



大阪+知的障害+地域+おもろい=創造

知の知の知の知

社会福祉法人大阪手をつなぐ育成会 社会政策研究所情報誌通算 4427 号 2018.6.8 発行

「身体拘束」が増えていく社会は健全か？

シノドスジャーナル 2018年6月7日

長谷川利夫 / 精神障害作業療法学
身体拘束とは何か？



皆さんは、病院や施設などで、ベッドに身体を縛り付ける「身体拘束」をご存じだろうか？

こちらの写真は、私が病院で使われているベッドに「身体拘束」されている写真だ。仰向けになった私の両手首、両手足には「拘束帯」と呼ばれる器具が装着されている。手足は固定され、仮に頭がかゆくてもかくこともできない。トイレに行きたくなくても、トイレに行くこともできない。

通常は身体拘束をされると、オムツを

させられ排尿はそこでさせられることになる。カテーテルと言って尿道に管を通されることもまれではない。社会の中で「身体拘束」される人は、病院、高齢者の施設、さまざまな障害者が入所する施設などがあるが、全容は明らかになっていない。「身体拘束」はある種のタブーとなっていて、病院施設関係者も、される本人、家族も、なかなか忌憚なく話し合うということにはなっていないようである。家族も「病院や施設にお預けしている」という意識が働くことも多い。

私は、「精神科医療」における身体拘束について研究や活動を行っている。まずは「精神医療」に領域を絞って対象に迫っていき、最終的には、社会の至るところで行われている身体拘束によって引き起こされている問題を解決していければと考えている。

そこでまず、簡単に我が国に精神医療の現状を概観しておこう。

我が国では、医療法第7条で「病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるもの」を「精神病床」と言っている。（精神病床には、いわゆる一般病院の中にある精神病床と精神科病院の中の精神病床があるが、我が国は圧倒的に精神科病院における精神病床が多いので、ここではとくに区別せずに述べることにする。）つまり、我が国では、精神疾患で病院に入院する場合は、「一般病床」ではなく、「精神病床」に入院しなければならない。この多くは精神科病院にある。

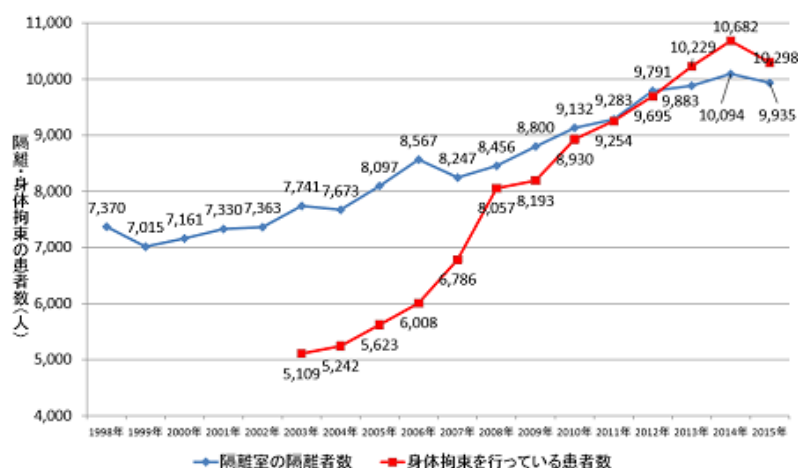
日本には約 33 万の精神病床があり、ここに約 29 万人が入院している。じつはこの内、約 19 万人が 1 年以上ときわめて長期に入院している人たちだ。そして同じ数の人たちが、一日中病棟に鍵がかかってそこから出ることのできない「閉鎖病棟」に入院している。

さらに日本の精神科病院の平均の在院日数は 280 日。諸外国が 1 カ月以内であるのに比べて長期入院が際立っている。日本の精神医療が「隔離・収容」主義と言われる所以である。また、精神科病院への入院は、自分の意思で入院する「任意入院」、自分の意思にかかわら

ず強制的に入院させられる「医療保護入院」、「措置入院」などのタイプに分けられるが、46%の人たちが医療保護入院、措置入院など、自分の意思によらず強制的に入院させられた人たちだ。このように我が国の精神医療は、長期入院、閉鎖性という特徴をもっている。このような中で「身体拘束」が行われる。

厚生労働省は、毎年6月30日に、全国の精神病床をもつ病院に調査を行っている。これを取りまとめたものが“精神保健福祉資料”である。これによると、近年、身体拘束を受ける人が急増しているのがわかる。

図表を見て欲しい。



赤い線が身体拘束をされている人の数、青い線が隔離をされている人の数である。ここでいう「隔離」とは、自ら出ることのできない鍵のかかった部屋に本人を閉じ込めることである。精神科病院の場合だと、「隔離室」と呼ばれる隔離をするための特別の個室があり、そこに患者を閉じ込めるのが一般的である。「隔離室」は病院にもよるが、どんなに叩いてもびくともしない厚い鉄の扉にのぞき窓、狭い部屋の中に丸見えのトイレ、などという構造の所も少なくない。

図で示したようにこの「隔離」をされる患者も増加している。しかし、身体拘束をされる人の方が急増していて、隔離をされる人の数を近年追い抜いているのがわかるだろう。

これは何を意味するのだろうか？

ニュージーランド国籍ケリー・サベジさんの死

具体的な例で考えてみよう。

1人のニュージーランド国籍の青年が、昨年5月、神奈川県内の精神科病院で身体拘束中に心肺停止となり、その後搬送先の病院で亡くなった。その名は、ケリー・サベジさん、享年28歳。私はケリーさんが亡くなった後、ご遺族からこのお話を直接うかがい、その死の約2か月後の7月19日に、“精神科医療の身体拘束を考える会”を立ち上げ、同日、厚生労働省と外国特派員協会でご遺族と一緒に記者会見を行った。

亡くなったケリーさんは、大の日本好きで、母国ニュージーランドで日本語を学ぶ青年だった。2015年に夢が叶い来日、鹿児島県志布志市の英語指導助手(ALT)として県内の小学校で仕事をしていた。ところが昨年(2017年)3月に精神



的に不安定になり、休養のため神奈川県内にある兄の家に滞在中の4月29日にそう状態になり、大声で叫んだり外に飛び出す行動が見られた。兄は救急車を呼んだが、精神疾患には対応できないので警察を呼ぶように言われた。翌4月30日の朝に、状態が悪化し、兄は110番に電話をし、警察官とともに警察署へ向かい、同日、神奈川県内にある精神科病院である大和病院に措置入院という強制入院になった。

同行したお兄さんの話によると、精神科病院に到着し診察中のケリーさんは落ち着いて静かだったとのことである。しかし、ケリーさんは医師からベッドに横になるよう指示をされ、それに従って横になり、すぐに両手、両足、胴をベッドに縛る身体拘束をされたのである。ケリーさんはニュージーランドにいた5年前、うつ病で1ヶ月余り入院したことがあったが、身体拘束をされたことはなかった。落ち着いているにもかかわらず、入院するなりいきなり身体拘束をすることにお兄さんは大変驚いたそうである。

その後の様子をカルテなどの記録から追ってみる前に、精神科医療における身体拘束は、法律などでどのように定められているかを見てみよう。

精神科病院のことなど、広く精神医療のことについて規定しているのが、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下、精神保健福祉法）である。

この法律の37条に基づいて定められているのが「精神保健福祉法第37条第1項の規定に基づく厚生大臣が定める処遇の基準」（厚生労働省告示）でありここで身体拘束のことが述べられている。

この基準の中の「基本的な考え方」には次のように書かれている。

「身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。」

ここにあるように、身体拘束は本当にやむを得ない時にだけ、しかも代替手段が見出されるまでの間にされることがかろうじて許されるものであり、早期に他の方法に切り替えることが求められている。

続いてどのような人が身体拘束の対象となり得るかを見てみよう。

対象となる患者に関する事項

身体的拘束の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、身体的拘束以外により代替方法がない場合において行われるものとする。

ここでも、やはり「代替方法がない場合に行われる」と規定されている。

さて、次にどのような患者さんにすることが許されるかの3要件が示される。

身体拘束の「対象となる患者」

ア．自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合

イ．多動又は不穏が顕著である場合

ウ．ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

さて、それでは、ケリーさんに対してなされた身体拘束がどのようなものだったのか、身体拘束をされ、それを外すことを懇願しても外されることなく、心肺停止に至ったかを実際のカルテ、記録から見てみよう。

5月1日（診療録）カルテ

「左手の拘束を外して欲しい。」

（点滴抜かないようにしばらく続けること説明）

水分の要求にて水をコップ数杯飲水する。

こちらからの問いかけに的確な返答あり。

食事中逸脱行為ないが、拘束を外して欲しいと何度か要求があり主治医へ伝えると説明する。

拘束の訴えについては了解が悪い。

5月4日【看護記録】

「昼薬時、覚醒あり『おはようございます』と返答される。対応は穏やか」
昼薬をすすめると「いらぬです。大丈夫です」と頑なに拒否あり飲めず。

5月6日【看護記録】

疎通良好

声かけに「おはようございます」と返答あり、食事に関して「お腹空きました。ご飯食べたいです」と発語あり。

水分も吸い飲みにて100ml程度飲める。その後も「もう少し水ください」と、追加で200mlほど飲まれる。むせ込みなし。

雑談もでき、「日本語は完璧じゃないですけど、なんとか話せます」

「兄が横浜に住んでて」などと会話できる。

5月7日【看護記録】

声かけに容易に覚醒する。

「これ（拘束）から抜きたいから・・・お兄さんと、先生と・・・打合せして欲しい。」

帰宅希望も聞かれる。

主治医も家族との面談を予定していることを伝える。

「そうですか・・・わかりました。」

以上を読めばわかるように、入院中のケリーさんは「疎通良好」であり、「雑談もでき」るような状態だった。先に示した身体拘束の実施が許される3つの要件にはとうてい該当していないと言えるだろう。

ところが驚くべきことに、看護記録には、次のような文が、入院当日4月30日（日）16時30分以降、急変した5月10日（水）まで毎日、8時30分、16時30分、23時30分の1日に3回ずつ、ほぼ定刻に記載されている。

「精神運動興奮状態にあり、不穏、多動、爆発性が著しい。放置すれば患者が受傷するおそれが十分にある。」

これは明らかにその他の記録と相反する内容だ。ケリーさんは、このような状態ではなかった。患者さんの状態にかかわらず、この「定型文」を1日3回記入するようにしていたのだと推測される。一体何故このようなことが起きるのか。

これはおそらく、病院が上記の身体拘束の3要件に該当するという「根拠」を記録として残すために行っていると考えられる。これがないと後々違法性が問われる可能性があるからだ。違法性が問われる可能性があるから、患者さんの状態にかかわらず、もっとも「重度」な状態を示す言葉を書いているわけである。

“精神科医療の身体拘束を考える会”は、その後厚生労働省に出向き、このような実態の改善を訴えたがこれについて動く気配がなかった。「(当該精神科病院の監督をする)神奈川県から、精神保健福祉法上の問題点はなかったと報告を受けた」ということで、それ以上踏み込もうとはしなかった。

ケリーさんは、5月10日に心肺停止で急変後、市立病院に転院となり、その後5月17日に還らぬ人となった。

理性への過剰な信頼

ケリーさんのように診察場面で落ち着いているにもかかわらず、身体拘束をされてしまったという例は、“精神科医療の身体拘束を考える会”にも多く寄せられている。病院によっては、入院するとまずは身体拘束から始める、というように、身体拘束をルーチンで行っている所もあると聞く。身体拘束の急増の背景には、このようなこともあるように思う。しかしこれは違法なはずだ。だが、このようなことに対して、国は指導を行わない。司法の場に持ち込んでも「専門性の壁」が立ちほだかる。病院とは、いわば医師や看護師など国家資格をもった人たちが集まり仕事をしている所だ。裁判所の判断は、「(医療の専門家である)医師などがそう判断するのであればそうなんでしょう」というようになりがちである。

身体拘束されると即面会謝絶となり、本人と家族が会えないようになってしまうこともあ

る。こうなるとまさに身体拘束は「闇の中」だ。

精神科病院への入院は、本人がどんなに抵抗しても強制的に行われることも多く、さらに入院すればそこが閉鎖病棟で容易に外に出られない状況だったりする。そもそもが、医療者と患者さんがよい関係性を築きにくい状態にある。少なくともスタート地点はそうである。そのような中、人が人を縛る身体拘束が行われる。縛られる人が「はい、どうぞ喜んで縛ってください」などということは通常考えにくい。抵抗するのは当たり前である。

しかし、この抵抗を医療の立場では「興奮」など何らかの症状と見立てることもあり得る。一時的に身体拘束を解除して再度身体拘束をすることも病院ではあるが、その際に患者が抵抗しないと病院内では「再拘束スムーズ」など記録して、あたかも患者が「いい状態」として捉えたりもする。しかし患者さんは、たんに諦めていたり、抵抗したりしたらまた身体拘束される時間が延びると思って無抵抗になっていたたりもするのだ。

このように、「医療者」と「患者」は異なった地点にいることを直視しなければならない。そしてその医療者は患者の行動を「症状」として捉え、はたまた、静かにしていても身体拘束をする力を持っている。あととこのために、記録さえしてあれば違法性は問われにくい。

さらに、医療者は、「理性」に対する過剰な信頼があるようにも思われる。「専門性の罫」と言ってもいいかもしれない。

人間の多様な様相を、「不穏」「多動」などの一言に落とし込み、それを根拠に身体拘束をしてしまうようなことが多く行われている。よって今後、国から身体拘束についての「ガイドライン」を作るなどという話が出てくることには最大限の警戒が必要だろう。私はそれにより多くの「犠牲者」が出ることになるかと予想する。

我が国では、法律で大枠が定められ、実質的なことは各省庁のガイドラインで書き込むというということが平気で行われるが、これは悪しき官僚主義の現れだ。立法府が力を持ち、引き戻す必要がある。そこに市民、国民が参画していくことが肝要である。

健全な社会へ

医療の「専門性」によって「患者」を判断し、その人を縛るということは、きわめて大きな危険性を伴っている。病院という空間に入ってしまうえば、そこでの言動はどんなに真摯なものだったとしても「精神症状」として捉えられ、それにより身体拘束される可能性がある。

最近では、認知症になった方が精神科病院に入院することも増えてきており、ますます可能性は増大してきていると言えるだろう。

私たちはなすすべはないのだろうか？

いい傾向もある。今まで身体拘束に関してはある種のタブーのような状態だった。筆者もこのような事態に風穴を開けたいと、2013年に『精神科医療の隔離・身体拘束は』（日本評論社）を上梓し活動を始め、2015年には、国会の参議院厚生労働委員会で初めて、この精神科医療の身体拘束急増問題が質疑された。

2016年には読売新聞が全国紙でこの問題を初めて取り上げた。昨年2017年の第193国会では、本会議を含め、複数の議員がこの精神科医療の身体拘束急増問題を取り上げた。そしてこのような中、ケリーさんが身体拘束後亡くなり、海外メディアに引っ張られるようではあったが、国内のあらゆるメディアがこのことを報道し、NHKにおいても、その後、EテレのハートネットTV、今年に入ってからクロズアップ現代と、番組が組まれている。

そして、今、この身体拘束はおかしいのではないかと、おかしかったのではないかと、という本人や家族の声や“精神科医療の身体拘束を考える会”にさまざま寄せられてきている。あまりに不当と思われる事例には、“考える会”として直接病院と話し合うことも始めている。

このような今までにない活動を続けていくことで、不適切な身体拘束を減らし、人権侵害や命を落とすことを防ぐことが何より大切だと考えている。

身体拘束が増えてきていることには、人を人して見ずに「症状」としてばかり見たり、人を縛ることをルーチンに行ったりしていることが背景にあるのではないかと述べた。この



長谷川利夫 著

日本評論社

ような身体拘束が増え続ける社会は健全な社会ではない。

何かあれば下記まで連絡を頂けることを願っている。

杏林大学保健学部 作業療法学科 〒181-8612 東京都三鷹市下連雀 5-4-1 TEL : 0422-47-8000 内線 : 2512 携帯電話 : 090-4616-5521 E-mail : hasegawat@ks.kyorin-u.ac.jp

精神科医療の隔離・身体拘束書籍 作者長谷川利夫

発行日本評論社 発売日 2013年4月19日

カテゴリー単行本 (ソフトカバー)

ページ数 157 ISBN4535983852

長谷川利夫 (はせがわ・としお)

精神障害作業療法学

1964年、東京都生まれ。杏林大学保健学部作業療法学科教授。著書に『精神科医療の隔離・身体拘束』(日本

評論社)、『病棟から出て地域で暮らしたい 精神科の『社会的入院』問題を検証する』(やどかり出版)、『私たちの津久井やまゆり園事件 障害者とともに (共生社会) 明日へ』(社会評論社)。



社説 外国人就労の受け入れ拡大 共生政策も同時に議論を 毎日新聞 2018年6月7日

政府が「骨太の方針」の原案で、外国人就労の受け入れ拡大を打ち出した。原則として認めてこなかった単純労働にも門戸を開くもので、実質的な政策転換につながる。

政府案によると、受け入れ対象は人手不足が深刻になっている建設や農業、介護などの5業種。2019年4月に新たな在留資格を設け、25年までに50万人超の就業を目指す。政策転換の背景にあるのは、少子高齢化に伴う労働力不足だ。高齢者や女性を含む「1億総活躍」、ロボット導入による省力化などでも賄いきれないと判断したのだろう。

外国人労働者の拡大は世界的な動きであり、経済成長のためにも欠かせない。人口減少が進む日本で検討していくことは当然だ。

ただし、それによって増加する外国人労働者に国内での共生を促す政策は見当たらない。

人手不足解消という喫緊の課題にばかり目が行き、働く外国人の生活を守る視点が欠けているように思える。労働力の穴埋めと考えるだけでは、将来に禍根を残すことになりかねない。外国人受け入れの先例である技能実習制度では、賃金不払いや長時間労働などが問題化している。その二の舞いとしてはならない。

優れた外国人材の獲得は中国や韓国、タイなども進めている。劣悪な条件を強いるようでは、獲得競争で後れを取りかねない。賃金などの労働条件はもちろん、社会保障などを含めた環境の整備が求められる。

新制度について政府は「移民政策とは異なる」と強調している。確かに新制度による滞在期間は原則5年で、帰国を前提にしている。

しかし、日本語や専門分野の試験に合格すれば期間が撤廃され、家族の帯同も認められる可能性がある。そうなれば「移民」との境界は、一段とあいまいになる。

外国人の増加を巡っては、国民の間で治安悪化の懸念など不安が根強いことも否定できない。だからといって排外的な考えを優先するのは好ましくない。

目指すべきは、外国人労働者が地域の人々と交流し、共に生活を営む社会であろう。そのためには、官民で就労受け入れを巡る議論を深める必要がある。

社説：セクハラ防止 表面的な対策でなく

中日新聞 2018年6月7日

福田淳一前財務次官によるセクハラ問題をきっかけに、政府は中央省庁の幹部職員にセクハラ防止研修への参加を義務付けるなど緊急対策をまとめた。表面的な対応で片付けよ

うとしていないか。

中央省庁の幹部職員によるセクハラ問題をめぐっては、四月に辞職した前財務次官に続き、厚生労働省で福田祐典健康局長による女性職員へのセクハラ行為が発覚。外務省でもロシア課長にセクハラ疑惑が浮上するなど相次ぐ。

セクハラ問題への対応が迫られる中での緊急対策は、各省庁の課長級以上の職員を対象にセクハラ研修への参加を義務付けるほか、受講状況を内閣人事局が確認。実質的に昇格の要件とするとしている。

各省庁に通報窓口を整備するほか、省庁からの独立性を保つために、人事院には第三者的な相談窓口の設置を検討するよう求める。

セクハラへの認識の欠けた人が幹部として昇任する組織は許されない。中央省庁が一斉に研修に取り組むことでセクハラの防止や理解促進に効果はある。だがこれらの策は民間企業ならすでに取り組んでいることだ。むしろ中央省庁がこれまで研修などを徹底していなかったことに驚かされる。

前財務次官の問題では民放の女性社員が被害に遭い、対策は、野田聖子女性活躍担当相が女性記者や経営陣らメディア関係者との意見交換を踏まえてまとめた。対象は全職員だとしてもメディア関係者に絞った印象も拭えない。

一連の問題が提起したのは、すべての人がセクハラという人権侵害に脅かされることなく、健全に働き、生活できる環境をどう整えるのかという問いだった。

セクハラ問題が後を絶たないのは現行法に禁止規定がないことも一因だろう。政府は「現行法でセクハラ罪という罪はない」といった答弁書を閣議決定したが、法の不備でセクハラがなくならないのであれば、政府内に限らず、すべての人の被害防止や救済を目的とした法整備に踏み込む選択肢もある。野田氏も当初は「罰則付きの法整備」に意欲を示していた。政府内で議論が進まず、結論が先送りになったのは残念だ。

国際労働機関（ILO）がセクハラを全面禁止にする条約制定に動きだそうとしている。条約ができ、日本が批准しないことになれば、国際的な反ハラスメントの動きにも取り残されかねない。セクハラ対策を表面的な取り繕いで済ませてはならない。

<社説>社会保障費190兆円 待ったなしで本格論議を 琉球新報 2018年6月7日

安心できる老後は訪れるのだろうか。厳しい数字が突き付けられた。

高齢者数がピークを迎える2040年度に、社会保障給付費が約190兆円に達すると推計を政府が初めて公表した。18年度の121兆円の1.6倍になる。国内総生産（GDP）比では、2.5ポイント増の最大24%まで上昇する。

財源をどうするのか。国や自治体の公費と国民負担の社会保険料を今よりもそれぞれ30兆円超ずつ増やさないと成り立たない。給付と負担の在り方について、早期に議論を本格化させないといけない。

40年度の給付費の内訳は、年金が73兆2千億円、医療が66兆7千億円か68兆5千億円（2通りの推計）、介護が25兆8千億円、子ども・子育てが13兆1千億円、生活保護などの「その他」が9兆4千億円となる。

とりわけ、医療と介護が全体の増加を押し上げている。医療の高度化に加え、75歳以上人口の増加で介護の需要が高まるためだ。

政府はこれまで、団塊の世代が75歳以上になり急激な高齢化が進む25年度までの推計値しか出してこなかった。今回は、その先の見通しを示した数値だ。

民主党政権時代の12年、民主、自民、公明3党が25年度を目標に「社会保障と税の一体改革」で合意し、消費税率10%への引き上げとそれに伴う社会保障の充実を打ち出した。消費税率は14年に5%から8%に引き上げたものの、その後は安倍晋三首相が10%への引き上げを2度延期し、ゴールは見えていない。

40年度に190兆円だと、財政赤字解消分などを合わせて、消費税率を22%まで引き上

げないといけないとの専門家の試算もある。増税だけで賄うには到底厳しい。自己負担の仕組みについて、現在の年齢別から収入や財産など負担能力に応じたものに改めるなど、制度の根本的な見直しも不可欠だ。40年は団塊ジュニア世代が65歳以上になる年だ。高齢者は増える一方、15～64歳の現役世代が今より約1500万人も減る。

働き手不足も深刻だ。政府の試算では、40年度に医療、介護、福祉分野で1065万人が必要になる。就業者の5人に1人が同分野で働かないとカバーしきれなくなる。

安心できる将来像を描くために、税金や保険料の負担を増やすのか、給付を抑えるのか、サービスを見直すのか。喫緊の課題は山積している。

しかし政府、与党内には議論を先送りする空気が漂っているという。来年の統一地方選や参院選を見据え、官邸筋には消極的な声もある。社会保障は国民の暮らしに直結する問題だ。待ったなしで取り組まないといけない。難題から逃げずに、正面から議論を進めるべきだ。持続可能な社会保障への青写真を早めに示し、国民を安心させてほしい。

社説:社会保障改革 削る議論ばかりでは

信濃毎日新聞 2018年6月7日

増大する社会保障費にどう対処するのか。展望は開けぬままだ。

「高齢化による増加分に相当する伸びに収める」。政府は、経済財政運営の骨太方針案に、社会保障費抑制の目標を掲げた。具体的な数値こそ見送ったものの、相変わらず医療や介護の給付費をいかに抑えるかという「出」の議論に偏っている。

国民に負担を求めるのなら、公平な税制のあり方も同時に探らなくてはならない。

方針案には、医療・介護費の自己負担が3割となる高齢者を増やす、介護サービスの利用に伴うケアプラン作成を有料にする、などの検討事項が挙げられた。

財務省の財政制度等審議会は▽75歳以上の医療費窓口負担を段階的に2割に引き上げる▽医療費総額の増加に応じて患者の自己負担率を自動的に上げる仕組みを導入する▽介護サービスの利用者負担を原則1割から2割に上げる一などを提案していた。

政府の経済財政諮問会議も、社会保障費の一層の圧縮を主張している。もっと負担を、削減を、との掛け声ばかりが響く。

団塊の世代全員が75歳以上となる2025年度に社会保障費は140兆円を超え、高齢者数が最多に近づく40年度には190兆円に膨らむ見通しだ。確かに、サービス利用者の一定の負担増は避けられそうにない。

ただ、政府は16～18年度で、給付費の増加を計1兆6千億円ほどに抑え込んだ。低年金で暮らす高齢者らに必要なサービスが行き渡らない事態が生じている。財源となる税制の見直しを欠いていたのでは、いずれ行き詰まる。

超高齢社会を見据え、経団連や経済同友会は、消費税を10%からさらに引き上げるよう提言している。社会保障の財源を考える際、なぜ逆進性の高い消費税だけに矛先が向くのだろう。

所得税の累進性や、個人と法人の資産課税を強化すべきとの指摘がある。国際間競争を理由に引き下げが進む法人税にしても、既にさまざまな軽減措置が講じられており、必要性に疑問が残る。

サービスを削り、利用者の負担を増やして給付費を抑える一。いまの論議の方向性では、お金を持つ人と持たない人、健康な人と闘病や介護が不可欠な人との間で格差が広がるばかりだ。

安心して望むサービスを受けられなければ、何のために高い社会保険料を払っているのかという不信を強める。社会保障制度の土台が揺らぎかねない。

月刊情報誌「太陽の子」、隔月本人新聞「青空新聞」、社内誌「つなぐちゃんベクトル」、ネット情報「たまにブログ」も
大阪市天王寺区生玉前町5-33 社会福祉法人大阪手をつなぐ育成会 社会政策研究所発行

