

日本患者・家族団体協議会

# 2月 2001 JPCの 仲間 No.69

# 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)



新しい参加者が目立つ会議場  
メモを取りながら講義を聞く参加者

## 21世紀の患者運動を考える 第一回セミナー熱海で開催される

第一回JPCセミナー二〇〇〇が11月18・19日の両日、静岡県熱海市で開催されました。「二十一世紀の患者運動を考える」と題して、次世代のリーダー育成を主要なテーマとして、北海道から鹿児島県まで各加盟団体からの代表60人が参加して行われました。

研修会は熱海湾が一望できる明るい会議室で行われ、まず、あいつと問題提起を伊藤代表幹事が行ないました。伊藤代表は、一昨年行なった「がんばれば難病患者・日本一周激励マラソン」の際の話に触れ、難病患者、障害者の運動は内向きになりがちですが、マラソンランナーを迎え、患者運動と縁遠いと思っていた方々とも、取り組み方、方法などの工夫をすれば様々な分野の方々と一緒に取り組むことができるということがわかりました。これからの患者運動というのは、誰かの企画に乗って参加するというだけではなく、みなさんが主人公になる運動を探さなければならぬと思います、と問題提起を行ないました。

次に、小林事務局長は「患者運動の歴史」と題して、手作りの社会保障対策年表をもとに、社会保障制度の確立、医療、福祉制度の歴史、患者運動の歴史などを話し

ました。続いて、全国ハンセン病療養所入所者協議会の事務局長の神（こう）美知宏さんは「全療協の闘いの歴史」を話されました。一九〇七年に悪名高い「らい予防法」が制定され、ハンセン病根絶思想に基づく患者の終生隔離・絶滅政策が始まりました。一九五一年、患者組織として「全国国立らい療養所患者協議会」が結成され、「らい予防法」廃止の闘い、人間の尊厳、人権の回復のための闘いの歴史を自らの療養所生活を織り交ぜながら話されました。神さんの静かな語り口は、参加者に感銘を与え、涙を浮かべながら聞き入る人もいました。

二日目は、五グループに別れてグループワークを行ない、楽しい、誰もが参加できる患者運動とは何か、次世代のリーダー育成のため患者会づくりなど、話し合いました。主催者の準備不足など、不満も残りましたが、第一回セミナーは好評のうちに終え、参加者は帰途につきました。

# 各党議員懇談会初めて開催

2

JPCは、第23回幹事会終了後の12月11日午後、衆議院第二議員会館会議室で、初めて各政党との議員懇談会を開催しました。この懇談会は、難病対策をはじめとする諸政策について各政党と膝を交えて懇談するという趣旨で開催したものです。

臨時国会が終了後の月曜日という悪条件が重なり、予定していた全政党的出席とはなりませんでしたが、民主党・石毛鏡子衆院議員、公明党・江田康幸衆院議員、共産党・小池晃参院議員、川田悦子衆院議員の参加を得ました。その他、秘書の方々が自民党をはじめ各政党から参加しました。

懇談会は、私たちの願いとして①患者の拠り所「難病センター」を各



懇談会に出席した石毛、小池、江田各議員（写真左から）

都道府県に、「全国患者会館」を東京に建設してください。また、患者の悩みに応えることのできる相談センターを各地に設置できるようにしてください。②難病の原因究明、治療法の確立のための予算を大幅に増やしてください。③特定疾患治療研究事業の対象疾患を大幅に増やし、研究体制を強化・拡充してください。とりわけ、ウイルス性肝炎の実態調査、医療支援は急務であり、特定疾患対策に入れてください。④身体障害者福祉法など各種法制度の谷間におかれている難病患者、長期慢性疾患患者らの医療、福祉、年金、

介護、リハビリ、教育、就労、移動に関する総合的対策を確立してください。⑤すべての難病、長期慢性疾患の医療費を無料にしてください。

⑥医療事故、「ハッとヒヤリ」事故のない、安心してかかれる医療体制を確立してください。そのためにも看護婦不足の解消を急いでください。⑦医療被害・薬害の根絶と国家補償制度を確立してください。との要望項目について各党の見解、意見を話し合いました。

各政党議員は、これまで難病対策への取り組みに対する捕え方が違っていたこと、今後も継続して懇談会参加に努力をするとの見解を述べ、初の各党懇談会は成功裡に終わりました。

## 01年度厚生労働省予算案決まる

厚生労働省の来年度予算案がまとまりました。健康局一般分の予算案総額は三六一億七千七百万円で昨年度予算より一二億四千万円の減額となつています。そのうち、難病対策予算は二五二億七千八百円で昨年度より二億三千万円の減額となつています。対前年度伸率九二・二％の減額予算案となっています。特に減額の大きな項目は、特定疾患治療

研究事業の二〇一億四千万円で、対前年度伸率八九・二％と大幅な減額となっており、新規事業としては神経難病患者の在宅を支援する専門医を七ブロックに配置する「神経難病患者在宅医療支援事業」、難病患者の個人調査票の全国統一化の名目で患者抑制、選別のためにコンピュータ導入をする「難病患者認定適正化事業」が入ります。

難病対策 二五二億七千八百萬

前年度（二七四億一千万）

◆調査研究の推進

二一億三千万

（二〇億九千六百万）

◆特定疾患対策研究経費

二〇億二千百万

（一九億八千八百万）

◆ヒトゲノム・再生医療等研究費

一億〇〇百万

（一億〇〇百万）

◆医療費の自己負担の軽減

二〇一億四千万

（二二億八千七百万）

◆地域における保健医療福祉の充実

・連携 七億七千五百万

（八億〇七百万）

◆難病特別対策推進事業

七億三千二百万

（七億九千九百万）

◆難病情報センター事業

三百七十万

（四二百万）

◆特定疾患医療従事者研修事業

三・八百万

（四・六百万）

◆特定疾患対策推進強化指導

一百万

（二百万）

◆QOLの向上を目指した福祉施策の推進

二二億二千四百万

# 難病患者コンピューター判定 導入に反対の申し入れ

厚生労働省の疾病対策課は、来年度の新規事業として「難病患者認定適正化事業」を予算化し、難病の認定作業にコンピュータによる一次判定を導入することを決めました。

同課によると、特定疾患治療研究事業の対象患者の認定業務の省力化等を図るとともに、難病患者動向等を全国規模で把握するため、各都道府県において調査票をコンピュータ化するとし、現在、特定疾患に指定されている45疾患の患者から提出された調査票をデジタルデータとして入力し、「特定疾患調査解析システム」に調査票データを入力すれば、認定の自動判定が可能となり、治療研究に必要なデータの提供などが可能になる、としています。

同システムに調査票のデータを入力すると、一次審査として「確実」「ほぼ確実」「疑い」「データエラー」の四種類に判定されます。「確実」「ほぼ確実」は原則として自動認定されますが、「疑い」の場合は都道府県の特定疾患対策協議会で二次審査される仕組みになります。これにより厚生省は来年度の負担額を

約十九億円（8%）減らせると予想しています。

厚生省は、特定疾患治療研究事業は都道府県主体の事業であり、最終判断は各都道府県の特定疾患対策協議会が判定するもので患者に影響をおよぼすものではないと、あくまで4月からの実施を強行する考えです。なお、4月から強行された場合、二〇〇一年度は98年10月から99年3月までに受給者証を更新・申請した方々と新規申請の方々から順次データ入力されます。

厚生省は数年前から臨床調査個人票の形式に全国統一方式を押しつけ、厳格に適用するよう指導したため、各都道府県で、特定疾患の「継続」「新規」の認定作業で非該当と

される患者が続出しています。それに加え、今回のコンピュータによる機械的判断に第一次審査をゆだねることは難病対策の信頼を大きく損なうものとなります。そもそも難病とは、診断が難しいものであり、患者の日内変動、寛解期などによる配慮は機械には通用しません。

今回のコンピュータ導入による患者選別は、98年5月からの特定疾患治療研究事業への患者負担導入に続く、難病患者の切り捨てにつながり、難病対策予算の減少を狙ったものといわざるを得ません。

JPCは、一月三日、小林事務局長らが厚生労働省疾病対策課に出向き、「特定疾患治療研究事業認定業務コンピュータ判定制度導入反対の申入れ書」（別掲）を提出し、コンピュータ判定導入に反対し、導入は撤回するよう申し入れました。

クロイツフェルト・ヤコブ病（CJD）などの神経難病については、現在有効な治療法がなく、診断に際しても症例が少ないことなどから、一般診療医が対応に苦慮していること

が非常に多くなっています。疾病対策課では、現在ある特定疾患対策研究臨床調査研究グループの神経・筋研究班グループを中心にして、全国七ブロックに神経難病の専門医を在宅療養支援チームとして設置することになりました。

この在宅医療支援事業は、神経難病の診断に苦慮する一般診療医を支援するための「診断支援」事業と診断支援を行なった担当医などに対する「療養支援」事業を行なうものです。診断事業は、全国七ブロックに設置した神経難病専門の在宅療養支援チームに対して、医療現場から派遣要請があった場合、都道府県を通じて専門医を派遣し、一般診療医と連携して患者の診断などを行なうとしています。

一方、療養支援事業では、患者とその家族や担当医などに対して、神経難病患者の在宅療養士の指導、在宅の療養などに関する情報の提供、ケアプランの作成支援を行ないます。必要に応じて都道府県、市町村への支援協力も要請します。なお、同事業の実施主体は都道府県であるため、全国的に普及する事業になるためには、各地の患者・家族の声を大きく反映していく必要があります。（解説図4面下段参照）

## 神経難病在宅医療支援 神経・筋専門医を派遣

厚生労働省疾病対策課は、来年度から「神経難病患者在宅医療支援事業」を新規事業として始めることを決めました。

3

2001年1月23日  
 厚生労働省 健康局  
 疾病対策課課長 麦谷 眞里 様  
 日本患者家族団体協議会（JPC）  
 代表幹事 伊藤 たてお

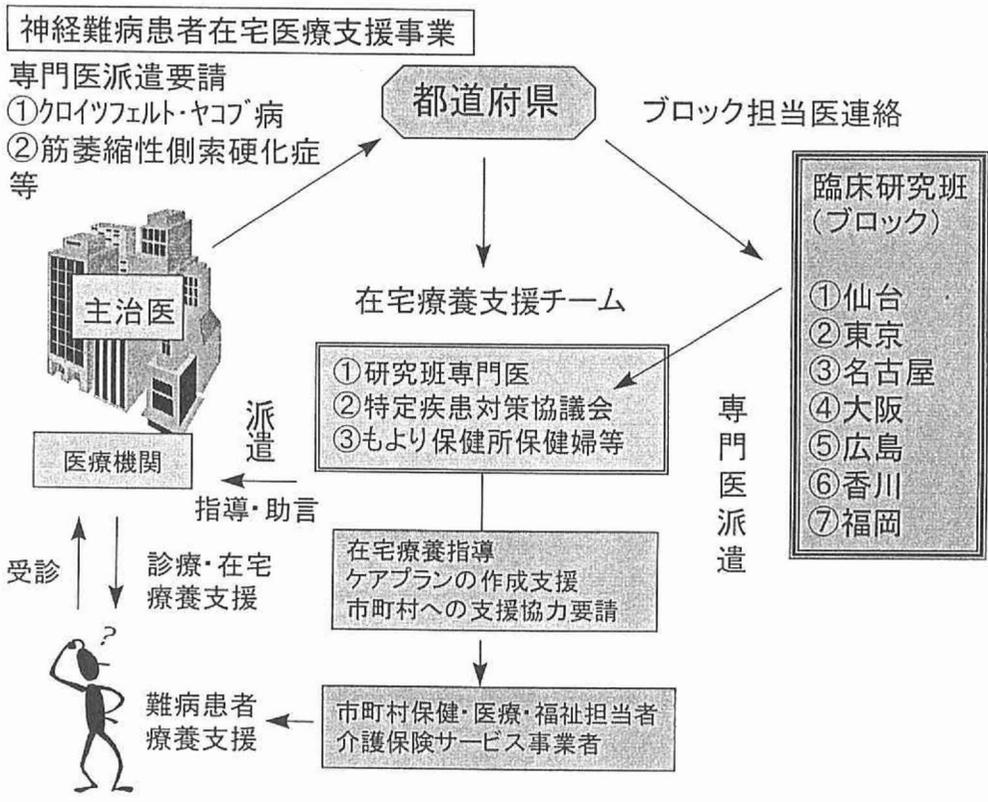
特定疾患治療研究事業認定業務の  
 コンピュータ判定制度導入反対の申入れ書

来年度予算の新規事業として貴課が検討されている「難病患者認定適正化事業」につきまして、難病患者・家族を抱える団体としてまことに遺憾であり、危惧の念を持たざるを得ません。報道によりますと、難病認定の省力化および全国統一基準をはかるため、患者個人データをコンピュータ入力するシステムを導入し、このシステムでは、申請した患者を「確実」「ほぼ確実」「疑い」「データエラー」の4種類に分類する。しかも、コンピュータで「確実」「ほぼ確実」の患者のみを自

動的に認定し、「疑い」については審査会で検討する、とのことで、これが事実とすれば絶対容認することはできません。

特定疾患治療研究事業は都道府県が主体の事業であり、数年前から臨床調査個人票の形式を全国に徹底させ、厳格に適用するよう指導したため、各都道府県で継続および新規の認定患者で非該当とされる患者が続出しています。それに加え、今回のコンピュータによる機械的判断に第1次審査をゆだねることは難病対策の信頼を大きく損なうものとなります。そもそも難病とは診断が難しいものであり、患者の日内変動、寛解期等による配慮は機械には通用しないと考えられます。

今回のコンピュータ導入による患者選別は、98年5月からの患者負担導入に続く、難病患者の切り捨て策であり、難病対策予算の減少を狙ったものといわざるをえません。私たちは、難病認定のコンピュータ判定導入に反対し、導入撤回を申し入れるものです。



## 特定疾患治療研究事業疾患一覧（1999年度末）

	疾 患 名	実施年月	交付件数	前年度増減
1	ベーチェット病	1972年 4月	16,570	△ 70
2	多発性硬化症	1973年 4月	7,844	335
3	重症筋無力症	1972年 4月	11,897	204
4	全身性エリテマトーデス	1972年 4月	47,295	926
5	スモン	1972年 4月	2,041	△ 35
6	再生不良性貧血	1973年 4月	9,784	22
7	サルコイドーシス	1974年10月	17,696	492
8	筋萎縮性側索硬化症	1974年10月	5,023	200
9	強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎	1974年10月	26,453	629
10	特発性血小板減少性紫斑病	1974年10月	29,201	△ 313
11	結節性動脈周囲炎	1975年10月	2,916	205
12	潰瘍性大腸炎	1975年10月	60,631	3,553
13	大動脈炎症候群	1975年10月	5,137	33
14	ビュルガー病	1975年10月	10,051	△ 302
15	天疱瘡	1975年10月	3,005	56
16	脊髄小脳変性症	1976年10月	17,334	310
17	クローン病	1976年10月	18,036	1,145
18	難治性の肝炎のうち劇症肝炎	1976年10月	317	△ 190
19	悪性関節リウマチ	1977年10月	5,032	△ 235
20	パーキンソン病	1978年10月	50,955	1,586
21	アミロイドーシス	1979年10月	790	△ 4
22	後縦靭帯骨化症	1980年12月	18,414	49
23	ハンチントン舞蹈病	1981年10月	524	2
24	ウィリス動脈輪閉塞症	1982年10月	7,553	343
25	ウェゲナー肉芽腫症	1984年 1月	781	25
26	特発性拡張型（うっ血型）心筋症	1985年 1月	10,970	728
27	シャイ・ドレーガー症候群	1986年 1月	587	10
28	表皮水疱症（接合部型及び栄養障害型）	1987年 1月	302	△ 16
29	膿疱性乾癬	1988年 1月	1,129	59
30	広範脊柱管狭窄症	1989年 1月	1,381	118
31	原発性胆汁性肝硬変	1990年 1月	9,761	593
32	重症急性性膵炎	1991年 1月	737	△ 304
33	特発性大腿骨頭壊死症	1992年 1月	7,890	557
34	混合性結合組織病	1993年 1月	5,034	432
35	原発性免疫不全症候群	1994年 1月	1,105	△ 42
36	特発性間質性肺炎	1995年 1月	2,533	34
37	網膜色素変性症	1996年 1月	16,865	637
38	クロイツフェルト・ヤコブ病	1997年 1月	186	28
39	原発性肺高血圧症	1998年 1月	338	69
40	神経線維腫症	1998年 5月	1,162	262
41	亜急性硬化性全脳炎	1998年12月	67	67
42	バッド・キアリ（Budd-Chiari）症候群	1998年12月	105	105
43	特発性慢性肺血栓塞栓症（肺高血圧型）	1998年12月	198	198
44	ファブリー（Fabry）病	1999年 4月	48	48
45	副腎白質ジストロフィー	2000年 4月	—	—
	合 計		435,678	12,554

## 小慢に新たな動き

### 法制化と患者一部負担を

厚生労働省は、来年度予算編成にともない、雇用均等・児童家庭局の母子保健課では小児慢性特定疾患研究事業について新たな動きを見せはじめています。

小児慢性特定疾患とは、その治療が長期にわたり、医療費の負担も高くなり、これを放置することは、児童の健全な育成を阻害することになるために、小児慢性疾患のうち、特定の疾患について、適正な医療の普及と患者家庭の医療費の負担軽減をはかるものとして、10疾患群を指定しています。

この事業は、対象疾患の特定、対象年齢の限定があり、対象疾患ではすべての小児の難病には適用せず、10疾患群に限られていること。また、対象年齢も原則18歳以下と限定されており、病気が治癒しないにもかかわらず、18歳以上になった患者は、医療、福祉の何の保障も得られなくなるという弊害もあります。しかも、小児慢性特定疾患研究事業は成人の特定疾患治療研究事業と何ら連携がないというのが現状です。

国の財政改革の影響を受け、この

6

小慢対策に関する予算が今年度の百一億四千万円から、来年度は一割以上カットの九八億三千万円に減額される見込みです。これに伴い、厚生労働省児童家庭局は、来年度予算編成においては、先天性代謝異常検査、クレチン症検査を一般財源化して、同課所管の他の予算を削り小慢の予算を捻出してきたと述べています。

ところが、この予算編成のやりくりは来年度で精一杯となり、限界にきているとして、小慢対象疾患団体に対して新たな打開策を提示してきました。

現在、国の医療費公費負担で患者負担がないのは、原爆医療と戦傷病者特別援護法と小児慢性特定疾患だけであり、子供の関連の公費負担は、すべて費用徴収があります。また、成人の特定疾患治療研究事業は一部患者負担があり、高齢者医療保健も定率一割負担となっており、来年度以降については現状の小慢対策は予算面で不可能であると説明しています。そして、来年度以降については、小児慢性疾患対策の法制度を整備し、患者一部負担を導入するという

アメとムチの方針を各患者会に打診しています。

しかし、法制化といっても具体的な方針を児童家庭局は示さず、小児慢性疾患の対象の拡大、年齢の延長、原則入院のみの小慢の適用を外来まで拡大するなどの具体性はなく、現在の医療費の補助だけでなく、福祉的施策、研究体制の整備等に関するものになるかも明確にしています。また、小児と成人の特定疾患の整合性の問題にも言及しておらず、法制化というはまだ、検討段階にも至っていない模様です。しかし、児童家庭局は、小慢対象疾患の団体の全部の賛成を得られなければ、法

制化の問題は白紙になると脅しとも取られかねない態度を取っています。

小慢の法制化と患者一部負担をこの時期にセットで提案してくる児童家庭局の意図は、98年5月に強行した成人の特定疾患の患者一部負担による予算削減効果だけでなく、患者の受診抑制効果が大きく影響していると考えられます。患者負担を導入したいがための苦肉の策としての法制化案であり、法制化と患者一部負担との問題は決して同率に論じられる問題ではなく、問題を複雑化させることに繋がるのではないでしょうか。

## 厚労省重い腰を上げる

### 医薬被害救済制度研究会発足

近年頻発している、薬害、医療事故、医療拘禁などの生命・健康・身体被害、さらに医療を受ける権利や自己決定権などの日常的な権利の侵害を迅速に救済する制度を確立しようとする学習を進めている「医薬被害・薬害救済制度確率連絡会」にJPC

も参加して運動をすすめています。医療に潜む危険性は、薬や機器等の医療技術・医療産業の問題、健康

保険、薬事行政、血液事業などの医療制度の問題、さらには医療の担い手やその診療体制の問題が複雑にからんで、患者に被害をもたらしており、患者の泣き寝入りを強いてきました。

医療政策という公共政策の中で生んだ被害は、公共政策の中で救済されなければならないはず。交通

(7面に続く)

事故、労災事故などの様々な補償制度が創られてきましたが、医療被害を救済する抜本的政策は、いまだ確立されていません。被害者が個々に訴訟によって損害賠償責任と損失保障制度として社会保障制度によって救済されてきたのが現状です。ただ、訴訟は患者側に極めて厳しい法的要件が課され、救済困難な被害者を生み出してきています。

医薬被害救済制度の確立を求める同連絡会の要求などを受けて、厚生労働省は、血液製剤など人間の細胞や組織から作る医薬品・医療用具で健康被害を受けた人を救済する制度作りに向け、「ヒト細胞組織等」由来する医薬品等による健康被害の救

★ 研究会名簿（五十音順）

浦川道太郎

早稲田大学法学部教授

高橋 滋

一橋大学法学研究科教授

鶴田 忠彦

一橋大学経済学研究科教授

堀内 龍也

群馬大学医学部付属病院薬剤部長

森島 昭夫

(財)地球環境戦略研究機関理事長

矢崎 義雄

国立国際医療センター総長

済問題に関する研究会」を設置することを決めました。約一年かけて問題を整理し、その後の具体的な制度化につなげるとしています。

現在、医薬品の副作用による公的救済制度はありますが、血液製剤などによる感染被害については「ウイルスなどの異物混入による被害で副作用ではない」という考え方で、救済の対象から外されています。

血液製剤により引き起こされた薬害エイズ、乾燥ヒト硬膜（人体に埋め込む手術時に使用する同製品を厚生省は医薬品ではなく、医療用具として認定）によるクロイツフェルト

**大阪難病連**

**粘り強い運動で**

**難病センター建設**

**請願採択される**

大阪難病連は、患者・家族の拠り所としての難病センターの建設運動に取り組み、89年の総会で決定し、準備期間を経て91年府議会に請願書を提出した他、街頭キャンペーンやイベント等の開催を行なってきました。

・ヤコブ病など重大な薬害事件が続発したこともあり、さらに、HIVやC型肝炎などの肝炎ウイルスの検査は行われていますが、感染して間もない人の血液からは反応がでず、検査をすり抜ける場合があります。また、バイオ技術の発達で、培養皮膚、臓器などヒト由来医薬品が増加し、未知のウイルスに感染することも予想されます。そこで、同省医薬局は専門家による研究会を設置し、救済策の検討に入ることにしました。

ただ、この研究会は非公開とし、被害当事者である患者団体の代表を

難病連が粘り強く、毎年続けてきた府議会請願が、昨年の9月議会で十年目にして採択されました。採択された項目は「難病患者の療養生活を支援し、自立と社会参加を促進するための拠点となり、患者・家族の社会的よりどころとなる難病センターを建設してください」「難病センター建設までの間、大阪府の遊休施設を利用してください」の二項目です。

請願採択を受け、10月末、難病連は大阪府との交渉を行いました。席上、担当部長は、①大阪難病連の活動や意義については、よく承知し

参加させずに、法律学、経済学、医学および薬害に係る学識経験者6人で構成するとして、1月31日に初会合を開き、以後月一回程度のペースで開催する予定にしています。中央薬事審議会の企画・制度改正特別部会の患者側委員でもある大平勝美（はばたき福祉事業団理事長）氏は「このような重要な研究会を時代に逆行するように非公開で行い、しかも被害者である患者代表を加えないことは不当である」として、坂口厚生労働大臣に抗議し、患者側代表を加えるよう要請しました。

ている。②請願が採択されたことについては、重く受けとめている。③現在の府の財政状況下では新たな施設を建設することは困難だが、当面は難病連の活動に最小限必要なスペースを確保するため、府の遊休施設の活用を検討していきたい、と活動と交流の拠点設置を約束しました。大阪難病連の運動は、これで大きく前進したことになります。今後、難病センター建設実現まで、引き続き運動を強めていきたいと、難病連の仲間たちは運動の成果を共に分かち合い、喜びを持って、明日への一歩を力強く踏み出しています。

# 国会請願衆参両院で不採択 残念ながら6年連続ならず

例年、通常国会に請願してきた「総合的難病対策の早期確立を要望する」請願は、衆議院解散で提出できなかったため、11月20日の臨時国会に全国から約100人の代表者が、220人の衆参両院議員に院への紹介を要請し、議員会館室を訪ね回りました。

その結果、臨時国会最終日に審議され、私たちの切実な請願事項は不採択とされ、6年連続衆参両院採択という目標は途切れました。今回の請願行動は、議員への要請直後から事務局へ自民党、公明党、保守党の各議員から受け取り拒否の連絡が入り、事務局は翌日から受け

取り拒否の議員事務所を回り、署名簿を回収、他党派の議員へ再度提出して貰うなど努力しましたが、残念な結果に終わってしまいました。今回の請願項目について、与党側の反対意見は、請願事項の第二項目の「すべての難病、長期慢性疾患の医療費を無料にもとめてください」と、第五項目の「医療被害・被害の根絶と国家補償制度を確立してください」という二項目について与党の方針に反するという理由でした。しかし、与党議員の中には提出してくれた議員もいました。

請願事項第二項の医療費の無料化は、難病患者の医療費一部負担を導

入したばかりの厚生省の方針に対して、与党議員からの「反対の意見を受け入れる訳にはいかない」というのが理由のようです。

また、第五項目の医療被害・被害の根絶ですが、特に被害の根絶はなされたとの厚生省の見解を鵜呑みにし、「乾燥ヒト硬膜使用によるクロイツフェルト・ヤコブ病の被害者の乾燥ヒト硬膜は医薬品ではなく、医療用具である」とし、HIV問題の解決で被害は根絶されたとの厚生省の見解を支持したものです。これらの被害者の補償は被害者が個々に責任を求めるものであり、国家補償は認められない、との理由です。

私たちは、84年、患者一割負担導入の健保改悪に反対し、98年5月の難病の一部患者負担導入に反対してきました。誰でも、いつでも、どこでも、最善の医療が受けられる社会

の実現は、国民の当たり前の要求です。また、医療被害は増え、被害は根絶どころか、新たな未知のウイルスによる被害者も出てきています。そして、即時に補償をする国家補償制度による被害者救済は、多くの被害者の願いです。

不採択となった請願事項は、現在みなさんにお願ひしている来年度の請願署名と同じです。先に開かれた幹事会で討議した結果、各党に積極的に説明し、理解を深めて貰う行動を行います。基本方針は変えず、表現を多少変えて提出することによって採択を勝ち取ることが出来るならば、請願提出時に多少の表現の変更も止むを得ない、とのことを確認しました。

希望を持って、今、取り組んでいる請願事項の実現をめざして、署名運動を行なってくださるよう呼び掛けます。6月4日に予定している請願行動に多数の方々の参加を要請します。

国会請願署名・募金一覧表

団体名	00年署名数	00年募金額
北海道難病連	46,540	412,218
秋田県難病連	12,293	119,019
山形県難病連	8,666	39,000
福島県難病連	8,357	25,000
茨城県難病連	16,188	125,160
群馬県難病連	26,249	62,000
山梨県協	9,623	33,300
新潟県協	14,853	42,000
長野県難病連	12,800	12,000
静岡県難病連	27,636	288,922
岐阜県難病連	24,713	120,000
愛知県難病連	48,237	82,000
滋賀県難病連	19,691	82,626
京都府難病連	21,108	152,000
大阪府難病連	52,232	311,000
兵庫県難病連	25,320	70,000
奈良県難病連	11,710	32,856
和歌山県難病連	12,516	20,000
岡山県難病連	11,796	1,500
香川県難病連	10,206	35,000
高知県難病連	4,440	79,000
愛媛県難病連	13,260	73,000
佐賀県難病連	17,115	41,380
大分県難病連	13,826	30,000
宮崎県難病連	9,723	43,260
鹿児島県難病連	13,990	82,000
全協	5,611	66,161
全交	10	500
全腎	322,557	756,436
全心臓	10,867	83,000
パーキンソン		364,000
全日療肝	5,516	50,000
全日患同	1,737	13,000
全オス低		10,000
全オス喘		4,690
全脊脊		36,000
全脊脊		6,405
全脊脊		59,000
全脊脊		20
JPCその他		9,510
合計	850,501	3,861,848



また遅れてしまった発行。お知らせしなればならないことが山程あるにもかかわらず出せない。などとはやきつつ編集している。

一九七六年二月二十五日第三種郵便物認可  
SSKO通巻四二八三号（毎週月・火・木・金発行）

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

- 第1回JPCセミナー ..... 621
- 各党議員懇談会 ..... 622
- 難病患者コンピュータ判定導入に反対 ..... 623
- 神経患者在宅医療支援 ..... 623
- 法制化と患者一部負担を ..... 626
- 医薬被害救済制度研究会発足 ..... 626
- 国会請願衆参両院で不採択 ..... 628