

日本患者・家族団体協議会

SSKO

12月 1995 の 仲間 No.51

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



公的介護保障の拡充を希い 介護保険構想に反対

全国患者・家族集会札幌で開催

JPCの全国患者・家族集会が、道札幌市のグリーンホテルで開催
11月11日(土) 12日(日)、北海 されました。九州、四国をはじめ

21都道府県の患者、家族の代表約二百五十人が北の地に集いました。

いま私たちの前に提起されている問題として、国は本当に介護問題を真剣に考えているのか、要介護患者を抱えた家族が安心できる介護システムがつくられるようとしているのか、患者が必要となるときに必要な医療が受けら

れる医療保障制度が確立されるのか、について共に学びあい、互いの意見を交流しようとする期待が集会会場に満ちていました。

基調報告に続き、「どうなる日本の医療と介護保険制度」と題する中央社会保険推進協議会副会長の篠崎次男さんの記念講演、茅野明さんによる薬害エイズを訴える一人芝居「冬の銀河」が上演され、夕食を兼ねた懇親会と会場を移しての自由交流会と分刻みの盛沢山のスケジュールでした。

翌12日午前9時から再開された集会は、3分科会5会場に別れて分科会が行なわれました。引き続き行なわれた全体会で「集会アピール」を採択、また、現在政府がすすめている介護保険の創設には強い疑念と懸念を持たざるを得ない、私たちは国や自治体の責任による公的介護保障の充実を急ぐよう強く求める、とする「介護保険構想に関する特別アピール」を採択しました。

2日間にわたる集会は大きな成果をあげ、これからの運動への確信を得るものとなりました。

豊かな医療・福祉を求め 学習・交流の2日間

全国から250人が参加

日本の医療・福祉と患者運動を考
える全国患者・家族集会は、「今年
は山積する課題をかかえた中での集
会です。難病対策の見直し、医療保
険制度の改悪、また社会保障制度の
根幹にかかわる問題として、介護保
険制度の創設という、国民に一期
待をもたせる課題が持ち出されてき
ています。これらの課題を全国の皆
さんとともに真剣に学習し、討議を
重ね、集会を成功させることが、こ
れからの医療・福祉の拡充への大事
な問題だと言えるのではないでしょ
うか。お互いに励ましあい、学びあ
い、行動に結びつく集会にしたいと
考えています」との、伊藤代表幹事



伊藤代表幹事をつとめるあいさつ



資料を前にして熱心に耳を傾ける

のあいさつで幕をあげました。

来賓のあいさつにつづき、基調報
告(別掲)に立った小林事務局長は、
最後に「この集会のもつ意味は大き
く、厚生省も注目しています。ここ
に参加されたみなさんと学習し、患
者・家族の要求にそった運動をす
めていくことを確認しあいましよ
う」と、報告しました。

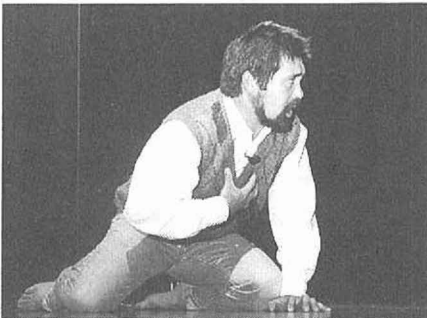
つづいて、篠崎次男氏から「どう
なる日本の医療と介護保険制度」と

2

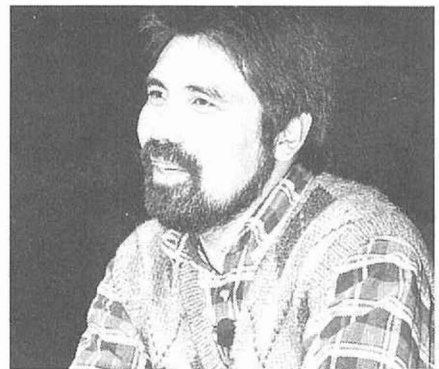
題する記念講演をしていただきまし
た(講演要旨は8〜9面)。

篠崎氏は、社会保障・医療・福祉
の制度改悪の動きは、臨調行革路線
による一貫した流れのひとつであり、
国民に「自助努力」と「相互扶
助」を押しつけ、憲法第25条で義務
づけられている国の公的保障を縮小
・放棄しようとしている、それが今
の状況ではないかと言えます。

私たちの社会保障や健康にとつて
一つの大きな節目となるのが「平成
9年度」と言われています。年金の
一元化、医療保険制度の一元化、社
会保険方式による介護保険制度と相
次ぐ制度「改正」が予定されていま
す。「平成9年度」は集中豪雨にな
りそうです、と国の医療・福祉の状
況についての分かりやすい、明確な



茅野さん熱演する「冬の銀河」



論理での講演がありました。

会場を移して、大分県からこの集
会のために来道された茅野明さんに
よる一人芝居「冬の銀河」の公演が
ありました。

この公演には、葉害エイズ裁判の
原告人であり、原作者の草伏村生氏
も病をおして駆けつけました。魂を
ゆさぶるような茅野氏の熱演、上演
後、自らの半生を静かに語る草伏氏
のあいさつは、葉害訴訟の理解を深
め、大きな感動を与えました。

翌12日午前9時から3つのテー
マ別による分科会が行なわれました。
第1分科会は、助言者に地元早来町
の石城赫子保健婦さんと伊藤代表幹
事を迎え、「地域保健法と難病対策」
をテーマに、第2分科会は、助言者
に厚別特別養護老人ホームの医師・



夕食をとりながら交流の輪

川島亮平施設長代理と小林事務局長を迎え、「医療保険制度と公的介護保険制度」をテーマに、第3分科会は、「全国組織を作ろう疾病別交流」を主テーマに、潰瘍性大腸炎・クローン病部会、後縦靱帯骨化症部会、個人参加・稀少難病の会部会と3つの部会に別れて行われました。それぞれの会場では助言者とともに質疑や意見交換、経験交流が活発に行なわれました。

集会最後の全体会では、日本の医療や福祉の制度改悪で難病患者にとって凍えそうなほどの厳しい「冬の時代」が訪れようとしています。「人間の尊厳、命が大切にされる社会」への取り組みをめざし、全国の患者・家族がいつその団結を深め、さ

らに運動をすすめますよう、とする「全国患者・家族集会アピール」を採択し、つづいて、国の新たな介護保険構想に対して、当事者である患

者、家族としては初めて反対の意思表示をした「介護保険構想に関する特別アピール」を採択して全国患者・家族集会は、閉幕しました。

全国患者 家族集会 基調報告

要旨

この半年ほどの間に日本列島の南北で、家族が難病患者を殺害するという事件がづきましました。家族は介護に疲れ果てていました。いま、介護に疲れ家庭崩壊寸前のところで何とか踏み止どまっている家庭が全国的にますます増えています。介護問題は多くの国民の関心を集め強い要求になっていきます。こうした国民の要求を反映してか、厚生省はいま新たな介護保障システムを検討しています。

す。しかし憲法25条では「すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と、社会保障は国民の権利であり、国にとっては義務であるとはつきり謳っています。

この夏、社会保障制度審議会、老人保健福祉審議会、医療保険審議会の勧告や中間報告が相次いで出されました。社会保障制度審議会の勧告では、社会保障の理念は「みんなのためにみんなのでつくり、みんなを支えていくものとして21世紀の社会連帯のあかし」であると規定していま

しかし、国は、「自助努力」「相互扶助」を優先し、不足の分を「公助」でまかなうことを方針にして、諸制度「改正」の中で国の責任を次々と後退させてきました。国民の負担を強化する一方で、社会保障、社会福祉の国庫負担を年々引き下げ地方自治体に肩代わりさせています。

この勧告を受け、老人保健福祉審議会の中間報告は、社会保険方式による公的介護保障制度の創設を提言しています。現状の福祉サービス制度の不備や不十分さを否定的側面として強調し、だから「新たな高齢者

第三に、保険制度である以上保険から落ちこぼれる人が必ず出ることです。さまざまな理由で保険料を支払えない人、保険料を支払わない人が出てきます。生涯にわたって保険料を払い続けることは、多くの人にとってそれほど簡単なことではありません。こうした無保険者を生み出す



基調報告をする小林事務局長

介護システムを確立」するという結論を導き出しています。

私たちは以下の理由で、この新たな介護保険構想には反対します。

第一の理由は、何よりも社会保障における国や地方自治体の責任を大幅に軽減させることです。国の責任を社会保障制度に相互扶助制度にすりかえるごまかしがあります。

第二に、「保険あって介護なし」となるおそれのある保険制度には賛成できません。患者の強い介護保障要求に応えられない介護保険には反対です。



報告にメモをとりながらの参加者

可能性のある介護保険制度には賛成できません。

第四に、65歳未満の介護を必要とする障害者や難病患者、慢性疾患患者をはじめだす制度には賛成できません。

第五に、これ以上の負担強化には耐え切れません。保険料、利用料の負担は介護を必要とする患者や家族の負担能力の限界を超えています。

いま私たちに必要なのは、社会保険方式ではなく、租税を財源とした福祉施策としての介護保障体制を拡充することです。新ゴールド

プランを早期に達成し、さらに量の大幅な上積みを行なうとともに、その質も向上させることです。家族介護に依存するのではなく社会的な介護保障体制を強化し、また、病院から長期入院の患者を追い出すような仕組みを改め、十分な医療と看護が保障されるようにすることです。

医療保険審議会も中間取りまとめを発表しました。「給付と負担の公平」「医療費の規模及びその財源・負担のあり方」などを検討するといふものです。

老人保健の定額制をやめ、事実上の値上げに通じる定率負担にし、現在世帯単位である健康保険の保険料は家族個々の分も徴収し、現在9割の健保本人の給付率を8割にするということです。さらに、薬剤に対するコスト意識を喚起するため窓口立て替え払いである償還制度を導入しようとしています。

昨年、わずかな審議時間で保健所法が「改正」され地域保健法としてスタートしました。一部はすでに施行され、残りの部分も97年度から施行されます。この法律の施行により地域の難病対策にも新たな変化が生まれてきます。すでに一部地域では保健所主導の患者組織がつけられ、行政が行なう事業の一部として位置

4

付けられるようになりました。善意とはいえ保健婦によって行政的に組織された患者会は、私たちが目指す自主的な患者組織とは異なる体質をもち、諸制度の後退に意見を言う患者の目を逸らせてしまう可能性が極めて強いものです。また、保健所の統廃合がすすめられ、地域保健センターという小規模の出先機関に縮小されて難病患者との接点は狭いものになっていきます。

一方、私たちが長年国会に提出している「難病センターの設置」を含む請願が衆参両院で採択されたことで、私たちの長年の主張である「難病センター」の全国的な設置に明るい見通しが開けてきました。

国の難病対策はいま「見直し」期とされ、地域保健法の施行ともあわせて新たな転換期にあります。難病対策の見直しは、施策の後退とならないよう各団体の要望活動を強め、より一層の難病対策の前進を目指していきましょう。

国は「21世紀に向けて」という名目で社会保障・福祉・医療制度の舵をさらに大きく変えようとしています。こうしたとき最も直接的に影響を受ける私たち患者の声を社会に知らせていくことが重要です。

健康に生きる権利は何人も侵すこ

とのできないものであること、社会保障は権利であること、国や地方自治体にはそれを保障する義務・責任があることをあらためて確認し、患者・家族の要求を全面に押し出して運動をすすめていくことを全国患者・家族集会の場でみんなで確認し合いまししょう。

来賓・祝電・メッセージ

敬称略・順不同

北海道知事・堀達也／札幌市長・柱信雄／衆議院議員・渡辺省一／衆議院議員・武部勤／衆議院議員・佐藤静雄／衆議院議員・北村直人／衆議院議員・荒井聰／衆議院議員・高橋辰夫／衆議院議員・中川昭一／衆議院議員・鈴木宗男／参議院議員・風間昶／参議院議員・中尾則幸／参議院議員・加藤修一／医労連中央執行委員・三浦保紀／衆議院議員・佐藤孝行／衆議院議員・鉢呂吉雄／参議院議員・菅野久光／衆議院議員・小平忠正／参議院議員・竹村泰子／衆議院議員・町村信孝／参議院議員・萱野茂／衆議院議員・鳩山由紀夫／衆議院議員・池端清一／埼玉県障害者団体協議会・森田かよ子／神奈川県難病団体連絡協議会・田口武恒／全日本民主医療機関連合会

全国患者・家族集会アピール

季節がまさに冬を迎えようとしているとき、私たち患者・家族は全国各地から札幌をめざし集いました。多くの仲間と、悩み悲しみ怒り、そして希望について語り合い、活動の経験を交流し合うなかで、ともに歩む者同士が励まし、支え合うことの素晴らしさを実感しました。

同時に、交流し合えばしあうほどいま、私たちが求める社会とは逆の方向に向かっているのではないかと思わせる事例も数多く報告されました。

この国では、人のいのちや健康ははたして大切にされているのでしょうか。日本の医療や福祉は、たいへんな困難を伴った闘病生活を強いられている難病患者を明るく照らしているのでしょうか。答は「ノー」です。人間らしい生活を送りたいという患者の素朴な願いは、一枚一枚剝がされています。難病患者にとって凍えそうなほどの厳しい「冬の時代」が訪れようとしています。

入院給食費の患者負担をはじめ健康保険制度は改悪され、せめて安心して治療を続けたいと願う患者の生活を圧迫しています。年金制度も保険料の引き上げや老齢年金の支給開始が5年も先にのばされてしまう改悪で、患者の不安を大きくしています。

その上、国は新たに「介護保険制度」を導入しようとしています。介護に対する公的責任をあいまいにし、保険料や利用料という新たな重い負担を国民に強い、無保険者を生み出し、若年の重度の患者・障害者の在宅支援を排除し、家族介護を現金給付で既成事実化しようとする「介護保険」には私たちは賛成できません。

問題は山積しています。私たちは、様々な問題に対して、当事者としての患者自身の声を組織し行動を起こし続けていかなければなりません。

将来に向かって、「人間の尊厳、いのちが大切にされる社会」を切り開くために、私たちの取り組みは必ずや実を結ぶことを信じて、全国の患者・家族がいっそう団結を深めさらに運動をすすめていきましょう。

1995年11月12日

日本の医療・福祉と患者運動を考える
全国患者・家族集会（札幌にて）

・阿部昭一／衆議院議員・佐々木秀典／札幌市議・柴田薫心／参議院議員・峰崎直樹／全国保険医団体連合会・堀場英也／北海道医師会・吉田信／全国IDM連絡協議会・薄井俊明／全国脊髄損傷者連合会・荻野昭二／厚生省保健医療局・疾病対策課・清水博／参議院議員・高木正明／衆議院議員・長内順一／衆議院議員・金田誠一／衆議院議員・池田隆一

集会補助金

北海道 30万円
札幌市 15万円

集会寄付金

長宏 5万円

ありがとうございます
しました。心からお礼申
上げます。

ありようで、掛金が増額されたり、給付内容が切下げられたりするものであり、政府の宣伝を安心して信用する訳にはいきません。

第二の問題は、社会保険方式とは言うものの結局は新たな増税であることは明らかであるということです。政府は財政論議の前に現在の税金の使い途を明らかにし、福祉を名目にしてつくられた消費税の顛末を明らかにしなければならないのではないのでしょうか。

第三点として、現状の福祉施策の充実の保証がなければ、新たな介護システムとは名ばかりで、わずかな現金給付がかえって家族の介護負担を固定化するものとなりかねないことです。

第四点は、人口過疎・医療過疎が広がる中で介護の給付の公平化をどのようにして確保するかということです。この介護保険構想では介護の地域格差をさらに拡大するのではないかと懸念されます。

高齢化社会の中では難病患者とその家族も高齢化をまぬがれません。私たち自身の現実としての介護問題はより深刻さを増しています。医療保険制度などの改悪で重度慢性の患者は長期入院もできなくなり、受け入れる施設もありません。付添看護の保険適用が廃止され、かえって家族の介護や経済的負担が強まりました。入院しても入院給食費や差額室料や消費税率のアップや薬剤の償還払いの導入、老人医療費自己負担の拡大、健保本人の給付の引き下げが用意されています。私たちの負担感はすでに限界に達しています。

難病患者も障害者も高齢者も安心して暮らせる社会をつくるために、私たちはこのような状況の中での介護保険の創設には強い疑念と懸念を持たざるを得ません。私たちは国や自治体の責任による公的介護保障の充実を急ぐよう強く求めるものです。

1995年11月12日

日本の医療・福祉と患者運動を考える
全国患者・家族集会 in さっぽろ

集会参加者の
ひとつひとつ

心臓病の子供を守る会・小林 登
「運動」にのめり込んでしまっ
うな日々。

運動の原点ともいえる「生きるこ
との大切さ」「生命の尊厳」に改め
て触れさせてくれたこの二日間、や
っぱり参加してよかった。

岐阜県難病連・松田之利
密度の濃い、くたびれるほど充実
した集会だったと思います。

各地の難病連が抱えている問題を
素直に話し合える分科会か交流会を
試みたらどうでしょうか。

北海道難病連・大鷹真由美
記念講演の講師のお話はとてもわ
かりやすく、政府の意図が見えたよ
うな気がしました。

茨城県難病連・三野輪常造
私はこの全国患者・家族集会に初
めて参加いたしました。もつと全
国の多くの患者・家族の参加が必要
と感じました。

長野県難病連・白井直美
この集会で得た知識を地域活動に
生かし、医療・福祉の拡充に向けて
邁進しなければならぬ覚悟を新た
にしました。

介護保険構想に関する特別アピール

私たちは、JPC 日本患者・家族団体協議会の結成以来一貫して、在宅医療・在宅福祉の充実と高齢者・障害者と難病患者の介護の充実を訴えてきました。

私たちの願う「在宅」医療・「在宅」福祉の充実とは、いつでもどこでも必要な時に受けられる専門医療の存在とヘルパーや介護者の確保、在宅福祉と療養機器の充実があくまでも大前提なのです。

介護問題の真っ只中にある当事者として現在政府が検討している介護保険構想には大きな疑問と懸念を感じざるを得ません。

その第一は、なぜ、国による社会保障としての介護システムではなく、社会保険方式なのかということ。

厚生省の説明では税金によるシステムより、「互助・連帯」の社会保険方式がより権利性が高いと説明していますが、国民が義務として国に税金を納め、憲法25条に基づく社会保障としての介護サービスシステムを権利として利用できることこそが、より権利性が高く、公平であることは明白です。

厚生省はさらに、税金は使い途が拘束されず、福祉の財源とはなりにくいが、保険料はその目的にだけ使われると説明していますが、本末転倒の論議と言わざるを得ません。私たちはこのような政府の姿勢による介護保険の創設に日本の社会保障の危機を強く感じざるを得ません。

また、厚生省は、現行措置制度よりも選択性が高まると説明していますが、その前に、現行制度の矛盾や欠陥が指摘されながらも、その改善に手をつけてこなかった理由と責任を明らかにするべきではないでしょうか。また、施設にせよ在宅にせよ、新ゴールドプランの達成もままならない現状の中でどこにそのような選択の余地があると言うのでしょうか。保険料の納付のみが先行しかねず、十分な介護が保証されない中での社会保険方式は、多くの未加入者、無保険者を生み出し、さらに困難と矛盾を拡大するおそれが大きいと考えます。

また、「社会保険」は年金や健康保険の歴史で明らかのように、その時々を経済や国家財政の

北海道難病連・恩田武美
「冬の銀河」と草伏さんの話は、感動と怒りをわがことのように胸にせまりました。

大阪難病連・杉本厚子
第一分科会は大変勉強になりました。夜の交流会は多くの人とお知り合いができました。

北海道難病連・工藤フサ
第二分科会の参加して、ますます腹が立ってきました。措置費制度拡充の運動へ声を大きくしていきたい。

京都難病連・藤原勝
IBD部会は自分の言うべきことはすべて言った。あとは実際に発足に向けて動くだけだと思ふ。出来るだけ力になりたいと思ふ。

大阪難病連・江村孝子
介護保険構想の内容が少しわかったように思います。一人でも多くの人に知らせていかなければならないと思いました。

北海道難病連・岡部伸雄
「連立」で医療・福祉のはなれゆく「生活者の視点」の奇妙な政治

滋賀県難病連・葛城貞三
北海道難病連、ボランティアの皆様、大変お世話になりました。社会保障制度改悪に反対する闘いを地域から起こすため、諸団体とも協力します。

記念講演

どうなる日本の医療と

介護保険制度

中央社会保険推進
協議会・副会長 篠崎 次男氏

この10年来、厚生省は、健康保持と疾病は自己責任であり、国民一人一人の責任だということを旗印に諸制度の見直しを押し進めてきています。国が国民に責任を押しつけるというやり方は、何か違っているのではないかとの思いを強めています。

たとえば、生活をしていく上で、どんなものを着るのか、どんなものを食べるかは、一人一人が自分の頭で考えて自分の懐と相談して身分相応の衣類や食物を手に入れることができます。これは私たち自身が「やりくり」できます。ところが病気になる時、どういいう医療が必要かは、

自分の頭で考えて、自分の懐と相談して決めることはできません。つまり疾病自己責任は医療の場合には通用しません。懐に関係なく病状が必要とする医療をきちんと提供する。それでは個人個人の懐の限界が生命の限界になってしまいます。

戦後50年、私たちは憲法第25条の精神を具体化するということで医療と福祉についての公的保障Ⅱ社会保険をきちんと積み上げてきたのではないのでしょうか。こういう大事な医療や福祉の公的保障が根こそぎ否定されようとしているのが今の状況ではないでしょうか。

「平成9年度」

どういいうわけか「平成9年度」が私たちの社会保障や健康にとって、一つの大きな節目になるようです。消費税の税率引き上げが「平成9年度」です。煙草と鉄道をはじめ公務員の共済年金を厚生年金に吸収させ、保険の懐だけを一元化し、保険

8

同士の助け合わせ、国は責任を負わないというものです。これが「平成9年度」実施と言われています。そして、医療保険の一元化です。これも「平成9年度」です。

年金と同様に保険同士の助け合いをさせて、医療から国の責任を引き揚げていくことです。医療保険の一元化とは、国民健康保険から公費を引き揚げていくと当然赤字になる、それを他の保険から埋め合わせをするというものです。そのため4つの健保の懐だけを一本化することだけを厚生省は一元化と言っているようです。そこで「平成9年度」の医療保険の一元化をする前に、現在の医療保険の中身を少し手直しをしようとする。それが8月に出された医療保険審議会の中間報告でした。

この中間報告は老人医療費の定率制、扶養家族からの保険料の新設、健保本人2割負担などの実施を求めています。また、薬剤にもふれて、患者負担のあり方について検討しなさいといっています。

介護保険構想

このように医療保険制度の「見直し」をすすめる、同時に介護保険の問題が急浮上してきています。

厚生省が考えているような介護保険が構想通りできたら大変なことになるから、一度白紙に戻してください。厚生省の考え方に反対ですというのが、私たちの第一の立場です。

二つめに、介護をめぐる問題は複雑です。民主的なルールで国民の総意が反映できるような討論の場を設けて審議を尽くしてください。

三つめは、現在介護で悩まれている方々の問題です。日本には現在介護保険制度があります。一つは医療保険が介護給付を行なっています。もう一つは、ゴールドプランをガイドライン通りに、きちんと見直しながら、いま介護で悩んでいる方々の悩みを少しでも軽減し、激励していく方向で充実をはかることを強く国と市町村に求めていくことです。

それでは、なぜ私たちは介護保険の構想に反対するのでしょうか。

私たちが現在の介護保障が十分だとは決して思っていません。私たちが問題にしている最大の問題は、ヘルパーが足りない、リハビリの専門家が足りない、保健婦や看護婦の数が足りないなど介護保障に携わる従事者の数が圧倒的に不足している。

そして訪問看護ステーションやショートステイや特別養護老人ホームなどのサービスを提供する施設の数が



圧倒的に足りないことです。たとえゴールドプランが達成されたとしても北欧に比べ低水準であることに変わりありません。

厚生省の考え方は、これを改めるのではなく、この数の不足を問題にしています。「介護の量や質、介護サービスに対して厚生省は責任を負う立場にはない」との立場をはつきり言っています。厚生省は保険を創ることだけに責任があり、介護保障に責任を持つのは市町村であるといっています。つまり介護保険構想と言うのは、厚生省にとつては財源対策そのものなのです。

では、厚生省は、現在の制度のどこを問題にしているのでしょうか。四つの理由を挙げています。

第一が「福祉制度として公的責任で行なわれている」ことだといっています。個人が提供者者との間で契約を結んでサービスを購入するようになさいといっています。

第二が、医療に問題があるといっています。現在の介護は医療に多くを依存しているため、限界があるといっています。医療と介護を切り離す。これが第二の方針です。

第三は、年金制度に問題があるといっています。入院生活を送っている年金生活者から生活費相当部分を

年金から徴収する制度に作り替えるといっています。

第四は、同じような高齢者が特養ホーム、老人病院、一般病院にそれぞれ入院した場合に処遇が違う、これを「公平」にするために新しい制度に切り替えるのだといっています。

この四つの中には、人を増やす、施設を増やすということは一つも触れられていません。ですから、介護保険が実現したとしても国民の受け取る介護保障の量と質の改善というのはあまり望めないということがはっきりしてきます。

では、新しい制度とはどういうものかという点、社会保険方式と呼んでいます。マスコミではさかんに公的介護保険という言葉を使っていますが、厚生省は「公的介護保険」という言葉を一つも使っていません。



一言も聞きもらさずに

社会保険方式とは、国民の相互扶助組織で行なうということです。

この介護保険は自治体が責任を負うわけです。ですから、各地で差が出てきます。それをなるべく低い水準で抑えるという意味合いも含まれています。この制度が創設されるならば、社会保障をただ見直してつぶしてしまうというだけではなく、行政の手で福祉を営利事業に置き換えていくということです。

いま私たちが一番こだわらなければならぬのは、介護は社会保障でやらなければならないということです。公的責任でやらなければならないのだということです。介護や医療が儲けの対象になってはならないということです。

むすびにかえて

行政改革が始まったとき、「さみだれ」方式でいくと一部の幹部が言明していました。つまりいろいろな制度の見直しをやるけれど、一時にやると国民が怒り出すから、五月雨のようにじとじと絶え間なくやる方がいいです。しかし今回は、少し様子が違っています。医療保険の「見直し」では、健保本人も、老人も、国保も、そして健保の扶養家族をも標



講師に質問をする地元参加者

的にしています。梅雨は梅雨明けの前に集中豪雨があります。まさに集中豪雨を受けているようです。この本中に土手が壊され、大水につながると思うのです。ですから、今やみんな一緒になって手をつなげる時が来たし、手をつながなければいけないのではないのでしょうか。少しは雨に濡れるでしょうが、土手の補強をみんなで行ない、それで街中に出て共に運動を進めていきましよう。

これまで残念ながら日本の社会保障というのは、当事者が騒がなければ良くなかったという伝統があります。その点で、いま大騒ぎをしなければいけないし、大騒ぎができるのではないのでしょうか。総合的な「見直し」で時には嫌になるでしょうが、根気強く、嫌にならずにがんばらなければいけないと思います。

全国患者・家族集会 分科会報告

第一分科会

地域保健法と難病対策

第一分科会は、北海道早来町保健婦の石城赫子さんと伊藤たてお代表幹事を助言者として、昨年「改正」された「地域保健法」と現在も難病対策専門委員会で審議中である難病対策の「見直し」について、概要の説明を受けたのち、質疑、意見交流が行われました。

◇ 石城さん発言要旨

地域保健法の「改正」によって保健所の役割が変わってきます。統廃合される保健所の機能は、住民サービスから離れ、管理監督機関としての機能を強化。一方、母子保健法などの対人保健サービスは97年4月には市町村に移管するとしています。移管される市町村は、財政的裏付けのない義務だけが課せられる状態であり、マンパワーの確保の目処さえま

まならないのが現状です。

これまで法的な裏付けのなかった難病対策は保健所が行なう事業として明記されました。しかし、5年後にすべての対人保健サービスは市町村へ移管されるといわれています。難病や精神障害、障害児など特別の対策を必要とする人々への施策ですが、「一自治体完結型」の対応となります。

◇ 伊藤代表幹事発言要旨

難病対策の経緯と難病対策の「見直し」と矛盾が生じています。厚生省が出している難病対策提議の医療対策の項で、「いわゆる難病は、その性質上医療に要する経費はかなり過重となっているので、その自己負担を何らかの形で解消することが必要である」。これが難病対策専門委員会の中間報告では、「現在では、治療研究の一環としての公費負担という本来の目的よりは、むしろ医療費の自己負担の軽減という福祉的な機能が着目されるにいたっている」とされ、明らかに矛盾しています。



地域保健法を説明する石城さん

昨年度からの新たな動きとして、難病患者・家族教室開催モデル事業というのがあります。特定の地域で患者、家族を対象にして宿泊研修をするとしています。この事業が継続的、普遍的、全国的規模で行われる保証はありません。

地域から変わっていくことが今後は非常に大事です。地域から変わっていったことは、簡単に覆されることはありません。国が変化を求めても、地域がしっかりしていれば方向転換は容易ではないのです。

◆ 今後の問題として、市町村の保健婦の数、保健婦の職域分野は、従来とどうかわるのでしょうか。

◇ 保健婦として、公衆衛生活動についての仕事ができないほど、手が

足りないのが現状です。しかも、市町村で保健婦を置く場合、国から人件費として補助が出ていたが、その補助金が交付金に変わり、交付金も平成5年に廃止されました。

◆ 岡山県では、特定疾患受給者証の申請は医療機関申請でした。しかし、来年度から本人申請に切り替えるとの提案で、更新時期の診断書料の負担を新たに患者が負担しなければならなくなり、患者から反発の意見が出ています。

◆ 難病連独自の相談会をやってきましたが、県から拡大した形での難病相談事業を提案されました。しかし、県独自の相談会も企画され、今後、難病連の相談会に影響がでるのではないかと危惧しています。

◇ 「地域難病連の概要」をみてもわかるように、概要の空白をうめていく活動が必要です。特定疾患対策が各県でバラバラなのが現状です。特定疾患事業は各県の主体事業です。ですから各県の難病連の力量にかかっているのです。また、調査を重ねていくうちに各県の実情がわかってきました。これからの難病対策の拡充に向けての課題だと考えます。

第二分科会 医療保険制度と 公的介護保険

第二分科会は、特別養護老人ホームかりぶ・あつべつ施設長代理の川島亮平さんと小林孟史事務局長を助言者として、福祉施設医師の立場から見た「介護保険構想」の問題点の説明を受けたのち、今後の運動のあり方などについて質疑、意見交流が行われました。

◇ 川島さん発言要旨

介護保険制度の創設とは、措置制度を廃止して社会保険制度に切り替えるということです。現在の措置制度の最大の矛盾は、職員が圧倒的に不足していることです。

厚生省はこのような矛盾に乗る形をとって、現在の措置制度を否定し、保険制度を導入しようとしているの



介護保険の本質を語る川島医師

です。厚生省の考え方の基本は、憲法25条における社会保障としての措置制度という考え方は無く、行政処分によって運営しているとの考え方がありません。

次に、施設の数が足りないということですが、

このような矛盾をあいまいな形にしたまま、措置制度そのものが悪いのだ、措置制度は行政処分であり、入居者にとって自由の選択はない。だから新しい保険制度での介護が必要だとの論理です。

大きな問題点として、なによりも新たな増税になるということです。しかも国が負担する公費部分については、新たな消費税率の引き上げを当てるとしています。また、この保険構想では企業負担については一切触れていません。

施設の圧倒的不足の現状では民間の営利を目的とする介護サービスを利用せざるを得ないのです。また、国保の現状をみても、保険料が払えない無保険者が必ずでてしまう。必要な介護サービスを受けようとする場合、現在の特養ホームは低所得者であっても利用できません。しかし、この制度でサービスを利用しようとする最低でも6万円以上の利用料金がとられるといわれています。

す。この介護保険構想は、臨調行革の社会保障版だと断定してよいと考えます。

私たちは、新たな増税に反対し、新たな国民の経済的負担なしの社会保障・福祉の充実、介護保障の確立を国民の総意にしていこうと対話と運動をすすめなければならぬと考えます。また、当面の運動として、現在ある措置制度の最低基準の底上げを行い、新ゴールドプランの完全実施を要求していくことだと考えます。

◆ 月4万円弱の年金をもらっている高齢者がかかえています。介護保険料の他に利用料もとられるとの話を伺いましたが、この高齢者はどうなるのでしょうか。

◇ 月4万円弱の年金では当然入れなくなるでしょう。ただ、低収入者の救済措置は当然認められるだろうと思われませんが、予測はできません。

◆ 反対運動と同時に、現在、要介護状態におかれて、苦しんでいる患者・家族に対してきちんと対策が必要だと考えます。

◆ 24時間全介助が必要な患者の家族としては、今回の介護保険構想はどちらかといえば賛成の立場です。対象者を要介護の必要なすべての難

病患者、障害者に適用されるような制度にするよう働きかけては。◆ リウマチの患者です。絶対反対の確信を持ってません。

◇ いま、要介護の状態にあるといっても、条件闘争に乗っかってはいけなと思います。本質を見てほしいのです。この介護保険では解決しません。国の路線に乗っている限りみなさんの思いは絶対満たされません。年齢制限の撤廃などの切実な要求は介護保険構想とは切り離して運動を強めていく必要があります。

◇ 実体験に根ざした患者、家族のみなさんの介護保険構想に期待する考え方はとてもよくわかります。しかし、現在すすまられている介護保険構想が、いかに美辞麗句をならべても、まやかしの構想であることに変わりありません。他団体も運動に取り組んでいます。各地域難病連や各疾病団体でこの問題について勉強会をしてください。

まずこの構想の中身を知ることがです。条件付賛成の方も、期待されている方も、中身が本物かどうかを勉強会や討議を深めていく中で明らかにして欲しいと思います。ただ時間がありません。この集会を機に、お帰りにになりましたら、すぐに勉強会をもってください。

海外研修派遣抽選

当選者は香川県・津田徹さん

JPC協力会員海外研修派遣の抽選が全国患者・家族集会の懇親会で行われました。懇親会が行われたコンベンションホールいっぱいになり、ひろげられていた交流の輪がとけ、壇上に参加者の目が注がれました。



期待を担って抽選する三森さん

注目のなか、北海道難病連前代表理事の三森礼子さんが壇上に上り、予備抽選が始まりました。抽選で選ばれた名前が読み上げられるたび、会場は期待と歓声に包まれました。予備抽選で選ばれた人の中には参加者もいて、期待は募ります。いよいよ、予備抽選当選者10人の中から1人の海外研修派遣の抽選です。三森さんが引き当てたのは、香川県難病連の津田徹さんでした。津田さんは、香川県腎臓友の会の会員。元気にタクシー運転手として活躍中の人です。当選の報に、さっそく休暇をとって家族と海外研修に出かける計画をたてています。

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

一九七六年二月二十五日第三種郵便可

SSKO通巻二四五一号(毎週月・火・木・金発行)

特定疾患治療研究事業 新規疾患として

「網膜色素変性症」

厚生省保健医療局疾病対策課は今年度特定疾患治療研究事業37番目の新規対象疾患として「網膜色素変性症」を追加することを決めました。実施は96年1月1日からとなります。

網膜色素変性症は、網膜の組織が広汎にゆっくり変性する疾患で、通常両眼が侵され、夜盲と視野狭窄を自覚する。徐々に進行し、老年に至って失明する例も多いです。症状として、夜盲、視野狭窄、視力低下をきたし、根治療法はなく、進行を遅

「患者運動研究所」へ 長宏さんから100万円の寄付

患者運動の歴史と遺産を受け継ぎ、患者運動の理論化と政策提案づくりをすすめるために、「患者運動研究所」の設立を今年度の重点課題として先の総会で決めました。JPC創立10周年の記念総会までに設立を準備をすすめています。計画はなかなかかかどっていません。この計画に賛同し、財政難を耳に

重症度分類

- I度：矯正視力0.7以上、かつ視野狭窄なし
- II度：矯正視力0.7以上、かつ視野狭窄あり
- III度：矯正視力0.7未満、0.2以上
- IV度：矯正視力0.2未満

らせる薬物療法と白内障手術等の治療法が行われています。

人口四千人に一人の発生率とみられ、地域特性、性差はありません。しかし、厚生省は対象範囲に重症度分類を持ち込み、重症度分類II以上の対象者に限定しています。推定対象者は約五千人。

した前代表幹事の長宏さんより「患者運動研究所」のためにと百万円の寄付をいただきました。これを機会に設立に向けてみなさんの一層のご支援、ご協力をお願いします。



医療・福祉も冬の時代を迎えそう。JPC財政もまたもな不景気風をくわつて冬の時代。風邪をひかずに元気に乗り切ろう。

発行所 身体障害者団体定期刊行物協会
東京都世田谷区砦6-26-21

頒価三百円

目 次

○ 全国患者・家族集会	471
○ 学習・交流の2日間	472
○ 基調報告	473
○ 記念講演	178
○ 分科会報告	480
○ 海外研修派遣	482