

日本患者・家族団体協議会

9月
1996

SSKOの 仲間 No.54

SSKO

〒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)

「介護保険」「医療保険」で 緊急集会を呼びかけ

11月10日東京・霞ヶ関で

JPC 常任幹事会は、最近の医療・福祉を取り巻く状況を討議した結果、秋に行っている「全国患者・家族集会」を差し迫った緊急課題、「介護保険構想に反対し、医療保険制度改悪に反対する集会」に切り換えることを決めました。

最良の医療と福祉の充実を願って運動を進めてきました。しかし、患者・家族の実態や願いを無視した医療保険制度の改悪、後退は患者不在、経済効率優先といわざるを得ません。「保険料あつて介護なし」の恐れのある「介護保険」構想も、依然として家族に大きな犠牲を強いるものです。また、健

みんなの願いに逆行する社会保障制度の改悪反対
人として尊重される『介護』を

介護保険構想に反対し、
医療保険制度改悪に反対する
全国患者・家族11.10集会

日 時：1996年11月10日（日）
午後2時～5時
場 所：霞ヶ関ビル「プラザホール」
地下鉄銀座線・虎ノ門
記念講演：相澤興一・福島大学教授
主 催：日本患者・家族団体協議会

保本人の患者負担の倍増、老人健保の定額制から定率制へ、薬剤の3割から5割負担、病院への受診制限など、医療保険制度の改悪は、ぎりぎりの家計をさらに圧迫するものです。このような社会保障制度の後退は、もはや個人の「自助努力」では解決できなくなっており、憲法25条の「生存権」を侵すものといえます。

かつて、医療保険制度が改悪されようとした時、また、入院給食患者負担が導入されようとした時、私たちは反対運動に立ち上がりました。患者としては無謀とも思えた「座り込み」も敢行しました。

患者運動の先輩や仲間が多くの犠牲と運動で闘いとってきた成果を私たちの時代で後退させてはなりません。将来にわたって、豊かな医療と福祉の実現を、すべての人が大切にされる社会をと願って緊急集会の開催を提案します。

多くの仲間呼びかけ、学習し議論を深める場として「11・10集会」に一人でも多くの方々の参加を呼びかけます。

難病福祉サービス 具体的計画本決まり

7月8日、厚生省は各都道府県・

政令市・中核市の福祉担当者会議を
開催し、難病患者の在宅福祉施策の
概要を担当者に説明しました。

この事業説明会は、昨年12月、障
害者プランや難病対策専門委員会最
終報告の五番目の柱として「QOL
の向上を目指した福祉施策の推進」
が提言されたのを受けたものです。

在宅難病患者等の療養生活を支援す
る生活支援事業が来年1月1日から
実施されることになりました。

実施のための96年度予算額は二億
一千万円、国が二分の一、都道府県
及び市町村がそれぞれ四分の一を負
担します。事業内容はホームヘルプ
サービス事業(96年度千人)、短期
入所事業(同三十人分)、日常生活
用具給付事業(同六品目)、ホーム
ヘルパー養成研修事業(同千人)と
なっています。

実施主体は市町村とし、対象者は
日常生活を営むのに支障があり、介
護、家事等の便宜を必要とする18歳
以上の難病患者等。

①別に定める特定疾患調査研究事
業の対象疾患患者(別掲)及び慢性

関節リウマチ患者

②在宅で療養が可能な程度に病状
が安定していると医師によって判断
される者

③老人福祉法、身体障害者福祉法
等の施策の対象とはならない者

◆ホームヘルプサービス事業

1 事業の内容

(1)入浴の介護/排泄の介護/食
事の介護/衣類着脱の介護/身体
の清拭、洗髪/通院等の介助

(2)調理/衣類の洗濯、補修/住
居等の掃除、整理整頓/生活必需
品の買い物/関係機関との連絡

(3)生活、身上、介護に関する相
談、助言

(4)(1)から(3)に附帯するその
他必要な介護、家事、相談、助言

2 対象者の決定

ホームヘルパーの派遣を受けたい
場合は、「派遣申請書」及び「診断
書」を市町村長に提出(申請者は本
人または世帯の生計中心者)。

市町村長はホームヘルパー派遣回
数、時間数及びサービスの内容、費
用負担区分を決定する。

2

日常生活用具

種目	対象者	性能
便器	常時介助を要する者	難病患者等が容易に使用し得るもの(手すりをつけることができる)
特殊マット	寝たきりの状態にある者	褥瘡の防止または失禁等による汚染または損耗を防止できる機能を有するもの
特殊寝台	寝たきりの状態にある者	腕、脚等の訓練のできる器具を付帯し、原則として使用者の頭部及び脚部の傾斜角度を個別に調整できる機能を有するもの
特殊尿器	自力で排尿できない者	尿が自動的に吸引されるもので難病患者等または介護者が容易に使用し得るもの
体位変換器	寝たきりの状態にある者	介助者が難病患者等の体位を交換させるのに容易に使用し得るもの
入浴補助用具	入浴に介助を要する者	入浴時の移動、座位の保持、浴槽への入水等を補助でき、難病患者等または介助者が容易に使用し得るもの

◆短期入所事業

1 実施施設等

実施は医療法で規定している医療
提供施設(病院・診療所・老人保健
施設)で市町村長が指定した施設の
空ベッド等を利用する。

2 入所の要件

介護を行う者がその居宅で難病患
者等を介護できないと市町村長が認
めた場合。

(1)社会的理由
疾病、出産、冠婚葬祭、事故、災

3 入所期間

期間は原則7日以内とする。

◆日常生活用具給付事業

用具の給付は「診断書」を市町村
長に提出(申請者は本人または世帯
の生計中心者)、市町村長は要否を
決定する。必要な用具の購入に要す
る費用の一部または全部を直接業者
に支払う。

特定疾患調査研究事業の対象疾患

	疾患名		疾患名
1	脊髄小脳変性症	60	I g A腎症
2	シャイ・ドレーガー症候群	61	急速進行性糸球体腎炎
3	ウィリス動脈輪閉塞症	62	難治性ネフローゼ症候群
4	正常圧水頭症	63	多発性嚢胞腎
5	多発性硬化症	64	肥大型心筋症
6	重症筋無力症	65	拡張型心筋症
7	ギラン・バレー症候群	66	拘束型心筋症
8	フィッシャー症候群	67	ミトコンドリア病
9	慢性炎症性脱髄性多発神経炎	68	Febry病
10	多発眼局性運動性抹消神経炎(ルイス・サムナー症候群)	69	家族性突然死症候群
11	単クローン抗体を伴う抹消神経炎(クロウ・フカセ症候群)	70	原発性高脂血症
12	筋萎縮性側索硬化症	71	特発性間質性肺炎
13	脊髄性進行性筋萎縮症	72	サルコイドーシス
14	球脊髄萎縮症(Kennedy-Alter-Sung病)	73	びまん性汎細気管支炎
15	脊髄空洞症	74	潰瘍性大腸炎
16	パーキンソン病	75	クローン病
17	ハンチントン病	76	自己免疫性肝炎
18	進行性核上性麻痺	77	原発性胆汁性肝硬変
19	線条体黒質変性症	78	劇症肝炎
20	ペルオキシソーム病	79	特発性門脈圧亢進症
21	ライソゾーム病	80	肝外門脈閉塞症
22	クロイツフェルト・ヤコブ病(CJD)	81	Budd-Chiari症候群
23	ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病(GSS)	82	肝内結石症
24	致死性家族性不眠症	83	肝内胆管障害
25	亜急性硬化性全脳炎(SSPE)	84	膵嚢胞繊維症
26	進行性多巣性白質脳症(PML)	85	重症急性膵炎
27	後縦靭帯骨化症	86	慢性膵炎
28	黄色靭帯骨化症	87	アミロイドーシス
29	前縦靭帯骨化症	88	ベーチェット病
30	広範脊柱管狭窄症	89	全身性エリトマトーデス
31	特発性大腿骨頭壊死症	90	多発性筋炎・皮膚筋炎
32	特発性ステロイド性骨壊死症	91	シェーグレン症候群
33	網膜色素変性症	92	成人ステイル病
34	加齢性黄斑斑変性症	93	高安病(大動脈炎症候群)
35	難治性視神経症	94	バージャー病
36	突発性難聴	95	結節性多発動脈炎
37	特発性両側性感音難聴	96	ウェゲナー肉芽腫症
38	メニエール病	97	アレルギー性肉芽腫性血管炎
39	遅発性内リンパ水腫	98	悪性関節リウマチ
40	PR L分泌異常症	99	側頭動脈炎
41	ゴナドトロピン分泌異常症	100	抗リン脂質抗体症候群
42	ADH分泌異常症	101	強皮症
43	中枢性摂食異常症	102	好酸球性筋膜炎
44	原発性アルドステロン症	103	硬化性萎縮性苔癬
45	偽性低アルドステロン症	104	重症免疫不全症候群
46	グルココルチコイド抵抗症	105	若年性肺気腫
47	副腎酵素欠損症	106	ヒストサイトーシスX
48	副腎低形成(アジソン病)	107	肥満低換気症候群
49	偽性副甲状腺機能低下症	108	肺胞低換気症候群
50	ビタミンD受容機構異常症	109	原発性肺高血圧症
51	TSH受容体異常症	110	慢性肺血栓塞栓症
52	甲状腺ホルモン不応症	111	混合性結合組織病
53	再生不良性貧血	112	神経線維腫症I型(レックリングハウゼン病)
54	溶血性貧血	113	神経線維腫症II型
55	不応性貧血(骨髄異形成症候群)	114	結節性硬化症(プリングル病)
56	骨髄繊維症	115	表皮水疱症
57	特発性血栓症	116	膿疱性乾癬
58	血栓性血小板減少性紫斑病(TTP)	117	天疱瘡
59	特発性血小板減少性紫斑病	118	スモン

入院給食

10月から2割値上げして760円に

7月31日、医療保険審議会は厚生大臣から諮問のあった「入院給食の患者負担額」の値上げを了承しました。この答申は、健康保険法改悪の際、経過措置が適用され、94年10月から入院給食の患者負担額は一日六百元となっていました。この経過措置期間が切れる10月1日から入院給食費の患者負担額を27%値上げして一日七百六十円にするものです。この金額の根拠は、95年度家計調査の一般世帯の食費に物価上昇率をかけた額として算出しています。

入院給食の有料化は入院時食事療養費制度で「平均的なる家計に於ける

		現 行	改悪後
一 般		600円	760円
非課税世帯	入院3月目まで	450円	650円
	入院4月目から	300円	500円

る食費の状況を勘案して厚生大臣の定むる額（健保法43条の17の②）」として規定され、一日六百元からスタートし今年10月から七百六十円、さらに厚生省の意向で自由に引き上げられることになりました。

一方、入院給食の「院外調理」が96年4月から認められ、院内業務委託とあわせて院外センター方式が進められようとしています。これは、治療の一環として、また、患者の健康の回復をはかる医療の立場を無視し、「直営の原則（医療法21条）」に反するものです。

阪神大震災の際、また、いま問題となっているO157による集団感染でもセンター化による危機管理への対応ができないという事実を考えると、治療食をつくる設備と人材を病院自ら持つことが望まれます。

重度障害者などへの入院給食費の公費助成は、地難運をはじめ多くの団体の運動で現在31都府県（一部市町村を含む）で実施されています。この入院給食費の値上げを機会に厚生省は助成実施県に再び圧力をかけてくる恐れがあります。この動きを

警戒しなければなりません。

入院給食を経済効率優先の民間営利企業に任せるのではなく、安全で衛生的な配慮から各病院で責任をもった「治療の一環」ととらえ、入院

97年度厚生省

概算要求まとめ

厚生省は一九九七年度厚生省予算の概算要求の概要をまとめました。概算要求額は一五兆二〇二四億円で、前年度予算比八六一五億円増の前年度伸び率六・〇%となっています。

◆主な概算要求内容（単位百万円）

- （一）内は前年度予算額
 - ・高齢者在宅対策 二三七、二二四（八九、五八三）
 - ・ホームヘルプサービス（ヘルパー数）二九、四二六人増
 - ・ショートステイ（対象人員）八、一〇七人分増
 - ・デイサービス（実施箇所）一、三五〇箇所増
 - ・在宅介護支援センター（実施箇所）一、五〇〇箇所増
 - ・高齢者施設対策 六〇四、九八七（五三九、八九八）
 - ・特別養護老人ホーム 一五、六〇〇人分増
- ・障害者地域生活支援施策 五五、四九一（四六、〇九一）
- ・障害者介護施策 一七一、五九九（一五六、三八四）
- ・ホームヘルパー 七、五〇〇人増
- ・ショートステイ 三八二人分増
- ・デイサービス 六八箇所増
- ・身体障害者療護施設 一、一〇〇人分増
- ・精神薄弱者更生施設 一、九〇三人分増
- ・エイズ対策 一八、七〇八（一三、二六八）
- ・難病対策 八八、四四五（八四、三六五）
- ・治療研究 六四、五五八
- ・対象疾患 38↓39疾患（1増）
- ・特定疾患診療普及指導事業（新規） 一三
- ・難病情報センター事業の推進 一〇〇
- ・福祉施策の推進 八八九
- ・臓器移植対策 二、一五七（二、九四六）

給食費の患者・家族への負担に反対し、今後も入院給食費の県公費助成の実施拡大を求める運動をすすめる一方、入院給食の患者負担撤廃をめざし運動を続ける必要があります。

医療保険制度改革メニュー

今後の医療保険制度改革について(未定稿) [7月25日 医療保険審議会小委員会原文のまま]

目指すべき方向	当面の改革方策	主な施策メニュー
(1) 国民医療と国民経済の整合性	A 医療提供体制の見直し	①社会的入院の解消、病床数の見直し等 ②医師数の見直し ③医療機関の機能分担と連携等（高額医療機器の適正配置） ④医療関係情報の充実 ⑤その他
(2) 良質かつ適切な医療の確保と国民医療の効率化	B 医療保険制度の役割の見直し	①軽医療部分についての給付の除外や給付率の引下げ ②室料、食事などの給付除外 ③検査についての給付のあり方の見直し ④混合診療の禁止の緩和や特定療養費の弾力化・拡充 ⑤高齢者の長期入院患者に対する給付の見直し ⑥診療所からの紹介がない病院受診の際の患者負担の強化 ⑦歯科の補綴等についての給付のあり方の見直し ⑧現金給付のあり方についての見直し
(3) 医療提供体制そのものに踏み込んだ構造的な対策		
(4) 医療保険制度の給付と負担の両面にわたる見直し等	C 医療保険制度の構造の見直し	ア 老人保健制度の見直し イ 被用者保険制度の見直し ①保険集団のあり方の見直し（健保組合の適正規模への見直し財政調整等） ②標準報酬制の見直し ③被扶養者の位置付けの見直し ④任意継続被保険者制度の見直し ウ 国保制度の見直し ①保険者の責によらない保険料格差の是正 ②広域化等による小規模保険者の安定化対策 ③市町村国保及び国保組合の国庫補助（定率負担及び調整交付金等）の見直し ④年金受給者の保険料負担の見直し
	D 患者負担、保険料負担等の見直し	ア 患者負担の見直し ①高齢者の患者負担の定率化（1割、2割） ②被用者本人の患者負担2割 ③全ての若年者の患者負担2割、入院2割外来3割又は3割 ④薬剤に係る患者負担3割又は5割 ⑤①～③について④と組み合わせた場合 イ 医薬品の適正使用と薬剤費の適正化の観点からの薬剤に係る給付の見直し ①薬剤に係る患者負担3割又は5割 ②医薬品の種類に応じた給付率格差（一部給付除外を含む）の設定 ③参照価格制度の導入 ④償還制度の導入 ウ 保険料負担の引上げ
	E 診療報酬体系等の見直し	①診療報酬のあり方の見直し ②薬価・薬価差のあり方の見直し ③審査支払いのあり方の見直し
	F その他	①民間保険の活用 ②予防医療、健康増進の推進 ③末期医療における医療のあり方の見直し ④情報提供システムの充実 等

連立与党 介護保険法案の 修正意見まとめる

連立与党の介護保険制度創設ワーキングチーム（座長・山崎自民党政調会長）は9月17日、介護保険法案に対する修正意見の概要をまとめた。7月から各地で6回の地方公聴会を開催したのを受けて、与党合意の懸案事項ごとに論点を整理したものです。これによると、市町村への財政支援策の拡充および在宅サービスと施設サービスを同時にスタートするなど厚生省案の修正を含んでいます。

懸案事項1 安定した財政運営と 円滑な事務運営の確保等

介護保険制度の実施主体については市町村とするが、市町村の負担を軽減し、安定した財政運営と円滑な事務運営を確保する。また、制度実施後の見直し規定を置く。

- 1 市町村に対する財政支援の強化
要介護認定に係る経費の二分の一相当額を国は市町村に交付する。
財政安定化基金を都道府県に置くとともに、国・都道府県・第一号保険料で三分の一ずつ負担する。

第二号被保険者の介護保険料上乘せ賦課による国保財政について、国費による財政支援措置を講じる。
第一号保険料の年金からの特別徴収は年金保険者の事務費を公費により措置する。

- 2 市町村の事務負担軽減と都道府県の役割の拡大

- ・財政安定化基金の設置・運営
- ・要介護認定審査判定業務の委託
- ・保険財政の広域化の調整および保険料基準の提示
- ・介護サービスの供給調整

懸案事項2 円滑な制度の施行

現金給付は当面行わない。ショートステイ利用枠の拡大等、在宅サービスの重点的提供を行う。
在宅サービスおよび施設サービスを同時に実施する。

法施行までに、新ゴールドプランを確実に達成することとする。法施行後は、新たな介護サービス整備目標を策定して計画的整備を進める。
災害時の保険料・一部負担の減免措置、特別養護老人ホームの既入所

6

者の一部負担金の経過措置など、負担能力のない者に対しては実態に即したきめ細かい対策を講じる。
老人保健施設、療養型病床群については、名称を改める。一般病院や有床診療所の療養型病床群への転換を促進する。

苦情処理システム（オンブズマン）の整備や情報公開を進める。
介護支援センターのネットワーク作りの推進を図る。

制度実施後、被保険者の範囲、給付の内容・水準その他制度全般について検討を加え、見直しを行う。また、要介護認定の基準のあり方などについても継続的な見直しを行う。

懸案事項3 民間活力の積極活用

- ・規制緩和の推進等により民間活力の積極的な利用を推進。
- ・在宅サービス事業者の指定要件を民間事業者・第三セクターと従来の公的セクターと同一化。
- ・地域の住民参加型非営利組織も積極的に活用。

・中山間地域におけるサービス提供主体として農協を活用。

懸案事項4 社会保障構造改革ビジョン

介護保険 構想に反対 経団連

経団連は9月20日、厚生省の介護保険構想に反対する意見書をまとめました。意見書は、「現在提案されている介護保険構想では、社会保障制度全体の改革像が明らかにされないままに、先行導入されることにはにわかに賛同しがたい」としています。

経団連は年内にも、社会保障全体の制度改革案をまとめる考えです。
・国民経済との調和を図りながら、ニーズに適切に対応できる効率的な社会保障制度の確立。
・個人の自立を支援する利用者本位のシステムへの転身。

・公私の適切な役割分担と民間活力の導入による供給主体の多様化。
・医療制度改革は、療養型病床群への転換促進など高齢者の介護と医療体系の合理化・効率化。

懸案事項5 国民の理解・周知徹底等

社会全体で要介護者とその家族を支えるという意識（介護マインド）醸成する。

要介護患者の実績は

JPC調査から抜すい

JPCが地域難病連を通じてアンケート調査した回答の一部を紹介し
ます。ここに記した要介護の方々は、現在進められようとしている「介
護保険」制度の対象者にはなりません。まさに、「保険料負担あつて介
護なし」といわれる名前だけの公的介護保険であつて、誰もが必要な時
に必要なだけ受けられる公的介護保障とは程遠いものです。

〔筋萎縮性側索硬化症（男）57歳〕

ほぼ寝たきり状態で3年間、介護は配偶者一人で行っています。車椅子に座ることは可能ですが、看護婦不足のため短期入院も家族が付き添うことが条件といわれました。地域には介護支援センターも訪問看護ステーションもなく、介護者は休むことができない状況が続いています。

公的介護サービスとして週一回シャワー浴、週二回ホームヘルパーが訪問してくれるものの、とても満足のものではありません。88歳の父親が同居しているため、介護者自身の体調が悪くなった時のこと、父親が倒れた時のことを心配し、綱渡りの心境です。

〔筋萎縮性側索硬化症（男）55歳〕

介護を続けて一年半になります。配偶者一人で介護をしています。

夜中に気分が悪くなった時の不安を訴えます。「病院に連絡する目処

がわからず、本人はもう少し様子をみると頑張りますが、朝方に落ち着いてくるとほっとします。」

現在、自分で呼吸していますが、やがて人工呼吸器のお世話になると思いますが、貸し出しが受けられるか不安です。

〔もやもや病（男）52歳〕

配偶者一人で7年間介護を続けています。公的サービスの受けられない休日、ほとんど一人での介護となるので介護者は腰や手足の関節を痛めてしまっています。気管切開しているため、夜中も安全確認のため睡眠不足で仕事に支障が生じています。ほとんど自分の時間がもてない状態です。ショートステイは送迎サービスがなく、また、施設には医療の用意がないので、吸引の道具や消毒液等すべてを用意しなければなら

ない。何よりも受け入れられる職員が看護婦でないのではとても不安そうにさ

れるのも心配です。

今いちばん望んでいる事は「一月に一度なんて言いません、せめて三か月に一週間くらい何も心配しなくてもいいようなショートステイをさせていただけたら」。自分の体を休ませて、また次の日から介護を良い顔で続けられると思うのですが、そんな事は無理なのでしょう。

〔脊髄小脳変性症、シャイ・ドレーガー症候群（男）49歳〕

配偶者が介護をしています。ショートステイに行くとい日中車椅子が寝かされているため、帰ってくる足が動かなくなる。

家族二人のため患者の世話を一人でしなくてはなりません。何かひとつ行政にお願いするのも申請用紙が必要で役所を行ったり来たり、病院へ証明をもらいにと時間と体力がいるため、もう少し簡単にいかないものかといつも疑問に思っています。

〔血友病（男）42歳〕

父母が介護を続けて22年。両親の老齢化と病弱化、兄が重度者で介護が必要で、3年ほど前より母親が病気になるより年老的父にその負担がかかっています。

年老的父を見ていると早い時期になんらかの身の置き場所を確

保しなければと焦っています。

〔ベーチエツト病（男）48歳〕

介護は配偶者がひとり一年。軽い痴呆症状があり、物忘れとかの区別がつかず対応に困る。発病してからまだ一年。病名がわかってから日も浅く病気のものがわからない。治るのか、どこの病院が良いのかわからないことだらけですべてが不安。

失業保険もなく、配偶者もパートにも出られない状況で無収入。まだ生活保護も何もない、ともかく入院と一人通院できないのでその付添だけで精一杯。

〔筋萎縮性側索硬化症（女）54歳〕

六年、娘さんが介護を続けている。介護者が腰痛、腱鞘炎など身体的不健康な状態の時でも、代わって介護してくれる人がいないので続けて行かなければならない。なかなか入院もできない。緊急の時に行政の対応がまったく期待できず、介護者の立場も、病人の立場も全然理解しようとはしていない。

将来の不安として、介護者の体力に自信がなくなってきた。もし介護者が大きい病気になった時、介護をお願いする所も、また経済的にも無理である。

患者の災害復興住宅への 優先入居の願い実らず

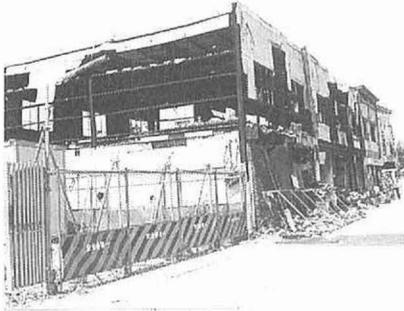
兵庫県
難病連

阪神大震災から一年半が過ぎました。「神戸まつり」が復活し、青天井の三宮センター街の日差しもまぶしく日傘が行き交っています。

復興の歩みは遅く、県民の思い通りに進んでいませんが、このたび大震災により住宅を失った被災者に対し災害復興（賃貸）住宅の募集が始まりました。

この募集は、仮設住宅入居者に募集戸数の6割の枠を確保し、その3割を優先順位（別表）にもとづいて抽選を行います。

兵庫県内で家屋が全半壊の被害を受けた難病、長期慢性疾患患者は県難病連の調査で約千四百人にのぼつ



住宅の復興ままならず

ています。そのうち仮設住宅に入居できた家族は二百四世帯にすぎません。苦しい闘病生活だけでなく、慣れない土地での仮住まいは、療養生活に大きな障害となっています。

県難病連は被災者に安心して暮らせる住居の確保を求め、大震災直後からJPCに協力を求め運動を続けてきました。95年3月、厚生省社会

・援護局に、応急仮設住宅の優先入居の取扱について「身体障害者に該当しない難病患者についても、本人の病状・病態・本人の状況等を勘案して、個別ケースとして適切に対応

すること」とする通知を出させる成果をあげました。この通知が今回の災害復興住宅の優先順位に適用されることを願って要望書を県に提出し

ました。JPCとしても厚生省および建設省に対し、難病患者を重度障害者と同様に優先順位の第一順位して

いただきましたとの要望書を提出しましたが、昨年の応急仮設住宅の優先入居の取り扱い事項は緊急措置であつて、恒久住宅については認められないとの回答でした。

難病対策事業が国の事業であるに

一九七六年二月二十五日第三種郵便物認可

SSKO通巻二六七八号（毎週月・火・木・金発行）

優先順位 第1順位

- ①70歳以上の者のみの世帯（单身者を含む）
- ②いずれか一方が70歳以上の世帯のみの世帯
- ③70歳以上の者と18歳未満の児童のみの世帯
- ④70歳以上の者と中度以上の障害者のみの世帯
- ⑤重度障害者のいる世帯

第2順位以下 略



何よりも人間の尊厳が大切にされる社会を願ひ、社会保障制度改革に反対する11・10集会成功のため、みなさんの上京待っています。

◆ご寄付いただきました◆
全国パーキンソン病友の会茨城県支部より五万円、全国心臓病の子供を守る会の落合希子さんより三十万円、高知県難病連筋無力症友の会より十二万円の寄付がありました。ありがとうございました。

もかわかわらず、法制化されている身障福祉法と同様に扱われないという矛盾をいまだに克服することができません。今回のような緊急時の対応について難病対策の法制化を推進するの、他の方策を考えるのか議論

の別れるところですが、困難に直面している難病、長期慢性疾患患者の立場にたつて考えた時、抜本的とは言えませんが難病対策の法制化という道もひとつの解決策と言えるのではないのでしょうか。

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

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

○ 緊急集会を呼びかけ	499
○ 難病福祉サービス 具体的計画本決まり	500
○ 入院給食2割値上げ	502
○ 介護保険法案の修正意見	504
○ 要介護患者の実績	505
○ 優先入居の願い実らず	506