

医療と生活の 再建へ

3.11以後の

日本の進路

1	 この国の医療と生活はどうなろうとしているのか？	4
2	「社会保障・税一体改革」とは？	
	1 まだ続く医療改悪	8
	2 また増やす消費税	10
	3 「共通番号制」は何のため？	12
3	小泉構造改革よりひどい「新成長戦略」	
	1 医療の市場化	14
	2 TPPは医療を減ぼす	16
	3 医療ツーリズムの目的地はさらなる医療崩壊	18
	4 混合診療の全面解禁	20
	5 PFIと株式会社の参入	22
4	「創造的復興」で被災者の生活は再建されるか？	
	1 “命のとりで”医療機関の再建に国は責任を	24
	2 大企業のための「特区」ではなく、被災者全員の生活・医療保障を	26
5	社会保障の充実と震災復興の財源は、大企業の社会的責任で	28
	わたしたちの日本再建10カ条	30
	新自由主義が亡ぼす日本の医療 元ハーバード大学医学部助教授 李 啓充 先生	32

3.11以後の日本は どこへ向かおうとするのか？

3月11日に起こった東日本大震災は、「小泉構造改革」以降歪められてきた日本社会の姿を浮き彫りにしました。「市場にすべてをまかせれば、すべてがうまくいく」、だから「企業を強くすることが国の仕事」という市場万能主義を徹底して推し進めた結果、市場にまかせてはいけないものまでが市場に委ねられ、そして国民皆保険は空洞化して医療崩壊を招き、農業、漁業も後継者を育てられないほどに疲弊させられ、あるのは大企業の下請けや非正規雇用だけという中で、未曾有の震災に見舞われたのです。

こうした路線からの転換をかけた、政権についた民主党も大震災で国民が疲弊しているときに、10%の消費税増税やTPPへの参加など、いわば火事場泥棒とも言える改悪メニューを推し進めようとしています。

「創造的復興」と称して、大企業を誘致し、ゼネコンだけが儲かる大型事業を推進する一方、被災者の生活再建は置き去りにされたままです。仮設住宅に入居すれば自立したとみなされ、義援金は収入とみなされ、失業保険を受け取れば医療費免除からはずされる、こんな被災者支援があつてよいのでしょうか。

真の復興と被災者の生活再建のためには、医療をはじめとした社会保障を手厚くし、大企業主体ではない地域の産業を復活させる人間復興の施策こそ求められています。

そのためには、自公政権以来の新自由主義をあらため、社会保障を基盤とした国づくりに転換することが必要です。このパンフレットは、3.11以降、日本がめざすべき生活と医療再建の道筋を皆さんと考えていきます。



1

この国の医療と生活は どうなろうとしているのか？

小泉構造改革によって、全国で医療崩壊が進みました。医療だけでなく、国民の貧困率は2009年に16%となり1985年以降、最悪となっています。生活保護制度では、受給者の自殺率が全国平均の2倍以上という異常な事態です。社会保障は富の再分配によって国民を貧困から救うはずのものです。子どもや独り親世帯の貧困率では、再分配される前よりも貧困率が悪化しているという逆さまの事態で、こんな恥ずかしいデータは日本だけです(図1-①、図1-②)。

一方で、日本経済は、アメリカ、中国に次いで、

世界第3位の経済力を持ち、大企業の使い道のない内部留保金は318兆円(09年・資本金1億円以上)へと膨れあがっています。巨大企業で報酬が1億円を超えた役員は、168社で294人にのぼり、報酬額合計は492億円にも及んでいます。

これほどまでに豊かさと貧困の格差が増大しているのに、社会保障が再分配に役立っていません。それどころか民主党政権は、「社会保障・税一体改革」としてさらに社会保障を抑制しようとしています。

図1-① 再分配による子どもの貧困率の変化

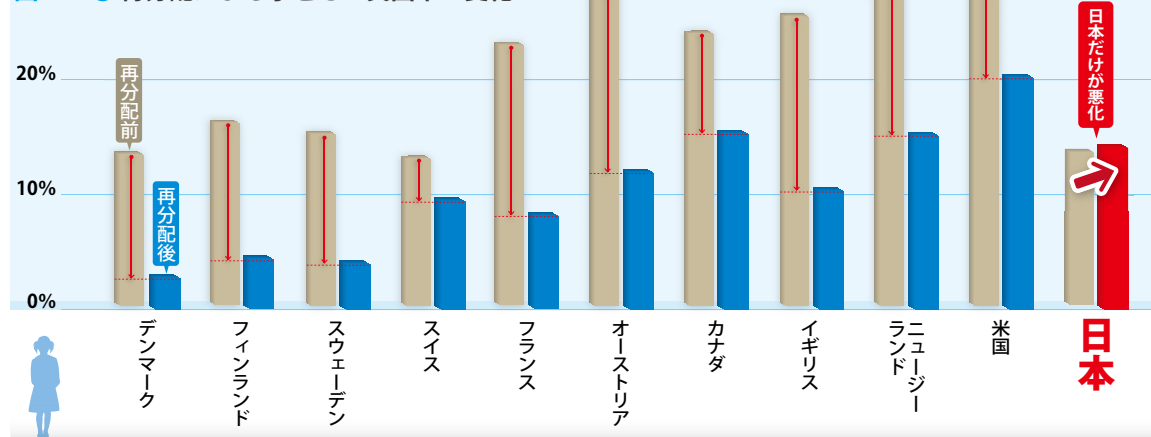
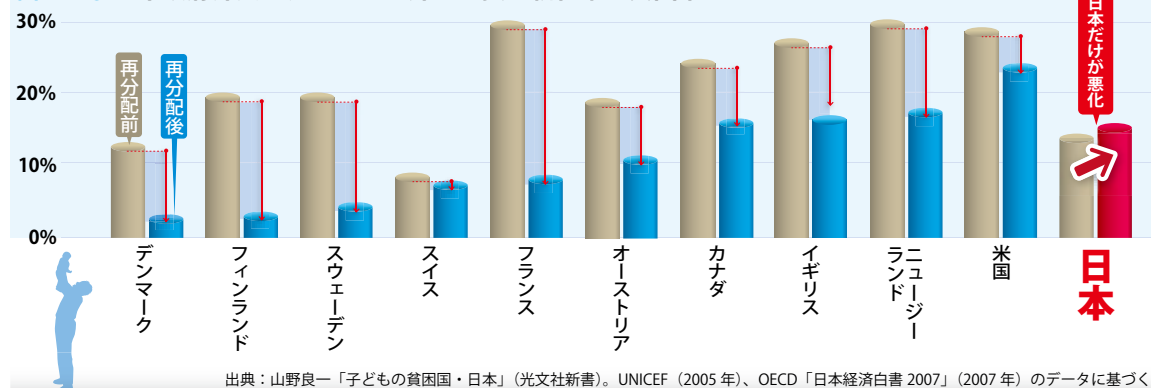


図1-② 日本政府介入で、むしろ上昇！—独り親世帯の貧困率—



出典：山野良一「子どもの貧困国・日本」(光文社新書)。UNICEF(2005年)、OECD「日本経済白書2007」(2007年)のデータに基づく

図1-③ 国内総生産(GDP)と主要3税合計の推移

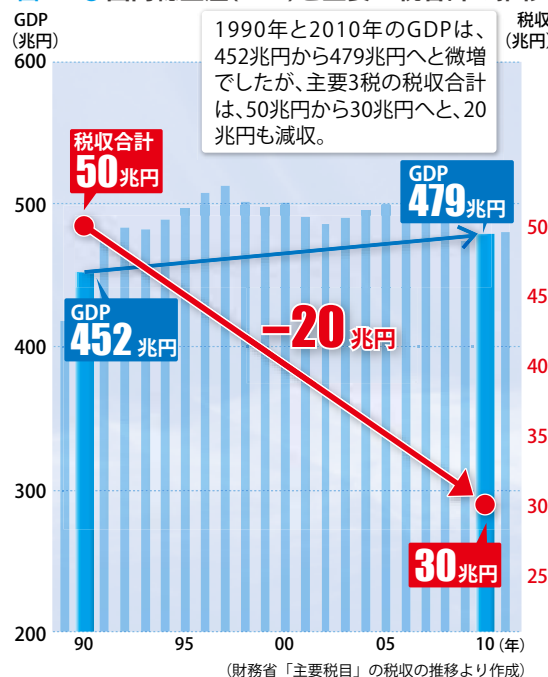
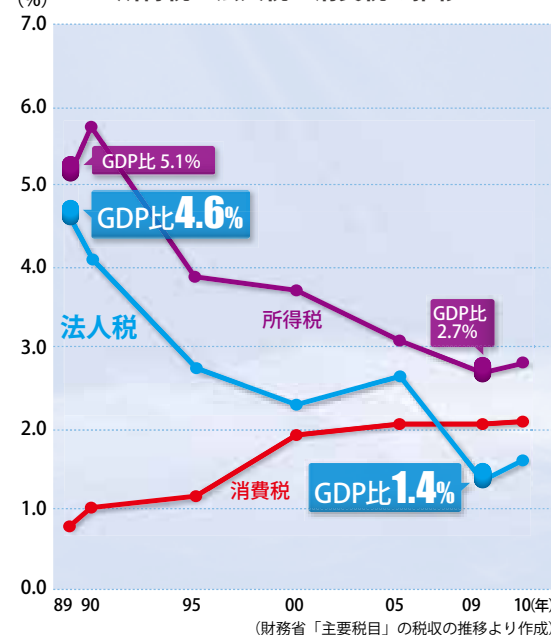


図1-④ 対国内総生産比でみた
所得税・法人税・消費税の推移



「社会保障・税一体改革」は 真っ赤な大ウソ

「社会保障・税一体改革」とは、消費税を増税するための口実、あるいは税収にあわせて社会保障支出を削減しようとするためのものです。

政府の主要3税の税収は、1990年の50兆円をピークに、以降、減少する一方で、2010年には30兆円にまで落ち込みました(図1-③)。実に20兆円、4割もの大減収です。この間、日本の国内総生産(GDP)はほとんど横ばいで、1990年の国内総生産は452兆円。2010年の国内総生産は479兆円です。国内総生産はそれほど変わらないのに、税収は4割も減っているのです。

社会保障費は高齢化だけでも自然に増えていくのですから、これでは社会保障の財源が足りなくなるのは当たり前のことです。

なぜ、こんなにも税収が減ったのでしょうか。税収が減った一番の理由は、法人税率が40%から30%に引き下げられたことです。法人税は1989年には国内総生産比で4.6%ありまし

たが、2009年には、わずか1.4%しかありません(図1-④)。3分の1まで減ってしまいました。所得税も超高額所得者が優遇され税収が激減し、国内総生産比5.1%から2.7%へとほぼ半減です。

これらの税収減は、自然現象ではありません。自公政権が進めてきた新自由主義がもたらしたもののなのです。「小さな政府」、これが彼らのスローガンでした。「政府は何もしない方がよい」「市場にまかせればよい」、むしろ「税率を減らしてやれば、企業が強くなって経済が成長する」「経済が成長すれば社会保障の心配もいらない」としてきたのです。

ところが、彼らの思惑は、見事にはずれてしまいました。経済成長は停滞し、税率を下げた分、税収は下がってしまったのです。しかも大企業は、賃金抑制と法人税率引下げで利潤を確保し、本来であれば政府の税収となるべきものが、使い道のない内部留保金となって急速に積み上げられました。

政府は、社会保障支出の増大が財政赤字の原因であるかのように言いますが、図1-⑤をみ

てください。政府の統計でも、日本の社会支出は先進国最低です。社会保障支出が大きくなりすぎて、税金が足りなくなったというのは真っ赤な大ウソであることがわかります。事実はその真逆なのです。

問題は社会保障支出が増えたことにあるのではなく、経済力があるにもかかわらずそれが税収に反映しない構造にあります。この行き詰まった税収構造を打開する方法は、富を蓄積し、担税力のある大企業や超高額所得者がその能力に応じてきちんと税金を納めるようにすることです。

ところが、「社会保障・税一体改革」と称して政府がやろうとしているのは、社会保障のためと偽って、大衆課税である消費税を増税することです。財源がないと言う一方で、法人税率をさらに5%引き下げるといっているので、まさにペテン師と呼ぶにふさわしいやり方です。これらは、民主党政権が、自公政権の新自由主義の流れを継承していることの証拠です。

2 社会保障を救済思想に後退させるもの

「社会保障・税一体改革」は、その本音を隠すために、さまざまな装飾をおこなっています。そ

の第一は、社会保障の責任を個人の責任にすり替えることです。そのためのスローガンが、「社会保障とは、まず『自助』、次に『共助』、最後に『公助』』という責任逃れです。

「どうしようもない人にだけ、最後に公が助けてあげるのだ」。こういう思想を救済思想といい、歴史では19世紀以前の社会思想とされています。この思想を繰り返し述べているのが、厚労省の「社会保障改革案」です。

経済産業省はさらに、新しい解釈を付け加えています。例えば、「医療では、公的保険の本来の機能は、予測できない疾病等により高額な医療費が発生し生活が立ち行かなくなるリスクを社会全体でプールするもの」などとしています。ここで政府が言いたいのは、「高額な医療費が発生した場合」が公的医療保険の対象なのだというわけです。そこで、次に出てくるのは高額でない医療、軽費の医療費は個人の責任だという考えです。これは医療を受ける権利を費用問題にすりかえるものです。早期発見・早期治療が医療の原則というのが国民の常識ですが、今の政府には、そんな常識すら欠如しているようです。

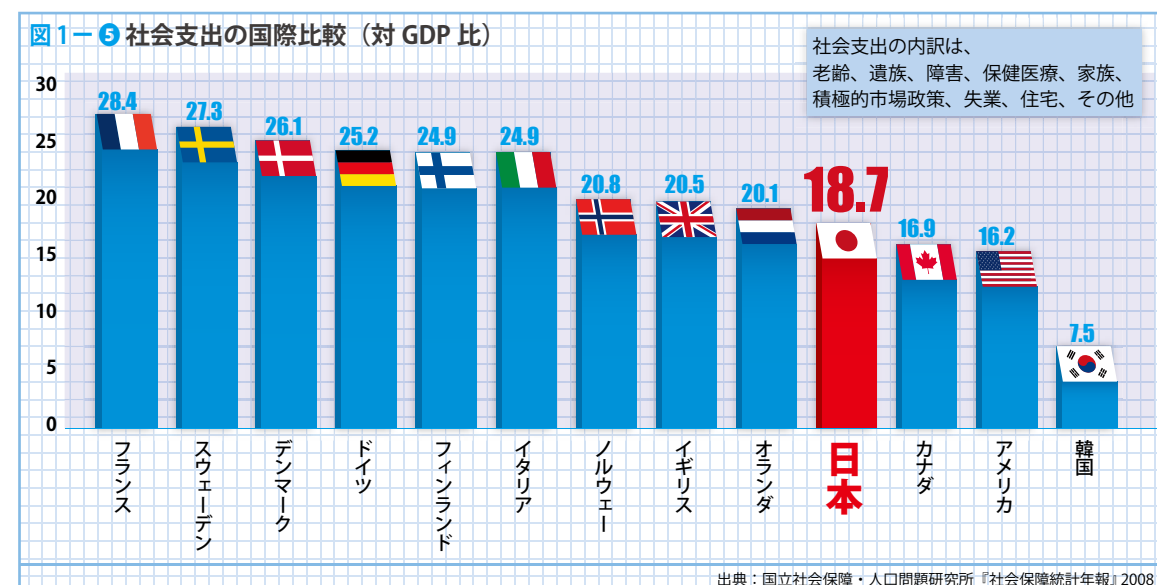
そもそも社会保障は、日本国憲法第25条に「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営

む権利を有する。国は、すべての生活部面について、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」と明記されている生存権を理念とするものです。これは国民の権利であり、国が国民に保障すべき基本的人権です。

今回の厚労省案は、国家の責任の上に成り立つべき「社会保障」を、国民一人ひとりの「助け合い」に変質させるものです。

社会保障の理念を歪曲した「重点化・効率化」の名目で患者窓口負担の上乗せ（「定額追加負担」）や消費税増税が狙われています。

患者窓口負担はもう限界なのに、さらに受診抑制に拍車をかけることになります。国民の医療を受ける権利をこれ以上制限し、「疾病の自己責任」と「受益者負担主義」を強めることは許されません。





「社会保障・税一体改革」とは？

2-1 まだ続く医療改悪

2009年総選挙で実現した政権交代に、国民は何を期待したでしょうか。何より民主党が政権公約とした「生活が第一」というスローガンの下、「社会保障費毎年2,200億円削減の撤回」「医療費のOECD平均並みへの引き上げ」「後期高齢者医療制度の廃止」といった社会保障を基盤とした国づくりではなかったでしょうか。

今、民主党政権への国民の期待は大きな失望に変わっています。社会保障の充実どころか、「社会保障・税一体改革」は、自公政権が推し進めた社会保障削減の路線とまったく変わりありません。

多くの医療関係者が期待した2010年の診療報酬改定も事実上のゼロ改定にとどめ、「医療費のOECD平均並みへの引き上げ」には遠く及びませんでした。

廃止するとしていた後期高齢者医療制度も、75歳以上を現役世代と別勘定にした国保に加入させ、医療給付費の1割を保険料で負担させる方針で、お年寄りからは「これでは、廃止どころか制度改悪だ」との声が上がっています。さらに、これまで凍結されていた70歳から74歳の窓口負担を1割から2割へ引き上げる計画で

す。これも「70歳以上の自己負担を1割」とした政権公約を反故にするものです。

自公政権時代に民間売却されることになった社会保険病院や厚生年金病院についても、政権公約では「削減しない」としていたにもかかわらず、売却を進める方針を引き継いでいます。

東日本大震災で、国民生活が困難に陥っている中、こうした改悪はやめるべきです。

しかし、政府は東日本大震災の復興財源を捻出する口実として、「財政健全化と社会保障改革の一体的遂行の必要性はむしろ増大した」とし、改悪の中止どころか、さらなる社会保障の給付減を提案しています。「社会保障・税一体改革」の成案では、医療・介護の分野では「機能強化」と「重点化・効率化」の双方を実施するとしています（表2-1①）。

表2-1①「社会保障改革に関する集中検討会議」に厚労省が出した改革案の一部

- 外来医療に定額追加負担
- 70歳～74歳の窓口負担を1割から2割に引き上げ
- 40歳未満からも介護保険料を徴収



COLUMN

窓口負担が3割以上に！—世界の常識“無料”に逆行

「医療保険が何のためにあるかといえば、自己負担を減らすためにある」

権丈善一 慶応義塾大学商学部教授

政府が発表した医療改悪の一つに、外来受診の「定額追加負担」があります。これは、すべての患者から、受診時にこれまでの窓口負担に加えて100円から200円の定額負担をさせるものです（図2-1②A）。

財務省は、100円から200円の負担増では「生ぬるい」として、「保険免責制」の導入を提案しています。「保険免責制」は2006年に経済財政諮問会議で議論されたもので、「外来診療について、かかった医療費のうち、受診1回ごとに一定額（1,000円または500円）までは自己負担とする」というものです。

5,000円の医療費がかかった場合、受診ごと1回につき1,000円の保険免責制が導入されると、（図2-1②B）のようにこれまで3割・1,500円の窓口負担が、免責1,000円と残りの4,000円の3割・1,200円の合計2,200円になります。これでは、実質4割以上の窓口負担になってしまいます。これは、公的医療を縮小させて、保険が利かない医療を拡大するもので、医療の格差を助長してしまいます。定額負担にせよ、保険免責制にせよ、病気がちな人や高齢者ほど負担が重くなる制度なのです。健康保険法でも、2002年の法改定時の附則に「将来にわたって患者負担は3割を限度とする」と明記されており、定額負担も保険免責制もどちらも、国民との約束に反するものです。

そもそも、今の「現役世代3割負担」は、世界的にみても異常に高いのです。G7の中で患者の窓口負担が実質的に無料でない国は、日本と国民皆保険制度のないアメリカだけです（表2-1③）。健保本人の窓口負担は、かつては無料でしたが、84年に1割、97年に2割、03年に3割と重くなり、受診抑制が起こっています。保険証を持っているにもかかわらず、窓口負担が払えないことを理由に、病気が悪化するまで医療機関を受診せず、亡くなるケースさえあります。

今求められているのは、窓口負担をさらに高くすることではなく、他の先進国並みに軽減し、子どもと高齢者は無料にすることです。

図2-1② 窓口負担100円の定額上乗せ

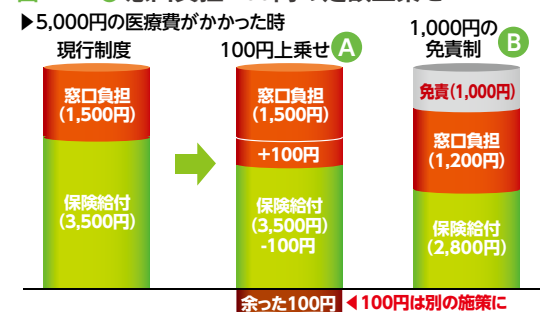


表2-1③ 世界の医療窓口負担

原則無料

 イギリス

 イタリア

 オランダ

 カナダ

 ギリシャ(入院15ドル)

 スロバキア

 スペイン

 デンマーク

 チェコ

 ハンガリー

 トルコ

 ポーランド

少額の定額制

 アイルランド(人口の35%は無料)

 アイスランド(入院は負担なし)

 スウェーデン

 ドイツ

 ポルトガル

 ノルウェー(入院負担なし)

 フィンランド(18歳未満負担なし)

 ニュージーランド(入院は負担なし)

少額の定率制

 オーストラリア(15%、入院負担なし)

 スイス(10%)

 ベルギー(10~15%、入院は少額な定額)

 フランス(3割だが補完的制度で実質的負担はほとんどない)

 ルクセンブルク(5%、入院は少額な定額)

出典:「世界の医療制度改革2004」OECD編著/明石書店2005年発行より作成

5% 2-2 「社会保障・税一体改革」とは？ また増やす消費税

政府は復興財源のために社会保障削減を行う一方、「社会保障の財源」や「復興税」と称して消費税増税を狙っています。しかし、消費税を社会保障や震災復興の財源にするのは根本的に間違っています。

政府は社会保障の財源として、2010年代半ばまでに消費税を10%に増税する方針です。また、復興の財源とするために消費税を増税し、復興後も引き下げず、「社会保障目的税」にするという計画もあります。この計画では、復興後、2015年には10%、2025年には20～25%に増税するとしています。

「社会保障にまわすなら消費税増税やむなし」の声もありますが、たとえ消費税を社会保障目的税にしたところで、他の税収が減らされるだけで、社会保障費は増えません（図2-2①）。

実際、消費税はこれまで法人税の減税の穴埋めに使われてきました。消費税が導入されて以降、国民が支払った消費税は224兆円。一方で、その間企業は法人税を208兆円減税されています。

大企業にとって消費税は「最終消費者」か「下請け企業」に転嫁されるため、負担がありません。つまり、財界は大企業の税負担や社会保険料負

担を引き下げるために、財源を大企業に負担のない消費税に置き換えてきたのです（図2-2②）。

そもそも消費税は社会保障財源として最もふさわしくありません。なぜなら、所得に関係なく一律に5%という税率で課税されるため、低所得者ほど負担が重くなるという「逆進性」を持っているからです。

しかし、「社会保障改革に関する集中検討会議」では、内閣府は「逆進性は生涯所得でみると縮小する」と述べて、消費税増税を強行しようとしています。これは、「生涯所得が多い人も少ない人もそれぞれがその生涯所得を生活している間に使い切る」との架空の前提に立ったものです。たとえ生涯所得を生活している間に使い切ると仮定しても、低所得者も高所得者も同じ税率となり、貧富の差を是正して社会を安定させるという、所得の再分配がなされません。

「所得の再分配」をめざした社会保障の財源と

図2-2① 消費税…目的税にしても税率を上げて、社会保障の財源は増えない

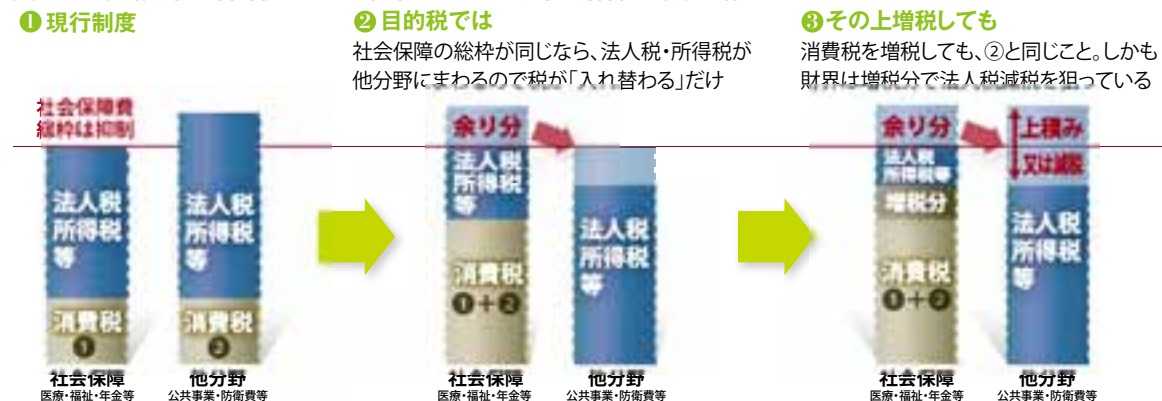
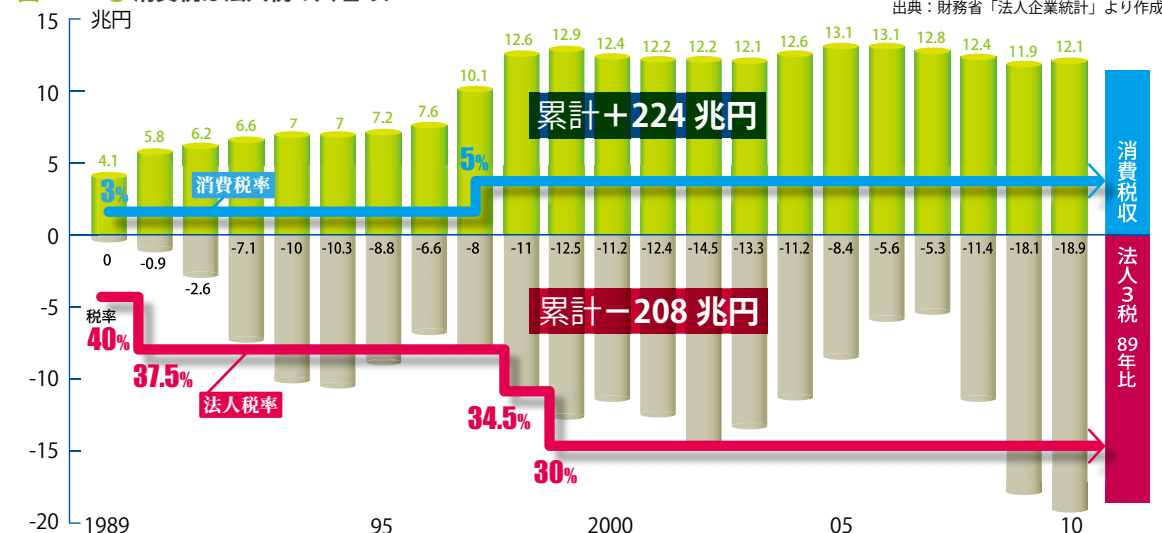


図2-2② 消費税は法人税の穴埋めに



して、「逆進性」の高い消費税は全くふさわしくないのです。

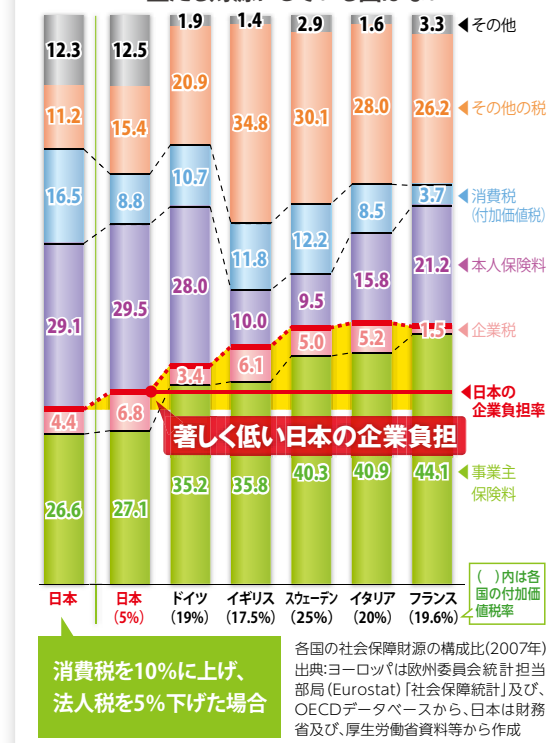
ヨーロッパの国々で社会保障が充実しているのは、日本の消費税にあたる付加価値税が高く、それを財源にしているというイメージがありますが、「社会保障負担を付加価値税と結びつけよう」という考え方は、日本以外ない（政府税制調査会専門委員会委員長の神野直彦・東京大学名誉教授）のです。ヨーロッパの国々で社会保障が充実しているのは、消費税が高いからではなく、法人税、事業主の保険料負担など大企業が応分の負担をしているためです（図2-2③）。

「ヨーロッパのように社会保障を充実させるには、消費税増税しかない」とする論理は、企業負担を軽くするために財界と政府がつくりだしたごまかしなのです。

また、消費税増税は被災者にも負担を強いることになり、復興財源として、最もふさわしくありません。震災以前から冷え切っている景気をさらに冷え込ませることになります。実際に、阪神・淡路大震災の2年後、当時の橋本内閣は、消費税を3%から5%に増税し、所得減税の廃止などと合わせて9兆円の国民負担増を強行しました。その結果、株価は暴落、大手証券会社と銀行の破たんが起り、その後の平成不況の

引き金となりました。たださえ雇用破壊や、賃金の引き下げで需要が落ち込み続ける中、震災による不安や自粛ムードにより、内需はさらに縮小しています。そこに、追いつけをかけるように消費税の増税を行えば、日本経済はさらに立ち行かなくなってしまいます。

図2-2③ 消費税を社会保障の主たる財源にしている国はない





「社会保障・税一体改革」とは？

2-3 「共通番号制」は何のため？

政府は、消費税の逆進性対策や医療、介護、保育などの自己負担に上限を設けることを口実に今年中にも「共通番号制」を導入しようとしています。本当に国民にメリットはあるのでしょうか？日本弁護士連合会も導入に警鐘を鳴らすこの制度の問題点を見ていきましょう。

1 社会保障の個人勘定化で給付削減

「共通番号制」が導入されれば、年金、医療、介護などに関する「給付と負担」に関する情報や納税に関する情報を、番号を用いて個人単位で把握できるようになります。政府や財界の狙いの一つはその情報を利用して、個人レベルで社会保障の「給付と負担のバランス」をとらせることです。「負担に応じた給付」は民間保険と同じ原理によるもので、社会保障ではありません。例えば、経団連は「財産相続時における、社会保障受給額（特に年金給付）のうち、本人以外が負担した社会保険料相当分と相続財産との間で調整を行う仕組み」の導入を提案しており、死亡時に財産が余った場合は、社会保障給付が手厚すぎたとして、遺産・相続財産から給付金を回収することも検討しています。

このような「社会保障個人会計」が導入されれば、長期疾病や難病患者、障害を抱える人たちが、負担に比べて給付が多いとの理由で、社会保障制度から排除されかねません。本来、社会保障は、基本的人権を保障する制度で、個人レベルで「給付と負担のバランス」をとるものではありません。

2 プライバシーの流出や営利企業による利用

社会保障や税に関するプライバシーは、厳重に保護されなければなりません。しかし、07年のIT戦略本部の「重点計画」では、医療機関や保

険者から医療情報、日本年金機構から年金に関する情報、地方自治体から住民基本情報、税務署から納税情報、民間金融機関から口座情報などが提供され「電子私書箱」として一括して管理される仕組みが提案されています。さらに、そうした情報にファイナンシャルプランナーや証券会社がアクセスし、資産運用をアドバイスしたり、医療機器メーカーやフィットネスクラブから健康指導などが行われるとしています。実際、生命保険協会は内閣官房に対し、共通番号制を「生命保険会社も利用できるよう」要望しています。秘匿性の極めて高い個人情報に、営利企業がアクセスできるようになることは非常に危険です。

3 政府が想定するような所得の把握は不可能

しかも、政府が導入目的の一つとしている「正確な所得把握」が「共通番号制」の導入によりできるというのは幻想です。実際に政府も、「消費者を顧客としている小売業等に係わる売上げ（事業所得）や、グローバル化が進展する中で海外資産や取引に関する情報の把握などには一定の限界があり、番号制度も万能薬ではない」と言っています。

4 公開性と信頼性のない政府が運用する「共通番号制」の恐ろしさ

政府は、「社会保障・税番号大綱」で「番号制

表2-3① 各国の番号制度

		税務	社会保障	住民登録	選挙	教育	兵役
住民登録番号	スウェーデン	○	○	○	○	○	○
	韓国	○	○	○	○	○	○
	オランダ	○	○	○			
社会保障番号	英国	○	○				
	米国	○	○		○		
税務番号	イタリア	○		○	○		○
	ドイツ	○					

出典：財務省資料

度は諸外国の多くで導入されている」と述べ、共通番号制を世界の趨勢のように描いています（表2-3①）。しかし、番号制を導入している国々では、番号制によって多くの問題が起こっています。名古屋市が出した報告書によれば、アメリカや韓国は、番号制の導入によって「他人の社会保障番号を使った『なりすまし犯罪者天国』」となっており、スウェーデンも「人口比発生率で見るとアメリカに次ぐ『なりすまし犯罪者天国』だ」と指摘されています。

また、番号制を導入しているヨーロッパの国々では、プライバシー保護や人権擁護の観点から、様々な見直しや制限が設けられています。イギリスでは、08年から「国民ID番号カード制」を導入しましたが、2010年5月には「国民IDカード制は恒常的に国民の人権を踏みにじる制度である」として廃止しています。ドイツでは、連邦憲法裁判所の判決や汎用の共通番号の導入は憲法上許されないとする議会の見解があり、行政分野共通の番号を採用していません。このようにヨーロッパでは、厳しい国民や議会、裁判所の監視のもとで、独立の第3者機関が国民等のプライバシー保護を監督してきましたし、情報公開制度も日本以上に進んでいます。これらの国々に比べて、日本にはすでに住基ネットがあるにも関わらず、第3者機関すら整備されていません。これでは、日本で共通番号制を導入した場合に心配されるプライバシー漏洩や人権侵害を本当に防ぐことはできません。

政府は、「社会保障・税番号大綱」で、「よりきめ細やかな社会保障給付の実現」や「社会保障の充実」を共通番号制導入の理由としています。確かに、スウェーデンをはじめとする北欧の国々やEU諸国では、番号制を利用して、充実した社会保障給付を行っています。それは大きな政府を前提とした政策をとっているからです。ところが、日本はこれまで見てきたように社会保障のさらなる切り捨てを進めようとしています。これでは、「共通番号制」を導入したところで、社会保障が充実するはずがありません。

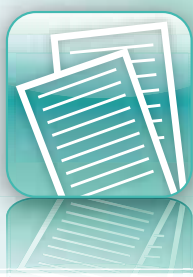
5 「共通番号制によるコスト削減」はデタラメ

政府は「共通番号制」の導入により毎年数千億円のコスト削減が行えるとしています。しかし、日本弁護士連合会によれば、その大部分は国民や行政の労力削減効果を金銭評価に置き換えたものでしかなく、実際のコスト削減効果はごくわずかです。

一方、導入のためのコストは初期費用だけで6000億円とされており、これ以外にも医療機関や金融機関など民間側のシステム開発費や、なりすまし対策や被害回復などの社会的コストがかかります。これでは、政府の主張する「共通番号制によるコスト削減」は到底見込めません。

6 政府と財界の本当の狙い

「共通番号制」の導入は、そもそも財界から出された要求です。その狙いは、「社会保障個人会計」の導入による社会保障費の抑制と、国民の個人情報を一括して手に入れて、ビジネスチャンスを広げようというものです。政府や財界の社会保障費抑制とビジネスチャンス拡大のために、個人のプライバシーをないがしろにさせてはなりません。



3

小泉構造改革よりひどい「新成長戦略」

-1 医療の市場化

社会保障・税一体改革とともに新成長戦略（2010年6月18日に閣議決定）も、小泉構造改革以上にひどい新自由主義の焼き直しです（表3-1①）。

政府は震災後の5月17日、「政策推進指針」で、新成長戦略の「再設計・最強化」を行うと発表しました。つまり、新成長戦略に盛り込まれた政策をさらに強化して推進するとしているのです。

新成長戦略では、医療の市場化につながる政策が多数掲げられています。新成長戦略を具体化するために、自公政権時代の規制制度改革会議とほぼ同じメンバーで構成された「規制・制度改革に関する分科会」の改革案では、小泉構

造改革ですら医療関係者や国民の反対でできなかった混合診療の全面解禁や医療機関の株式会社による運営に道筋をつける政策が盛り込まれています。それが、「FTAAP（アジア太平洋自由貿易圏）の構築」を目指したTPPへの参加や「ライフ・イノベーション」の一環として進めようとしている「医療ツーリズム」、株式会社の医療法人への出資解禁などです。

こうした政策がどのような問題をはらんでいるのか一つひとつ検証していきましょう。

表3-1① 小泉構造改革とうりふたつの「新成長戦略」

	小泉構造改革	民主党政権「新成長戦略」など
混合診療	「混合診療については、年内に解禁の方向で結論を出していただきたい」（2004年9月10日・経済財政諮問会議・小泉首相） 「高度医療評価制度」の導入（2008年4月）	「国内未承認又は適応外の医薬品・医療機器を保険外併用にて提供する」（2010年6月18日・新成長戦略）」
医療制度改悪	後期高齢者医療制度の創設（06年6月21日・「高齢者の医療の確保に関する法律」） 2012年度までに療養病床を38万床から15万床へ削減（06年6月14日・「医療改革法」）	●70～74歳の窓口負担を2割に。 「70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする」 ●75歳以上の高齢者を別勘定の国保に。 国保の広域化を進める。 「国保については、まず第一段階は75歳以上を都道府県単位の財政運営とし、第二段階で全年齢で都道府県単位の財政運営とする」 ●高齢者による保険料負担の仕組みは変わらず「高齢者一人ひとりに保険料負担を求める」（高齢者のための新たな医療制度等について（最終とりまとめ）・10年12月20日・高齢者医療制度改革会議） 2017年まで先送りを決めたものの、「やめるのではない。期限を6年延期するということだ」。2017年度末には当初の計画通り15万床へ削減を行う（11年5月20日・衆院厚労委員会・細川大臣）



	小泉構造改革	民主党政権「新成長戦略」など
医療費抑制	社会保障費の毎年2,200億円の削減（01年6月26日・骨太方針2001他・小泉首相）	「日本の身の丈レベルに社会保障給付を合わせる手だても必要だ」（10年1月31日・「集中検討会議」・柳沢伯夫氏）
消費税増税	「歳出をどんどん切り詰めていけば『やめてほしい』という声が出てくる。増税してもいいから必要な施策をやってくれ、という状況になるまで、歳出を徹底的にカットしないといけない」（06年6月22日・経済財政諮問会議・小泉首相）	「消費税増税を含めた国民の負担増は避けられない」（11年1月24日・施政方針演説・菅首相）
大企業減税	・連結納税制度の創設で7,980億円 ・株式配当・譲渡益などの減税で4,000億円 ・土地取引関係の減税で3,653億円 ・欠損金の繰越期間延長で1,270億円 ・相続税・贈与税の税率引き下げで1,230億円（01年から06年までの5年間で税制改革による）	野田佳彦財務相と玄葉光一郎国家戦略担当相との会談で法人税の5%引き下げを指示。（10年12月24日・菅首相）
自由貿易	「EPA交渉の加速、農業改革の強化」（07年5月8日・経済財政諮問会議「EPA・農業ワーキンググループ第一次報告」）	「TPP（環太平洋パートナーシップ協定）は、米国をはじめとする関係国と協議を続け、ことし6月を目途に、交渉参加について結論を出します」（11年1月24日・施政方針演説・菅首相）



3-2 TPPは医療を減ぼす

小泉構造改革よりひどい「新成長戦略」

政府は新成長戦略の中で「アジア太平洋自由貿易圏 (FTAAP) を構築」する前段として「環太平洋パートナーシップ協定 (TPP)」参加に意欲を示しています。TPPとは、すべての貿易品目の関税撤廃を行うだけでなく、サービスや人の移動に関する各国の規制 (非関税障壁) も自由化する貿易協定です。

TPP参加の問題点として、農業の市場開放が進められ、農業の盛んな被災地の復興がより困難になってしまうことが指摘されています。

震災と TPP で日本の農業は壊滅

菅首相は「第3の開国が必要だ」と TPP 参加を推進していました。

しかし、日本の関税率は3.3%と、全品目で、アメリカの3.9%、EUの4.4%、韓国の8.9%よりもすでに低率です (図3-2①)。

また、農林水産省の試算によれば、TPPに参加すれば、日本の自給率は現在の40%から13%に低下し、それぞれ農業は4兆1,000億円、林業は500億円、水産業は4,200億円の生産額が減少するといわれています。

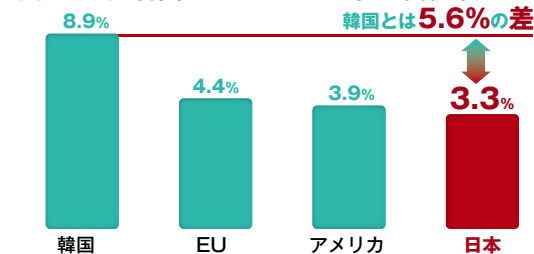
日本の農業の中心地である東北地方が、震災による大きな被害を受けました。津波による水田の塩害、施設の流出、用水設備や灌漑設備の破損、福島第一原発事故による、作付け制限や出荷制限など、全体で8,500億円の被害額だといわれています。このまま、TPPに参加すれば被災地の農業は壊滅します。

農業だけではなく、医療も市場開放が狙われています。「TPPへの参加によって、日本の医療に市場原理主義が持ち込まれ、最終的には国民皆保険の崩壊につながりかねない面もあると懸念される」(日本医師会「医療における規制改革とTPP」)のです。TPP参加により、日本が世界に誇るべき「いつでも、どこでも、安心して」医療が受けられる国民皆保険制度が崩壊しかねません。

第一の危惧として、お金のあななしで受けら

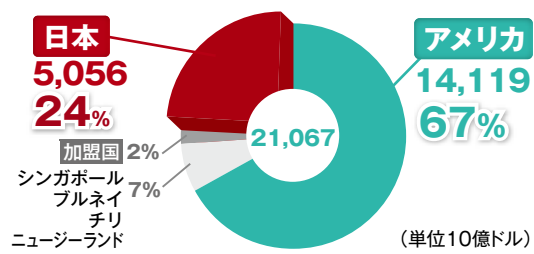
れる医療に差がつく混合診療の全面解禁が狙われます。具体例として、韓国で起きている事態があります。韓国はTPPの2カ国版であるFTAを米国との間で締結しました。その中に「Non-Violation Complaint (非違反申し立て)」といわれる条項があります。これは、米国企業が期待した利益を得られなかった場合、韓国がFTAに違反していなくても、米国が韓国を提訴できる条項です。韓国では、専門家から、「米の民間医療保険会社が『韓国の公共制度である国民医

図3-2① 各国に比べ、すでに低い関税率



出典:「世界各国の関税率」日本貿易振興機構より作成

図3-2② TPP 参加表明国+日本の実績 GDP



出典:「主要経済指標」外務省より作成

療保険のせいで営業がうまくいかない』として、米国政府に対し韓国を提訴するよう求める可能性がある」と大きな懸念が示されています。日本も TPP に参加することになれば、米国の保険会社などの意向を受けたアメリカ政府からの圧力は強まり、医療費抑制を狙う政府もその圧力を利用して、公的保険を縮小し、公的保険と自費診療の併用を認める混合診療の全面解禁に踏み切ることが想像に難しくありません。

第二に、日本から医師がいなくなり、現状でも深刻な医師不足・医療過疎に拍車がかかります。TPPでは、「人の移動の自由化」も求められます。すでにEPA (経済連携協定) を締結したフィリピン、インドネシアからは看護師、介護士の一部受け入れが進められていますが、TPPでは医師も対象となってくる可能性があります。実際にEPAを締結したインドからは、日本政府へ「医師、歯科医師などの資格相互承認 (クロスライセンス)」が要望されています。

もし、TPP参加諸国との間で医師免許のクロスライセンスが認められれば、日本の医師の海外流出が起こる可能性があります。イギリスでは、英連邦諸国やEU内でのクロスライセンスが認められているため、医療費抑制を図ったサッチャー政権以来2000年までの間、医師が労働環境の悪さからカナダやオーストラリアに流出したと言われています。日本でも、医師の国際的に見て低い報酬や過労死水準を超えているといわれる劣悪な労働環境を考えれば、医師の海外流出が起こることは十分に考えられます。

一方、日本より賃金水準の低いアジア各国からは医師が流入することになるとは思われますが、各国の医学教育の内容には違いがあり、日本の



医療水準が維持できるのかどうか不透明です。

皆保険制度を崩壊させかねない TPP 参加は誰のために進められているのでしょうか。それは財界と米国のためです。大企業は、TPP参加によって輸入関税なしに原材料を安く調達し、安い労働力で加工を行い、関税を上乗せすることなく多くの製品を輸出・販売し、利益を最大化することを狙っています。米国もさらなる日本の市場開放のために TPP を利用しようとしています。現在交渉に参加している9カ国と日本が、実際に TPP に参加すると、参加国の GDP 総計に占める各国の割合はアメリカが67%、日本が24% (図3-2②) となります。つまり、アメリカは日本とともに TPP に参加することによって、事実上の日米間の自由貿易協定を結ぼうとしているのです。



3-3 小泉構造改革よりひどい「新成長戦略」 医療ツーリズムの目的地は さらなる医療崩壊

「新成長戦略」では、「アジア等で急増する医療ニーズに対し、…日本の医療の強みを提供」しています。これは、海外から患者を国内の医療機関に招いて治療を行う「医療ツーリズム」や、日本の医師や病院、医療機器をパッケージでの輸出を行うということです(図3-3①、図3-3②)。具体的には、「医療滞在ビザ」の設置、外国人医師・看護師による国内診療、外国人患者の受け入れに資する医療機関の認証制度の創設、海外プロモーションや医療言語人材の育成、アジア諸国などの医療機関等との連携を行うとしています。すでに、「医療滞在ビザ」については2011年1月に設置されました。

図3-3① 2008年の医療ツーリストは全世界で600万人程度？

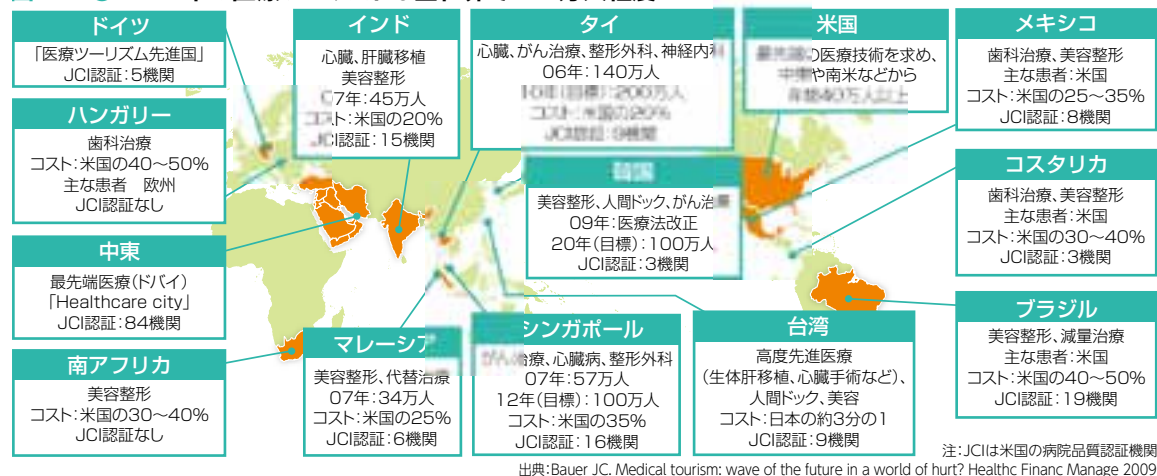


図3-3② アジアで治療を受けるとそんなに安い？

サービス 内容	米国 (1000ドル)	米国=100とした指数					
		米国	日本	韓国	タイ	シンガ ポール	インド
心臓バイパス手術	170	100	25	21	13	8	9
心臓バイパス手術	144	100	22	17	17	9	6
股関節手術	50	100	43	33	28	22	16
膝関節手術	50	100	21	36	24	22	14
子宮摘出手術	15	100	18	60	33	27	37
健診・検診	1	100	85	89	19	47	5

出典:Carabell L. A medical tourism primer for U.S. physicians. J Med Pract Manage 2008

医療ツーリズムは国民皆保険制度の破壊につながりかねません。

第一に、混合診療全面解禁のきっかけになります。日本に医療ツーリズムでやってくる外国人は、当然、自費診療となります。海外の富裕層が、「金に糸目を付けず」日本の医療資源

を日本人よりも先に利用できるようになってしまえば、日本人のお金持ちも高額でもよいから自費で治療を受ける人が出てくると予想されます。大金持ちは、外国人と同じように完全な自費診療でも問題ありませんが、一般の人からは、「治療などについては自費でもよいが、せめて入院などは保険を利用したい」という人々が現れることでしょう。こうした要望が、混合診療の全面解禁に結びつくのです。もし、混合診療が全面解禁されてしまえば、低所得者層は必要な医療であっても、自費の部分を支払えず受けられなくなってしまうのです。

第二に、国内の地域医療がさらに荒廃しかねません。海外の富裕層を対象にした「医療ツーリズム」のために国内の医療資源が割かれ



れば、医師不足や医療過疎などの医療崩壊がますます進行していきます。世界では、海外の富裕層を呼び込みたい病院のために、JCI (Joint Commission International) という国際的な審査機関が病院のランク付けを行っています。海外の富裕層を集めるために、病院のランクを上げ

ようと思えば、高い技術を持った医師・医療スタッフ、高機能の病院施設が必要です。一部の医療ツーリズムに積極的な大病院のみが、高い賃金で人材や医療機器を集めれば、地域の医療体制はより乏しいものになってしまうでしょう。

実際に「医療ツーリズム」を推進したタイでは、JCI認証病院だけが医療資源を独占するという事態が起きています。そうした病院では、一般的な病院の5倍以上の報酬を払って、海外に留学して最新の医療を学んだ医師を大量に雇用し設備も最新のものをそろえて、外国人や富裕層に対しては非常に手厚い医療を提供していますが、一般国民は、あまりにも高額のためアクセスできません。一方、一般の国民向けの病院では、設備もスタッフも確保できず、医療の質の低下、医師不足等深刻な困難に陥っているといわれています。

第三に、大きな倫理問題をはらむ「移植ツーリズム」が進められます。「医療ツーリズム」の一環として、海外からレシピエント（移植を受ける患者）やドナー（臓器提供者）を招き臓器移植を行う「移植ツーリズム」も計画されています。神戸市では、市が推進する「医療産業都市構想」の一環として、海外から患者を呼び生体肝移植を進める計画が進行しています。生体肝移植は、健康な人の体にメスをいれる医療行為であり、医療界でも、倫理的な問題を指摘する声は少なくありません。実際に、2003年には日本でも肝臓の一部を提供したドナーの死亡例が報告されており、日本移植学会倫理指針でも、「(生体臓器移植は) 健康であるドナーに侵襲を及ぼすような医療行為であり、…本来望ましくない」と規定されています。政府が進める医療ツーリズムの一翼を、生体臓器移植が担う

ことになってもよいのか、慎重な対応が求められています。

また、臓器売買の可能性も否定できません。2008年に国際移植学会が採択した「臓器取引と移植ツーリズムに関するイスタンブール宣言」では「弱者、貧困層ドナーをターゲットとした移植商業主義は公正、正義、人間の尊厳を踏みにじるために禁止すべきである」としています。2009年のWHO総会でも、臓器移植手術を受けるための海外渡航を原則禁止する決議が採択されました。国境を越える移植医療を禁止するというのが、世界の流れなのです。

京都大学附属病院では2004年に肝臓提供者として来日したパキスタン人が「レシピエントのいところを名乗ってドナーになれば金をもらえることになっていた」と証言しており、日本の医療機関も臓器売買の舞台になる危険性があります。



3

小泉構造改革よりひどい「新成長戦略」

-4

混合診療の全面解禁

政府の新成長戦略に盛り込まれたTPPや医療ツーリズムは、混合診療全面解禁に道を開くものです。日本の健康保険法は、必要な医療を保険で提供することこそ前提にしており、一連の医療行為の中で「保険診療」と「自由診療」を混在させる「混合診療」を禁止しています。では、混合診療解禁は国民が受ける医療にどのような影響を与えるのでしょうか。

混合診療の一番の問題は、経済力によって受けられる医療に差が出ることです。混合診療は、保険給付と自由診療を組み合わせるもので、たとえ診療の基礎部分が保険給付されたとしても、保険外である自由診療の医療技術や薬の価格は一切規制されません。そのため、そうした医療技術や薬に法外な値段がつくことが予想されます。経済力のある人や、民間保険で備えようという人でも、それがどの程度の財力か、掛け金なのかによって、受けられる医療に格差がつけられてしまいます。

第二に、いったん混合診療が解禁されれば、保険給付の範囲がどんどん縮小され、必要な医療が公的保険で受けられなくなる危険性があります(図3-4①)。日本の医療は平等性において世界トップクラスの評価を受けてきましたが、混合診療解禁はこの評価を投げ捨てて、まさに「命の沙汰も金次第」という状況を生み出すこと

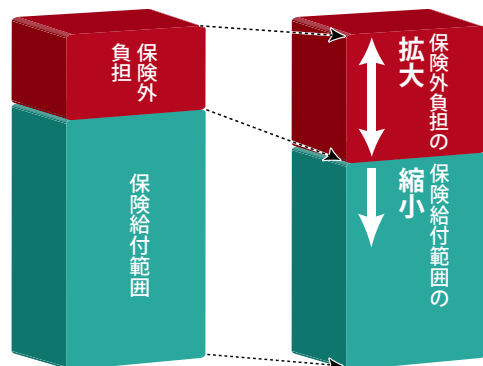
にほかなりません。

第三に、混合診療が医療の安全性を掘り崩すことも明らかになっています。神戸市の先端医療振興財団の福島雅典・臨床研究情報センター長(京大名誉教授)は、「(混合診療を解禁すれば)到底医療とは思えない民間療法が次から次に入ってくる危険性がある」とし、「厳格な臨床試験を経て診療報酬点数に載ったものが保険診療として行われるという、これまでの危機回避のメカニズムが崩壊してしまう」と警鐘を鳴らしています。

混合診療の全面解禁のメリットとして、保険で認められていない新しい医療技術や薬の例を持ち出し「混合診療が解禁されれば、これらが使えるようになり、患者の選択肢が広がる」などと盛んに宣伝されています。しかし、新技術や新薬が公的保険に早期収載されないことが問題の本質であり、ドラッグラグやデバイスラグの解消をはかれれば、混合診療は不要です。むしろ混合診療によって、保険給付の範囲がどんどん縮小され、公的保険では必要な医療まで受けられなくなれば、患者の選択肢を広げどころか、逆に今よりも選択の幅は狭まってしまいます。

混合診療の全面解禁を推進しているのは、またもや日米財界なのです。彼らの目的は患者の選択肢を広げることではなく、公的医療保険で扱うべき医療の範囲を縮小し、その分を自由診療に移し替えて儲けの対象にすることです。

図3-4① 混合診療が解禁されると…





3-5 小泉構造改革よりひどい「新成長戦略」 PFIと株式会社の参入

東日本大震災の甚大な被害を受けた地域では、医療機関の復旧が早急に求められていますが、ここにも復興につけこんで営利企業が参入をはかろうとしています。そのてこが「PFI方式」です。

PFI（民間資金を活用した社会資本整備）とは、民間の資金や経営ノウハウを活用して公共施設などの社会資本を整備する手法です。当時、オリックス・グループの宮内義彦会長が議長を務めた政府の「規制改革・民間開放推進会議」が提言し、小泉政権下で2004年に設けられました。

政府は、震災復興のためにこのPFIをさらに活用しようとしています。しかし、実際にはPFIを導入した病院では、参入した企業は大きな利益を得ながらも、病院本体の赤字は改善されず、契約解除にいたる例が相次いでいます。結局、赤字を理由に契約解除しても、その赤字は自治体のものとして住民に重くのしかかります（表3-5①）。

被災地での、医療機関の再建は被災者の生活再建の要です。一部の大企業の儲けのために、住民の負担を増やしてはなりません。

さらに、医療を儲けの対象にする方策はPFIだけではありません。医療機関経営への株式会社の参入も狙われています。

アメリカや日本の大企業は日本の医療を市場化することによってビジネスチャンスを広げたいと考えています。混合診療が解禁されて、株式会社による医療機関運営が認められれば、アメリカや日本の営利企業が日本の医療市場に参入してきます。彼らは日本の医療市場で、「公的保険部分」で一定の売り上げを確保しつつ、「自由診療部分」で未承認の医薬品や医療機器を法外な値段で患者に使い、利益を上げようとするでしょう。ただ、値段があまりにも高ければ、一般の患者は利用することができず、大きな需要が生まれません。そこで、日米の民間保険会社が、一般の人向けに現在よりも大規模に民間医療保険を売り出すことになります。ここにもビジネスチャンスが生まれるのです。

混合診療の全面解禁、PFI方式導入、株式会社による医療機関経営は、日米の大資本だけが儲けを得る一方で、現在の国民皆保険制度を破壊し、国民の命と健康を危険にさらすもので、震災復興とは相容れません。

1月の行政刷新会議の規制・制度改革に関する分科会では「医療法人の再生支援・合併における諸規制の見直し」として、「持分のある医療法人」について、「一定の要件を満たした再生事例」である場合に限りという条件付きですが、営利法人の役職員が医療法人の役員として参画することや、譲受法人への剰余金配当等を認めることが議論されました。未だ営利法人による医療機関運営は認められていませんが、条件付きでの配当や営利法人から医療法人への役員派遣などは、最終的に営利企業による医療機関運営に道を開くものです。

政府が医療に民間企業を参入させようとする背景には、医療を儲けの対象としようとしている営利企業の思惑があります。今の段階では、企業が医療分野に参入しても低診療報酬のため、儲かりません。そこで、企業は「公的保険」で十分な採算はとれなくても「自由診療部分」で儲けることができるように混合診療の全面解禁を望んでいるのです。



表3-5① 失敗するPFI導入

2006年10月開院 滋賀県立近江八幡 総合医療センター	導入前は 30年間黒字経営 導入後 24億円の赤字
結果 市は「行政上の失敗」として2009年3月末で契約を解除しています。	
2005年3月開院 高知医療センター	導入後 年間8億円の赤字
結果 契約解除にいたりました。	

高知県内の公立病院の元職員は「公立病院の医療本体はどうしても赤字になりがちで、給食や検査、清掃、薬品調達などサービス部門で少しでも黒字にし、赤字幅を圧縮しようとする。しかし、医療センターではそうした利益の出る部門を企業に丸投げしたため、PFIに参入した企業だけが利益を得て、県民には負担」と指摘しています。

神戸市では
中央市民病院へのPFI方式の導入について市議会では

Question PFI方式では、民間企業が経営効率を追求するあまり、医療担当者の人件費や医療行為に使う材料費を削ってしまい、本来あるべき自治体病院の姿勢がなくなるのでは？

Answer 経営を重視しすぎると、やはりサービス面での低下はある程度やむをえない。

株式会社の参入はなぜ問題なのか？ 日本の医療の非営利・公益性

日本の医療機関は「人の命と健康にかかわる医療の公益性」を、極めて厳格に位置づけられた法律により、医療を営利の対象とすることを禁じられています。医師法・歯科医師法の第1条は「医師は、医療及び保健指導を掌ることによつて公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする」として、医師を憲法25条の生存権保障の担い手であると規定しています。また、国民皆保険の確立により、医療は社会保障として、政府の財政支出で担われるようになりました。つまり国は「社会保障としての医療」を国民に提供することを医師に負託しているのです。そして、医療機関の開設、管理は医師のみに許可することで、実質的に医療の公益性を担保しているのです。

医療に非営利・公益性を求めるのは、すべての国民が「いつでも」「どこでも」最適な医療を受けられるようにするためです。そのため、医師には診療の求めに応じる義務が課せられています。たとえ、支払い能力に欠ける患者であっても、診療を拒否することはできません。しかし、株式企業が医療機関を運営することになれば、株主の利益を最大化することが企業の目的なので、支払い能力のない患者に医療を提供しなくなります。

実際に、営利目的の医療機関が多数存在するアメリカでは、コストを抑えるための合理化や競合する医療機関を潰して、地域の医療提供を独占し、高額な医療費を患者に請求するなどの、弊害があるといわれています。



「創造的復興」で被災者の生活は再建されるか？

4-1 “命のとりで”医療機関の再建に国は責任を

大震災に見舞われた東北地方は、以前から医師不足、医療過疎の地域であり、医療の再建はかなりの困難が予想されます。医療過疎となっている一因には、これまで政府が地方の医療を支える公立病院を統廃合してきた経緯があります。今回、被災した地域でも多くの公立病院が統廃合されてきました。

岩手県立釜石病院と釜石市立釜石市民病院の合併（07年）では、250床が削減され、県立大槌病院は病床が半分に。宮城県でも大幅な病床削減がすすめられ、登米市では、市内の4病院3診療所体制を3病院4診療所体制へ統合（11年4月めど）する計画が進められてきました。福島県では、県立2病院の統合で約130床削減の計画が進んでいました（図4-1①）。

この背景には、旧自公政権の下で総務省がまとめた「公立病院改革ガイドライン」があります。

自公政権は社会保障費を削減するために診療

報酬のマイナス改定とともに、医師数の抑制を行いました。こうした政策によって、全国の公立病院の経営は悪化したのです。「公立病院改革ガイドライン」は、この経営悪化を理由に、経営の「効率化」、病院の再編・ネットワーク化、民営化や売却も含む経営形態の見直しを自治体に迫るものです。

政権交代後も、民主党政権は「公立病院改革ガイドライン」による公立病院の統廃合や病床削減を継続し、「事業仕分け」では、国立病院や労災病院に事業縮小を求める方向を出すなど公

的医療機関の切り捨てを続けています。

さらに震災後、被災地に120億円ずつ地域医療再生臨時特例交付金を交付するとしていますが、申請が50億円を超える場合は10%以上の病床削減、80億円を超える場合は病院の統合再編を義務づけています。これでは被災地の医療体制の復興はできません。

今回の東日本大震災でも明らかになったように、住民の命の砦となるべき公的病院が日本各地で統廃合されてきたことは大きな問題です。今からでも、政府はこれまでの公立病院つぶしをやめて、公立病院の運営を国として支える必要があります。そうしなければ、今後も震災関連死が増加してしまいますし、なにより今後同じような災害があったときにも、多くの命を救うことができません。

同時に、被災した民間医療機関も、献身的な医療活動で多くの被災者を救いました。今も震災関連死を防ぐために懸命の努力を行っています。しかし、宮城県医師会の調査では、沿岸部の186の医療機関が全・半壊し、2カ月を経ても、35医療機関が診療を再開できていないといっています。多くの医療機関が、再開のためには「公的な『補助・助成』が不可欠だ」としています。政府は、被災地の医療供給体制復旧のために、公立・民間、診療科の分け隔てなく、十分な国庫補助を行うべきです。

また、2012年の診療報酬改定では、今回の震災で被災地はもちろん、全国の医療機関が果たした役割を評価し、普段から災害に備えて余裕のある医療体制を構築するため、診療報酬の大幅改善を行うべきです。

図4-1① すすむ病院統廃合・病床削減

岩手県	2004年	県立高田病院第一病棟産婦人科等	休止
	2007年	県立釜石病院(272床) 釜石市立釜石市民病院(250床)	県立釜石病院 272床に「統合」
	2009年	県立病院の5付属診療所(地域診療センター 95床)	病床休止
	2010年	県立磐井病院花泉地域診療センター(一関市)	民間移管
		総合水沢病院 一般病床(178床) 精神病床(53床)	145床に削減 廃止
		県立大槌病院(121床)	60床に削減
宮城県	2008年	石巻市立牝鹿病院 一般病床(40床)	25床に削減
		塩釜市立病院 一般病床(161床)	123床に削減
	2009年	南三陸町 公立志津川病院(140床)	126床に削減
	2011年 予定	大崎市民病院鳴子温泉分院(170床)	140床に削減
		同岩出山分院(95床)	40床に削減
		登米市 佐沼病院(300床)	228床に削減
		よねやま病院(53床)	よねやま診療所(5床)





「創造的復興」で被災者の生活は再建されるか？

4-2 大企業のための「特区」ではなく、被災者全員の生活・医療保障を

これまで見てきたように、政府は震災復興にあたって、国民には復興財源の捻出を理由に消費税増税と社会保障給付の削減で負担を押し付ける一方で、大企業には復興を口実にしたビジネスチャンスの拡大を約束しています。PFIによる公立病院の再建はその最たるものです。他にも多くのビジネスチャンスや大企業優遇を進める復興計画が進んでいます。

マスコミや政府、財界はしきりに「復旧」ではなく、「創造的復興」が必要だといっています。しかし、95年に起きた阪神・淡路大震災の復興の軌跡を見れば、「創造的復興」とは、大企業向け的大型公共事業と、さまざまな大企業優遇制度、規制緩和を意味していることは明らかです。

阪神・淡路大震災の後の「創造的復興」で行われたのは神戸空港、淡路交流の翼港、被災地域での高層住宅の建設などです。復興事業費約16兆3千億円のうち半分以上の約8兆3千億円が、これらの事業に充てられました。「創造的復興」は大手ゼネコンの儲けにはなりましたが、被災地の市民生活の復興には役に立っていません。

また、外資系企業や国内大企業を呼び込むた

めの事業も「創造的復興」の名目で行われました。神戸市は震災から3年後の98年、「神戸医療産業都市構想」を発表しました。

この計画のなかでは、企業が進出する際の土地購入価格や賃貸料の割引、税金の優遇だけでなく、補助金も用意されました。しかし、実際にはインセンティブのある期間だけ進出し、それ以降は撤退をするという企業が相次ぎ、経済的復興には程遠い状況です。今回も福島県に「原子力災害」からの復興対策として「医療産業特区」を設ける計画が進んでいます。

一方で、阪神・淡路大震災から15年を迎えた2010年に共同通信社が神戸市の被災者100人に実施したアンケートでは、29%が被災地は「復

生活復興のための6提案 — 阪神・淡路大震災を教訓に

1. 全壊でも 300 万円にとどまっている被災者生活再建支援法の支援額の抜本的引き上げとともに、支給対象を、一部損壊や店舗（生業施設）の被害などにも拡大すること。
2. 公的病院を再建し存続・充実させるとともに、民間の医療機関や介護福祉施設の再建にも公的な支援を行うこと。
3. 被災者の医療費の窓口負担、保険料免除の延長を行うこと。
4. 希望する住民全員が入居できる仮設住宅を早期に建設すること。
5. 復興は上からの押し付けでなく、住民合意でつくった地域の実情に即した計画を尊重すること。
6. 雇用保険の失業給付や雇用調整助成金の大幅延長や対象の拡大、大企業に下請けや関連会社を含めた雇用を確保する社会的責任を果たさせること。



興していない」と回答しています。「復興していない」とした人の中では、「商店街など街の活気」や「経済や雇用環境」が復興していないと答えた人が多数でした。結局、多額の費用を使って、大型公共事業で町を整備しても、東京に本社を持つゼネコンの儲けとなり、地域の経済は復興しません。

神戸市は、神戸空港の利用者は06年の開港時で年間340万人、10年度は、420万人と予測。その波及効果を3,600億円の所得増加、約2万7千人の雇用増加とし、建設を強行しました。しかし、実際には、10年度の利用者は222万人と予測の半分で、完全な赤字空港となっていました。所得増加、雇用増加については、神戸市は公表すらしていません。

今必要なのは、医療をはじめ社会保障を充実することで、被災者はじめ疲弊した国民各層の生活を再建する政策なのです。3.11以降の日本が進むべき道は、安心・安全な社会を保障する、まさに社会保障を基盤とした国づくりなのです。

創造的復興の第2の象徴は、被災地域である長田区の再開発事業です。木造の住宅兼用の商店と中小の工場が並んでいた地域に、高層ビルを何十棟も建てており、現在も建設が続いていますが、高層ビルの商店区画には全く商店が入居せず、シャッター通りとなっています。昔のように、お年寄りが気軽に歩いて買い物ができる町として再生しませんでした。



5

社会保障の充実と震災復興の財源は、大企業の社会的責任で

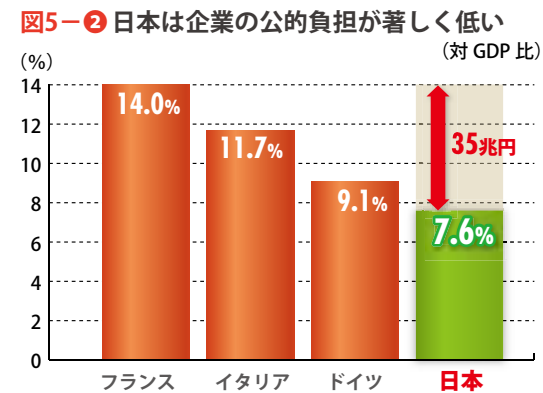
社会保障の充実と震災復興には、多くの財源が必要ですが、それを捻出することは、大企業に社会的責任を果たさせることで十分可能です。ヨーロッパ並みに大企業の負担を増やせば35兆円、税制を98年以前に戻すだけでも8.2兆円の新たな財源が生み出されます。

震災復興のためには、緊急的に大規模な財源が必要となりますが、たとえば、従来の国債とは別枠で「復興国債」を発行し、大企業に引き受けさせ、大企業の法人税負担や社会保険料負担を増やして償還すれば問題ありません。

大企業には、震災復興や社会保障充実のための財源を賄うだけの有り余る体力があります。大企業はリーマンショック以来の「異常円高」を利用して、海外展開を進め、外需に依存して急速に収益を改善してきました。2010年1～3月期の経常利益は、リーマンショック以前の水準を7,200億円上回っています。そうした中、増大しているのが内部留保です(図5-①)。この内部留保は、いわば「使い道のないお金」です。日経新聞によれば、大企業の内部留保の一部である現預金と短期保有の有価証券を合計した手元資金は2011年の3月末で63兆円と、00年3月期以降で過去最高を記録しています。

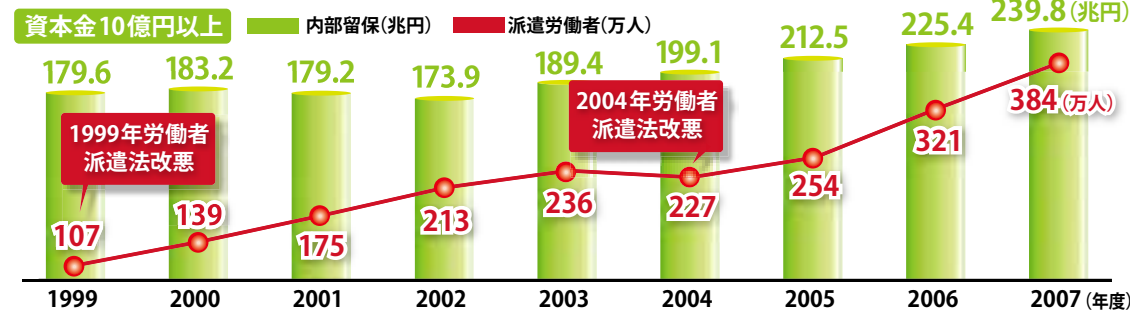
これは正社員を非正規雇用に切り替えたり、正社員の給与を引き下げて、人件費を削減することによって生まれた、行き過ぎたため込みです。

また、日本では、企業の税・社会保険料負担が他の先進国に比べ低いのです(図5-②)。企業が他の先進諸国並みに税金や社会保険料を負担すれば、消費税増税など行わなくてもフランス並みで年間



出典：経済産業省「経済社会の持続的発展のために企業税制改革に関する研究会」2005年8月

図5-① 大企業の内部留保と派遣労働者の推移



出典：財務省「法人企業統計」／厚生労働省「労働者派遣事業の事業報告集計結果」

35兆円の新たな財源が確保できます。

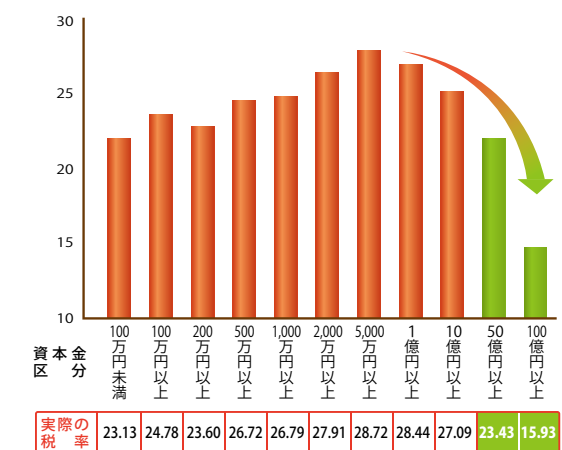
社会保障充実や震災復興のための財源は、国際的に見ても負担の軽い大企業こそ負担すべきなのです。国会でも、野田佳彦財務相も「大企業の手元現金預金が相当あるというのはその通りだ」と認めています。

にもかかわらず、震災前から政府は法人税が高すぎると、法人税引き下げを打ち出す一方で、庶民には消費税増税を押しつけようとしているのです。

日本の法人3税の法定実効税率は40.69%と表向き高く見えます。しかし、この税率には課税ベースを縮小させることなどによる減税は含まれていません。「課税ベースの縮小」とは、通常の経費以外に様々な理由をつけて利潤の一部を特別に非課税にすることです。企業が納める実質的な税額は「課税ベース」×「税率」で決まります。この「課税ベース」が極めて狭いため、法人税額の所得金額に対する割合は08年で25.3%でしかありません。その上、資本金100億円以上の大企業の税負担はわずか10数%と、極めて軽く、中小企業は割高になっているという問題もあります(図5-③)。現在の法人税制が大企業のみを対象とした優遇税制となっているからです。

実際に政府の税制調査会では、法人税率の5%引き下げに伴う減収に対して、これまでの大企業

図5-③ 巨大企業ほど軽くなる法人税負担
企業規模別の実際の法人税負担率の現状



出典：10年11月1日付け漁火新聞第208号 富岡幸雄氏による

図5-④ 政府税調が検討した優遇税制廃止案
総額4兆5千億円

特別償却・割増償却(20措置)の廃止・縮減	1,200～1,400億円
準備金(13措置)の廃止・縮減	3,300億円
研究開発税制の大幅縮減(重点化)	2,700～5,100億円
特定事業用資産の買換え特例の廃止・縮減	700～900億円
減価償却制度の抜本的見直し	6,000～8,000億円
貸倒引当金・返品調整引当金の廃止・縮減	2,000～2,500億円
欠損金の繰越控除の制限	4,000～5,000億円
受取配当の益金不算入制度の見直し	1,500～1,700億円
一般寄付金の損金不算入制度の廃止・縮減	200～300億円
揮発油税・石油石炭税のナフサ免税の見直し	16,800～17,200億円
合計	38,400～45,400億円

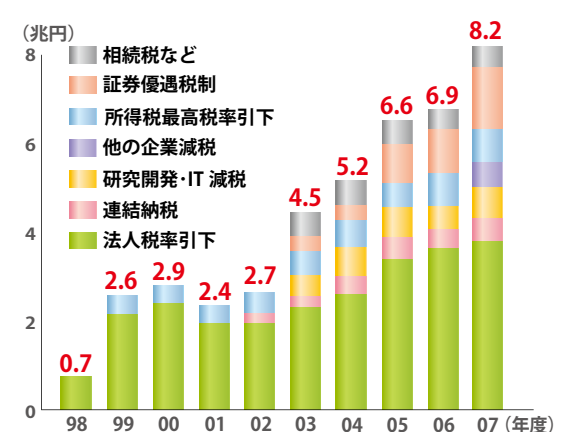
平成22年度第7回税制調査会(11月4日)資料一覧より作成

優遇税制の一部廃止と課税ベースの拡大で、最低でも3兆8,400億円を賄うことができると議論しています(図5-④)。

また、所得税の最高税率の引き下げや証券優遇税制、相続税率の引き下げなど大資産家への優遇税制もこの間、数兆円規模に上っています。こうした大企業と大資産家への優遇税制を廃止し、98年以前の税制にもどして体力のある大企業に応分の負担をさせれば、8.2兆円の財源が新たに生まれます(図5-⑤)。

震災の復興のためには、これまでに賃金を切り下げられてきた国民に消費税増税という形で負担させるのではなく、空前の利益を上げ続けてきた大企業の「使い道のないカネ」を使うべきです。

図5-⑤ 98年以降の大企業・大資産家への減税



※98年以降の10年間にわたる大企業・大資産家への減税の各年における効果(国税庁の統計データなどから算出(一部、見込み額を含む))
出典：「議会と自治体」NO.136「今月のデータファイル2009.8」

わたしたちの 日本再建10カ条

1. 震災を口実にした医療改悪を許しません。医療費の抜本的な拡充を求め、新しい高齢者医療制度、定額負担上乘せ、保険免責制導入に反対します。
2. 被災者を苦しめ、さらに景気を悪化させる「不公平な」消費税増税に反対します。
3. 社会保障費抑制とプライバシーの漏洩の危険性が大きい「共通番号制」に反対します。
4. 日本の農業だけでなく、医療を壊すTPPに反対します。
5. 医療の市場化をすすめ、日本の医療を荒廃させる医療ツーリズムに反対します。
6. 混合診療の全面解禁、株式会社による医療機関経営に反対します。
7. 医療を儲けの対象にするPFIなど市場化に反対します。
8. “命の砦”医療機関の再建のため、公立病院の統廃合をやめ、診療報酬の大幅改善を。
9. 大企業のための「創造的復興」ではなく、被災者全員の生活・医療保障を求めます。
10. 財源は大企業と大資産家に社会的責任を果たさせれば生み出せます。



新自由主義が亡ぼす日本の医療

政権交代後も医療政策が大きく変わらなかったのはなぜか？

兵庫県保険医協会第78回評議員会特別講演録

元ハーバード大学医学部助教授
李 啓充 先生



り けいじゅう／1980年京都大学医学部卒業。天理よろず相談所病院内科系ジュニアレジデント、京都大学大学院医学研究科を経て、1990年よりマサチューセッツ総合病院(ハーバード大学)。ハーバード大学医学部助教授を経て、2002年より文筆業に専念。米ボストン在住。

新自由主義とは

2009年、政権交代が実現し民主党政権が誕生した。しかし、期待された診療報酬改定はスズメの涙ほどのプラス改定に終わり、他の医療政策も自民党時代と変わっていない。変わらなかったのは、民主党の中にも「新自由主義」的政策を志向する議員がいるからだ。

新自由主義の頭目はノーベル経済学賞を受賞したシカゴ大学のミルトン・フリードマンである。彼の思想は、簡単に言えば「なんでも市場原理に任せればうまくいく」というものだ。日本では、小泉首相の構造改革がこの政策の典型である。小泉構造改革では、経済財政諮問会議という大きな権限を持つ機関をつくり、民間議員として経団連の会長や新自由主義の学者を登用して政策を施行した。

新自由主義的政策とは、ミルトン・フリードマンの言に従えば、国家の役割を国防、治安維持、自由競争の保障のみに限定し、他の機能をすべて市場原理に任せるというもので、「富の再分配」や社会保障の充実とは相容れないものだ。米国の保守派は新自由主義で凝り固まっているので、たとえばオバマが「富の再分配強化をめざす」と言った途端「社会主義だ」と言って非難したほどである。

新自由主義は、世界史的に見ると非常に恐ろしい。ナオミ・クラインというカナダの女性ジャーナリストは『The Shock Doctrine: the Rise of Disaster Capitalism』という本で、「新自由主義的改革は大災害やクーデターなどで国民がショック状態にある時に強行される」としている。

73年のチリのクーデターでは、それまでの社会

民主主義的な大統領が軍事クーデターで失脚し、ピノチェト将軍が独裁政権を確立した。ピノチェトはクーデター当日、左派系の人々数千人をサッカースタジアムに集めて虐殺し、国民をショック状態にした。その上で、彼は政権を掌握すると、クーデター以前から連携していたシカゴ学派の指導で、国営の鉱山を民営化したり次々と新自由主義的施策を断行した。ミルトン・フリードマンはクーデター後の経済政策を「チリの奇跡」などと自画自賛した。しかし、実際には失業率、貧困率は上昇し、インフレも進み、成長率もクーデター前より落ち込んだ。ピノチェト政権下で投獄・拷問されたチリのあるジャーナリストは、ミルトン・フリードマンを評し、「新自由主義は彼にはノーベル賞という栄光を与えたが、チリの国民にはピノチェトという災厄をもたらした」と述べた。

73年のチりに始まった新自由主義に基づく経済政策は、70年代に南米の国々で広がり、80年代になると南米の「成功」に倣って、アメリカのレーガン政権、イギリスのサッチャー政権で採用された。さらに、90年代に入ると、皮肉なことに社会主義国だったロシアや中国でもミルトン・フリードマンの考え方を取り入れた改革が行われた。日本でも90年代に入り、新自由主義改革が行われた。しかし、行きすぎた自由放任主義が祟り、リーマンショックをきっかけにした世界同時不況を招く結果となった。

低い国民負担率は低い企業負担のせい

日本では小泉構造改革で、「聖域なき改革」「改

図1 国民負担

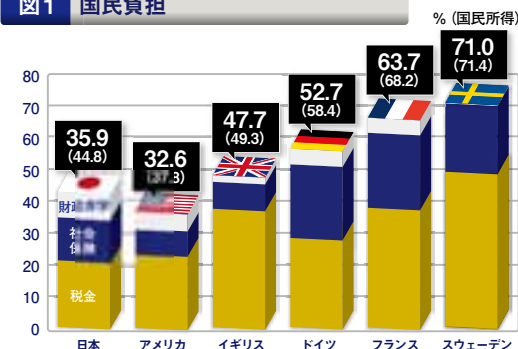
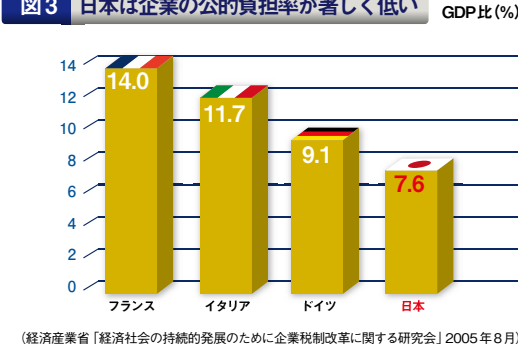


図3 日本は企業の公的負担率が著しく低い



革なければ成長なし」などのスローガンが唱えられ、「小さな政府」が志向された。医療分野では、公的負担を減らして民間負担を拡大する方向性を打ち出し、株式会社による病院運営や混合診療の解禁などを目指した。つまり、アメリカ型の医療保険制度を目指したということだ。

図1は各国を「国民負担率順」に並べたもの。「国民負担率」という言葉は国民所得のうち税金と社会保険料の占める割合だ。スウェーデンは7割と高いが、日本やアメリカは非常に低い。この「国民負担率」という言葉は、82年土光臨調の時に初めて使われた言葉で、日本にしかない。当時、アメリカではレーガン、イギリスではサッチャー、日本では中曽根と世界中で「小さな政府」が目指された。日本ではこの「国民負担率」を低く抑えて小さな政府を目指すこととされた。92年には法律でこの「国民負担率」が50%を超えてはいけないと定められた。

「国民負担率」というとサラリーマンが給与から引かれる税金や社会保険料の割合のような印象を受けるがそれは誤解だ。「国民負担率」と「平均勤

図2

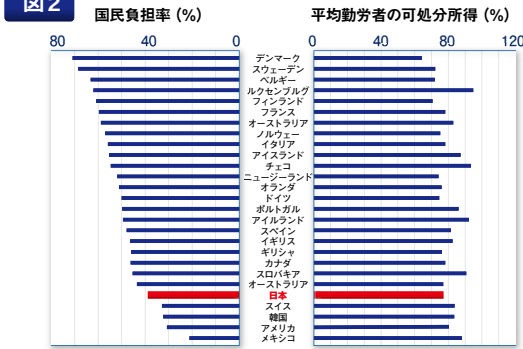
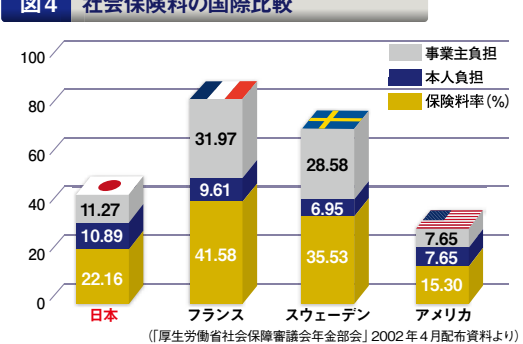


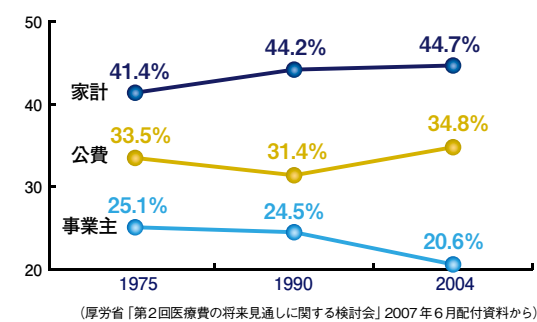
図4 社会保険料の国際比較



労者」の可処分所得を示した図2を見れば、可処分所得の多寡は、国民負担率と関係がないことが明らかだ。「スウェーデンは、国民負担率が7割」と聞くと給与所得から7割を税金や社会保険料でとられると思いがちだが、実際にはそうではない。なぜ、このようなことになるのか。

図3は企業の社会保障負担の対GDP比。日本が一番低く7.6%である。フランスは倍近い14%。日本では社会保険料の本人負担と事業主負担が1対1となっているが、フランスでは1対3、スウェーデンでは1対4だ。アメリカは公的負担は1対1だが、民間の医療保険負担は1対3だ(図4)。アメリカと比べても日本は企業に非常に甘いことが分かる。国民負担率には、実は企業負担も含まれている。だから、スウェーデンでは、国民負担率が高くても、個人の可処分所得は日本と変わらない。日本ではそれをさらに減らすために、法人税の引き下げが議論されているが、企業の社会保険料負担を他の先進国並みに引き上げる必要があるはずだ。にもかかわらず、この間、ずっと企業の社会保険料負担は引き下げられて、医療費の財源の4分の1

図5 国民医療費 財源の推移



だったものが5分の1になってしまった (図5)。

次に、国民負担率が負担の実際を忠実に反映しているのかどうかを考える。図6は700万円の所得の世帯をモデルに日本とアメリカの医療費負担を比較したもの。医療に関する支出で見ると、日本では国保料が62万円、アメリカは日本の国保くらいの保障内容の民間保険に入るとすれば205万円かかる。税と保険料を合計すると日本の負担は250万円、アメリカは450万円以上となる。国民負担率は同じなのに、こうした違いが出るのは、国民負担率には「公」の部分しか反映しないからだ。「民」の負担も反映させて実際の負担を比較すると米国は非常に高い。つまり、アメリカを見ならって公的保障を減らせば、実際の国民の負担は増えるということだ。

恐ろしいアメリカの民間医療保険

アメリカでは、医療保険は民間保険会社が市場原理により運営しているものに約2億人が加入している。高齢者と低所得の人には公的保険がある。しかし、そうした公的保険でも救済しきれない無保険者が4,600万人いる。

日本の医療費は対GDP費で8%、アメリカの15.8%の半分だ (図7)。一人当たりの医療費で比べても日本は2,249ドルでアメリカの5,952ドルの4割以下。公的支出でも日本が1人当たり767ドルなのに対しアメリカは2,670ドル。アメリカが使っている公的支出の額で日本の医療費すべてを賄うことができてしまう。小さな政府のアメリカだ

図6 日米国民負担比較

(50歳、自営業、4人家族2008年度給付額)
課税収入700万円(1ドル=90円)として比較

	日本	米国
所得税	97万円	99万円 (2005年)
住民税(州税)	70万円	37万円
国民年金	17万円	115万円
医療保険	62万円	205万円 (129万円)
総計	248万円	456万円 (370万円)

国民負担「率」を下げると、実際の国民負担は上がる

が、連邦予算の25%を医療費に使っている。一方「公的負担は限界」など政府が盛んに宣伝している日本では、一般会計のうち10%しか医療費に使っていない。日本は同じ「小さな政府」のアメリカと比べても医療費をはるかにケチっているのである。

民間医療保険が高くつくのは儲けないといけなからだ。民間医療保険で給付を行うことを、医療損失=メディカルロスという。民間の医療保険は保険料を100だとすると、そのうち81しか医療費として使わない。他の19は管理費にも使われるが、馬鹿高い重役の給料や株主への配当などにも使われる。

一方、公的保険では98を医療給付にまわす。どちらが、効率的なのか誰でも分かる。

民間保険会社が儲けるために行う手段として「サクランボ摘み」(「いいとこどり」の意) というのがある。健康な人だけを保険に加入させ、病気に罹るリスクのある人の加入を認めないというものだ。そして、民間保険に加入できないリスクの高い人が公的保険に集中するため、公的保険の財政がますます厳しくなるということが起こっている。

図7 日米医療費比較

	米国	日本
GDPに占める医療費の割合	15.8%	8.0%
一人あたり医療費	\$5,952	\$2,249
民間負担	\$3,282	\$1,482*
税負担	\$2,670*	\$767*

米保健省調べ、2003年
※は日本での公民負担割合からの計算値
◎は連邦予算の25%を医療費に支出(日本は10%、社会保障全体で26%)

私の体験だが、少し前にマサチューセッツ総合病院に8日間入院し、手術も受けた。これに対する医療費請求は5万5,000ドル(1ドル91円換算で約500万円)を超えた。室料が1日2,240ドル、医師から5,000ドルの請求が来た。ただ、私は民間保険に入っていたので、保険会社が病院に値引きを要求し、8,900ドル(同約81万円)になった。私はその内の自己負担分だけを支払えばよかった。保険会社はこのような強大な値引き交渉力を持っている。しかし、民間保険に加入していない無保険の人は当初病院が請求してきた額を支払う必要がある。弱い立場の人が多くの負担をし、民間保険に加入できるような恵まれた人が低い負担で医療を受けられる。これを「負担の逆進性」という。

さらに、無保険者は高額な医療費を支払えないことが多いので病院に借金をすることになる。病院は全額回収すれば回収額の30%を支払うという契約を債権回収会社と交わし、債権回収会社が患者から取り立てを行う。彼らの取り立ては、最終的には「ボディーアタッチメント(肉体差し押さえ)」を行うほど過酷なものだ。

患者は医療費支払いが遅れると裁判所に呼び立てられる。そこで、裁判官の立ち会いのもとに返済計画を作成する。その返済計画の下でも支払いの遅延が起こる。そうすると、また裁判所から出頭命令が来る。それを無視すると、警察官が手錠をかけて逮捕してしまう。これが「肉体差し押さえ」だ。こうした取り立ては名門とよばれるエール大学の病院ですら行われていた。さすがに大きな社会問題となりコネチカット州は州法を改正したが、その内容は医療費の借金の利率を5%以内にするというものだった。

図9 OECD諸国の貧困度と国民負担率

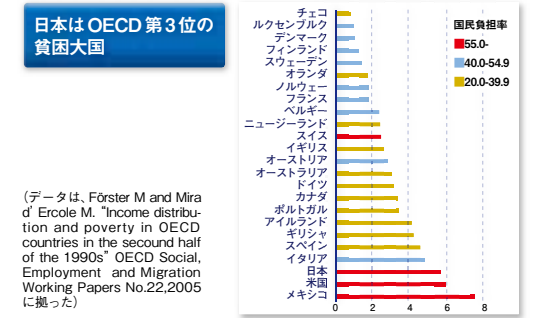
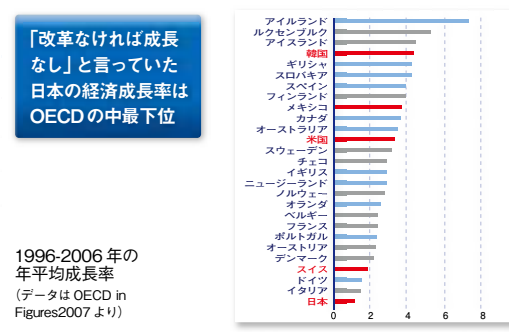


図8 OECD諸国の経済成長率と国民負担率



「格差症候群」

小泉構造改革では「改革なければ、成長なし」と言われた。新自由主義者は大きな政府では、経済活動に支障が出ると言っていたが、10年間の平均成長率は日本が一番低い。経済成長と政府の規模は関係ないことが明らかだ (図8)。

アインシュタインは「同じ方法を際限なく続けて、違う結果を期待することほど愚かなことはない」と言った。その通りで、未だに日本で新自由主義が幅を利かせているのは非常に愚かなことだ。

経済成長率は相関しないが、政府の大きさと貧困度は相関する。小さな政府で国を運営すると貧困度は高くなる (図9)。小泉構造改革でGDPに占める企業の純利益割合は増え続けた (図10)。

一方、企業の付加価値に占める人件費割合は下がり続けた。つまり、働く人から給料を引きはがして、企業の利益に付け替えたのが、小泉構造改革だった。

小さな政府で国を運営すると貧困率は高くなることが明らかだ。貧富の格差を表すジニ係数が上がり続けているのはアメリカと日本だ。日本はアメリカ

図10 財界一人勝ち体制の確立

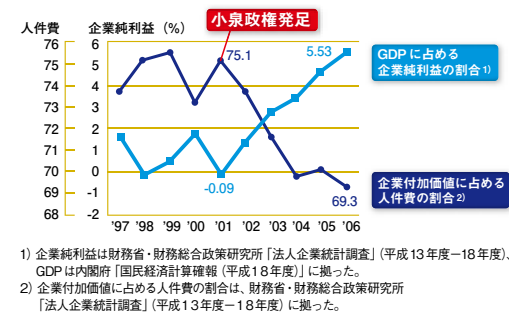
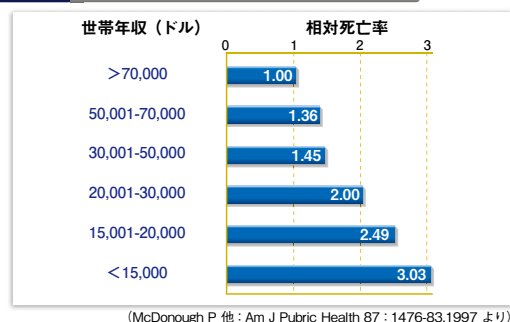


図11 収入が低いほど死亡率が高い



よりも速いスピードで貧富の差が拡大している。

「格差症候群」と私が呼ぶ事態が起きている。社会的に不利な人、例えば、低学歴、低収入、誇りの持てない仕事、被差別人種に属する人などのように社会的なストレスの中で過ごす健康にも影響が及ぶというものだ。収入差で死亡率を比較すると収入の高い人と低い人で3倍の違いが出るという研究もある(図11)。イギリスの公務員を対象にドアマンなど雑用についていた人から高官までの職種を4つに分け、就業時から退職後までの相対死亡率を比較した場合、現役時代の格差が引退後の健康にも影響を及ぼしていることが分かる(図12)。日本でも近い将来、正社員よりも派遣社員の平均余命が短くなる事態がおきるのではないかと危惧している。また、母親の健康度を示すといわれている新生児の体重を比べると、アフリカ生まれの黒人と米国生まれの白人はほぼ同じだが、アメリカ生まれの黒人を母親にもつ新生児の体重は前者に比べてあきらかに低体重である。同じ黒人同士でありながら、アメリカでは黒人差別を受けるためそのストレスが母親の健康度に悪影響を与え

図13 新生児の体重(母親の健康度の指標)と人種差別

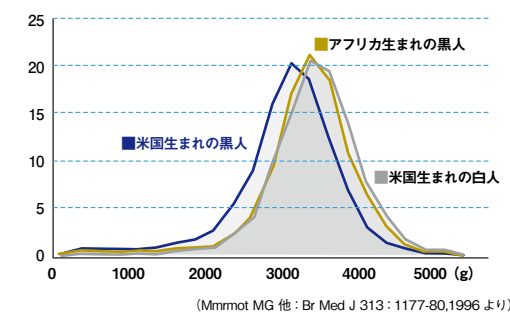
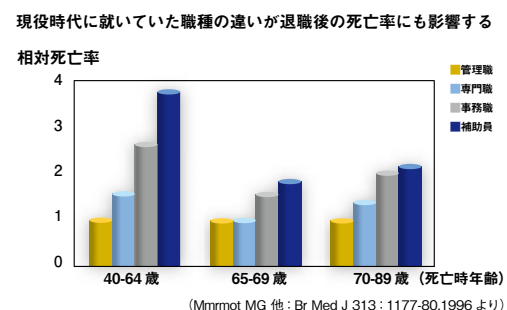


図12 職種と死亡率



ているのだと言われている(図13)。

大リーガーにジャッキー・ロビンソンという選手がいた。彼は黒人初の大リーガーで、黒人の社会的地位が向上するかどうかが、彼が野球で成功するかどうにかかっていた。デビューするとき、ゼネラルマネージャーから「差別的な発言も、我慢しろ」といわれていた。(図14)は彼が37歳の時のものだが、すごく老け込んでいる。引退後数年で失明し、50歳で亡くなった。彼は「格差症候群」の犠牲者だと思う。

イギリスの国民を対象にした調査では、非熟練労働者と専門職労働者の間に6年の平均余命差がある。これが、72年から76年までの平均と92年から96年までの平均を比較すると、20年後に6年だったものが、10年に差が広がっている。これはサッチャー政権の新自由主義的改革による貧富の差の拡大が影響している。

日本の医療費をGDP比14%まで増やすべき

図15は、各国の高齢化率と医療費の関係を表したものの。OECDの平均は高齢化率にあわせて、医療費も増えるという関係が明らかになっているが、日本は高齢化率は高いのに医療費の対GDP比は非常に低い。民主党はマニフェストで、日本の医療費をOECD平均並みに引き上げるとしていたが、それでは足りず、高齢化率を加味したOECD平均を目指すならば、GDP比14%まで増やす必要がある。

図14 引退直後のロビンソン 1956年12月/37歳



なぜ、37歳の若さで老け込んだのか？

- 黒人同胞の期待を一身に担ったストレス？
- 差別に耐える我慢を強いられたストレス？

一方、新自由主義の信奉者が目指すアメリカ型の医療では、高齢化率は高くないのに、医療費は非常に高くなっている。しかし、このまま青天井に増えていくかという、そうではなく、長く生きられない社会になるにもかかわらず、医療費も高騰し続けると予想される。グラフではブーメランの描く軌跡のようになるのではないかと。日本でも、アメリカ系の保険会社が医療保険を売り出しており、10年で2倍も売り上げを伸ばした。ある会社ではアメリカでの売り上げの倍を日本で稼いでいる(図16)。日本もアメリカのようにしていくのではないかと心配だ。

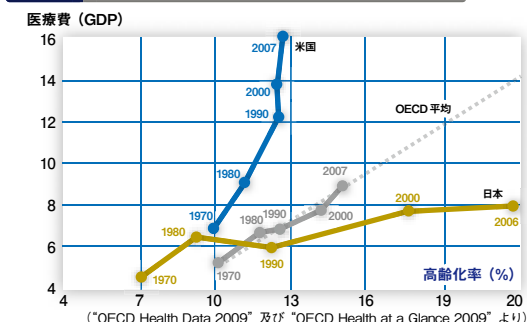
アメリカの「P4P」

いま日本では、新自由主義を医療全体に持ち込むことが計画されている。競争で医療の質を高められるという主張で、例えば心臓手術の死亡率を病院ごとに公表するというものである。こうした主張の根拠は死亡率の高い病院が頑張るので、全体として死亡率が低くなるというものだ。しかし、良い点数をとるために重症患者や合併症を伴っているなど手術が難しい患者を、病院が忌避してしまう可能性の方が高い。

日本の新自由主義者がお手本とするアメリカでは、すでに医療機関の報酬と医療の質の連動を行うpay-for-performance(以下、P4P)が行われている。

カリフォルニア州では保険会社がグループをつくり、医師グループに点数を付けている。公的保険ではメディケアが過去に病院ごとに点数を付けてい

図15 高齢化率と医療費の関係



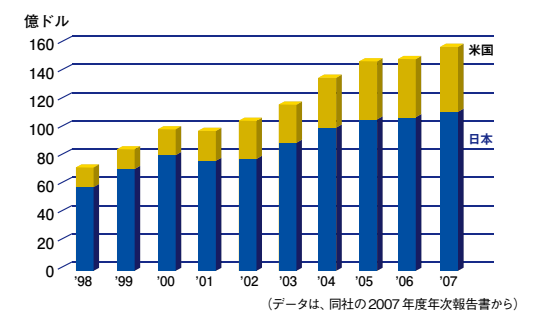
た。試験運用を3年間行った後、医療の質を計るということに協力したら医療費を上積みするという制度を運営している。質の計測の対象は、ストラクチャー、プロセス、アウトカムだが、計測するのは、プロセスがほとんどである。なぜなら、アウトカムを計ると重症患者を避けて通るということになりかねないからだ。さらに、高得点をとったグループや病院にボーナスを出すのか、低得点のグループや病院に罰金を課すのか、あるいは、得点の上昇率を評価するのか、などが検討課題になっている。

カリフォルニアでは保険会社、開業医グループ、病院協会、雇用者団体、製薬・バイオ関連企業がIHA(Integrated Healthcare Association)を組織して、03年からP4Pを開始している。3万5,000人の医師を擁する225の開業医グループを対象に臨床の質や患者からのフィードバック、IT整備度、糖尿病の統合的ケアを計測し、成績を翌年の診療報酬に反映させている。臨床の質の項目では、資料1の内容を計っている。アウトカムで計っているのはLDLコレステロールのコントロールだけ。データの公開は各グループごとに星の数で公開される。そして、このP4Pの評価だが、計測対象になった項目に限ると一定程度の質の改善が認められたものの、計測対象外の項目も含めると質の改善は認められなかった。さらに、開業医グループ間の質の差は、縮まらなかった。医療費削減効果も認められなかった。2003年から3年間ボランティアの病院を対象にしたメディケアでのP4Pでは、病院医療の6分野(急性心筋梗塞、心不全、肺炎、外科、患者からのフィードバック、小児ぜんそく)、

40項目について計測が行われた。こちらも、計測項目は結果ではなく、ほとんどがプロセスだ。急性心筋梗塞の患者にアスピリンの舌下錠を投与したか、退院したときにベータブロッカーを投与したか、などである。3年間で、心筋梗塞に関するプロセスの実施率は87.5%から96.1%にまで上がった。冠動脈バイパス手術については3年間で、97.4%まで、股関節膝関節置換術についても97%まで上昇した。どの病院も満点近い成績をとるという具合にほとんどすべての病院が満点近い点数をとるようになる。そうすると差がないので、計測を行わなくなり、ボーナスも出なくなる。例えば、高得点をあげて25万ドルのボーナスを得ていた「ボーン&ジョイントホスピタル」では投資して良い点数をとったが、どここの病院も高点数をとるようになると、計測の対象から外されてしまい、投資した費用の回収ができなくなってしまった。

以上のようにP4Pには多くの問題がある。まず目標をどこに据えるのかということだ。これは、質の向上を謳いながらも、導入の動機はコスト抑制という場合が多い。さらに、意味のある計測ができるのかという問題もある。高齢患者や疾患重複患者ではガイドラインが単純に適用できない場合がある。また、現実的な問題として計測の手間やコストに見合った改善が見られるのか、医療機関は投資を回収することができるのかという問題がある。さらには有害な結果すらもたらす可能性がある。例えば、重症患者や低所得者の忌避、「計測されるから、がんばる」ということが正しいのかどうか、医療倫理の問題。また、計測項目以外は手を抜くという統計も出ている。結局、現時点で

図16 ある米系保険会社の年次別総収入



P4Pを導入したとしても医療の質が劇的に向上するという証拠はないし、医療費が抑制されるという証拠もない。

ハーバード大学医学部・公衆衛生学部の教授でオバマ政権下でメディケア・メディケイド管理庁の長官に就任したドナルド・バーウィック氏は、医療の質の研究のパイオニアだが、個々の医療者を対象にしたP4Pを行うのは好ましくないと述べている。そこで、彼は「競争」と正反対の手法で医療の質を高める研究を行った。ニューイングランド州で心臓外科の病院が集まって、術前のカンファレンス、手術、ケアについて相互に交流を行い忌憚なく議論をするというものだ。

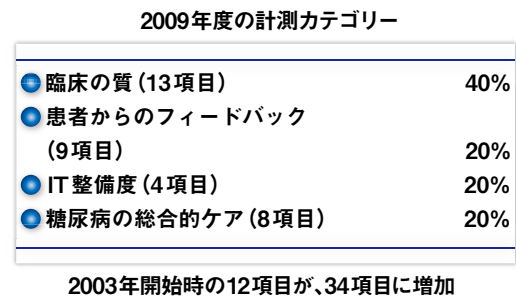
資料2はこの研究での手術の死亡率の推移だが、予測死亡率は学習の前後で変わらないが、実際の死亡率は4分の1減った。競争ではなく、協同学習によって質を改善させた実例である。

保険者機能の強化

日本では、医療制度改革を巡る議論の中で、「保険者機能の強化」が言われてきた。これは、財界だけでなく、連合も健保連も推進する立場に立っている。さまざまな提案がされているが、大きなものは保険者ごとに医療機関と契約できるようにしようというもの。そして、「利用審査」を行うとしている。「利用審査」とは保険者が医療行為を審査し、必要を認めない場合は保険給付支払いを拒否し、医療行為が行われないようにすることだ。アメリカの民間医療保険では、当然のように行われている制度だ。

利用審査の実例を私の体験を元にお話する。私は09年直腸カルチノイドの診断を受けた。大腸ガンのスクリーニングで見つかったものだ。腫瘍径2cmを超えると予後が悪いと言われているが、私の場合0.6cmで「TEM (transanal endoscopic microsurgery)」という手術で局所切除をすることになった。低侵襲手術で次の日には退院できるので、私は手術に同意したが、保険会社から保険給付拒否の通知が送られてきた。「TEMは研

資料1 カリフォルニアIHAのP4P



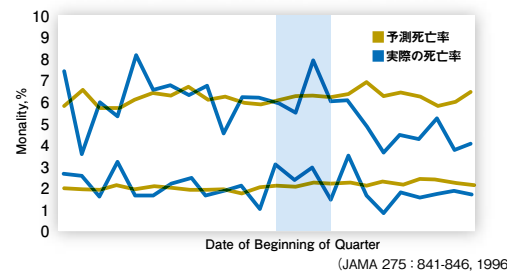
究段階の手術で、保険適用は認められない。人工肛門造設など通常の直腸ガンの手術なら認める」という理由だ。

これに対し私は「不服申請」の手続きを開始したが、非常に困難なことだった。まず、保険会社との交渉に当たるのは医師ではなく患者であること、そして保険会社がなぜ間違っているのか「医学的に」論破する必要がある。実際には保険会社との交渉を専門に請け負う弁護士を雇ったが、これにももちろん費用が発生した。結果的に私の場合は保険会社が給付拒否の決定を取り消し、2カ月遅れで手術を行うことができた。

「利用審査」には非常に多くの問題がある。医師と患者が相談して決めた治療法を保険会社が一方的に拒否したり、別の治療法を強制したりすることはインフォームド・コンセントのルールを無視するものだ。保険会社の審査担当者は患者の顔を見たこともなければ、患者と話したこともなく、会社のガイドラインを機械的に当てはめているだけで、会社には「医療費を減らしたい」という強いインセンティブが働いている。また、保険会社の決定を覆そうとした場合、患者の負担が著しく重いことも問題だ。医学知識や法律知識が必要で、専門家を雇わなければ対応できないが、雇う費用が払えない患者は「泣き寝入り」することになる。

日本で「保険者機能の強化」を推進する人は、「保険者が医師と患者の間に立って、通訳を務める」とまるで患者のために言うが、大切なのは保険者による医療内容への介入ではなく、「インフォームド・コンセント」ルールを徹底することだ。

資料2 ニューイングランド3州における心臓外科手術の質改善努力：病院相互間学習



さいごに

最後にアメリカの保守派から「危険思想の持ち主」と批判されているドナルド・バーウィック氏のスピーチを紹介する。

「イギリスのように医療費にGDPの9%しか使わずに国民が医療にアクセスする権利を保障する一方で、アメリカのように医療費にGDPの17%も使いながら、国民が医療にアクセスする権利を保障しないというやり方もあります。…市場の『見えざる手』に委ねることで、本来政治家たちに課されている説明責任をあいまいにするだけでなく、消失させてしまうことさえできるのです。…私企業が支配する暗黒の下で、誰も説明責任を負おうとしないシステムに委ねてしまうこともできるのです」

「病者ほど貧しい傾向があり、貧しい人々ほど健康を損なわれている事実を直視しようとせずに、お金のある人や健常者のみを保護することも可能です。しかし、公平かつ文明的かつ人道的な医療費のシステムは、富める人から貧しい人・不運な人へと富を再分配するシステムでなければなりません。優れた医療制度は、『医療制度』という名を使う限り、富を再分配する制度でなければならないのです」

(2008年7月、NHS発足60周年記念式典でのスピーチより)

