

日本患者・家族団体協議会

9月
1998

SSKO

〒171-0031 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)

仲間 No.63

売上高上位5社(1995年度)

	売上高 (億円)	前年比 (%)	営業利益 (億円)	売上比 (%)	経常利益 (億円)	売上高 経常利益率
武田	6,020	4.8	841	14.0	918	15.2
三共	4,102	2.2	837	20.4	870	21.2
山之内	2,951	8.1	591	20.0	605	20.5
エーザイ	2,536	5.7	401	15.8	402	15.8
塩野義	2,255	-5.3	196	8.7	221	9.8

全日本民医連パンフより

上場製薬メーカー30社は、95年度決算で、4兆2116億円を売り上げ、7098億円の利益を上げています。

製薬メーカーの不当なボロもつけ

昨年9月の医療保険の改悪、今年5月の難病対策の後退と続いて医療費負担が患者、家族の肩に重

医療保障制度の連続大改悪に反対する

くのしかかっています。

昨年9月の改悪では、サラリーマン本人の医療費窓口負担は、一割から二割へ倍増しました。高齢者も通院で診察ごとに五百円、月二千元まで支払うことになり、入院費は一日一・五倍の千五百円、来年四月には千二百円になります。

そのうえ、外来の投薬には別料金がかかる仕組みも作られました。厚生省の試算では平均的な通院の場合で、サラリーマン本人は二・四倍、高齢者は二・五倍に負担が増えました。

また5月の特定疾患の医療費公費負担が改悪され、一部疾患と重症認定患者以外は一医療機関で、ひと月二千元の患者負担を強いられています。

このように相次いで改悪されてきた医療保険制度の改悪だけでなく、旧与党三党で決めた医療費負

担増を招く「抜本改革」案の具体化が厚生省の審議会で始まっており、来年の通常国会にも法案を提出しようとしています。

「抜本改革」の特徴のひとつは、「高齢者医療保障制度」の創設です。さらに、窓口での支払を一割から二割の定率負担にしようとしています。また、健康保険の扶養家族である高齢者からも保険料を徴収するとしています。

薬代にも新たな患者負担を持ち込みます。改革案は、「参照価格制」という新しい仕組みをつくり、保険からの支払い上限を設け、それより高い薬代は患者自己負担とします。

このほか、サラリーマン本人の負担を三割に増やし、大病院の通院は五割負担にすることも検討されています。

医療保険財政の赤字の大きな部分を占める製薬会社の不当に高い薬代にメスを入れることなく、国は支出する医療費負担を削減してきます。これは医療保険制度そのものの大きな改悪で、医療保障制度の切捨てに他なりません。

これが 医療保険制度の 「抜本改革」の おもな内容

命を金で換算 差別医療の拡大

医療保険制度「抜本改革」の第一の柱は、診療報酬の抜本的改悪です。

現在個室などの入院ベッドと給食の一部にのみ認められている差額料金が部屋代や診察料、薬代にまで拡大します。

診察料の差額とは、専門の医師にかかるときに保険とは別に技術や経験に応じてお金を支払わなければならないということ。また、大病院は入院を重視し、外来は「原則として紹介」制にされます。300床以上の大病院にかかるには、中小病院や診療所の「紹介状」が必要になります。紹介状がなければ初診料などの差額を払わなければなりません。

定額払いへ転換 「まるめ」治療へ

抜本改悪の第二の柱は、治療した内容に応じて費用を計算する仕組み（出来高払い制度）を「定額払い」方式に転換することです。

急性疾患については出来高払いを原則としますが、急性疾患でも入院が一定程度長引けば定額払いにするとしています。

将来、大病院にかかったときの医療保険での負担を5割にする計画もあります。また、サラリーマンなどの健康保険も昨年9月に二割に改悪されたばかりですが、改悪案では三割負担になります。

患者が専門的な治療を受けるためには、まず中小病院で紹介状をもらい、大病院では施設料差額を支払い、その上に特別料金を取られるということになります。

厚生省は、病院を急性期の医療に取り組み病院と慢性期の病院（療養型病床群）の二つに区分し、現在170万床近い病院ベッドを100万床ぐらいいまで減らそうとしています。

さらに欧米諸国と比較して、なお低い水準にある日本の医師数を減らすことも考えています。

慢性疾患については入院医療については定額払いとし、外来医療については高血圧、糖尿病、高脂血症等の定型的な慢性疾患は定額払いとするとしています。

定額制ではどんな病気で入院して

患者負担増へ 薬の参照価格制

第三は、薬の差額徴収です。

現在の薬価基準制度（個々の医薬品について国が定める公定価格制度）を廃止して、医薬品グループごとに、市場の実勢価格に委ねる原則にたつた新たな方式にするとしています。

新たな方式とは、「参照価格制度」といいます。この制度では、医薬品

長生きするなど 高齢者保険創設

第四は、70歳以上と65歳以上の寝たきり状態等の状態にある人を対象に高齢者だけの医療保険制度を新設することです。

現在の老人医療費の拠出金制度をやめて、高齢者相互にその費用を負担させ合う仕組みに切り替えようというものです。

も、一定期間がすぎたら「一日いくら」という定額にされます。こうなると定額になった時点で退院を迫られることになるでしょう。また、慢性疾患で手のかかる患者の入院拒否がおこりかねません。

グループごとに保険で支払われる金額が決めます。医師が提示した薬が参照価格より高価であれば、その参照価格以上の薬代は自己負担となります。また、メーカーが良く効くと自信を持った薬は高くなり、効く薬ほど高く、自己負担が多く取られることとなります。

患者は自分のふところと相談しながら薬を選ばなければならなくなり、貧富の差によって飲む薬が違うということもあります。

今でも国民健康保険に加入している高齢者は保険料を払っています。しかし、所得が180万円以下の人には健康保険の被扶養者として保険料は払わずに済んでいました。しかし、新しい高齢者医療保険制度は、すべての高齢者から保険料を徴収します。しかも、これまで定額制であった窓口負担を一部から二割の定率負担にするとしています。

総会記念講演抜粋

医療保険抜本改悪に反対する

中央社会保障推進協議会事務局長 堀 幾雄

いま、国民生活に多大な影響を与えようとしている法律として「財政構造改革法」があります。何が「改革法」なのかと言いますと、3年間、毎年予算を削りなさいという法律で、最もひどいのは社会保障予算を毎年圧縮するという、これが財政構造改革法です。

今後3年間、厚生省予算では社会保障予算は8千億円以上の自然増で、5千億円ぐらい削らなければいけなくなるが、結果として3200億円今年度予算から削った。圧倒的



に医療から削ったわけでは

昨年9月に厚生省の言う「抜本改革」が出されました。2000年には第二段階、2005年には最終段階という考えを明らかにしています。

昨年9月の医療保険の改悪

第一段階として昨年9月、医療保険制度の改悪として、健保本人が1割から2割へ、高齢者は薬代も含めると二倍から三倍相当の大幅な負担増となっています。厚生省は国民にほとんど影響はないだろうと言っていました。予算をはるかに上回る状況で、4月2日に出された調査記事では一・五倍にも増えています。

慢性疾患の糖尿病では、薬を中断した場合、まさに生命にかかわる深刻な問題です。高血圧の患者では、薬を1回に3錠飲むところを1錠に減らしたら何が起るのか。まったく効果がなくなるだけでなく、逆効果になりかねないのです。

このように人権問題にまでかわかる医療保険制度改悪が、第一段階として行われてきたのです。

医療保険制度の改悪で健保本人は1割から2割に、高齢者は窓口ひと月二千元に値上げされ、薬代も別途徴収されるため2割から3割と負担を大幅にアップされました。これが昨年9月の医療保険制度改悪のおもな内容です。

今後予定される抜本改悪の中味

2000年には高齢者だけの新たな高齢者保険を創設し、しかも窓口での医療費を現在ひと月二千元の定額制から1割から2割の定率制にしたいと言っています。

また、新薬価制度のスタートで薬の制度も「参照価格制度」に変えたというのも第二の特徴です。この参照価格制度というのは、たとえば、胃薬にメーカーがつけた値段が、200円、300円、400円の3種類あったとします。保険で支払われる金額（上限価格）が300円と決められると、400円の薬を使う場合は、100円が患者負担ということになります。

三つ目は、「社会的入院」の解消です。高齢者は1ヶ月たったら出て

いってほしい、そうしなければ病院の経営は成り立たなくなりますが、と言う厚生省の脅しの中身です。

四つ目は、慢性疾患の定額制の問題です。現在の出来高払いをやめ、診察も検査も決められた一定額とする。また、急性疾患でもある一定程度の入院期間が長引けば、その時から定額制になります。それによって、病院からの退院強制や入院拒否が必ずおこってきます。

大筋四つの問題で2000年には完成したいと言っています。医療保険の第二段階は高齢者に焦点をあわせる、これがねらいなのです。

今年の国会に提案しようとしたが、医師などの関係者から批判が多く今回は断念せざるを得ず、来春にまた提案しようという感じですが。

社会保障を削減するためには最もお金のかかる高齢者の医療費を削減したいというのが第二段階の大きな政府のねらいなのです。

さらに、病床数の見直し・医師の数の適正化とありますが、厚生省は地域の病院で170万のベッドを100万ベッドに減らすことを考えています。国民医療費が高いのは、病院数が多すぎるという論理です。病院を減らせば医療費を少なくできると単純に考えているのです。

そこには介護保険が背景にあり、150ベッドの中小病院は経営でなくなり、でも、半年考えなさい、そこに救いの道を与えましょう。ここに、介護保険が生まれてきます。介護保険は「存じのよう」に「保険あつて介護なし」です。

65歳から給付が受けられます。厚生省の公式見解では40%くらいしか無理でしょうと言っています。地域によっては、高齢者率が30%を超えるところがゴロゴロあります。

財政力が弱い地域では40%はおろか、10〜20%の人たちがホームヘルプサービスや、特別養護老人ホームを利用できなかったらどうなるでしょう。そこで厚生省は特養ホームやホームヘルパーを作っていると思いますか。いいえ、何もしてはいないんです。それはなぜか。

医療保険抜本改革で、中小病院をつぶし福祉施設に変えるんです。そうすれば、60万のベッドが余るんです。病院ではなく福祉施設です。お金は介護保険からもうらうんです。

100ベッド、150ベッドの病院は大変なんです。中小病院は慢性的看護婦不足です。患者がお年寄りばかりの病院には、看護婦も来ないんです。

しかし、お年寄りが集まる中小病

院がなければ、どんな事態になるか。開業医と中小病院のおかげで、早期に治療できたのではないでしょう。大病院主義では大変なことになると思います。

そういう意味で患者や医療関係、労働組合とが力をあわせ、運動していかなければいけないと思います。たとえば、病院にお年寄りがひと月入院すると4〜50万円かかる。今の老人保健施設は将来介護施設となつて、約30万円かかります。

一番安いのは、特養ホームで27万円かかる。最終的に介護施設は、普

最後までがんばった 北海道の仲間 特定疾患医療費 患者負担8月導入へ

4

通の病院をつぶして作る、それを更に安い料金で介護保険から出します。このように、二重・三重に医療の抜本改革をします。

入院期間の短縮、医療費の伸びの安定、財政の安定化、と、これは何を言っているかという、健保本人の三割負担です。

2000年にも三割負担が出てくる可能性がある。最悪でも2005年には実施しようとしている。三割にするものすごい黒字になりません。いかなることがあっても国の補助が減りますし、大黒字が続きます。

全国的に5月1日から特定疾患一部患者負担が強行実施されましたが、北海道では難病連を中心とする患者・家族のねばり強い反対運動、道議会や世論の支持もあり、一部患者負担実施が延期されました。

しかし、全国の自治体で5月1日からの実施を見送ったのは北海道だけとなり、厚生省などの強い圧力もあり、北海道でもついに8月1日からの実施を決定しました。

北海道難病連は、早速、理事会を開き①難病患者に経済的負担を強め、希望を失わせるものであること、②一部負担と重症度基準の導入が特定疾患の治療・調査研究に重大な影

改悪反対へ これからの運動

医療保険の抜本改革は何をねらうのでしょうか。

例えば、日本丸というタイタニック号を、厚生省は2005年にかけて、急速に右に旋回し、氷山に向けて動かそうとしているのは必至です。急速に代わる社会保障制度の中で、タイタニック号が氷山にぶつからないよう、胸を張って阻止していかなければいけないと思います。ともに頑張りましょう。

響をもたらし、研究にも影響を及ぼしかねないこと、③小児慢性特定疾患や身体障害者医療などの他の公費医療に大きな影響を及ぼすものであること等を指摘し、極めて遺憾なことであり、今後は一日も早く、全額公費負担を復活させることを重大目標を掲げて運動を一層強化していくことを確認しました。

現在、5月以降の難病患者の実情調査を行っています。「JPCの仲間」付録として同封してあります。実情把握のため、ぜひご協力ください。いますようお願いいたします。ご記入後はご面倒ですが事務局へ返送してください。

都道府県単独事業（医療費）の概要（平成8年度）

都道府県名		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		北海道	栃木	群馬	埼玉	東京	富山	長野	静岡	愛知	滋賀	京都	大阪	兵庫	奈良	和歌山	広島	山口	香川	高知	長崎
腎	ネフローゼ症候群		○			○	●							●		●		●	○		
	慢性腎炎(腎機能不全)						●											●	○		
	悪性腎硬化症												●	●							
	人工透析を必要とする腎不全					○															
臓	慢性腎不全						●											●			
	多発性嚢胞腎					○															
	慢性腎疾患(その他を含む)										●				●			●			
神	慢性腎疾患			●								●	●				●			●	
	脳脊髄血管異常						●														
経	アルツハイマー病						●														
	ピック病						●														
	パーキンソン病(国庫補助以外)						●														
	進行性核上性麻痺					○															
消	ミトコンドリア脳筋症					○							●								
	遺伝性(本態性)ニューロパチー					○															
化	慢性膵炎						●														
	肝内胆汁うっ滞						●														
	難治性の肝炎(肝硬変等)	○				○	●	○		○											
器	特発性門脈圧亢進症					○	●														
	蛋白喪失性腸症												●								
血	溶血性貧血	○			○		●	○													
	汎発性血管内血液凝固症							○													
	血友病等血液疾患(国庫補助以外)												●			●					
液	血友病類縁疾患(国庫補助以外)											●									
	好酸球增多症候群				○	○															
循	特発性心筋症						●												●		
	若年性高血圧症						●														
	悪性高血圧症					○															
	慢性心疾患			●								●	●	●			●	●			
内	下垂体機能障害	○	○				●		○							●					
	クッシング病及び尿崩症													●							
	シモンズ、シーハン病													●							
	ステロイドホルモン産生異常症	○																			
免	内分泌疾患(下垂体性小人症は除く)										●	●	●	●			●			○	
	橋本病	○	○		○		●						●	●		●					
	免疫不全症候群(原発性は除く)						●														
感	シェーグレン病	○				○	●														
	膠原病(若年性関節リウマチは除く)			●							●	●	●				●	●			
代	突発性難聴	○	○				●		○					●		●				○	
	メニエール病						●													○	
呼	リビドーシス					○															
	糖尿病											●	●	●	●			●			
	先天性代謝異常											●	●	●			●				
骨	肺線維症						●						●			●					
	ぜんそく			●									●								
皮	びまん性汎細性気管支炎					○															
	特発性非感染性骨頭壊死症						●														
筋	強直性脊椎炎					○															
	尋常性乾癬						●														
原	母斑症					○															
	進行性筋ジストロフィー			●			●								●	○				○	
神	ミオトニー症候群					○															
	神経・筋疾患			●								●	●	●			●				
その他の小児慢性疾患																					●
計		7	4	6	3	16	25	3	3	1	6	9	12	10	4	6	7	7	6	1	1

(注) ○印は自己負担分を一部公費負担。●印については、条件が各県により異なります。

個々の事情を無視 要介護認定基準時間で設定

6

- 1 要介護状態に該当すること、及びその該当する要介護状態の区分の審査判定は、要介護時間（次の各号に掲げる行為に必要と認められる1日あたり時間として高齢者の要介護時間などに関して別途行われた調査に基づき推計される時間）が30分以上である者、又は30分以上である状態に相当すると認められる者に対して、別表に定める区分に従い行なうものとする。
- (1)「直接生活介助」身体に直接触れて行なう入浴、排泄、食事等の介護など。
- (2)「間接生活介助」衣服などの洗濯、日用品の整理等の日常生活上の世話など。
- (3)「問題行動関連介助」徘徊、不潔行動等の行為に対する探索、後始末などの対応。
- (4)「機能訓練関連行為」嚥下訓練の実施、歩行訓練の補助等の身体機能の訓練及びその補助。
- (5)「医療関連行為」呼吸管理、じょくそう処置の実施等の診療の補助など。
- 2 要介護状態となる恐れがある状態に該当することの審査及び判定は、第1項に掲げる要介護状態の区分に該当しない程度の状態であつて、第1項第2号及び第4号に掲げる行為に必要と認められる1日あたりの時間が5分以上である者、又は5分以上である状態に相当すると認められる者について行なうものとする。

⑩ 審査判定においては、かかりつけ医意見書や介護サービス調査票を勘案するとともに、「各要介護状態区分の状態像の例示」から考えられる介護の必要度と比較して審査判定を行なう。

要介護度に応じたサービス事例の考え方は、次のとおり。

【要支援】機能訓練の必要性にかんがみ、週2回の通所リハビリテーションが利用できる水準。

【要介護1】排泄、入浴、清潔、整容、衣服の着脱等に一部介助等が必要な状態であり、毎日何らかのサービスが利用できるサービス水準。

【要介護2】排泄、入浴、清潔、整容等に、一部介助または全介助が必要になる状態であり、かなりのリハ

ビリテーションの働きかけができるよう、週3回の通所リハビリテーションまたは通所介護を含め、毎日何らかのサービスが利用できる水準。

【要介護3】排泄、入浴についての全介助のほか、清潔、整容、衣服の着脱に全介助が必要になることから、夜間（または早朝）の巡回訪問介護を含め、1日2回のサービスが利用できる水準。

医療の必要度が高い場合に、週3回の訪問看護サービスが利用できる水準。

痴呆については、かなりの問題行動が見られることから、週4回の通所リハビリテーション又は通所介護を含め、毎日サービスが利用できる水準。

【要介護4】入浴、排泄、衣服の着脱、清潔、整容などの全般について全面的な介助が必要になることから、夜間（または早朝）の巡回訪問介護を含め、1日2～3回のサービスが利用できる水準。

医療の必要度が高い場合に、週3回の訪問看護サービスが利用できる水準。

痴呆については、問題行動が一層増えることから、週5回の通所リハビリテーション又は通所介護を含め、毎日サービスが利用できる水準。

【別表】

区 分	状 態
要介護状態区分1 (要介護1)	要介護時間が30分以上65分未満である状態又はこれに相当すると認められる状態
要介護状態区分2 (要介護2)	要介護時間が65分以上100分未満である状態又はこれに相当すると認められる状態
要介護状態区分3 (要介護3)	要介護時間が100分以上135分未満である状態又はこれに相当すると認められる状態
要介護状態区分4 (要介護4)	要介護時間が135分以上170分未満である状態又はこれに相当すると認められる状態
要介護状態区分5 (要介護5)	要介護時間が170分以上である状態又はこれに相当すると認められる状態

【要介護5】生活全般にわたって、全面的な介助が必要になることから、早朝、夜間の巡回訪問介護を含め、1日3～4回程度のサービスが利用できる水準。

医療の必要度が高い場合に、週3回の訪問看護サービスが利用できる。

- ・減らした
(理由)

重症認定患者の方へ

◆重症度認定申請はいつ出しましたか

- ・出した 申請日 月 日
- ・出さなかった
(理由)

◆新しい特定疾患受給者証（重症患者用）はいつ手元に届きましたか

- ・受取日 月 日
- ・まだ届いていない

◆重症患者と認定されると自己負担分はないことになっていますが、手続の遅れのために窓口で一時払いするケースがあります。あなたの場合はどうでしたか

- ・支払いなし
- ・窓口一時支払い（後に償還）

◆県単独の特定疾病についても重症度基準は導入されましたか

- ・導入された
- ・導入されなかった

◆制度改定にあたって何らかの新たな公的医療費補助ができましたか

- ・ない
- ・ある（具体的に)

◇どうもありがとうございました。その他設問以外にお気付きの点がございましたらご記入ください

40歳以上要介護認定 制限列挙方式を導入

1 特定疾病の位置づけ

○「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であって、政令で定めるもの」と定義されており、保険給付は、40歳以上65歳未満の医療保険加入者で、特定疾病を原因とする身体上又は精神上の障害により、要介護状態又は要支援状態となつている場合に行われること。

○市町村が行なう要介護認定又は要支援認定によつて、要介護・要支援状態にあること、その原因となつている疾病が特定疾病であると認められることが介護保険の給付を受ける要件となつている。

2 特定疾病の選定基準の考え方

○「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病」である為には加齢という現象が疾病の発生等と医学的関係がある事が当然の前提となる。

○介護保険法では、要介護状態とは「身体上又は精神上の障害があるために、日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であつて、その介護の必要に応じた

厚生省令で定める区分のいずれかに該当するもの」としている。

要支援状態とは「身体上又精神上の障害がある為、厚生省令で定める期間にわたり継続して、日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態であつて、要介護状態以外の状態」と定義されている。

厚生省令で定める期間としては、3～6ヶ月が想定される。

○特定疾病の要件として、一時的に介護を要する状態や支援を要する状態を生じさせるだけでなく、3～6ヶ月間継続して介護が必要となる疾病であることが求められる。

○40歳から65歳未満の年齢層においても発生が認められる等、加齢との関係が認められる疾病であつて、その医学的概念を明確に定義できるもの。

○3～6ヶ月以上継続して要介護状態又は要支援状態となる割合が高いと考えられる疾病。

以上のような要件を満たす特定疾病の候補疾病としては、別記のものが考えられる。

特定疾病候補一覧

含まれる疾病	疾病の特徴	
初老期の痴呆	アルツハイマー病 ピック病 脳血管性痴呆 クロイツフェルト・ヤコブ病 等	65歳未満で発症し、痴呆を来す疾患を総すべて含み、基礎疾患を問わない症候群。初老期に発症し、痴呆を主症状とする脳の一次性変性疾患である初老期痴呆の他、脳血管障害、プリオン病、感染性疾患、中毒性疾患、腫瘍性疾患等を含む症候群。
脳血管疾患	脳出血 脳梗塞等	脳血管の病的変化により神経症状をもたらす疾病群。脳血管の血流障害により脳実質が壊死を来す脳梗塞、脳血管の破綻による脳出血、クモ膜下出血等があり、意識障害、運動障害を起こす。
筋萎縮性側索硬化症 (ALS)		運動を司る神経細胞が変性、消失していくために、手足の脱力に始まり、呼吸や嚥下に必要筋を含む全身の筋肉が萎縮していく疾病。
パーキンソン病		安静時振戦、仮面様顔貌、歩行障害、筋固縮等の運動障害を来す神経変性疾患。
脊髄小脳変性症		運動をスムーズに行うための調整を行う小脳、及びそれに連なる神経経路の変性が、慢性に進行性に経過するためにおこる運動失調（協調運動障害など）を主症状とする、原因不明の神経変性疾患。
シャイ・ドレーガー症候群		起立性低血圧を中心に、排尿障害、発汗低下など自律神経症状が潜行性に進行し、小脳症状、パーキンソン病様症状等の中枢神経症状が加わって、進行性に経過する神経変性疾患。
糖尿病性腎症 糖尿病性網膜症 糖尿病性神経障害 閉塞性動脈硬化症		糖尿病に慢性に合併する割合の高い疾病。それぞれ、腎不全、失明、知覚障害等、重篤な経過をたどらう。
慢性閉塞性肺疾患	肺気腫 慢性気管支炎 気管支喘息 びまん性汎細気管支炎	動脈硬化症による慢性閉塞性疾患で、間欠性跛行が初発症状であることが多く、病変が高度になると安静時痛、潰瘍及び壊疽が出現する。
両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 慢性関節リウマチ		気動の狭窄等によって、主に呼気の排出に関して慢性に障害を来す疾病。
後縦靭帯骨化症		変形性関節症とは、老化により膝関節の軟骨に退行変性が起こり、骨に変形を生じて関節炎を来す慢性的な疾病。O脚や肥満が誘因となることが多く、中年の女性に多い。
脊柱管狭窄症		自己免疫性疾患の一つと考えられ、進行性の慢性に経過する多発性の関節炎を来す。関節のこわばり、腫脹、疼痛等を起こす。終局的に関節拘縮、関節強直を呈して日常生活動作が著しく障害される難治性疾患。
骨粗鬆症による骨折		脊椎の後縦靭帯に異常骨化により、脊髄又は神経根の圧迫障害を来す疾病で、頸椎に多い。上肢のしびれ、痛み、知覚鈍麻等が進行する。
早老症（ウエルナー症候群）		脊髄の通り道である脊柱管が老化等により狭窄することによって、神経が圧迫され、腰痛、足の痛みやしびれ、歩行障害等を来す疾病。
		骨粗鬆症とは、骨組織の組成は正常であるが、単位体積あたりの骨の量が減少した状態を呈する症候群をいい、老化等による内分泌の不調等によるものが多い。骨折部位は、前腕部や、大腿骨頸部、腰椎等の骨折が多く、閉経後の女性に多い。
		年齢のわりに早期に老化に似た病態を呈する症候群。白内障、白髪、脱毛、糖尿病、動脈硬化等の早老性変化が見られる。

'98全国患者・家族集会 in 高知

11月14日(土)15日(日)13:00より

高新文化ホール 宿泊・山翠園

まっこと
いかんぜよ
『社会保障の
後退』



●記念講演

坂本龍馬記念館長 小椋 克己氏

●全体会・分科会討議

☆どなたでも参加できます

お楽しみJPC協力会員
抽選会など沢山

JPC・日本患者・家族団体協議会

一九七六年二月二十五日第三種郵便物
S S K O 通巻三三三四号(毎週月・火・木・金発行)
一九九八年八月十七日発行

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

新刊書の紹介

児島美都子著

『ガンの夫を自宅で看取る』

——医療ソーシャルワーカーの

介護日記から——

前JPC代表幹事を務めていまし
た長宏さん、ガン告知を受けてから
の可能な限りの「普通の生活」を続
けて人生をまっとうするための二人
三脚の生活が描かれています。配偶
者であり、共に社会保障の拡充、医
療・福祉・高齢者問題に手を携えた

ガンの夫を
自宅で看取る

児島美都子
著



不景気、医療保険制
度改悪、難病対策の後
退に対する怒りは、先
の参院選で自民党を敗
北させた。この力をJ
PCの運動に結集を!

同志でもある児島先生の著作。
療養その間の悩みも迷いも喜びも
すべてを克明に綴った日記を下敷き
に、医療ソーシャルワーカーとして、
そして家族として懸命に介護に取り
組んだ貴重な記録です。ぜひ一読
ください。
お買い求めはJPC事務局(発送
料別途)またはお近くの書店へ。
定価1500円 農文協発行
〒107-8668
東京都港区赤坂7-6-1
03-3585-1141

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6-26-121

頒価三百円

目 次

- 医療保障制度の連続改悪に反対 573
- 総会記念講演 575
- 特定疾患医療費 患者負担8月導入 576
- 40歳以上要介助認定 579