

資料 6

# 要 望 書

平成16年11月1日

厚生労働大臣 尾辻 秀久 殿

全国遷延性意識障害者・家族の会  
代 表 桑山 雄次  
事務局長 藤井恵三子  
(以下参加団体6団体、12県支部)

## 要 望 書

私たちは、人生半ばで交通事故や脳卒中など、事故や病気が原因で遷延性意識障害と診断された障害者（患者）と家族の会です。遷延性意識障害者とは、72年に日本脳神経外科学会が定義した以下の6項目を満たす状態が、3カ月以上にわたって遷延したいわゆる「植物状態」とされています。

- 1、自力での移動ができない
- 2、自力で摂食ができない
- 3、糞尿失禁状態にある
- 4、目で物を追うが認識できない
- 5、「手を握れ」「口を開け」などの簡単な命令に応ずることもあるが、それ以上の意思の疎通ができない
- 6、声を出すが、意味のある発語はできない

不慮の事故や病気の後、救命救急医療で幸いにも一命をとりとめたものの、意識障害が数週間遷延すると病院からの転院を促されますが、現状の保険医療点数の下ではリハビリ主体の病院は皆無に等しく、好むと好まざるとにかかわらず、在宅介護を余儀なくされる患者も多数おります。しかし在宅では遷延性意識障害者に対する治療を主体とする医療や、痰の吸引や経管栄養など医療的ケアとされる行為が必要な場合は福祉の支援策は皆無に近く、家族は24時間の介護が必要になります。家族が切実に望んでいるヘルパーによる痰の吸引許可はALS患者に限定されており、メディカルショートステイ制度は県単独での実施県はあるものの全国的実施は行われていません。

このような遷延性意識障害者の実数把握は、施設入所者について旧厚生省が75年度と84・85年度に行いました。在宅者を含めた調査は、私たちの活動により97年度の兵庫県、98年度の茨城県の調査があり、人口比から全国の実数を類推するとその数は15000人～27000人とされていますが、国レベルでの在宅者を含めた実態調査はなく、従ってそのニーズも十分には把握されておられません。

遷延性意識障害を幸いにも脱した障害者にも高次脳機能障害が残ることが多いのも事実です。が、平成13年度からの高次脳機能障害者支援モデル事業が始まり、その訓練プログラムなども専門家の手により作成されてきました。遷延性意識障害者に対しての地域リハビリテーションのモデルとして「在宅支援モデル事業（仮称）」実施を望みます。

私たちは、意識障害をもった方が不幸にも亡くられるのを見てきました。また介護をする家族がわが子のため、夫のため、妻のため、命を削り健康を害しながらも日常を生き抜いている姿を見てきましたし、障害当事者もこのような困難な中を生き抜いております。一方で10年を超えても懸命な在宅介護の結果、経口摂取ができたり、声を出せるようになった障害者も多く見てきたのも事実です。

以下5項目については是非ご検討をお願いいたします。その他の要望事項は別紙をご覧ください。

- 1 遷延性意識障害者の実態調査を実施して下さい
- 1 痰の吸引を研修を受けたヘルパーに認めて下さい
- 1 メディカルショートステイ制度を作して下さい
- 1 遷延性意識障害者を障害者施策の中にきちんと位置づけて下さい
- 1 在宅支援モデル事業を実施して下さい

以上

(別紙) その他の要望事項

- (1) 経管栄養など「医療行為」の研修を受けた福祉職へも緩和する
- (2) 遷延性意識障害を呈する入院中患者について家族以外の付き添い看護の許可
- (3) 療育手帳(知的障害)取得条件の緩和
- (4) 24時間のホームヘルプサービスの全国的実施
- (5) 施設支援についての抜本的な支援策の検討
- (6) 日本意識障害学会や家族会を經由しての在宅での改善事例の集積と分析

平成16年10月15日

厚生労働大臣  
尾辻 秀久 様

〒170-0004  
東京都豊島区北大塚2-7-2  
全国脊髄小脳変性症友の会  
会長 齋藤 亮雄  
電話03-3949-4086  
FAX03-3949-4112

### 要 望 書

平素より「全国脊髄小脳変性症（全国SCD）友の会」へご支援、ご指導を賜り、心よりお礼申し上げます。

友の会は会員相互の情報交換や親睦により患者のQOLの向上に資することはもとより、一刻も早い「SCD」の原因究明と治療法確立のため関係機関に働きかけをおこなってきました。最近社会の理解も深まってまいりましたが、まだ患者、家族に対する支援は充分とはいえず、精神的にも経済的にも負担が増し困難の度を加えてきております。当会は、これまでも貴省に対して種々の要望をしてまいりましたが、いまだに多くの難問を抱えております。今回も下記事項につき要望いたしますので実現していただきたくお願い申し上げます。

#### 記

1. 脊髄小脳変性症治療法開発のための研究助成費の増額  
発症の原因と有効な治療法を早期に確立するため、研究助成を積極的に行い、助成費の増額および助成の対象機関の増設をお願いします。
2. 長期入院患者受入れ体制の拡充  
特殊疾患患者の受入れについては、一定要件を充たした場合、入院加算がつき、長期入院が可能であるとのことであるが、要件を充たす病院が少なく、また遠方であったりして高齢化した介護者の負担も多く、長期入院が困難である現状は改善されておられません。  
この実情を改善するため、要件を緩和し、病院数を増すようお願いいたします。
3. 重度障害者の雇用促進  
重度障害者の就職が困難であるが、障害者雇用率の算定にあたり、障害の等級により、1人当たりの算入数を多くすることにより重度障害者の雇用促進を図っていただきたい。
4. 身体的機能維持のためのトレーニング費用の医療費控除適用の簡素化  
進行する病状により身体的機能が日々劣化していくのを防ぐため、筋力強化等のトレーニングが有効であります。しかし、生活習慣病などとは違い、医師がトレーニング処方箋を発行してくれることはなく、費用は医療費控除の適用となりません。  
これをSCDであるということで対象となるよう簡素化するようお願いいたします。
5. 介護保険自己負担分の減免措置  
介護保険の適用を受けると、福祉サービスで無料であった援助が有料となり10%負担しなければならないが、従来どおり無料とするか、介護保険の自己負担分を福祉サービスで補填する制度を考慮するようお願いいたします。
6. ヘルパーによる痰の吸引の現状について  
ALS患者についてはヘルパーによる痰の吸引が認められ、その状況を踏まえて、他の疾患への適用を検討していくとのことであったが、現在その検討状況および今後の推移につきお知らせください。
7. 臨床調査個人票の有効期間の延長  
医療費助成申請のための臨床調査個人票は毎年提出しなければならないが、これを3～5年毎に変更してください。

以上

2004年10月7日

厚生労働大臣  
尾辻秀久様

日本労働組合総連合会  
会長 笹森清

## 医療・介護サービスの質の向上を求める要請

貴省の厚生労働行政に対する日頃のご健闘に、心から敬意を表します。

さて、連合には、医療・介護・福祉関係従事者約36万人が組合員として加入しており、例年、職場の労働実態や政策課題について話し合う中央集会を開催しております。

昨年、連合では医療・介護・福祉関係の構成組織による『医療・福祉部門連絡会』が新たに発足し、当連絡会を中心に、本年5月14日に「安心と信頼の医療と介護」をテーマに「2004連合中央集会」を開催いたしました。

今集会には、全国から約850名が参加し、良質な医療・介護等のサービスを提供するためには、医療・介護・福祉サービスを担う労働者の雇用・労働条件が確保され、安心と誇りをもって働ける労働環境を整備することが、なによりも重要であることを確認しました。

つきましては、当集会での確認にもとづき、全国の医療関係従事者の声として、医療・介護の現場で働く労働者の雇用・労働条件の確保、安心・安全の医療・介護の実現という観点から、貴省にさらなるご尽力をいただきたく、下記のとおり要請いたします。

### 記

#### 1. 雇用・労働条件の確保・労働時間の短縮、医療サービスの質の向上等により、患者本位の医療体制を構築する。

- (1) ILO第149号条約「看護職員の雇用、労働条件及び生活状態に関する条約」の批准に向けて、医療・看護・保健衛生に従事する労働者に係る労働基準法第40条の特例措置（44時間）を廃止する。
- (2) 医療関連労働者の交替制労働について、夜勤は複数以上の配置で1人あたり4週間で8日以内、深夜を含む一勤務の拘束時間は10時間以内、勤務間隔については12時間以上とする法律の制定をめざし、当面、国がガイドラインを策定する。

(3) 入院における医療サービスの質の向上と効率化をはかるために、一般病床の医師・看護師等の人員配置基準を引き上げる。看護基準は「1：1」をめざし、当面は「1.5：1」とする。精神・結核病床の人員配置基準を一般病床と同様の水準まで引き上げる。

第6次看護師の需給計画の策定にあたっては、医療現場の実態を踏まえたものとする。

(4) 准看護師養成を即時に廃止し、看護制度の一本化を実現する。そのため、看護師養成課程を統合し、就労を前提とした准看護師から看護師への移行教育を早期に実施する。また、効率的で受講しやすい内容や勤務時間の保障など労働環境・条件の整備をはかる。看護補助者の業務内容を明確化し、教育・訓練体制の確立と業務マニュアルの策定を行う。

(5) 2004年3月より解禁された、医療機関における医療関連業務の紹介予定派遣について、安心・安全の確保と医療従事者の保護のため、医療現場の実態を踏まえて以下の措置を講ずる。

- ① 医療関連業務で紹介予定派遣されている派遣労働者の労働条件等について、社会福祉施設等への医療職の労働者派遣の実施状況と併せて調査し、速やかに実態を把握する。
- ② 派遣先の医療現場のルールを習得するための研修期間を一定期間確保すること、および教育係を確保することを、派遣先に義務づける。
- ③ 院内感染防止のため、派遣スタッフの健康状態について派遣元が派遣開始前に検査を行うことを義務づける。
- ④ 派遣労働者の相談に対応できる、医療現場に精通した専門スタッフを配置することを派遣元に義務づける。
- ⑤ 賃金など基本的な労働条件について、派遣先における同一職種の労働に従事する通常の労働者の条件を下回らないこと、及び派遣先に適用される法定最低賃金への配慮を派遣先・派遣元指針で明記する。

(6) いわゆる「混合診療」については、医師の裁量権の拡大によって患者の安全性の確保が危ぶまれること、所得によって受けられる診療に格差が生じ患者負担の増大を招く懸念があることから、解禁すべきではなく、現行の特定療養費制度の枠内で、患者本位の視点に立って対応する。

## 2. 介護労働者の社会的地位の向上、労働環境の改善等により、利用者本位で良質の介護サービスに拡充する。

(1) 全国共通の教育・研修制度の創設、労働条件基準の設定などにより、ホームヘルパーの質の向上と労働条件の改善をはかる。教育研修制度は、国が基準を示し、それに基づいて都道府県が実施主体を指定することとする。

ホームヘルパーの中心的水準を現在の2級ヘルパーから、介護福祉士に引き上げることを目指し、移行を促す。そのための質向上研修については国が積極的に行う。3級ヘルパーは、サービスの質の維持・向上の観点から保険給付の適用外にする。3級ヘルパーの保険適用除外までの間は、2级以上への昇級を促進するための研修を充実させる。