

厚生労働省の Positive List 主義は意図的な棄民政策である

澤田 石 順
jsawa@attglobal.net

<http://homepage1.nifty.com/jsawa/medical/>

鶴巻温泉病院・回復期リハビリテーション病棟勤務医
『重症リハビリ医療日数等制限差止請求事件』(08年3月18日)
および『後期高齢者等リハビリ入院制限等差止請求事件』(08年4月11日) 敗訴人

患者の権利に関するリスボン宣言

法律、政府の措置、あるいは他のいかなる行政や慣例であろうとも、**患者の権利**を否定する場合には、医師はこの権利を保障ないし回復させる適切な手段を講じるべきである

世界医師会

全国医師連盟の理念

- 私たち「全国医師連盟」は、**患者**と医療従事者の**権利**を重んじ、医療の質の向上と診療環境の改善のために活動します
- 私たちは、**患者**と医療従事者の**権利の確立**と適正な診療環境を実現するために、いかなる圧力にも屈せず、行政、立法、司法、メディア、そして国民に、医療のあり方を提言します
- 私たちは、地域、世代、診療科および医局の**枠を越えて**、真の社会貢献を果たします

＼ 全医連の同志の皆様、私のリハビリ棄民政策反対活動をこれまで応援して下さい、ここにあらためて深謝いたします

Positive List 主義の基本的問題

“疑わしきは患者さんの不利益に”が厚労省の大原則

刑法等 犯罪(違法行為)は **negative list**—何をしてはならないか市民が知ることができねばならないから

形式に関する行政規則 書類の様式など価値中立な決め事
専門集団への委任における行政規則 してはならないことの **negative list** であらねばならない

＼ “医療等の社会的・公的な相互扶助制度は普遍的に救済するためのもの。リハビリ日数制限のごとく、**官僚が列挙する対象以外はサービスを与えないやり方は論外です**”—井上 清成弁護士

疾患別リハビリテーション

“三重”の門前払いシステム

1. 脳血管障害、骨折、心疾患等の positive list に入らない障害者は門前払い
2. Positive list に入っている、対象疾患毎に日数制限があり、日数を超えたら原則として打ち切り⇒選定療養という名の混合診療
3. 日数制限を超えて保険給付が受けられる条件に関して、さらに positive list

リハビリテーションは疾患名とは関係なく、障害の性質に応じてなされるものであり、その必要性は現場の医療人が判定するものだ

40~ 64才の介護保険の被保険者

介護が“必要”でも認められるのは例外

- 脳血管障害など 16 種類の特定疾病に該当しないとサービスを受けられない
- 特に深刻なのは脳挫傷による障害者
 - 介護サービスが受けられないため自宅退院できない
 - 介護保険療養病棟等の介護施設から門前払い
 - 医療保険の療養病棟には医療区分 1 (大多数) のためほとんど入院できない
 - 回復期リハビリの病院は行き場がないと予想される重症患者を門前払い

報告:脳挫傷の患者二人で介護認定に成功

脳挫傷、硬膜外 (or 下) 血腫、外傷性くも膜下血腫の 54 才男性と 60 才男性-主治医意見書の記載より引用

■本症例が、政令で定める 16 疾病のうち脳血管疾患に含まれる根拠

《1》「くも膜下出血」が動脈瘤性なのか外傷性か区別不能: 転倒して頭部打撲をしたことは事実である。しかし、単純な転倒なのか脳動脈瘤が破裂したことによる転倒なのか全く不明。急性硬膜下血腫が認められたことから、くも膜下出血は外傷性とみなされたと推察される。脳血管造影検査なしで動脈瘤破裂か否かの区別は不可能である。したがって、不明な場合は被保険者の利益という原則に従って、介護保険の対象とされるべきと思考する。

《2》「脳血管」疾患の意味について: 『特定疾病にかかる診断基準』において、脳血管疾患の出血群には (1) 脳出血 (2) くも膜下出血 (3) その他の頭蓋内出血が挙げられている。本例の硬膜下血腫は血管の破綻によるものであるから (3) に含まれる。同文書には (2) の検査所見として「脳動脈瘤、脳動静脈奇形などが認められることが多い」とあり、特定の原因のみに限るような記載は全くない。

以上、上記どちらの所見を採用するにしても、本例は介護保険の対象となる脳血管疾患であると解される。

難治性疾患克服研究事業

第 39 回社会保障審議会医療保険部会 (H22/9/8) の資料より

- 希少な難治性の疾患は 5,000-7,000
- 対象疾患は 130 あり、公費負担の対象は 56 疾患
- 厚労省が指摘する課題
 - 56 疾患以外には高額療養費制度以外の医療費軽減の仕組みがない
 - 難治性疾患の要件を満たしていない疾患の取扱いについても検討が必要
 - 受給者増・医療費増が見込まれる中で本事業について十分な予算を確保できない状態が続いており、安定的な財源を確保できる制度の構築が課題
 - 希少疾患の症例確保を効率的に行うという研究事業でありながら、公費で医療費助成を行うという福祉的側面を有する本事業のあり方について、検討が必要。この際、保険制度等との関連も検討する必要

- 事業の主目的は“研究”であり難病患者の救済ではない
- 難病の指定は自律的医師集団が決定するべき
- 公費負担をなくして健康保険から支出との意図が明瞭

身体障害者の認定

“五重”の門前払いシステム

1. 対象は視覚障害、聴覚障害、音声・言語機能障害、そしゃく機能障害、肢体不自由、内部障害である心臓機能障害、呼吸器機能障害、じん臓機能障害、ぼうこう又は直腸機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、計 11 種類の **positive list**
2. リスト対象のそれぞれについて細かく規定されている
3. 各障害ごとに診断書を作成することができる診療科が定められている
4. 医師が自ら指定を受ける努力をして知事に認定されないと書類を作成する資格なし
5. 医師の資格は都道府県毎のため、障害者が書類作成してくれる医師が見つかることができない場合に、他県の医師に書いてもらいたくてもできない

✧ 平均在院日数短縮により医師は更に多忙となり身体障害者認定のための煩雑な書類を作成することは困難

✧ **positive list** にない障害を持つ患者さんのために書類を作成する医師はほとんどいない

制度の谷間にいる患者さんの紹介

佐藤 香織さん 多発性嚢胞腎・多発性肝嚢胞 (48 才、独居、福島県在住) で頻回の手術—障害者認定制度と介護保険制度の双方から門前払い

『障害者自立支援法の「制度の谷間」の問題を先送りにしない政治判断を!』(MRIC 2010/8/18)

篠原 三恵子さん 慢性疲労症候群、外出はリクライニング車椅子で—難病認定と介護保険制度から門前払い(障害者認定の書類を記載してくれる医師が見つかるまで数年要した)

『慢性疲労症候群の実態を描くドキュメンタリー』(MRIC 2010/9/13)

『慢性疲労症候群の患者たちが放置されている現状を打開するために』(MRIC 2010/9/26)

✧ 私が知り合ったきっかけは第 3 回友愛公共フォーラム⇒上昌広先生(MRIC への掲載等でご尽力)、本田宏先生、中澤堅次先生、梅村聰先生、井上清成先生(弁護士)らと顔つなぎ

結 語

- 厚生労働省の **positive list** 主義を根絶するために法改正が必要
- 日本医師会はもとより、日本リハビリテーション医学会などの諸学会も「患者の権利に関するリスボン宣言」の精神には無関心で、既得権益を守るために厚生労働省の官僚と裏取引してきた(診療報酬削減による報復を恐れてではある...)
- 全国医師連盟は患者の権利擁護のための活動をさらに強化しよう(患者団体、保険医協会、民医連等と協業している)
- 細川厚労大臣は法律家であるがゆえに、厚労省による患者の権利侵害には敏感で、その除去に熱心に取り組むかも知れない

補足:社会保障の財源確保は極めて容易

- 財務省は 2009 年 12 月 15 日、平成 22 年 3 月末に国と地方を合わせた長期債務残高が過去最大の約 825 兆円に膨らむとの見通しを発表した
- 日本国は歴史始まって以来の金余り状態にある。個人の金融資産だけで 1400 兆円余り。60 才以上がその 6 割以上を保有している
- 資産関連の“不労所得”に対する課税はあまりにも安すぎる。この事実を支持する証拠は数多く、否定する証拠はみあたらない。中曽根政権以来、法人および個人所得税が大幅に減税されてきたため、それら直接税には増税の余地が十分にある。

消費税(付加価値税)についての誤謬

旧与党は多国籍企業集団の影響で、**社会保障の“機能強化”のために付加価値税の増税が必要だ**と宣伝してきた。中央政府の官僚も付加価値税増税主義に染まっている。付加価値税増税はまったく時期尚早であると私は断言する。

国民春闘経済白書 2008 によると付加価値税が 1989 年に導入されてから 2007 年度までにその総額は 188 兆円、その間における法人税減税の総額は 158 兆円。すなわち、**付加価値税は社会保障というセーフティーネットの手当というよりは企業減税のために使われてきた**。全税収にしめる付加価値税は日本が 24.6 %、イギリス 23.7 %、イタリア 27.5 %であり、日本の付加価値税は税率は 5 %と低いにもかかわらず大きい。

財源確保の方法

個人所得税の累進税率強化 中曽根政権以来の自民党政権は米国のレーガン政権と英国のサッチャー政権の新自由主義イデオロギーを妄信して、個人所得税の累進課税を継続して緩和してきた。高額所得者からの三兆円程度の増税は容易であろう。

社会保険税の累進税率強化 社会保険税の最高税率の対象となる年収は個人所得税の最高税率対象者よりはるかに低い。したがって、年金、医療保険、介護保険にかんする課税の累進化は十分に可能だ。これで一兆円確保。

証券等の売却益(キャピタルゲイン)課税の強化 キャピタルゲインの減税(今、10 %)は継続するのではなく、30 %以上に課税を強化するべきである。これにより一兆円程度は増税可能であろう。

財源確保の方法

利子所得の税率を 20 %から 50 %にする そもそも普通預金にしろ定期預金にしろ利率が異常に低いので、金利に依存して生活している個人はほとんどいないであろう。少なくとも、派遣労働者や失業者は全く困らない。中央政府の新年度予算における国債利払い費用は 9 兆円を超える。利子の税率を 50 %にすることにより、五兆円は確保できるであろう。

個人金融資産の相続税強化 毎年 10 兆円の個人金融資産(大半は預貯金)が相続されているが、控除額が高く、抜け道豊富で、税率は極めて低いために**税の総額はたった 8000 億円**ほどしかない。日本国の経済成長を実現してきた高齢者に対して、医療・介護を所得にかかわらず無料とするかわりに、金融資産の相続税を 50 %にすることで了解が得られないことはないであろう。これで四兆円。

連絡先等

さわたいし
名前 澤田石 順 (1962 年、秋田県五城目町生まれ)
職場 鶴巻温泉病院回復期リハビリテーション病棟
〒 257-0001 神奈川県秦野市鶴巻北 1-16-1
TEL 0473-78-1311 FAX 0463-78-5995
自宅 〒 227-0048 神奈川県横浜市青葉区柿の木台 10-5-503
TEL/FAX 045-971-3572