

平成 26 年(2014)3 月 15 日

活動報告:第 28 回福祉まつり「広げよう交流の輪 深めよう地域の絆」



平成 26 年 3 月 9 日、第 28 回福祉まつりが宇部市総合福祉会館とシルバーふれあいセンターを会場に、行われました。宇部ボランティア連絡協議会の主催で、福祉団体や施設など、50 団体が参加しました。

飲食コーナーは例年通り人気で、うどん、炊き込みご飯などを求める人でにぎわっていました。遊休品バザーは開店前から待ちきれないお客さんが会場に詰めかけて「まだ買わないから、見るだけ見せて。」という人も。フリーマーケットならではの、値切るのが皆さん上手でした(^\_^);



子どものおもちゃ、絵本、古い着物や洗剤などがよく売れました。この度の収益は、21,150 円でした。次年度の活動資金に充てます。毎年、久保田市長が激励に来てくれます。今年は念願のツーショットを撮らせていただきました。



総合福祉会館の玄関前に咲いていた花たちです

天候も穏やかで、最大のイベント餅まきは実行委員会の頑張りで、何と 10,000 個の餅を用意したそうです。障がい者(特に、視覚障がい者)や、子供さんに配慮して、安全第一でエリアを区切っての餅まきでした。誰もが楽しめ、満足のいくものになったと思います。



聴覚障害者団体の「指文字」展示。カラー軍手がカラフルですね。

また、企業参加では山口トヨペット常盤店が駐車場でウェルキャブ(福祉車両)の実車展示をしました。小型車(1300 cc)ポルテには助手席回転スライドシート、後部の車いす積み込み用リフト(クレーンのようなつり上げ装置)が付いています。



ポルテ(赤い車)とラクティス(青い車)

フレームに一周ベルトを掛け、電動クレーンで吊り上げて、収納します。

小型車ラクティス(1500 ccから 1800 cc)の車いすごと乗れるスロープ付き車両。後部席を取り払って車いすスペースを広くとったものと、後部席が使えるコンパクトなタイプがあるそうで、今回試乗させてもらったのは后者でしたが、オーダーメイドの車いすなので前輪キャスター間隔が車のトレイの凹みに合わず、結果的にスロープが収納できずハッチバックも閉まらないということに…車いすがオーダーメイドの人は気を付けないといけません。



左:スロープを引き出したところ。引き込み用のベルトを車いすの背もたれに掛けて、介助者が押して登ります。途中で手を放しても、ベルトが巻き取られているので後ろへ下がることはありません。  
右:完全に乗り込んだら、車いす本体に固定用フックを掛けます。(下方に見えるワイヤー2本)

宇部総合支援学校の生徒さん(笑顔が素敵)の作ったポーチは、とても丁寧な作りで、一つ購入しました(^^)

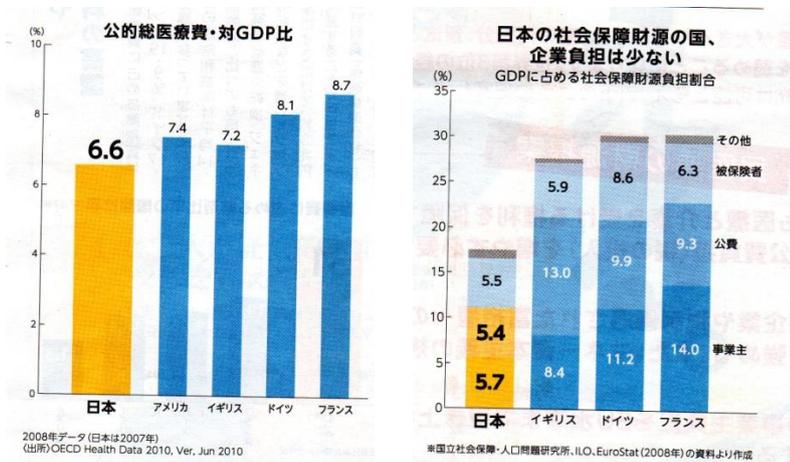
## 医療基本法について考える

昨年、医療制度改革、難病医療制度改革案が通常国会で可決されました。大まかなところをご存知の方も多いと思います。国民皆保険制度のもと、後期高齢者は 1 割、高齢者は 2 割、一般は 3 割負担、となっており、所得に応じた上限額がありますが、この額が改定されました。また、難病医療の対象疾患の見直し、自己負担の導入なども決まっています。その決定においては内容が二転三転し、多くの難病患者は国政がこんなにかたくなことでのよいのだろうかと不安を持って見守りました。一方で社会保障費の充実と存続のためにという名目で 4 月から消費税が 8 パーセントになります。そもそも医療の在り方を長期展望で見据えたビジョンがこの国にはあるのか？キーワードは「医療基本法」です。

基本法とは、国政の重要分野について政策の基本理念・基本方針などを定め、憲法と個別法の間をつないで憲法の理念を具現化する法律です。現在日本には教育基本法など 40 の基本法がありますが、医療の基本法はありません。つまり、医療政策の基本理念や基本方針がないために、時の政情・財政や政権与党の方針でその時々場当たりの政策が出ては、その後はだれも責任を取らないといったことが繰り返されてきたわけです。

医療政策がどういう問題に直面しているか、整理してみましょう。一つは医療の提供体制の問題です。病院や診療所、医師・看護師などの人材の供給です。もう一つは医療保険制度、医療費の支払い方式です。医療の提供では、医師の地域偏在、診療科の偏在など。医療保険制度は昭和 36 年から国民皆保険制度が始まり、リスクの高い人も低い人も保険料は所得の再分配機能を入れて支払い能力に応じた保険料設定という考え方になっています。国民皆保険の維持は政権与党が変わってもこれを堅持するという考え方に変わりはありませんでした。

今の日本の医療保険制度は財政的にはどうなっているのでしょうか？

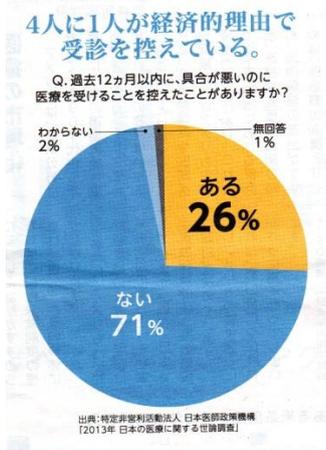


国民医療費を

支えるのに税金がその 3 分の 1 も投入されているのは、将来につけを回すことだとする意見もありますが、日本の公費医療は体 GDP 比で見ても先進各国と比べまだ少ないと言えます。また、医療費の財源を見ても国および企業負担はかなり少ないのが現状です。今世紀に入ってから、所得格差の増大や医師の過重労働問題がクローズアップされる中で、国民的合意形成が難しくなってきました。国民皆保険と言えば、国民の助け合いの仕組みです。例えば血友病の患者さんは定期的に血液製剤の投与を受けます。それには年間になると 10 億円の医療費が必用です。一人の患者さんの命を救うためにその分を国民みんなで負担しています。他にも医療技術

や機器の進歩で、他にも高価な薬や手術はどんどん増えています。例えばリウマチの治療の生物学的製剤は 1 回分が 20 万円、年間では 100 万円を超えます。患者さんの自己負担は高額医療で定められた上限額までです。今のままのシステムでは制度自体が持ちこたえられなくなるのは時間の問題だということが誰から見ても明らかです。医療制度改革の合意点をどこかで決めるリーダーシップが政治家には求められますが、患者を含めた市民の参加プロセスも不可欠だという運動が日本でも続けられています(「患者の声協議会」で検索してください。)

医療基本法の根幹となる憲法は、何と言っても**憲法 13 条と 25 条**です。**憲法 13 条**は「すべての国民は個人として尊重される。生命、自由および幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。」**憲法 25 条**は「すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」そして 2 として、「国はすべての生活部面について社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなくてはならない」医療は公共のものであり、憲法 25 条に示された生存権を具現化するものであること。つまり病気になっても病気と向き合って生きてゆける社会を実現しなければなりません。負担と給付のバランスということがよく言われますが、民間保険と違って先ほどの例のようにリスクの高い人も全て加入しているわけですから標準的な医療水準を全ての加入者に保証するに足る財源を保険料だけで確保することは不可能です。



それでは保険料を引き上げるのかという論議になりますが、現状ですら、国民健康保険料が高額すぎて払うと生活できないレベルになってしまふ人たちは少なくありません。滞納から差し押さえや保険証の取り上げ、深刻な受診抑制が起きています。4分の1の人が治療を受けたくても受けられず我慢しているのが実情です。科学的根拠に基づいた医療が行われ、最適最善の医療が確保されることが大切です。医療者側も患者側も不要不急の検査や投薬といった無駄をなくす厳しい目が必要になってきます。(参考文献: 流 3 月号、民医連新聞号外) 皆さんからのご意見ご感想を募集しています。難病患者の権利を訴え、救済されない人「**タニマール＝制度の谷間**」を一人でもなくしたいと活動を続けている作家の**大野更紗**さんだけでなく、皆さんもまぎれもなく「困ってる人」です。私たち当事者が医療基本法はどうあるべきかという問題に無関心ではられません。

**【お知らせ】** 2013 年 12 月 8 日に開催された**市民公開講座「股関節の痛みと最新治療～再生医療の可能性～」**の講演録が冊子になりました。(A4 全 42 ページ、カラー) 講演の図表も盛り込んでとても解りやすくなっています。ご希望の方は事務局までご連絡ください。会員には無料で送付します。DVD もまだ在庫があります。

今年度の国会請願署名は合計 210 筆、募金は 9,100 円集まりました。募金の半額は JPA 日本難病疾病団体協議会に上納し、残り半分は活動資金に充てさせていただきます。ご協力ありがとうございました。

連絡先 携帯電話 090-5551-9557 (渡邊) メール yorangeion@yahoo.co.jp