の提供を行います。（市区町村が実施）

④ 難病患者等ホームヘルパー養成研修事業／難患者等の方の介助に当たるホームヘルパーを育成するための養成・研修を行う事業です。（都道府県又は指定都市が実施）

〔詳細は16Pから19Pを参照して下さい〕

全難連——福祉の谷間にあつた難病患者に対して、「難病患者等居宅生活支援事業」を開始して頂いたことに深く感謝しています。ご存知の様に、私たち難病患者は、医療と介護の両方が必要です。ところが、障害者プランの「介護」は、医療が入っていない。障害一級や二級で障害者手帳を持っている難病患者でも、身障医療はあるが、介護の分野が欠落している。その点から、介護保険で対応して頂けないかと要望しています。

回答——介護保険では、難病患者に対応できるような医療は考えていません。今後、具体的な中身は決まってきましたが、

現在考えている介護保険の「医療」のイメージは、月に何回か、定期的に、病状の安定した方に対して、「ご様子はいかがですか」とお声をかける程度です。病状が安定していない方は、基本的には医療保険での対応になるのではないかと思います。もちろん、難病患者の方で病状の安定した方もおられます。しかし、例えば、薬を飲まなければならないとなると、特定疾患の治療研究事業で対応した方が良いと思います。

全難連——「在宅医療」制度もさまざまなセクションで検討されていますが、

回答——「在宅医療」を利用するのも、一つ方法かもしれません。その為に、「居宅生活支援事業」があるわけですから。

全難連——例えば、ALSや腎臓病で、障害が重い方は、障害者手帳を持っています。この方々が、介護保険の対象から外されてしまいます。

回答——この場で、介護保険の対象となる疾患について、議論する時間や考えはありません。ただ、介護保険でカバーされるのは、高齢者の介護が基本だということをご理解下さい。若い方の介護や障害を持つておられる方の介護は、障害者に対する施策でカバーして行くと認識して頂きたい。難病患者の方の場合は、障害者の中でも、非常に医療という色彩が濃い。介護保険は、あくまでも「介護」が中心です。ヘルパーさんが、排泄の世話をしたり、或いは、入浴のお手伝いを行うなどのイメージで、考えて下さい。

全難連——介護保険が、高齢の方々に対する、「介護」であることは分かりました。それでは、私たち難病患者に対する医療＋介護を、どこでフォローして頂けるのか。例えば、重症になった透析患者を受け入れてくれる所がない。特別養護老人ホームや老人保健施設でも、受け入れを断られてしまう。結局、現在は家族が難病患者をかかえて大変な苦勞をしている。医療と介護の両方が必要な難病患者

者は、今後どうして行ったら良いのか、検討して欲しい。又、難病患者は、経済的にも困難をかかえている方が多いので、保険料負担も考えて欲しい。

質問ですが、(1)介護保険への加入は、強制なのか。(2)加入しない人は、どうなるのか。(3)健康保険に入っていない人が、介護保険だけ加入できるのか。(4)保険料は、医療保険同様に何段階かに分かれるのか。(5)介護等級はどの様にして決めるのか。(6)介護は介護保険、医療は医療保険でというが、区分が難しいのではないか。

回答——(1)介護保険への加入は、義務です。(2)介護保険へ加入しない場合、給付が受けられない可能性があります。(3)医療保険と合わせて徴収となりますから、介護保険だけの加入はできません。(4)保険料区分は若干あると思いますが、平均で月額二千五百円と言われています。(5)現在、全国六十の地域で介護保険のモデル事業を実施しています。各地域で、百名位づつの高齢者の方を対象に、調査員

の方が、食事・入浴・排泄・お金の管理・買い物など、七十項目位の聞き取り調査を行っています。痴呆の方もおられますので、家族や同居の方にも協力してもらおう。調子の良い時もありますし、反対に、悪い時もありますので、その辺も良く調べて下さいと、お願いしています。(6)介護保険のお財布と医療保険のお財布が、二つできると思っています。介護のサービスは、介護保険のお財布から支払い。医療のサービスは、医療保険のお財布で支払うとの考え方です。具体的な内容は、これから詰めていきます。

全難連——障害者手帳を持っているが為に、「難病患者等居宅支援事業」が受けられないという問題もありますので、今後検討して頂きたい。

全難連——この「支援事業」のパンフはとても見やすく出ています。「難病」と一口に言いますが、まだまだその内容が理解されていない。そのもとで、この様な分かりやすいパンフレットを大量に

普及できたらと考えます。患者会でも、パンフレットを頂きたいのですが。

回答——三万部印刷しましたが、全く足りない状況になっています。

全難連——医療に携わる人でも、「難病」という言葉は知っているが、その病気の内容を知らない人が多い。このブラックボックスを、どの様に解消していくのが最大の課題です。今回作成された「特定疾患介護ハンドブック」や「難病患者等ホームヘルパー養成研修テキスト」を積極的に普及して欲しい。最初私たちは、身体障害者手帳を持っていれば、医療を受けられると思っていた。しかし、確かに障害の一級や二級の方を対象にした、身障医療があるが、介護の部分は全く欠落している。何故その様になっているのか。手帳制度が始まった時点で、医療と福祉の機械的な区分けがなされたのではないかとの疑問がある。その辺をもう少し解明して行かなければならないと考えています。今後、手帳の三級や四級は、

「難病患者等居宅生活支援事業」の適用を検討して頂ける様ですが、一級や二級の人たちの介護制度がどの様になっているのかも、調査して欲しい。

【医療保険制度】

要望——難病患者は、長期に、しかも多種類の薬を必要とします。今回の改正案では、難病患者の財政負担が大きなものになってしまいます。そこで、(1)難病患者への医療負担が増えない様に配慮して下さい。(2)医療の後退を招かない様にして下さい。(3)高度で先端医療が受けやすくなる様に改善して下さい。

回答——医療保険制度の改正で、難病患者の皆さんが影響を受けない様に、治療研究事業費（健康保険の自己負担分を公費で助成する制度）の予算を増額しました。高齢者の自己負担となる、月に四回までの五百円や入院費用の千円の負担なども、公費で助成しますので、今までと変わりません。

全難連——まだ治療研究の対象となっていない難病患者は、負担が増えて大変になる。その方々の軽減も考えて欲しい。医療保険制度改正では、「包括化」なども検討されていると聞いている。それらが明らかになった時点で、改めてご要望を申し上げたい。寝たきりや動けないでいる難病患者の実態が、充分に把握されていない。動ける患者さんも自分のことがやつとの状態。また、家族も患者を抱えての患者会の活動となっている。このもとで難病患者の介護は、どこに問題があつて、どの様に改善して貰ったら良いのか、手探り状態から始めようとしています。ですから、国や自治体レベルでも、実態把握を行なつて欲しい。難病患者・

家族は声すら上げられない厳しい状況にも関わらず、その実態が改善されずに、埋もれて行くのが一番困る。保健所法が地域保健法に変わつて「難病対策」が、保健所の仕事となつた。このもとで保健所での難病患者や患者会への支援策をもっと強化して欲しい。保健所から提出される「年度報」にも、難病対策が詳しく

記載される様になつた。今後も色々な機会をとらえて、難病対策が保健所の仕事になる様に、触発して頂きたい。

全難連——昨年の四月と秋に、国立病院や療養所での難病患者受け入れの協議が行われたと聞いていますが、どの様になつたのか。それぞれの病院が担当する疾病は、決まつたのでしょうか。

回答——担当する部局ではないので、情報提供として聞いて下さい。現在、厚生省の国立病院などは、国としてのリーダー的な役割を担つて行きたいと、病院の機能強化を計っています。その中で、ALSなどの難病や結核・癌などの病気にターゲットを絞つて、治療や診療の体制整備を進めています。それぞれどの病院がどの疾病を中心に担当するかは、現在検討中です。



対象となる難病患者等の範囲

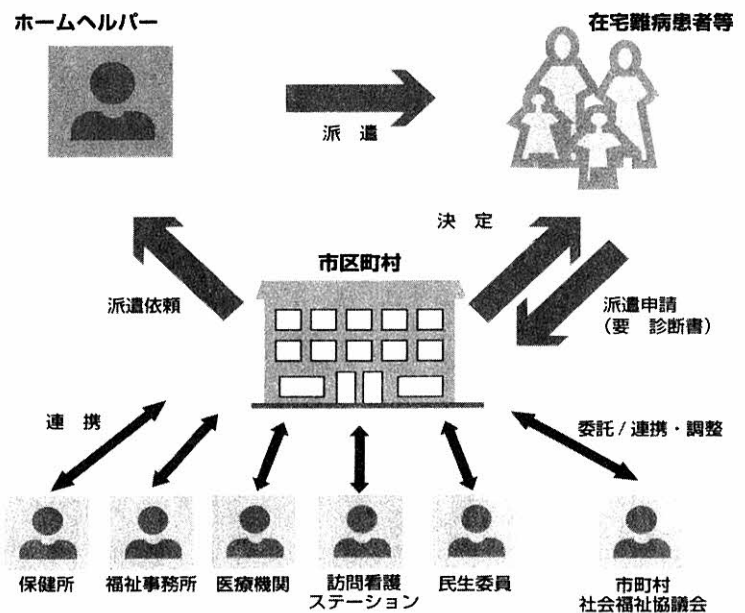
難病患者等居宅生活支援事業のサービスを受けることができるのは、難病患者等の方であって、日常生活を営むのに支障があり、介護、家事等の便宜を必要とする18歳から64歳までの方です。

- (1) 特定疾患調査研究事業の対象疾患患者(8ページ参照)または、慢性関節リウマチ患者
 - (2) 病状が安定していて在宅で療養可能と医師が判断した者
 - (3) 老人福祉法、身体障害者福祉法等の対象とならない者
- という条件をすべて満たす方が対象となります。

事業の運営

この事業の実施主体は、市区町村(ヘルパー養成研修事業は都道府県又は指定都市)です。居宅で療養している難病患者等の方かそのご家族の方が市区町村に申請し、ホームヘルパーの派遣やショートステイの入所などのサービスを受けることとなります。市区町村は、地域住民に対し積極的な広報や対象者の把握に努めるとともに、効率的で適切な運営がなされるよう保健所、医療機関など関係機関との有機的な連携・調整を行います。

難病患者等ホームヘルプサービス事業の運営の仕組み



難病患者等 日常生活用具 給付事業

難病患者等の方が、日常生活に必要とする便器や介護ベッドなどの生活用具を給付する事業です。(市区町村が実施)

難病患者等 居宅生活支援事業 について

事業の目的

難病患者等居宅生活支援事業は、療養の長期化や患者・家族の高齢化といった状況に対応し、地域における難病患者等の方の居宅での療養生活を支援することにより、患者の方の自立と社会参加を促進することにあります。

事業の内容

難病患者等 短期入所 (ショートステイ) 事業

難病患者等の方が1週間程度のショートステイができるよう、ショートステイ施設の提供を行います。(市区町村が実施)

難病患者等 ホームヘルプ サービス 事業

難病患者等の方が、居宅において日常生活を営むことができるよう、患者・患者の家族(生計中心者)の申請に基づいて、市区町村長が難病患者等の家庭に対して、ホームヘルパーを派遣し、入浴等の介助や家事等の日常生活を営むのに必要な便宜を提供する事業です。

難病患者等 ホームヘルパー 養成研修 事業

難病患者等の方の介助に当たるホームヘルパーを育成するための養成・研修を行う事業です。(都道府県又は指定都市が実施)

難病患者等 短期入所事業

ショートステイの利用方法は？

難病患者等の介護を行うご家族などが、疾病、出産、冠婚葬祭、事故、災害、失踪、出張、転勤、看護、学校等への公的行事への参加などの**社会的理由**や旅行などの**私的**理由により介護ができないため、一時的に保護する必要があると市区町村長が認めた場合に、原則7日間、ショートステイのサービスを利用できます。このサービスは、別に定められた医療提供施設の空きベッドを利用して行われます。利用希望者は、市区町村の窓口にて「申請書」と「診断書」を提出して申請します。

難病患者等 日常生活用具 給付事業

どんな生活用具が給付されるの？

難病患者等またはそのご家族が市区町村の窓口にて申請すると、定められた基準によって、以下のような用具が給付されます。（給付を受ける利用者世帯の収入によって、負担額が違ってきます。）このサービスの給付希望者は、市区町村の窓口にて「申請書」と「診断書」を提出して申請します。

便 器

特殊マット

特殊寝台

特殊尿器

体位変換器

入浴補助
用具

利用者世帯の階層区分	利用者負担額
生活保護法による被保護世帯(単給世帯を含む)	0円
生計中心者が前年所得税非課税世帯	0円
生計中心者の前年所得税課税年額が10,000円以下の世帯	16,300円
生計中心者の前年所得税課税年額が10,001円以上30,000円以下の世帯	28,400円
生計中心者の前年所得税課税年額が30,001円以上80,000円以下の世帯	42,800円
生計中心者の前年所得税課税年額が80,001円以上140,000円以下の世帯	52,400円
生計中心者の前年所得税課税年額が140,001円以上の世帯	全 額

難病患者等 ホームヘルパー 養成研修事業

難病患者等ホームヘルパーになるには？

①心身ともに健全であり、②難病患者等の福祉に理解と熱意を有し、③難病患者等の介護、家事及び相談助言を適切に実施する能力を持っていれば、採用の選考対象となります。難病患者等ホームヘルパーを希望する方は、なるべく都道府県または指定都市が実施する研修を受けることとされています。

研修を希望する方は、お住まいの市区町村の窓口にお問い合わせください。

サービスの具体的な内容



ホームヘルパーはどんなサービスをするの？

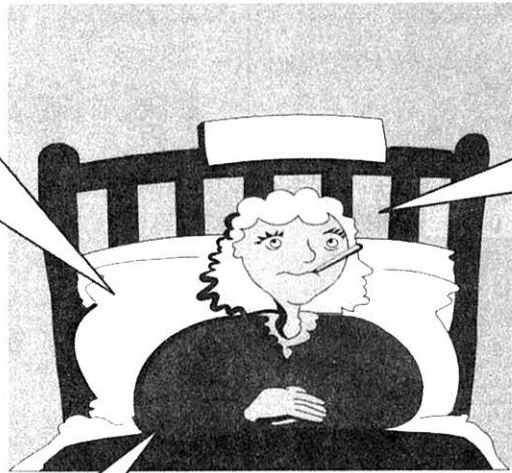
サービスを受ける家庭に派遣されたホームヘルパーは、以下のサービスのうち、市区町村長が必要と判断するものを行います。なお、利用希望者は、市区町村の窓口にて「申請書」と「診断書」を提出して申請します。

入浴、排せつ、食事等の介護

入浴の介護
 排せつの介護
 食事の介護
 衣類の着脱の介護
 身体の清拭、洗髪・
 通院等の介助

調理、洗濯、掃除等の家事

調理
 衣類の洗濯、補修
 住居等の掃除
 整理整頓
 生活必需品の買い物
 関係機関との連絡



生活等に関する相談、助言

生活、身上、介護に関する相談、助言等

ホームヘルプサービスを受けるのにかかる費用は？

サービスを受ける利用者世帯の収入によって、負担額が違ってきます。

利用者世帯の階層区分	利用者負担額(1時間当たり)
生活保護法による被保護世帯(単給世帯を含む)	0円
生計中心者が前年所得税非課税世帯	0円
生計中心者の前年所得税課税年額が10,000円以下の世帯	250円
生計中心者の前年所得税課税年額が10,001円以上30,000円以下の世帯	400円
生計中心者の前年所得税課税年額が30,001円以上80,000円以下の世帯	650円
生計中心者の前年所得税課税年額が80,001円以上140,000円以下の世帯	850円
生計中心者の前年所得税課税年額が140,001円以上の世帯	920円

賛助会員加入やご寄付に感謝いたします

前号で「賛助会員への加入のお願い」を致しましたところ、下記の方々から賛助会員の加入申込みやご寄付がありました。ご協力に深く感謝申し上げます。

《賛助会員及びご寄付を頂いた方のご氏名（順不同、敬称略）》

- | | | | |
|------|----------|-------|-----------------------|
| ・文京区 | 佐藤 純子 様 | ・文京区 | 三好 笑子 様 |
| ・多摩市 | 石井 賢國 様 | ・延岡市 | 林田 日出子 様 |
| ・前橋市 | 佐藤 恭一 様 | ・渋谷区 | JR東京総合病院
医療福祉相談室 様 |
| ・稲城市 | 若林 章 様 | ・仙台市 | 高橋 光雄 様 |
| ・松江市 | 杉浦 純 様 | ・品川区 | 中井 孝子 様 |
| ・浦和市 | 染谷 淳 様 | ・千葉県 | 管佐原 伸男 様 |
| ・仙台市 | 下重 みち子 様 | ・東松山市 | 新藤 幸一 様 |
| ・大阪市 | 森本 栄美子 様 | ・足立区 | 篠崎 次男 様 |
| ・大宮市 | 宮本 隆造 様 | | |

— 事務所移転のお知らせ —

全難連の事務所が、左記の住所に移転しましたので宜しくお願い致します。

（転居先）

〒102 東京都千代田区富士見2-4-9・203

☎03(3288)8166

※お急ぎの場合は、坂本（事務局長）まで連絡して下さい。

〒175 東京都板橋区徳丸5-11-5

☎03(3934)3060

〈全難連加盟団体一覧〉

全国無筋力症友の会

〒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 東京都新宿区納戸町7-103
☎03(3267)6942

全国難病団体連絡協議会

〒102 東京都千代田区富士見2-4-9-203
☎03(3288)8166 FAX03(3288)0722
郵便振替 00180-5-195229

一九七六年二月二十五日第三種郵便認可（毎週四回）月・火・木・金曜発行
一九九七年四月一日発行 SSKO通巻二八七六号

発行所 身体障害者 東京都世田谷区砧6-26-21

定価一五〇円