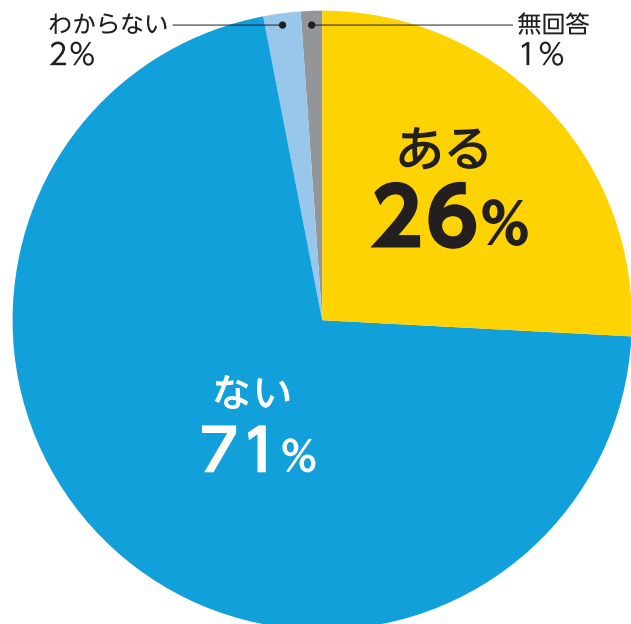


# いのちの 格差を 乗り越える。

## 4人に1人が経済的理由で 受診を控えている。

Q. 過去12ヵ月以内に、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

### 財源

#### 雇用破壊

新自由主義的「構造改革」路線による労働法制的規制緩和で、派遣労働者をはじめ契約社員など非正規雇用労働者が増加しています。非正規雇用労働者は全労働者の36.2%（2012年）を超え、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、若年失業者は60万人台と、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。

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

介護	24,786人
社会保障	18,609人
医療	10,572人
公共事業	9,970人
運輸	9,901人
農林水産業	6,342人

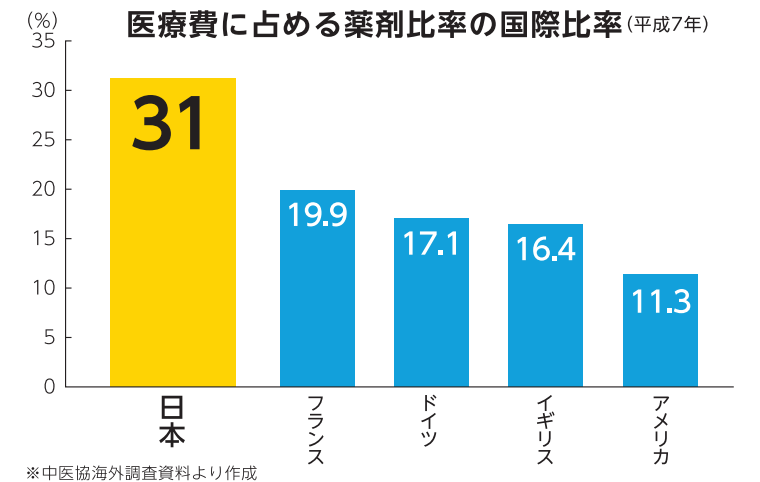
社会保障部門  
主要産業部門

※「朝日新聞」2009年4月19日付より作成

なります。賃金引き上げと安定した雇用の拡大が経済成長につながります。経済産業省の調査でも、公的医療・介護などの充実が多様な経済波及効果があります。超少子・高齢化社会がすすむ中、医療・介護の需要は高まります。不足する医療・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測されています。

#### 医薬品や医療材料の高騰

日本の総医療費に占める薬剤費は31%と、フランス19.9%、ドイツ17.1%に比べて高くなっています。その一方、製薬業界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。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可能です。また、医療材料費（保険償還価格）も欧米と比較しても極めて高く設定されています。



国家の税収における消費税の位置が大きくなることは、富の再配分、景気と経済の安定化機能という所得税や法人税が持っている役割を弱めることとなります。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。

### 民医連の財源提案

- ① 医療・介護の充実とだれにでも医療と介護を受ける権利を保障するためには、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ます。そのために新たな財源を確保する必要があります。
- 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配分機能を強める。また、マネー資本主義の規制強化や各国の法人税の統一化を提案する。
- ③ 大企業を中心に社会保険料の事業主負担を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、最低年金を引き上げること。農漁業、再生可能エネルギー、保健・医療・福祉分野での事業と雇用の創設を中小企業や非営利を中心に地域密着型内需拡大で経済発展をはかる。

### おわりに

この提言は、超高齢化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」の観点から、国民皆保険などの優れた日本の経験を広め、世界中の人びとの貧困と

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。

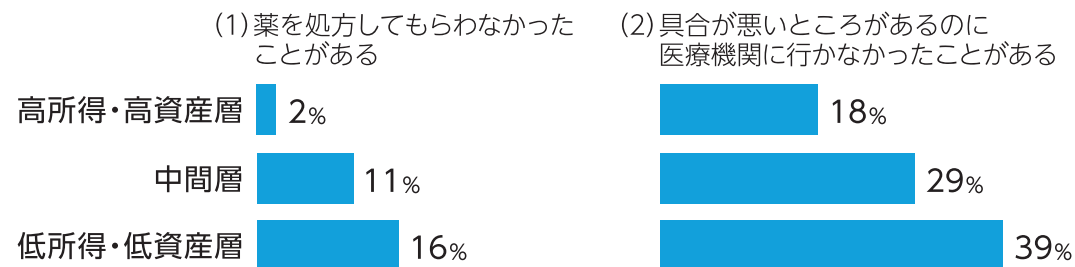
全日本民医連は、この提言をひとつの素材として、様々な立場の個人・団体のみなさんと議論したいと思っております。よろしくお願ひします。

2013年12月19日 全日本民医連理事会



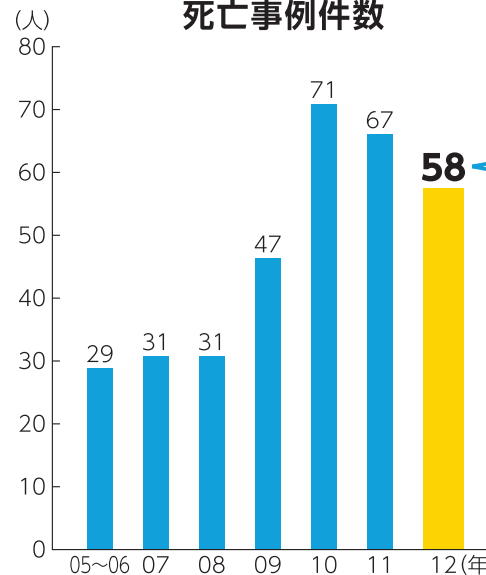
受診抑制アンケート (%, 2008年1月; n=926人※)

過去12ヶ月以内に、費用がかかるとい理由で、医療を受けることを控えたことがありますか？

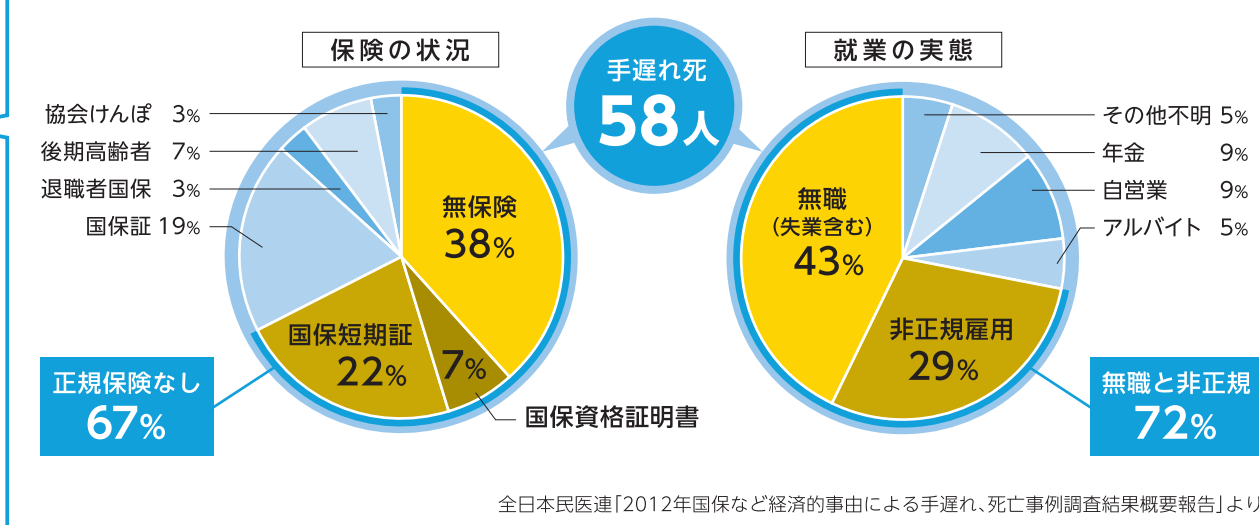


※世帯収入・純金融資産ともに回答した回答者  
 高所得・高資産層：年間世帯収入800万円以上かつ純金融資産2,000万円以上  
 低所得・低資産層：年間世帯収入300万円未満かつ純金融資産300万円未満  
 中間層：その他  
 資料／特定非営利活動法人日本医療政策機構「医療政策に関する2007年世論調査」

国保など経済的理由による死亡事件数



個々の事例は、当事者個人の努力では解決し得ない問題を抱えていました。



民医連の提案

すべての人に医療へアクセスする権利を保障する

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。1万円引き下げるための財源は4000億円あれば可能。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条の適要基準の拡大等によって支払えるレベルに減免する。また、国民健康保険の傷病手当、出産手当を新設する。多くの国々ですでに無料もしくは小額となっている窓口負担は、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、高校卒業まで子どもは無料とする。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止する。

③ 福島、宮城、岩手県の医療費・介護利用料の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、速やかに保険薬局への無料低額診療制度の適用をすすめる。

⑤ 生活保護制度の改悪を中止し、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応範囲を拡大する、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。

世界では医療費負担は無料・小額があたりまえ



無料低額診療事業に取り組んでいる民医連の事業所 (2013年12月)

区分	施設数
病院	98
診療所	197
歯科診療所	21
老人保健施設	20
合計	336

\*1 国保法44条：失業などによる「経済的な特別の事情がある」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「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  
 \*2 無料低額診療事業制度：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ないよう、無料又は低額な料金で診療を行う事業  
 \*3 捕捉率：生活保護の対象となる収入・資産の中で、実際に利用できている人の割合

無保険・健康格差

貧困の拡大で、実質的な無保険者があふれています。また、医療費の自己負担が増える必要のない受診も抑制されること、その傾向が特に低所得者層に顕著に表れ、健康格差の拡大につながっていることは世界的にも証明されています。日本においても、民医連が行った「手遅れ死亡事例」「歯科酷書」など各種調査や内閣府や国立人口問題研究所、日本医療政策機構などの調査で同様の結果が得られています。

安全・安心、

人権としての医療・介護を実現する提案

医療がもうけの対象になればどうなるか？

医療をビジネスとするアメリカは、医療でうまれた利益を株主に配当できるよう求めてきました。営利追求(株主配当)が認められれば、

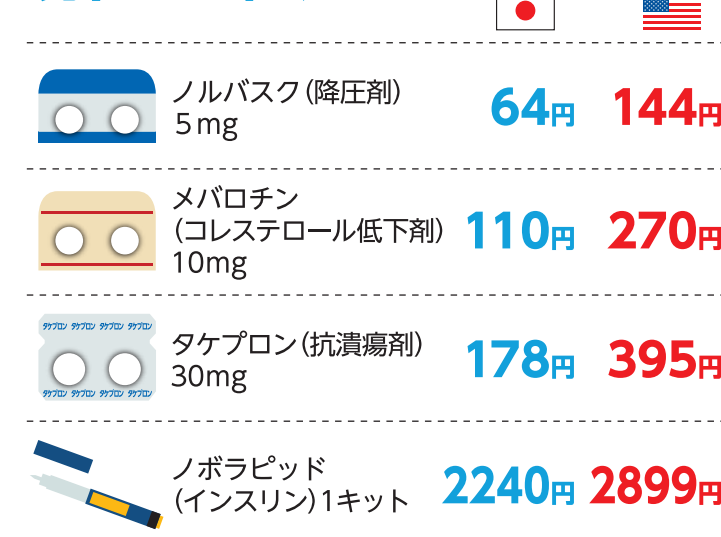
コスト削減が優先され、医療の質・安全の低下

救急・小児科・へき地など“不採算”部門の閉鎖

儲かる高所得の患者を優先する

など、様々な問題点が指摘されています。

薬の値段がアメリカ並みになれば、現在の2倍超えも



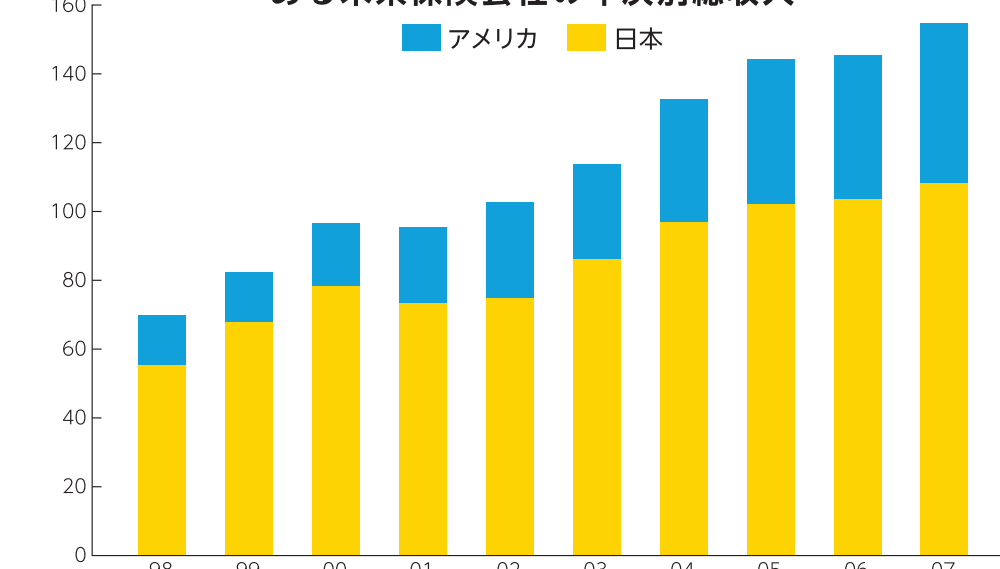
●1錠当たりの薬局仕入れ価格(2010年調査。12年度改定は反映せず)。自己負担割合によって、実際に窓口で支払う金額は異なります。全国保険団体連合会の調査より

**医療の市場化**  
 アメリカは、医療分野において1990年代から本格的に日本の市場開放を求めてきており、TPPに参加すればその要求はいっそう強まることは確実です。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、これまでに以上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、特区における営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ISD条項(\*1)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。さらに、アメリカは「知的財産権の保護」を理由に薬の値段の引き上げを要求しています。現在、日本では医療保険で使う薬の値段は政府が決めています。もしアメリカの要求通りになれば、窓口負担や保険料がさらに高くなってしまいます。

\* ISD条項「投資家対国家間の紛争解決条項」Investor State Dispute Settlement(ISDS)あり、主(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。

ある米系保険会社の年次別総収入



民医連の提案

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

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」ことを強く主張し、引き続きTPP参加に反対します。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。



民医連の提案 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

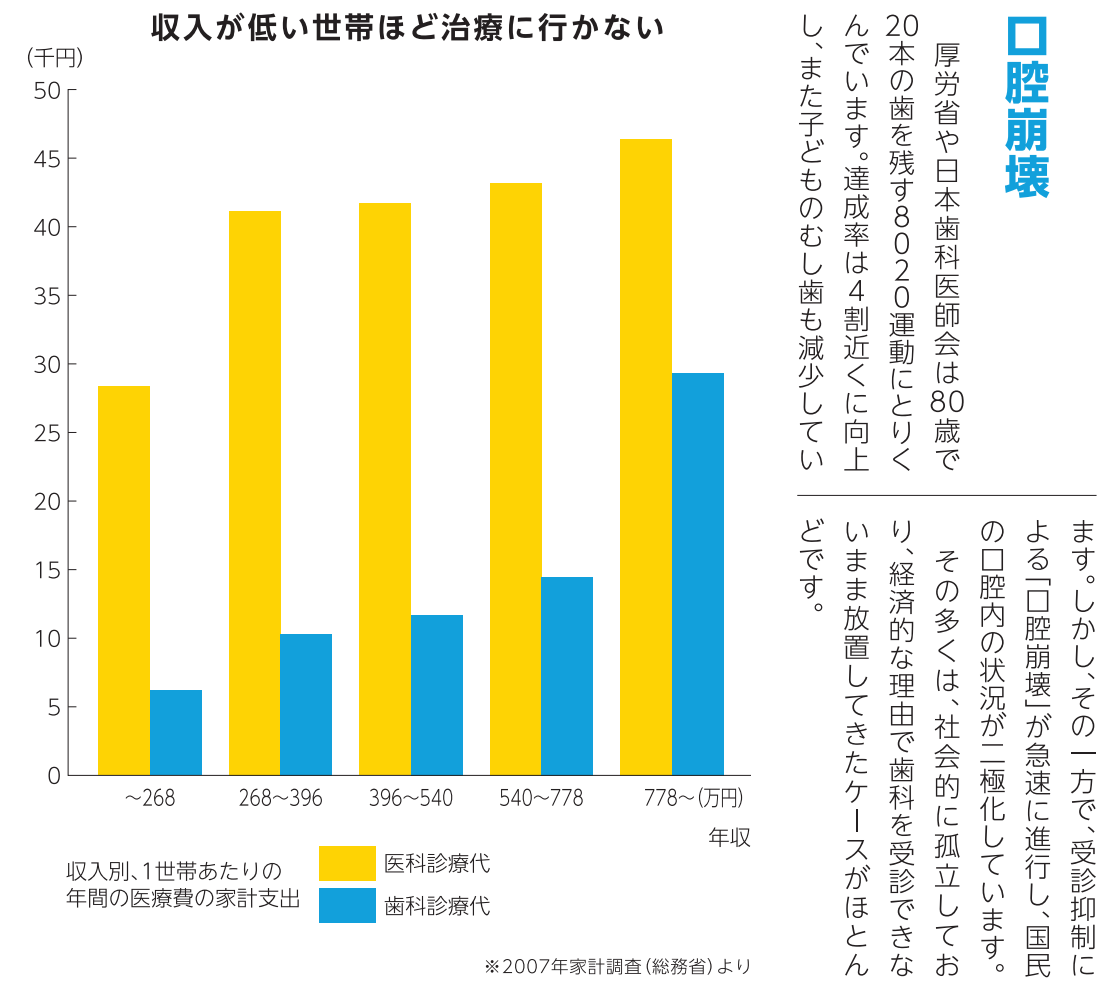
**事例**

**経済困難から、世帯のほぼ全員が口腔崩壊状態**

6人家族  
夫30代・妻20代・  
0歳～7歳の子ども4人

夫は非正規雇用の引越し業をしており、経済的に余裕が無い。夫は欠損歯が12本あり仮歯で治療を中断している状態。妻は欠損歯1本、う蝕歯6本あり。長女は6歳の時点で欠損歯1本と、う蝕歯14本あり。長男は4歳の時点で欠損歯2本と、う蝕歯14本あり。次女は生後10ヶ月で未健診。

全日本民医連歯科部会  
「□から見える格差と貧困 ～歯科診療～ 2009年」より



**口腔崩壊**

厚生省や日本歯科医師会は80歳で20本の歯を残す8020運動にとりこんでいます。達成率は4割近くに向上し、また子どものむし歯も減少しています。しかし、その一方で、受診抑制による「口腔崩壊」が急速に進行し、国民の口腔内の状況が一極化しています。その多くは、社会的に孤立しており、経済的な理由で歯科を受診できないまま放置してきたケースがほとんどです。

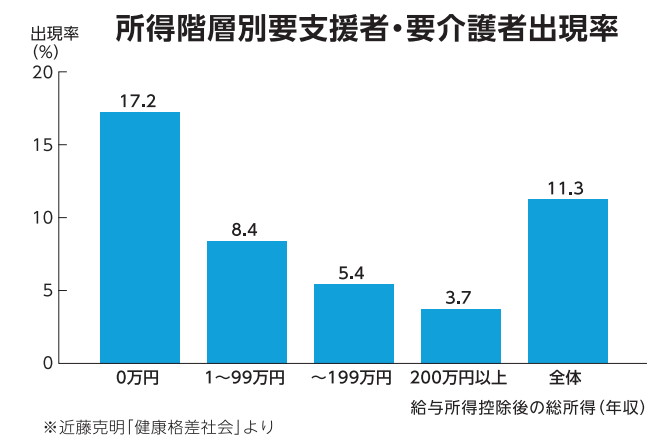
**保険あつて 介護なし**

「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条をめぐって、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。

**民医連の提案**

**介護保険制度の抜本改善をはかる**

- 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 保険料の逆進性は正、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。
- ⑤ 必要経費の保障と人員配置基準の引き上げなど、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。
- 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)。



民医連の提案 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

**医療安全**

私たちは、医療安全は人権の問題であると捉え、事故から教訓を導き出し、再発予防策の確立など医療の安全性向上に努めてきました。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(無過失保障制度など)、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う機能)を持つ必要があることを強調してきました。

**医療・介護従事者の不足**

医療・介護需要は増加の一途です。しかし、それを支える日本の医療・介護スタッフの現状は、医師数ではOECD諸国の人口千人当たりで2.1人と対象34カ国中28位と絶対的に不足し、看護師数は9.3人と高齢化に対応するには不十分な状態が続いています。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・介護従事者の不足 従事者の不足**

医療・介護需要は増加の一途です。しかし、それを支える日本の医療・介護スタッフの現状は、医師数ではOECD諸国の人口千人当たりで2.1人と対象34カ国中28位と絶対的に不足し、看護師数は9.3人と高齢化に対応するには不十分な状態が続いています。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。

**医師数・看護師数の国際比較 (OECD諸国、2011年)**

国	人口千人当たりの医師数	人口千人当たりの看護師数
スウェーデン	~18	~18
ノルウェー	~17	~17
アメリカ	~16	~16
イスラエル	~15	~15
デンマーク	~14	~14
エストニア	~13	~13
オランダ	~12	~12
スイス	~11	~11
ニュージーランド	~10	~10
オーストラリア	~9	~9
OECD平均	~8	~8
日本	~2.1	~9.3
カナダ	~3	~10
アイルランド	~4	~11
スペイン	~5	~12
韓国	~6	~13
ドイツ	~7	~14
スロベニア	~8	~15
フィンランド	~9	~16
オーストラリア	~10	~17
チェコ	~11	~18
ハンガリー	~12	~19
スロバキア	~13	~20
フランス	~14	~21
イタリア	~15	~22
ポルトガル	~16	~23

※OECD Health data [2011版]

**施設から 地域・在宅へ**

国は、2025年を焦点に今後の基本的な考えを「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。「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」をめざす政策的な流れが色濃く示されています。

**民医連の提案**

**国と東電の責任ですべての福島原発事故被害者の健康と暮らしを守る**

- ① 福島県全域および年間の追加線量が1msvをこえる地域のある基礎自治体に住む全ての人々に対して、必要かつ十分な健康診断・管理を行うこと、「健康管理手帳」を発行し、無料で必要な医療が受けられるようにすることなど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 重層下請構造となっている原発作業を改める。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こと。健診項目を充実し身近な医療機関で受けられるようにするとともに、心理的側面を含めた総合的な健康相談センターを開設する。認定する疾患を拡大するなど労災認定基準を改正する。累積被ばく線量が高くなり原発労働から離れざるをえなくなった労働者の生活補償を行う。
- ③ 2012年6月成立後、たなざらし状態になっていた「子ども被災者支援法」の実施に関し政府は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。

**原発事故**

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23日に国連人権理事会への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。私たちは全ての被害者の健康管理と生活保障を求めています。

**民医連の提案**

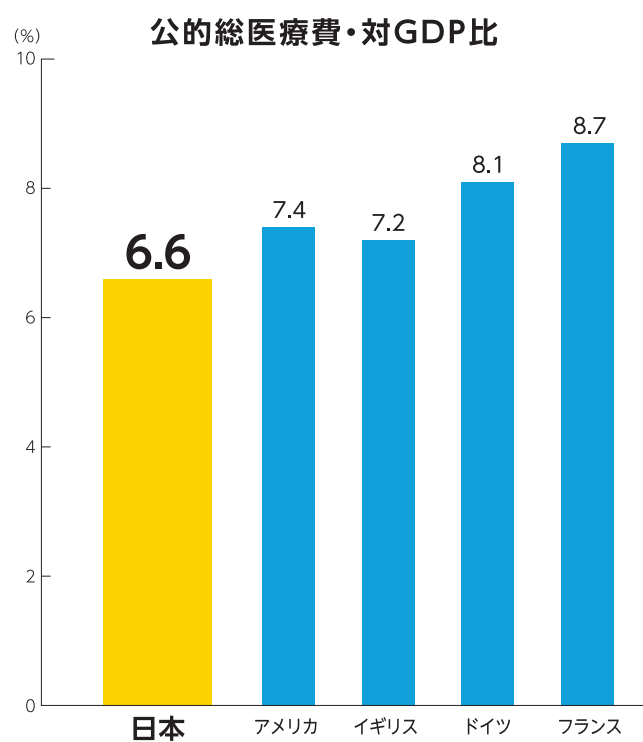
**住民参加の「保健・医療・介護・福祉のネットワーク」を地域で構築する ～だれもが健康で安心して住み続けられるまちをつくる**

- 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 超高齢社会のニーズに応え、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。慢性的状態から起こ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、在宅医療から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っており、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。急性期病棟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。



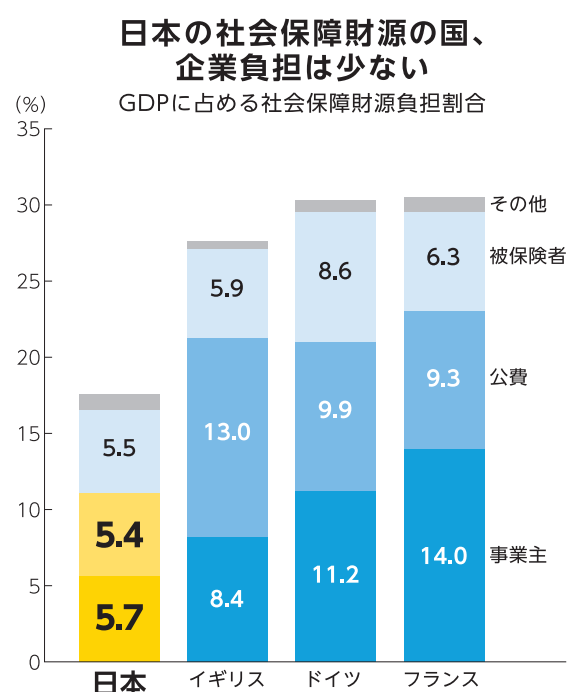
財源

私たちは、国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、所得再配分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。



2008年データ(日本は2007年)(出所)OECD Health Data 2010, Ver. Jun 2010

国、企業負担が少ない日本の社会保障財源



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

基本とすることが重要ですが、日本の事業主の社会保険料負担は5.7%(対GDP比)に過ぎず、ドイツ11.2%、フランス14%と比べても極端に低くなっています。EU並みに社会保険料の事業主負担を引き上げることによって、消費税の増収が見込まれると予想されています(福祉国家研究会「新たな福祉国家を展望する」より)。

法人税減税に消えた消費税

大企業(資本金10億円以上)5500社の統計で、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)。人件費抑制と法人減税を背景に、利益が設備投資に向かなかつた結果、溜めこみ利益が異常なまでに増大してきました。現在、法人税は25.5%とされていますが、さらなる引き下げが検討されています。消費税が導入された1989年から2012年までの24年間で、消費税は251兆円に達しましたが、法人3税は233兆円も減っています。つまり消費税は社会保障に使われたのではなく、法人税減税の穴埋めに使われたのです。

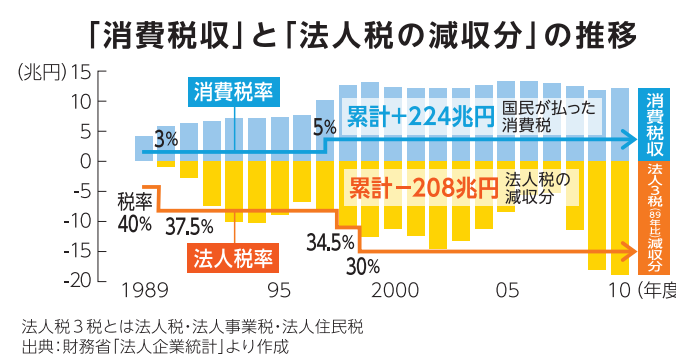
# 「人権としての医療・介護」を支える財源提案



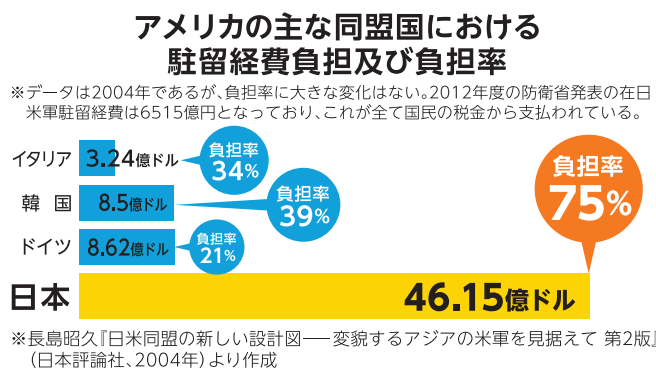
低すぎる医療・社会保障への公的支出

国際的にみて、日本の社会保障給付は決して高くありません。なかでも公的医療費支出は少なく、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。日本の年間総医療費は約37兆円(2012年度)。このうち国民負担は45%と先進国中最高水準にも関わらず、国の負担は25%台に過ぎません。ドイツ、フランスの水準での公的医療費支出があれば新たに年間約10兆円の公的給付が可能です。



被災地の復興が遅々として進まない中、復興特別法人税は3年の予定を1年前倒しで打ち切ることが決まりました。また、アベノミクスにより「国土強靱化計画」と銘打った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。今年度予算で、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。その中には、総額1兆円超の最新鋭戦闘機の新規購入や年間約2000億円の在日米軍駐留経費(思いやり予算)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っており、全面的な見直しが必要です。



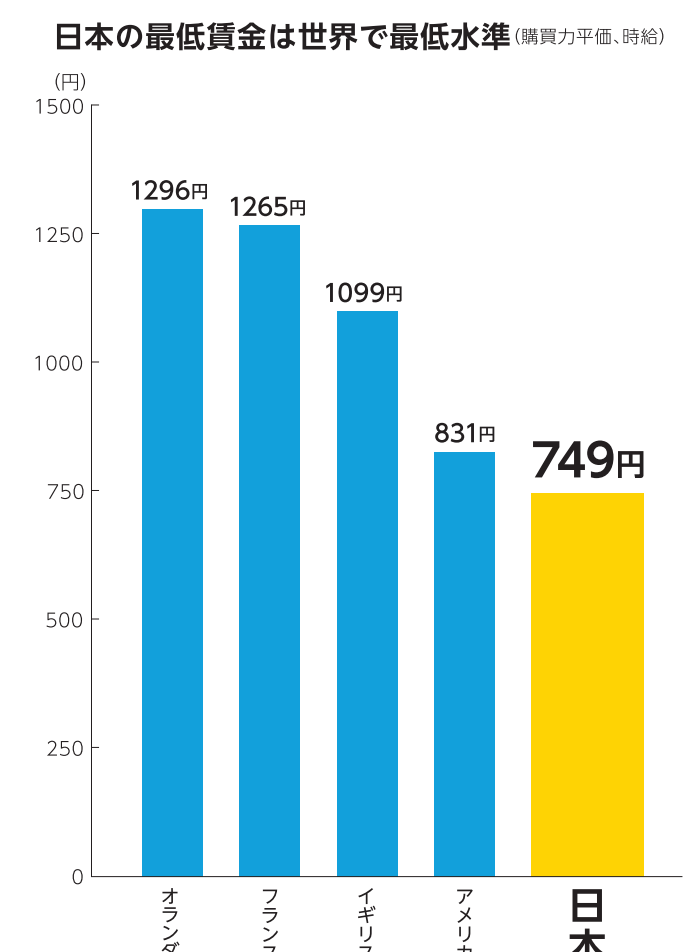
※長崎昭久「日米同盟の新しい設計図―変貌するアジアの米軍を見据えて 第2版」(日本評論社、2004年)より作成

## 憲法で保障された

# 「健康権・生存権」実現をめざす提案

人間の尊厳に値する「最低生活保障」制度を構築する

守られない人間の尊厳



厚生労働省などの資料から作成。OECDのGDP購買力平価(2009年)による換算額。日本の賃金は2012年(全国加重平均)、他国は2010年。

健康の「自己責任論」

崩壊の危機にある地域「コミュニティ」

規模広域流通によって、地域の産業や農業が壊され、自営業者なども急速に減少しています。

すすむ医療の営利化

平和と安心に逆行する政治

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