

前期高齢者の財政調整方式も、いずれも満足できない。しかし、後期高齢者の財政支援財源に「別建て」の「社会連帯的な保険料」を持ち出したことで、今後の経過によっては、この保険料の事業主負担割合が現行より大幅軽減、あるいはゼロとなる可能性もある。大企業の労働者を対象とする大規模健保組合は、とりあえず存続とした点も、国保や政管健保には都道府県単位で厳しい財政運営を強制することに比べて、優遇である。

高齢者の負担増

第一の負担は、六五歳以上のすべての高齢者から、保険料を徴収することである。扶養家族となっている約四〇〇万人の高齢者からも新たに保険料を徴収する。厚生労働省の試算では、医療給付費の一〇％と仮定して平均で年間一人当たり八万七〇〇〇円であり、介護保険料と合わせて毎月一万円以上になる。

第二の負担は、医療費自己負担である。改革案では「給付を見直す」となっているが、自民党や日本医師会からは、六五歳から七四歳の前期高齢者は二割負担とする要求が出されている。六五歳から六九歳の人は三割負担が二割になるので改善となるが、七〇歳から七四歳は一割負担（一定以上の所得の人は二割）から二割へと負担増になる。

(三) 診療報酬体系の見直し

「基本方針」の「診療報酬体系の見直し」で提起されている主内容は以下の通りである。

- ① 医療技術の評価（ドクターズフィードバック的要素）と医療機関の運営コストを反映した評価（ホスピタルフィードバック的要素）に再編する。
- ② 医療技術は出来高払いを基本にしつつ、「難易度」「技術力」「時間」などの評価を取り入れる。
- ③ 医療機関の運営コストは、入院は急性期、慢性期を問わず疾病特性、重症度、病態に応じた包括評価とする。
- ④ 「患者の選択の重視」の名目で特定療養費制度（いわゆる保険外負担）を拡大する。

診療報酬体系見直し政策の目的を把握するキーワードは、「包括評価」と「特定療養費」である。現行の診療報酬体系は、「出来高払い」を原則としている。診療報酬点数表によって、診療行為ごとに、それぞれ何点と細かく定められている。健保連や財界、マスコミは、「出来高払い」が「乱診濫療」や「ムダな治療」を生む諸悪の根源のように扱い、診療報酬体系を「包括・定額払い」中心に改めるよう要求してきた。厚生労働省も、基本的にはこの方向で診療報酬改定を繰り返して実施し、すでに慢性期入院や在宅医療などでは包括・定額制が基本になっている。「基本方針」の診療報酬体系見直しの第一の柱は、こうした包括・定額制の方向をさらにすすめて入院医療全体に拡大することであ

る。

すでに二〇〇三年四月から、大学病院などを中心とする特定機能病院の入院医療に包括評価が導入されている。正式には、「診断群分類・DPC (Diagnosis Procedure Combination) (日本型DRG)」と呼ばれ、医療機関別、疾病別に一日当たりの入院費を定額制で決めるものである。同じ胃ガンで入院しても、病院によって入院費が異なってくる。特定機能病院の包括評価は、政府がめざしている政策の方向を分かりやすく示している。つまり、急性期も含めた入院医療の包括評価を大病院だけでなく中小病院も含めてすべての入院医療に拡大していくことである。厚生労働省保険局の西山正徳医療課長は、二〇〇三年五月一七日、福岡市で講演し「医療機関の機能評価を加えながら包括払いを拡大していきたい」と述べた。

前年の厚生労働省試案では、診療報酬について、「入院医療について現行の人員配置等に着眼した評価方法を見直し、疾病の特性や重症度、看護の必要度等を反映した包括評価をすすめるとともに、医療機関の機能の適切な評価を進める」としている(「基本方針」では前半部分が「必要な人員配置を確保しつつ」と曖昧にされた)。現行では二対一看護の入院基本料は何点、三対一看護なら何点というように人員配置に着目した診療報酬の評価がされているが、「二対一看護の病棟に入院していれば同じ入院基本料というのは不合理である」ので、看護師の配置がどうであろうとも疾病・病態によって診療報酬が決まる仕組みをつくらうというのである。

包括評価導入の目的が、適切かつ十分な医療の提供にあるなら、それはそれで合理的側面を持っている。しかし、政府、財界、また健保連は、医療費抑制を強く主張している。包括・定額制を導入し

た当初は、ある程度の経済誘導も必要であることから、採算金額が設定されようが、次第に抑制基調に移ることは確実である。低診療報酬のもとで人員配置基準という縛りが撤去されれば、採算を取るために人員配置の削減や、有資格者から無資格者へのシフト、専門職種の希釈化などが起こるであろうし、それは医療事故の増加などの医療の質の低下につながりかねない。

(四) 特定療養費で保険外負担拡大

もう一つのキーワードは「特定療養費」である。「特定療養費制度」とは、一九八四年の健保法改悪で導入された、原則禁止されている保険診療と自費診療の併用、保険外負担の徴収を例外的に認める制度である。代表的なものは、差額ベッドである(東大病院、一日二六万円の差額)。差額ベッドの整備は全国の大学病院や公的病院ですすめられている。「特定療養費制度」の拡大は、入院医療だけではない。「基本方針」が診療報酬で評価すべき項目としている「難易度」「技術力」「時間」などについても、患者の保険外負担の導入がねらわれている。実際に二〇〇二年の診療報酬改定に際して、医師の指名や通常より長い診療時間、「セカンドオピニオン」などに保険外負担の徴収を認めることが検討された。

二〇〇四年二月一五日に、尾辻厚生労働大臣と村上行革担当大臣の間で、「いわゆる『混合診療』問題に係る基本的合意」が取り交わされた。ここでは「必ずしも高度ではない先進技術を含め」て、

「現行制度を抜本的に見直し、『特定療養費』を廃止し、『保険導入検討医療（仮称）』（保険導入のための評価を行うもの）と『患者選択同意医療（仮称）』（保険導入を前提しないもの）とに新たな枠組みとして再構成」し、「平成十八年の通常国会に提出を予定している…法案の中で対応する」方針が示された。「患者選択同意医療」が拡大されれば、限りなく混合診療の全面解禁に近づく内容である。

包括評価にしても、現在は外来で慢性疾患などに選択制で導入されている程度だが、入院医療での包括評価が定着すれば、外来も「インフルエンザ以外のカゼは受診回数にかかわらず〇〇円」という疾病別定額制や患者一人当たり年間□□円という人頭定額制導入も本格的検討に入ってくる。すでに厚生労働省は、慢性疾患を中心に二〇疾患の「診療ガイドライン」作成に着手、標準的治療法を確立しようとしている。医療のIT化推進の内容として、レセプトのコンピューター処理が提起されている。これが実現されれば、全国、地域別に治療費の平均値が瞬時に計算できる。このデータも活用して「医療標準」が設定されるであろう。後述する一八〇日を超える入院の取り扱いに関する近年の経験からすると、標準を超える治療行為は「ふさわしい医療」ではないので、保険給付の対象から外し、そうした治療を患者が望む場合は保険外負担とする、という展開を予測することは妥当であろう。

（五）「病態に応じた医療」を旗印に再編・淘汰をすすめる

厚生労働省の検討チームが二〇〇三年四月三〇日に「医療提供体制の改革のビジョン案」をまとめ

た。「患者の視点の尊重」「質が高く効率的な医療の提供」「医療の基盤整備」の三部構成になっている。ビジョン案では、「情報提供の推進」「安全で、安心できる医療の再構築」「医療機関の機能分化」「マンパワーの確保」「IT化の推進」などなど、じつに多くのことが述べられているし、患者・住民の要求を反映したような部分もある。しかし、このビジョンの最大の目的は「医療機関の機能分化」にある。

「医療機関の機能分化」に関しては、二〇〇一年三月から第四次医療法が施行され、地域医療計画で定める「基準病床数」を約一割削減することになっている。さらに二〇〇三年八月末までに各医療機関は「一般病床」と「療養病床」への届出が義務付けられた。こうした政策展開に立つて「ビジョン案」が強調するのは、「患者の病態に応じた医療を提供する」ということである。つまり、厚生労働省が「ふさわしい」と判断した病態の患者の入院しか認めないし、医療従事者の人員配置や提供する医療も患者の病態に「ふさわしい」ものにするとするものである。

すでに、二〇〇二年一〇月から実施された一八〇日を超える入院の取扱いは、病態に応じた対応の実例である。厚労省が定めた疾患や病態以外は、老人、一般を問わず入院期間が一八〇日を超えると入院基本料が一五％削減されることになった。削減された部分は「特定療養費制度」を適用することによって、患者から保険外負担として徴収してもよいことになった。厚労省の考えは、「原則として一八〇日を超えて医療機関に入院している状態は『ふさわしい医療』とは認められないので、介護保険の入所施設や在宅に移すべきである」というものである。

閣議決定「基本方針」は、これまでは「医療機関の機能分化」の尺度として「入院期間」を用いて

きたが、これに加えて、「病態に応じた医療」という尺度を強調したことが特徴である。入院期間が短くても、厚生労働省が「病態に応じた医療」ではないと判断したものは、公的医療から排除するのである。特定機能病院における疾病別の入院医療の包括・定額制も基本的には同じ考え方といえよう。

(六) 在院日数短縮化と病床削減

一方で、従来からの平均在院日数の短縮による病床の削減も引き続きすすめられる。特定機能病院への定額制の導入によって、鹿児島大学病院は二〇〇三年四月の入退院患者の平均在院日数が従来の半分になったという。在院日数が半分になれば、病床数は半分ですむ。病床数を減らしたい場合は、診療報酬で定めている平均在院日数を短縮すればよい。患者一人に対して看護師一人の配置（二対一看護）の入院基本料を請求するためには、その病棟に入院している患者の平均在院日数は二日以内でなければならない（算定要件）。平均在院日数の算定要件を調整することによって、病床数もコントロールできる。二〇〇一年九月に厚生労働省が発表した「二一世紀の医療提供の姿」では、平均在院日数を一五日とした場合には病床数は六三万床、一〇日にすれば四二万床という試算を紹介している。現行の一般病床数は約一二〇万床であり、大幅削減が可能となる。在院日数の長い病床は、「療養病床」か、介護保険に移行せよというのが、厚生労働省の基本的政策である。

6 社会保障・医療保障を支える税制

(一) 消費税をめぐる動向

奥田ビジョンは一言で言えば、福祉国家を支える税制から逆行する方針である。すなわち「法人税について、地方税を含めた実効税率を大幅に引き下げていくべきである」。「所得税については、……課税最低限の引き下げによって課税ベースを拡大した上で、急激な累進税率構造を緩和し、よりフラットなものとしていく」。「勤労所得と金融所得を区分し、金融所得については、金融商品間の損益通算や損失の繰越を可能とした上で、別途低率で課税する二元的所得税の仕組みとする必要がある」。「私たちの試算では、社会保障や財政構造の改革を前提に、二〇〇四年度から毎年一%ずつ税率を引き上げた場合、二〇一四年度から先は、消費税を一六%で据え置くことが可能になる。消費税の段階的引き上げは、デフレ懸念を払拭し、住宅投資や個人消費を喚起する」等々。

奥田ビジョンを一つの契機として、消費税引き上げ論議が盛んになった。奥田氏自身、二〇〇三

年元日のNHK対談では、「昨年一二月に消費税を段階的に一六％にアップさせるという提案をしたが、これにたいし怒濤のように、消費税アップはけしからんというアモだとか、そういう話は全然聞こえてこなかった。私はもつと国民の反応があつてしかるべきだと思つていたが、何もなかった。残念だった」などと述べ、「消費税アップ論議を」と、あらためてよびかけた。なお、経済同友会は二〇〇三年二月二七日に消費税を一七％とする提言をした。そのうち、九％を社会保障関連へ、八％を歳入不足の穴埋めに充てるという。ここからも分かるように、消費税は福祉目的税ではない。

(二) 財源試算——現在の日本で「平和と福祉」を支えるための財源

消費税率を引き上げれば、所得の低い層ほど負担率が高くなる。その意味でこれは、社会保障を支える財源論議になじむものではない。では、「平和と福祉」を支える財源を生み出すことは、現在の財政のもとでどのように可能になるだろうか。以下はその一つの試みである。

不公平税制の是正

歳入面では、まず、今日の日本の税制のなかにある不公平な制度（利子・配当・土地・株式などへの特別な減税措置、引当金・準備金等の形での特別な減免税等）を廃止し、所得税の最高税率と法人税率の不当な大幅引き下げを是正する（資料2-12、2-13）。

資料2-12 国税関係の不公平税制是正による増収試算（2003年度）

項	目	目安金額 億円
1.	株式発行差金（プレミアム）非課税廃止	6,220
2.	受取配当益金不算入の廃止	4,663
3.	各種引当金・準備金の廃止	16,971
	内訳	
	①返品調整引当金	529億円
	②特別修繕準備金	286億円
	③プログラム等準備金	945億円
	④使用済燃料再処理準備金	8,567億円
	⑤原子力施設解体準備金	3,115億円
	⑥異常危険準備金	2,222億円
	⑦その他	1,307億円
4.	試験研究費の税額控除廃止	224
5.	特別償却、割増償却の廃止	241
6.	法人特別税復活	3,150
7.	登録免許税軽減廃止	810
8.	間接及びびみなし外国税額控除の廃止	1,570
9.	公益法人課税の適正化	389
10.	連結納税制度の廃止	4,360
11.	その他大企業への特別措置の廃止	311
12.	個人利子所得課税の是正（一般分）	5,192
13.	個人利子所得課税の是正（郵便貯金分）	1,808
14.	配当源泉分離課税及び配当控除の廃止	2,898
15.	給与所得控除の無制限制度の是正（上限年収1,500万円）	744
16.	土地の譲渡所得の分離課税の廃止	4,444
17.	有価証券譲渡益課税（申告分離・源泉分離廃止）の強化	1,731
18.	医師優遇税制の是正	200
19.	政治資金課税の是正	614
20.	住宅ローン減税制度の是正	6,010
	計	62,550
21.	税率配分の適正化	
	大企業からの（法人税率改定による）増収分	32,307
	高額所得者（所得税率改定による）増収分	13,209
	国 税 計	108,066

出所：不公正な税制をたす会「福祉とぜいきん」15号。

使い道の是正

予算配分における不合理を是正し、不要不急の経費支出を減額し、必要なところへの費用配分を行うという観点で検討する。その支出効果が疑問視されている大型公共事業費をはじめ、特殊法人などへの費用支出、機密費・ODA・軍事費、それに高利での国債利払いを減らすための借換え債・批判の高い政党交付金などを減額の対象としている。新たな財源は一四兆七一一六三億円に上る(資料2-14)。

社会保険料をヨーロッパ並みに

日本の企業の社会保険料等(法定福利費)の負担率は、大陸諸国(独、仏、伊)と比べて、賃金の10%から20%程度低い。これを賃金あたり10%分増やして欧州大陸諸国の水準に近づければ、日本の社会保険料収入は、賃金・俸給二二三六兆円(二〇〇〇年度、国民経済計算年報)の割、二三・六兆円増える。これは法人税などの控除対象になるので、その分に当たる四割を差し引いて、約一四兆円が財源として使えることになる。もちろん中小零細企業へ相当の配慮が必要であるが、それでも相当額の社会保障財源が確保できる計算になる(資料2-15)。

五五兆円の財源に

合計すると、国税関係で一〇・八兆円(資料2-12)、地方税関係で一〇・八兆円(資料2-13)、使

項 目	目安金額 億円
1. 法人税特例廃止による地方税(法人事業税、同住民税)増収	
(1) 返品調整引当金廃止	260
(2) 各種準備金廃止	3,453
海外投資損失準備金82億円、プログラム等準備金466億円 使用済核燃料再処理準備金1,482億円、原子力施設解体準備金539億円 異常危険準備金384億円、その他500億円	
(3) 間接及びびみなし外国税額控除廃止	272
(4) 受取配当益金不算入廃止	2,299
(5) プレミアム(株式発行差金)に対する課税	3,066
(6) 特別償却・割増償却廃止、その他	502
2. 所得税特例廃止による地方税(個人住民税)増収	
(1) 個人利子所得課税の是正(総合課税)	16,471
(2) 土地譲渡所得の是正(総合課税)	2,028
(3) 有価証券譲渡所得の是正	656
(4) その他	664
3. 地方税独自の特例廃止による増収	
(1) 土地税制特例の廃止(固定資産税)	26,134
(2) 家屋税制特例の廃止(固定資産税)	25
(3) 償却資産の特例の廃止(固定資産税)	1,923
(4) 都市計画税の特例の廃止(都市計画税)	209
(5) 軽油取引税の特例の廃止(軽油取引税)	3,220
(6) 市町村交付金の課税免除の見直し(固定資産税、都市計画税)	545
(7) 自動車税の特例の廃止(自動車税)	187
(8) 自動車取得税の特例の見直し(自動車取得税)	196
(9) 軽自動車税	15
(10) 事業所税の特例の廃止(事業所税)	946
(11) 工場誘致条の特例の廃止(事業税、不動産取得税)	155
(12) 納税補助金等の廃止	475
(13) その他	805
計	64,506
4. 税率配分の適正化	
法人事業税	7,604
法人住民税	6,577
繰越欠損金の一部停止	29,825
地 方 税 計	108,512
資料2-12、2-13 合 計	216,578

出所：不公正な税制をたたく会「福祉とぜいきん」15号。

資料2-15 保険料などの負担率の国際比較

国名	企業の負担する社会保険料等の、現金給与にたいする比率			
	現金給与 100.0%	現金給与 以外 21.5%	法定福利 費(社会 保険料等) 10.8%	法定外 福利費 3.8%
日本(95年)	100.0	21.5	10.8	3.8
ドイツ(92年)	100.0	27.4	19.4	3.9
フランス(92年)	100.0	47.0	32.0	10.3
イタリア(81年)	100.0	33.7	29.3	2.1
米 国(96年)	100.0	39.1	12.7	21.8
英 国(92年)	100.0	17.6	8.8	5.5

出所：生産性労働情報センター「活用労働統計」99年版、184ページ、表I-9から計算。イタリアは同92年版。

い道を正して二〇兆円(資料2-14)、社会保険の負担をヨーロッパ並みにして一四兆円(資料2-15)。合計で五五・六兆円の財源になる。

現在消費税の税収は、五%の税率で約一二兆円である。その税率を一〇%に引き上げれば約二二兆円、それを一五%に引き上げれば約二四兆円だけ税収の増加になる(税収額は消費総額によって変化する)。しかしこれまでに見てきた「平和と福祉」を支えるための税制・財政改革を行えば約五五・六兆円の財源が得られる。この方が消費税増税よりもはるかに効果が大きい。年約五五・六兆円の財源があれば、介護保険、国民年金、国民健康保険などなどの財源不足問題も、根本的に解決できる。消費税を増税せずに、むしろ消費税の減税や廃止の方向にすすみ、試算のような方法で財源を産み出すことが必要である。

資料2-14 税金の使い道を正す新しい財源計算(2003年度版総括表)
単位=億円

項 目				予算削減の可能額
1. 無駄な公共事業をやめ、公共投資の再構築をすすめます				(注) 地方及び 特殊法人・認可 法人の一部を含 む 143,977
投資項目	1999実績	2002推計	削減額	
(1)生活基盤投資	210,206	187,715	38,340	
(2)産業基盤投資	94,680	84,549	59,299	
(3)農林水産投資	40,863	36,491	15,774	
(4)国土保全投資	44,535	39,770	16,010	
(5)その他の投資	57,151	51,036	14,553	
小計	447,438	399,562	143,977	
併せて、特定財源とされる揮発油税、自動車重量税、石油ガス税などは一般財源とします。これに道路財源とされる目的税を含めると、合計69,115億円になります。				
2. 特殊法人等の整理統合をすすめます				5,031
3. 機密費を全廃します				54
4. ODAを半減します				4,098
5. 世界第2位の軍事費は大幅に削減します				12,400
6. 高利の国債・地方債に借換債を発行します				33,286
7. 政党交付金を廃止します				317
削減額計				199,163
8. 社会保障費を増額します				△52,000
差引削減可能額				147,163

出所：不正な税制をただす会「福祉とぜいさん」15号。

「いつでも、だれでも、安心して」医療が受けられるために、また、医療が本来の社会的役割を發揮できるためには、憲法に明記された基本的人権の一つ、生存権の保障が国の責任として正当に位置づけられ、そのための施策である医療保障、社会保障制度を充実する必要がある。

現時点の最も大きな政策的対抗軸のその第一は、「国民皆保険の形骸化」を許さず、「国民皆保険を維持し改善」することである。具体的には、この間に多様な形で導入・強化された患者負担の軽減である。例えば、①健保、退職者の三割負担を二割に戻すこと、②高齢者の患者負担を軽減すること、③国民健康保険患者負担を二割に改善すること、④就学前までを対象とした国の医療費無料制度を創設すること、高齢者の窓口支払い軽減（医療機関の肩代わり）などなどである。

第二は、「国の公的責任の後退・放棄」を許さず憲法二五条が規定する通りに、国民の健康に対する国の責任を果たさせることである。特に、地方政府の責任の具体化は、社会保障運動として重要である。つまり、地方自治体の医療費助成制度の活用・拡充などを通じて、国の制度改悪の実害から地域住民を守る課題である。高齢者の在宅酸素療法などの負担増対策では、障害者医療費助成制度の活用による救済活動が各地ですすめられた。乳幼児の医療費助成制度の拡充でも各地で成果があがっている。さらに、国民健康保険に関わる地方政府の対応は重要で、保険税（料）減免や、資格証明書発行に関わる対応など、社会保障運動にとって大きな課題が存在している。

第三は、「社会保障に対する企業責任の回避」を許さず、企業の負担をヨーロッパの平均並みに高めることである。

結局は、まず中央政府と企業主の責任を実際に果たさせ、さらに地方政府が住民の命と健康を守る行政を行うようにさせることが、国民皆保険の形骸化と収奪機構化を防ぐ主要な保障である。

注

- (1) 池上直己・キャンベル『日本の医療』、中公新書、一九九六年、二三〇ページ。
- (2) 同前、i iii ページ。
- (3) 日野秀逸「ユニバーサルな地域保健・医療」、『講座・新しい自治体のデザイン』第六巻、有斐閣、二〇〇四年参照
- (4) 菅沢秀幸「命・健康守って医療分野で広がる地域の共同」、『経済』、二〇〇三年四月号

監修 国民医療研究所 (こくみんいりょうけんきゅうじよ)
1985年設立。医療関係の学者、団体、従事者の協同によって、国民の立場に立った医学と社会科学の統一した研究をめざし、資料収集、調査、研究、提言、情報提供、研究、交流などの活動を行う。

編者 日野秀逸 (ひの しゅういつ)

1945年宮城県生まれ。国民医療研究所所長、東北大学大学院経済学研究科教授、東北大学医学部卒。大阪大医学部助手、国立公衆衛生院衛生行政学部衛生行政室長、都立大教授などを歴任。『世界の医療・日本の医療』(旬報社)、『社会サービスと協同のまちづくりー「構造改革」と保健・医療・介護・福祉』(編著、自治体研究社)、『アウシュヴィッツの医師たちーナチズムと医学』(訳、三省堂)、『人間にとって医学とは何か』(新日本出版社)など著書・訳書多数。

執筆者紹介

- 第1章 西岡幸泰 (にしおか ゆきやす)
1931年生まれ、2004年没。専修大学名誉教授。
第2章 日野秀逸
第3章 寺尾正之 (てらお まさゆき)
1953年生まれ。全国保険医団体連合会事務局次長
第4章 後藤道夫 (ごとう みちお)
1947年生まれ。都留文科大学教授。
第5章 横山馨一 (よこやま としかず)
1951年生まれ。金沢大学経済学部教授。

市場化の中の「医療改革」 国民皆保険制の行方

2005年9月30日 初版

監修者 国民医療研究所
編著者 日野秀逸
発行者 小椋 勲

郵便番号 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷4-25-6

発行所 株式会社 新日本出版社

電話 03 (3423) 8402 (営業)
03 (3423) 9323 (編集)
www.shimhon-net.co.jp
info@shimhon-net.co.jp

振替番号 00130-0-13681

印刷 光陽メディア 製本 小泉製本

落丁・乱丁がありましたらおとりかえいたします。

©Shuitsu Hino

ISBN4-406-03200-2 C0036

Printed in Japan

図本書の全部または一部を無断で複写複製(コピー)することは、著作権法上での例外を除き、禁じられています。本書からの複写を希望される場合は、日本複写権センター(03-3401-2382)にご連絡ください。