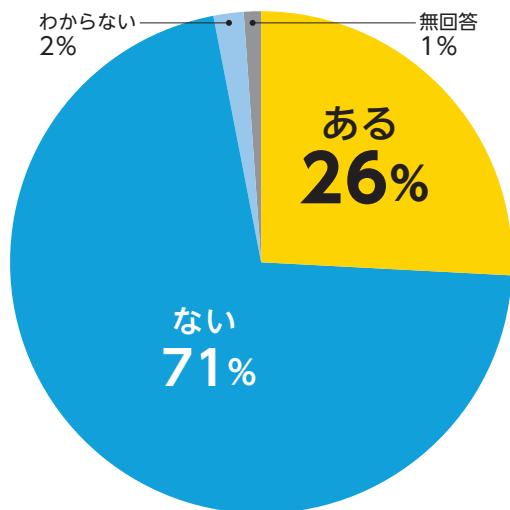


いいのちの 乗格り差を こえる。

4人に1人が経済的理由で受診を控えている。

Q. 過去12ヶ月以内に、具合が悪いのに医療を受けることを控えたことがありますか?



出典:特定非営利活動法人 日本医師政策機構
「2013年 日本の医療に関する世論調査」

人権としての医療・介護保障をめざす民医連の提言

- ① 低所得者層を中心とした医療・介護アクセスの厳しい実態に基づいた提案
- ② 国の責任と守るべき制度的な原理・原則に基づいた提案
- ③ 保健・医療・介護ネットワークの形成とそれを担う医療・介護従事者の確保と養成を提案
- ④ 「健康の社会的決定要因」の克服をめざす政策の立案と実施を求める提案
- ⑤ 財源提案として、所得再分配を強める税制改革と応能負担原則に基づく社会保険料確保
- ・内需拡大、地域経済の発展と賃金アップによる社会保障の充実

Health for all

CONTENTS

04 会長挨拶**06 はじめに****I 医療・介護の危機と提言の趣旨**

08 Ⅱ 医療・介護・国民生活の現状

09 Ⅲ あるべき医療・介護の姿と国の責任

10 Ⅳ 安全・安心、人権としての医療・介護を実現する提案

- ①医療の営利市場化を許さず、公的医療保険制度を堅持する
- ②医療にアクセスする権利をすべての人に保障する
- ③介護保険制度の抜本改善をはかる
- ④住民参加の「保健・医療・介護・福祉のネットワーク」を地域で構築する
- ⑤予防の充実と保険で十分な治療を受けられる歯科医療へ
- ⑥医療事故を取り扱う公正・中立な第三者機関を設置する
- ⑦医療・介護保障の担い手として、必要十分な専門職を養成する
- ⑧国と東電の責任で全ての福島原発事故被害者の健康と暮らしを守る

16 Ⅴ 憲法で保障された「生存権・健康権」の実現めざす提案

- ①健康の社会的決定要因の克服をめざす行動計画を策定する
- ②人間の尊厳に値する「最低生活保障」制度を構築する
- ③「医・食・住・環境」の充実で、地域からコミュニティと経済を再建する
- ④人類の福祉に貢献できるような医学研究と技術開発を支援する
- ⑤平和と環境保全で世界に貢献する

18 Ⅵ 「人権としての医療・介護」を支える財源提案

19 論拠

23 おわりに



いのちと健康の格差を是正する

～「人権としての医療・介護保障をめざす民医連の提言」～

全日本民医連 会長 藤末 衛

2013年12月、全日本民主医療機関連合会（全日本民医連）は、「人権としての医療・介護保障めざす民医連の提言」を発表しました。この提言の根拠とした医療・介護現場の実情をしめす調査内容とともに、関係諸団体、行政の皆様、そして将来の医療・介護を心配される多くの皆様にお読みいただき、国民的な議論を願つてやみません。

ん。

「社会保障と税の一体改革」のための社会保障制度改進法は、民主、自民、公明三党合意に基づいて民主党・野田佳彦政権時代に成立しました。自民党・安倍晋三政権は、改進法に基づく「改革」を引き継ぎ、まず消費税増税を決め、社会保障改革国民会議の議論を経て社会保障「改革」の骨格と工程を決める、いわゆるプログラム

法を成立させました。社会保障は「自助・自立のための制度」と理念は変質させられ、国民には社会保険給付の削減と負担増を、医療・介護提供者には効率優先の提供体制改変を迫るものとなりました。加えて、給付削減による国民不安を梃に民間保険や保健・医療・介護分野の市場拡大を誘導するなど、「健康、安心も金次第」と言わんばかりの施策を断行しました。

ヨーロッパに比べればもともと貧弱な日本の社会保障制度は、今や「崖っぷちの危機」と言わざるを得ません。世界一の超高齢社会、医療・介護

のニーズは増える一方にもかかわらず、そのアクセスはいつそう困難となり、提供者側の疲弊は解消されず、国民と提供者間の信頼関係の悪化を招きかねない事態です。政府は、社会保障制度の持続可能性の厳しさを少子高齢化と財政危機で説明し、その真の原因にたいする説明責任を果たしていません。あいかわらず、正確な情報を伝えないまま、国民に我慢を強いる政治に異議ありと言わざるを得ません。

民医連は、その綱領に「無差別・平等の医療と福祉」を掲げ、経済的な困難を抱える人々にもできる限り必要な医療や介護を提供できるよう努力してきました。この立場と実践から、人権としての医療・介護は可能だというこの改革提言をしています。

提言の特徴の第一は、民医連の事業所（●●病院、●●診療所、●●介護事業所）において把握している医療・介護の実態、特に「手遅れ死亡事例調査」、「歯科酷書」、「生活保護受給患者の生活実態調査」など、低所得者層を中心とした医療・介護アクセスの厳しい実態に基づいていることです。「原則として国民皆保険制度を守る」と言っている政府の認識がいかに現実をみないものか、国民皆保険制度はすでに形骸化しつつあることを指摘し、具体的な提案をしました。

第二の特徴は、財政のつじつま合わせと費用削

減を優先した制度改革ではなく、医療・介護を基本人権とする日本国憲法の立場から、国の責任と守るべき制度的な原理・原則に基づいた提案をしたことです。医療介護分野における事業提供者の非営利性を担保し、財源は保険料と税の応能負担、利用時は必要十分な現物給付で窓口、利用時

負担は極力低額とする公的社會保険制度と公的扶助を組み合わせた社會保障の名にふさわしい改革を提案しました。そして、医療・介護の「商品化」、過度の営利市場化を規制し、関連産業の適正な発展とモラルハザードの防止を求めました。

第三の特徴は、地域に密着した医療・介護を実践してきた経験と「予防に勝る治療なし」の観点

から、WHOの推奨するプライマリヘルスケア、ヘルスプロモーションを重視した保健・医療・介護ネットワークの形成とそれを担う医療・介護従事者の確保と養成を提案したことです。少子超高齢社会の社会構造や疾病構造に対応できる医師、医療従事者の意識改革や研鑽、関連団体、法人の努力や協調、協力を重視しました。また、医療の質向上や事故対応、福島原発事故被害者の問題にも言及しました。

第四の特徴は、国民の生存権・健康権をより根本から保障するために、保健医療分野を超えて「健康の社会的決定要因」の克服をめざす政策の立案と実施を求める提案としたことです。出生

率、自殺率、相対的貧困率などからみた日本の現状は、残念ながら「産みづらく、生きづらい国」と言わざるを得ません。日本学術会議は、社会医学的な調査や研究をもとに社会経済格差が健康格差をもたらしており、政府にその是正を求める提言をしています。

第五の特徴は、改革の財源について第一に、所得再分配を強める税制改革と応能負担原則に基づく社会保険料確保、第二に、内需拡大、地域経済の発展と賃金アップに求めたことです。あわせて、タックスヘイブン問題や法人税などについては、国際的な規制や協調のための努力を政府に求めました。

民医連の提言の主な特徴を述べましたが、この間の医療・介護制度「改革」の内容をみると厚生労働省は生活保護基準に満たない收入で暮らす多くの人々の存在と生活実態を理解して政策を立案しているのかという率直な疑問を抱かざるを得ません。お金の有る無しで提供される医療・介護の内容やアクセスに大きな差が生まれるならば、人々のモラルや生きる希望にかけりを生みだすでしょう。Health for allを諦めない議論を呼びかけます。

はじめに

今日からは想像できないかもしませんが、健康保険本人や高齢者の医療費窓口負担がゼロの時代がありました。約30年前のことです。そして最近では、健康達成度は先進国の中でも最も高く平等な国として世界中から注目されていました。しかし現在、出生率は世界最低クラス、自殺率は世界最高クラス、相対的貧困率はアメリカに次ぐ先進国第2位、じつに「産みづらく、生きづらいう国」となっています。著名な社会疫学者であるリチャード・ウイルキンソンは、「日本の所得格差は他の国よりも急速に拡大し、日本はもはやOECD諸国の中で平等な国とは言えなくなつたようである。(中略) もし、日本がかつての平等性を取り戻さないならば、社会問題は増大し、世界で最高の健康水準を持つという名聲を失うであろう」(『格差社会の衝撃－不健康な格差社会を健康にする法』書籍工房早川、2009年)と警鐘を鳴らしています。

第2次安倍晋三政権は、この警鐘に逆らうように、国民の運動によって実現してきた社会保障制度の変質をおしそすすめ、日本の医療や介護の崩壊は止まるどころか、社会保障制度そのものが「崖っぷち」の危機にあります。

私たち民医連は、日本国憲法に示される平和的生存権の実現を使命とする立場から、人権として

の医療・介護保障を日本に確立するための提言を行います。

図表1

	日本	スウェーデン	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ
健康寿命 順位 2002年	1位	3	14	11	24	29
総合評価 順位 1997年	1位	4	14	6	9	15
乳幼児死亡率% 2002年	3.0	2.8	4.3	4.2	5.3	5.8
医療費/GDP% 2005年	8.0	9.1	10.7	11.1	8.3	15.3
医師数(/1000)人 2006年	2.0	3.4	3.5	3.4	2.4	2.4

出所：「全日本民医連の医療・介護制度の再生プラン」(2008年)

I 医療・介護の趣旨 提言の危機と

2008年、民医連は「崩壊の危機にある日本の医療・介護再生プラン案」を発表しました。当時、医師不足による急速な医療崩壊という事態が全国に広がる中、医師養成数の大幅増員を提案し、全国各地で多くの団体・個人と共同してシンポジウムを開催、医師・医学学生署名等にも取り組みました。その結果、超党派の議員立法発議により、四半世紀にわたる政府の医師数抑制政策が見直され、医学部入学定員が7625人（2007年）から9041人（2013年）と、一学年1416人（約14大学分に相当）が増員されました。

また、小泉「構造改革」のもとですすめられた毎年の社会保障費2200億円削減の中止や、後期高齢者医療制度の廃止法案の参議院での可決、介護療養病床の確保、自治体病院の存続など前向きな政策変更を生み出しました。そして、新自由主義的な「構造改革」に反対する世論の高まりの中、2009年秋には「コンクリートから人へ」をスローガンに掲げた民主党政権が誕生し、一時は医療・介護費抑制政策の抜本的転換についての期待が高まりました。しかし、公約を投げ捨てた民主党政権によりOECD並みの公的医療費・社会保障費の実現もほど遠くなり、医療・介護現場

スタッフの疲弊や人手不足が解消されないまま放置され、経済的な理由による受診抑制や介護サービス利用抑制が強まっています。さらに、2011年3月11日、東日本大震災と福島原発事故が起り、多くの犠牲者をだすとともに日本社会の持つ構造的欠陥、医療や社会保障の脆弱さを一気に露呈するに至りました。

国民の政治不信が高まる中、2012年12月総選挙において再び誕生した安倍政権は、戦後の内閣も手を付けることのなかった生活保護給付を大幅に引き下げ、社会保障給付削減を梃にして民間医療・介護保険を呼び込むなど医療・介護の営利・市場化に拍車をかけています。さらに社会保障の理念として「自助・互助」、すなわち「自己責任」を強調し、権利性を真っ向から否定しています。^{*21}

*1 社会保障国民会議最終報告（2013年8月6日）

日本の社会保障制度は、自助・共助・公助の最適な組合せに留意して形成すべきとされています。これは、国民の生活は、自らが動いて自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持するという「自助」を基本としながら、高齢や疾病・介護を始めとする生活上のリスクに対しては、社会連帯の精神に基づき、共同してリスクに備える仕組みである「共助」が自助を支え、自助や共助では対応できない困難には異常ともいえる「貧困と格差」の拡大をもた

などの状況については、受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う公的扶助や社会福祉などの「公助」が補完する仕組みとするものである。この「共助」の仕組みは、国民の参加意識や権利意識を確保し、負担の見返りとしての受給権を保障する仕組みである社会保障方式を基本とするが、これは、いわば自助を共同化した仕組みであるといえる。

*2 日本国憲法第25条

- (1)すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。
- (2)国は、すべての生活面について、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ければならない。

この提言では、まず、私たちが日々の実践の中でどうえてきた医療・介護・国民生活の現状（Ⅱ章）、本来あるべき医療、介護を守るためにの国と社会の責任を述べ（Ⅲ章）、その上で、当面の医療・介護や輸出、TPP参加、さらには秘密保護法の制定など、極めて危険な政権といわれるを得ません。

財界は、グローバル企業の国際競争の足かせとなるという理由で労働市場の規制緩和と企業減税や社会保障負担軽減を政府に求めてその多くを実現してきましたが、その結果、「失われた20年」の財源案（Ⅴ章）を示します。

らしました。

主権は国民にあり、経済は国民生活を豊かにするためにこそあります。そして国には、それを保障する義務があります（幸福追求権、生存権等の基本的人権の保障）。平和、福祉、継続可能な経済の実現は、国民の共通の願いです。日本は世界一高齢化が進み、2025年には高齢者人口が30%を超えると予測されており、どんな政策をどるのか世界中が注目しています。安倍首相は、「日本を世界一、企業が活躍しやすい国にする」としています。私たちは、この日本を「すべてが自己責任の国」から、「子どもを産み育てやすい国」、「長生きしてよかったです」といえる国」へ、人権と福祉が輝くもう一つの日本は可能であると声を大にして言いたいと思います。

II 医療・介護・国民生活の現状

民医連は、全国の加盟各事業所からの報告をもとに、「医療費・介護費相談および無料低額診療事業利用者の分析調査」、「国保など経済的事由による手遅れ、死亡事例調査」、「歯科酷書」等を毎年発表し、経済的な理由での治療中断が世代を問わず多発し、その結果として手遅れ死亡事例があとを絶たないなど、国民の生存権、健康権保障からみて看過できない事態を明らかにしてきました。その調査からは、治療中断や手遅れ死亡の主な原因として、非正規雇用や失業、半失業の蔓延による勤労者の貧困、少なすぎる年金のための高齢者の貧困、親の貧困がもたらす「じどもの健康破壊」が浮かび上がってきました。

国民健康保険には、高すぎる保険料が払えないために短期保険証や資格証明書という実質的無保險者が数多く存在し、高額な窓口負担を理由に治療中止する「がん難民」等も発生しています。また、2009年に医療扶助を受給した人は生活保護全体の約80%、多くが病気をきっかけに生活保護を申請しており、1996年調査では生活保護受給開始前に社会保険に加入していた世帯は半数しかありませんでした（その後政府は必要なくなりたと生活保護動態調査を廃止）。世界に先駆けて実施してきた「国民皆保険制度」が形骸化しつつあるのが実態です。

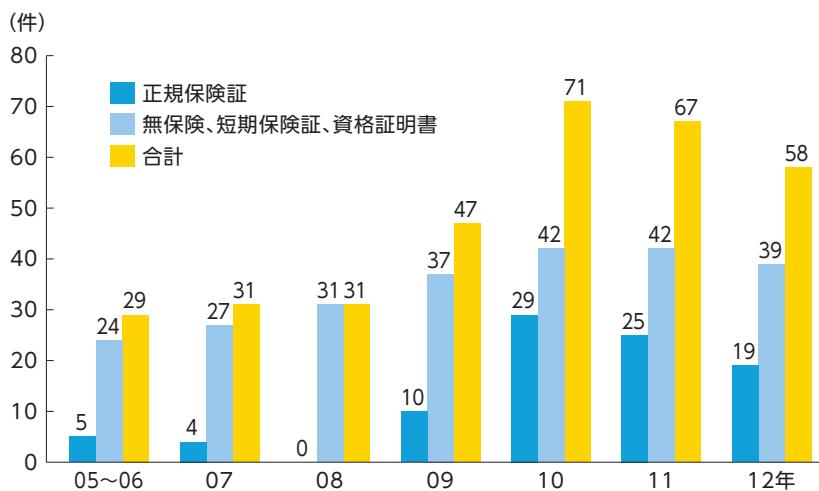
「介護の社会化」をめざして発足した介護保険制度実施から13年が経過しました。介護保険料・利用料の負担や利用しにくい制度設計によって、「保険あって介護なし」ともいうべき事態が低所得の利用者に広がっており、介護困難事例は年々増えています。必要なサービスの利用を断念する

被保険者があとを絶ちません。施設への入居費用を工面できず、「待機者にすらなれない」高齢者もいます。要介護認定が軽度に判定されて、サービスが削られたり予防給付に移されることによって生活の継続そのものが困難になるケースが多数生じています。特養待機者は42万人を超え、家族の介護が限界になってしまってもすぐには施設に入れず、2~3年待ちが常態化しているのです。胃癌などの医療処置のため受け入れ先が見つからない事例も増えるなど、家族が「共倒れ」になる深刻な事態が広がっています。こうした中で、「介護心中・介護殺人」と称される痛ましい事件は介護保険制度発足後むしろ増えているのが現状です。

介護事業所の経営と介護従事者の労働実態も深刻です。低く固定化された介護報酬のもとで、全産業平均の6~7割にとどまる給与水準、高止まり状態の離職率、慢性的な現場の人手不足と経営難など厳しい状況が続き、事業の縮小や廃止の事態が都市部を中心に生じています。そして、今、この分野をビジネスチャンスとして営利企業の参入が急増しています。

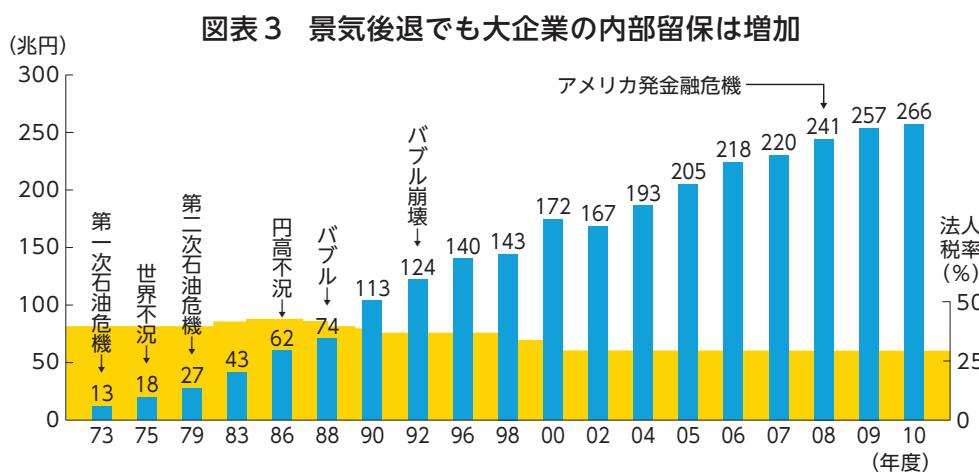
また、医療、介護、年金が社会保険として存続、発展するためには、労働者の安定した雇用と賃金の保障が必要不可欠の前提です。しかし、年収200万円未満の労働者数が1000万人を超え、全労働者の3人に1人以上、若者の2人に1人が非正規雇用あるいは無業という事態であり、この前提が大きく崩れています。また、社会保険

図表2 調査の事例数の推移



機能の低下が労働者の健康破壊につながり、さうに失業を生むという悪循環を繰り返しています。

雇用保険（失業保険）の基本給付受給者は失業者のわずか20%強でしかありません。そして、生活保護利用者は過去最高の215万人を超えて、受給



注：内部留保は資本剰余金、利益剰余金、引当金(流動負債と固定負債)の合計
資料：財務省「法人企業統計年報」、資本金10億円以上の金融・保険を除く全企業約5000社
出所：全労連・労働総研篇『国民春闘白書2012年』学習の友社、2011年

に至る理由の多くは病気、失業、無年金などです。また、子育てへの社会的支援が不足している

ために、いじものいる世帯の相対的貧困率15・7%はOECDで最高クラスとなり、特に母子家庭では51%と異常な状況です。

労働者の賃金や年金が下がり続ける一方、大企業の内部留保金は2010年で266兆円と過去最高に達しています（1995年の134兆円の2倍）。富の再配分が機能しない構造ができるがっており、これによる購買力・内需低下がデフレ

を長期化させて日本国内の経済を困難にしています。

また、原発事故から2年半が経過しても、福島第一原発の汚染は「完全にコントロールされていなかった」とあります。コミュニティの崩壊、不自由な生活、日々健康不安におびえる福島県民はじめ周辺住民、原発労働者の過酷な実態に国が全面的に向き合い、一日も早い問題解決に当たらねばなりません。

III あるべき医療・介護の姿と国の責任

民医連は、医療・介護制度における国の責任は以下の通りと考えます。

1) 憲法25条に基づき、人権としての社会保障を実現するために公的医療保険制度の堅持、介護保険制度の抜本的な改善を行うこと。そして医療・介護分野における公共性を確保するため、提供事業体の非営利性を強めるとともに、全ての地域に必要かつ十分な医療・介護提供体制を確立すること。

2) 「いじでも、じいじでも、だれにも」必要で十分な医療と介護を保障するため、財源は応能負担原則に基づく社会保険料と税を基本にし、具体的なサービスは必要十分な現物給付として、

利用時の負担はゼロを展望し、当面、引き下げを行ふこと。

3) 倫理性と民主性を備え、科学性を重んじる医師をはじめとする医療・介護専門職を必要な数だけ養成し、あわせて働き続けられる条件整備を行うこと。

4) 生活保護などの公的扶助、いじも手当などの社会手当については、貧困の連鎖を断ち切り、人間の尊厳を守るに値する制度へ抜本的な改善を行うこと。

5) 「健康の社会的決定要因」を重視し、労働と生活環境を改善し、保健予防活動を抜本的に強めること。

IV 安全・安心、人権としての医療・介護を実現する提案

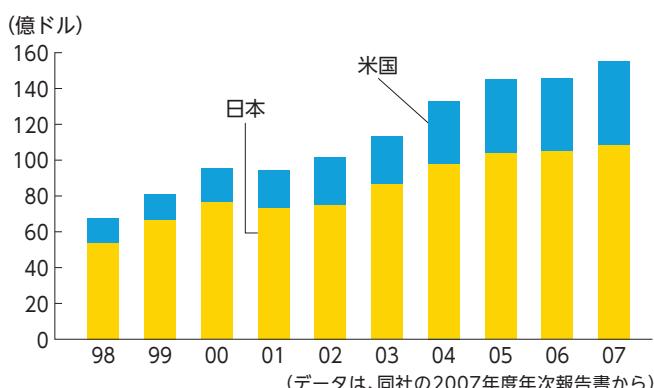
② 医療にアクセスする権利を すべての人に保障する

Settlement) の略語であり、主に自由貿易協定(FTA)を結んだ国同士において、多国間における企業と政府との賠償を求める紛争の方法を定めた条項である。TPP、あるいは日本との国際交渉の結果、アメリカの求めているGMO(遺伝子組み換え)食品を扱う米・モンサント社などの多国籍企業が「不当表示」だとSD条項を使って、表示を義務づけてくる日本を訴えることもできるようになる。

TPPに参加すればその要求はきっと強まる」とは確実です。医薬品・医療機器や民間医療保険などはアメリカ企業優位の現状にあり、これまで以上に日本における医薬品・医療機器価格規制の緩和、民間保険の進出がすすめば、医療費の高騰と社会保険制度の財政危機の進行は避けられません。そして、特区における當利病院の開設と混合診療の全面解禁など市場原理の導入、さらにSD条項^{*}に基づいた訴訟がすすめられれば国民皆保険制度の理念は変質し、制度の解体につながります。

民医連は、「医療は憲法で保障された『権利』であり、決して『商品』ではない」と強く主張し、引き続きTPP参加に反対するとともに、野放しとなっている民間医療保険の規制を求めます。そして、必要十分な医療を適切な費用で提供するためには、公的な医療保険制度の持続的発展こそが唯一の選択肢であることを主張します。

図表4 ある米系保険会社の年次別総収入



出所：李啓充「新自由主義が亡ぼす日本の医療」「医療と生活の再建へ——3.11以後の日本の進路」(全国保険医団体連合会「月刊保団連」臨時増刊号No.1072、2011年)

1) 社会保障制度改革推進法は、憲法が明記した生存権・健康権とそれを保障する国の責任を放棄するものであり、廃止する。また、低所得の高齢者からも保険料を取り立てる後期高齢者医療制度は廃止して以前の制度に戻し、各医療保険からの支援を総報酬割とし、公費投入も強化する。

2) 高すぎる国民健康保険料を引き下げる。1円引き下げるための財源は4000億円あれば可能である。短期保険証、資格証明書の発行ではなく、低所得者の保険料負担は、国保法第77条の適用基準の拡大等によって支払えるレベル

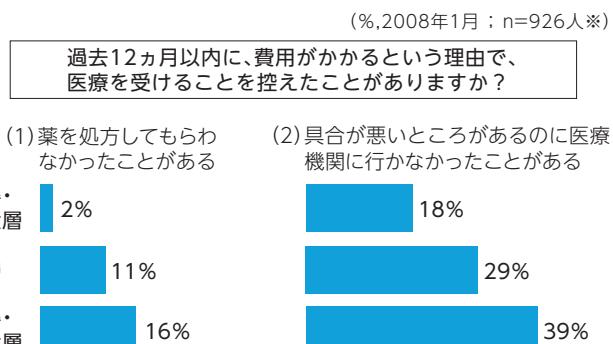
* SD条項：「投資家対国家の紛争解決条項」(Investor State Dispute

(3) 福島、宮城、岩手県の医療費・介護利用料の
3) 福島、宮城、岩手県の医療費・介護利用料の
する。

多くの国々すでに無料かもしくは低額となつてゐる窓口負担は、無料（医療費窓口負担で年間4兆円程度必要）をめざし、当面、現役世代は2割、65歳以上を1割負担、高校卒業までこどもは無料とする。また、国保法44条^{1*}を活用して一部負担金免除制度の拡充や高額療養費自己負担限度額の大幅な引き下げ等を行う。また、難病医療・障がい者医療の負担拡大を中心とする。

に減免する。また、国民健康保険の傷病手当、出産手当を新設する。

図表5 受診抑制



※世帯収入・純金融資産ともに回答した回答者

高所得・高資産層：年間世帯収入800万円以上かつ純金融資産2000万円以上

低所得・低資産層：年間世帯収入300万円未満かつ純金融資産300万円未満

中間層：その他

出所：特定非営利活動法人日本医療政策機構「日本の医療に関する2008年世論調査」

窓口減免を元の生活に戻るまで継続する。

4) 社会福祉法2条3項に基づく「無料低額診療事業制度」^{2*}をすべての公的医療機関で実施する。また、無料低額診療事業を受けている患者の保険薬局の負担金に対し自治体からの補助制度を確立すること。

5) 改悪された生活保護制度をもとに戻し、より受給しやすい制度にして、捕捉率^{3*}を大幅に改善する。当面、医療券の発行や後発医薬品の優先使用等の差別的な対応をやめ、医療扶助については単独でも適用範囲を拡大する、あるいは財政措置を強化して医療扶助そのものを国民健康保険に包摂する。

* 1 国保法44条：国民健康保険法第44条では、失業などによる「特別の事情がある」ために患者が医療機関に一部負担金を支払うことが困難な場合、保険者である市町村が以下の措置をとることを認めています。「一部負担金を減額すること」、「支払いを免除すること」、「支払いを猶予すること」など患者負担を軽減する制度です。医療機関への医療費の未払いが増えてきており、この制度の活用が望まれます。

* 2 無料低額診療制度：無料低額診療事業とは、生計困難者が経済的な理由によって必要な医療を受ける機会を制限されることのない

3項第9号の規定に基づく第二種社会福祉事業です。

全日本民医連の事業所では現在335カ所の事業所が実施しています。

図表6 生活保護の利用率・捕捉率の比較 (2010年)

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	スウェーデン
人口	1億2700万人	8177万人	6503万人	6200万人	941万5570人
生活保護利用者数	199万8957人	793万5000人	372万人	574万4640人	42万2320人
利用率	1.6%	9.7%	5.7%	9.27%	4.5%
捕捉率	15.3~18%	64.6%	91.6%	47~90%	82%

出所：生活保護問題対策全国会議監修『生活保護「改革」ここが焦点だ！』(あけび書房、2011年)

* 3 捕捉率：生活保護を利用する資格のある人のうち現に利用している人の割合。日本は生活保護利用率が1.6%、捕捉率は2割程度となっている。残りの8割、数百万人の人が生活保護から漏れている。仮に日本の捕捉率をダイツ並みに引き上げると、利用者は717万人程度となる。原因には、行政によつて不適切な指導、「水際作戦」と言われる生

活保護行政の影響や貧困の自己責任等による申請の萎縮などが上げられる。今般の「餓死」「孤立死」などの背景には、この生活保護の利用率、捕捉率の低さが影響していると考えられている。

③介護保険制度の抜本改善をはかる

介護の厳しい現実は、現行の介護保険制度の構

造的な欠陥に起因するものです。国は、医療保険制度では常識である提供事業体の非営利性と必要なサービスを保険で充足させる現物給付について

介護保険制度では発足時点から否定し、當利・市場化をすすめました。そして、費用増加を抑制するために、国庫負担の限定化、要介護認定と

1) 現行の認定制度、区分支給限度額を廃止して、必要なサービス内容を専門的に判断決定するシステムへ再構築する。そして、軽度者への

給付、ヘルパーの生活援助をはじめ、必要と判定されたサービスはすべて現物給付とし、介護保険から給付する。

2) 保険料の逆進性是正、利用料の軽減など費用負担のあり方を抜本的に見直す。

3) 公的保険制度にふさわしくサービス提供事業所の非営利法人化をすすめる。

4) 地域包括支援センターの費用は一般財源にきりかえて体制・機能を強化するとともに、施設、24時間訪問サービスなど基盤整備に対する公的責任を強める。

図表7 所得階層別要支援者・要介護者出現率



出所：近藤克則『健康格差社会』(医学書院、2005年)

支給限度額などの給付抑制システムを組み込みました。こうした構造的欠陥を放置したまま、「範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化」(推進法第7条)をめざして、要支援者の本体給付からの分離、一定以上所得者の利用料引き上げ、施設入所の中重度者への重点化など、保険給付の抑制と受益者負担をいっそう徹底させようとしています。これでは、発足当初に謳った「介護の社会化」逆行するものです。こうした制度改悪には断固反対とともに、必要充足と応能負担原則を土台にすえた、当面以下のよしな改善と制度の再設計を求めます。

6) これらを実現するため、当面国の負担割合を介護保険制度実施前の5割に戻す（調整交付金分をのぞく）。

④住民参加の「保健・医療・介護・福祉」ネットワークを地域で構築する

国は、2025年を焦点に今後の基本的な考え方を「施設から地域・在宅へ」、「医療から介護へ」

に定め、法律の改定や地域医療計画、診療報酬の改定を計画しています。主要な論点は、第一に、病院・病床機能の分化と連携の徹底、第二に、在宅医療の強化と地域包括ケアの構築、第三に、医師の確保と多職種の協働体制です。そこには、国民のニーズに合致した部分もありますが、主眼はあくまで公的医療・介護給付費抑制です。「上流」に高度急性期の病院医療を置き、そこから「下流」の在宅に向かう流れを強調して「効率化」や「脱医療化」をめざす政策的なねらいが色濃く示されています。また、超高齢社会の医療と介護の前提となる住まいの確保については、当然のこととして「自助」としてその覚悟を高齢者とその家族に求めていきます。

また、1994年の保健所法改悪は保健所機能

ど、介護報酬のあり方を抜本的に見直し、介護が魅力ある職種となるよう抜本的な処遇改善をはかる。そして、看護師、リハビリスタッフなどの増員をはかり、医療行為は医療職が行う環境を整備する。

の見直しと統廃合をもたらし、やがて市町村合併により著しく広域化した自治体の中で、住民に密着した保健予防活動はますます困難になっています。

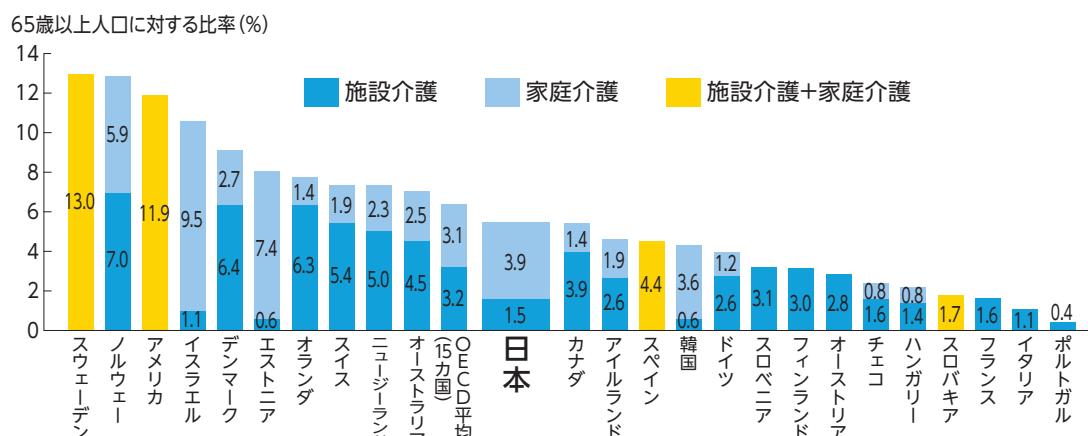
民医連は、患者・住民本位の適切な病院・病床の機能分化、医療と介護の連携、現実の生活に即した広さの地域を単位とする包括ケア、科学的なデータに基づく地域医療計画の策定などはそれぞれ必要と考えており、自らも積極的にその中で貢献したいと考えます。しかし、そのなかで肝心なことは、健康格差縮小に焦点を置いたヘルス・プロモーション活動を眼目に、住民が主体的に参加する「保健・医療・介護・福祉ネットワーク」を構築していくことだと考えます。その実践的な課題を提案します。

1) 地域から健康格差縮小をめざして、オタワ憲章やバンコク憲章（2005年）に謳われるヘルス・プロモーション活動を本格的に推進する。基礎自治体の推進部門を強化して具体的な「健康指標」の目標を持ち、地域住民の主体的参加のもと、医療機関や保健所、学校などの協力・連携体制を確立する。

2) 超高齢社会の一ーストに応え、切れ目のない地域包括ケアを実施するために、高齢者の実態を把握し、医療・介護ネットワークにつないでゆく公的機関を地域にきめ細かく設置する。慢性的状態から起る急性増悪への医療対応につい

ては、介護施設群、事業所と診療所、中小病院の連携強化が決定的に重要であり、地区医師会、行政組織あげて積極的にその支援策を講じる。そのために診療報酬・介護報酬の改善だけ

図表8 65歳以上人口に対する介護労働者 (2009年、またはこの至近年)



出所：「OECD Health at a Glance 2011」

でなく公費による職員研修の保障やICT整備などを進める。

3) 地域の一般的な中小病院は、急性期後の回復期や緩和ケア、在宅医療の急変から中等症の救急まで、様々な入院機能を受け持つており、住民にとってなくてはならない「もっとも身近な病院」である。急性期病院の在院日数が短縮され、しかも在宅管理患者数と在宅看取りの増加する中、医療供給体制の要を担う中小病院の経営が成り立ち、人材確保が可能になるよう診療報酬を引き上げる。

4) 安全や倫理に代表される「医療・介護の質」の向上が国民の要求となっている。病院、診療所、介護事業所が自発的に透明性を高め、それを通じて患者・利用者・住民との結びつきが強まっていくような「見える化」の仕組みを構築し、必要な経済的な裏付けも行う。

5) 地域住民こそがヘルス・プロモーションや医療・介護制度について情報を十二分に活用してまちづくりの主人公になることを目標として、そのための行動計画や保健医療分野の専門家の支援を強化する。

⑤ 予防の充実と保険で十分な治療を受けられる歯科医療へ

近年、口と全身の健康との関係が次々と明らかにされています。受診抑制による「口腔崩壊」が急速に進行している現状を改善できるよう以下の

よつに提案します。

1) 品質や安全性が確保され定着している治療技術や材料が長期にわたって保険収載がされない状態を解消して、公的保険の給付範囲を大幅に広げる。

2) 10年余りも歯科医療費が抑制されている事態の解消のため、歯科の初・再診料や、歯科医療従事者の技術を正当に評価する診療報酬とする。また、在宅歯科医療に重点を置いて、医科・歯科・介護との連携の診療報酬上の評価を高め、口腔ケアを全身管理のなかにしっかりと位置付ける。

3) 歯科技工士の20代の離職率は7割にのぼり、

多くの専門学校で定員割れ・廃校を引き起こ

し、さらに、私立歯科大学・歯学部の6割で入学定員割れが起きている事態に鑑み、日本の歯科医療を担う、歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士の確保と養成に国として積極策を講じる。

4) 成人の80%以上が罹患している歯周病対策のため、成人歯科健診率を数パーセントの現状から大幅に改善し、乳幼児期からの歯科健診、ハミガキ指導などに力を入れる。

⑥医療事故を取り扱う公正・中立な

第三者機関を設置する

た。また国に対しても、医療事故を取り扱う公正・中立な第三者機関は5つの機能（①医療機関・患者双方から相談を受け付ける相談窓口、②被害者救済制度（無過失補償制度など）、③裁判以外の紛争解決の仕組み、④原因究明・再発防止、⑤自律した行政処分を行ふ機能）を持つ必要があることを強調してきました。

2013年5月、厚労省の検討部会で「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的な考え方」についてのとりまとめが行われました。原因究明と再発防止を目的とする立場からは一歩前進と考えますが、必要な5つの機能に関わって、いまだ不明確なものや不十分なものもあり、以下のことを提案します。

1) 第三者機関が信頼されるものになるために、十分な予算措置をとり人的体制も充実させ、費用負担については、極力なくす方向で検討する。

しかし、それを支える日本の医療・介護スタッフの現状は、医師数はOECD諸国の人口1000人当たりで2人と対象34カ国中29位と絶対的に不足し、看護師数は10・0人と高齢化に対応するには不十分な状態が続いている。介護士は低賃金のため慢性的な不足状態にあり、養成校も定員に満たないところもあります。医療・介護費用抑制や効率一辺倒ではなく、人権保障の実現の視点からそれを担う専門職の育成をすすめるため以下を提案します。また、日本では、医学部はじめ専門職種の養成に多額のお金がかかり、卒業した時点でおよそ数百万円の借金を抱えるなど深刻な事態が生まれています。スウェーデンやキューバなど福祉先進国では大学教育まで無料となつてい

ます。また国に対しては、医療事故を取り扱う公正・中立な第三者機関は5つの機能（①医療機

必要十分な専門職を養成する

⑦医療・介護保障の担い手として、

私たち、「医療事故は起つること」として、可能な限りでの安全性の向上に努めてきました

る現状を踏まえ、日本においても教育予算の充実と大幅な家計負担軽減が必要です。

- 人権を第一に、倫理を重んじる医療・介護従事者が全国津々浦々、必要なだけ確保され定着することが公正、良質な医療・介護制度を維持、発展させる第一の必要条件であることを国として宣言する。
- 医師については、どの専門になろうとも初期段階で一定の総合的な診療能力を身につける養成システムの充実と質の高い専門医制度の確立を国として支援する。その際、専門医制度と診療報酬をリンクさせない。特に、地域プライマリケア体制の中心を担う家庭医と病院総合診療医などの総称としての総合診療専門医が新たな領域の専門医として認められたことは重要であり、早急に質の高い指導医の養成と研修の場づくりに財政支援する。また、医療過疎地や地方での勤務支援システムを早急に構築する（アンケートによると一定の条件があれば、地方や僻へき地での勤務をのぞむ意見が半数を超えている）。

3) 過重労働や夜勤・交替制勤務など特に労働条件の厳しい看護師、介護従事者が「最低インターバル時間12時間空ける」施設など安心して働ける条件づくりを国の責任ですすめる。また、医師から看護師へ、看護職へ、

成システムの充実と質の高い専門医制度の確立を国として支援する。その際、専門医制度と診療報酬をリンクさせない。特に、地域プライマリケア体制の中心を担う家庭医と病院総合診療医などの総称としての総合診療専門医が新たな領域の専門医として認められたことは重要であり、早急に質の高い指導医の養成と研修の場づくりに財政支援する。また、医療過疎地や地方での勤務支援システムを早急に構築する（アンケートによると一定の条件があれば、地方や僻へき地での勤務をのぞむ意見が半数を超えている）。

- 医療・介護職の卒前教育では、抜本的に健康の社会格差と人権の視点を重視し、地域における健康実態と医療・介護職に求められる役割が実感できるカリキュラムを組み込む。
研修制度は撤回する。
- 医療・介護職の卒前教育では、抜本的に健康の社会格差と人権の視点を重視し、地域における健康実態と医療・介護職に求められる役割が実感できるカリキュラムを組み込む。
研修制度は撤回する。
- 医師や看護師不足の中で、多額の見返り料を取り斡旋業を規制する。

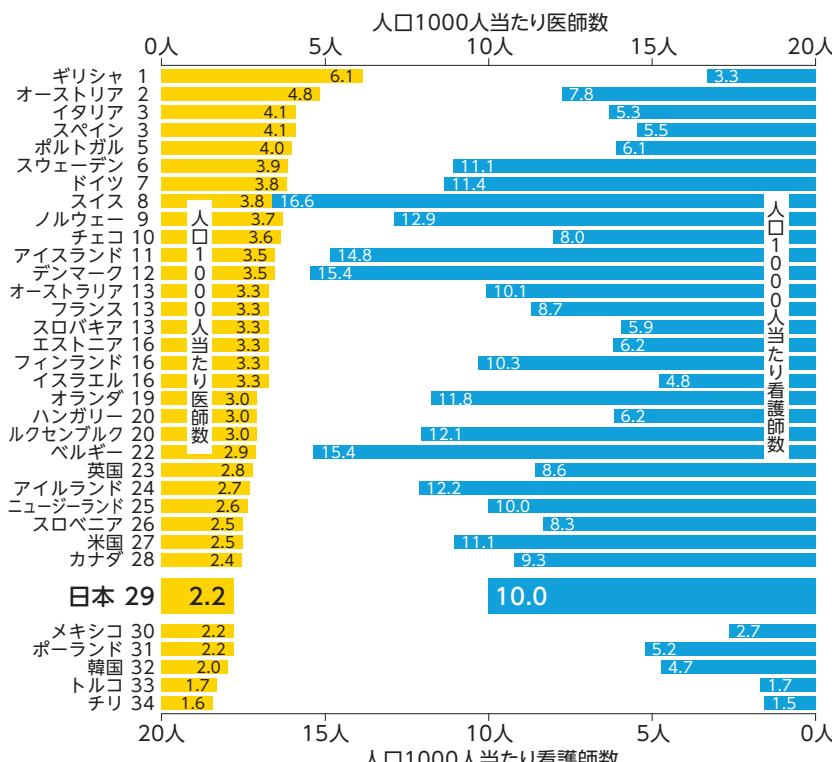
⑧ 国と東電の責任で全ての

福島原発事故被害者の健康と暮らしを守る

原発事故は日本の歴史上、最大にして最悪の公害です。2013年5月に国連人権理事会に提出された国連特別報告者アナンド・グローバー氏の報告書は、日本政府の対応について人権と環境を守る立場から痛烈な批判を行っています。

原発事故被害にあつた国民の命と健康を守るために、政府は収束宣言を撤回するとともに、第一に、補償責任は東京電力と国にあることを明確にして事故の収束に全力を挙げ、住民の健康と生活の長期にわたる保障を確立すること、第二に、現存する全国の原発の再稼働をせず、全原発廃炉と原発からの撤退宣言を行うこと、第三に、再生可能エネルギーを開発、普及させるという国とし

図表9 医師数・看護師数の国際比較 (OECD諸国、2011年)



注：臨床など医療機関に就業している医師、看護師が対象。国の並びは医師の多い順。表題以外の年次は、スウェーデン、オランダ、日本の医師・看護師、フィンランドの看護婦は2010年、デンマークの医師・看護婦、ギリシャの看護師は2009年

資料：OECD Health Data 2013 (June 2013)

出所：社会実情データ図録 [http://www.ttcn.ne.jp/honkawa/1930.html]

ての方針を明確にすくい」とあり、それは世界に対する国々の責任です。以下に被害者と原発労働者の健康に関する提案をします。

1) 福島県全域および年間の追加線量が1ミリシーベルトを超える地域のある基礎自治体に住む全ての

人々に対して、必要かつ十分な健診・管理を行いうこと、「健康管理手帳」を発行し、無料

で必要な医療を受けられるようになります。生涯にわたる健康管理をすすめる。また、自主避難している人に対する健診などを保障する。

2) 重層下請構造となつていて原発作業を改めること。「被ばく健康管理手帳」を交付する。全ての原発労働者に「被ばく健康管理手帳」を交付する。とりわけ福島第一原発事故対策に当たる労働者については、公務員に準じて直接雇用とし、全員に「福島第一原発被ばく健康管理手帳」を交付して健診と医療を無料とする。

3) 2012年の成立後、たなじい状態になつていた「子ども被災者支援法」の実施に関する政府は2013年10月11日に「子ども被災者支援法基本方針」を決定したが、会津地方や高い線量が観測されている栃木、宮城などを準支援対象地域とし、継続的な健康管理の対象から外すなど、法の理念を骨抜きにした。「子ども被災者支援法」の理念に立ち返り、すべての被害者を対象に被害者の声を反映した施策の具体化を急ぐこと。

国は、国民の健康権保障の現状を把握し、結果を公表し、健康権保障を実現するために医療や介護にとどまらない政策を確立する義務があります。「健康21＝第1次」が個人の生活習慣や行動変容にターゲットをしぼったためにその目標達成もきわめて不十分なものとなつたことを反省して、「健康21＝第2次」では健康格差の縮小を戦略目標とした。国民の健康を総合的に推進するためには、個人の生活習慣や行動変容のみに着目するだけではなく、その人の社会経済的な地位をはじめとする社会的要因による健康への影響を考慮する必要があります。

V 憲法で保障された「生存権・健康権」の実現めざす提案

「すべての者が到達可能な最高水準の身体および精神の健康を享受する権利」を健康権として明記した国際人権規約が1966年に国連で採択され、日本は1979年に批准しています。国が

「すべての国民の生存権・健康権を保障する」という規定に立っています。憲法25条を真に実現する道筋がみえてくると考えます。以下に、保健医療

分野を超えた政策も含めて提案します。

① 健康の社会的決定要因の克服をめざす行動計画を策定する

健康は、遺伝子や生活習慣だけではなく、その人の社会経済的な地位をはじめとする社会的要因によっても決定されているという調査、研究が蓄積

され、ヨーロッパ諸国では社会的要因による健康格差縮小をめざす政策的対応や実践がすすんでいます。現在WHOは、具体的な健康権保障の指標に基づいて締約国の現状を把握し、各国への必要な勧告や積極的な行動計画を提案しています。

1998年、WHOは健康の社会的決定要因(Social Determinants of Health : 「SDH」)についてのレポートを刊行しています。たなじい人口では、健康権研究の世界的到達点として、すべての政策・施策の前提に健康権の視点での評価、すなわち健康影響評価(HIA : Health Impact Assessment)を置いていたが強調されており、日本でも当然実現すべきことです。

国は、国民の健康権保障の現状を把握し、結果を公表し、健康権保障を実現するために医療や介護にとどまらない政策を確立する義務があります。「健康21＝第1次」が個人の生活習慣や行動変容にターゲットをしぼったためにその目標達成もきわめて不十分なものとなつたことを反省して、「健康21＝第2次」では健康格差の縮小を戦略目標とした。国民の健康を総合的に推進するためには、個人の生活習慣や行動変容のみに着目するだけではなく、その人の社会経済的な地位をはじめとする社会的要因による健康への影響を考慮する必要があります。

民医連は、国がこれらの義務を果たすよう求め

るとともに、日本医師会、日本医学会や日本学術会議などとともに国民も参加する「健康権の実現をめざす国民会議」（仮）を立ち上げること、そして都道府県単位で住民も参加する健康政策機関をつくりて地域でのSDGsの克服と健康権実現のための具体的な指標を掲げ実践することを提案します。

②人間の尊厳に値する

「最低生活保障」制度を構築する

生活保護基準は、憲法25条のナショナルミニマムであり、最低賃金制度をはじめ現行の多くの福祉施策の基準となっています。その水準の引き下げは、社会保障全体の後退となり、今ここにある国民の困難を無視する暴挙です。現行制度では、「病気か高齢で働けず、所持金や財産がない」、つまりすべてを失い多くは借金を抱えた状態でしか申請、受給できないのが実態であり、生活保護基準以下の収入で生活している人々がおびただしい数に上っています。生活保護制度を権利としてより受けやすくなる抜本的改善、たとえば住宅、教育、医療、介護、生業扶助などが個別にも受けやすく、困窮に陥る前に生活の自立や就労支援を丁寧にできるような制度の整備が必要です。

現在の雇用をめぐる状況は、国民経済と社会保険制度の根幹を揺るがし、若者の希望を奪っています。まず、最低賃金の引き上げをはじめ働く貧困層の所得を引き上げ、そして1990年代から

進められた労働分野の規制緩和を改めて雇用の劣化を規制し、失業時の生活保障を整備しなければなりません。また、最低年金保障制度の確立など低所得にある高齢者の年金の引き上げの実現、そして特に子どもの貧困の根絶、貧困の連鎖を断ち切るため、子どもに関わる各種サービスはすべて現物給付とし、大学までの教育の無償化をめざすべきです。

③「医・食・住・環境」の充実で、地域からコモンユーニティと経済を再建する

地域は人々が暮らす基礎単位です。医療・食料・住居・環境は人間が生きていく上で欠かすことのできないものです。日本の長寿を実現したのは、様々な要因があるものの、地域での支え合いで(Social Capital)が他国に比して優位であり主因だという研究もあります(イチロー・カワチ、ハーバード大学公衆衛生大学院社会行動科学部長・教授)。

しかし、「平成の大合併」で2600以上あつた自治体は1800余となり、これに合わせて保健所や自治体職員が大幅に減らされました。また、経済のグローバル化と大規模広域流通によって、地場の産業や農業が壊され、自営業者などが急速になくなつてくる中で、地域のコモンユーニティが崩壊の危機にあります。地方では全国至る所で「限界集落」が生まれています。高度経済成長の時期から人口が急増した大都市部では、地域のコ

ミニユーニティ形成が不十分なまま高齢化が進行し、孤立死や無縁死に象徴される事態がすすんでいます。地域で「医・食・住・環境」を守る共同を強めること、安心して住み続けられるまちづくりを憲法に規定された地方自治そのものとしてすめ、国が財政的にも支援することが必要です。自らの手、協同の力で再生可能な自然エネルギーの創出や地域の実情にあつた農業や産業の再生、地域医療を守る運動などすでにその萌芽は全国各地にあります。

④人類の福祉に貢献できるような医学研究と技術開発を支援する

医学研究の発展や先端医療技術の開発は、国民の健康を守るために必要であるとともに、世界に貢献することが期待される分野でもあります。しかし、構造改革特区や東北メテカル・メガバンク構想など、市場原理を原動力にする成長政策と結びついた研究は医療の営利化促進や研究者のモラルハザードにつながる危険を見ておく必要があります。最近発覚したノバルティスファーマ社による「降圧剤論文不正事件」は、研究者と大学、製薬企業、行政の責任など日本の臨床研究の方に大きな問題を投げかけました。大学の研究予算が大幅に削減され、企業からの寄付に頼る「産・官・学」共同が当然のように行われていまですが、これが利権を生む構造をつくりだしています。

眞の社会発展と人類の進歩に貢献できるような研究環境の整備のために必要な教育予算を拡充するなど、落ち着いて研究できる環境への支援を強めることを求めます。そして、社会との対話の重視を含め専門家職能の高い倫理性と自律を促進する必要があります。

国は、医療・介護を経済成長の道具とするような姿勢を改め、研究過程、資金供与など大学、研究機関と企業との関係を透明化するための倫理規範や法などの社会的諸制度の整備を急ぐべきです。研究成果が営利企業の独占物とならないような規制が必要です。

個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるように、再生医療や臓器移植、終末期医療や看取りなど倫理問題について、情報公開をすすめ、国民的な議論を深めていく仕組みを作る」とが重要です。

日本の医の倫理を歴史的に振り返るとき、ハンセン病患者への重大な人権侵害や旧日本軍が中国人・ロシア人・朝鮮人などに人体実験を行った「ア31部隊」などアジア・太平洋戦争時期に日本医学界が加担した戦争犯罪の検証と謝罪が抜け落ちていることを忘れてはなりません。この自覚と反省を原点に医の倫理を確立してゆくことが、医療界の自律性、国民と医師、医療者の信頼関係構築の礎となるのではないでしょうか。

* ア31部隊：第二次世界大戦期の旧日本軍研

究機関で正式名称は関東軍防疫給水部本部。ア31部隊の名は、その秘匿名称。初代部隊長の石井四郎にちなんで石井部隊とも呼ばれています。中国東北部にあり、国際法に違反する細菌戦に使用する生物兵器の研究・開発機関であり、中国人・朝鮮人・ロシア人などに対し人体実験を繰り返していました。戦後、アメリカとの取引により資料提供と引き替えに戦争犯罪に問われるとは一切ありませんでした。

⑤平和と環境保全で世界に貢献する

先の戦争では日本が起こした戦争でアジアの人々2100万人、日本人310万人の命が奪われました。戦争回避や核兵器廃絶は、生存権・健

康権保障の前提をなすものであり、世界の人々の共通の願いです。日本は、唯一の被爆国であると同時に、福島原発事故で世界に放射性物質汚染を広げ続けている国です。

平和的生存権を謳つた日本国憲法を守り、活かして、人間の安全保障の観點から、世界中の人がとの格差と貧困をなくす運動や平和運動、環境保全の運動と連帯し貢献する時です。とりわけ、「いのち」や「健康」と日々向き合っている医療・介護関係者が一切の戦争政策に反対し、平和を守る先頭に立つことは社会的使命です。また、人間の命や地球環境を代償にする核兵器と原子力（核）発電所は直ちに廃止・廃炉にし、再生可能な自然エネルギーに転換すべきです。

VI 「人権としての医療・介護」を支える財源提案

国の最大の仕事は、憲法が保障する基本的人権の実現であり、国の財政そのものが「所得再分配」機能を發揮してそれを支えるものでなければなりません。日本の財政危機は、デフレ不況の長期間化と大企業・富裕層のための「税制改革」による

税収不足を主因に進行しています。支出の無駄を洗い出し、経費を削減すれば増税なしに乗り切れるレベルではすでになくなっています。私たち

は、國のめざす消費税増税と社会保障給付削減セ

ットの一体改悪ではなく、第一に、所得再分配を強める税制改革と応能負担原則に基づく社会保険料確保、第二に、内需拡大、地域経済の発展と賃金アップにより、社会保障の充実をすすめるべきと考えます。

国家の税収における消費税の位置が大きくなることは、富の再分配、景気と経済の安定化機能という所得税や法人税が持つてゐる役割を弱めることになります。世界第3位の経済大国で、消費税

を増税しなくとも医療・介護・社会保障の拡充は可能と考え、以下のように提案します。

- 1) 医療・介護の充実とアクセス確保には、利用時の負担増ではなく、保険料と国庫・公費負担（税の投入）を増やす必要があり、現状は財源不足であることとの国民的合意を得る。
- 2) 異常に内部留保を増やした大企業や税制優遇された富裕層への応分の税負担など公正な税制改革で所得再分配機能を強める。また、タックスヘイブン^{*}の世界的な規制強化や各国の法人税の統一化を提案する。
- 3) まず大企業を中心に社会保険の事業主負担をEU水準まで引き上げ、応能負担原則に基づいて社会保険料を見直し、確保する。
- 4) 無駄な大型公共事業などの削減と米軍思いやり予算・軍事費の削減など税金の使い方の転換をはかる。
- 5) 国民の医療費を圧迫する医薬品や医療材料などの高騰を規制し、適正化を図る。
- 6) 安定した雇用の拡大と誰もが暮らせる賃金めざし、最低年金の引き上げ、農漁業、再生可能エネルギー、保健・医療・福祉分野を含む中小企業や非営利団体を核にした地域密着型内需拡大で国民本位の経済発展をはかる。

* タックスヘイブン：租税回避地。外国に籍を置く個人や法人が税金のがれのために、所

得税や法人税が無税か大幅に軽減される国に、ペーパーカンパニー（会社）を置き、税金逃れを行っており、国際的な批判の的となっています。

論拠

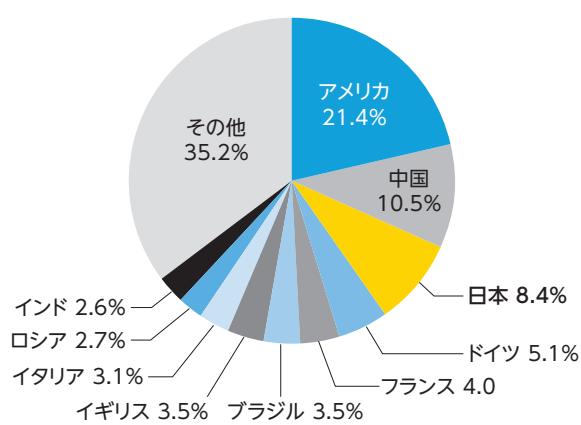
① 2009年度対GDP比の日本の社会保障給付費は22・2%と先進諸国の中でも極めて低く、フランス32・1%、ドイツ27・8%等と比べると大幅に低くなっています。それは国民年金満額で年間77万円（月額6.4万円）という低さに端的に表されています。

図表10 国民総医療費の国際比較

	公的医療費	私的医療費	総医療費
アメリカ	7.1	8.5	15.6
フランス	8.7	2.3	11.0
ドイツ	8.0	2.4	10.4
カナダ	7.1	3.0	10.1
デンマーク	8.2	1.5	9.7
スウェーデン	7.4	1.7	9.1
イギリス	6.9	1.5	8.4
フィンランド	6.1	2.1	8.2
日本	6.6	1.5	8.1

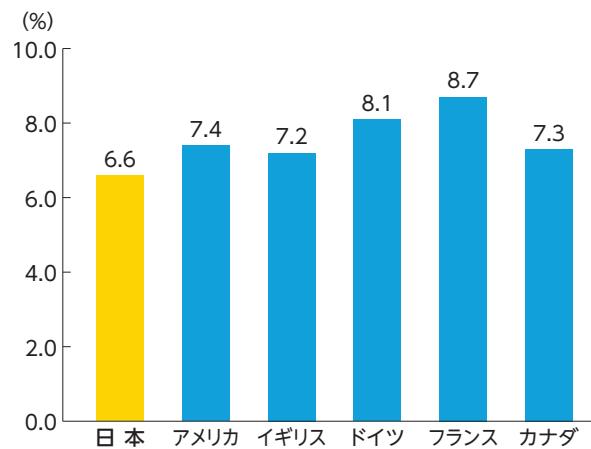
出所：「OECD Health Data 2009」より作成

図表12 世界全体に占める各国名目GDP比（2011年）



出所：内閣府経済社会総合研究所 国民経済計算部「平成23年度国民経済計算確報（フローリング）」より作成

図表11 公的総医療費の対GDP比



出所：「OECD Health Data 2010, Ver.Jun 2010」より作成

国民総医療費は8.1%とOECD加盟国34カ国中、中位であり、中でも公的医療費支出は6.6%と フランス8.7%、ドイツ8.1%などと比べても少ない 状況です（図表11参照）。

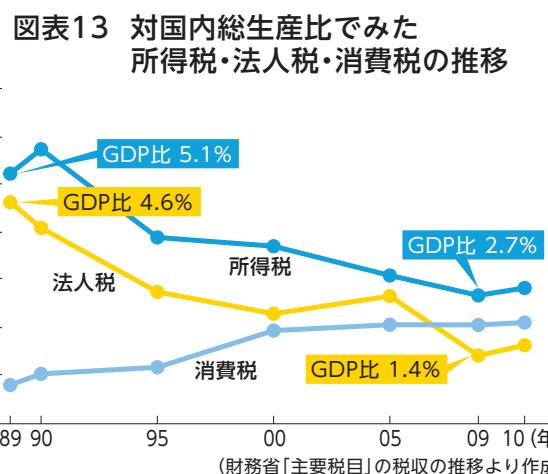
一方、窓口負担の増大、保険がきかない医療費が年々増え続け、私的医療費が増大しています。

その結果、民間医療保険・がん保険加入者が急速に増え売り上げは年間5兆円を超えていきます。日本このうち国民の負担は45%と先進国中最高水準にもかかわらず、国の負担は25%台に過ぎません。ドイツ、フランスの水準の公的医療費支出があれば新たに年間約10兆円の財源確保が可能です。世界第3位の経済力を活かして、医療・社会保障への公的支出を引き上げてこい」とは喫緊の課題です。

② 資本金10億円以上の大企業5500社の統計では、実質内部留保は2001年と2011年比較で約1.6倍（168兆円→270兆円）、上場企業グループの連結データでは約220兆円との10年間で大企業グループの溜め込み利益は異常に蓄積されました。その理由は、人件費抑制と法人税減税によつてもたらされ、しかも利益が設備投資に向かわなかつたことによります。現在、法人税は25・5%とされ、さらに引き下げが検討されていますが、実際には、研究開発減税、連結納稅制度など様々な優遇税制のために大企業の実効税率

率は、三菱商事12・1%、ソニー13・3%など大企業の実質負担率は平均18%となっています。この法人税率をさらに下げ、「世界で一番企業が活躍しやすい国をめざす」（2013年2月28日、安倍首相施政方針演説）とする意図は、今、中小企業の7割は赤字で法人税を払えていない中、法人税減税はイコール大企業減税を意味します。

この20年近くで実額ベース10兆円近い法人税減税が行われました。1990年度からすれば、法人税は28・9兆円から2010年度は14・8兆円と半分に減らされています。消費税が導入された1989年からの24年間（2012年度まで）で、消費税は251兆円に達しましたが、法人3

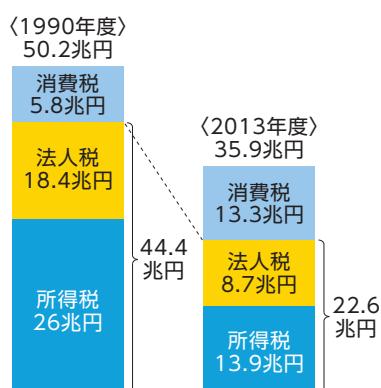


出所：『医療と生活の再建へ——3.11以後の日本の進路』(全国保健医団体連合会『月刊保健連』臨時増刊号No.1072、2011年)

税は233兆円も減っています。つまり、「社会保障」のためといって導入された消費税は社会保障に使われたのではなく、法人税の減税の穴埋めに使われたのです。

さらに、不公正税制は数多くあります。2003年には証券優遇税制が導入されました。株式配当や株を売って得た税制を10%に軽減するものです（2014年度から20%予定）。国際比較でみるとイギリス42・5%、フランス34・5%、ドイツは26・4%となつており、日本がいかに低いかがわかります。この分野でも大企業や株を持つ富裕層には、極めて甘く、先進国並みにすることによって大幅な增收が見込まれます。また、富裕層への所得税・住民税は、以前は最高税率が75%でしたが、今は40%と累進性が大幅に緩和され、引き下げられています。

図表14 消費税増でも税収減
(国の主な税収)



注：1990年度は決算、2013年度は当初予算
出所：「いつでも元気」2013年12月、No.266

国税収入は1990年度が50・2兆円あったものが、2013年予算では35・95兆円と大幅に減少しています。中でも、法人税が10兆円、所得税が12兆円減少したのに対し、消費税収は1990年度が5.8兆円から2013年度（予算ベース）では13・3兆円と増え続けています。勤労世帯の賃上げとともに、法人税の引き下げではなく能力に応じた引き上げと富裕層の増税が必要です。

G20などで検討が開始されている各国の法人税の統一化やタックスヘイブンなどを利用した国際的な租税回避を行っている大企業や富裕層に対し、国際連帯や協調による民主的規制が重要です。

③ 日本の医療の優れた特徴は半世紀前に実施された全ての国民が加入する国民皆保険制度です。この制度を維持するためには、公費の投入と社会保険料を基本とすることが重要です。日本の事業主の社会保険料負担は対GDP比で見ると5.7%に過ぎず、イギリス8.4%、ドイツ11・2%、フランス14・0%と比べても極端に低くなっています。引き上げが必要です。仮にEHI並みに社会保険料の事業主負担を引き上げると27兆円程度の增收が込まれると予測されています（福祉国家と基本法研究会・井上英夫・後藤道夫・渡辺治編著『新たな福祉国家を展望する』旬報社、2011年）。

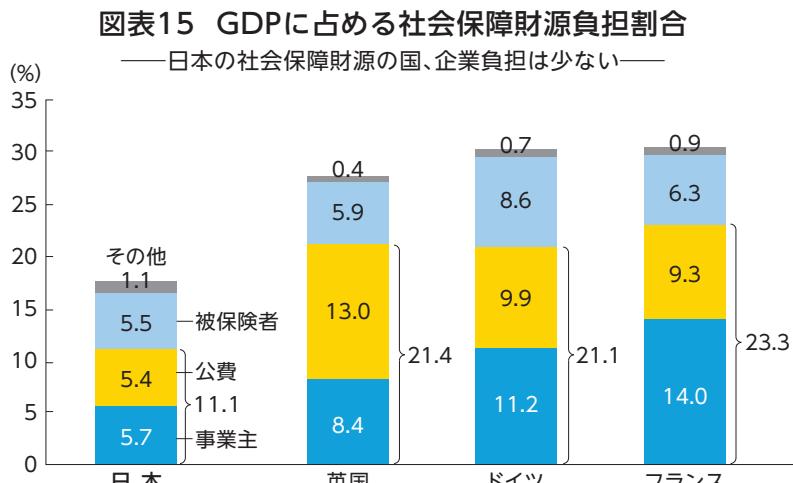
また、中小零細企業などが主に加入している「協会けんぽ」（前の政府管掌保険）の国庫補助

率を現在の13%から30%へ引き上げるべきです。

国民健康保険への定率国庫負担は32%に減らされていますが、当面、1984年の水準である45%まで戻すことが必要です。介護保険への国庫補助率は大幅な引き上げを求めます。さらに、保険料の逆進性を改善すること、組合健保、共済健保、協会けんぽの各保険料率は、中小零細企業が加入する保険料が一番高く、当面、協会けんぽの保険料率への統一をめざすべきです。また、優遇されている高額所得者に対し健康保険料・介護保険料・年金保険料の最高額は月額62万円、健康保険料・介護保険料は月額121万円が上限まで戻す必要があります。

* 年金保険料の最高額は月額62万円、健康保険料・介護保険料は月額121万円が上限で、高額所得者は極めて優遇されています。

料・年金保険料の上限引き上げが必要です*。



出所：国立社会保障・人口問題研究所、ILO、Euro Stat(2008年)の資料より作成

あつては、地元業者を優先して地域経済の活性化につなげるべきです。アベノミクスによる「国土強靭化計画」などと銘打つて新たな新幹線やリニアモーターカー建設、高速道路やダム建設など利権と絡んだ大型公共事業が復活しています。無駄な大型公

④ 震災復興予算が、本当に必要な被災地の復旧・復興に有效地に使われるのではなく、捕鯨反対団体の対策費に使われるなど、全く関係のないところに使われている事実があります。復興法人税の3年の予定を2014年で打ち切ることは断固反対で、大企業の社会的責任に鑑みて継続すべきです。また、被災地の復旧・復興に

図表16 米軍駐留経費および負担率

	日本	ドイツ	韓国	イタリア
駐留経費(ドル)	46.15億	8.62億	8.50億	3.24億
負担率	75%	21%	39%	34%

出所：長島昭久『日米同盟の新しい設計図——変貌するアジアの米軍を見据えて 第2版』(日本評論社、2004年)

共事業を止め、被災地の復旧や特別養護老人ホーム、介護施設の建設、保育園や学校の耐震化など地域密着の公共事業に回すべきです。

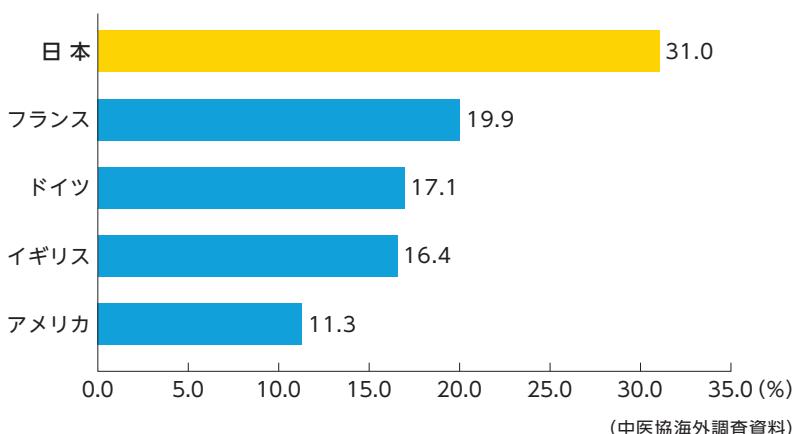
2013年度の予算では、これまで下がり続けていた防衛予算が増額され、年額5兆円規模となりました。この中には、総額1兆円を超える最新鋭戦闘機の新規購入（一機150億円）や在日米軍駐留経費（思いやり予算）が年間約2000億円も含まれます*。普天間基地の辺野古移転費用など米軍の再編強化費用も国税で賄われることになつており、全面的な見直しが必要です。また、年間320億円にもものぼる憲法違反の政党助成金は廃止すべきです。

* アメリカの主な同盟国における駐留経費負担及び負担率

図表16のデータは2004年であるが、負担率に大きな変化はない。2012年度の防衛省発表の在日米軍駐留経費は6515億円となつており、これが全て国民の税金から支払われている。

⑤ 日本の総医療費に占める薬剤費は、31・0%で、フランス19・9%、ドイツ17・1%などに比べ

図表17 医療費に占める薬剤比率の国際比較（1995年）



出所：外科系学会社会保険委員会連合「外保険ニュース」5号

図表19 諸外国におけるペースメーカーの正味価格と日本の保険償還価格との比較

特定保険 医療材料 ペースメーカー	保険償還 価格	アメリカ (平成24年) 上段：正味価格 下段：正味価格に対する 日本の保険償還価格	オーストラリア (平成24年) 上段：正味価格 下段：正味価格に対する 日本の保険償還価格	イタリア (平成24年) 上段：正味価格 下段：正味価格に対する 日本の保険償還価格
シングルチャンバ Ⅳ型	733,000円	208,839～577,863円 平均 368,627円 3.51～1.27倍 平均 2.31倍	203,208～501,924円 平均 467,230円 3.61～1.46倍 平均 1.69倍	114,543～239,499円 平均 156,388円 6.40～3.06倍 平均 4.99倍
デュアルチャンバ Ⅳ型	1,000,000円	216,840～795,996円 平均 481,263円 4.61～1.26倍 平均 2.44倍	287,878～997,413円 平均 768,486円 3.47～1.00倍 平均 1.59倍	218,673～364,455円 平均 291,525円 4.57～2.74倍 平均 3.55倍
トリプルチャンバ Ⅱ型	1,600,000円	816,120～941,553円 平均 878,837円 1.96～1.70倍 平均 1.58倍	1,056,682～1,144,738円 平均 1,100,710円 1.51～1.40倍 平均 1.46倍	385,281～389,754円 平均 386,772円 4.15～4.11倍 平均 4.14倍

為替レート①：【アメリカ】1ドル=80.82円（三菱東京UFJ銀行「2012年対顧客外為替年間相場」）
為替レート②：【オーストラリア】1豪州ドル=84.67円（三菱東京UFJ銀行「2012年対顧客外為替年間相場」）
為替レート③：【イタリア】1ユーロ=104.13円（三菱東京UFJ銀行「2012年対顧客外為替年間相場」）

資料①：NYS Net Price（ニューヨーク州一般調達局契約価格）

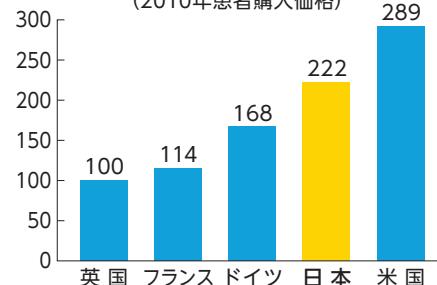
資料②：Independent Hospital Pricing Authority、及びGovernment of Western Australia Department of Healthが提供する価格データを日医総研が集計した。

資料③：イタリア国内の公立4病院（ミラノ市、セリアーテ市、トラヴェージオ市、ヴァレーゼ県）の購入価格データを日医総研が集計した。

出 所：日本医師会総合政策研究機構「日医総研ワーキングペーパー」No.302

て高くなっています。一方、大手製薬企業の2010年度の経常利益率は平均14・4%近くと他産業と比べても高くなっています。新薬創設加算などで薬価も高く設定され大製薬企業は大きな利益をあげています。高薬価構造の転換、ジェネリック薬への転換などを通じてフランス並みの比率にするだけで約3兆円の医療費を削減することができます。

図表18 英国を100とした
各国の相対薬価
(2010年患者購入価格)



資料：全国保険医団体連合会「薬価の国際比較調査結果」(2011年12月22日)

注：日本の売上上位100位までの薬剤で、米国、ドイツ、フランス、英国のうち3カ国以上の国で薬価が判明した大型薬剤77品目の幾何平均値

出所：『日本医事新報』No.4675、2013年11月30日

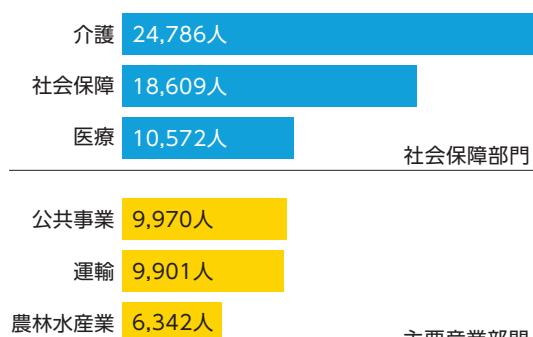
較しても極めて高く設定されています。中医協が発表しているように、例えば同じメーカーのペースメーカーが日本では海外平均価格3・51倍～6・40倍となっています。ステントや心臓カテーテルなども同様です。これは、米国政府から日本政府に出されてきた年次改革要望書に基づき、日本側が高く買わされているからです。TPPへの参加はこれらをさらに加速し、かえって国民医療費の高騰を招きます。

⑥ いの十数年間、新自由主義的「構造改革」路線による労働法制の規制緩和で日本型雇用が壊され、正規労働者は10%以上減ったのに対し派遣労働者ははじめ契約社員など非正規雇用労働者が大きく増えました。そして今、非正規雇用労働者は全労働者の36・2%（2012年）を超える、女性では54・7%、15～24歳の若年層では45・4%に達しています。また完全失業者も約300万人と高止まりで、若年無業者は60万人台で、健康保険に加入していない失業者数は70万人台後半で推移しています。賃金労働者の平均年収は1997年をピークに年間ベースで70万円も下がっています。その結果、社会保険料収入が大きく減少しました。また、電気料金、ガソリン、食料品など生活関連物価は上がり続けています。大企業の内部留保270兆円の約1%、2.6兆円を充てるだけで1人1万円の賃金引上げが可能ですし、正規雇用労働の拡大や下請け企業の雇用拡大も可能となりました

経済産業省の調査でも、公的医療・介護など社会保障の拡充は多大な経済波及効果があります。超少子・高齢社会がすすむ中、医療・介護の需要は高まります。また、地域密着型です。不足する医師、看護師、介護スタッフなど医療・介護従事者を新たに10万人雇用すれば約5000億円の経済波及効果があると推計されています。さらに過重労働・低賃金の医療・介護の賃金の改善も重要なことです。42万人の特別養護老人ホーム入所待機者と5万人の保育所入所待機者が存在し、これらの要望に応えた公的責任による医療・介護・保育施設の拡充は地域経済の活性化となり、福祉を重視した国家への経済構造に転換となるものです。

図表20 社会保障と他の産業の雇用創出効果の比較

—需要1億円あたりの雇用創出人数—



出所：「朝日新聞」2009年4月19日付

おわりに

この提言は、超高齢社会に向かう日本における医療・介護のあり方を、日本国憲法の原則に則って実現するためにまとめたものです。そして「人間の安全保障」（アマルティア・セン）の観点から、国民皆保険などの優れた日本の経験を広め、世界中の人々との貧困と格差をなくす運動と連帯し、世界の生存権・健康権保障を求める運動に貢献したいという私たちの願いを込めています。全日本医連は、この提言をひとつ素材として、様々な立場の個人・団体のみなさんと討論したいと思いますので、よろしくお願いします。

全日本民医連

〒113-8465 東京都文京区湯島2-4-4
平和と労働センター7F
TEL03-5842-6451 FAX03-5842-6460
URL <http://www.min-iren.gr.jp>