

仕事によって賃金が入る。子どもを生んだことによって生ずる経済的負担などのもとで生活をどう保障するかは別問題である。

スウェーデンの福祉国家は、少子対策から始まったといっても過言ではない。一九三二年に社会民主党が第二回目の政権をとって長期安定政権に入った。そのときの最大の争点が少子化であった。一九世紀の末から二〇世紀の三〇年代にかけて、アメリカに大量の移民を出した問題など、特殊なスウェーデンの事情があるが、急速に拡大する工業化に労働力が追いつかなくなった。多くの男性がアメリカに行ってしまう、シングルマザーが増えてくる。しかし当時の道徳規範ではそれは認知できない反社会的行為である。しかし、子どもが増えることは望ましいし、子どもを育てるのは大変である。こういう状況の下で、有名なミュルダール夫妻を中心にした少子化対策を社会民主党が準備する。一九三二年から一九三七年まで、五年間を費やして児童手当のありかたを論議した。結論は、子どもを生んだという事実が認定されれば、年齢、所得、婚姻の有無に関係なく必要な児童手当を出すというものであった。当時のスウェーデン社会では「とんでもない」という人も非常に多かった。結婚をしていない女性の子どもに手当を出すのは納得できないという議論を含めて、とことん議論をして決めたのが児童手当である。

スウェーデンの児童手当は、普遍主義の原則に立脚している。われわれが樹立すべき基本原則は普遍主義であろう。賃金は労働によって得る。そして生活上の多様なリスクには、社会保障の制度が対応する。賃金と社会保障の両方を使って、子どもを育て、健康で文化的な生活を営むのである。

このことは憲法的意味での最低限度の生活ができる無拠出年金につながる。支払い能力の低い人の

医療費は、支払い能力に関係なく必要がうまれてくるという医療の特質からも、基本的には資本家と政府（労働者や勤労住民は租税負担を行っている）の負担でまかなう。このように、問題の性質に応じて仕分けをして、基本的には普遍主義の原則で対応する。

上記の若干の事例を含めて、私たちの運動方向は、日本国憲法の積極的な中身を踏まえて、さらに不足な部分を運動によって改善していくというものである。医療や社会保障の分野でいえば、国民皆保険を堅持し、社会保険をして社会保険たらしめ、問題の性質によって予算・公費で対応する、というのが基本的な方針になるであろう。そして、従来の運動体とは縁の薄かった、若年層に限らず壮年層にも広がる「ワーキングプア」層をも視野に入れた、壮大な社会保障運動、医療保障運動が求められているのである。

第二章 医療保障における「構造改革」路線と国民医療路線

——日本医療の何を守り、何を變えるべきか、運動の基点は何か

日野秀逸

1 医療費抑制・国民負担の強化

(二) 二〇〇二年一〇月までの負担増——自己負担増え国庫負担減少

一九七三年のオイルショック以降の約三〇年は、医療費抑制が日本政府の基本的姿勢であった。しかし、医療費抑制がいわば国家的総路線の中に位置づけられたのは、一九八一年に設置された第二次臨時行政調査会（以下、臨調）の一連の答申によってであり、その後の「臨調・行革」路線の中で、重要な負担増施策が展開された。

主なものだけを振り返ってみよう。まずは、一九八二年成立の老人保健法である。翌年から施行された本法は、医療費抑制を主眼とした政策で、老人医療無料化を廃止し、医療費の一部負担を高齢者に求めた。老人医療無料化は、一九六三年成立の老人福祉法の「福祉の措置」の一環として老人医療費支給制度が一九七三年に全国的に実施されたものである。東京都や岩手県沢内村など各地の自治体がすでに独自に実施していた、高齢者の医療費負担分の公費による補填を、国民的要望に押されて政

資料2-1 国民医療費の負担別構成比

年度	国庫	地方	専業主	家計
1965	22.1	3.8	27.4	48.0
1975	33.5	4.6	25.1	41.4
1980	30.0	5.0	24.0	40.0
1985	26.6	6.8	23.4	42.3
2001	24.7	8.0	22.3	45.3

府が追認し全国的制度にしたものであり、日本の社会保障制度における一つの峰を築いたと評価されている。

老人保健法による老人医療有料化は一九八二年二月に実施され、二〇〇一年一月からは、一割負担（入院はすべての医療機関で一割負担。外来では一割という定率制と一定額の定額制を、医療機関が選択する）も一部導入されて、さらに二〇〇二年一〇月には、別記のように自己負担が引き上げられて、今日に至っている。

次に、健康保険（組合管掌健康保険、政府管掌健康保険、各種共済組合健康保険）の本人負担の導入と拡大である。一九二七年に健康保険法が施行されて以来、法律の本則では本人への給付は原則として一割であった。それが、一九八四年の健康保険法等改正によって本則において本人負担が二割とされ、当面、一割負担となった。一九九七年のいわゆる「橋本六大構造改革」の一環として、二割負担に引き上げられ、二〇〇三年四月からは三割負担に引き上げられている。

こうして、臨調答申を足場に患者負担を増やし続け、最も高い給付水準の健保本人も三割負担になり、医療を最も必要とする高齢者も一定（一〇％弱）の負担を求められるようになった。総体的には、一九八〇年以降の自己負担増加（五％）と国庫負担軽減（六％）が対照的に進んだことが、

資料2-1から理解できる。

ついでに、第二臨調以降に行われた各種医療保障制度への国庫支出割合の削減率・額を列挙しておく。

- ・老人医療への国庫支出（実績）
一九八三年四四・九％→一九九八年三四・三％（▲一〇・六％・▲一兆二千億円）
- ・国保への国庫支出（法定）
一九八四年四五％→三八・五％（▲六・五％・▲四千億円）
- ・政管健保への国庫支出（法定）
一九九二年一六・四％→一三％（▲三・四％・▲二千五百億円）

(二) 二〇〇二年一〇月以降の負担増

二〇〇二年の第一五四通常国会で、高齢者と現役世代の医療費の負担を相当規模で引き上げること、さらに健康保険料を引き上げることが決まった。変更の概要は資料2-2に示してある。患者負担と保険料に分けて簡単に変更内容を述べておく。

給与所得者世帯の医療費負担は、二〇〇三年四月から、外来・入院ともに三割負担になった。二〇〇三年三月までは、本人は外来、入院ともに二割負担である。家族の場合は、外来三割負担、入院二

資料2-2 自己負担と保険料引き上げ

(1) 自己負担割合

0歳 3歳以上	70歳以上
健保 2割→3割 (国保は3割のまま) 03年4月 02年10月	高額所得者 3割 外来上限、定額制を廃し3割 03年4月 02年10月

(2) 保険料 (サラリーマン) (03年4月～)
月収ベースからボーナスを含めた年収ベースに中小企業などの政管健保は平均7.5%から8.2%に(年額の本人分負担で15.5万円から17.1万円に)

(3) 医療費自己負担限度額 (月額)

上位所得者 (月収55万円以上) 12万1800円 一般 低所得者 (住民税非課税) 3万5400円	60万9000円を 12万1800円+超えた医療費の1% 31万8000円を 6万3600円+超えた医療費の1% 3万5400円	69万9000円を 13万9800円+超えた医療費の1%* 60万9000円を 17万2300円+超えた医療費の1%* 3万5400円
--	--	---

一般 住民税非課税 低所得者 老福年金受給者	外来 3200円 (大病院5300円)	入院 2万7200円 2万4600円 1万5000円
	一定以上所得者 一般	外来 4万2000円 1万2000円 8000円

注1) 2003年4月からはそれぞれ一般が24万1000円、上位所得者が46万6000円を
超えた医療費の1%に変更する方針。
注2) 低所得者Iの対象は、年金収入のみの場合、1人暮らしで年収約65万円以下、
夫婦世帯で約130万円以下、低所得者IIは、1人暮らしで約267万円以下。
出所：厚生労働省提案より。

割負担であった。なお、零細企業の労働者や自営業者が加入している国民健康保険は、以前からすべて三割負担なので、変更はない。

開業保険医の全国団体である全国保険医団体連合会（保団連）の試算によれば、サラリーマン本人の場合、急性胃炎で一回通院した場合、現行の一九二〇円から二八八〇円と約一・五倍になる。外来では概ね一・五倍程度の負担増であるが、入院や重い病気のように医療費が多い場合には負担の増加率も大きくなる。

負担が軽減されるグループは、三歳未満の乳幼児であり、三割負担であったものが、二〇〇二年一〇月から二割負担になっている。

七〇歳以上の高齢者の場合は、二〇〇二年一〇月から一割負担になったが、夫婦二人世帯で年収約六三〇万円以上の場合は二割負担となる。一般の一割負担について保団連の試算では、慢性胃炎と高血圧で月二回通院の場合は、現行の二四〇〇円から五一三〇円と二・一倍になる。二割負担であれば二四〇〇円から一万二六〇円と四・二倍になる。現行からの増え方は、ケースバイケースであるが、重症在宅患者の場合には一〇倍以上に跳ね上がる事例も出てくる。

二〇〇二年一〇月から実施された医療費負担増大で見逃せないのが、自己負担限度額の引き上げである。資料2-2の下段に示されるように、程度の差はあれ、七〇歳以上の高齢者では所得にかかわらず全世帯で自己負担限度額が引き上げられた。夫婦二人で年収約六三〇万円の高齢者は、二〇〇二年九月までは外来診療の自己負担限度額が三二〇〇円（大病院では五三〇〇円）であったが、一〇月以降は四万二〇〇円になり、一挙に約一三倍に引き上げられた。二〇〇二年一〇月からは、七〇歳未

満の人々の自己負担限度額も引き上げられた。

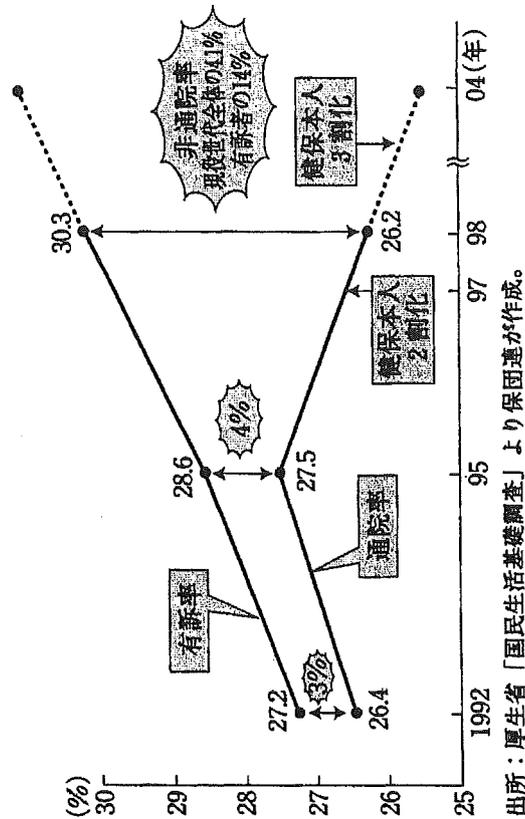
(三) 医療費負担増⇨受診抑制⇨リバウンド

二〇〇二年一〇月および二〇〇三年四月から、公的な社会保険診療にかかる患者の医療費負担が相当程度（総額一兆五〇〇〇億円程度）引き上げられた。こうした負担増は当然ながら受診抑制を引き起こす。北海道社会保障推進協議会が二〇〇二年九月に行った聞き取り調査（対象二一八八人）では、一〇月からの負担増に対して、四三％が「大変です」、三九％が「仕方がないのでがまんする」と答えた。「これまでと変わらない」は一・九％にすぎなかった。「大変です」あるいは「がまん」と答えた人々は、受診を控えたり生活費を削って受診したりするのである。「大変です」と答えた人々に、「どうしますか」とたずねたところ、一七・四％は「食費・生活費を削る」、一七％が「通院回数を減らす」と答え、さらに「検査を減らす」と「薬を減らす」が続いた。

二〇〇三年四月の健保本人三割負担が、患者の受診に及ぼした影響についても、各地で調査が行われている。宮城県保険医協会の調査では、六割が受診を自ら抑制しているし、五割以上がもとの二割負担に戻すことを望んでいる。

医療費負担増に対する全国的な反応を示すのが資料2-3である。資料2-3は、体調が悪いという訴えを持っているが、現実には受診しないというギャップが、現役世代では拡大していること、特に

資料2-3 現役世代の有訴率と通院率の推移 (25歳～64歳)



出所：厚生省「国民生活基礎調査」より保団連が作成。

一九九七年の健保本人一割負担から二割負担に引き上げられてからのギャップ（がまん率といってもよい）が急速に拡大し、一四％に達していることを示している。

このような受診抑制が、早期発見、早期治療に逆行することは言うまでもない。しかも、医療費自己負担を増やしても、結局は医療費が減らないというのが、この間の経験である。すでに述べた、老健法による高齢者の医療費負担導入や、健保本人の負担を一割、二割と引き上げた後をみると、引き上げ直後はやや医療費抑制効果が出て、またもとにもどり、さらには以前よりも多くなるという経験を繰り返してきた。このことは、諸外国でも同様である。

(四) 社会的権利ではなく商品としての医療サービスに

このように、一九八〇年代初頭から系統的に保健・医

療費用の自己負担が増大させられてきた。これは、そのときどきの政府が、そのときどきの必要に迫られて、やむを得ない選択を積み上げてきた結果ではない。むしろ、財界を中心とした日本の支配的勢力が、日本という国を、あるべき姿に改造しようという意志を持ち、その立場から日本の医療制度を改造（政府側の好む表現では構造改革）しようと試みた結果である。そのさいに日本の医療制度の優れた側面を無視したのであるが、この点は次節で検討する。ここで述べておきたいのは、財界主流が提起しているあるべき国家構想では、保健・医療は市場で売買されるべき商品と位置づけられていることである。

財界主流の国家構想をわかりやすく示しているのが、二〇〇一年に経済同友会がまとめた「『国民負担率三〇％の小さな政府』を——経済同友会・行政委員会が叩き台としてまとめた一〇年後の政府像——」という文書である。経済同友会は、日本経済団体連合会など他の経済団体と違って個人加盟であり、大所高所から日本の経済と政治に関する提言を行うことを自らの独自性としている。

経済同友会の文書では、行政が行うのは、国防、外交、司法、徴税、公共事業、公的扶助、各種補助金等であり、医療は、教育と同様に、原理的に市場に委ねられるべきものとされている（序章参照）。

保健・医療を、自己責任を基礎にして市場に委ねるとというのが、「医療構造改革」を唱える政治勢力の基本的立場である。しかし、これからの日本の保健・医療の方向は、これまでの優れた側面を引き継ぎ、これまでの弱点を身近な地域で克服することを基本とするのが合理的なのである。

2 日本医療の優れた側面

(一) 日本医療の良好な成績

前節で、日本の保健・医療の優れた側面を継続・発展させ、弱点を克服するのが妥当であり、この発展・克服を地域で実践するのが合理的だと主張した。踏みこんで言えば、中央政府がナショナル・ミニマムの確保に責任を持つことを前提とし、その上でコミュニティ・オペイマム（地域における最適な保健・医療）を自治体レベルで築くという構想である。

さて、日本の保健・医療の国際的評価はどのようなものであろうか。資料2-4は、世界保健機関（WHO）と経済協力開発機構（OECD）のデータである。まず、WHOが行っている各国の健康状態の総合ランキングを見れば、日本が健康達成度総合評価で第一位である。このランキングは、住宅や食生活や教育や雇用など社会の全体的な水準を反映している面も多く、かならずしも保健・医療単独の成績ではない。それでも日本の保健・医療が総合的に見て、他の国に遜色のないものだと言えよ

資料2-4 日本の保健・医療の成績
— GDPに占める医療費の割合 (2000年)

	世界保健機関 (WHO)		経済協力開発機構 (OECD)	
	健康達成度の総合評価	平等性	GDPに占める医療費の割合 (1998年)	
日本	1位	3位	18位	
ドイツ	14位	20位	3位	
アメリカ	15位	32位	1位	

出所：WHO World Health Report 2000 と OECD 「Health Data 2003」。

う。

医療制度を直接に見ている「平等性」という項目では、ほとんど自己負担なしに必要な医療が受けられる北欧諸国が最上位だが、日本も三位と健闘している。公的健康保険制度を中心にして、保険証一枚でどこでも、いつでも、誰でも、必要な医療が受けられるという国民皆保険の成果である。日本とアメリカの医療を比較して、コンパクトながら行き届いた日本医療分析を行ったことで定評のある池上とキャンベルは、日本の医療が、「国民皆保険、あるいは医療費の抑制といった大きな政策目標を実現しており、その結果、基本的には平等な医療体制が国際的にみて低い医療費の水準で達成されている」と指摘している。この平等性を掘り崩すのが、現在進行中の医療「構造改革」である。

市場原理主義的構造改革論者が範とするアメリカは、平等性で三二位、総合成績でも一五位にすぎない。いま、財界・政府がすすめている医療「構造改革」は、日本の保健・医療を自己責任・市場原理を軸に再編しようとしているが、その先に何が待っているかは、資料2-4から十分に読みとれよう。

(二) 日本の医療費は低い

政府・財界は、医療費負担を増やすのは、日本の医療費が増えすぎて大変だからだという。しかし、それも事実ではない。資料2-5のように、日本の医療費の対GDP比は旧OECD二四か国中一八位であり、平均以下である。第一位はアメリカだが、世界で一番医療に金をかけて、平等性では三三位、総合評価は一五位にすぎない。日本の医療は低い費用で高い効果をあげている、優れた制度といえることができる。

池上直己たちはこの点について、アメリカとの比較を念頭に置いて、日本人に対して次の指摘を行っている。「国民全員が医療保険に加入しており、保険証一枚があれば費用のことをあまり気にしなくてもどこの医療機関でも受診できる。一方、医師は基本的に自由に診療することができ、出来高払い制度に基づいて診療した内容に応じて収入が増えるようになっている。そして何よりも、日本では高騰していると信じられている医療費は、むしろ世界的には低い水準にあることで逆に注目されている」。日本の医療費が先進国の中では低いということを確認した上で、なぜ日本の医療費が低く収まっているのかを検討しよう。それには、多くの要因が関係するが、最も直接的な要因は、人手が少ないことである。保健・医療は福祉や教育と同様に、労働集約型産業であり、経費の三割以上が人件費である。医師や看護師が少ないことは国民医療費を低く抑えることにつながる。

たとえば、入院病床一〇〇あたりの医師の数では、アメリカの六三に対して日本は二二・〇であり、看護師数ではアメリカの一九七に対して日本は四一・八である。それぞれ、ほぼアメリカの五分之一に過ぎない（いずれも一九九六年の比較）。平等性で三位、総合評価で一位という優れた制度を支えているのは、医師や看護師が少ない人数で頑張っているからにはかならない。もし、日本の保健・医療

資料2-5 国民医療費の対国内総生産比（%、2000年）
OECD加盟欧米日諸国

1	アメリカ	13.1
2	スイス	10.7
3	ドイツ	10.6
4	ギリシャ	9.4
5	フランス	9.3
6	カナダ	9.2
7	アイスランド	9.1
8	ポルトガル	9
9	オーストラリア	8.9
10	ベルギー	8.7
11	オランダ	8.6
12	スウェーデン	8.4
13	デンマーク	8.3
14	イタリア	8.2
15	オーストリア	8
15	ニュージーランド	8
17	ノルウェー	7.7
18	日本	7.6
19	スペイン	7.5
20	連合王国（イギリス）	7.3
21	チェコ	7.1
22	フィンランド	6.7
22	ハンガリー	6.7
24	アイルランド	6.4

出所：OECD Health Data 2003.

をアメリカ並みに、というのであれば、日本の医師・看護師などの患者に対する割合を、せめてアメリカの半分程度に増やしてほしいものである。これだけでも、入院している患者が医師や看護師と病気や療養上のことを相談する時間が大幅に増えるし、看護師に多く発生している過労死を防ぐことができよう。

3 日本医療の弱点

(一) 高負担・情報公開の遅れ

日本の保健・医療の弱点はどこにあるのか。まず、医療費負担の重いことをあげなければならない。第一章でも指摘しているが、その後の推移も念頭に置いて、負担の実態を確認しよう。

日本労働研究機構が発行した「データブック国際労働比較二〇〇二」によると、医療・保健費用（医療機関や薬局に支払う費用。健康保険料は含まない）が家計支出に占める割合が、日本では一一・一％とアメリカ以外のサミット参加国で最も高く、以下、ドイツ四・五％、フランス三・七％、カナダ

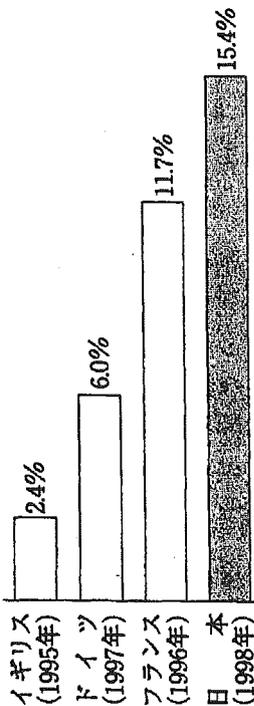
三・七％、イタリア三・二％、イギリス一・二％と続く。アメリカは全国民をかばう公的医療保障制度が存在しないので、一八・〇％と群を抜いて高い。このデータは一九九八年（フランスが一九九六年、アメリカが一九九七年、カナダとイタリアが一九九九年）のものだが、日本の医療費負担はその後も増加しつづけ、二〇〇二―三年の制度改定による負担増を見込むと、アメリカに接近するであろう。

今度は、医療機関の窓口での自己負担が、公的医療制度のもとの総支出に占める割合を比較しよう。資料2-6がそれである。ここでも日本の窓口負担が突出して多いことがわかる。イギリスやドイツの二倍以上である（週刊社会保障編集部編『欧米諸国の医療保障』第七版、二〇〇〇年五月）。

形式的には日本の医療は国民皆保険であるが、実質的には家計への負担が大きいため、公共的セーフティネットの役割を次第に果たせなくなっていることに注意しなければならない。この点では、「三割負担が保険としては限度で、さらなる拡大はとても容認できない」（朝日新聞二〇〇二年七月二十八日社説）というのは、国民の実感であろう。より踏みこんで、近年進行している事態の本質を定式化すれば、「国民皆保険の形骸化と収奪機構への転化」（第二章四三ページ）ということになる。

次に弱点としてあげるべきは、情報公開の遅れである。患者・住民が、

資料2-6 医療費に対する患者の実効負担率



出所：厚生省調査より作成。

安心して納得のいく医療サービスを利用しようとするれば、そのサービスの内容（目的・効果・危険性・費用）を知らされなければなるまい。こうした医療情報は、カルテに集中的に含まれている。この意味で、カルテの開示は日本の医療の弱点を克服する上で、緊急の第一歩となる。

情報公開は、目的ではなく手段である。患者・住民が、保健・医療の計画、実行、評価、再計画というサイクルの全体に参加するための手段である。住民の医療要求の骨格をなすのは、信頼できる、安全な医療サービスを安心して受けたいということであろう。それが「納得のいく医療」というものである。納得のいく医療は、十分に情報を提示され、説明を受け、自らも考えて決めた内容の医療サービスを受けることである。したがって、納得のいく医療は、参加する医療である。

（二）保健・医療・福祉の連携の欠如

従来から保健・医療・福祉の連携が欠けていることは、日本の保健・医療・福祉システムの弱点として指摘されてきた。医療・福祉の連携問題では、一九八〇年代ころまでは、主に障害者・児に関わる医療と福祉の連携不足が取り上げられた。一九八一年の国際障害者年も契機となって、障害者に関わる医療と福祉の連携は一定の前進を示したが、十分とは言い難い。

介護保険法の成立（一九九七年）と実施（二〇〇〇年）もあり、現在、連携問題の中心は、高齢者にある。「高齢者の社会的入院」は象徴的存在である。これは、平たく言えば、住宅事情や介護する人

手、さらには適切な医療機関の不在などの社会的要因によって（すなわち医療と福祉の連携不足という要因によって）、在宅あるいは地域で高齢者のケアを行うことができないために、医学的必要性は乏しくても、高齢者を、医療施設である病院（比較的大きい病院）に継続して入院させざるをえない、という問題である。

この弱点を、地域で適切なネットワークの形成によって克服することが、地方行政の課題でもあり、その上ではじめて、医療サービスをより効果的に利用する方向への改革が可能になる。地域における医療・福祉（介護）のネットワークを、多様な利害関係者の参加によって形成することは、地方自治法から見ても自治体の責任であり、このネットワークなしに、診療報酬制度によって、長期入院患者を病院から追い出すようにし向けるのは、順序が逆と言わざるをえない。

日本の保健・医療の弱点には、保健の弱さ、予防や健康促進の弱さを含めなければならない。日本の医療サービスは主に健康保険をベースに提供されてきたが、健康保険では予防給付は原則として行われぬ。また、保健が主に自治体（保健所など）によって担われ、地域医療は主に民間自営業者である開業医や民間中小病院によって担われ、ここから公と民の連携不足という側面も問題になってきた。こうした弱点が背景となり、一般に日本の保健・医療の連携は弱かった。

従来、健康づくりや予防活動の中心機関は保健所であり、中心的職種は保健師であった。それらの活動は、保健所法（一九四七年成立、一九九六年地域保健法に転換）によって根拠づけられていた。保健所法は憲法第二五条を基本理念に据え、人口一〇万人につき一カ所の保健所を設置することとし、保健所を地域の公衆衛生サービス提供の一線機関と位置づけた。地域保健法は、保健所を地域の第一

線機関から情報収集と管理を主とする機関に転換させ、人口約四〇万人弱に一カ所の設置とし、今日までに保健所の約三〇%を減少した。こうして、国が住民の健康づくりや予防活動に関する直接的責任を弱めつつある。これに代わる形で、民間健康産業が拡大しつつある。

注目すべきは医療生協運動である。「日本生活協同組合連合会医療部会」(医療部会)は、医療事業を行う生協法人の全国組織として一九五七年に創立された。加盟単協および医療部会を医療生協と称する。医療生協は、住民の自主的組織であり組合員を主人公とする。医療部会加盟単協は三九都府県に一一九あり、組合員数は二三七万世帯、病院八〇、診療所三三七、その他の施設五九八を所有している(二〇〇二年三月)。医療生協では、一九九〇年代から「地域まるごと健康づくり」というスローガンを提起し、医療機関だけでなく、組合員とその家庭、班や支部という組合員が暮らす一定の地域、そして自治体をトータルに視野に入れた健康づくりを実践している。

(三) 国民健康保険の危機

日本の医療制度の弱点は国民健康保険に集中的に現れている。自治体ともっとも関係が深い国民健康保険(国保)の危機的状態である。国保は、被保険者の大半が年金生活者や零細商工業者およびその被雇用者であり、企業主負担もないために、国民健康保険法一条で「社会保障及び国民保健の向上に寄与すること」を法の目的として、保険原理よりも社会原理を前面に出している。

しかし、一九八四年に国保医療費に対する国庫補助率を四五%から三八・五%に引き下げたのをはじめ、国の補助金削減策により財政悪化が著しく、保険料の引き上げが各地で相次ぎ、加入者の年取に占める保険料の割合は、健康保険等よりもはるかに高くなっている。さらに近年の長期化する不況が重なり、滞納世帯が急増している。二〇〇四年六月一日時点の調査では、滞納世帯が四六一万(二八・九%)、被保険者資格証明書交付世帯三〇万、有効期限つきの短期被保険者証交付世帯一〇五万と、いずれも急増している。

被保険者資格証明書を交付されると、窓口で医療費を全額支払わなければならないが、あとで国保組合(市町村が運営)から七割が償還される。しかし、滞納が一年六カ月以上になると、償還分はすべて滞納分に充当される。短期被保険者証は六カ月、三カ月、一カ月などと有効期間を限定し、その間に保険料を納付しないと保険証が発行されなくなり資格証明書を交付される。国保証の取り上げと被保険者資格証明書の発行は、一九八六年の国保法改定で導入され、当初は市町村の裁量であったが、二〇〇〇年には義務になった。このために、被保険者資格証明書交付世帯、短期被保険者証交付世帯とも、二〇〇〇年から急増したのである。

被保険者資格証明書交付は深刻な受診抑制をもたらし、各地で治療の遅れによって死亡する例が起きている。窓口で全額を支払うことは、もともと低収入のために国保税(料)を納入できない世帯にとって、至難の業である。たとえば静岡市の場合、資格証明書交付世帯一四〇〇のうち受診は一〇件(医科の入院・外来、歯科を合計して)と受診割合は〇・七一%にすぎず、国保加入全世帯の受診割合六七・五九%と比べて約百分の一という低さである(二〇〇二年五月実績、静岡県国民健康保険団体連

合会調べ)。

国保の危機に関して、住民参加の一例でもある、埼玉県社会保障推進協議会(埼玉社保協)の運動をとりあげたい。埼玉県では、埼玉社保協を中心にして、一九九三年以来、自治体キャラバン(県下全自治体と社会保障改善の交渉を行う)や関係する多くの団体が共同で対県交渉を行うなど、社会保障運動を広く積み重ねてきた。国保をめぐるも、埼玉県内の動向は注目すべきである。埼玉県は、全国で唯一、二〇〇〇年度まで資格証明書を発行しないで、すべての国保加入者へ保険証を交付することを原則としていた。

資格証明書の発行が一九九七年に全国的に推進された。その直後の一九九八年に、医療関係団体が共同して行った二年越しの交渉の結果、埼玉県当局は「資格証明書の発行は本県では行わない」と約束したのである。資格証明書発行が市町村の義務に変わったあとも、県当局は資格証明書発行の要件である「悪質滞納者」の認定を厳しくして、資格証明書の発行を回避する努力を行った。

その後、県の姿勢は後退し、二〇〇一年には資格証明書を発行する市町村が出てきたが、県内の広範な地域で、国保税引き上げや保険証とりあげに反対する持続的な住民運動が展開され、国保料(税)の減免申請を集団的・組織的に行う取り組みもなされている。地域における社会保障運動の発展が、一部の市町村しか資格証明書を発行しない状況を生み出す原動力になっている^①。

(四) 社会保険とは何か

国保問題を含めて、健康保険や共済組合保険などの社会保険、公的保険を考える原点は、社会保険を私保険と同様にみなす保険主義の誤りを犯さないことである。日本の社会保障の中心は社会保険から成り立っていて、健康保険、年金保険、労災保険、雇用保険のほかに、公的介護保険もできた。しかし、医療を受けられない無保険者や無年金者が急増している。自立・自助・自己責任を強いる社会保障の保険化政策が加速し、少なからぬ国民が国民皆保険から脱落させられているからである。社会保障の保険化(私的保険化)政策は、①社会保険の中身を乏しいものにし、形だけのものにする形骸化、②社会保険の私的保険への切り替えとしてすすめられてきた。

しかし、社会保険、社会保険、保険の相互関係はあまり理解されていないし、誤りもみられる。社会保険は、病気や老齢や失業などの社会問題が、自助では解決にならず、労働者の共済組織などの相互扶助でも対応できないことを、恐慌や戦争を契機に自らの経験によって理解した労働者階級と為政者の双方が、当面の解決機構として選択した、社会的施策である。それは、人びとの生活の安定をはかるという社会政策上の目的でつくられている制度である。そのために、①勤労国民の相互扶助を目的とし(労働者の保険料負担)、②勤労者の福祉をはかる(企業主負担)、③国が責任をもって運営(公費も投入する)、④法律で加入義務づけ(強制加入)、⑤所得に応じて保険料を負担し、必要に応じて

給付を受けるという特色をもっている。明らかに私保険とは異なる実態と原理を有している。

この社会保険は、①保険原理（保険性）、②社会原理（社会性、扶養性、連帯性、福祉性）の二つの属性から成り立っている。私的保険においては、保険の技術的原理すなわち保険原理（「収支相当の原則」「給付反対給付均等の原則」など）に厳格に立脚している。しかし、これが社会保険では、加入者全体を勘案した、負担（保険料）や保険給付となるリスク評価とその管理、そして国家責任（国庫負担）や企業責任（企業負担）などによって緩和・修正され、無拠出者に対する給付も含まれる。ちなみに、自助が強制される資本主義社会は、自分と自分の家族を守るために保険に頼らざるをえない社会、保険を必要とし保険を生み出す社会にはかならない。ところが、生産力の担い手であり保険をもつとも必要とする勤労者ほど、その保険から締め出されてしまう。

資本主義の歴史に即してみれば、まずは自助段階があり、ついで産業革命以降の労働者の共済運動に代表される互助段階があった。しかし、失業、疾病、老齢等々の生活問題を労働者・勤労者が自助でも互助でも解決できず、また支配層にとっても治安上および労働者政策上からみて放置できないという歴史的社会的背景のもとで、労働運動の要求をきっかけにして社会保険が一九世紀後半から二〇世紀初頭にかけて本格的に整備されたのである。社会保険はそもそも自助でも互助でも解決できない問題への対応として発生したのである。

私保険にも共通する「保険原理」（私的扶助原理）と、社会保険の特徴をなす「社会原理」（社会的扶助原理）を混同してはならない。国保の場合は、国保法一条に明記されているように、社会原理に重きをおいて設計されているのである。国民健康保険における社会原理を強めるには、国庫補助率を一

九八四年水準に回復することをはじめ、公費を十分に投入することが決定的に重要である。

（五）社会保険攻撃の典型例

総合規制改革会議委員で、規制緩和推進の立場から、医療への株式会社参入など、医療の市場化・営利化を主張する代表格が、八代尚宏氏であるが、氏が中心になってまとめた『社会保障改革の経済学』（東洋経済新報社、二〇〇三）は、社会保険と私保険を混同して、現行の社会保険を私保険に変えてしまえと主張する好例である。

八代氏たちは、社会保険も保険である以上は、民間保険とまったく同様に、負担と給付の均衡——保険教理学で言う収支相当の原則——が成立しなければ、給付が負担を上回り続けて長期的に保険制度は破産してしまう、と認識している。したがって、高齢化に伴い年金や医療の給付が増えるならば、社会保険制度を維持するためには、保険料を引き上げるか、または給付を削減するよりほかに道はないと考えざるをえないのである。

その上で、保険料引上げや給付削減によって低所得層が打撃を受けるのであれば、それは社会保険とは別に、福祉制度で対応すべきであるというのである。すでに前項で述べたように、社会保険も保険ではあるが、しかしそれ以上に、社会保険は、国民の生存権に立脚した社会保障制度の一環である。だからこそ、強制加入、法定給付、応能負担といった社会保険独自の原則が設けられ、政府の一般財

源や補助金が社会保険に投入されている。もっぱら保険料収入で運営される民間保険とは異なり、社会保険では、収支相当の原則も部分的にしか成立しない。

ところが八代氏に代表される社会保障構造改革論者たちは、社会保険は保険であるという立場から、保険給付は保険料収入のみでまかなうべきであるとし、租税投入、なかでも国庫負担金を攻撃する。すなわち、国庫負担金を削減すべく、次のように論じる。「本来、社会保険料は、政府が国民の利益のために強制する年金や医療保険の給付と結びつけるための特定財源である。仮に、その負担が高すぎると考えるのであれば、給付を削減すべきであり、それに一般の税財源を投入して、負担と給付のバランスを不明確にすることは論理矛盾である。他方、税で賄うべきは福祉の財源であり、社会保険料を負担できない層の保険料肩代わりや、他の所得と合わせて最低生活費に満たない乏しい年金受給者への補足年金として用いることに意味がある」(二三ページ)。

要約すれば、公的保険は保険料だけで運営し、そこから落ちこぼれる貧困層に限って、別建ての福祉制度を設けて税でまかなえ、というのである。そして、福祉は最低レベルに限定するという、先に紹介した経済同友会の「自律国家構想」の政策と重なるのである。

また、より直截には、二〇〇三年三月二十八日に閣議決定した「医療保険制度改革に関する基本方針の策定等」で、高齢者の独立医療保険を設置する構想について、「個人の自立を基本とした社会連帯による相互扶助の仕組みの社会保険方式とする」と説明している。このようなものは、社会保険の理念ではない。自助、互助を超えた公的制度として社会保険は生まれたのである。この歴史的事実を忘れてはならない。

4 小泉医療改革の基本的構想

(一) 小泉医療改革の四つの課題

小泉医療改革が掲げる当面の課題は以下の四つである。①高齢者医療制度を含めた医療保険制度のあり方、②診療報酬体系の見直し、③医療提供体制の改革、④株式会社の参入解禁などの「規制緩和」「効率化」である。

①と②については、改悪健保法で二〇〇二年度中に政府は「基本方針」を決めることが義務付けられ、二〇〇三年三月二十八日に「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」(以下、「基本方針」)が閣議決定された。③については、厚生労働省の検討チームが同年四月三〇日に「医療提供体制の改革のビジョン案」をまとめている。④に関しては、政府の「規制改革推進三カ年計画」をさらに詰める検討がなされ、六月二七日に閣議決定「経済財政運営と構造改革に関する基本方針二〇〇三」(「骨太の方針」第三弾)に反映された。ここでは、「基本方針」を中心としつつ他の文書へも目配

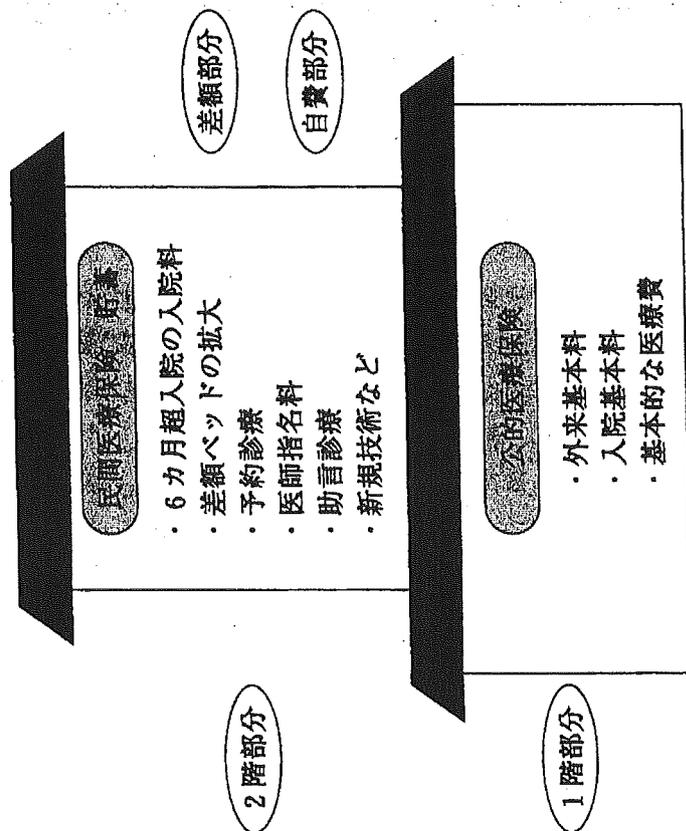
りをして、①から④全体の特徴を明らかにする。ただし、②と④の詳細は、それぞれ第三章と第五章で扱う。

(二) 今日の医療保険制度の問題点——総括的に

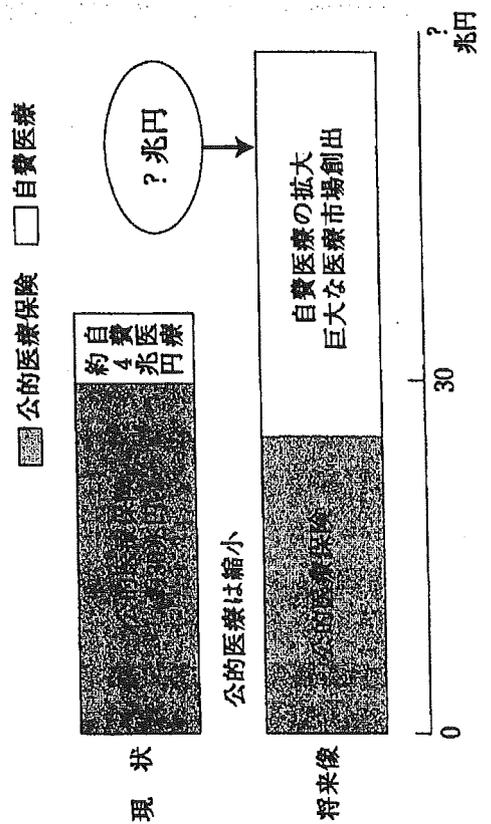
まず、医療保険制度改悪の枢軸をなす政策目的を確認しよう。その第一は、「国民皆保険の形骸化」である。日本は国民皆保険体制をとっているとわれながら、近年は、給付率引き下げ（患者負担増）による受診抑制、保険料未払いによる実質的無保険者の増大に加え、現物給付の後退とそれに伴う療養費（窓口で費用を支払い、後に所定の給付割合分が払い戻される仕組み）の拡大志向、特に特定療養費の顕著な拡大など、給付範囲の限定・縮小化による医療保険制度の公私二階建て化が進行している。こうした事態は国民の経済力格差をそのまま医療に持ち込むことになり、保険料や一部負担などに対する負担に耐えられない国民を、実質的に保険診療の外に追いやることになっている。規制緩和の名の下に進行している医療への営利企業参入は、骨太方針第三弾では二一の重点項目に多数盛り込まれ、具体化の段階に入っている（資料2-7、8）。

「基本方針」は「基本的な考え方」において、「将来にわたり国民皆保険を堅持する」と書いている。しかし、いま問われている問題は、形式ではなく内容が皆保険であること、つまり必要で十分な医療サービスを、利用時点での自己負担なしに、あるいは軽微な自己負担の範囲内で、利用できることで

資料2-7 民間保険の育成——公的保険と民間保険の2階建て
 政府が推く医療制度の将来像



資料2-8 自費部分の拡大と民間保険育成で巨大な医療市場を生み出す



ある。

政府・財界が強行しつつある医療保険政策は、「皆保険＝皆医療」というセットを、分離するものでもある。つまり、現物給付の原則を後退させ、まずは、「医療標準」で保険のきく範囲を狭め、ついで混合診療を拡大して、社会保険診療の場への私費診療潜人を推進し、最終的には療養費払い化＝医療券化（医療費の事後的補填）へと変質させる動きである。

第二の問題は、「国の公的責任の後退・放棄」である。国は医療や年金などにおいて「自己責任」を原則化し、社会保障に対する責任を患者・国民に転嫁してきている。また、自治体に対しても「地方の自立・地方分権」を逆手にとって、保険制度運営に対する責任を転嫁しようとする一方、国庫からの財源補助については財政難を口実に削減してきており、それが国保や政管健保の赤字財政を生む原因にもなっている。国民健康保険、政府管掌健康保険、組合管掌健康保険のいずれも地域保険にし、国家と企業の責任を解除しようという方向を見逃してはならない。もちろん、経営がうまくいっている好景気の大企業の組合健保は手つかずのままにするのであるが、この問題は地方自治の問題でもある。二〇〇五年春の地方自治体に関する「三位一体改革」においても、広域行政圏（都道府県を念頭においている）に三つの公的医療保険制度の管理を委ねる方針として登場している。つまり、日本国民が、意識するしないにかかわらず、公的医療保険制度の運営・財政面に深く関与することになるのである。当該自治体の方針と施策によって、自らが加入する公的医療保険のいかんを問わずに、住民として、納税者として、負担の多寡が定まる事態に直面しているのである。

第三の問題点は、「社会保障に対する企業責任の回避」である。財界の中核である日本経団連が二

〇〇三年初頭の「新ビジョン」（興田ビジョン。日本経団連〈日本経済団体連合会〉が二〇〇三年一月一日付で発表した二〇二五年をめざすビジョン「活力と魅力溢れる日本をめざして」）で提言しているように、大企業は海外での企業競争力の回復を理由にして、年金・介護・医療・福祉など社会保障制度全般に関わる企業負担の軽減を要求している。その結果、老人医療費に対する拠出金制度の廃止や法人税の引き下げ、それと裏腹の消費税引き上げなど、社会保障全般に対する責任を回避する方向での制度改革が悪が志向されるようになってきている。この点では、消費税率大幅引き上げと「混合診療」解禁・「特定療養費拡大」がセットで論じられている。

第四の問題点は、「医療保険の収奪機構化」である。保険料が上がるのに、給付水準は低くなるので、国民の多くは、必要な医療水準を確保するには、私的保険に加入したり、追加的な自己負担を支払ったりするが、それは、国民が再収奪に曝さらされることにほかならない。

（三）営利化の推進

この間、「構造改革」「規制改革」推進の流れの下で——しかし、これらが、政府と国民の多数との間に、また政府、自民党さらに各与党の内部および支持基盤の内部で、深刻な矛盾を引き起こしていること、そのために、当初の目論見のようにはすすんでいないことも（病院特区も）見逃してはならない——財務、経産、厚労などの中央省庁も社会保障「構造改革」、医療制度「構造改革」の具体化

資料2-9 「骨太の方針」第3弾に盛り込まれた「規制改革」の12の重点項目

- ①株式会社などによる医療機関経営の解禁
- ②保険診療と保険外診療の併用の拡大
- ③医薬品販売体制の拡充
- ④新しい児童育成のための体制整備
- ⑤公立学校の管理・運営の民間委託
- ⑥株式会社などによる農地取得の拡充
- ⑦労働者派遣の医療分野への適用拡大（医師、看護師なども将来の長期雇用を条件に、派遣を容認）
- ⑧大学・学部・学科設置など弾力化
- ⑨高層住宅に関する容積率の緩和
- ⑩職業紹介事業における地方公共団体・民間事業者の役割の大幅拡大
- ⑪株式会社による特別養護老人ホーム経営の全国展開
- ⑫株式会社による農業経営の全国展開

「混合診療」解禁の様々な手法

二〇〇三年三月二十八日閣議決定「規制改革推進三カ年計画（再改定）」では、「公的保険と保険外診療の併用による患者選択の推進」について「一五年度中に措置」するとなっている。その内容を見ると、「国民はいつでもどこでも一定水準の医療を受けることだけでは満足しておらず、より質の高い医療を受けることを求めており、医療提供者もみずから、能力や質に応じた十分な評価を受けることを望んでいる。このことを前提にしたうえで、現行の特定療養費制度に関する仕組みを積極的に活用していく」こととされている。

このように、「混合診療」解禁問題では、総合規制改革会議（現在は規制改革・民間開放推進会議）が要求している規制の全廃のほかに、差額ベッドに代表される特定療養費制度の拡大・活用が進行している。その他に、最近では「解釈解禁」の動きも進行している。セコムは自費診療を給付対象にしたがん保険「メディコム」を販売しているが、その患者ががんと併せて糖尿病の治療を受けていた場合、糖尿病の治療費は公的保険で負担するとしている。自費診療と保険診療の併用は原則禁止であるが、中医協では混合診療として違法になる事例とそうでない事例の整理作業に着手している。もちろん、混合診療推進の方向である。例えば、自費で受けている大腸がん検診でポリープが発見され、それを切除した場合の保険適用の範囲などをあらためて整理するという。また、厚生労働省が通知で「こうした場合は混合診療には該当しません」とお墨付きを与えていけば、実質的には混合診療解禁と同じことになる（二二二ページを参照）。

をすすめてきた。

資料2-9が示すように、焦点は、株式会社の医療機関経営解禁（すでに医療特区で自由診療に限定した実施が閣議決定）、「混合診療」の解禁、医師・歯科医師などの派遣労働解禁、の三つである。この三点セットが実現されると、医療分野で営利企業が本格的に利潤をあげることが可能になる。

この他の重点課題として、一般小売店でも医薬品販売を自由にできるようにする構想が出ている。

「規制改革推進三カ年計画」が実施を求めていた保険者によるレセプト（診療請求明細書）の直接審査・支払い、保険者と医療機関の契約による診療報酬の割引制は、すでに厚生労働省の通知で可能になった（たとえば一点単価一〇円を九円で支払う。ただし、保険者にとっては割引きになっても、患者にとって負担軽減になるに限らない。「混合診療」が解禁になれば、医療機関は割引き分を患者から保険外負担分として徴収することも可能だ）。

5 健康保険制度改革構想

現在、医療保険制度は、混合診療の禁止や皆保険にもとづく現物給付（言い方を換えれば、「公的医療保険によって必要十分な医療が現物で提供される」という制度の根幹が見直されようとしている。健保法改悪、診療報酬引き下げなどを通じて、医療制度「構造改革」の条件づくりをすすめてきた政府・厚労省は、次の段階として、医療保険制度を含む医療制度全体の改革を、施策体系として具体化する作業を始めている。

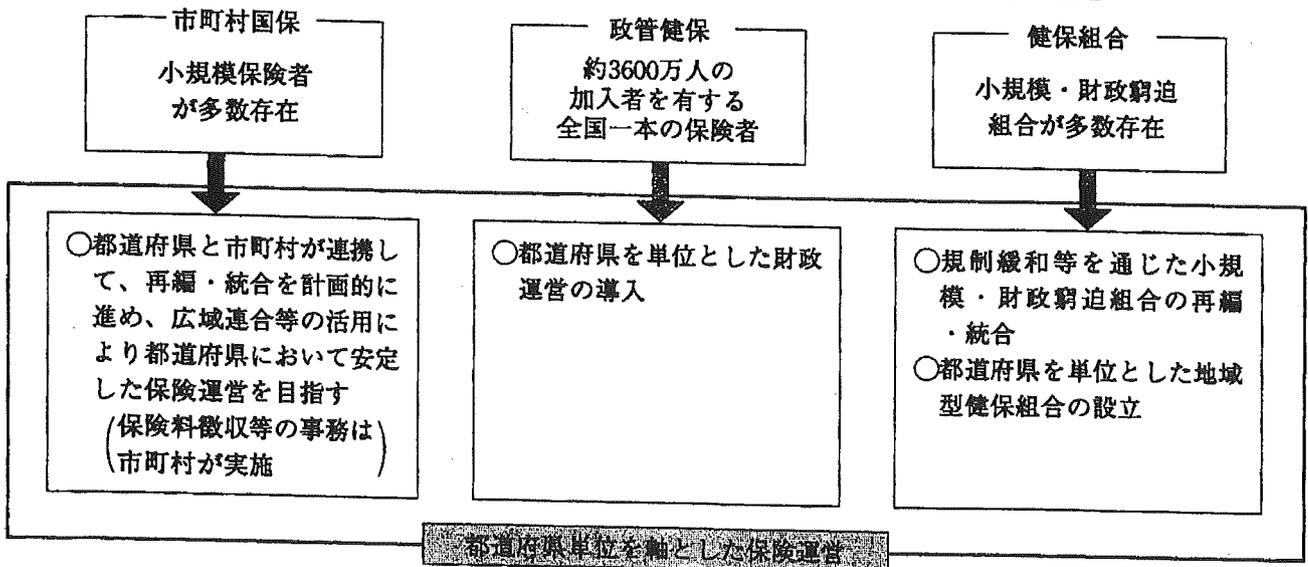
(一) 二つの柱

二〇〇二年十二月二七日公表の厚労省試案は、健保法附則に法的根拠を求めた形で作業がすすみ、二〇〇三年の三月二八日には政府の「基本方針」として閣議決定された。医療保険制度についての政府「基本方針」は、大きく言って二つの柱からなっている。

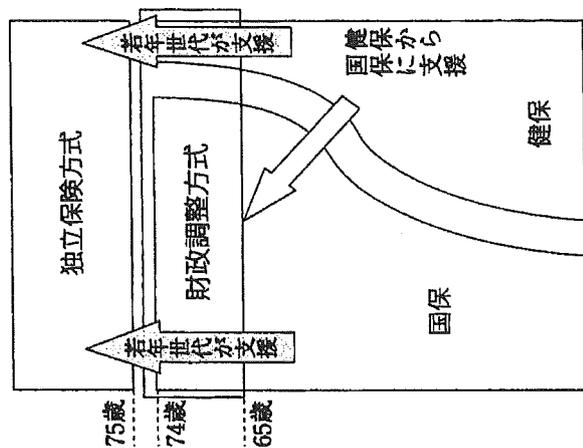
第一の柱は、都道府県単位に保険者を再編・統合して保険運営を行わせることである。

資料2-10 保険者再編・統合の基本的考え方

- 被用者保険、国保それぞれについて、都道府県単位を軸とした再編・統合を推進
 - ・保険者の財政基礎の安定
 - ・保険者としての機能を発揮
- 地域の関係者が連携して質の高い効率的な医療を提供できるような取組を推進



資料2-11 新高齢者医療制度



「基本方針」が提起した医療保険制度改革の中心的内容は、都道府県単位への再編である（資料2-10）。その内容は次の四点である。

① 政管健保は、現在、全国一本で運営がされている財政運営を都道府県単位とする。年齢構成と所得の格差を全国的に財政調整した上で、保険料率をそれぞれが設定する。

② 国保については、厚生労働省試案の段階では、現行、市町村が保険者となっているものを都道府県単位に統合することを明確に打ち出していたが、

全国知事会などが反発したため、自治体合併なども含めた統合・広域化を推進するという表現におちついた。しかし、都道府県単位への再編という方向性は変わらない。

③ 組合健保は、全国規模や都道府県単位で安定した財政運営がされているものは当面存続し、小規模組合は都道府県単位に受け皿を作って統合する。

④ 公務員などの共済組合は「自主性を尊重しつつ」あり方をさらに検討する。

二〇〇三年「基本方針」の骨格は、二〇〇五年春の一連の関連審議会などにおいて再確認されている。社会保障審議会医療保険部会が二〇〇五年三月四日に発表した「政府管掌健康保険の改革に伴う論点について」、同部会が二〇〇四年四月二〇日に提出した「健保組合等の再編統合について」は、

二〇〇三年「基本方針」での論点を政策的に煮詰めた内容になっている。また、同部会が二〇〇五年七月七日に発表した「市町村国保について」では「保険者の再編統合を進めて、都道府県単位を軸として保険運営を目指すべき」と明記された。

第二の柱は、七五歳以上を高齢者医療制度の対象者にくくって地域保険化し、保険方式による運営を方針化したことである（資料2-11。なお二〇〇五年に予定されている介護保険制度の大幅見直しを視野に入れているものと思われる）。

上記の都道府県単位での医療保険の再編を前提にして、高齢者医療制度については、①七五歳以上の「後期高齢者」は、独立型の医療保険として、高齢者の保険料・窓口負担、公費（給付費の五割とされている）、残りをほかの医療保険からの支援（通常の保険料とは別建ての「社会連帯的な保険料」を設定）によって運営する。保険者は、都道府県国保という案もあるが、現時点では未定。②六五歳から七四歳の「前期高齢者」は、現在と同じようにそれぞれの医療保険に加入したまま、加入者の偏在による医療費の不均衡について財政調整（現行の「拠出金制度」のようなやり方）をする。

高齢者医療制度に関する「基本方針」の内容についても、二〇〇五年七月七日に社会保障審議会医療保険部会が発表した「高齢者医療制度について」で、より具体的な提案がなされている。

(二) 保険者再編の主な目的

医療保険制度改革は、組織構造が複雑なために、議論がしにくかったり、細部に入り込みすぎて全体像が見えなくなったりしやすい。「基本方針」では、まだ負担割合が具体的に提案されず、財政試算も発表されていない。国や企業、国民の負担がどうなるのかが示されていない。そうであるだけに、政策目的を把握することが重要である。その目的を以下に略述しよう（なお、具体的提案や試算などは、前項において、直近のものを示しておいた）。

「基本方針」による保険制度改革案のキーポイントは、都道府県単位への再編である。保険者については、高齢者の独立型医療保険制度を含めて、都道府県とする案や、別に「公法人」を設立する案もあるが、既に述べたように、医療保険に対する国の運営責任と負担を大幅に軽減しようとしていることは確実である。このポイントをふまえた上で、さらに細かく見ていこう。

国庫負担の軽減と保険者による医療費抑制策の強化

国保については、全体的には財政危機が進行しているが、相対的に財政状況がまだ安定している保険者もある。都道府県単位への統合は、弱い者同士の中で相対的に強い者に負担をかぶせ、県単位で助け合いをさせ、国庫負担をその分削減しようということである。

政管健保については、「国庫補助の配分方法の見直し」が提起されている。全国一律医療給付費の二・三％国庫負担をやめ、都道府県ごとに格差をつける。その際に、医療費の地域格差の是正を重視する。これまでも厚生労働省は、「高齢者一人当たり医療費は、最高の北海道と最低の長野で一・六倍もの格差がある」ということを主張してきた。国保については従来から各保険者ごとに保険料設定が行われてきたが、これを政管健保にも適用し、医療保険全体で都道府県単位に、保険料率を高く設定するか、それがいやならば適正化対策を強化して一人当たりの医療費の地域格差を是正させようという目的である。厚生労働省試案の段階では、診療報酬の単価（現行は一点一〇円）も都道府県ごとに設定してよいとされていた。つまり、医療費が高いところは単価を引き下げて抑制することも可である。五月二〇日、厚生労働省から保険者と医療機関の個別契約により診療報酬の割引きを解禁する通知が出され、単価の保険者による設定も具体的段階に入った。

企業負担の軽減

日本経団連など財界の要求は、高齢者医療費への拠出金制度を廃止し、そのほとんどを消費税を財源とする公費負担でまかなうことである。奥田ビジョンの後、日本経団連は、五月二九日に消費税率を二〇〇七年度までに一〇％、二〇二五年度までに一八％にする提言を発表した。「基本方針」では医療保険制度改革の実現は二〇〇七年度とされていて、消費税率引き上げの大合唱と軌を一にしている。

拠出金制度の廃止という財界の要求からすると、後期高齢者への他の医療保険からの財政支援も、