

第13回「今後の難病対策」関西勉強会 報告書

〈テーマ〉

「社会保障と税の一体改革について」

〈講師〉

京都府保険医協会 事務局 中村暁氏

- 一部 「最近の難病対策の動向」
- 二部 講演「社会保障と税の一体改革について」
- 三部 意見交換「今後の難病対策、来年度予算案等について」

〔開催日時〕 2012年1月15日（日）

13：15～16：30

〔開催会場〕 ラクトスポーツプラザ

（ラクトB 6階）

コミュニティールーム

「今後の難病対策」関西勉強会 実行委員会
（平成24年3月31日報告）

第13回「今後の難病対策」勉強会 参加者一覧

〔勉強会参加者〕 合計13名

〔特定疾患治療研究事業に該当する疾患の方々〕（計10名）

- ・ 膠原病関連 2名（SLE 1名、混合性結合組織病 1名）
- ・ パーキンソン病 4名
- ・ IBD 1名
- ・ 多発性硬化症 1名
- ・ CIDP 1名
- ・ 下垂体機能低下症 1名

〔難治性疾患克服研究事業・研究奨励分野〕（計1名）

- ・ 遠位型ミオパチー 1名

〔難病施策外の方〕（計2名）

- ・ ターナー症候群 1名
- ・ 線維筋痛症 1名

◎都道府県別

- ・ 大阪府 11名
- ・ 京都府 1名
- ・ 滋賀県 1名

2012年1月15日

第13回「今後の難病対策」関西勉強会の開催にあたって

「今後の難病対策」関西勉強会 実行委員長

京都IBD友の会会長 藤原 勝

皆さん、こんにちは。今年最初の関西勉強会を開催したいと思います。

昨年6月に政府の方針として「社会保障と税の一体改革成案」が出され、その中に難病対策が盛り込まれたところから、難病対策委員会が昨年9月より年内に6回開催されています。また引き続き、今年1月17日に第19回難病対策委員会が開催されます。

当初は限られた予算の中で公平性の観点から一定の基準のもとで疾病を入れ替えることも必要という論点メモが出され、難病対策が後退するのではないかという懸念がありました。その後の患者団体の運動により更に難病対策を拡充する方向で、1月6日に「社会保障と税の一体改革素案」の中に盛り込まれました。

その面では良かったのですが「社会保障と税の一体改革」全体としてどのように評価するのかということも大切なことですので、今回は「社会保障と税の一体改革」全体を講師の方とともに考えていきたいと思っております。

また後半の「難病対策」についても、前回の関西勉強会の時点から進んでいます。12月18日のJPA幹事会で出された伊藤たてお代表の情勢報告には、今後の状況がある程度述べられています。それをもとに皆さんで意見交換を行っていききたいと思います。それでは、よろしくお願いいたします。

関西勉強会実行委員会より

「今後の難病対策」関西勉強会は、現在15名の実行委員で企画・運営を行っております。今後も実行委員になっていただける方を募集しておりますので、よろしくお願いいたします。またホームページもご参考ください。

〔ホームページのアドレス〕

<http://hp.kanshin-hiroba.jp/kansaistart/pc/>

一部 「最近の難病対策の動向について」

難病対策の見直しにより懸念されていた特定疾患の入れ替えは無くなりました。これは私たちの運動の大きな成果ではないかと思えます。

そして1月6日に出された社会保障と税の一体改革素案では、難病について「長期高額医療の高額療養費の見直しのほか、難病患者の長期かつ重度の精神的・身体的・経済的負担を社会全体で支えるため、医療費助成について、法制化も視野に入れ、助成対象の希少・難治性疾患の範囲の拡大を含め、より公平・安定的な支援の仕組みの構築を目指す。」としています。当初は予算が限られている中で公平性の観点から一定の基準のもとで疾病を入れ替えることも必要であるという意見が出ていたことに比べると、予算の範囲内での消極的改革から積極的改革に舵取りされたと思えます。これは本当に私たちの運動による大きな成果だといえます。

一方、高額療養費の見直しによる患者負担の軽減に関しては、予算の確保が難しいことから当初の予定から大幅に縮小される見込みです。当初の受診時定額負担として外来受診時に100円程度を徴収するという案は見送られましたが、同時に高額療養費のための財源もなくなったという形です。特定疾患治療研究事業の対象疾患でない方々の中には、外来時に多少の負担があっても高額療養費の上限を引き下げて欲しいという思いがあったのではないかと

感じます。そもそも受診時定額負担と高額療養費の改革を抱き合わせにすることがおかしいのですが、医療費負担については非常に難しい問題だと思えます。

また、年間での負担上限等を設けることについて、所要の財源を確保した上で、導入することを目指し、その際には年収300万円以下程度の所得が低い方に特に配慮するとしています。なお、平成24年4月からの外来現物給付化されます。

2012年度予算案について、難治性疾患克服研究事業は本体が80億円、健康長寿社会実現のためのライフ・イノベーション（難病分）20億円で、合わせて研究予算は100億円を確保しました。また特定疾患治療研究事業は350億円（前年280億円）となり70億円の増額となりました。これは過去最高の増額であり、疾患の入れ替えに反対するとともに予算の増額を求めてきた運動の大きな成果だと思えます。ただし、特定疾患は毎年100億円ずつ自然増しており、70億円の増額でもまだ30億円足りないこととなります。

また、昨年の税制改正で行われた年少扶養控除の廃止等による地方財政の増収分の一部を特定疾患治療研究事業の地方の超過負担の財源として活用（平成24年度暫定的対応269億円）されることになりました。これにより来年度に関しては、地方自治体の超過負担は大幅に減少することとなります。

難病対策に関する動きと患者団体等の活動	
2011年 12月1日	<p>第18回難病対策委員会の開催</p> <p>この日の委員会には、「これまでの委員会における議論を踏まえた論点メモの修正案が出された。</p> <p>また、金澤委員長より、これまでの議論の中間的な整理を行うための文案「今度の難病対策の検討に当たって（案）」（中間的整理）が提案され、了承された。今後の委員会では、この中間的整理にもとづいて、議論が展開されることになる。</p>
12月1日	<p>今後の難病対策の検討に当たって（中間的な整理）の発表</p> <p>厚生労働省は12月1日の第18回難病対策委員会の討議を経て、委員会終了後「今後の難病対策の検討に当たって（中間的な整理）」を発表した。</p> <p>第15回委員会で厚生労働省が提示した「論点メモ」には、「医療費対象疾患、研究対象疾患については、公平性の観点からも、ある一定の基準をもとに入れ替えることを考える必要もあるのではないか。」とあったが、中間的な整理では、「疾病の入れ替え」等は記載されなかった。全体として概ね、患者団体の要望等が反映された内容となっている。</p>
12月9日	<p>第11回障がい者制度改革推進会議 差別禁止部会の開催</p> <p>〔主要議題〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・公共的施設及び交通施設の利用における差別禁止について ・その他
12月18日	<p>JPA幹事会で難病対策のうごきとJPAの対応について協議</p> <p>2012年12月18日、日本難病疾病団体協議会、法人第1期第1回（通算11回）幹事会で「難病対策・障害者対策のうごきとJPAの対応」について協議した。</p>
12月19日	<p>高額療養費の限度額引き下げ 難病対策の抜本改革を！ 緊急国会内集会の開催</p> <p>主催団体 日本難病・疾病団体協議会</p> <p>日時 2012年12月19日</p> <p>会場 衆議院第2議員会館多目的会議室</p> <p>JPAでは「来年度予算確保」「高額療養費負担限度額の引き下げによる医療費負担軽減の実現」「総合的な難病対策の実現」をかかげた緊急国会内集会を開きました。また、集会後に各党の厚生労働委員を中心に議員事務所を訪問し要請行動を行った。</p>

難病対策に関する動きと患者団体等の活動（つづき）

12月24日	<p>政府の2012年度予算案が閣議決定</p> <p>政府の2012年度予算案が閣議で決定された。</p> <p>難病対策は2132億円（他局計上分も含む）。</p> <p>難治性疾患克服研究事業は、本体が80億円、健康長寿社会実現のためのライフ・イノベーション（難病分）20億円で、合わせて研究予算は100億円を確保した。</p> <p>特定疾患治療研究事業は350億円（280億円）。概算要求からさらに50億円上積みされ、70億円増となった。</p> <p>新規事業として難病患者の在宅医療・介護の充実（4500万円）、難病対策の国際的連携（150万円）が計上された。</p> <p>また、昨年の税制改正で行われた年少扶養控除の廃止等による地方財政の増収分の一部を特定疾患治療研究事業の地方の超過負担の財源として活用（平成24年度暫定的対応、269億円）されることになった。これにより来年度の地方自治体の超過負担は大幅に減少する。これは難病対策として予算案に計上するものではない。</p>
2011年 1月6日	<p>政府・与党が「社会保障と税の一体改革」の素案を決定</p> <p>政府・与党は、「社会保障改革本部」を開き、社会保障と税の一体改革の素案を決定した。消費税率の引き上げについては「2014年4月に8%、2015年10月に10%」とすることを明記。景気情勢によって消費税引き上げの執行を停止する条項として「種々の経済指標を確認し、経済状況などを総合的に勘案する」との文言を盛り込んだ。</p> <p>素案では難病及び高額療養費について下記のように記されている。</p> <p>〔難病対策について〕</p> <p>長期高額医療の高額療養費の見直しのほか、難病患者の長期かつ重度の精神的・身体的・経済的負担を社会全体で支えるため、医療費助成について、法制化も視野に入れ、助成対象の希少・難治性疾患の範囲の拡大を含め、より公平・安定的な支援の仕組みの構築を目指す。</p> <p>また、治療研究、医療体制、福祉サービス、就労支援等の総合的な施策の実施や支援の仕組みの構築を目指す。</p> <p>〔高額療養費について〕</p> <p>○高額療養費については、制度の持続可能性の観点から、高額療養費を保険者が共同で支え合う仕組みや給付の重点化を通じて、高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討する必要がある。</p> <p>○他方、こうした抜本的な見直しまでの間も、高額な医療費の負担を少しでも改善することが必要である。このため、平成24年4月からの外来現物給付化に引き続き、まずは年間での負担上限等を設けることについて、所要の財源を確保した上で、導入することを目指す。その際、年収300万円以下程度の所得が低い方に特に配慮する。</p>

二部「社会保障と税の一体改革について」

講師：京都府保険医協会 事務局 中村暁氏

1. はじめに

こんにちは、京都府保険医協会の事務局で政策を担当しています中村です。よろしくお願いたします。このような機会をいただき、誠にありがとうございます。

「社会保障と税の一体改革」は一つ一つのメニューをみると、運動による改善や前進の部分がいくつかは見受けられる中身になっています。ただし、この時期に、この政権が一体改革を打ち出してきている意味は、本質的にはそこにはないと私自身は考えています。全体像として「社会保障と税の一体改革」が何を目指しているのかということと、具体的に地域における医療の提供体制をどのように変えていくのかということが、一体改革の医療分野の中心的なテーマになっています。そのことについてご紹介したいと思います。

2. 一体改革の枠組みと意味

まず「社会保障と税の一体改革」の大きな枠組みの部分から紹介したいと思います。

「社会保障と税の一体改革成案」が昨年6月に発表され、それ以降は特に政府と民主党の間での綱引きが続いていました。その焦点は消費税の増税の部分だったと思います。消費税増税について具体的に書くのか、書かないのかというところで、随分と綱引

きがあったように思います。成案の段階では2010年代半ばという書き方でぼかしていたものが、今回の素案では“2015年”という政府が書き込みたかった中身で書き込まれた形になっています。このように、主には民主党と政府との間の駆け引きの中でもめながらも、昨年12月20日に社会保障部分についての一体改革素案がまとまりました。当初は年末の段階で法改正の大綱のようなものをイメージしていたと思いますが、出てきたものは素案というもので、今後法案大綱や関連法案の提出に向けた具体的な法案作りに入っていくということになると思います。

この素案をもとに12月30日に税制調査会と社会保障分野の改革案を合わせた「社会保障と税の一体改革素案」が年末にようやく確認され、年明けの1月5日に与党と政府の会議がもたれて、1月6日に素案が政府与党社会保障改革本部で決定され、閣議報告という形で報告されています。閣議報告というのは閣議決定とは違うものです。閣議報告というのは、ひとまず報告した中身で法案作りを決まったものかのように進めていくという状態で、閣議決定はまだです。閣議決定するまでに、おそらく民主党は自公の協力も取り付けたいと考えているのであろうと思います。国会内の力のバラ

ンスや次の選挙をにらみながら、どこまで無理をするかということを図りながら行っているように思われます。

今後の工程については、社会保障改革の工程表（下図）をご覧ください。これを見ると、特に私たちに関連する医療や介護だけではなく、子ども・子育て、年金、就労促進、貧困・格差、医療イノベーション、障害者施策といった社会保障ほぼ全般を網羅するような企画書になっています。

特に子ども・子育て分野での改革の内容は、かなり過激なものになっています。日本の保育制度は、今の社会保障制度の中では唯一明確に公的責任が法律上明記されている分野です。ここを介護保険と同じように準市場開放という競争原理の方に導く内容になっていて、一体改革の中ではかなり

重要な内容になっています。

厚労省が通常国会に法案提出を予定しているものとして、具体的な法案名を1月11日に民主党厚生労働部門会議に対して示しました。その細かな中身はまだわかりませんが、厚労省として出したいと思っているものが大きく9つあります。雇用保険法の一部改正案。児童手当法の一部改正案、これは子ども手当の中身を変えるためだと思われる。国民年金法の一部改正案、これは前政権からの政府の約束である年金の国庫負担2分の1へ対応するためのものだと思います。国民健康保険法一部改正案、これは市町村国保を都道府県単位化にする中身になると思います。医療保険制度の安定的運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（仮）、これは後期高齢者医療

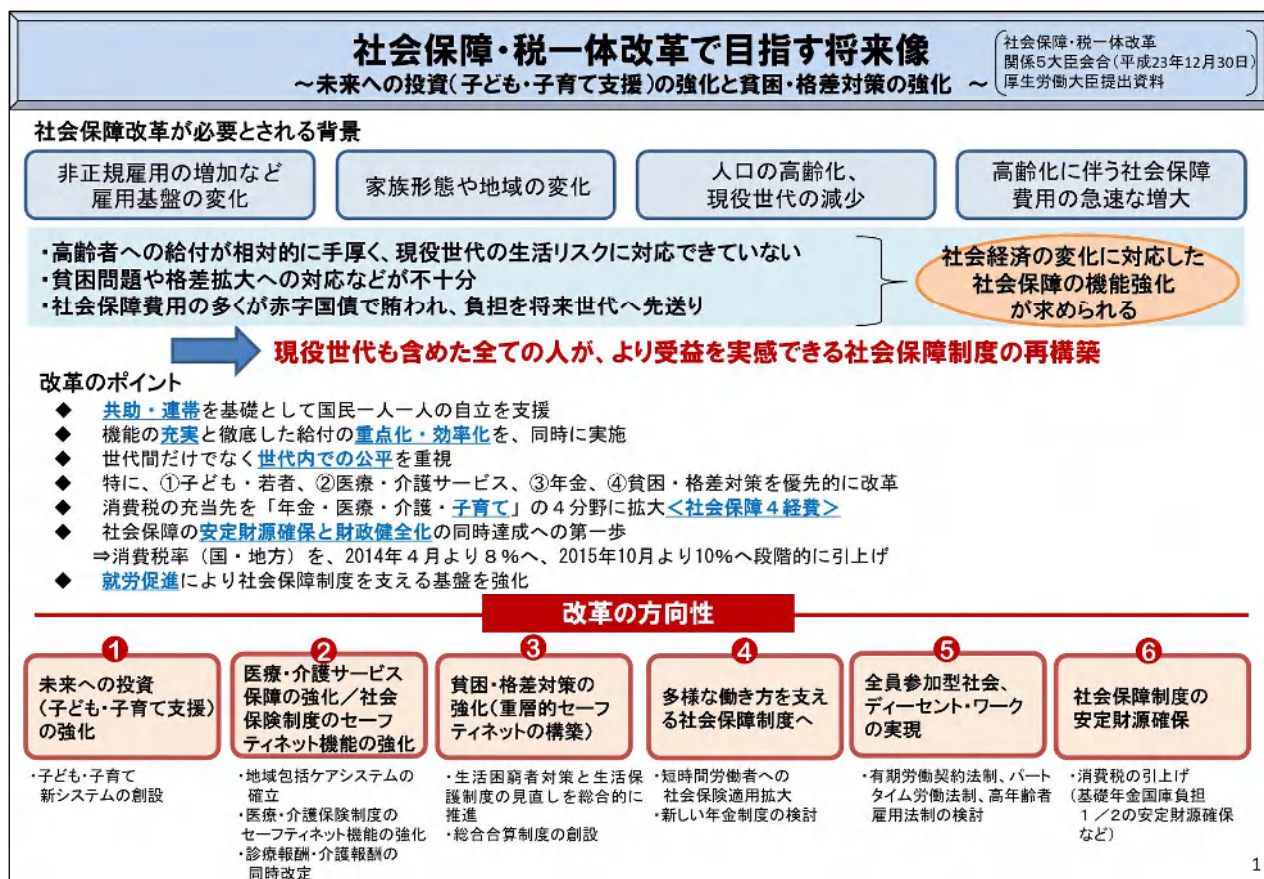
社会保障改革 工程表				
	2012(H24)年	2013(H25)年	2014(H26)年	2015(H27)年
【子ども・子育て】 子ども・子育て新システムの創設	● 新法提出		● 恒久財源を得て早期に本格実施(子ども・子育て会議(仮称)や国の基本指針など可能なものから段階的に実施)	→
【医療・介護】	● 同時改定	● 新医療計画(25年度~29年度)	● 診療報酬改定	● 介護報酬改定
① 医療サービス提供体制	● 法案提出	● 法案提出	● 診療報酬改定	● 介護報酬改定
② 地域包括ケア創設	● 法案提出	● 法案提出	● 診療報酬改定	● 介護報酬改定
③ 医療・介護保険制度 ・市町村国保低所得者保険料軽減、財政基盤強化等 ・介護保険料低所得者軽減等 ・高額療養費の見直し	● 法案提出	● 法案提出	● 診療報酬改定	● 介護報酬改定
④ 高齢者医療制度	● 法案提出	● 法案提出	● 診療報酬改定	● 介護報酬改定
⑤ 難病対策	● 法案提出	● 法案提出	● 診療報酬改定	● 介護報酬改定
【年金】	● 法案提出	● 法案提出	● 診療報酬改定	● 介護報酬改定
① 新しい年金制度の創設	● 法案提出	● 法案提出	● 診療報酬改定	● 介護報酬改定
② 基礎年金国庫負担1/2の恒久化	● 法案提出	● 法案提出	● 診療報酬改定	● 介護報酬改定
③ 物価スライド特例分の解消	● 法案提出	● 法案提出	● 診療報酬改定	● 介護報酬改定
④ 最低保障機能の強化等	● 法案提出	● 法案提出	● 診療報酬改定	● 介護報酬改定
⑤ 短時間労働者適用拡大(医療保険も併せて実施)等	● 法案提出	● 法案提出	● 診療報酬改定	● 介護報酬改定
⑥ 被用者年金一元化	● 法案提出	● 法案提出	● 診療報酬改定	● 介護報酬改定
⑦ その他現行制度の改善	● 法案提出	● 法案提出	● 診療報酬改定	● 介護報酬改定
【就労促進、ディーセント・ワーク】	● 必要な法案提出 非正規労働者のための総合 ピジョン策定			
【貧困・格差】	● 生活支援戦略(仮称)策定 (運用改善は速やかに実施)	● 必要に応じ生活保護基準の見直し		
① 生活困窮者対策・生活保護制度の見直し	● 生活支援戦略(仮称)策定 (運用改善は速やかに実施)	● 必要に応じ生活保護基準の見直し		
② 生活保護基準の検証	● 生活支援戦略(仮称)策定 (運用改善は速やかに実施)	● 必要に応じ生活保護基準の見直し		
【医療イノベーション】	● 医療法・業事法の改正も検討		● 診療報酬改定	
【障害者施策】	● 法案提出			

制度を廃止する法案です。後期高齢者医療制度を廃止して、国民健康保険を都道府県単位化したところへ高齢者を加入させていくための法律です。その他、高齢者雇用安定確保法改正案、労働契約法、厚生年金保険法。また障害者自立支援法も挙げられており、障害者自立支援法については、総合福祉法との関係でどういう中身を厚労省が想定して障害者自立支援法を改正すると言っているのかを見極める必要があります。

さらに検討中の法案として、医療法、介護保険法、薬事法、予防接種法、短期労働者雇用管理改善法が挙げられています。短期労働者雇用管理改善法というのは、雇用保険の適用の労働者を拡大するというものです。また薬事法については薬害への対応と未承認薬へのアクセスなどが議論されて

います。治験の対象にならない人についても、新薬へアクセスできる仕組みが検討されています。介護保険法・医療法については、この後で中心にお話しする内容になります。

下図に「社会保障と税の一体改革」の概要を示しますが、前述のように社会保障全体についての企画書になっています。私の知る限り、社会保障全体を網羅して作り変える構想を、政府が具体的にまとめて法案化を目指すのは初めてのことだと思います。その意味では、この政府の企画書に対して本当にこの中身で良いのかということ、国民の側からしっかり検証して、社会保障制度はこうあるべきだということを示していかなければならない流れに、運動上なっているとと思っています。



次に「社会保障と税の一体改革」の背景と歴史についてまとめてみます。現在進められようとしている「社会保障と税の一体改革」は、菅政権時に3.11を前後して具体的設計が進められてきたものです。ただし、その源流をたどれば、福田内閣の「社会保障国民会議」（2008年）、麻生内閣の「安心社会実現会議」（2009年）に遡ります。そこで検討してきた段階で、すでに政府から一体改革の提起がされています。ただ質は少し変わってきています。

当時、小泉構造改革が特に雇用や医療の分野で生み出した「痛み」は、「格差と貧困」の広がり・深まりとして日本全体に覆っていました。このままでは「痛み」が強すぎて、日本の新自由主義的な構造改革を進められなくなってしまうことから、福田内閣や麻生内閣で当時行おうとしていた一体改革は、その矛盾を緩和する目的がありました。つまり、構造改革の矛盾に一定の対応を行うこと（社会保障改革）、同時にそれでも構造改革を進める立場で財源を消費税増税に求める（税制改革）という性格であり、いわば「社会保障支出と消費税増税のワンセット改革」でした。この流れには「構造改革の生み出した矛盾に対し、社会保障を強化する必要がある」と、ある程度の積極的判断が働いていた面があります。

しかし消費税増税をしないことをマニフェストに掲げ誕生した民主党は、事業仕分けなどで無駄を排除して財源を捻出し、それで社会保障を良くすることができると

言っていました。よって民主党のマニフェストと一体改革路線は合わなかったため、この路線は一度棚上げになりました。それを菅政権がもう一度拾い上げたのが、今回の一体改革の始まりになっています。ただし、この段階では「財政再建」が政治の大きなテーマになっており、菅政権は特に財界の意向を受けて、財政再建のためには消費税増税が必要であり、消費税増税を国民に納得してもらうために社会保障も良くしようという側面が強く、この時点で社会保障部分の積極性が後退していたと思います。よって「財政再建」を視野に入れた消費増税のためにする改革の面が強かったと言えます。

そこへ3.11の震災が起こり、「復興財源」としての「消費税引き上げ」の議論が出てきました。しかし厚労省としては社会保障財源に消費税を使いたいという意図が元々あるため、「復興財源」に消費税を取られてはたまらないということになりました。消費税増税分を「復興財源」にするのか「社会保障財源」にするのかで、政府内での財源を巡っての綱引きが行われました。そこで厚労省側から消費税で社会保障を行うことを財務省にも納得してもらうために、社会保障自体ももっと身を切るのを財源として消費税を使わせてほしいという中身で、「社会保障と税の一体改革」の社会保障の部分はどんどん抑制基調のものに変わってきています。全体として社会保障の財源の伸びをできるだけ抑えるということです。

つまり社会保障改革は機能強化どころか「スクラップ&ビルド」により、抑制のための改革へと変質していったと言えます。

次に民主党が掲げている医療政策の3つの特徴を紹介しておきます。自民党よりも先に民主党は構造改革を推進する立場で誕生している政党なので、その本質が出ています。

①新成長戦略と医療の市場化

…成長産業として医療・福祉・介護の分野を捉え、開発していこうという考え方が非常に強い。

…海外の富裕層向けに観光と医療を兼ねた医療産業の育成を進めている（医療ツーリズム）。

②地域主権と医療の分権化

…国民健康保険の都道府県単位化

…都道府県単位で医療費を管理させていく新たなシステムを作ってきている。

③医療保険における保険主義の純化

…増加する給付は保険財源調整で賄うことを基本に据える

…平たく言うと、お金がない人は医療が受けられないような保険の仕組みを、公的医療保険の中でも強化していくというやり方

以上のような民主党の医療政策に対する特徴を踏まえて、「社会保障と税の一体改革」の中での医療の見直しが行われてくると見なければなりません。

「社会保障と税の一体改革」の具体的な中身に入る前に、一体改革がどういう社会保障理念を書いているのかを紹介しておきます。

(1) 国民の自立を支え、安心して生活できる基盤を整備するという社会保障制度の原点に立ち返り、その本源的機能の復元と強化をはかること

（社会保障制度改革の方向性と具体策

2011年5月12日厚生労働省）

…このように社会保障制度は“基盤整備”であり、あくまでも国民は自立して生きなければならないけれども、心配があってはいけないので、その基盤をつくるのが社会保障であるということです。果たして、これが本当に社会保障なのかという疑問に思います。

(2) 「自助」を基本とすること、「共助」が補完すること、「一定の受給条件の下で」「公助」（同上）

…人が生きていくのは「自助（自己努力）」が基本で、それを「共助」が補完するとしています。共助というのは政府の説明では社会保険制度のことだそうです。本来、共助というのは助け合いのことで、社会保険は助け合いの制度ではないように思います。そして、どうしようもない人は一定の受給条件の下で公が助ける（公助）という社会保障制度を目指すと書かれています。「公助」という言葉を初めて聞いたので調べてみると、この言葉はこの世に

は存在しません。新しい日本語です。

「公助」というものは、この国の元々の社会保障の出発点の理念にはあり得ない言葉です。公が責任を持つことが社会保障であることから考えれば、社会保障制度に対する公的な責任を徹底的に薄めて後退させるというのが、一体改革の一番最初に書いてある理念です。よって、その中身はかなり疑問を持ってみたいといけないと思います。

(3) 国民の自立を支え、安心して生活ができる社会基盤を整備するという社会保障の原点

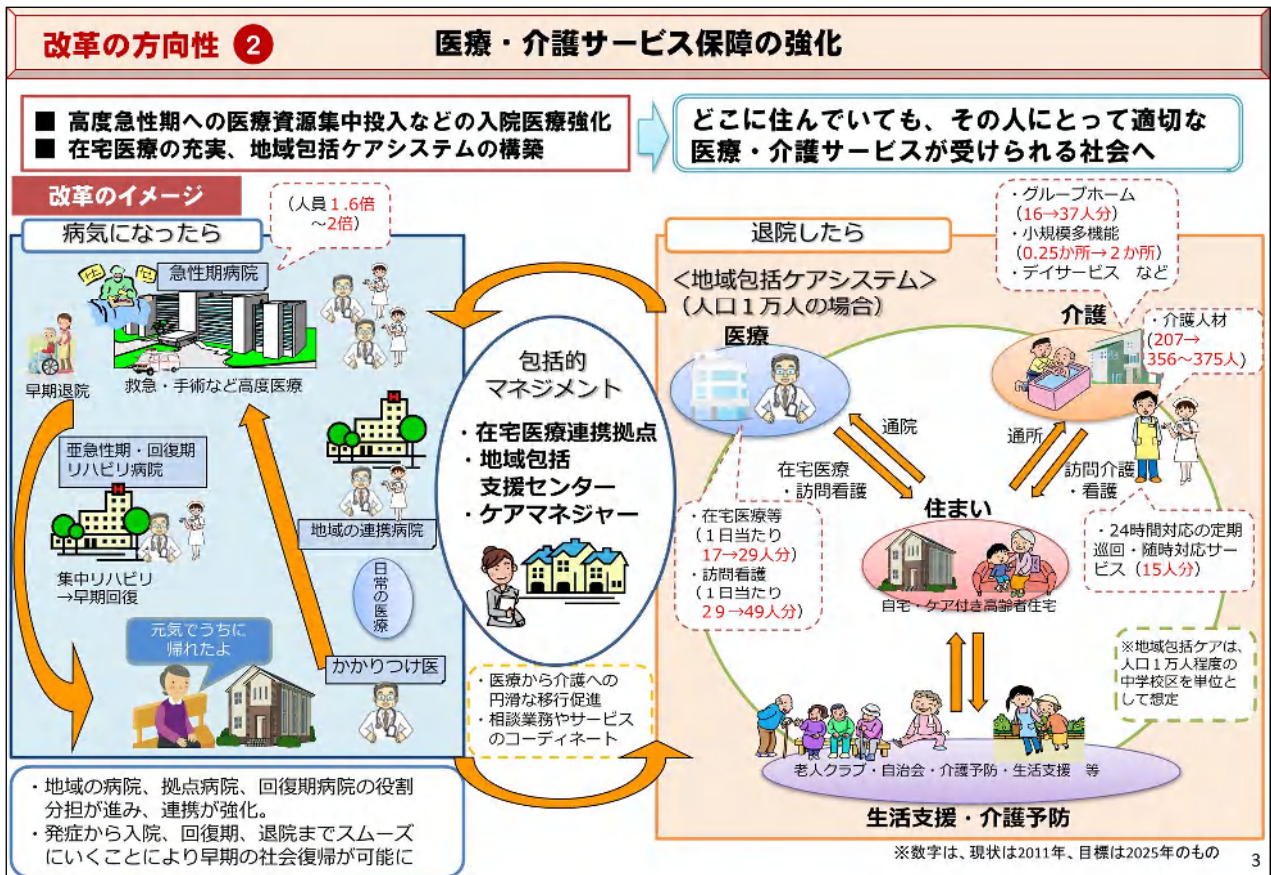
(社会保障・税一体改革成案 2011年6月30日、7月1日閣議報告)

(4) より受益感覚が得られ、納得感のある社会保障を実現

(社会保障・税一体改革素案骨子 2011年12月20日)

3. 一体改革の構想する「医療改革」の内容

これまで行われてきた医療制度改革というのは、ほとんどが健康保険制度の改革です。もっと言うと窓口負担を引き上げるとい改革がほとんどでした。この質が変わったのが小泉構造改革の際の後期高齢者医療制度の創設です。これは負担増ではなく、医療費がかかる方々を集めて別の保険を作って、抑制的な医療しか与えずに医療費を抑えようとしたものです。まさに構造改革的な発想です。ここから質が変わり、単なる負担増ではなく、医療・介護サービスの提供体制自体を改革することを目指しています。それを図にしたのが下図です。



一つ目の大きなテーマは「急性期医療への資源の集中と在宅医療の推進」です。病院・病床機能の分化強化として、「急性期病床」の位置づけを明確化し、医療資源を集中投入します。つまり、医師や看護師については、急性期を担っている病院に集中させていくということです。集中投入させるために「急性期病院」や「急性期病床」を医療法の中で定義し、その上で急性期病院を担うべき医療機関の姿を明らかにしていくということです。現在の急性期は一般病床となりますが、この一般病床の中に急性期病床という新しい区分を作っていくことで、急性期を担う医療機関とそうでない医療機関とをはっきり分けていくという考え方であると思います。

急性期病院には資源を集中させて、急性期にならなかった一般病棟ではできる限り早く退院してもらうように、長期入院の適正化が打ち出されています。よって一般病棟から早く退院させられるので、在宅医療の推進という課題が出てきます。つまり医療が必要な状態で地域に戻る人が増えるということを前提として、在宅で医療ができる体制をつくるということです。

在宅医療はもちろん必要なものですが、在宅医療の拠点となる医療機関を明確化し、在宅医療機関の定義を医療法で定めて、都道府県が作っている医療計画の中に在宅医療を行う医療機関の名前を記載することになります。医療機関の役割をはっきりと明確化するとどういうことが起こるかという

と、役割がはっきりしない医療機関は淘汰して無くしていくということになります。つまり、そのような形で提供体制の側面から、本当は医療費を抑えるために効率化していくという狙いであると考えています。

また、医師確保対策やチーム医療の推進も挙げています。チーム医療の推進というのは、医師ができる一定の行為を看護師に預けていき看護師ができる医療行為の範囲を広めることや、介護職が痰の吸引をできるように介護職ができる医療行為も広げていくということと一体的に考えられています。このような中身が「急性期医療への資源集中と在宅医療の推進」ということで打ち出されています。

急性期医療について、もう少し見てみます。2011年12月22日に社会保障審議会の医療部会の中で出された「一般病床の機能について」という資料を次ページに掲載しました。この表は急性期病床を新しく医療法に位置づける際に、どういう考え方で病床を作っていくのかという中身です。ここで「診療密度」という言葉が出てきており、診療密度が高いほど急性期の対象になっています。この整理が医療の観点から正しいのかどうかは、もっと検討が必要ではないかと思います。

また「急性期病床群（仮称）を位置づける意味」の資料についても、次のページに掲載しました。これを見ると、限られた資源を効率的に使うために急性期病床群を作ると書かれています。

一般病床の機能について			
	高度急性期	一般急性	亜急性期等(軽度の急性期を含む)
	高 診療密度		低
主たる患者像	<ul style="list-style-type: none"> ○発症・受傷直後の特に重症の患者 ○高度な手術を要する患者(心臓外科、移植手術等) ○複数の合併症を有するなど、総合的治療を必要とする患者 ○難治性疾患、希少疾患等の原因や治療法が未解明の疾患の患者 	<ul style="list-style-type: none"> ○中程度の急性疾患の患者 ○一般的な手術を要する患者 ○術後等の病状安定前、あるいは急性期リハビリを要する患者 	<ul style="list-style-type: none"> ○軽度の急性疾患の患者 ○急性増悪した在宅慢性患者 ○後遺症、入院生活等のため生活機能が低下し、リハビリを要する患者 ○緩和ケアを要する患者 ○脊髄損傷、筋ジストロフィー等の特殊疾患の患者
期待される医療	<ul style="list-style-type: none"> ○高度な手術等の侵襲性の高い治療 ○複数科にわたる総合力のある医療 ○三次救急 ○担っている医療に求められるチーム医療 ○担っている医療にふさわしい安全管理体制 	<ul style="list-style-type: none"> ○一般的な手術や急性疾患への対応 ○急性期リハビリ ○二次救急 ○担っている医療に求められるチーム医療 ○担っている医療にふさわしい安全管理体制 	<ul style="list-style-type: none"> ○点滴等の比較的侵襲性の低い医療 ○混在ニーズ対応(ケアミクス) ○回復期リハビリ ○緩和ケア ○特殊疾患等への医療 ○担っている医療に求められるチーム医療 ○担っている医療にふさわしい安全管理体制
	比較的短期間の入院		比較的長期間の入院
特に必要とされる機能	一定数以上の手術の実施		在宅医療支援
	救急医療への対応		回復期リハビリテーション
	退院調整機能		在宅復帰支援
	DPC対象病院等が担う医療		

急性期病床群(仮称)を位置づける意味

- 急性期病床群(仮称)を位置づけ**機能分化**を図ることにより、医療機関内や地域における限られた医療資源の効率化が図られ、急性期及び急性期から引き継ぐ医療の機能の**強化**につながる。
- 認定によって急性期医療を担う急性期病床群(仮称)の機能が明らかとなり、医療機関の機能の一部が**見える化**される。

	短期的効果	中・長期的効果
患者	<ul style="list-style-type: none"> ●急性期病床群(仮称)を有する医療機関の機能の見える化により、医療機関の選択に資する情報源とすることができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ●機能分化の推進によって入院医療の機能強化が図られることにより、急性期から療養まで、疾患の状態に応じたより良質かつ適切な医療を享受し、早期の社会生活復帰等につなげることができる。
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ●認定を受けるかどうかにあたり自院の機能を把握しつつ、他院の状況を踏まえながら、地域において自院に求められる機能や方向性を見出すことができる。 →●病床群単位での認定に向け、医療機関内の機能分化が図られる。 →●急性期病床群(仮称)として認定されることにより、地域における自院の機能や役割を発信することができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ●急性期や急性期から引き継ぐ医療について、医療機関内の医療資源を適切に配分することができる。 ●適切な人員配置により、医療従事者の負担の調整を図ることができる。 ●急性期や急性期から引き継ぐ医療に応じて、医療従事者の能力や専門性をより発揮させることができる。
地域	<ul style="list-style-type: none"> ●各医療機関の機能や役割を地域で共有することができる。 ●機能分化と患者の適切な医療アクセスの推進が、地域全体の医療資源の効率的な活用に資する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●地域における限られた医療資源を効率的に活用するとともに、良質な医療を提供する体制を構築することができる。

また「急性期病床群（仮称）の認定要件の考え方」について下表に示します。おそらく急性期病床群は都道府県が認定していくことになると思いますが、その認定要件として、体制等に関する要件や実施に関する要件があります。その中の人員配置基準や構造設備基準などについては、これまでの病床を認定するときの基本的な考え方になっています。しかし問題なのは、要件の中に「疾病や病態」というものがあり、要はどういう病気の患者さんがその医療機関に来るのかということを入れたら、急性期病床として他の医療機関と差別化して手厚い報酬にしていくというものになります。よって、どの医療機関も急性期病床に成りたいと思いますが、疾病や病態という中身が非常に重要になってくると思いま

す。この認定を自治体が行う仕組みにしていくということです。これは本当に医療の提供体制を考える際の仕組みとして正しいのかどうかは疑問です。また、この要件の中にも平均在院日数が入っていて、長期入院させる病院は急性期病床群にはなれないということを含んでいます。このような急性期病床群を作ることと、在宅医療を充実させるということが、医療分野における一体改革の柱になっています。

次に医療・介護サービス提供体制の改革として「地域包括ケアシステムの構築」というものがあります。これは退院したら地域では地域包括ケアシステムを作って待っているというものです。地域包括ケアシステムは4月から実施される新しい改正介護

急性期病床群（仮称）の認定要件の考え方(1)

	体制等に関する要件 【①】		実施に関する要件		
			【②】	【③】	【④】
要件	「人員配置基準」と「構造設備基準」	「平均在院日数」	「入院経路」	「処置内容」	「疾病・病態」
考え方	急性期医療を提供する体制に着目する	比較的短期間の入院に着目する	救急医療の実施に着目する	医療の実施に着目する	対象とする患者像に着目する

保険法の中でテーマとなっているものです。

これはおよそ 30 分以内で、医療も介護も福祉もすべて受けることができる地域のシステムをつくるというものです（概ね中学校区を想定）。地域包括ケアシステムの中心を介護保険の地域包括支援センターが担う計画になっています。地域包括支援センターがマネジメントしながらつくる地域包括ケアシステムであるということです。

特徴的には、在宅サービス・居住系サービスの強化として、切れ目のない在宅サービスにより居宅生活の限界点を高めるための 24 時間対応の訪問サービス、小規模多機能型サービスの充実や、サービスつき高齢者住宅の充実が挙げられています。つまり、従来は在宅では療養できなかった人たちが、在宅で療養できるようにしていきたいというように考えられています。この提供体制改革は在宅医療を含みこんだ地域包括ケアシステムを作るという形で、地域の医療提供体制を変えていくということが一体改革に書かれていることだと思えます。

このことをどう評価するのかということですが、今回の一体改革の中で提供体制改革が打ち出されていることの意味は、数字をみればある程度わかります。例えば、医療提供体制を機能強化する目的で急性期医療に資源を投入していくための新たに必要な財源は 8700 億円であると試算しています。このうち 4300 億円は平均在院日数を短縮することで捻出する方針になっています。つまり、入院期間を短くすることで浮いた

お金で機能を強化するということです。また介護予防・在宅移行の財政効果として、先ほどの地域包括ケアの確立をはじめとした介護サービス改革により、新たに必要となる財源が 4900 億円かかります。ただし、介護予防推進・重度化予防で今よりも要介護認定者数を 3%減少させ、併せて重度者を含む要介護者の在宅への移行で、1800 億円の財源を捻出させるということです。

医療・介護の提供体制改革によるマンパワー（専門職）の見込み（2025 年）として、医師は 2011 年に 29 万人いて、このまま一体改革をしないままでは 33~35 万人になりますが、一体改革をすれば当初見込みで 1 万人抑制できるということです。改革することで更に看護職員は 23~24 万人が増え、介護職員も 19~20 万人が増える見込みになっています。また、医療・介護サービスの 1 日当たりの利用者数の見込みとして、在宅介護を受ける人は 2011 年で 304 万人ですが、制度改革がない場合は 2025 年に 434 万人になるところを、改革することで更に 16 万人が増え、一方で外来や在宅医療は 19 万人減らすという試算をしています。

ここからみて取れることは大きく 2 つにまとめられます。新たに急性期病床群を作って、その認定基準の中で平均在院日数の要件を定めて長期入院を是正し、急性期病床群ではない一般病棟についても平均在院日数の短縮を進めることで、より早期に患者を帰宅させて、できるだけ入院させない仕組みを作っていくということです。そし

て、帰ってきた患者さんを医療と介護の連携で支えていくということです。つまり、ケアを必要とする人たちの療養の場は入院から在宅を中心にしていくということです。よって、その担い手は医療職から介護職中心になります。したがって、その給付は医療保険から介護保険へ移行していくことになります。そのような考え方が一体改革の中には示されていると思います。

しかし、地域で医療保険から介護保険に給付を移行することになっても、そもそも受け皿である介護保険制度自体が持続可能性の名のもとに、給付抑制策が強化され続けています。2012年4月から実施される改正介護保険法の中で地域包括ケアシステムが推進されるということになっています。地域で暮らし続けることは大切なのですが、国の方針はあくまでも医療保険や介護保険の給付をどう抑えるかということで地域包括ケアシステムを作ろうとしています。よって地域包括ケアシステムは、前述の一体改革が目指す社会保障理念に示したように自己責任と地域の助け合いが主で、介護保険をある程度活用して何とか自分たちで生きてくださいという発想です。このような地域包括ケアシステムを行おうとしている介護保険が本当に受け皿になるのかということです。

更に一体改革では、要介護認定において「軽度（要支援）」と判定された人たちの利用料を1割から2割に引き上げようとしています。そのような法案が一体改革との関

連で通常国会に提出されようとしています。

医療からの給付を提供体制の側面から抑制して、できるだけ地域に帰して医療保険の外側へ患者さんを出してしまうということです。さらに介護保険給付も抑制して、地域の支えあいやボランティアに代替させていくことが、医療・介護サービス提供体制改革の本当の中身だと思っています。

提供体制を医療から介護へ移行させるという流れの中、医療や介護給付費を抑制していくという考え方なのですが、それを下支えしていくための基本的な仕組み作りが医療保険制度の改革です。この改革は後期高齢者医療制度廃止も含めた都道府県単位化の達成です。注目すべきは、財政運営の都道府県単位化と高齢者医療制度の見直しがポイントになってくると思います。

それから、難病対策について「素案」では以下のように記述されています。

* 長期高額医療の高額療養費の見直しのほか、難病患者の長期かつ重度の精神的・身体的・経済的負担を社会全体で支えるため、医療費助成について、法制化も視野に入れ、助成対象の希少・難治性疾患の範囲の拡大を含め、より公平・安定的な支援の仕組みの構築を目指す。また、治療研究、医療体制、福祉サービス、就労支援等の総合的な施策の実施や支援の仕組みの構築を目指す。

(☆引き続き検討する。)

次に医療保険制度改革が意味するものを示します。後期高齢者医療制度は小泉医療構造改革の際に、国保の都道府県単位化を目指し、まずは75歳以上の高齢者の医療費を都道府県単位で管理し、抑制するために作られました。つまり、高齢者を突破口として、全世代の市町村国保を都道府県単位にしようとする国は考えていました。後期高齢者医療制度廃止という逆風にあっていますが、基本的にはこの方針を捨てたわけではありません。

前の医療制度構造改革の中で都道府県は医療費適正化計画を立てることを義務付けられており、5年間でどれだけ医療費を抑制できるかという目標を立てさせられています。この目標を達成するための数値目標の中に、平均在院日数の短縮目標が計画の中に盛り込まれています。よって、早く退院してもらえるように提供体制を作っていく必要があり、制度上は都道府県が医療費の管理抑制のための主体となっているのです。国民健康保険が都道府県単位になり、都道府県が国保の財政管理責任を負うことで、より効果的に医療費を抑制することができます。つまり、都道府県が医療提供体制を充実すれば、都道府県単位の国保の保険料は上がっていくということになります。それを避けるために医療提供体制を抑制しなければならないというインセンティブが都道府県に働きます。都道府県自体が提供体制を改革していく主体になるためには、都道府県を保険者的な役割

にしていく必要があるのです。

全体としてまとめていうと、これから目指されている医療の提供体制の姿は地域完結型で医療提供体制をつくり、地域完結型で医療保険を構成して、全体として医療費を抑制していくという地方分権改革的な考え方が目指されていて、それが一体改革に盛り込まれている医療改革・介護改革の主な意味になると思います。

4. 消費税増税と「社会保障目的税化」

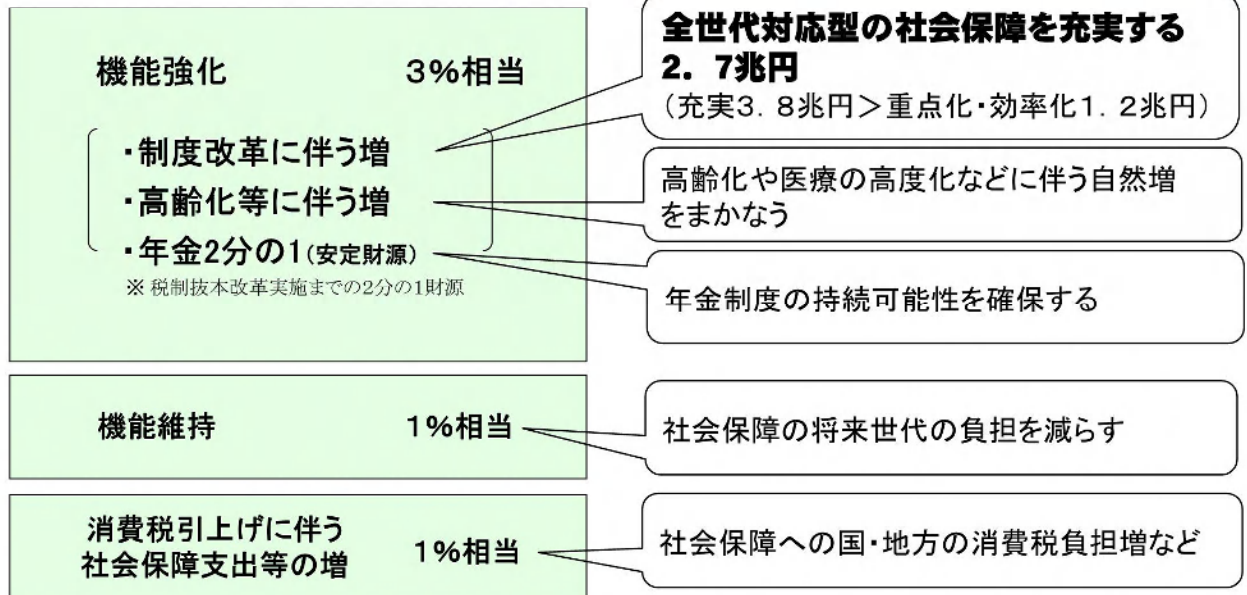
次に消費税の問題にも触れておきたいと思います。消費税は2014年の4月から8%、2015年10月から10%と、段階的な引き上げが打ち出されました。

この消費税問題は増税ということで国民の間でも非常に関心があります。一方では社会保障が伸びていく上で財源がないのだから仕方がないという声もありますが、本当に消費税を5%引き上げて、増税分は社会保障に割り当てられるのかという疑問があります。もう一つ大事なのは社会保障財源化という言葉です。この2つの側面から見ていきたいと思います。

まず消費税増税分の使いみちの問題について、次のページに表を示します。5%引き上げた用途として、社会保障の機能強化に3%、機能維持に1%、消費税引き上げに伴う社会保障支出等の増として1%、と記載されています。社会保障の機能強化は3%ですが、その3%で社会保障が充実するののかといえば、高齢化や医療の高度化などに

消費税5%引上げによる社会保障制度の安定財源確保

- 消費税率(国・地方)を、2014年4月より8%へ、2015年10月より10%へ段階的に引上げ
- 消費税収の使い途を、現在の高齢者3経費(基礎年金、老人医療、介護)から、社会保障4経費(年金、医療、介護、子育て)に拡大
- 消費税の使途の明確化(消費税収の社会保障財源化)
- 消費税収は、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない



伴う自然増や、年金制度の2分の1財源も含まれており、これらは元々から対応しなくてはならないものです。こう考えると、消費税増税5%の使いみちのうち、4%は一体改革があってもなくても政府が出さなければいけないお金だということです。本来この4%分は他の税源から出さないといけないものだったといえます。つまり5%引き上げても、実際に社会保障の充実に使われるのは1%に過ぎないということです。だからといって全くダメかは別の議論ですが、実状は知っておく必要があります。

社会保障の充実には消費税約1%分の2.7兆円ということになりますが、上表には消費税収の使いみちを現在の高齢者3経費(基礎年金、老人医療、介護)から社会

保障4経費(年金、医療、介護、子育て)に拡大をすることや、消費税の使途を明確化することが記されています。この消費税使途の明確化が、消費税収の社会保障財源化ということなのですが、これがさらに大きな問題になると思います。

次に目的税化の何が問題かということをお話しします。消費税を社会保障にしか使ってはいけないということを法定化することは、裏返せば社会保障の財源は消費税だということです。よって社会保障の財源に、消費税以外の税源は充てないということです。これは医療や福祉を良くしていくためには消費税を増税することがどうしても必要となります。よって増税を避けるためには、医療や福祉の給付の抑制が進

められるわけです。つまり消費税を増税するか、社会保障費を抑制するかという選択肢の前に、国民が常に立たされていくという問題になります。消費税は国民が支払っているもので大衆課税です。国民が自分たちのお金で社会保障はやりなさいという話なのです。財源も国民に全部出させて、医療保険や介護保険は地方自治体に提供体制も含めてやらせて、国が徹底して社会保障から撤退するというのが、消費税の目的税化ということからも一体改革の全体的な姿ではないかと思えます。

5. 医療者・患者・市民から何を提起するか

このような状況の中で、私たち医療者・患者・市民から何を提起していくのかということ。全体的に分野がたくさんありますので、これまでのように例えば医療の部分だけ守る、保育の部分だけ守る、そういう個別の運動をしても跳ね返すことはできません。国はこのように大きな設計図を描いてきているので、私たちも設計図を描く必要があると思えます。

その中で、医療や保育などの全部に共通して大きな課題になるといえるのは、現物給付の原則という問題です。医療保険で給付される医療サービスは、基本的にはお金ではなくて医療そのものです。医療保険から医療費をもらっているのではなく、医療をもらっています。お金をもらうということになると、そのお金で医療を買うということが前提になります。医療は買うもので

はなく、保障されるものです。必要な限り保障され続けるものなので、現物給付でなければなりません。実はこれが脅かされてきています。

消費税を社会保障目的税化しようとしていますが、消費税の中には地方消費税もあります。地方分の消費税の使いみちを論議する「国と地方の協議の場」で、国は地方において、保健師・保育士・児童福祉司といった人が提供する現物給付の社会保障サービスの関し、両論併記ながら、人件費は社会保障給付費に含まれないのではという見解が紹介されています。人件費を除けば、一体何が社会保障給付なのかという話になります。要するに社会保障というのは、お金を給付するものであるというように変えていこうとしています。

介護保険制度は医療保険とは違って、現物給付ではなく現金給付の制度です。現物給付に見えますが、サービス購入に必要な9割分のお金を保障しているという形になっていて、その9割分は事業所が代わりに受け取っています。そういう形に医療も変えられようとしています。現物給付を守るといことは必要充足な給付を守るという意味ですので、現物給付をいうのは全体を通して大きなテーマとなります。

次に医療保障の6つの大事な原則を挙げておきます。

- ・公的責任の原則

- …医療の保障は国や自治体が責任をもつ

て行うもので、私たちが購入したり、自助努力や助け合いなどで何とかするものではありません。

- ・ 最高水準医療の原則
…その時々最高の医療が国民に保障されなくてはいけないという考え方です。
- ・ 負担困難による受診抑制禁止の原則
…お金がないからといって医療を受けられないという事態をなくすということです。
- ・ 不断の原則
…切れ目なく医療は受けられなくてはいけないということです。
- ・ 地域の平等原則
…都道府県単位化をして、地域によって医療の中身が違ってはいけないということです。
- ・ 非営利原則
…医療の産業化ではなく、医療を保障するためにどうするかということ、国は考えてほしいということです。

それから社会保障財政原則ということをお話しします。財源論に関わりますが、元々医療・介護・社会福祉の保障というのは、財源がないからという話ではありません。必要に応じて財源を確保するというのが、社会保障に関しての国の使命です。財政の枠組みの中にニーズを閉じ込めることがあってはならないのです。社会保障財源は大衆課税である消費税ではなく、公的な財源

でなくてはならないという原則があると思います。負担をさせるとすれば、その所得に応じたものであり、かつ最低生活費を脅かすものであってはなりません。必要充足の原則、応能負担の原則ということです。

財源問題として少しヒントとなることですが、勤労所得軽減・不労所得重課の原則というものがあります。平たくいうと、多くの所得のある人に多く負担してもらうということです。また企業の社会保障拠出・負担責任の強化原則ということもあります。このような社会保障財政の原則と医療保障の原則を併せ持った医療保険・医療保障制度を作っていくことが求められると思います。

最後に医療・介護の提供体制についてお話しします。一体改革の中の医療・介護の提供体制改革は国の財政事情によって抑制される中身になっています。地域の医療・介護の提供体制が、国の財政事情によって抑制されることはあってはなりません。地域の医療提供体制は、まさに必要に応じて構築されるべきものです。現場の医療者と患者さんの実情から出発した地域医療のあり方を、自治体も一緒になって作っていくような運動が必要ではないかと思います。

ご清聴ありがとうございました。

あしがき

「今後の難病対策」関西勉強会 事務局

全国膠原病友の会大阪支部 大黒 宏司

今年3月13日、障害者自立支援法から『障害者総合支援法』への名称改正を含む「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律案」が閣議決定されました。この法案には難病患者を障害福祉サービスの対象に加える内容が盛り込まれており、国会で成立すれば私たちにも大きな影響があると考えられます。なお、この法案は今国会に提出し、来年4月の施行を目指しています。

ただ残念ながら「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言—新法の制定を目指して—」からは随分と後退しており、特に障害者自立支援法の廃止ではなく、改正にとどまったことから、障害者団体からは大きな反発が出ています。

ここでは「難病患者を障害福祉サービスの対象に加える」ことについて確認したいと思います。

◎私たちも障害者手帳がもらえるのですか？

…残念ながら、そうではありません。今回の障害者自立支援法の改正案は、障害者手帳を持っていない難病患者を福祉サービスの給付対象にするものです。よって障害者手帳の制度はこれまで通りであり、もちろん難病患者であっても障害者手帳の要件に当てはまれば、障害者手帳は交付されます。障害者手帳が必要となる身体障害者に対する医療費助成、税制上の優遇、各種民間割引サービスなどは従来通り、障害者手帳がないと受けられません。

※障害者自立支援法はあくまでも福祉サービスを給付するための法律であり、手帳制度を変えるには身体障害者福祉法の改正が必要になると考えられます。

◎対象になる難病患者って誰ですか？

…残念ながら、具体的なことはわかりません。報道では、現在の難病患者のための福祉サービス施策の範囲である難治性疾患克服研究事業（臨床調査研究分野）の対象130疾患を念頭に置いているとしていますが、法案ではサービスの対象に加える難病の範囲は今後“政令で決める”としているのみです。

◎私たちの福祉サービスは良くなりますか？

…現在の難病患者の福祉サービスは市町村がその実施を判断できるため、実施していない市町村も多く、全国的にもあまり普及していないのが現状です。それに対して「障害者総合支援法」は実施義務が生じますので、現状よりは普及すると思われま
す。ただし福祉サービスを受けるためには障害程度区分という認定が必要であり、この判定方法が私たちの生活実態を反映できるのかどうかは疑問です。よって、まだまだ多くの問題点が残されていると言えます。

3月21日に日本難病・疾病団体協議会（JPA）の伊藤代表理事より「障害者総合支援法」閣議決定にあたっての談話が公表されましたので、参考までに掲載させていただきます。

1. 障害者新法にむけて「難病・長期慢性疾患患者であって社会的支援を必要とするすべての患者を対象とするべき」とのJPAの主張は変わらない。
2. 対象とする障害の範囲について、「難病」が初めて法律の中に位置づけられたことは一歩前進と評価する。また、対象を法で決めずに政令で定めるとしたことについても、今後、法改正を必要とせず対象を柔軟に加えていくことができる保障として歓迎する。
3. この対象範囲には、キャリアオーバーの解消についても可能な表現となっているものと受け止める。その範囲や支援のあり方について、施行までに難病対策委員会等で検討すべき課題とされていることも妥当と考える。
4. 難病患者への福祉サービス（難病患者等居宅生活支援事業）が法律に基づく制度として全国の自治体に周知され、施策の対象となることを歓迎する。
5. 認定（支給決定）においては、難病や慢性疾患の特性を理解した認定となるよう配慮と連携を求める。
6. 今後、さらに他の障害者と同等の福祉サービスが受けられるよう施策の拡大と充実を図ることを求める。雇用、就労、就学・進学においても他の障害者と同じレベルの施策の対象となるよう制度の拡大と充実を求める。
7. 福祉サービスや雇用などの相談と支援活動において従来のそれぞれの仕組みと難病相談・支援センターとの連携を正式に認め、強化することを求める。
8. 今後、身体障害者手帳制度や障害者の医療費助成制度など、残された課題についても新しく設置される障害者政策委員会で審議が行われ、段階的、計画的に制度改革がすすむことを期待する。

以上

「今後の難病対策」関西勉強会 実行委員名簿
(50音順、◎実行委員長 ○事務局)

- ・伊藤 克義さん (京都難病団体連絡協議会事務局)
- ・猪井 佳子さん (日本マルファン協会代表理事)
- 大黒 宏司さん (全国膠原病友の会大阪支部事務局)
- ・大黒 由美子さん (大阪難病連、全国膠原病友の会大阪支部)
- ・大島 晃司さん (滋賀県難病連絡協議会、稀少難病の会「おおみ」)
- ・尾下 葉子さん (線維筋痛症友の会関西支部支部長)
- ・葛城 貞三さん (滋賀県難病連絡協議会、日本ALS滋賀県支部)
- ・川辺 博司さん (滋賀県難病連絡協議会、滋賀IBDフォーラム会長)
- ・北村 正樹さん (京都難病団体連絡協議会会長)
- ・久保田百合子さん (兵庫県難病団体連絡協議会、
全国膠原病友の会関西ブロック事務局)
- ・駒阪 博康さん (滋賀県難病連絡協議会、稀少難病の会「おおみ」)
- ・深田 雄志さん (日本患者学会)
- ◎藤原 勝 さん (京都難病団体連絡協議会、京都IBD友の会会長)
- ・前原 隆司さん (全国パーキンソン病友の会大阪府支部)
- ・森 幸子さん (滋賀県難病連絡協議会、全国膠原病友の会会長、
全国膠原病友の会滋賀支部長)

[事務局メールアドレス]

benkyo@t-neko.net

[ホームページ]

<http://hp.kanshin-hiroba.jp/kansai-start/pc/index.html>

この報告書は競艇の交付金による
日本財団の助成金を受けて作成しました。