

日本患者・家族団体協議会

10月
1995

SSKO

の 仲間 No.50

〒171 東京都豊島区目白2-38-2
紫山会ビル4F
☎03(3985)7591 / FAX03(3985)7598
購読料1部300円(年間1,500円送料込)



安心して暮らせる 介護システムに向けて

厚生省に老健審中間報告の施策説明求める

JPC常任幹事は9月25日、厚生省を訪れ、7月に発表された老人保健福祉審議会の「新たな高齢者介護システムの確立についての中間報告」について施策説明を要請しました。

申し入れに厚生省高齢者介護対策本部・高橋主査が応じ、JPCからは常任幹事ら10人が参加、「新

たな高齢者介護システム」の①現状と問題点、②基本的な考え方、③今後の主な論点について説明を受けました。

このなかで担当官は、審議会のピッチを早め、年内にも最終報告をまとめて厚生大臣に提出する意向で、来年の通常国会に提案し、97年からの実施を目指していることを説明しました。

しかし、高齢者介護システムがなぜ公費方式ではなく、社会保険方式にしなければならないかの説明は十分とは言えず、これまで公費でまかなわれていた措置制度を廃止し保険に置き換える問題、現在も150万人いると言われている無年金者と同様に介護保険化により無保険者をだす恐れがあるのではないかと、高齢者をはじめ多くの国民への経済的負担、若年層との整合性の問題、介護サービスの質・

量の不足、保険あって介護なしが起きないか、また地域間格差が顕在化しないか、年齢による線引きをどうするのか、など多くの問題について明確な説明を受けることはできませんでした。

時を同じくしてされた医療保険審議会の「中間まとめ」も新たな高齢者介護システムを前提にした論議を行い、「新介護システムが高齢者の介護を主たるニーズとして長期に一般病院等に入院しているケースの適切な解決が図れるような形で創設されるのであれば、医療保険制度の適正な運営にも資することになるので、その創設の持つ意義は、医療保険制度の側からも大きいものがある」と言っています。

年内にも予想される最終報告をまつ必要がありますが、JPCは「高齢者新介護システムの中間報告」および「医保審の中間まとめ」が、ともに患者、家族の療養生活上重要な問題としてとらえ、10月15、16日に行われる第12回幹事会で十分に討議し、今後の運動方針を決めることにしています。

老健審報告を讀むに
医保審報告をあたって

解決すべき
たくさん問題

7月から8月にかけて、三つの審議会が相次いで「勧告」や「中間報告」、「中間まとめ」を出しました。

7月4日、社会保障制度審議会が「社会保険方式による介護保険制度の創設」などの勧告をしました。

同26日に、老人保健福祉審議会が「適切な公費負担を組み入れた高齢者介護システムを具体的に検討すべきだ」との中間報告を出しました。

8月4日には、医療保険審議会が「保険料の引き上げ、給付の範囲の見直しや患者負担のあり方について検討する必要」とする中間まとめを発表しました。

発表した中間報告と中間まとめは、明確な方向付けを避けていますが、厚生省は、来年の通常国会で老人保健制度と医療保険制度の「改正」をはかり、97年4月の消費税率の引き上げと同時に、公的介護保険を発足

させようとしています。

家族などの犠牲の上に成り立っている介護の現状からすれば、公的介護の拡充は歓迎されるべきものですが、報告された介護保険の問題点は、第一に、措置制度の廃止と保険への置き換えです。これまで公費で賄われていた特養ホームの措置費やホームヘルパーの費用を介護保険に置き換えるというものです。

第二に、介護保険化によって、150万人といわれる無年金者や月3万円

2

以下の年金しかない約600万といわれる人々などは保険料が払えず、介護システムから排除されることになる危険性があります。

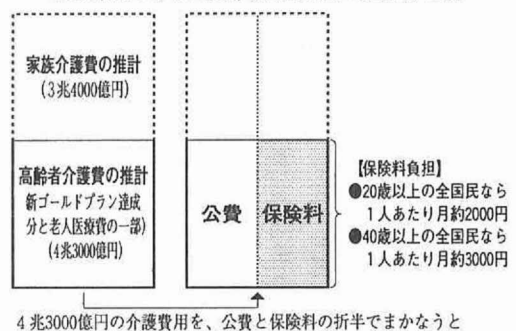
第三に、高齢者をはじめ多くの国民への負担強化です。高齢者は「自立」した「被保険者」として医療保険料も介護保険料も徴収され、病院の窓口では定率負担となり、介護サービスを利用すれば、その内容によっては月額6万円以上の利用料を払わねばなりません。その上、介護保険への公費財源にするのだからと消費税率が引き上げられます。しかも、介護保険料は均等割となる可能性が強く、いわば、福祉目的税のようなものとなり、高齢化の進行とともに半ば自動的な保険料の引き上げとなっていく可能性があります。

第四に、保険あつて介護サービスなしという事態が生じる可能性があることです。「公的介護保険のカバー範囲は、医療保険以上に限定的なものになる」と、厚生省担当者が公言しています。

また、介護保険の適用される範囲は65歳以上と限られており、難病や慢性疾患で介護が必要な患者には適用されない恐れがあります。

このように、介護保険の導入は、今最も困っている要介護者を抱えた

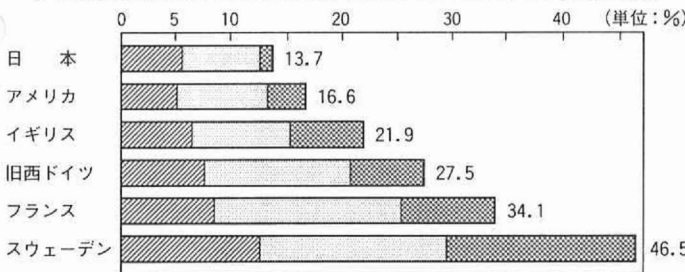
2000年度における高齢者介護費用の推計(厚生省)



所得の少ない人々にとつて、これまでわずかに保障されていた訪問看護やホームヘルパーの派遣さえ、保険料と利用料が払えなければ打ち切られるという事態を招きかねません。そのような事態が現実化するならば介護保険は、国民への経済的負担強化そのものであり、何ら「介護」を拡充するものとは言えません。

医療保険制度「改正」は、83年からの臨調・行革路線により国民医療費の伸び(平均5・1%)は、国民所得の伸び(平均5・7%)以下に押え込まれてきました。しかし91年以降は、バブル崩壊、長期不況のために国民医療費の伸びが国民所得の伸びを上回る状況が続いています。

社会保障給付費(対国民所得比)の国際比較 (1990年度) (単位:%)



※ 医療、年金、その他(福祉等)
※ (出所) 94年度「社会保障統計年報」

医療保険制度の改悪の推移

	老人医療	健 保	国 保
82年	無料化を廃止し有料化に（定額負担） 負担額を値上げ 負担額を値上げ 給食費を上乗せ負担	本人10割給付を崩し1割負担を導入 国庫負担率引き下げ 入院給食費有料化、付添看護制度を廃止	国庫負担率を医療費の45%→38.5%に削減 滞納者の保険証取上げ 低所得者の国庫負担減（同左） 低所得者の保険料増へ
84年			
86年			
91年			
92年			
93年	本人2割負担、お年寄りも保険料負担	お年寄りの保険料値上げ	
94年			
95年	定額負担から定率負担にして値上げ		
予定される改悪			

※時期はいずれも法律の成立年であり、実施年と異なる場合があります

国民所得が伸びないため健保の収入も伸び悩み、さらに政府が政管健保への国庫負担を減らし、老人保健制度への健康保険からの拠出金をふやさせたために組合健保などの財政も悪化しています。

こうした事態を国民への負担を強化することによって抜本的に切り抜くというのが医療保険制度改悪

のねらいです。

問題点として、「自立」と「世帯単位から個人単位へ」の名目で国民すべてを「独立した被保険者」ととらえ、保険料を徴収するものです。

これまで被扶養者として保険料の必要がなかった低所得者（年収百八十万円以下）、百七十五万円未満の年金受給者、パートなどの年間収入が百三十万円未満の配偶者や子どもからも国保の場合と同程度の額を徴収します。

第二に、保険給付の見直しです。①健保本人の給付を現在の9割から8割に引き下げる。②老人の窓口負担を現在の定額制（入院医療1日七百円＋入院給食1日六百円、外来1月十千円）から定率制にする。③外来の薬剤、診療材料などを保険からはずし、特定療養費制度を拡大して保険給付を限定する。④介護保険の導入によって長期入院、訪問看護ステーションなどの部分を医療保険からはずす、というものです。

厚生省は、患者に経済的負担を強いる医療保険制度改悪を行おうとしています。

社会保険 介護保険を提唱

老人保険福祉審議会中間報告抜すい

老人保健福祉審議会は7月26日、「新たな高齢者介護システムの確立について」と題する中間報告をまとめ厚生大臣に提出しました。同審議会は、高齢者介護について社会保険方式を取り入れることを具体的に検討すべきだとの新介護システムを提起しています。

現状と問題点

高齢者介護をめぐる問題

高齢者介護の問題は、国民誰にでも起こり得る問題として、老後生活の大きな不安要因となっている。今日、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化や要介護状態の重度化、介護者の高齢化が進んでいる。

長寿化の一層の進展、家族形態の変化や女性就労の増加により、今後ますます深刻化することが予想される。したがって、介護を要する高齢者やその家族に対し適切な社会的支援を行うシステムの確立が急務となっている。

新たな高齢者介護システムの必要性

高齢者介護については、これまで福祉及び医療制度において、それぞれ別々に介護サービスが提供されてきたが、利用者本位のサービス提供という面で問題が生じている。

第一には、利用者である高齢者本人やその家族にとつて、現在の仕組みでは介護サービスが利用しにくいことがあげられる。

公費を財源とする福祉の措置制度は、利用者自らによるサービス選択がしにくいという制度上の制約や、所得調査等がありサービス利用に心理的抵抗感が伴うといった問題が見られる。

一方、医療保険の枠組みの中では、高齢者に対するケアや生活環境などの面での対応に限界がある。

第二に、高齢者が利用できる介護サービスが量的にも質的にも不十分であることがあげられる。

このような問題を解決するためには、高齢者の介護が福祉と医療に分

かれている現行制度を再編成し、新たな高齢者介護システムを確立することが必要である。

基本的な考え方

高齢者介護の基本理念

高齢者が長くなった老後期間を、心身の健康を維持しつつ、また、介護を必要とする状態となっても、尊厳と生きがいを持って送ることができるとような長寿社会の実現が求められている。

- ①在宅介護の重視および介護サービスの基盤整備による、高齢者介護に対する社会的支援体制の整備
- ②総合的、一体的なサービスおよび高齢者自身による選択、支援体制の確立による、利用者本位のサービス体系の確立
- ③高齢者および現役世代による社会連帯による介護費用の確保

今後の方向

高齢者介護サービスは福祉(公費方式)と医療(社会保険方式)の異なる制度の下で提供されているが、こうした状況を基本的に見直し、同一の財政方式の下で総合的・一体的な介護サービスが提供される新たな高齢者介護システムを創設していくことが必要である。

社会保険方式は、わが国社会保障制度の中核をなすものとして、医療や年金の分野において大きな成果をあげてきた。公費方式に比べ、利用者によるサービスの選択の保障やサービス受給の権利性の確保という点で優れた制度である。さらに、負担と給付の対応関係が明確であり、負担に対する国民の理解を得やすいといった意義がある。

今後、新たな高齢者介護システムとして、適切な公費負担を組み入れた社会保険方式によるシステムについて、具体的な検討を進めていくことが適当である。

今後の主な論点

高齢者介護サービスのあり方に関しては、今後特に重要な検討課題として

- ①新たな高齢者介護システムにおいてカバリーすべき介護サービスの範囲
- ・水準及びサービス体系のあり方を具体的にどう考えるべきか。また、新ゴールドプランに示された内容・目標水準の見直しも含め、どのような対応を行っていくのか。
- ②介護サービスの利用方法、要介護の認定方法や介護支援体制については、具体的にどのようなものが考え

られるか。

- ③家族が介護を行う場合の評価をどう考えるべきか。
- ④新たな高齢者介護システムの対象とするサービス分野と他制度との役割分担をどう考えるべきか。

社会保険方式について、問題点を含め具体的な検討を進めていくことが適当である。

- ①被保険者、受給者をどう考えるか。
- ②保険料の設定方法。水準をどう考えるか。
- ③保険者・事業実施主体についてどう考えるか。
- ④公費(国、地方公共団体、事業主負担)についてどう考えるか。
- ⑤利用者の負担についてどう考えるか。

- ⑥民間保険との関連についてどう考えるか。
- ⑦高齢者介護と医療保険、老人保健制度等との関連についてどう考えるか。

新たな高齢者介護システムの導入に当たっては、介護サービスを担う施設の整備の促進や人材の養成・確保、資質の向上が不可欠であり、今後、この点についても、あわせて具体的な検討が必要である。

高齢者介護問題は、21世紀の超高齢社会を目前に控えたわが国において、最も重要でかつ解決が急がれる問題である。今回の中間報告によって、この問題に関する国民各層の理解が深まり、広範な議論が進められることを期待する。

介護を医療から分離

健保「見直し」提言

医療保険審議会中間まとめ抜粋

医療保険審議会は8月4日、「検討項目Ⅲ、Ⅳ、Ⅴを中心としたこれまでの検討内容」とする中間取りまとめを厚生大臣に提出しました。同審議会は、高齢者医療の介護を医療保険から分離、除外し、老人保健制度の患者負担については「応分の負担を求める」などとしています。

経済基調の変化

国民医療費、老人医療費の適正化
高齢化の進行に伴い、老人医療費

を中心として国民医療費が増嵩し、国民経済が低成長のまま推移するとすれば、国民医療費は国民所得の伸びを上回って伸びていくことが予想される。このため、老人医療費をはじめとする国民医療費の伸びをどの程度のものにとどめるかについて議論を深めていくことが必要である。

従来からの医療費適正化対策を一層推進するとともに、効率的な医療を確保するための診療報酬における対応や患者負担のあり方も検討する必要がある。

国民医療費の負担

国民医療費の財源は保険料・公費負担・患者負担により構成されていることから、①保険料の引上げ、②国や地方公共団体の負担の引上げ、③給付の範囲の見直しや患者負担のあり方について総合的に検討する必要がある。

当面の検討課題

介護システム創設との関連

現在、老人保健福祉審議会において、高齢者を対象とした新たな介護システム創設について検討が行われている。

新介護システムが、介護を主たるニーズとして長期に一般病院等に入

院しているケースの適切な解決が図れるような形で創設されるのであれば、疾病の治療を本来の目的とする医療保険制度の適正な運営にも資することとなるので、その創設の持つ意義は、医療保険制度の側からも大きいものがある。

なお、新介護システムによるサービスや費用負担等の具体的な内容については、老人保健福祉審議会の検討を待つ必要があるが、その検討状況を踏まえ、次のような点について検討を進めていく必要がある。

①新介護システムによるサービスと医療保険によるサービスとの間で適切な役割分担を図ること。

②新介護システムによる費用負担と医療保険による費用負担（患者負担及び保険料）との間でできるだけ整合性を図ること。

老人保健制度

見直しとの関連

老人医療費負担のあり方については、医療保険制度全体における公平の観点から、検討が加えられるべきである。

①高齢者世代と若年齢世代の間の負担の公平

老人医療費の相当部分は、現役の若年齢世代が負担しているが、その負担は年々高まっている。他方、高

齢者世帯の所得水準は個人差も大きいですが、平均で見ると若年齢世帯との間にあまり差がなく、資産保有状況も平均的には若年齢世帯を上回っている。

こうした点を踏まえ、患者負担や保険料負担における世代間の公平の観点から、高齢者の医療費については、受益に応じた負担を含め、高齢者に応分の負担を求めるという考え方についても検討が加えられる必要がある。

②保険料負担における

高齢者世代内の公平

高齢者の負担に関しては、国民健康保険においては全ての高齢者が一定の保険料負担をしている一方、現行の被用者保険において被扶養者は保険料賦課の対象となっていない。高齢者世代内の公平な負担という観点から、このような被扶養者の位置付けをどう考えていくのか検討する必要がある。

③若年齢世代内の負担の公平

産業・就業構造の変化に伴い、国民健康保険において高齢者の加入が増加する一方、被用者保険への移行により若年齢者の加入が減少していることを踏まえ、老人保健制度における若年齢世代内の負担の公平についても、検討が必要である。

高齢者の経済的地位は向上しているが、その負担を求めるとした場合においては、直ちに急激な負担増とならないような配慮も必要である。

給付のあり方

医療保険各制度を通ずる給付と負担のあり方については、総合的に検討していく必要がある。老人保健制度見直しとの関連で指摘した課題のほか、昭和59年改正法により本則上8割給付とされた被用者保険の本人給付率及び同法附則第63条の給付率の統一に関する問題についても、検討を行う必要がある。

その際、①適正な自己負担による患者のコスト意識の涵養、②給付の重要度や必要度に応じた負担のあり方及び③必要な受診が抑制されないことに留意する必要がある。

また、平成5年12月の建議において指摘したとおり、薬剤給付についての検討も必要である。

薬剤使用について種々の意見がある。今後、薬剤が有効かつ適切に使用されるよう、患者負担のあり方について検討する必要がある。

その際、中央社会保険医療協議会においても、薬価基準、診療報酬上の措置等について検討が進められており、同協議会とも連携を取りなが

ら、総合的な検討が行われる必要がある。

国民健康保険制度の改革

国民健康保険においては、低所得世帯が多いため、中間所得層に負担が偏り、その保険料負担は相当重くなっているのが実情である。

低所得者の多くは高齢者であるが、公的年金受給者に係る保険料算定上の特例をはじめとする控除によって保険料の賦課対象所得が低くなっていることも踏まえ、若年齢世代との負担の公平の観点から、国民健康保険制度内における負担の公平を図るべく、保険料負担のあり方について検討していく必要がある。

国民健康保険においては、地域間で保険料負担に放置できない格差も見受けられるので、不合理な格差については、その是正のための新たな方策について検討する必要がある。また、都道府県単位等広域的な単位での保険料負担のあり方についても検討する必要がある。

政府管掌健康保険の財政運営の見直し

政府管掌健康保険は、単年度収支では既に大幅な赤字基調となっており、これまで述べてきた課題についての検討と併せ、中期財政運営のあり方も含め、政府管掌健康保険独自の

の対応策についても、検討を行う必要がある。

その他

老人保健制度のあり方に密接にか

年内に数値目標決定へ

障害者保健福祉施策推進本部中間報告抜粋

かわる問題については、老人保健福祉審議会とも連携を取りながら検討を進めることとする。

また、この中間取りまとめにおいて検討の必要性を指摘した事項については、国民の選択にかかわるもの

現状と課題

ノーマライゼーションの理念が徐々に浸透する一方、地域における障害者支援のためのサービスは質量とも十分ではない。また、障害者基本法の理念等を踏まえながら、従来の障害種別の枠組みを超えた横断的・総合的な取組も必要となっている。

基本理念

ノーマライゼーションの理念の下、障害者が可能な限り家族や地域社会の中で生活できるようにしていくため、施策全体の見直しを行う。

慢性疾患の増加や高齢化で、医療との緊密な連携を持った福祉施策が

ますます重要となってきた。特に精神障害者については、保健医療と福祉両面にわたる総合的な施策の充実が必要である。

福祉八法改正、地域保健法の成立により市町村の役割が増すなど、保健福祉分野全体の市町村への権限一元化が進んでいる。このため、国及び都道府県の役割をも明確にしながら、市町村中心のサービス体系へと再編していく必要がある。

障害者基本法で規定された障害者計画の具体的な策定を進め、体系的な施策の整備を図る。

主な具体的方策

◎地域における生活支援
地域社会の中で障害者が自立的な

であり、本報告を契機に、医療保険制度の運営にかかわる関係者を含め、国民各層で広範な論議が行われることを期待する。

生活を送るためには、住居の確保、働く場や活動の場、社会参加の機会の確保とともに、入所型施設については、重度障害者の生活の場とともに、在宅サービスの拠点としての機能も充実させる。

①住まいの確保

住宅政策との連携を通じたバリアフリー型住宅等の普及推進を図る。グループホーム、福祉ホーム等の計画的整備。

②働く場ないし活動の場の確保

障害者雇用施策などとの連携を推進、授産施設やデイケアサービスセンター等の整備を推進する。小規模な作業所の運営の安定化を図る。

③介護等のサービスの充実

障害者の介護等のサービスについて、ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ、重度障害者の入所施設など、ニーズに的確に対応できるサービス提供体制を整備する。

障害者の介護サービスの質的向上を図るため、障害の程度に応じた適

切な介護等に関するガイドラインを策定する。

◎総合的な施策の展開

①総合的な相談・支援体制の整備
地域での総合的な相談・生活支援・情報提供機能をもつ拠点の整備を図り、専門スタッフの養成を図る。

②障害児療育体制の整備

地域における療育体制について提供システム、サービスの質の両面の充実を図る。

③精神障害者の

保健医療福祉施策の充実

社会復帰および自立と社会参加の促進のため、地域の保健福祉基盤の整備を図る。

④総合的なリハビリテーションの体制整備

相談・判定機能と施設機能、医療機能の統合連携を通じ、総合的なリハビリ体制整備を図る。

◎施策推進体制の見直し

①市町村中心のサービス体系

障害児・精神薄弱者施策における市町村の役割を強化することを検討する。精神障害者施策について、徐々に市町村の役割を強化する。同時に、広域性・専門性の高い分野は、今後とも都道府県や政令指定都市の事務として強化する。

②保健福祉資源の重層的整備

市町村域・複数市町村を含む広域的圏域・都道府県域の各圏域ごとの機能分担を明確にし、各種のサービスや施設を面的、計画的に整備することにより、重層的なネットワークを構築する。

③具体的目標の設定とその計画的推進

市町村障害者計画策定指針を通じ市町村における障害者計画策定の支援を行う。
今後の障害者施策の最大の課題は総合的施策の充実である。厚生省における施策推進体制の整備を図る。

◎基盤整備のための支援施策の推進

①福祉機器の開発・普及、情報化の推進、研究・開発等

科学技術の進歩およびその活用によって、障害者の生活を豊かにする可能性が広がっており、その視点から福祉機器の開発等に努める。

②マンパワーの養成・確保

専門スタッフ等の計画的要請・確保を図るとともに、リハビリテーションに係るマンパワーの量的・質的充実を図る。

③ボランティア活動等の振興

精神科ソーシャルワーカー等の資格制度のあり方について、検討を進める。

今後の障害者施策の展開は、公的施策のみを考えるだけでなく、ボランティア等の活動の振興方策について検討する。

◎個別の重要施策

①災害対策

災害時の障害者援護マニュアルの作成等を通じ、障害者に係る災害対策の強化を図る。

②所得保障

障害無年金の問題について年金制度の中で対応するか福祉的措置で対応するかを含め、幅広い観点から検討する。

③リハビリテーション医療等の充実のための方策

医療機関におけるリハビリテーション医療等の一層の充実のため方策について幅広く検討を行う。

④障害者スポーツの振興

リハビリの一環だけでなく、社会参加の促進からも各種スポーツ大会等の障害者スポーツの振興を図る。

⑤「精神薄弱」用語の見直し

保護者団体その他関係者の意見を踏まえつつ、「精神薄弱」に替わる用語について検討する。

⑥精神薄弱者・精神障害者の権利擁護

精神薄弱者の財産管理のあり方、精神障害者の権利擁護制度や欠格条

項の見直しを検討する。

⑦難病を有する者への対応

難病患者に対する福祉施策に関して、生活阻害の程度に着目した総合的な難病保健医療福祉サービスの提供が行われるよう引き続き幅広く検討を行う必要がある。

⑧障害者施策に関する国際交流・国際協力の促進

「アジア太平洋障害者の10年」の趣旨を踏まえ、アジア諸国との連携を深める。

資金造成担当者

研修会開催

9月23、24日、東京・都市センターで資金造成活動担当者研修会が行われました。研修会には9道府県、2業者が参加し、経験交流や業者との意見交換を行いました。

JPCに結果して資金造成活動を行っている団体は現在18道府県です。この取り組みは各団体の貴重な活動資金となるだけでなく、JPCの活動資金としても重要なものとなっております。研修会では活動の基本となる資金造成を各団体とも軽視する傾向があり、今後、加盟団体で積極的に取り組む体制作りの重要性を確認しました。

日本の医療・福祉と患者運動を考える

全国患者・家族集会'95 in さっぽろ

スケジュール決まる — みなさんのご参加を

◆日時 11月11日(土)・12日(日) ◆場所 グリーンホテル札幌

プログラム

第1日 <11月11日>

- 13:30 全体集会
- 14:45 講演「どうなる日本の医療と
介護保険制度」
講師：篠崎次男
(中央社協副会長)
- 16:15 公演 一人芝居「冬の銀河」
演者：茅野 明
- 18:00 交流会

第2日 <11月12日>

- 9:00 分科会
 - 第1分科会 「地域保健法と
難病対策」
 - 第2分科会 「医療保険制度と
公的介護保険制度」
 - 第3分科会 「全国組織を作ろう
疾病別交流会」
- 11:15 全体集会
- 12:00 閉会

一九七六年二月二十五日第三種郵便物認可
SSKO増刊通巻二二七五号(毎週月・火・木・金発行)
一九九五年十一月十一日発行

JPC 協力会員募集

JPCを財政的に支える協力会員、今年度目標は1000口。輪を大きく広げてください。加入をお待ちしています。

特典：海外研修派遣
(全国交流集会で抽選)

機関紙
「JPCの仲間」

会費：年間1口
3000円(何口でも可)
申込：各加盟団体または
JPC事務局
郵便振替00150-5-90655
JPC事業部

国会請願署名始まる みなさんのご協力を

毎年実施している第10次国会請願署名運動が今年も始まります。

この請願署名は、入院であれ在宅であれ患者の希望に応じて、安心して医療を受け、毎日を生き甲斐をもつて過ごすことができるよう、総合的な難病対策の早期確立を強く要望し、請願事項の実現を目指すものです。今年の署名は、再び衆参両院での採択をめざし、目標署名数を百万人と設定しました。皆様の昨年度を上回る運動をお願いします。

なお、請願署名は、来年3月末日までにJPC事務局へご返送ください。請願署名提出日は来年6月3日を予定しています。

JPC財政支援 カンパ寄せられる 高知県筋力症友の会

筋無力症友の会高知連絡会より10万円の寄付をいただきました。

同会は昨年4月、長期の療養生活で経済的にも困っている難病患者やその家族を手助けしようとして「難病患者援助基金」を設立しました。

貴重な援助基金から、活動資金としてJPCの前進を願つてのものです。大切に使用させていただきます。



私たちの療養環境は冬の時代を迎えそうです。でもみんなの知恵を出し合い、豊かな医療と福祉実現に向かって歩んでいきましょう。

発行所 身体障害者団体定期刊行物協会
東京都世田谷区砧6-26-21 頒価三百円

目 次

- 安心して暮らせる介護システムに向けて 463
- 老健審・医保審報告を読むにあたって 464
- 介護保険を提唱 465
- 健保「見直し」提言 466
- 障害者保健福祉施策推進本部 中間報告 468
- 資金造成担当者研修会 469