

調整期を振り返れば、二〇〇二年一〇月の高齢者医療負担の大幅な引き上げ、二〇〇三年四月からの健保本人三割負担、また最近国会を通過した介護保険の改悪、年金の改悪、現在焦点となっている障害者自立支援法案（二〇〇五年八月、衆議院解散により廃案）というように、社会保障が連続的・総合的に改悪されたのがほかならぬ「調整」期である。

医療が標的、二三年が鍵

さらに四月六日には、財界三団体の中でも「大所・高所から長期にわたる政策を提言するのがアイデンティティである」と自他共に政策者集団であることを認めている経済同友会が、「本格的な少子高齢化社会にふさわしい社会保障制度の確立―半世紀を見通した持続可能な医療制度の抜本的改革を中心に」という医療を中心にした提言を行っている。

ここでは、「これまで政府においても、年金、介護保険制度の改革について、一応の議論はなされてきたものの、残念ながら抜本的な改革は実現しておらず、医療保険制度にいたっては、ほとんど手つかずの状態にあると言わざるを得ない」と述べている。

経済財政諮問会議と経済同友会の、いずれも四月に発表された一つの政策文書を重ね合わせると、二〇〇一年から二〇〇四年までの「集中調整期間」では、主に年金と介護が議論されたが（具体的な制度見直しなどが二〇〇五年に行われたとしても）、二〇〇五年―二〇〇六年の「重点強化期間」における主要ターゲットが医療であることが浮かび上がる。

経済同友会が、「医療保険制度にいたっては、ほとんど手つかずの状態」と嘆いてみせるのは、彼

らから見れば医療保険・医療制度をめぐる事態が、彼らの思うようになっていないことを物語る。つまり、医療改悪を許さない各種・各層の国民的医療運動が、財界の思いのままにはさせていないということである。

高齢者医療保険をとってみても、すでに一九六九年の国民医療対策大綱（自民党医療基本問題調査会）において、高齢者のみを加入者とする単独の医療保険を打ち出していた。しかし、これまで、具体化はできないで来た。いまでも、簡単にまとまる状態ではない。高齢者医療保険に限らず、本書の各章で具体的に示されるように、財界・政府にとって、いろいろとやりたいことはあっても、やりたいようにはなっていないという、ある種のあせりが表明されていると見るべきであろう。

この経済同友会の医療に関する方針では、「年金、介護、医療と続く個別改革とセットにした社会保障制度の一体的見直し、さらには、消費税を含む抜本的税制改革について、この二三年をラストチャンスと認識」している。二三年とは、二〇〇五年、二〇〇六年、二〇〇七年であるが、二〇〇七年は消費税大幅引き上げの年と位置づけられているのであり、また、組合管掌健康保険（全国規模の組合健康保険を残しつつ、地域型健康保険組合を都道府県単位で設立する）、政府管掌健康保険、国民健康保険、高齢者医療保険を、すべて都道府県のもとに集約させて、中央政府の責任を大幅に後退させるとともに、さらなる「一本化」への足場とする制度を、二〇〇八年に実現させようという構想も各種審議会において提示されている（二〇〇五年五月の「社会保障の在り方に関する懇談会」の第九回会議など）。こうした事態を念頭に置けば、まさしくこの二四年間が戦略的にきわめて重要な時期であり、医療保険制度のデザインに関しては、二〇〇五年から二〇〇六年を、彼らなりの「ラストチ

ヤンス」という危機感をもって取り組もうとしているのである。

「自律国家構想」を前提、医療も教育も市場に

経済同友会の四月の文書は、随所に二〇〇一年に同友会が策定して経済財政諮問会議に手渡した「国民負担率三〇%の小さな政府」、いわゆる「自律国家構想」と言われているものを引き合いに出している。自分たちが考える国の姿は、二〇〇一年にまとめた「自律国家構想」で、その上に立って医療に絞った提言を四月六日の文書で行っているという筋書きである。

四年前に出された経済同友会の「自律国家構想」は、端的に言えば「憲法から市場へ」である。市場に委ねることは、基本的には、営利的な売買に委ねるということである。この場合は、営利化を前提とした市場化という認識である。経済同友会は次のような国家像を示す。

「自律国家という新しい概念に基づく小さな政府」を日本は目指すべきである。それは国民の自助努力と自己責任を前提とする自律ある国民によって構成される「自律国家」である。「自律国家」では、「生産は市場に委ね、再分配とは峻別する」。「生産」とは「市場メカニズムを活用できるあらゆる財・サービスの生産を意味する概念であり、農業、製造業、サービス業から教育、医療に至るまで」これらは市場メカニズムに委ねる分野である。

分配、再分配とは、端的には、税を使って行政がやる仕事である。「再分配に関わる政策判断は政治に委ね、官僚は政策判断に口を出さない。行政は政治が決めた再分配の政策を執行するだけである。この「再分配」とは「市場メカニズムを通じた資源配分に委ねることのできない行政サービスを

意味」する。「国防、外交、司法、徴税、公共事業、公的扶助」などを含む。

社会保障として国際的にも認識されている領域で「再分配」に入るもの、つまり行政サービス、行政の責任においてなされる分野は、公的扶助だけ——およそ世界に類のない社会保障論であらう——であり、原理的に公的扶助以外の諸領域は市場に委ねられるべきであるということをも、二〇〇一年の経済同友会の国家構想は述べていた。

さらに「再分配」の原則として、「日本の尺度で測った最低限度の生活水準」が「ナショナルミニマム」だとしている。これは明らかに誤りである。「ナショナルミニマム」は、生理的に最低限度の生活水準という意味ではない。日本国憲法第二五条が定めているような「健康で文化的な国民生活」という意味でのミニマムを保障するのが、政府の責任である。それを投げ捨てて、政府が責任を負うのはギリギリの生理的生存ラインであり、それ以上は市場に委ねるとというのが、四年前の同友会国家構想で述べられたことである。かつての「救貧法」時代の、生理的生存限度の生活水準を保障することだけが「再分配」で行う仕事であり、それ以上の所得再分配を国民は求めてはならず、最低以上の部分は自助努力に委ねるという主張である。

憲法から市場へ

二〇〇一年の「自律国家」構想に、今年一月の経団連の報告書を重ねてみよう。二〇〇五年一月八日に日本経団連の「国の基本問題検討委員会」（委員長、三木繁光東京三菱銀行会長、以下「検討委員会」）が、「わが国の基本問題を考える——これからの日本を展望して——」（以下、「経団連報告」）を

公表し、「改憲」の要求を明らかにした。「経団連報告」は、第九条の改変、武力・兵力を持つ国への変更という主張を、同月に開催された自民党大会の前に公表したものである。

日本の国民がおおむね納得し、その線で日本という国のまとまりをつくってきた、日本国憲法による国民の統合を、第九条でも第二五条でも財界が自ら投げ捨ててきていることに注目しなければならない（教育など各分野で同様の事態が進行している）。

それに代わって国民を統合する「理念」としては、日米安保体制を露骨に押し出している。それは、「経団連報告」において顕著である。また第二五条を否定し、むき出しの市場原理主義を主張しているのが二〇〇一年と二〇〇五年の経済同友会文書である。いずれも第九条と第二五条を真正面から否定するのが、特徴になっている。

われわれが保持している日本国憲法的な生活のあり方、さらにはそれを足場にして向上させていくというベクトル・方向と真正面から対立するものとして、第九条と第二五条を正面から否定した構想を、有力な経済団体が矢継ぎ早に出してきている。しかも、日米安保的・市場原理主義的に国民を統合する国づくりを、二〇〇五年から二〇〇六年にかけて強行しようとしているのである。さらには、二〇〇五年から二〇〇七年が「ラストチャンス」だと言っているのである。

「ラストチャンス」という表現には、彼らなりに、この機を逃すとできないのではないかという懸念が込められている。「構造改革」疲れも出てきている。また、橋本内閣以来の「構造改革」がつつき、小泉内閣の「世直しの構造改革」に喝采を送ったが、気がついてみたら「構造改革」で生活が悪くなったと感じる国民が増えている。「構造改革」の旗を振ってきた財界に、それ相当の焦りがある

のは当然であろう。

任意の医療貯蓄制度——自己責任論の極み

なお経済同友会の四月提言で見逃せないのは、任意の医療貯蓄制度を提案していることである。現在の高齢者は対象とはしないが、将来の高齢者については若いときから貯蓄をさせる、疾病リスクに備えて国が首頭をとって半ば強制的に医療貯蓄制度を導入する、というのである。自分の金で貯蓄するのであり、病気の時に備えた個人貯蓄を強制しようという話で、社会保険でも何でもなし。自己責任論の極致である。こういったものを現在の医療保障制度に代わるものとして打ち出してきた。よほど知的に余裕がなくなってきた証拠であろう。

日本の国民的統合の展開

詳細は、後藤論文（第四章）に委ねるが、財界は国民を統合する基本的仕組みを転換してきた。近代国家は、諸般の事情で国民を統合する多様な仕組みを必要とする。封建社会のような単純な国民統合はできなくなった。日本の場合、戦後しばらくはGHQの直接的支配に置かれ、国民を統合する仕組みをつくるという点では、あるいは国家の顔貌をデザインするという点では遅れをとったと言えよう。

一九五〇年代に、当時の岸信介首相が、戦前への復帰・憲法改憲路線をとった。しかし、それは安保闘争と朝日訴訟によって、言うならば第九条と第二五条のいずれの面からも、大打撃を受けた。そ

の後、保守政権は、真正面から改憲を持ち出すことが困難になった。

一九六〇年代以降、池田内閣をはじめとして、建て前としては日本国憲法を中心にして国民を統合する。しかし、実態的には安保体制が憲法の上であり、基地や米軍にからむ問題が発生するたびに、安保が後ろから顔を出した。それでも、正面切って憲法を改悪したり憲法を否定する形で国民を統合することはできないで来た。

他方では、欧米の福祉国家的政策を採用するのではなく、企業的統合、企業国家の道を選択していく。こうした企業的国民統合は、一九八〇年代以降、教度の転換を経て、現在では日米安保的国民統合と市場主義的国民統合に置き換えられつつある。そしてもう一つは、靖国、日の丸・君が代が象徴するように、民族的な復古的な統合もあわせて進行している。国民統合について言えば、財界の戦略はおおむねこのようなものであろう。

「市場主義的統合」は後藤論文で言われる「上層社会統合」とほぼ同じものであろう。教育も医療も含めて、殆どの財を市場に委ねるといふ非常に鮮明な方針を財界が主張している。それは当然格差をもたらす。「勝ち組・負け組的統合」という表現も可能な方向である。つまり、勝ち組や負け組が出て当たり前な社会にし、「悔しければ勝ち組に入れ、良い暮らしができるではないか」と誘導する主張である。後藤論文では、こうした生き方を実際にやっている人たちが層として現れてきていると分析している。金融・証券業界やコンピュータ・ネット業界にしばしば見られる、三〇代で年収一五〇〇万円などといった人たちである。こうした「ニエーリッチ」層が、層として日本社会に出現し、自民党や民主党とも結びついて、日本の新たな上層部に加わっているのである。このような生き方を

是とし、こういう方向に国民を向かわせる、つまりは国民をこういう方向で統合する仕組みがつくられつつある。

憲法的理念に立脚した共同体のあり方

国民統合に関して最後にもう一つ言えば、民族主義的統合（旧共同体の統合）への注意である。後藤論文で、新保守主義的統合と表現されているものに相当する。これは下層の人々の素朴な感情を根こそぎ刈り取って、観念の上での統合を図るといふ役割を持っている。それに対しては、むしろ国際的地域人という言い方もある（“think globally, act locally.”などいろいろな表現がある）。

日本の医療生協が運動として展開している「地域丸ごと健康」などの取り組みを念頭に置くと、われわれは、新共同体的統合とでもいえるものを対置することができるのではないだろうか。地縁・血縁による旧共同体に復帰するのではなく、日本国憲法的理念に立脚した主権在民の立場からの新しい共同体をつくることによって、地域住民のあらたな統合を進めるのである。医療に即して言えば、地域丸ごと住民参加によって健康をつくっていくという統合の方向がある。

議論を重ねて実現したスウェーデンの少子対策——普遍主義的社会福祉

現在、国民的な一大関心事として、少子の問題がある。この問題のヒントは、職種別労働市場、わかりやすく言えば同一労働同一賃金である。仕事をするによって賃金が入る。年齢や家族構成は基本的には関係ない。仕事には量と質の差異があり、単純ではないが、若い人も女性も男性もやった

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の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。しかし当時の道德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、有名なミュールタ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「アトキングプア」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、何を变えるべきか、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	事業主	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一〇割であった。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（二〇％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％）が対照的に進行したことが、

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(実額)
一九八三年四四・九%↓一九九八年三四・三%(▲二〇・六%・▲二兆二千億円)
- ・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) 二〇〇三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		(2) 保険料(サラリーマン) (03年4月~)															
0歳 3歳以上	70歳以上	高額所得者 3割	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)														
03年4月	02年10月	健保 2割→3割 (国保は3割の まま)	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)																	
02年10月	03年4月	60万9000円を 12万1800円+超えた医療費 の1%	60万9000円を 13万9800円+超えた医療費 の1%														
一般	一般	31万8000円を 6万3600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%														
低所得者 (住民税非課税)	低所得者 (住民税非課税)	3万5400円	3万5400円														
		<table border="1"> <tr> <th>外来</th> <th>入院</th> </tr> <tr> <td>一定以上 所得者</td> <td>7万2300円+ 36万1500円を 超えた医療費 の1%</td> </tr> <tr> <td>一般</td> <td>4万2000円</td> </tr> <tr> <td>低所得者 (住民税非課税)</td> <td>1万2000円</td> </tr> <tr> <td>低所得者 II (住民税非課税)</td> <td>4万2000円</td> </tr> <tr> <td>低所得者 I (非課税)</td> <td>2万4600円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1万5000円</td> </tr> </table>		外来	入院	一定以上 所得者	7万2300円+ 36万1500円を 超えた医療費 の1%	一般	4万2000円	低所得者 (住民税非課税)	1万2000円	低所得者 II (住民税非課税)	4万2000円	低所得者 I (非課税)	2万4600円		1万5000円
外来	入院																
一定以上 所得者	7万2300円+ 36万1500円を 超えた医療費 の1%																
一般	4万2000円																
低所得者 (住民税非課税)	1万2000円																
低所得者 II (住民税非課税)	4万2000円																
低所得者 I (非課税)	2万4600円																
	1万5000円																
		<table border="1"> <tr> <th>外来</th> <th>入院</th> </tr> <tr> <td>一般</td> <td>2万7200円</td> </tr> <tr> <td>住民税 非課税 (大病院 5300円)</td> <td>2万4600円</td> </tr> <tr> <td>低所得者 老福年金 受給者</td> <td>1万5000円</td> </tr> </table>		外来	入院	一般	2万7200円	住民税 非課税 (大病院 5300円)	2万4600円	低所得者 老福年金 受給者	1万5000円						
外来	入院																
一般	2万7200円																
住民税 非課税 (大病院 5300円)	2万4600円																
低所得者 老福年金 受給者	1万5000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、年金取入のみの場合、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一回通院の場合は、現行の二四〇〇円から五二三〇円と二・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、一挙に約二三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。

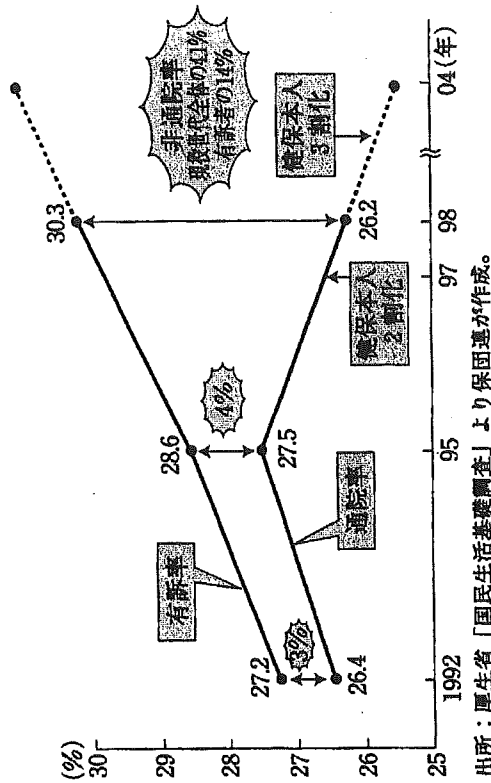
（三）医療費負担増⇨受診抑制⇨リバウンド

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」すると答えた人々は、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)



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、財界を中心に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）しようとした結果である。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・オブ・テイマム（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で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實現しており、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¹⁾」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二四カ国中一八位であり、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

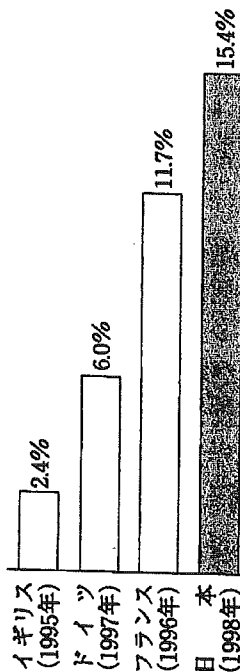
三・七％、イタリア三・二％、イギリス一・二％と続く。アメリカは全国民をカバーする公的医療保障制度が存在しないので、一八・〇％と群を抜いて高い。このデータは一九九八年（フランスが一九九六年、アメリカが一九九七年、カナダとイタリアが一九九九年）のものだが、日本の医療費負担はその後増加しつづけ、二〇〇二―三年の制度改定による負担増を見込むと、アメリカに接近するであろう。

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で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」（第一章四三ページ）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、十分とは言えない。

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、加入者の年収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、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わけに反対する持続的な住民運動が展開され、国保料(税)の減免申請を集团的・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。

(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、社会保障、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ほかならない。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——保険数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れば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、六月二十七日に閣議決定「経済財政運営と構造改革に関する基本方針二〇〇三」(菅太の方針「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記

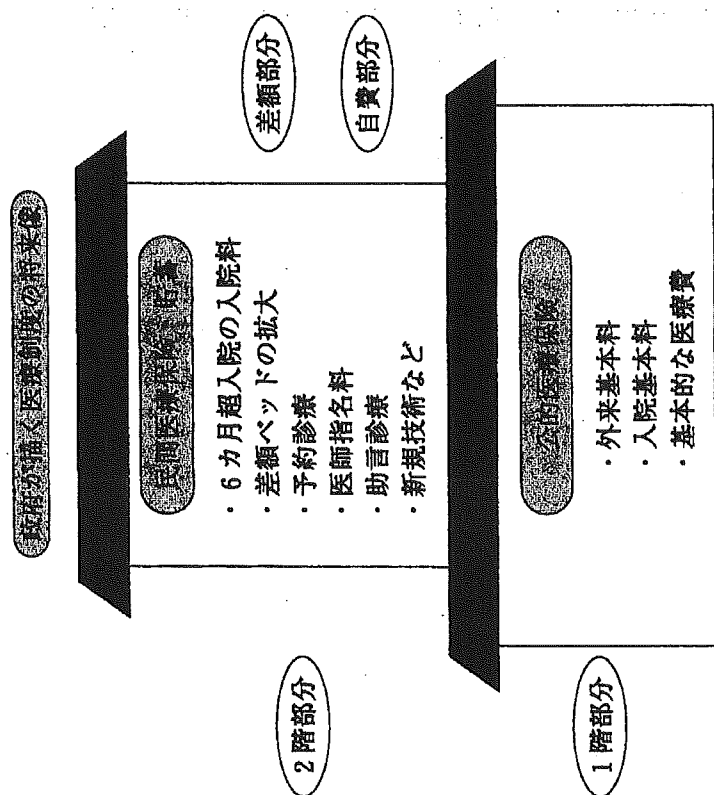
りをして、①から④全体の特徴を明らかにする。ただし、②と④の詳細は、それぞれ第三章と第五章で扱う。

(二) 今日の医療保険制度の問題点——総括的に

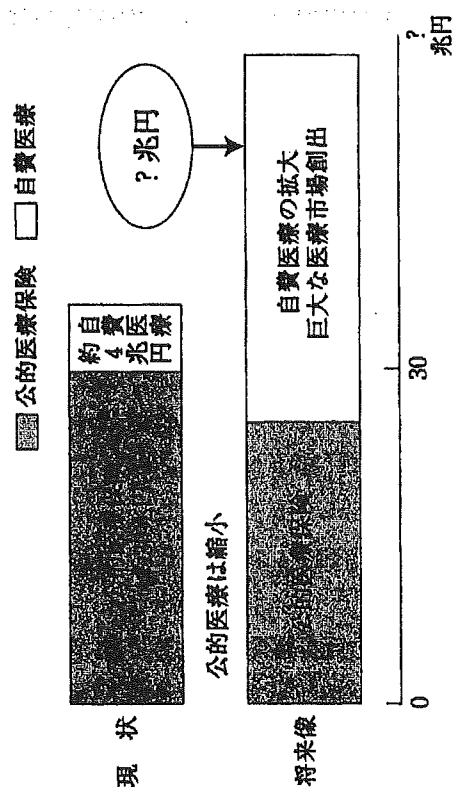
まず、医療保険制度改憲の枢軸をなす政策目的を確認しよう。その第一は、「国民皆保険の形骸化」である。日本は国民皆保険体制をとっていると言われながら、近年は、給付率引き下げ（患者負担増）による受診抑制、保険料未払いによる実質的無保険者の増大に加え、現物給付の後退とそれに伴う療養費（窓口で費用を支払い、後に所定の給付割合分が払い戻される仕組み）の拡大志向、特に特定療養費の顕著な拡大など、給付範囲の限定・縮小化による医療保険制度の公私二階建て化が進行している。こうした事態は国民の経済力格差をそのまま医療に持ち込むことになり、保険料や一部負担などに対する負担に耐えられない国民を、実質的に保険診療の外に追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一二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



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）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に問わずに、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」（奥田ビジョン。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善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れることにはかならない。

（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