

第9回「今後の難病対策」関西勉強会

最近の動向について

1、障害者基本法の改正案が第3回障がい者制度改革推進本部で了承される

障害者基本法の改正案では、障害のあるなしにかかわらず同じ教育を受けられるようにすることや、障害者雇用の促進、障害者向けの住宅の確保などを、国や自治体の努力義務として明記。さらに司法手続きの場では、手話など意思疎通の手段を確保することが盛り込まれました。

一方、私たちが難病も含め「制度の谷間を作らない」ことを強く求めてきましたが「障害の定義」では、現行と大きく変わりありません。また、差別禁止規定の定義など、他の改正部分でも、これまでの推進会議や総合福祉部会での議論がほとんど反映されませんでした。

最近の難病対策に関する動き	
211年 1月7日	<p>「今後の難病対策」勉強会が新年の意見交換会を開催</p> <p>2011年度予算案について、難病の研究予算100億円を維持したのは、患者運動の成果であり、3団体が力を合わせた難病フォーラムの成功が力になったことや、高額療養費制度の負担軽減の見送り問題では、軽減策の必要性を当事者から実態を示して世論喚起する必要があり、政権の社会保障政策に一貫性が欠けている今だからこそ、JPA提言を総合的にさらに充実・発展させる必要があるといったことが語られた。</p>
1月19日	<p>「難病対策ワーキングチーム（WT）」が4回目の会合を開く －民主党障がい者政策プロジェクトチーム－</p> <p>民主党の障がい者政策プロジェクトチームの「難病対策ワーキングチーム（WT）」は4回目の会合を開いた。</p> <p>冒頭で同WTの谷博之主査から、24日召集の通常国会を前に、「難病対策で取り組まなければならない課題がたくさんある。その都度、ワーキングチームを開催していく」といったあいさつがあった。</p> <p>その後、厚生労働省の担当者から来年度予算案に盛り込まれた難病関連の事業についての説明があり、出席議員からは「難病患者への支援事業の窓口を実態に即して一本化すべき」「難病患者への支援について、「（難病相談・支援センターが）機能しているように見えない。（病院でなく）まずセンターに行って相談するように（利用方法を）透明化すべきでは</p>

	ないか」「患者は医療機関で初めて難病だと分かる。そこで（支援に関する）情報にアクセスできる所を知ることができるようにすべき」「社会福祉士を活用して（利用すべき支援制度や施設などを）整理するような窓口をつくることを考えたらどうか」といった意見が出た。
1月31日	第2回障がい者制度改革推進会議 差別禁止部会の開催 主要議題 ・差別禁止に関する諸外国の法制度について（ヒアリング） EUにおける障害者差別禁止法制 イギリスの障害者差別禁止法制 フランスの障害者差別禁止法制 ・その他
2月14日	第30回障がい者制度改革推進会議 障害者基本法の改正案が公表された。しかし、改正案は制度改革の前提であったはずの障害者権利条約や「基本合意」とはかけ離れた内容であるばかりか、「第2次意見」の内容から見ても、これまでの推進会議や総合福祉部会での議論は何だったのかと言わざるをえない内容だった。そのため、推進会議の議長はじめ各委員からも批判や意見が相次ぎ、内閣府は、この日の意見や民主党障がい者制度改革PTの意見などもふまえて、政務三役で内容を検討して28日にもう一度示すことになった。 主要議題 ・障害者基本法の改正について ・その他
2月15日	第12回障がい者制度改革推進会議総合福祉部会の開催 主要議題 ・第1期作業チーム報告書に対する厚生労働省コメント
2月23日	第18回「今後の難病対策」勉強会 会 場 豊島区生活産業プラザ 8F多目的ホール （東京都豊島区東池袋 1-20-15） テーマ 「どうなる？『障害者基本法抜本改正』」（仮題） ー難病・慢性疾患にも障害者サービスは必要です！ 基本法改正で何が変わる？ 新法の行方と私たちの ねがいー 講 師 佐藤久夫さん （日本社会事業大学教授、障害者制度改革推進会議委員、総合福祉部会部会長） 野原正平さん（JPA副代表、総合福祉部会部会員）
3月3日	民主党の障がい者政策プロジェクトチーム「難病対策ワーキン

	<p>グチーム」が第6回会合を開く</p> <p>民主党の障がい者政策プロジェクトチーム「難病対策ワーキングチーム」は3月4日、第6回会合を開き、国立保健医療科学院政策科学部の金谷泰宏部長からヒアリングを行いました。この中で金谷部長は、特に症例の少ない難病研究には、欧米と連携した対応などが必要といった指摘をした。</p> <p>また、金谷部長は、難病に関する臨床試験の課題として、日本だけでは数例程度の症例しか集まらないケースが相当数ある点を挙げ、欧米と連携して対応する必要性を指摘。具体的には、欧州諸国を中心に30以上の国が参加している希少疾患研究のネットワーク「Orphanet」(オーファネット)が研究者と患者に向け、5000以上の疾患情報や治験・医薬品開発の最新情報を一元的に提供していることを踏まえ、日本国内でも難病研究情報を統一することや、欧米との研究協力を進めることが大事だと強調した。</p> <p>そして、症例が少なくても適切に統計学的な処理を行えるよう、研究者にアドバイスできる人材の育成も必要だと訴えた。</p>
3月11日	<p>第3回障がい者制度改革推進本部の開催</p> <p>主要議題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害者基本法の一部を改正する法律案等について <p>障害者基本法の改正案が、推進本部で再び公表、了承された。</p> <p>障害者基本法の改正案が、推進本部の会合で公表され、了承された。今月中に閣議決定し、今国会に提出する予定。</p> <p>同法案は、2月14日に開催された第30回障がい者制度改革推進会議で公表されたが、委員からこれまでの推進会議や総合福祉部会での議論が反映されていないと大きな批判があったため、政府3役で再度検討した上、次回の推進会議で公表することになっていた。</p> <p>しかし、推進会議は延期されたまま開催されず、推進本部の会合で了承されてしまった。しかも、2月14日に公表されたものと大きな変化はない。</p>
3月11日	東北大震災

最近のニュース

〔障がい者制度改革関連〕

基本法改正案の要綱イメージに委員が猛反発- 障がい者制度改革推進会議

内閣府の「障がい者制度改革推進会議」は2月14日、30回目の会合を開いた。会合では事務局が、同会議で前回取りまとめられた「障害者制度改革の推進のための第二次意見」を基に作成した障害者基本法改正案の要綱イメージを提示した。出席した委員からは、第二次意見の内容と大きく異なるとして、これに猛反発する声が上がった。

第二次意見では、改正案にある同法の「目的」の項目に、障害者が基本的人権を行使する主体であることや、障害のない人と平等の権利を保障することなどの観点を盛り込むべきだとしていた。

一方、事務局がこの日提示した改正案の要綱イメージには、権利を定める規定がないことから委員が反発。「障害者の主体性を認めるなら、『権利』という用語を使うべき」（山崎公士・神奈川大教授）といった意見が続出した。これに対し事務局は、これまでの会合で議論されてきた「権利」は、国民の最低限の生活を保障するとともに国民への介入も行う社会権だとの認識を示した上で、「国民にどういう義務が発生し、誰にどのような負担が起こるのかを整理しないと、（権利規定を）盛り込むのは難しい」と説明した。

また、「どこで誰と生活するかを選択の機会」などについて、「可能な限り」の文言が入っていることにも委員から異論が噴出。森祐司・日本身体障害者団体連合会常務理事は、「いったい誰が『可能な限り』だと決めるのか」とたじた。これを受け事務局は、「すべての国民に求める基本原則のため、（影響の）範囲を確定させるのが難しい。状況を精査して、必要ないことを確認する必要がある」とした。

■精神障害の項目、「ゼロ回答」

さらに、要綱イメージについて委員から、第二次意見に盛り込まれていた精神障害の項目が、身体障害など他の障害区分と同じ項目にまとめられ、明記されなくなったとの指摘が相次ぎ、「全くのゼロ回答だ。精神障害分野は国連の人権委員会から何度も勧告を受けており、個別にやるべき」（堂本暁子・前千葉県知事）、「第二次意見で示した強制入院の排除などが読み込める条項がない」（竹下義樹・日本盲人会連合副会長）などの意見が出た。

（2011年02月14日 22:38 キャリアブレイン）

〔難病関連〕

難病患者の支援窓口、実態に即し一本化を一民主 WT

民主党の障がい者政策プロジェクトチームの「難病対策ワーキングチーム（WT）」は1月19日、4回目の会合を開いた。厚生労働省の担当者が来年度予算案に盛り込まれた難病関連の事業について説明し、出席した議員からは、難病患者への支援事業の窓口を実態に即して一本化すべきだとする声が上がった。

冒頭のあいさつでは同 WT の谷博之主査が、24日召集の通常国会を前に、「難病対策で取り組まなければならない課題がたくさんある。その都度、ワーキングチームを開催していく」と意気込みを示した。

その後、厚労省の担当者が来年度予算案に盛り込まれた難病患者への支援や難病研究などの事業について説明した。具体的には、各都道府県で医療・福祉施設やハローワークなどと連携して難病患者らを支援する難病相談・支援センターの運営事業（1.7億円）や、難病患者実態調査を含む新規の「患者サポート事業」（2000万円）など。



4回目の会合を開いた民主党の難病対策ワーキングチーム（1月19日、衆院第二議員会館）

出席議員からは、難病患者への支援について、「（難病相談・支援センターが）機能しているように見えない。（病院でなく）まずセンターに行って相談するように（利用方法を）透明化すべきではないか」「患者は医療機関で初めて難病だと分かる。そこで（支援に関する）情報にアクセスできる所を知ることができるようにすべき」「社会福祉士を活用して（利用すべき支援制度や施設などを）整理するような窓口をつくることを考えたかどうか」などの意見が出た。

（2011年01月19日 20:28 キャリアブレイン）

難病対策、社会保障からの「抜け落ち防ぐ」- 民主 WT

民主党の障がい者政策プロジェクトチームの「難病対策ワーキングチーム（WT）」は2月18日、第5回会合を開き、社会保障制度改革から難病対策が抜け落ちないように同 WT として対策を取っていく方針を確認した。

同 WT の玉木朝子事務局長によると、この日の会合では、同党の「税と社会保障の抜本改革調査会」が昨年 12 月に示した「中間整理」などについて協議した。

また、同 WT の方針として、▽諸外国における難病対策▽欧米諸国における障害認定▽小児難病問題—に関する勉強会などを今後開くことも決めたという。

社会保障制度改革をめぐるっては、中間整理を受け、政府が昨年 12 月、社会保障制度と税制の改革案を今年半ばまでに明らかにするとの方針を閣議決定した。今年 2 月からは、政府・与党の社会保障改革検討本部の下に設置された「社会保障改革に関する集中検討会議」が、政府改革案の取りまとめに向けた検討を進めている。

(2011 年 02 月 18 日 19:19 キャリアブレイン)

難病研究、「欧米と連携した対応を」

民主党の障がい者政策プロジェクトチームの「難病対策ワーキングチーム」は 3 月 4 日の第 6 回会合で、国立保健医療科学院政策科学部の金谷泰宏部長からヒアリングを行った。この中で金谷部長は、特に症例の少ない難病研究には、欧米と連携した対応などが必要だと指摘した。

金谷部長は、難病に関する臨床試験の課題として、日本だけでは数例程度の症例しか集まらないケースが相当数ある点を挙げ、欧米と連携して対応する必要性を指摘。具体的には、欧州諸国を中心に 30 以上の国が参加している希少疾患研究のネットワーク「Orphanet」(オーファネット)が研究者と患者に向け、5000 以上の疾患情報や治験・医薬品開発の最新情報を一元的に提供していることを踏まえ、日本国内でも難病研究情報を統一することや、欧米との研究協力を進めることが大事だと強調した。

また、症例が少なくても適切に統計学的な処理を行えるよう、研究者にアドバイスできる人材の育成も必要だと訴えた。

このほか、日本が参考にすべき点として、米国での臨床試験が希少疾患の患者団体と協議しながら行われることを挙げた。日本での臨床試験は、医師と患者の個人同士で行うために、患者がリスクなどについて十分な説明を求めづらく、患者が集まりづらいという。

(2011 年 03 月 04 日 16:41 キャリアブレイン)

薬事法改正に向けた議論開始— 厚科審の新部会が初会合

厚生科学審議会の医薬品等制度改革検討部会は 3 月 22 日、初会合を開き、医薬品の安全対策強化など薬事法改正に向けた議論を開始した。来年の通常国会への提出を目指している。

部会長には永井良三・東大大学院医学系研究科教授が選任された。

同部会は、昨年4月の「薬害肝炎事件の検証および再発防止のための医薬品行政のあり方検討委員会」の最終提言を踏まえ、医薬品や医療機器の承認時や販売後の安全対策の強化を図るとともに、医療上の必要性の高い医薬品などを速やかに使用できるようにするため、制度改正事項について調査審議する。

初会合で厚労省は、今後の検討事項として、▽医薬品等関係者の安全対策への取り組みの促進▽医療上必要性の高い医薬品等の迅速な承認▽医薬品等監視の強化を進めるための見直しなどを提示した。



厚生科学審議会の医薬品等制度改正検討部会は、薬事法改正に向けた議論を開始した(3月22日、厚生労働省内)

意見交換では、「日本の市販後安全対策の仕組みはとてもよくできているが、市販前の安全性評価もきちんと行わなければならない」(望月真弓・慶大薬学部教授)、「個人輸入の医薬品についても、薬事法の直接の対象ではないとはいえ、薬事行政として対応する必要性がある」(堀田知光・国立病院機構名古屋医療センター院長)などの意見が出された。

次回は4月21日の予定で、厚労省が安全対策の促進に関する論点を提示し、自由討議を行う。

(2011年03月22日 21:10 キャリアブレイン)

難病相談ガイドブック 京都難病連が作成



NPO法人「京都難病連」はこのほど、「患者が作った難病相談ガイドブック」を作成した。加盟団体や関係機関紹介のほか、難病相談の相談員や患者らが体験や思いをつづっている。

難病連は患者や家族からの電話に専門家らが対応する難病相談センターを運営しており、センター開設30周年を記念して作った。

ある相談員は「1人で抱え込まず、気持ちが軽くなるような窓口でありたい」と記し、患者の1人は「ネットで情報入手できる時代だが、相談できる場はどれほど貴重か」と振り返っている。500円。京都難病連 Tel: 075(822)2691。

〔医療費関連〕

重い費用負担（１）高額新薬 「命は金次第か」

2011年1月17日 提供：読売新聞

「私が死ねば、家族が楽になる」

慢性骨髄性白血病を患う新家幸子さん（51）は2009年1月、茨城県の自宅で、台所にあった包丁を自分の首に突きつけた。傍らにいた夫の尚員さん（51）は、包丁を握った幸子さんの手を押さえながら、「高額な医療費が彼女を精神的に追いつめていたのか」と、思わずにはいられなかった。

幸子さんが慢性骨髄性白血病と診断されたのは02年10月。ウイルスを攻撃する白血球などが異常に増え、正常に働かなくなる病気だ。だが医師には「最近、良い薬が出たので安心してほしい」と言われた。分子標的薬という新しいタイプの抗がん剤「グリベック」が前年に承認されたためだ。

他人の骨髄液を採って移植する骨髄移植に比べ、提供者を探す必要がないうえ、体への負担も少ない。現在では第一に選択される治療になっている。

幸子さんは毎日、グリベックを飲み始めた。しばらく後の血液検査で白血病細胞は見つからなくなった。ただし、この薬は効果がある限り続ける必要がある。

1錠約3500円（当時、現在は約2750円）で1日4錠。保険がきくが、患者負担の月額上限を定めた高額療養費制度の適用を受けても、月約8万円かかる。制度の規定で負担は4か月目から月4万4400円に下がったとは言え、家計をじわじわと圧迫し続けた。

夫婦と子供2人の4人暮らし。会社員の尚員さんは不況で残業がなくなり給料が減少。ローン負担の大きい持ち家は06年に売ったが、病院への支払いも滞るようになり、08年には未払い金は約50万円に達した。

重い負担にあえぐ生活が影響したのか、幸子さんにうつ症状が出るようになったのはこのころ。自殺未遂騒ぎも一度ではなかった。

薬をやめれば白血病で命を失う可能性がある。しかし医療費負担は重い。悩んだ末、08年12月、服薬を中断した。幸い病状は悪化せず、病気仲間の強い勧めで10年4月に服薬を再開したが、尚員さんは「『金の切れ目が命の切れ目』という現実が今もあるんですね」とため息を漏らす。

医療の進歩で、グリベックをはじめとした「新薬」が近年相次いで登場した。だがその一方で、患者の高額な医療費負担という新たな課題も生まれている。

情報プラス

グリベック服用者に医療費を補助する基金

白血病患者らを支援しているNPO法人「血液情報広場・つばさ」（橋本明子理事長）は2010年10月、グリベックなどの薬を服用し、経済的に苦しい慢性骨髄性白血病患者に対し、月2万円を補助する基金を設立した。治療薬を販売する製薬会社からの寄付金約2500万円で基金を設立。診断から1年以上、2009年の世帯所得が132万円未満（市町村民税非課税者、生活保護等受給者は除く）などを条件に、一般的な患者の自己負担額のほぼ半分に当たる月額2万円を補助する。現在、グリベッ

ク服用者は約8000人と推定されるが、100人ほどの申請を見込んでいる。

問い合わせは専用電話0120・711・656（平日10時-17時）。

詳しくはホームページ <http://kikin.tsubasa-npo.org/>

重い費用負担（2）「高額療養費制度」 盲点も

2011年1月18日 提供：読売新聞

患者の自己負担が大きくなりすぎないように、保険治療では、月当たりの患者負担額に上限を設けている。「高額療養費制度」で、70歳未満の一般所得者の場合、限度額は月約8万円（過去1年間で4回目の適用からは月4万4400円）に抑えられている。

だが、この制度にも問題点がある。

2002年に関節リウマチと診断された千葉県の渡部規子さん（45）は、従来の抗リウマチ薬で治療していたが症状が徐々に進行。07年4月、新薬の「レミケード」を使い始めた。

最新技術を駆使して開発された「生物学的製剤」と呼ばれる薬で、炎症や痛みを抑えるだけではなく、従来薬では難しかった関節の破壊も防ぐとされる。関節リウマチ治療には現在、レミケードを含め五つの同種の薬がある。

渡部さんは2か月に1度、通院で約2時間の点滴治療を受けた。治療前はだるさで寝込みがちだったが、痛みや熱が治まり、体が軽く感じた。「これこそ、夢見た生活」と喜んだ。

しかし治療費は3割負担で1回約7万円を超えた。高額療養費制度の限度額には届かないため、まるまる払う。制度が適用されれば4回目からは半額近くに下がるのに、渡部さんのようなケースでは、負担額が7万円を超えたままだ。

薬の効果が薄れたため今は、別の生物学的製剤（月に1回点滴）に変えたが、毎月の自己負担額は5万円を超えることがある。渡部さんは「夫の収入は治療費に消えており、もし夫が病気で倒れたら、生活が破綻しかねない」と話す。

高額療養費制度はまた、年間所得によって上限額が3段階に区分されている。このうち「一般所得者」は、年間所得が200万-300万円程度から700万円程度に当たるとされるが、所得が200万円程度の患者にとっては負担が重すぎるのではないかとの声も強い。一時、負担の引き下げも検討されたが、見送られた。

医療費負担を調査している東大医科学研究所（東京・白金台）特別研究員の児玉有子さんは「もっときめ細やかな制度に見直す必要がある」と訴える。

情報プラス

医療費負担が重い関節リウマチ患者

日本リウマチ友の会（東京）が、会員の患者の実態調査をまとめた「2010年リウマチ白書」によると、患者の負担は増している。1か月にかけた医療費の自己負担額が「3万円以上」だったと回答した人が16%おり、5年前より9%増えた。生物学的製剤の使用患者が増えていることが背景にあるとみられる。

重い費用負担（３）「難病」指定外で補助なし

2011年1月19日 提供：読売新聞

東京都の遠藤博之さん（63）は、通常の2倍以上のスピードで全身の細胞の老化が進む遺伝性の病気「ウェルナー症候群（早老症）」の患者だ。国内の患者数は推定800-2000人。治療法はなく、平均寿命は50歳前後とされる。

身長は15歳ごろ、156センチで止まった。21歳の時には両目の白内障の手術を受け、右目は27歳の時に緑内障で視力を失った。30歳で老人のようなしわがれ声になって通院した際、精密検査でこの病気とわかった。

40歳代になると、血管の老化で壊死した足の指を切断した。糖尿病も発病し、医療費は月に数万円になることも。子供のころは親が負担していたが、大人になってからは学校に通って身に着けた鍼灸師の仕事で医療費を賄った。

ウェルナー症候群は治療法のない深刻な病気だが、国による医療費補助はない。

治療法が確立されていない病気は5000-7000種類あるとされる。しかし、国の定める「難病」はわずかだ。国の公的な医療費補助があるのは、「難治性疾患克服研究事業」（130疾患）のうち、さらに「特定疾患」（56疾患）の指定を受けたものに限られる。ウェルナー症候群は入っていない。

特定疾患は、厚生労働省の難病対策委員会などが、患者団体の要望も踏まえ、難病のうち特に医療費負担が重い病気を指定している。しかし、予算に限りがあるなか指定を受けられない病気も多く、不公平感を募らせる患者もいる。

遠藤さんは2000年5月に左脚、10年7月に右脚の、それぞれ太ももから下を切断した。身体障害者手帳1級と認定され、医療費負担はほとんどなくなった。「足が切断されなければ、十分な福祉が受けられないのでしょうか」と嘆く。

難病対策委員会委員長を務める金沢一郎さん（日本学術会議会長）は「病気ごとに指定する仕組みは限界にきている。医療費補助は、年収や病状の重さなどを勘案して決めるようにすべきではないか」と話す。

治療法が確立されておらず医療費補助がない病気の例

▽色素性乾皮症（日光にあたると皮膚がんの危険性。患者数は500-600人）

▽HTLV-1関連脊髄症（脊髄が侵され歩行困難や排尿困難の症状。同約3000人）

▽先天性魚鱗癬様紅皮症（全身皮膚がうろこ状になり、赤みが伴う。同100-300人）

▽家族性突然死症候群（QT延長症候群）（突然、脈が乱れて意識を失うことがある。数百家系）
（難病情報センターなどによる）

難病情報センターのホームページ

<http://www.nanbyou.or.jp/>

特定疾患（ベーチェット病や多発性硬化症など56疾患）など難病について掲載

重い費用負担（４）収入減で治療ためらう

2011年1月20日 提供：読売新聞

「原因不明の体重減少があり、精密検査を受けるように病院を紹介したが、受診せず、後日亡くなった」「十二指腸潰瘍で薬を処方しようとしたが、患者が断り、痛みをこらえている。時々、母親に出された痛み止めを飲んでいようだ」

患者が、治療費を払えないなどの経済的な理由で治療を中断・中止する事例が、全国で相次いでいる。全国保険医団体連合会（保団連）が2010年5-10月に行った調査（医科診療所、歯科診療所、病院約1万施設が回答）では、約4割の施設が、過去半年間に経験があると答えた。

福島県に住む建築業のAさん（40歳代）は3年前、自宅で突然、ろれつが回らなくなり、脳の血管が詰まる脳梗塞と診断された。約2か月後に退院したが、右手と右足にまひが残り、仕事を続けられなくなった。しばらくして、事務関係の仕事に就いたが給料は下がった。

1か月または3か月に1回通院し、脳のCT（コンピューター断層撮影）検査を受け、血を固まりにくくする薬や血圧を下げる薬を毎日飲む。費用負担は、通院の交通費など含め月に3万円になることもあった。妻、子ども2人の4人家族。暮らしは楽ではない。出費を抑えるため、飲む薬の量を医師に内緒で減らしたり、服薬を一時やめたりしたこともあった。実家の母から仕送りされる年金の一部を、生活費の一部に充てた。

同県猪苗代町の矢吹医院院長、矢吹孝志さんは「地方では年収が低い世帯が多く、医療費の負担は深刻。通院をやめたり、検査を断ったりする患者が増えている。不景気が続き、患者の経済的格差は広がっており、安心して治療を継続できるような体制作りが急務」と訴える。

一家の大黒柱が病気で倒れると、家族全員に大きく影響する。

がん患者を支援するグループ「がん経験者の就労・経済問題を考えるプロジェクト」が10年6-7月行った調査では、がん患者の67%が発病に伴い収入が減少し、年収減少率は平均36%に及んだ。

回答した就労者770人のうち、「依願退職」（18%）、「廃業」（4%）、「休職・休業中」（10%）、「解雇」（2%）と、3人に1人が仕事を続けられなくなったと答えた。「生活を切り詰めている」（56%）、「子どもの進路・進学を変更した」（5%）、「住宅取得をあきらめた」（4%）、「配偶者が働き始めた」（3%）、「離婚した」（2%）などの回答もあり、生活面への影響も大きい。

情報プラス

全国保険医団体連合会（保団連）の調査

保団連加盟する全国の医療機関を対象に調査を行い、9677施設（医科診療所6035、歯科診療所3105、病院527）から回答があった。

「この半年間に、主に患者の経済的理由から、治療を中断または中止する事例がありましたか」との質問に対し、38.7%が「あった」と回答した。施設別にみると、病院の23.3%、医科診療所の33.6%、歯科の51.3%。「命にかかわらないから」と、虫歯など歯科治療が後回しになっている実態が明らかになった。歯科診療所から寄せられた具体的な事例としては、「欠損した歯があるが、部分義歯の作成は3か月待ってほしい」「治療の支払いは（給料が出る）月末まで待ってほしい」「（虫歯はあるが）痛くないので、今はお金がないから痛くなってから治療する」などがあった。

退職強要の事例、他にも 治療の支え 読者の反響／上 命を削る

2011年2月13日 提供：毎日新聞社

◇会社の姿勢に募る不安 意思なければ応じる義務ない

病気の発覚後に解雇されるなど患者らの不十分な就労支援や、あまり知られていない障害年金を巡る実態を追った連載「命を削る 治療の支え」（昨年12月上旬掲載）に、同じ経験や悩みを持つ患者らから意見が寄せられた。「（治療で）休むなら辞めてもらう」「友人から聞くまで障害年金を知らなかった」。こうした読者の体験を紹介するとともに、就労の支援制度や障害年金の仕組みを計2回にわたって解説する。【大場あい、河内敏康】

「がん治療中の部下が退職を強いられるのを止められなかった」。神奈川県が無職男性（49）はこう言って悔しさをにじませた。

男性が会社勤めをしていた08年。50代の部下が食道がんの治療のため、3カ月間の予定で休職した。治療開始直後、男性は人事責任者に呼ばれ、こう告げられた。「（部下は）辞めることになったから」。人事責任者が病室で、「一定の収入を3年間保障する」と説き、部下の自己都合という形で退職を決断させたという。

部下は以前から会社幹部の評価が低く、男性は「病気をきっかけにした事実上の解雇だ」という。その後「がんになったら辞めさせられるのか」と職場の士気は下がり、男性も上司と折り合いが悪くなって退職した。

男性は「会社は、社員を取り換え可能な道具としか見ていなかった。誰でも病気になる可能性はあり、みんなが働き続けられるような人間的な社会を目指すべきだ」と話す。

*

大阪府の男性会社員（37）は昨年2月、急性リンパ性白血病と診断された。移植を受け経過は良好だったが、12月に肺炎を起こし、まだ復職の見通しは立っていない。

職場の同僚は「いつ戻ってこれるんや」と気遣う。だが他の社員が男性の以前の職務を担当しており、会社は別のポストを用意する余裕もないように見える。「自分の体調や会社の対応を見ながら身の振り方を判断していくしかないと思うが……。先が見えない」と不安を隠せない。

「あまりに事例が似ているのでびっくりした」と、本紙連載を振り返りながら語るのは神奈川県の無職男性（74）。難病の潰瘍性大腸炎を発症した40代の親類の女性が、手術を受けるため勤務先の社長に休職を申し出たところ、「休むのなら辞めてもらう」と告げられ、どうすべきか悩んでいるという。

男性は「病気で命を落とすか、職を失って餓死するか、という選択を迫られているようにさえ思える」と怒りをあらわにする。

*

最近、病気やけがをした従業員が会社から退職を迫られるケースが多い。この場合、会社を辞めなければならないのか。がんを経験した社会保険労務士の近藤明美さんは「退職の意思がなければ、辞める必要はない」と指摘する。

会社が従業員に退職を働きかける「退職勧奨」は、従業員が自由な意思によって退職するかどうかを決められる。このため退職する気がなければ応じる義務はない。逆に退職勧奨に合意すると、法的に有効とみなされて撤回するのが難しくなるため、注意が必要だ。

従業員が、業務外の病気やけが（私傷病）による治療のため会社を休みたい場合、どんな制度が活用できるのか。まず挙げられるのは「年次有給休暇（有休）」。6カ月以上の勤続年数、全労働日の8割以上出勤していれば、どんな従業員でも取得でき、解雇につながる欠勤とはならない。例えば勤続年数が半年で年10日、6年半以上で年20日取れる（有効期限は2年）。ただし私傷病の場合、労働者の権利として法律で守られた休暇はこれしかない。

一方、私傷病で働けない場合、会社に在籍したまま一定期間休める休職制度がある会社も多い。例えば、私傷病によって療養が必要な場合に使える「傷病休暇」。これを使うと、休職中、会社から給与が出なくても、加入している健康保険から「傷病手当金」が支給される。支給額は、給与に基づき算定される「標準報酬月額」の3分の2、支給期間は支給開始日から最大1年半。だが休職制度は法律で決められていないため、制度の有無は会社の裁量にまかされているのが実情だ。

近藤さんは「休職制度のある会社は、就業規則によって規定している。がんなど私傷病の治療で休みたい場合、まず就業規則で休職制度を確認することが重要。私傷病だからといって休むことをあきらめるのではなく、会社の人事部や、専門家に相談してほしい」とアドバイスを送る。

.....

■専門家への相談窓口

▽日本労働弁護団

電話03・3251・5363

（電話相談は無料。ただし、火、木曜の午後3～6時）

▽全国社会保険労務士会連合会労働時間等相談センター

電話0120・08・1744

（電話相談は無料。平日は午後2～8時。土曜は午後1～6時）

障害年金、重病患者にも 治療の支え 読者の反響／下 命を削る

2011年2月20日 提供：毎日新聞社

◇周知されていない仕組み 生活に重大な支障あれば

免疫疾患の一種で難病の全身性エリテマトーデスを患う岐阜県の無職男性（60）は2年前に障害年金請求のため診断書作成を依頼したとき、主治医の返事にショックを受けた。「手足を切断したような人のための制度だから、あなたみたいな病気の人には受給できませんよ」

男性は会社員だった03年に発症。一度復職したが、09年に症状が悪化して介助なしでは歩けなくなり2度目の休職をした。働けないときに健康保険から給付される傷病手当金（最長1年6カ月）は、発症直後の最初の休職期間中に受け取っていたので給付されなかった。親の介護費用、子どもの学費が家計に重くのしかかり、食費捻出にも困っていたとき、同僚から障害年金の話聞き「救われるかもしれない」と期待した。

主治医の言葉ではあきらめきれず、年金事務所や他の診療科に何度も相談し、昨年障害厚生年金3級と認定された。「医療関係者、患者どちらにも正しい情報を知らせる仕組みがほしい。また患者が自分で手続きをしやすいようにもっと簡素化できないのか」と訴える。

*

「ことあるごとに、知人に障害年金についての話をしています」。昨年2月から受給している千葉県内の男性会社員（61）も制度周知の必要性を指摘する。

男性は01年に発症した脳出血の後遺症で、右半身にまひがある。復職することはできたが、言語障害もあって電話の対応は難しく、書類作成なども時間がかかるという。

約2年前、同じ後遺症を持つ知人から「君はもう障害年金を受給しているよね」と尋ねられた。男性は身体障害者手帳は持っていたが、障害年金は全く知らなかった。インターネットで制度を調べ、知りたいことの一覧を作って社会保険事務所（当時）に通った。

「多くの人は会社や病院でも制度について説明を受けず、知るきっかけがほとんどない。国などがすぐに動けないなら、まずは自分でできることからやろう」と思い、最近は障害年金に関する資料を常に持ち歩いている。男性の話がきっかけで受給にこぎつけた同僚もいるという。

*

障害年金は老齢、遺族年金と同じ公的年金制度の一つだ。ここでいう「障害」とは、手足が不自由などということだけでなく、病気やけがで生活や仕事に重大な支障があることを意味する。症状や生活、仕事への影響の程度によって、国民年金は1級（10年度は年99万100円）と2級（年79万2100円）、厚生・共済年金は1～3級と障害一時金があり、がんや化学物質過敏症、うつ病なども対象になる。手続きは、年金事務所や市区町村、共済年金の場合は加入する共済組合で行う。

社会保険労務士で作るNPO法人「障害年金支援ネットワーク」の藤井雅勝代表理事によると、原則として（1）病気やけがの「初診日」が証明できること（2）初診日に年金に加入していること（3）保険料を一定期間納付していること（4）障害の程度が法令で定められた基準以上であること——のすべてを満たした場合、障害年金が受給できる（障害、年金の種類などによって例外がある）。一般的には、初診日から1年6カ月たった日が障害年金の「認定日」となり、手続きを取れば、認定日にさかのぼって支給される（さかのぼれるのは5年間）。

*

分かりにくいのが「初診日」だ。障害の原因となった症状が出て、最初に診察を受けた日のことで、検査結果が出た日や、正式な病名を言い渡された日ではない。例えば職場の健診でがんの疑いと指摘され、その後病院で確定診断を受けた場合でも、健診を受けた日が「初診日」になる。

初診日の証明は、ずっと同じ主治医に診てもらっている場合はその医師に、医師が変わっても当時のカルテが残っている場合はその医療機関の医師に、所定の書類を書いてもらう。だが、初診日から10～20年もたってから重い障害が生じた場合は証明が難しい。障害年金に詳しい京都市の社労士、中家延子さんによると、診察券や領収書、自分の手帳の記載などでも認められることがあり、「万が一のことを考えて診察券くらいは保存しておいてはどうか」と提案する。

医師に書いてもらう診断書の様式は障害別に8種類あり、医学的な診断だけでなく、日常生活への影響を尋ねる欄も多い。自身も胃がんを経験した中家さんは「『普段こういうことで困っている』と積極的に医師に伝え、診断書により正確な記載をしてもらうことが重要だ。治療も請求手続きも誰かに任せきりではなく、自分で自分の命を守るつもりで臨んでほしい」と話す。【大場あい、河内敏康】

受診遅れで71人が死亡 無保険や自己負担不能で 「制度崩壊」と民医連

2011年3月2日 提供：共同通信社

国民健康保険（国保）の保険料を滞納して「無保険」状態になったり、保険証は持っても医療費の自己負担分を払えなかったりして受診が遅れ亡くなった人が昨年、24都道府県で71人に上り、前年（47人）の約1.5倍に増えたことが2日、全日本民主医療機関連合会（民医連）の調査で分かった。

失業者や非正規労働者が多く、民医連は「厳しい雇用状況が続く中、払いたくても払えない人が急増しており、もはや『国民皆保険制度』は崩壊している」と指摘。調査対象は民医連加盟の病院や診療所計1767施設で「背後にはもっと多くの犠牲者がいる可能性がある」としている。

71人のうち、保険料滞納は42人。内訳はまったく保険がない「無保険」が25人、滞納のため有効期間が短くなる「短期保険証」が10人、さらに滞納が続き保険証を返して医療費全額をいったん払わなければならない「資格証明書」が7人。

都道府県別では長野、兵庫、沖縄が4人で最多。東京、神奈川、石川が3人。職業別では無職26人、非正規10人、自営業3人、ホームレス2人、年金生活者1人。年齢別では60代18人、50代11人、40代7人、70代4人、80代と30代が各1人。

保険証はありながら「受診控え」で亡くなったのは29人で前年の約3倍。保険別では国保が23人、後期高齢者と協会けんぽが各3人。都道府県別では長野5人、北海道と沖縄がいずれも3人。がんや糖尿病が多く、高額な治療費を心配し病院に行くのをためらったためと分析している。

※国民健康保険

自営業や年金で暮らす人、非正規労働者などが加入する健康保険で、保険料を基に主に市町村が運営する。加入者は約3900万人。中小企業の従業員は協会けんぽ（約3500万人）、大企業の従業員は勤務先の健康保険組合（約3千万人）、公務員は共済組合（約900万人）に入る。

生活苦で命落とす 揺らぐ「国民皆保険」

2011年3月2日 提供：共同通信社

病気になったりけがをしても、すべての人が十分な治療を受けられる国民皆保険の開始から50年。生活の苦しさから、手遅れになるぎりぎりまで我慢し命を落とした71人の事例からは、制度の理念が揺らいでいる現実が浮かび上がる。

「保険証がなく、病院にはかかれない」。群馬県の男性（71）は、食欲がなくなり腹水などの症状が出たが、見かねた友人が病院に相談するまでの約5カ月間、我慢を続けた。非正規労働で住むところはなく、銭湯や事務所で寝泊まりした。「働かないと食べていけない」と昨年10月の初診当日も仕事に行こうとした。入院後に肝がんが見つかり、わずか12日後に亡くなった。

山形県の男性（42）は2009年12月、体調を崩して葬儀会社を解雇され、車で寝泊まりしながら転々とする生活に。昨年9月、警察に保護され山形に戻ったが、体調が悪化。6日後に急性心不全で亡くなった。解雇後に国民健康保険に入る手続きをしなかったため、無保険だった。

全日本民主医療機関連合会（民医連）は「私たちの調査対象は限られており、国は実態を把握すべきだ」としている。

崩れる「国民皆保険」 個人も企業も苦境に 「ほころび—社会保障の現場」「揺らぐ医療」

2011年3月7日 提供：共同通信社

駐車場に止まった1台の車。中にいた男性（59）は意識がなく、呼び掛けに応じなかった。両足の先は壊死（えし）していた。

昨年4月、長野市内。糖尿病を患っていた男性は近くの住民に発見され入院。一時は会話ができるまで回復したが、1カ月後に敗血症で息を引き取った。「もっと早く診察を受けていれば最悪の事態は免れたはず」。この病院のソーシャルワーカーの女性は、今もやり切れない思いを引きずる。

男性は独身で、会社勤務の傍ら認知症の母親を介護していた。その母は数年前に死亡。介護や仕事の忙しさで治療を中断しており、2009年末に体調不良を理由に退職した。サラリーマン時代は全国健康保険協会（協会けんぽ）に入っていたが、国民健康保険（国保）の加入手続きをせず「無保険」になっていた。

無保険や、保険証はあっても医療費の自己負担分を払えないなどの理由で病院に行くのが遅れ亡くなった人が昨年、全国で71人に上ったことが、全日本民主医療機関連合会（民医連）の調査で判明した。

厚生労働省によると、09年度の国保の保険料収納率は88・01%で過去最低を更新した。保険証があれば、誰でもどの病院でも一部自己負担のみで治療を受けられる「国民皆保険」。民医連は「制度は崩壊した」と警鐘を鳴らす。

大企業の社員が加入する健康保険組合も状況は厳しい。健康保険組合連合会（健保連）によると、10年度の全体の収支は過去最悪の6935億円の赤字を見込む。主な原因は、支出の約4割を占め高齢者の医療費に回される「拠出金」だ。

赤字を埋めるため、多くの組合が保険料率を上げている。昨年の調査で、協会けんぽの保険料率9・34%（全国平均）以上の組合は53。「協会を上回ると、独自に健保を運営するメリットが薄れる」（関係者）といい、解散し協会に移行する例が増加。組合数は今年2月現在でピーク時の8割の1458まで減った。その協会けんぽも、4月から保険料率が9・50%（全国平均）に上がる。

協会に移行したある百貨店では「無料だった子宮がん検査がなぜこんなに高いのか」「妻の健康診断が有料になった」と問い合わせが相次いだという。担当者は「解散後に健保組合の良さを実感したようだ」と話した。

× × ×

世界に誇っていたはずの保険や病院の仕組みが揺らいでいる。命と健康を守るとりでの現場を見た。

※健康保険制度

国民皆保険制度は1961年に始まった。自営業や非正規労働者などが加入するのが国民健康保険（約3900万人）。中小企業のサラリーマンは協会けんぽ（約3500万人）、大企業は健康保険組合（約3千万人）、公務員は共済組合（約900万人）に入る。

〔社会保障関連〕

厚労省の社会保障検討本部が発足

社会保障改革の全体像を検討する「厚生労働省社会保障検討本部」が12月27日、発足した。政府が14日に閣議決定した社会保障改革の基本方針を受けて、厚労省は改革の全体像を2011年6月に示したい考えで、検討本部には診療報酬・介護報酬の同時改定に向けた方針を策定する「医療・介護チーム」など6チームを設置。4月をめぐりに分野ごとの具体策をまとめる予定だ。

「医療・介護チーム」では、同時改定の方針と整合性が取れるように、▽医療・介護施設の機能分化の推進と地域での連携体制の構築▽急性期医療の強化、重点化と慢性期への円滑な移行▽在宅医療・介護の充実とプライマリーケアの明確化▽在宅を支える高齢者向け住宅保障▽マンパワーの充実確保—などの政策課題ごとに改革の具体化を検討。政府の社会保障国民会議が08年に行った試算を基に、これらの改革を踏まえた医療・介護の費用を推計する。

さらに、「医療・介護チーム」の下に設置する「医療イノベーションサブチーム」では、政府の新成長戦略に基づく医療イノベーションの具体化に取り組む。

27日の初会合では、細川律夫厚労相が本部長を、藤村修副大臣と岡本充功政務官が医療・介護分野の本部長代理を務めることが決まった。副本部長は厚労事務次官と審議官が担当する。構成員は省内各局の局長や政策統括官ら。

(2010年12月28日 17:02 キャリアブレイン)

◆税・社会保障改革を巡る動きと見通し◆

10年12月10日	政府・与党が社会保障改革の基本方針策定
27日	厚生労働省の検討本部発足
11年3月末	11年度予算成立？
4月末	検討本部が改革素案提示
6月半ば	政府・与党が税と社会保障の一体改革案を公表
12年3月末	消費税増税関連法案成立？

財源不足で「足踏み」 介護も医療も先送り 民主党の社会保障政策 2011年1月4日 提供：共同通信社

民主党が取り組む社会保障改革が財源不足に直面し足踏み状態だ。2011年度予算案では基礎年金の国庫負担割合の50%維持こそ「埋蔵金」で工面したが、肝心の制度改革には先送りの空気が党内に充満。介護保険や高齢者医療の法改正にも「財源の壁」が立ちはだかり、厚生労働省は原案の修正を迫られている。菅政権は年明けにも消費税に関する与野党協議を本格化させたい意向だが、先行きは不透明だ。

▽年金論議ストップ

「社会保障改革は財政健全化と一体で行わねばならない。大変な作業になる」。27日、厚労省で開かれた社会保障検討本部の初会合で細川律夫厚労相は語気を強めた。検討本部は社会保障全般の見直しを議論。来春に結論をまとめるが、政府予算の一般歳出のうち社会保障関係費が30兆円近くに膨らむ中、最大の課題は財源確保だ。

象徴的なのが年金分野。12年度の基礎年金を賄うのに「埋蔵金頼りは困難」（財務省幹部）。消費税増税が実現しないと、国債増発もありうる。

民主党は年金制度を一元化し、税財源による月額7万円の「最低保障年金」を支給すると改革案を13年までに成立させるとしてきた。だが厚労省幹部は「基礎年金の半分ですら財源確保がおぼつかないのに、全額税の最低保障年金が実現可能なのか」と突き放す。

年金改革に向けた動きは、6月末に改革7原則を発表後、7月の参院選で民主党が大敗してからストップしたままだ。

▽地方選を意識

同党の政策スタンスについて、別の厚労省幹部は「政権与党なのに『何でも反対』の野党気質が抜けない。気にするのは選挙だけ」と手厳しい。

介護保険制度改革では、ケアプラン作成有料化など利用者の負担増を盛り込んだ厚労省案に民主党が「待った」。同省は修正を余儀なくされた。

高齢者医療も同様だ。後期高齢者医療制度を廃止し13年3月に新たな制度を始める改革案には、窓口負担増や保険料軽減の縮小に同党が「自爆テロだ。来春の統一地方選を戦えない」と反発。来年の通常国会への関連法案提出は見送られる公算が大きく、後期医療の廃止は延期されそうだ。

子育て支援策では、「こども園」創設が柱の「幼保一体化」は、幼稚園などの反発で年末に予定していた法案大綱の概要の公表がずれ込んだ。

菅直人首相は「年明けにも未来に向かっての方向性を示す」と税制改革に意欲をみせるが、民主党議員ですら「国民に痛みを与える改革が今の政権にできるだろうか」と懐疑的な視線を送る。



医療イノベーション推進室の看板除幕式

政府は、新成長戦略に基づいて、産学官のオールジャパンで日本発の医薬品、医療機器、再生医療を生み出すため、7日に「医療イノベーション推進室」を設置した。仙谷由人官房長官を議長とする「医療イノベーション会議」の下で、基礎から実用化まで、切れの目ない研究開発費の投入や基盤整備に取り組むほか、障害となる規制・制度の課題も洗い出す。医薬品については、癌や認知症などが重点領域となっているが、当面は、複数のワーキンググループに分かれて対応策を探り、2012年度予算への反映を目指す。

室長には、東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター長の中村祐輔教授が就任し、週の約半分は推進室に詰める。非常勤の室長代行を、東京女子医科大学の岡野光夫教授と、島津製作所フェローの田中耕一氏が務める。

次長クラスは、常勤となる国立がん研究センター中央病院の藤原康弘副院長をはじめ、学界から、非常勤で妙中義之国立循環器病研究センター研究開発基盤センター長、門脇孝東京大学大学院教授、小川修京都大学教授、澤芳樹大阪大学大学院教授が名を連ねた。産業界からは土屋裕エーザイ常務執行役、高橋俊雄富士フィルム専務執行役員が名を連ね、行政からは立岡恒良内閣官房内閣審議官が参画する。

東京・永田町合同庁舎に置いた推進室の看板除幕式では、仙谷氏が「シーズは数限りなくある。日本人の英知を結集した医療イノベーション推進室のこれからの活動に、国民の多くが期待し、応援もしてもらいたい」とあいさつした。

社会保障 4月に改革案…共通番号議論も首相指示

2011年1月21日 提供：読売新聞

政府・与党は21日午前、首相官邸で社会保障と税の一体改革を議論する社会保障改革検討本部（本部長・菅首相）の会合を開いた。

首相は細川厚生労働相に対し、将来的な社会保障制度の姿と方向性を4月までにまとめるよう指示した。

与謝野経済財政相には、社会保障と税の共通番号制度導入に向けた議論を進めるよう求めた。会合では、検討本部の下に有識者らが助言する「社会保障改革に関する集中検討会議」を設置することも決めた。

首相は細川氏に対し、4月にまとめる案には必要な財源の試算も含めるよう指示した。厚労省は省内に設置した社会保障検討本部で具体的な検討を進める。共通番号制度については、与謝野氏、藤井裕久官房副長官と関係府省の副大臣らの委員で構成する実務検討会で、今秋以降の法案提出に向けて詳細を詰めることを決めた。

共通番号制度、導入は15年1月から- 政府・実務検討会

社会保障と税の共通番号制度について、政府の実務検討会は1月28日の会合で、2014年6月に国民に番号を配布し、15年1月から段階的に利用を開始するスケジュールを明記した基本方針案を了承した。31日の政府・与党社会保障改革検討本部で決定する。政府は今後、3—4月に「社会保障・税番号要綱」（仮称）、6月に「社会保障・税番号大綱」（同）をそれぞれ公表し、秋以降に関連法案を国会に提出する方針だ。

基本方針によると、導入される番号を利用できるのは、医療、介護などの各社会保障分野と各税務分野。付番機関については「歳入庁」の創設を検討するが、当面は個人については総務省、法人は国税庁がそれぞれ所管する。

番号制度の導入により、社会保障分野では、(1)高額医療・高額介護合算制度の改善 (2) 保険証機能の一元化 (3) 自己診療情報の活用 (4) 給付可能サービスの行政側からの通知—が可能になる。

医療情報の二次利用は禁止- どこでも MY 病院のルールで IT 戦略会議

政府の高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部（IT戦略本部）は2月28日、医療・介護情報の電子化について議論する「医療情報化に関するタスクフォース」の第8回会合を開催した。個人が医療・介護情報を電子的に管理できる「どこでも MY 病院」の運営主体について、取り扱う医療情報の二次利用の禁止などを柱とするルールを取りまとめた。

2013年にも開始する「どこでもMY病院」の運営主体が蓄積する個人の医療情報をめぐっては、この情報を研究や商業に活用する可能性が議論されていた。しかし、日本医師会などの反対があり、二次利用は原則禁止とした。ただ、医療情報の利用目的や必要性などを審査する厚生労働省の「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」の議論の行方によっては、今後も匿名化された医療情報の活用を検討する可能性もある。

医療情報全般の取り扱いについては、厚労省が示す「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」をはじめ、経済産業省、総務省がそれぞれ作成した既存のガイドラインに従う方針が示された。

医療情報を関連機関で共有するためのポータビリティ（可搬性）については、既存のガイドラインでは網羅されていないため、データ形式などのルールについて今後、継続して議論する。

■運営主体には地方自治体や医師会も

また、IT活用で在宅を含めた医療・介護の連携を目指す「シームレスな地域連携医療の実現」について、都道府県単位で「連携に係る地域協議会」を設置する案が提示された。同協議会は地方の医師会や自治体などで構成し、「どこでもMY病院」の運営主体を担う可能性も示された。

（2011年02月28日 22:17 キャリアブレイン）

福祉手当を一律減額 障害者、ひとり親に不安 4月から、デフレで 2011年3月2日 提供：共同通信社

障害者やひとり親の家庭への福祉手当が4月から一律に減額される。デフレに伴う措置だが、月数百円の引き下げとはいえ、受給者からは「今でも生活は手いっぱいなのに」と不安の声が上がる。福祉現場の専門家は「社会的な弱者にしわ寄せが来ないように対策を」と訴えている。

引き下げ幅は0・4%。法律により、消費者物価の下落を反映して公的年金の支給は減額されることになっており、福祉手当にも同様の減額が適用される決まりだ。

障害のある子どもを育てる親に支給される「特別児童扶養手当」は、月200円減って5万5500円に（1級の場合）。低所得のひとり親家庭に対する「児童扶養手当」では、年収130万円未満の世帯は170円減の4万1550円となる。重度障害の子が対象の「障害児福祉手当」や、被爆者への「健康管理手当」も0・4%カットの対象だ。

これらとは別に、国民年金の任意加入時代に未加入だったため、障害基礎年金を受け取れない人に対する「特別障害給付金」は減額算定方法が異なり、0・7%引き下げ。月5万円

(1級)が4万9650円に減る。

「生活は現状維持がやっと。減額は厳しい」と札幌市の主婦徳永瑞穂(とくなが・みずほ)さん(40)。長男標(しるべ)さん(17)は両手足に障害があり、障害児福祉手当などを受給しているが、年間計3千円減ることに。「長男に必要な車いすや防寒靴は特注で高価。ぼろぼろになっても修理で乗り切らないと」と話す。

反貧困ネットワークの湯浅誠(ゆあさ・まこと)事務局長は「もともと生活が楽ではないための手当。減額は低収入の人には重く、生活保護申請が増える心配もある。弱者へのしわ寄せを『しょうがない』で片付けない政策を用意してほしい」と話している。

民主、規制改革案を22日に正式決定へ

民主党の「成長戦略・経済対策プロジェクトチーム」(PT、座長=直嶋正行参院議員)は3月8日の総会で、党の規制・制度改革案を22日の政調役員会で正式決定することを確認した。政府は早ければ25日にも規制・制度改革の方針を閣議決定する見通しで、この方針に党の意見を反映させる考えだ。

総会で確認したスケジュールによると、PTでは11日に素案を作成。17日に党としての改革案を取りまとめ、22日の政調役員会で正式に決定する。24日には、政府の方針案についても協議する予定だ。

PTで検討対象とする59項目のうち、「ライフイノベーション」分野は、▽地域主権の医療への転換▽病床規制の見直し▽医療法人の再生支援・合併における諸規制の見直し▽介護総量規制の緩和—など計18項目。6、7両日に行われた「規制仕分け」の対象になった3項目(訪問看護ステーションの開業要件、医薬品および医療機器の審査手続き、一般用医薬品のインターネット等販売規制)も含まれている。現在はPTのライフイノベーション小委員会で意見集約を進めている。

この日の総会ではまた、「規制仕分け」について内閣府から説明を受けた。会合後、PT事務局長の近藤洋介衆院議員は記者団に対し、「規制仕分けの内容について(出席議員から)不満などは出なかった。了とするという感じだった」と述べた。

(2011年03月08日 13:15 キャリアブレイン)

基金活用で保険料抑制 介護法改正案を閣議決定

2011年3月11日 提供：共同通信社

政府は11日、2012年度の介護保険制度改革に向け、65歳以上の介護保険料の上昇を抑えるため、都道府県の基金を活用することなどを柱とした介護保険法等改正案を閣議決

定した。今国会に提出し、成立を目指す。

65歳以上の月額保険料は、全国平均で12年度からは最大で約5200円になる見込み。これを5千円程度に抑えるため、12年度に限り、都道府県の「財政安定化基金」を取り崩せるようにする。

改正案は、医療と介護のサービスを同時に必要とする在宅高齢者への支援として、昼夜を問わず定期的に自宅を巡回する訪問サービスの導入を目指す。

一つの事業所が介護と看護の訪問サービスをまとめて提供する「複合型事業所」を導入。たんの吸引など、医師や看護師に限られている医療行為を介護職員にも認め、在宅ケアの充実を図る。

長期入院患者向けの介護型療養病床の廃止期限は11年度末から17年度末までに延長。有料老人ホームの入居一時金をめぐるトラブル防止のため、返金ルールを事業者に義務付ける。

このほか、単身の認知症患者を支えるため、一般市民を対象にした「市民後見人」の育成を市町村に促す。

介護法改正案のポイント

2011年3月11日 提供：共同通信社

閣議決定された介護保険法等改正案のポイントは次の通り。

- 一、各都道府県の基金を取り崩し、介護保険料の軽減に活用。
- 一、医療・介護サービスを定期的に提供する訪問サービスを導入。
- 一、介護職員に、たんの吸引などの医療行為を容認。
- 一、介護型療養病床の廃止期限を2017年度末まで延長。
- 一、有料老人ホームの入居一時金をめぐり、返金ルールを規定。
- 一、単身の認知症患者を支援するため「市民後見人」の育成を促進。

社会保障改革「震災の影響考慮して検討」－ 枝野官房長官

枝野幸男官房長官は3月25日午前の記者会見で、政府が6月をめどに取りまとめを目指している社会保障と税の一体改革について、「政治的判断をどうするかは、(東日本大震災の)被害の全体像や(福島第1)原子力発電所(の事故)がどう収束していくかという状況を見ながら、その影響を考慮して検討することになる」との見方を示した。

枝野官房長官はまた、「わが国の高齢化や少子化は、震災による影響を受けずに進んでいく。社会保障の事務的・実務的な検討は、可能な範囲で進めている」とも述べた。

(2011年03月25日 16:48 キャリアブレイン)