

平成25年度予算要求等に係る各委員からのご意見について

浅倉、阿部、天野、有川、大賀、清本、武田各委員連名

阿部委員

有川委員

大賀委員

清本委員

武田委員

肝炎対策推進協議会御中

平成 24 年 6 月 28 日

浅倉美津子、阿部洋一、天野聰子

有川哲雄、大賀和男、清本太一、武田せい子

### 平成 25 年度予算編成に関する要望について

日頃、肝炎対策について格段のご理解・ご協力を賜り厚く御礼申しあげます。  
さて、平成 25 年度予算編成に関する患者・遺族委員の要望を取りまとめましたので、よろしくお取り計らい下さいますようお願い申し上げます。

#### 記

#### 1. 肝炎ウイルス検査の実施体制などに関する要望

- (1) 基本指針において「すべての国民が少なくとも一回はウイルス検査を受検することが必要」としていることから、どのような機会のウイルス検査も国民が希望すれば無料で受検できるよう予算措置をして下さい。
- (2) 昨年度の「肝炎検査受検状況実態調査把握事業」の実施結果を踏まえ、ウイルス検査受検率向上、受検率の把握、陽性者の医療機関への受診勧奨などの施策を早急に決定し予算措置をして下さい。
- (3) 健康増進事業の肝炎ウイルス検診への個別勧奨メニューを来年度も継続実施して下さい。また、国の負担割合を増額して下さい。
- (4) 職域におけるウイルス検査の受診率を上げるため健康保険組合などへの検査費用の助成をするよう、予算措置をして下さい。
- (5) ウイルス検査の受検者の把握、医療機関への受診勧奨などを地方自治体等で管理出来るデータベース作成等の予算措置をして下さい。

#### 2. 医療提供体制の確保に関する要望

- (1) 基本指針には「拠点病院、専門医療機関及びかかりつけ医の連携に資するため肝炎患者支援手帳を配布」とあります。この主旨を各都道府県に徹底し、当事業を継続する予算措置をして下さい。
- (2) 基本指針には「肝炎患者等が働きながら継続的に治療を受けることができる環境づくりに向けて必要な働きかけを行う」とされており、治療に伴う休暇、休業補償などについて関係者等が協議する場を設置するなどの予算措置をして下さい。

- (3) 基本指針には「地域の特性に応じた診療連携体制の強化を支援する」とあることから、地域連携を進める機関等へ必要な予算措置をして下さい。
- (4) 肝炎治療の均てん化を図るため、肝炎治療に係る医師の研修を実施して下さい。また、専門医のいない地域では専門医に準ずるかかりつけ医の養成研修を実施するなどの予算措置をして下さい。
- (5) 地方公共団体、職域などで保健指導、相談事業などを進める「地域肝炎治療コーディネーター」の育成を進めるとともに、地域連携の体制を作るための施策の予算措置をして下さい。

### 3. 国民に対する啓発及び知識の普及などの要望

あらゆる世代の国民が肝炎に係わる正しい知識を持ち、肝炎対策が促進されるようマスメディア等を使って啓発・広報をして下さい。

### 4. 医療費助成等に関する要望

- (1) ウイルス性肝炎（肝硬変、肝がんも含む）に関わるすべての医療について医療費助成制度を創設して下さい。
- (2) 肝炎患者等の高齢化・重篤化が進んで来ており、肝炎の進行を抑える治療が重要となっています。それらに対して効果の高い少量長期インターフェロン治療を医療費助成制度の対象として下さい。
- (3) インターフェロン治療の効果予測のための遺伝子検査を保険適用にし、医療費助成制度の対象にして下さい。
- (4) 肝がん再発の予防効果が確認された「非環式レチノイド」について保険認可まで、患者責任による使用を可能にして下さい。
- (5) B型肝炎の核酸アナログ剤による治療期間が長く、患者負担が大きいことから医療費助成限度額を引き下げて下さい。
- (6) 医療費助成制度で低所得者の自己負担を無くして下さい。

### 5. 研究に関する要望

- (1) 「地域における診療連携の推進に資する研究」について、各地域の実態が違っていることから、多くの地域で診療連携の研究が出来るよう予算措置をして下さい。
- (2) B型肝炎に対する新薬開発等に係わる予算措置を継続して下さい。

### 6. 身体障害者福祉制度に関する要望

身体障害者手帳の交付基準が厳しく実態に即していません。行政研究の中間報告をまとめて同制度を見直し、必要な予算措置をして下さい。

7. その他

- (1) 各都道府県の担当者及び肝炎対策協議会の委員等への研修会などを行うための予算措置をして下さい。
- (2) 各都道府県で肝炎対策協議会を必要により開催出来るように予算措置をして下さい。
- (3) B型ウイルス肝炎の感染・発症予防のため、ユニバーサルワクチン投与の公費負担を行うための予算措置をして下さい。

以上

肝炎対策推進協議会御中

平成 24 年 6 月 28 日  
日本肝臓病患者団体協議会  
阿 部 洋 一

### 今後の肝炎対策について

私は平成 13 年に知人などとともに肝臓病患者会を立ち上げ、その後 11 年間患者会活動を続けております。患者会を設立して間もなく、町の方に肝炎患者の支援をお願いし、平成 14 年から C 型肝炎患者への支援事業を始めて、平成 16 年度からは国に先駆けての医療費助成制度も導入していただいております。

また、岩手県においても肝炎対策協議会を平成 19 年に設置し「岩手県肝炎対策計画」も平成 21 年に策定し、肝疾患診療体制も確立していただきました。

このような 11 年間の患者会の活動、あるいは町、県の取組などを振り返りながら、肝炎患者が今何を最も必要としているのかを述べてみたいと思います。

#### 1. 医療費助成の拡大を

私の住んでいる町は肝がんによる死亡率が県平均の 2～3 倍ありました。そのようなこともあり町では地元の医大や医師団の協力を得て、10 年前から肝炎対策を取り組んで来ました。国に先駆けて 8 年前からインターフェロン（以下 I F N）治療費助成制度を創設、医療講演会、個別相談会などもやっております。しかし、このような取組みをしても、町の肝がん死亡率は殆ど変わりません。その原因としては、町で把握している C 型肝炎患者は 660 名ほどですが、年代は 60 歳以上が 87%、70 歳以上が 67%にもなっています。

C 型肝炎患者にとって唯一の完治治療である I F N 治療ですが、高齢者・重篤者が多いことや、若い人は副作用と仕事の両立などから治療が進まないのが現状です。町の I F N 治療費助成制度の申請数は 8 年間で僅かに 93 件にとどまっています。C 型肝炎患者の高齢化とともに肝硬変・肝がんへ進展する患者が多くなり、これが肝がんなどでの死亡者が減らない原因と推測されます。

日本肝臓病患者団体協議会で最近実施した 2, 100 人余りの全国アンケートでも 60 歳以上が 81%で、肝硬変・肝がんという方は 32%でした。

国では、これまで C 型肝炎治療は早期発見・早期治療で I F N 治療によりウイルスを排除することを第一に掲げて来ましたが、それで完治出来ない C 型肝炎患者が高齢化し、その患者が肝硬変・肝がん今苦しんでおります。肝がんの治療は何度も入退院を繰り返す方が多く、働くことも出来ず高額な医療費の

ため生活が破たんしてしまう人もあります。

今迄の国の対策は一定の成果を上げて来ていると思いますが、肝炎患者の現状を見ると肝がん治療・抑制などに重点を移す時期に来ていると感じます。

厚労省の研究事業の報告書には、IFN少量長期投与により肝発がんの抑制効果があり、特に線維化の進んだ症例に効果が高いという報告がありましたが、現在の医療費助成制度はこのIFN少量長期投与は対象にはなっていません。

このような治療を実施し、肝がんの死亡者を減らすことは医療費抑制にもつながることから、現在の医療費助成制度の枠組みを、患者の現状に合わせた制度にすることが、この協議会の役割りであると思います。

## 2. 肝炎医療体制について

町のC型肝炎患者へのアンケートで通院者の割合は85%となっており、保健師さんの保健指導などが奏功していると思います。しかし、同じアンケートで自分の肝機能値が分かっている人は約半数しかおりません。多くの患者は医師まかせになっていることが分かりました。

岩手県の患者会の平成15年のアンケートではALT値が50以下の人は38%でしたが、その後、肝機能を下げるよう呼びかけた結果、平成21年のアンケートでは45以下が72%になりました。今でも患者会に入会される方のALT値は高い人が多く、そのことだけでも岩手県の肝炎医療は十分とは言えないと感じております。当患者会の会員で最近入会された方ですが、昨年肝がんにより2名亡くなりました。2人とも10年ほど近くのかかりつけ医に通院していて「変わりありませんね」と言われていたそうです。

患者会で会員の相談を受けて一番感じるのは、専門医とかかりつけ医の肝炎治療の差が大変大きいということです。

しかし、岩手県では専門医が少なく、専門医のいない医療圏も多くあります。そのような医療圏ではIFN治療の医療費助成申請がゼロというところもあります。そのため専門医に準ずる「肝炎かかりつけ医」を指定して研修を毎年やっていたり、身近で肝炎治療を受けることが出来るようになりました。それでも未だにかかりつけ医に通院している患者も多く、今年度に「肝炎患者支援手帳」を作成し配布する予定です。

他の県の「肝炎患者支援手帳」を何冊かいただいておりますが、残念ながら専門医とかかりつけ医との連携のための手帳にはなっていないものもあります。

「肝炎患者支援手帳」は各都道府県でどのような肝疾患診療体制を作るのか、専門医とかかりつけ医が連携して治療をするためのものと思います。

全国どこでも適切な肝炎治療を受けることが出来る肝疾患診療体制を作っただけ、必要な治療を受けないまま重篤化し、死亡する患者が無くなるよう

にしていだきたいと思ひます。

以上二点について格段のご配慮をお願い致します。

2012年6月26日

全国B型肝炎訴訟原告団

有川 哲雄

## 肝炎対策推進協議会の開催にあたって

### 1. 徳島肝炎の会結成とB型肝炎訴訟

私が徳島肝炎の会を立ち上げたのは、今から32年前の1980年6月でした。当時は肝炎というとアルコールによる肝障害という受け取られ方が世間では一般的で、大変肩身の狭い思いをしたものです。しかも、当時あった患者会もアルコール性肝障害の患者と一緒にだったので、ウイルス性肝炎患者と別にするための患者会結成でした。

患者会結成のきっかけは、私がB型肝炎ウイルス検査で感染していたことが判明（当時32歳）したからです。その時主治医は、「母親や兄や姉でB型肝炎ウイルスに感染している人はいないか」どうか聞きました、私の身内で肝炎に罹っている人はいなかったので、「いない」と答えました。そうすると主治医は「集団予防接種の時の注射器の使い回しによる感染だろう」と語りました。

私は初めて肝炎はウイルスによって感染し、B型肝炎以外にも当時は未知であった非A非B型肝炎があることを知りました。そこで、ウイルス感染者として日常生活を送る上で、様々な気をつけなければならないことを教えてもらいました。すこし肝炎治療に携わっている医師にとっては、肝炎蔓延の原因の大きな一つに集団予防接種時の注射器の使い回しがあることは常識だったと思います。

1998年6月に札幌のB型肝炎患者が裁判を起こした時、この裁判は大変なものになるだろうし、なかなか国を相手のことだから厳しいものだと、全国の患者会の交流会などでも話し合われました。しかし、原告・弁護士のねばり強い運動で2006年6月に勝利したことで、私は国の肝炎対策は大きく変わるだろうと期待したものでした。しかし残念ながら国の対策に大きな前進は見られず、肝炎対策の充実を図り全ての被害者が救済される為ならと思い、原告団の一員に加わったのです。



## 2. ウイルス検査体制の充実を

徳島県は私が患者会を結成した当時、肝硬変や肝がんの死亡率はいつも全国1位、2位を占めていました。私の周りの患者会の会員もたくさん亡くなりました。今でも肝がんの死亡率は全国の高位を占めています。徳島県は保健所でしか肝炎ウイルスの無料検査をしていない、数少ない県の一つです。検査体制の充実を徳島県の肝炎対策協議会等に訴えていますが、予算の手当てができないなどということで、希望する医療機関での無料検査は実現していません。

国は肝炎総合対策の5本柱の一つに「肝炎ウイルス検査の促進」を掲げています。

しかし、国民が自分は肝炎ウイルスに感染

していることを知らなければ、総合対策も絵にかいた餅に過ぎません。患者を見つけてこそ第一歩の対策がとれるのではないのでしょうか。昨年より減額して41億円になっている検査の促進、是非国の施策として医療機関でも無料検査ができるよう要望します。

徳島県の保健所でのB型肝炎ウイルスの検査受診者状況は、上票のとおりです。これだけ見ても保健所での検査では不十分であることが理解されます。

### ○ B型肝炎ウイルス検査受診者数等

	受診者数	陽性者数	陽性率
14年度	105	0	0.0%
15年度	95	0	0.0%
16年度	278	0	0.0%
17年度	109	1	0.9%
18年度	116	1	0.9%
19年度	1,209	14	1.2%
20年度	262	4	1.5%
21年度	257	4	1.6%
22年度	115	5	4.3%
〃(出張)	146	1	0.7%
計	2,692	30	1.1%

## 3. 「肝炎研究10カ年戦略」について

私は、第7回肝炎対策推進協議会を傍聴しましたが、その時資料として出されていた「肝炎研究10カ年戦略」に疑問を持ちました。

神ノ田肝炎対策推進室長は「7カ年戦略」の中間見直しで「10カ年戦略」を作ったとして、以下のように発言しています。(議事録参照)

「中間見直しの検討の結果、来年度を初年度といたします10カ年戦略として再編することになっております。戦略期間につきましては、平成24～33年度の10カ年ということで、新たに取り組む事業といたしまして、B型肝炎の創薬実用化を目指した研究に力を入れていくということで、研究課題に追加されてございます。

戦略目標、数値目標を掲げておりますけれども、この中で上方修正したものがC型肝炎の治療成績で、7カ年戦略におきましては70%を目指すということでしたけれども、10カ年戦略におきましては80%まで改善ということで上方修正をいたしております。」

これは他の数値目標は、7カ年戦略と10カ年戦略は同じだということです。おかしなことに、7カ年戦略は平成21年度から27年度までのもので、10カ年戦略は平成24年度から33年度のもので、実質的に戦略目標を引き下げたこととなります。なぜ、7カ年戦略より実質的に目標を切り下げたかの説明があるでしょう。7カ年戦略での目標値が高かったため、10カ年戦略では7カ年戦略の目標値とほぼ同じにしたというのであれば、実現できない原因の説明が必要ではないでしょうか。

患者・被害者にとっては目標値の実質的引き下げは死活問題です。

「10カ年戦略」の戦略目標

- ・ B型肝炎の治療成績（VR率）を現状の20～30%から40%まで改善
- ・ C型肝炎（1b型高ウイルス量）の治療成績（SVR率）を現状の50%から80%まで改善
- ・ 非代償性肝硬変の5年生存率を現状の25%からB型は50%、C型は35%まで改善
- ・ 進行肝がんの5年生存率を現状の25%から40%まで改善

以上

厚労省肝炎対策推進協議会御中

2012年6月29日  
日本肝臓病患者団体協議会  
常任幹事 大賀 和男

## 「国・自治体の肝炎対策の前進を願って」

### 【はじめに】

日本肝臓病患者団体協議会から新しく委員に就任しました九州肝臓友の会会長の大賀和男（福岡市在住）と申します。よろしくお願ひ致します。

現在66歳。毎日新聞に入社し警察担当記者として“夜討ち朝駆け”取材に駆け回っていた最中の1971年11月、25歳でB型肝炎を発症。40年余にわたり“一生の病”と付き合ってきています。2年間の入退院の繰り返し、泊まり勤務が出来る職場完全復帰まで7年。鍼灸、温灸、温冷灸、漢方薬、水行等々、さまざまな民間治療も試み地獄を見ましたが、幸い、クジ運よく抗体が出来、34年間の記者生活（社会部）を満期で終えることが出来ました。それでも定期的な血液・エコー検診は一生、続きます。

1980年1月、福岡市で私が初代会長として患者会を立ち上げ、今年32年になります。現在は6年前から3度目の会長を務めているところです。その後九州各県の患者さんも入会され「九州肝臓友の会」という名で活動しております。会員は200余人。元日本肝臓学会理事長の谷川久一・久留米大医学部名誉教授、佐田通夫・久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門教授、向坂彰太郎・福岡大学医学部消化器内科主任教授ら顧問の先生方による医療講演・相談会（年2回開催）を中心に活動を続けております。

以下、肝炎対策に対する私の個人的意見（お願ひ）を述べさせていただきます。

### 【患者にとって「肝炎対策基本法」の意義——「国の肝炎対策元年」】

九州肝臓友の会では肝炎対策基本法が施行された2010年を「国の肝炎対策元年」と位置付けし、今後の肝炎対策の充実に大いに期待しています。

会発足時から日肝協に加入していた私たちは、30年以上にわたって国・厚労省に肝炎対策の充実に訴え続けてきました。その間、B型肝炎・母子感染を防ぐためのワクチン、インターフェロン、核酸アナログ製剤、ガン再発抑制薬の開発等々、新薬開発はめざましいものがありました。治療法も静脈瘤への治療、エタノール注入、ラジオ波焼灼療法、塞栓術、抗がん剤治療等々の進展で、肝臓病患者の多くの命が救われています。

しかし、患者個人への“応援”（治療費助成）要請については声がなかなか届きませんでした。そんな中、肝炎対策基本法の成立は、私たち肝炎患者が長年、要望し続けてきた声が届いたことを意味しました。「遂に山が動いた、国が動いた」——と、感動的な出来事でした。私たち九州肝臓友の会は、福岡県や政令市の福岡市と北九州市、中核都市の久留米市、肝炎専門の医療機関等々とこれまで以上に連絡を取り、地方での肝炎対策の充実に向けて努力しているところです。

国においても、苦しい財政事情の中で予算を確保（増額）され、新しい対策や事業に着

手されていることに心より感謝申し上げます。

### 【肝臓病と他の病気・障害との違いについて訴えたいこと】

肝硬変・肝臓がん患者等への治療費助成や身障手帳交付基準の緩和等、日肝協の要望に対して「他のがん患者、障がい者とのバランスを考慮する必要がある」との理由で、なかなか実現しそうでない状況にあります。

しかし、考えて欲しいのです。肝臓病はご存知のように、一部でB型肝炎のように性感染もありますが、B型もC型もそのほとんどが何らかの医療行為で感染した「医原病」なのです。この意味を今一度、考えて欲しいのです。薬害C型肝炎や予防接種によるB型肝炎等、製薬会社や医療行政が原因で感染が拡大していった経緯もあります。

福岡県南部の市町村では、ある特定の医療機関（開業医）周辺で驚くほどの率で感染者（B型、C型）が出ています。それも複数の医療機関です。すでに何人もの人たちが肝臓がんで亡くなっています。新聞記事にしたくても、その地域の人たちが差別を受ける恐れがあるため書けないのです。間違いなく、医療機関での注射器使い回しが原因とみられる犠牲者ですが、何の行政的支援を受けることなく亡くなっておられます。

「医原病である肝臓病と他の疾病は、その原因において基本的に違う」という視点に立ち、有効な対策を講じていくよう強く願うものです。

### 【治療費助成、身障手帳交付、核酸アナログ製剤への助成制度等について】

治療費助成につきましては、インターフェロン治療や核酸アナログ製剤への助成が行われていて、これにつきましては感謝申し上げます。

日肝協からこれまで繰り返し、『治療費助成』のお願いをして参りましたが、私個人として、がん患者に限ってでもいいから、治療費の一部で結構ですので助成していただけないか、と希望しております。肝臓がんは、一度がんが出始めるともう亡くなるまで何度でも再発して、治療を繰り返すこととなります。多額の治療費と先行き見えない再発の繰り返しで、患者本人も家族も心身ともにへとへとになっていかれます。メンタルサポートの必要性和金銭的応援の緊急性を思い知らされています。

『身障手帳の交付基準』について厚労省から「身体障害者福祉法は障害が永続しかつ日常生活が著しい制限がある方を認定することになっており、肝機能障害の認定もこの考え方で認定基準を設定した。他の障害とのバランスも踏まえた」との説明があっているようですが、果たしてこれが合理的説明なのか疑問に思うのです。

前に述べましたように、肝臓病が他の病気や障害と違い「医原病」であることを考慮して欲しいのです。身障手帳の交付基準に関しましては、私が記者時代、医療・福祉担当をしている時からなはだ疑問に感じてきたことです。

重症肝硬変や末期の肝臓がん患者と例えば全国30万人いるといわれる透析患者の日常生活を比較してみたら一目瞭然ではないでしょうか。食事上の制限や長期透析による合併

症等がありますが、透析技術の発達に伴い、「透析30年」の患者は珍しくありません。

一方、肝臓病患者は腹水がたまり、黄だんも消えなくなり、肝性脳症状態であっても主治医から「今の症状では点数が足りない。申請しても無理」と門前払いされているのが現状です。ほぼ正常な日常生活を送れている肝移植患者は1級が認められています。

透析患者や肝移植者への手帳交付をやめなさい、と言っているのではありません。がん治療を何度も繰り返し、いつまでもつかわからない状態にある末期の肝硬変・肝がん患者の目には、現状が「世の不条理・不平等」として映るのです。

2010年10月、65歳で亡くなった男性患者（C型肝炎）は何度か申請しようとしたが「基準に達しない」と主治医に断られ、症状がいよいよ進んで手帳が交付されたのは亡くなる10日前。奥様は「主人と500円で治療を受けられるようになったと喜んでいたので、10日後に亡くなりました。待ち望んで手にした手帳を一度も使えず、本人もどんなに悔しいことでしょう」（何故500円なのかは不詳）と話されています。

是非とも基準を緩和して欲しいと願っております。

『核酸アナログ製剤への助成制度』についても素朴な疑問を感じているところです。現在、エンテカビル（バラクルード）が一番優れているといわれていますが、ご存知のように月額1万円には満たない医療費です。ほとんどの患者が助成対象から外れるとわかりながら、どうしてこんな助成制度が決められたのか理解に苦しむのです。月額7万円ほどの治療費が必要なインターフェロン治療費の助成制度と同じにするのは、無理があるのではないのでしょうか。私の認識違いなのでしょうか。

### 【今後への期待】

2010年施行の肝炎対策基本法、それに続く2011年5月の基本指針の策定で、わが国の肝炎対策はかつてない充実した時期を迎えています。国の肝炎対策を担っておられる厚労省担当者の皆様、肝炎治療の最前線に立たれている医療現場の先生方、患者、諸団体の代表者の皆様がこのようにこの肝炎対策推進協議会のテーブルに着いて意見交換する姿は、一昔前は夢のまた夢でした。30年以上にわたり、肝臓病患者の声を出し続けてきた身として責任の重大さを改めて認識させられているところです。

わが国の肝炎対策と治療技術・治療薬開発等が大きく前進しつつある今、患者たちの期待はかつてない高まりを見せています。ただ、患者は高齢化と重症化が進み、対策を急ぐ必要があります。

インターフェロン治療の3剤併用療法に続き、C型肝炎ウイルスへの内服新薬が間もなく出てくると聞いています。B型肝炎の新薬開発のため28億円の予算が計上されました。私たちは「全ての要求項目をすぐにやって欲しい」と言っているのではありません。この協議会で「何が求められ、何が必要か」を討議し、順序を決めて「やれる対策から着実に実施に移して行く」ことを、心より願っています。 (終わり)

# 肝炎対策推進協議会委員への就任にあたっての意見の骨子

平成24年6月26日  
全国B型肝炎訴訟  
原告団

清 本 太 一

## 1 予防接種の注射器連続使用によるB型肝炎ウイルス感染被害者としての経験と思い

僕がB型肝炎に感染している事を知った切っ掛けは、17年前、18歳の時に行った献血で判明しました。

今まで、厚労省では、B型肝炎は性交渉の他、ピアス、イレズミ、薬物乱用など、様々な負のイメージを伴う感染経路を主としての広報をしており、僕自身は、そういった心当たりがあるはずもないので、感染経路が分からず、不気味な病気に感染してしまったと、不安な日々を過ごしておりました。

平成18年に最高裁判決で、集団予防接種の際に使い回された注射器により、B型肝炎に感染したと、5人の原告が勝訴した報道を知り、僕自身の感染も予防接種だろうと、

感染経路が分かっただけでも、感染者として安堵したことを覚えています。

そして、今回のB型肝炎訴訟により、全国に100万人程度いるB型肝炎患者の内、

43万人もの感染経路が予防接種である事が明らかにされました。

自分自身の感染を知ってから17年間、国は集団予防接種が感染経路である事を隠蔽してきました。

それにより、主な感染経路が、ピアス、イレズミ、薬物乱用などであると、国民に誤解が生じ、不当な差別や偏見を助長する結果になってしまっています。不当な差別や偏見を亡くす為にも、予防接種が一番の感染原因であった事をしっかりと国民に周知させてください。

## 2 基本法前文にある国の責任に基づいた疾病対策支援のあり方について

43 万人もの B 型肝炎患者が予防接種で感染したと明らかになりました。幼少時に感染した場合、キャリア化するという B 型肝炎の病質上、裁判上で注射器の使い回しを立証する事ができましたが、43 万人もの感染者がいるのであれば、C 型肝炎も感染が蔓延した可能性は充分にあります。

患者の個々に対する責任ではなく、肝炎ウイルスが集団予防接種により、劇的に広まってしまった。

社会的責任の取り方として、肝炎患者が医療費に苦しむ事がない、医療費支援制度、生活支援制度を協議できればと思います。

個人的な想いとしては、現在、娘二人がおります。

僕自身が健康で天寿を全うできるのであれば自らで見守って行けますが、それが叶わなかった時に、僕は、「娘は日本という国にいるから安心して天国へ行ける」そう思いたいのです。

国の過ちにより、国民に健康被害が生じた際、きちんと責任に応じた被害者への補償が必要です。僕にとっては、まだ見ぬ孫や、ひ孫が国から何か被害を被った際でも安心して暮らせていける国。50 年後、100 年後がより良い日本になっている為に、この委員会において、国の責任に基づいたより良い補償制度のあり方について、しっかりと議論が出来れば幸甚です。

### 3 病態そのものに対する医療支援について

僕自身、肝硬変である事は 5 年前に判明しました。

会社で受けていた健康診断では問題が無かったので、肝硬変であることをいきなり宣告された時は、「ああこの病気で僕は死ぬのだなと」30 歳ながらに絶望しました。

直ぐさまバラクルードの服用が始まりました。

服用するにあたり、子供が作れなくなる事と、高価な薬である事が指摘されましたが、

娘を二人、授かっており、その点に関しては障害にはなりませんでした。

そして、高価な薬である点に関しても、北海道には肝炎患者に対する独自の『ウイルス性肝炎進行防止対策』という制度があり、薬代は無料でしたので、この点に関しても迷うことなく治療に踏み切る事が出来ました。

その後、国の方でも抗ウイルス薬療法に対する支援制度が出来ましたが、そのせいで、北海道の助成制度は使い勝手が悪くなり、改悪されてしまいました。

北海道独自の対策「ウイルス性肝炎進行防止対策」という制度は、これは患者

の病態に対する肝炎対策なので、治療方法を選びません。様々な治療法に対応できました。

しかし、国が行っているインターフェロン・核酸アナログ製剤の助成制度は、治療方法に限定した制度なので、新たに保険適用された治療方法も即座に助成対象にして頂いていますが、回数制限や実験的な減薬なども実行できず、今後、ウイルス性肝炎の新たな治療法が出来た時にも、議論が必要になったりと、即座に対応出来るとも限らず、やはり治療方法に限定した制度ではなく、ウイルス性肝炎患者、そのものに対する助成制度が必要です。

以 上



私は愛媛県の肝炎対策推進協議会に参加していますが、肝炎ネットワークは充実し、中間病院を中心に年2回勉強会を開催していますがまだまだ専門医の研修充実は出来ていません。

◎専門医もですがかかりつけ医はもっと研修できていないと思いますので、今後も重ねて各県に呼びかけをしていただきたいと思います。

また相談センターも2カ所のみです。(愛媛県)

◎各県せめて各市町村別ぐらいにあればいいと思いますのでこれも呼びかけをお願いします。または主な協力病院でも良いと思います。

ウイルス検査数及び検査率把握は今後してゆくとのことでした。(愛媛県)

◎現在は匿名で検査している人もいるし、検査で陽性になってもあまり急を要しない人がいるのかずっと診察に来ていなくて悪くなってから来るようですのでウイルス検査は肝がん予防のためと言うことで宣伝すればいいと思います。スローガンも含めて今後もうずっと検査数や検査率の公表を促進し、検査率も上げるよう重ねて要望していただきたい。

他の県も電話で問い合わせましたが、肝炎対策推進会議は年1回のところが非常に多いですね。

それと患者を委員に入れていないところも多く、1名のところが多いです。和歌山県や奈良県では肝炎対策推進計画も作成してなく、肝炎対策推進協議会も非公開です。患者も委員に入れていません。

◎癌対策推進協議会では治療と仕事の両立の必要性を呼びかけていますが、IFN治療も同じように治療のために退職するのでは意味がないと思います。私も治療と仕事は大変でしたので、時短勤務とか手当も入れた雇用体制をしていただきたいと思います。

◎治療と就労の両立に配慮

肝炎患者が働きながら治療や療養できる環境の整備、さらに家族の治療中でも働き続けられるような配慮に努めることが望ましい。

今までは拠点病院自身が経費を出しているいろいろな策を練っていたようなので今後は打ち上げ花火のように単発になるのではなく、持続性のある対策にしていきたいと思います。

◎患者会など患者を各県肝炎対策推進協議会委員に入れるようにも呼びかけていただきたいと思います。

武田 せい子