

## 2025夏季セミナー基調提案

# 防衛費倍増ではなく、社会保障の充実を！ 守ろう国民皆保険制度

保団連副会長 小澤 力



## 01 本日の報告

1.

参議院選挙結果を踏まえ、大幅な医療費削減に対する後半期の運動の重点

2.

「保険あって医療なし」～国民皆保険の危機に対し、地域から声を上げよう

# 02

## 参議院選挙結果で示されたもの

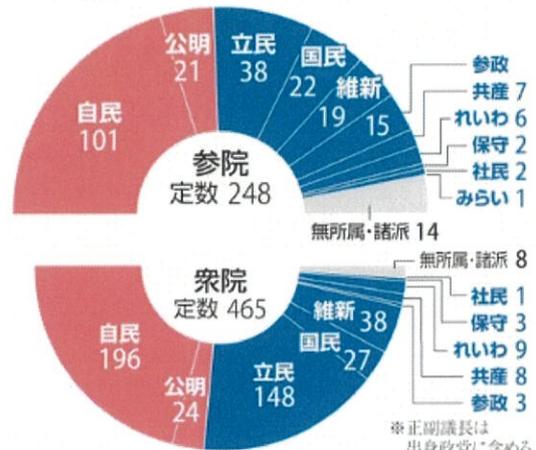
### 選挙結果

### 与党（自公）過半数割れ

- ・ 昨年の衆議院選挙に続き、参議院でも与党過半数割れに
- 自公政権に国民の側から明確なNOが示された
- 自公だけで強行採決できない状況に。国民世論、運動によって動かし得る

国会の新勢力

読売新聞



国会の新勢力

# 03

## 参議院選挙結果で示されたもの

### 選挙結果

### 政権批判の受け皿に国民、参政

- ・ 大幅に議席を増やしたのは、国民、参政
- ・ 立憲は維持、共産は議席を減らす。れいわは1増、社民は1議席を維持。維新は1増に留まる

党派	自民	公明	立憲	維新	国民	共産	れいわ	参政	保守	社民	みんな	減税	N党	再生	みらい	誠真	改革	無連	諸派	無	合計
今回	39	8	22	7	17	3	3	14	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	8	125
非改選	62	13	16	12	5	4	3	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	123
新勢力	101	21	38	19	22	7	6	15	2	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	13	248
改選	52	14	22	6	4	7	2	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	7	117
選挙前勢力	114	27	38	18	9	11	5	2	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	12	240



# 医療・社会保障の行く末問う

## 各党の政策と姿勢は

7月20日投開票の参院選では、OTC類似薬の保険外しや高額療養費制度改善、病床削減などの是非が問われる。医療政策に対する政府と各党の姿勢を解説する。

### OTC類似薬の保険外し議論進む

市販薬(OTC医薬品)のある医療用医薬品、いわゆるOTC類似薬について、公的医療保険給付の範囲を見直す提案が、政府の「骨太の方針2025」に盛り込まれた。一見軽症でも実は重篤な場合がある。自覚症状がなければ受診する機会が減少し、早期治療が難しくなる。また、市販薬の過剰な使用は患者の負担の増大につながる危険もある。維新は参院選公約による市販薬購入に置き

### OTC類似薬と市販薬の支払金額の比較例

OTC類似薬の一部負担金	価格差	市販薬の価格
アレルギー性鼻炎 1日1錠 28日分 アレジオン錠20 170円	12倍	アレグラFX 2000円
去痰 1日3錠 7日分 ムコダイン錠 500mg 60円	42倍	ムコダイン去痰錠 Pro500 2500円
解熱鎮痛 1日3錠 4日分 ロキソニン錠 60mg 40円	18倍	ロキソニンS 700円
皮膚炎 1調剤 10g ベトネベート軟膏 0.12% 60円	33倍	リンデロン Vs軟膏 2000円

※市販薬と一日最大用量が同じ医療用医薬品をOTC類似薬として比較。  
※OTC類似薬の一部負担金は3割で計算。市販薬の価格は希望小売価格を参考に目安で例示。  
※ムコダイン錠500mg21錠、ムコダイン去痰錠Pro500は内容量の都合上20錠とした。

猪瀬直樹参院議員noteを基に試算

薬品で対応可能な疾病しており、医師の裁量では、原則処方しない」と大きく制限しかねない。

### 高額療養費改善に賛否 野党

通常国会で高額療養費制度の見直しは是非が大きく取り上げられた。が、患者などの反対を受け、与党(自民、公明)は改善を見送ったものの、新進は明言を避けつつも、限度額の所得区分判定の見直しに積極的だ。立憲民主党は「今年秋まで」という短期間でなく、1年間程度、丁寧に時間をかけて再検討する。その際、高額療養費の自己負担限度額の引き上げは行わない。「治療にわたる患者の負担を軽減するため、高額療養費制度の拡充を目標としていくが、重症患者の医療費を優先して見直す」と併記した。外來特別や薬剤自己負担の見直しなどが懸念される。共産と社民党は見直し自体に反対を表明した。

### 高齢者の窓口負担に賛否

#### 救命医療は自費も

与党は、政府の「改革工程表」において、高齢者の3割負担の対象範囲拡大に向けた検討を掲げている。後期高齢者の窓口負担について、維新は原則3割負担に、国民は原則2割、現役並み所得者は3割に引き上げるとしている。参政は、窓口負担については触れていないが、2年で11万床削減——自民・公明・維新

### 病床の大幅削減には異論 野党

3党が進める病床の大幅削減について、野党は消極的・否定的である。国民は「医療機関や病棟の機能分化・連携・集約を進め、地域で必要な医療機能を提供する」として、集約(病床削減)自体は進める構えである。立憲は、病床数の削減は否定しないものの、「公立・公的病院や赤十字の医療機関への支援強化」として、「補助金制度の創設、次期診療報酬改定での「プラス改定」などをあけていく。また、「医師確保のための基金を拡充する」としている。共産は「11万床削減」に反対として、「強引な病床上げ」を警戒している。

### 「かかりつけ医」と包括報酬・人頭払い

#### 立憲・国民・参政

「かかりつけ医」に関わる公約も見られる。自民は「地域医療構想に取込みしている。与党は、フリーアクセスを前提とした「かかりつけ医」機能の強化を基軸に据える。公明は、かかりつけ医機能を有する医療機関

Mac Win対応

Webで病名と薬剤が見れるアプリ開発中

# Macで動く電子カルテ

## アーチャカルテ

※Windowsでも動きます

業務でもMacが使いやすい、という医療機関様のベストチョイスです。

使いやすい データの復元容易 Mac対応レセプトソフト20年の実績 お求めやすい価格

株式会社アップルドクター TEL:0956-37-8139 FAX:0956-37-8149  
〒857-1162 長崎県佐世保市即本町3-17アビル2F <https://www.apple-doctor.co.jp/>

セスを制限する「かかりつけ医」制度の導入、出ても検討を進める主張が色濃く見られる。

参政も「かかりつけ医」制度を原則化した上で、診療報酬は「担当する人数に応じた定額制」を導入するとしている。

維新は、感染症対策に関わって、「開業医(かかりつけ医)が診察や健康管理を行うことと原則として「診療報酬」を構築する制度」に加えて「診療報酬」を構築するとしている。

国民は「かかりつけ医(日本版GP)、かかりつけ薬局(日本版COPD)を中心とした地域包括ケア」を地域医療構想に取込みしている。与党は、フリーアクセスを前提とした「かかりつけ医」機能の強化を基軸に据える。公明は、かかりつけ医機能を有する医療機関

引用元  
○自由民主党「自民党の政策2025」[総合政策集2025-J-ファイル]  
○公明党「2025政策集」  
○立憲民主党「2025政策/パンフレット」[立憲民主党政策集2025]  
○日本維新の会「2025年参院選マニフェスト(政権公約)」[維新八策2025個別政策集]  
○国民民主党「政策/パンフレット2025」  
○日本共産党「参院選挙基本政策」  
○れいわ新選組「れいわ新選組基本政策」  
○社民党「2025参院選選挙公約」  
○参政党「参政党の改革2025」

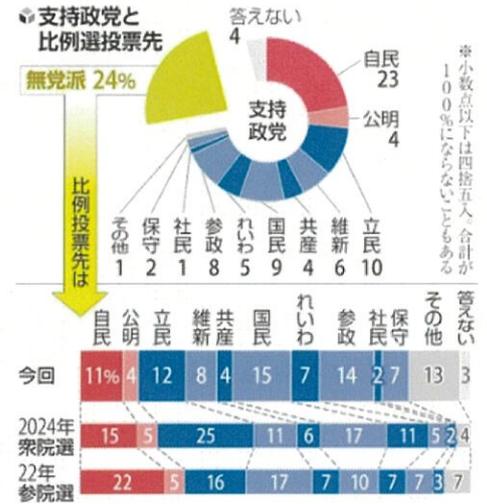
# 04

## 参議院選挙結果で示されたもの

### 若い世代、無党派層が国民、参政に



NHK出口調査結果



読売新聞7/21

# 05

## 参議院選挙で問われたこと

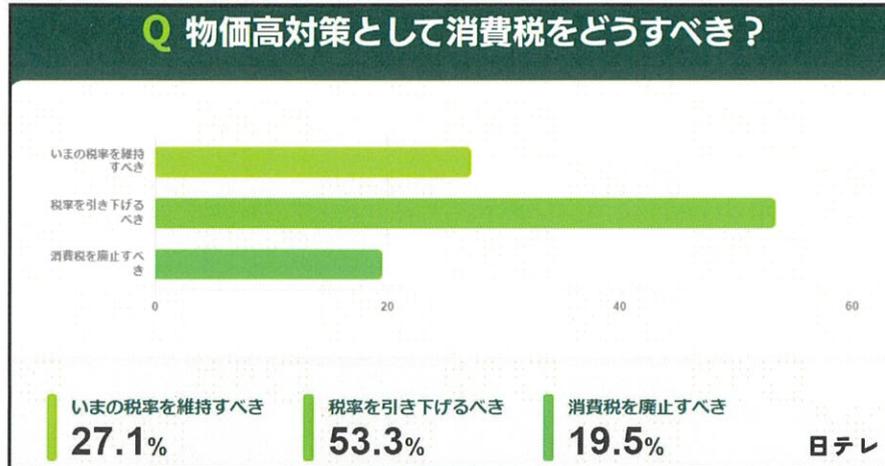
### 国民世論は物価高、社会保障の対策を求める

- 投票で重視したこと「物価高・経済対策」が48%で最多



## 「消費税減税を」が国民の審判

- ・ 消費税減税・廃止が望ましいが過半数
- ・ 自民党候補者の26%が消費税減税に賛成（朝日新聞候補者アンケート）



## 「消費税減税を」が国民の審判

消費税減税・廃止をかかげた政党の比例票は自公の2.1倍

参議院選挙での消費税減税への態度・主張

反 対				賛 成			
政党	主張	比例得票数	獲得議席数	政党	主張	比例得票数	獲得議席数
自民	給付金	12,808,306	39	国民	消費税5%	7,620,489	17
公明	給付金	5,210,569	8	参政	消費税5%	7,425,053	14
				立民	食料品ゼロ%	7,397,459	22
				維新	食料品ゼロ%	4,375,926	7
				れいわ	消費税廃止	3,879,914	3
				保守	食料品ゼロ%	2,982,093	2
				共産	消費税5%	2,864,738	3
				社民	食料品ゼロ%	1,217,823	1
合 計		18,018,875	47	合 計		37,763,495	69
みらい	慎重になるべき	1,517,890	1				
無所属			8				
議席合計			125				

## 排除、分断を煽る主張が拡散

- ・参政党が掲げた「日本人ファースト」を謳い「行きすぎた外国人の受け入れに反対」などの公約をきっかけに、他の政党も外国人を排除するかのような政策を競う事態となった
- ・外国人の排除だけでなく、性差別、高齢者や障がいをもつ人への差別など、様々な分断、排除を煽る主張を、根拠のない情報をもとに行い、SNS上で拡散された

## 排除、分断は問題の根源、争点を覆い隠す役割

実質的に上がらない賃金や物価高への怒り。少子高齢化の進む将来への不安。やり場のない不満のはけ口は、自分より弱い集団へと向かう。そこに目を付けて用意された不満の「受け皿」が、支持を広げる。

「自分は日本人だから」と外国人への差別を容認すれば、矛先は次のマイノリティーに向かいかねない。(朝日新聞 7月13日社説)

丸山島根県知事「物事は小さく始まり拡大するもの。弱者を切り捨てれば良いとの言説は我が身に返って来る。社会的弱者や地方などの切り捨てにつながる危険な風潮」(7月15日記者会見)

## 排除、分断を乗り越える世論を

生活困難の根源は、自公政権下に行われてきた新自由主義政策にあり、大企業、富裕層を優遇し、働く人は低賃金や非正規、長時間労働の状況におかれていること、社会保障における企業、国の責任を後退させ、制度の改悪を重ねて患者・国民に重い負担を強いていることにある。この政治を変えなければ、国民生活の困難打開はありえない。

参議院選挙で外国人をターゲットに広がった分断、排除の動きは、これまでも政府、与党、補完勢力によって行われてきた世代間分断、患者間の分断、開業医と勤務医の分断などと結びつき、医療、社会保障改悪へとつながる懸念

患者・国民、他団体との連帯で、排除、分断を乗り越える世論を！  
医師・歯科医師、現場からファクトチェック、事実に基づく発信を！

## 社会保障費抑制路線は継続

社会保障関係費の伸びについては、「高齢化による増加分」だけでなく、「経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分」を加算しているが、「**2027年度までの間、骨太方針2024で示された歳出改革努力を継続**」すると前置きしており、**社会保障予算（社会保障関係費）の抑制は続ける方針に変わりない。**

そもそも、「少子化対策」実施を口実に、患者・利用者負担増を盛り込んだ「改革工程（「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（2023年）」に基づく徹底した歳出改革を進めるなど財源確保を図る」としており、2028年度までに社会保障削減で1.1兆円規模の公費削減を図るスキーム自体は変更されていない。

## 全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）

- ◆ 能力に応じて全世代が支えあう「全世代型社会保障」の構築に向け、将来世代も含めた全世代の安心を保障し、社会保障制度の持続可能性を高めるため、「時間軸」に沿って、今後取り組むべき課題をより具体化・深化させた「改革工程」を取りまとめ。
- ◆ 3つの「時間軸」で実施（①来年度（2024年度）に実施する取組、②加速化プランの実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組、③2040年頃を見据えた、中長期的な課題に対して必要となる取組）
- ◆ 上記②の取組は、2028年度までの各年度の予算編成過程において、実施すべき施策を検討・決定

### 主な改革項目と工程

※ 2040年頃を見据えた中長期的取組については、省略。

	2024年度に実施する取組	2028年度までに検討する取組
働き方に中立的な社会保障制度等の構築	<ul style="list-style-type: none"> <li>（労働市場や雇用の在り方の見直し）</li> <li>・「同一労働同一賃金ガイドライン」等の必要な見直しの検討</li> <li>・「多様な正社員」の拡充に向けた取組 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>（勤労者皆保険の実現に向けた取組）</li> <li>・短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃等</li> <li>・フリーランス等の社会保険の適用の在り方の整理 等</li> <li>・年収の壁に対する取組 等</li> </ul>
医療・介護制度等の改革	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前期財政調整における報酬調整の導入</li> <li>・後期高齢者負担率の見直し</li> <li>※上記2項目は法改正実施済み</li> <li>・介護保険制度改革（第1号保険料負担の在り方）</li> <li>・介護の生産性・質の向上（ロボット・ICT活用、経営の協働化・大規模化、人員配置基準の柔軟化等）</li> <li>・イノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置を推進するための長期収載品の保険給付の在り方の見直し</li> <li>・診療報酬改定、介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定の実施</li> <li>・入院時の食費の基準の見直し等</li> <li>・生活保護制度の医療扶助の適正化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>（生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上）</li> <li>・医療DXによる効率化・質の向上</li> <li>・生成AI等を用いた医療データの利活用の促進</li> <li>・医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化</li> <li>・医療提供体制改革の推進（地域医療構想、かかりつけ医機能が発揮される制度整備）</li> <li>・介護の生産性・質の向上</li> <li>・イノベーションの推進、安定供給の確保と薬剤保険給付の在り方の見直し</li> <li>・国保の普通調整交付金の医療費助額等</li> <li>・国保の都道府県保険料率水準統一の更なる推進</li> <li>・介護保険制度改革（ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方）</li> <li>・サービス付き高齢者向け住宅等における介護サービス提供の適正化</li> <li>・福祉用具貸与のサービスの向上</li> <li>・生活保護の医療扶助の適正化等</li> <li>・障害福祉サービスの地域差の是正</li> <li>（能力に応じた全世代の支え合い）</li> <li>・介護保険制度改革（利用者負担（2割負担）の範囲、多床室の室料負担）</li> <li>・医療・介護における金融所得の勘案や金融資産等の取扱い</li> <li>・医療・介護の3割負担（「現役並み所得」）の適切な判断基準設定等</li> <li>・障害福祉サービスの公平で効率的な制度の実現（高齢者の活躍促進や健康寿命の延伸等）</li> <li>・高齢者の活躍促進</li> <li>・疾病予防等の取組の推進や健康づくり等</li> <li>・経済情勢に対応した患者負担等の見直し（高額療養費自己負担限度額の見直し/入院時の食費の基準の見直し） 等</li> </ul>
「地域共生社会」の実現	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重層的支援体制整備事業の更なる促進</li> <li>・社会保障教育の一層の推進</li> <li>・住まい支援強化に向けた制度改革 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・孤独・孤立対策の推進</li> <li>・身寄りのない高齢者等への支援 等</li> </ul>

36

12

## 3 党合意と骨太方針2025



### 診療報酬

診療報酬（公定価格）は、賃上げ、経営安定、人材確保に向けて、「コストカット型からの転換を明確に図る」。

2026年度診療報酬改定など対応策は、これまでの改定による処遇改善・経営状況等の実態を把握・検証し、年末までに結論。経営の安定や現場で働く幅広い職種での賃上げに確実につながるよう、「的確な対応」を行う。



### 薬の保険外し

医薬品・検査薬の「更なるスイッチOTC化」（市販薬化）、「薬剤自己負担の見直し」の検討をあげた。3党合意文書を踏まえ、「OTC類似薬の保険給付の在り方の見直し」について年末までに検討し、「早期に実現が可能なもの」は「2026年度から実行する」とした。



### 病床削減

2040年を見据えて「病床数の適正化を進める」。三党合意文書に従って、2年後の「新たな地域医療構想に向けた病床削減」が追記。「約11万床」の数値目標は記載されていないものの、3党合意文書では、約11万床の削減を通じて、約1兆円の医療費削減を見込み、「一定規模の入院医療費の削減効果が期待」としている。

## 緊急財政措置、診療報酬大幅引き上げ

## 骨太方針2025

診療報酬（公定価格）は、賃上げ、経営安定、人材確保に向けて、「コストカット型からの転換を明確に図る」。

2026年度診療報酬改定など対応策は、これまでの改定による処遇改善・経営状況等の実態を把握・検証し、年末までに結論。経営の安定や現場で働く幅広い職種での賃上げに確実につながるよう、「的確な対応」を行う。



VS

医療機関の  
経営危機打開

- 緊急財政措置、26年改定での診療報酬大幅引き上げを求める
- 会員署名を過去最大規模で集めよう！
- 現場の実態を情報発信
- 患者・国民、他の医療従事者などとの連帯

全国力を結集して  
医療現場から声をあげよう

- ① 会員署名を過去最高の規模で集めよう！
- ② 集めた署名・声を国会、政府に届けよう！

9月25日 いのちまもる総行動

10月30日 診療報酬大幅引き上げを求める大集会・国会行動

11月20日、12月4日 保団連国会行動&集会

- ③ 医療現場の実態を発信

患者さん、国民に向けた発信、メディアへの発信

# 15

## 医療現場の実態を要請・発信



厚労省事務次官に要請 6月5日



財務省主計局次長に要請 6月5日



歯科の窮状を訴えた4月24日記者会見



病院の実態を訴えた6月12日記者会見

# 16

## 後半期の運動の重点

### 保険証を使い続けられるようにすること！

#### 骨太方針2025

デジタル社会のパスポートであるマイナンバーカードについて、円滑な取得環境の整備やカード機能のスマートフォン搭載、マイナポータル継続的改善に加え、住民に合わせた公共サービスをプッシュ型で届ける「オンライン市役所サービス」、より質の高い様々なサービスを一枚で受けられる「市民カード化」により、利便性の向上を推進する。

国家資格のオンライン・デジタル化、マイナ保険証と医療費助成の受給者証等との一体化、マイナ救急の全国展開、マイナンバーカードと在留カードの一体化、マイナ免許証制度の円滑な運用など、様々な領域での利活用シーンの拡大に取り組む。なりすましのないサービス提供など、デジタル認証アプリを用いてマイナンバーカードの民間分野における利活用を加速させ、デジタル公共インフラとして更なる定着を目指す。



VS

#### 保険証の復活・併用

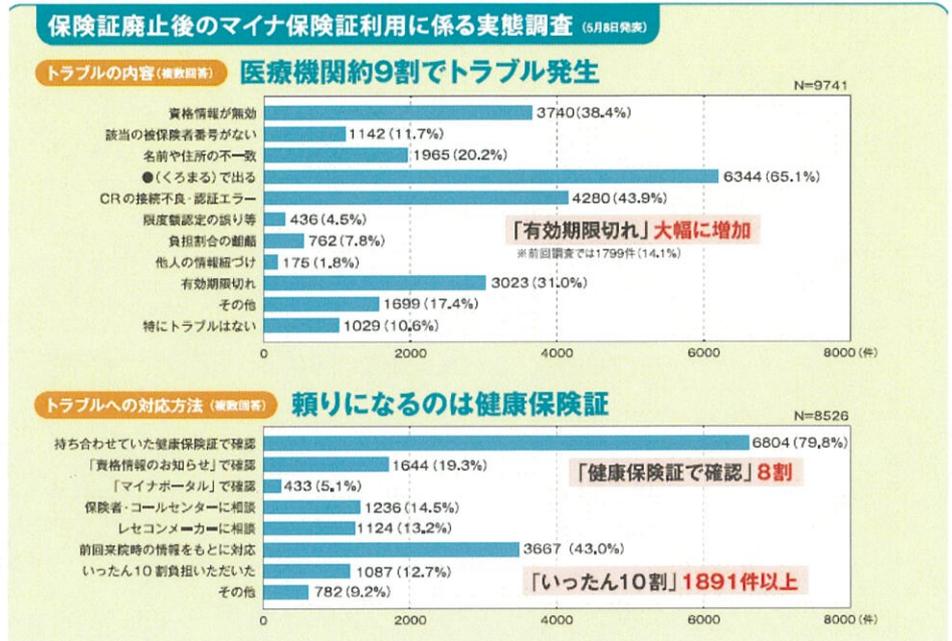
- ・臨時国会で保険証復活・併用を
- ・引き続き、現場の実態を把握し、国会議員、厚労省等へ働きかけを強める
- ・当面の策として、資格確認書の全員交付を自治体等に働きかけていく

# 17 保険証の復活・併用

通常国会では、マイナ保険証によるトラブルを可視化。国会審議やマスコミ報道で取り上げられ、保険証の復活・併用の必要性をあらためて広げた

→引き続き、現場の実態把握、発信を強めよう

※医療研共同調査にご協力を！



# 18 保険証の復活・併用

- ・政府は混乱への対応として弥縫策を示す
  - ①後期高齢者には資格確認書を全員交付
    - ※渋谷区、世田谷区は保険者判断で国保でも資格確認書を全員交付
  - ②国保有効期限切れの保険証でも対応可
  - ③資格情報のお知らせのみでも対応可

→根本的な問題解決せず、医療現場に対応を丸投げ。患者・国民、医療機関への周知もまったく不十分

**保険証を復活・併用すればすべて解決！**  
**当面の策として資格確認書を全員交付せよ！**

**75歳以上の方へ**

「マイナ保険証」を持っていても

**資格確認書**が  
全員に届きます！

政府は、後期高齢者(75歳以上の方)全員を対象に、従来の健康保険証と同じように利用できる「資格確認書」を交付することを決めました。(暫定的な対応です)

申請の必要はありません。  
「資格確認書」で安心して受診できるにゃん!

「保険証を使い続けたい」と訴えています!  
医療機関では「マイナ保険証」でのトラブルが絶えず、その際は「健康保険証」を使い続けたい! その声を元に「資格確認書」が対応しています。

「保険証を使い続けたい」  
その声を元に「資格確認書」が対応しています。

全国保険医団体連合会

## 立憲民主党提出の保険証復活法案は、通常国会は「継続審査」に

医療保険の被保険者証等の交付等の特例に関する法律案  
【通称 保険証復活法案（マイナ保険証併用法案）】

## 背景

- 令和5年のマイナンバー法等改正法が令和6年12月2日から施行され、従前のいわゆる「紙の保険証」の新規発行が廃止された
- 現に所持している「紙の保険証」も有効期限内しか利用できず、有効期限のないものでも令和7年12月2日以降は利用できなくなる

## 現状

- **マイナ保険証の利用低迷と混乱の懸念**
  - 現状では、マイナ保険証の利用率は25%（令和6年12月時点）と低迷し、国民に浸透しているとは評価できない
  - 国民の大多数がマイナ保険証を利用せず、紙の保険証を利用している現在の状況下での紙の保険証の廃止は、現場の混乱や国民の不安が生じる懸念がある
- 現時点での紙の保険証の廃止は時期尚早であり、一旦紙の保険証の発行を復活させた上で、様々な事情を見極め、改めて紙の保険証を廃止する時期を検討するべき

## 概要

## 1. 趣旨

マイナ保険証に係る問題が多発し国民の間でマイナ保険証に対する信頼が損なわれていること、マイナ保険証の利用が低迷していること等に鑑み、紙の保険証の交付等の特例について定めること

## 2. 紙の保険証の新規発行

医療保険各法における保険者等は、別に法律で定める日までの間、紙の保険証を新規に被保険者等に交付するものとする

## 3. 紙の保険証の利用

新規に交付される紙の保険証や現に所持している紙の保険証については、別に法律で定める日までの間、有効に利用できることとする

## 4. 資格確認書の交付の停止

別に法律で定める日までの間、医療保険各法等における資格確認書の交付に関する規定は、適用を停止すること  
※ 既に交付された資格確認書は引き続き利用できることとする

## 5. 別に法律で定める日の検討

①医療保険各法の規定による電子資格確認による被保険者等であることの確認が安全かつ確実に実行されるための環境整備の状況、②被保険者等が療養を受ける際の紙の保険証の利用の状況、③紙の保険証の廃止が高齢者及び障害者をはじめとする被保険者等に支障を及ぼさないようにするための施策の策定及び実施の状況、④紙の保険証の廃止に関する国民世論の動向その他の事情を勘案して検討し、その結果に基づいて定めること

施行日：公布の日から起算して3月を経過した日

## ストップ患者負担増！

## 骨太方針2025

医療保険制度について、給付と負担のバランスや現役世代の負担上昇の抑制を図りつつ、給付と負担の見直し等の総合的な検討を進める。高額療養費制度について、長期療養患者等の関係者の意見を丁寧に聴いた上で、**2025年秋までに方針を検討し、決定する。**

医薬品・検査薬の「更なるスイッチOTC化」（市販薬化）、「薬剤自己負担の見直し」の検討。3党合意文書を踏まえ、「OTC類似薬の保険給付の在り方の見直し」について年末までに検討し、**「早期に実現が可能なもの」は「2026年度から実行する」**



VS

## ストップ患者負担増

- OTC類似薬の保険外し反対
- 高額療養費制度の負担上限額引き上げ反対
- 高額療養費をいったん撤回させた運動を教訓に、患者さんとの連帯の力で負担増をストップさせる
- 患者間の分断、世代間の分断を許さず、患者さんとともに、医師・歯科医師からの発信を！





## 23 国民皆保険の危機～保険あって医療なし

### 1960年代～73年

- 1957年 療養担当規則制定  
薬価基準収載医薬品の処方義務化
- 1958年 国保法改正  
全ての自治体に地域保険の義務化
- ※1956年当時傷病による貧困の社会問題化、2871万人(総人口の31.9%)保険未適用
- 1961年 国民皆保険制度確立  
被用者保険本人0割、家族5割  
国保5割  
厚生省-「保険あって医療(給付)無し」の解消へ、医療過疎地域中心に国保直営医療機関等の整備
- 1963年 診療報酬の地域差撤廃。  
※この間に制限診療(療養給付期間や、治療方法の制限)の撤廃
- 1968年 国保3割負担
- 1973年 被用者保険家族3割(5割から引き下げ)  
老人(70歳～)医療費無料化(自己負担0)  
高額療養費制度創設  
※「福祉元年」+高度経済成長の終焉  
※第二次ベビーブームのピーク。以後出生率は今日まで低下

※歯科-差額徴収問題。1955年から差額徴収制度(保険適応外の材料費の差額徴収)あったが1974年ごろから、高すぎる不当な差額の苦情が殺到、政府は差額徴収を廃止する。(抜け道として「51年(1976年)通知」を出し「混合診療」は延命)教訓は、国民世論が、政府の保険歯科医療政策を変更させたこと。

#1952年サンフランシスコ条約、旧安保条約。1950年～1953年朝鮮戦争

- ・米国はその世界戦略に基づき、日本の経済成長を支援。
- ・日本は、輸出産業立国を目指し、高度経済成長。国内構造として、大企業の負担の下請転嫁。「日本型労使関係」~規模別賃金格差(大企業>下請中小企業)。性別格差構造。農村=低賃金労働者の供給源。正規雇用男性の年功序(女性労働者-結婚退職、若年定年制も広く浸透)。住宅、教育など基礎的生活保障は自己責任。

1971年 ニクソンショック-金・ドル交換停止、変動相場制へ。

1973年 第1次石油ショック(第4次中東戦争)

日本は「調整インフレ」で、ニクソンショックに対応(円高・ドル安に)

※金融緩和・円供給量の拡大(国債の大量発行)により、物価上昇を甘受しつつ、円高抑制し、国民に生活の犠牲を強いる一方、輸出産業の利益を優先する政策)そこへ第1次石油ショックで「狂乱物価」と言われる物価上昇。政府は、インフレ抑制のため、“総需要抑制策”に転じ景気の急速な悪化。

1974年 実質経済成長率マイナス。高度経済成長に終止符

→以後、政府による、経済界への国家支援の強化(金融、財政、立法)と、財界の要請によ

る、医療・社会保障の抑制策の強化。「過剰診療」「過剰受診」「社会的入院」

### 1973年～1980年代

1976年、77年 健保法改正。-財政対策、国庫負担の削減へ。保険料と窓口負担の改悪  
(政管健保) ボーナスから1%の特別保険料。健保本人初診時一部負担金200円から600円、  
79年には800円に

1981年 健保法改正-財政対策、国庫負担の削減へ。-窓口負担  
一部負担金:家族(入院2割に引き下げ、外来3割)

1983年 老人保健法施行～定額負担導入  
一部負担金(入院1日300円[2ヶ月を上限]、外来1ヵ月400円)

※以後1999年まで7回引き上げ

1984年 健保法「大」改正。-医療費抑制を正面に

- ・健保本人1割。
- ・特定療養費制度の導入(2006年保険外併用療養費に)
- ・退職者医療制度の創設(2008年廃止)
- ・国保への国庫負担率の引き下げ(45%から38.5%へ)1984年の市町村国保総収入に占める国庫負担割合は約50%、2000年34.9%に。※2000年度1兆3600億円削減。

cf) 一人当たり国保料:1984年3万9020円、1990年6万2092円、2000年7万9123円  
(2023年16万5594円 大阪府)

※吉村仁保険局長(「医療費亡国論」1983年3月)の下での改正。

※同時に「医療提供制度」の見直し、本格的スタート。

厚生省「今後の医療政策の基本的方向-21世紀をめざして」

1985年「第1次医療法改正」

- ・地域医療計画の作成-都道府県医療計画-病床規制の導入

1989年 国保法等改正。

- ・医療費通知。国保安定化計画

#1971年のニクソンショック、73年の第1次石油ショックで74年、世界は戦後初めての本格的な世界恐慌に。

- ・日本。74年春闘で32.9%の賃上げ。政府による産業競争力支援により、エレクトロニクス製品と自動車の世界市場を席巻し、70年代後半～80年代後半に「経済大国」=外需依存に。

1979年「新経済社会7ヵ年計画」閣議決定。医療・社会保障政策の転換と経済構造調整

1981年「第2次臨時行政調査会」(土光臨調)

対外:対米協調を基本に国際貢献(ODA)

国内:防衛費のGDP1%枠の見直し。労働者派遣法の制定16業種。後国鉄の分割・民営化(87年)。労働時間法制の改定-変形労働時間制(88年)。マル優制度の廃止(88年)。

- ・消費税3%導入(89年)-法人税率42%→37.5%。所得税最高税率76%→65%
- ・輸出依存型経済=輸出産業の利害を「国益」に結びつける考え方の浸透。雇用の抑制と長時間労働や賃金カット、下請単価切下げ等、「コストカット経済」の追求の結果日本社会に様々な歪みをもたらした。さらに、バブルの崩壊後の米国、財界の要求である新自由主義経済政策は、その後日本社会を「失われた30年」に追い込む。

## #バブル経済とその崩壊—新自由主義経済と米国への従属

1980年代「日米貿易戦争」:米国の対日要求

- ・1984年日本:投機的な外国為替取引は禁止(抑制)。この規制の撤廃で、米国金融資本の日本進出の条件作り完了。

同時に、低金利(公定歩合2.5%)金融自由化による、国内での投機取引(円、土地)でバブルに。(1989年末株価3万8915円87銭、1992年末1万6924円95銭)

1986年(91年改定):日米半導体協定。日本市場での外国製半導体

シェア20%以上の目標数値。(レーガン政権→中曽根政権)→日本の半導体分野の競争力壊滅

1989年~90年:日米構造問題協議。(ブッシュ父政権)→日本の内政政策、制度の変更を命令

!10年間で430兆円(後630兆円)の公共事業実施

!大規模小売店舗法廃止等々

※ニクソンショック、第1次石油ショックの下、政府は財界の要求に基づき、制度の見直し=国民への給付抑制と負担増を推し進めた。

## 1990年代~2000年代

1991年老健法改定

一部負担金引き上げ

1992年「第2次医療法改定」-医療施設機能の体系化-

療養型病床制度の創設。特定機能病院制度の創設。看護と介護の明確化。在宅医療の推進

1994年 健保法改定

入院給食の有料化(入院時食事療養費の創設)

1997年 健保法等改定 <消費税率5%>

健保本人2割。薬剤費別途負担。老健患者負担引上げ

「第3次医療法改定」 地域医療支援病院制度の創設。診療所への療養型病床群の設置

1998年 社会保障構造改革+社会保障財政構造改革

2000年 \*介護保険法施行。40才以上から保険料徴収

\*国保証取り上げを市町村に義務付け。

\*老人保険法改定。高齢者1割負担(月額上下有り)(2001年施行)

「第4次医療法改定」

・病床区分の見直し(療養病床、一般病床の創設)

・2年間の臨床研修の必修化。等

2002年 ~社会保障予算自然増を3000億円削減(以降毎年2200億円削減)

\*健保本人3割(2003年施行)、高齢者「現役並」2割。

\*診療報酬本体マイナス改定-1.3% 2006年も-1.36%

2006年 「第5次医療法改定」

小泉内閣の「聖域なき構造改革」の一環として

①地域医療計画制度の見直し

②県医療対策協議会の制度化等医師不足問題への対応。

③医療機関の機能情報の公表等。

2006年 高齢者「現役並」3割

2008年 「後期高齢者医療制度」創設。

政管健保を協会けんぽ(国から法人へ) 保険料率は県単位

#1980年代末からの米国による日本改造(構造改革)は社会保障の変質も含め1990年代に本格化  
・米国の「新自由主義経済政策」は、レーガン、ブッシュ父、クリントン政権の対日要求として、米国の望む方向での日本の「構造改革」を実現していく。

1995年:1990年代の不況下、日経連も「新時代の「日本的経営」-挑戦すべき方向とその具体策」で、米国の要求に追随。労働分野での、リストラ、非正規雇用の利用拡大(労働市場の規制緩和を推進)→輸出産業の国際競争力維持(低コスト、減量経営、消費税)→2008-2009年のリーマンショックで「外需依存」の終焉→大不況へ→輸出産業依存構造の温存+金融資本経済構造への移行→アベノミクスへ

1993年~94年日米包括経済協議(クリントン政権)

※5分野(政治、経済、社会保障、教育など全分野を5つに分類しただけ)の日本の市場開放+日本の制度改革

1994年~2008年:毎年の「年次改革要望書」で、米国の対日要求を貫徹(=小泉構造改革)

例)1994年 日米保険協定「第3分野」(がん保険など)については5年間日本企業の参入禁止  
郵政民営化要求(簡易保険)→2005年小泉郵政選挙→2013年アフラックの郵便窓口販売

※2006年 改定保険業法の施行:保団連“休業補償”の新規募集停止(~2013年)

※年次改革要望書:診療報酬の削減、患者負担増大要求。(民間保険の需要喚起)

※1996、1999、2004年 労働者派遣法改正「自由な働き方」→格差と貧困。内需の冷え込み。人口減少の深刻化

#### #日本政府

1990年 湾岸戦争(海部内閣-ブッシュ父)「武力の使用または武力紛争への関与は行わない旨決意している。これが憲法の枠組みだ。」~終結後掃海艇派遣。

1991年 ソ連邦崩壊

1997年 消費税率5%(1998年法人税率引き下げ37.5%→34%、1999年→30% 法人事業税率引き下げ12%→11%、1999年→9.6%

1999年所得税・住民税最高税率引き下げ計65%→50% 2018年法人税率23.2%)

小泉政権(2001年~2006年)

\*2001年テロ特措法-米国のアフガン戦争支援、自衛隊インド洋に。

\*2003年イラク特措法、boots on the ground

\*有事関連7法

\*郵政民営化法

2009年 民主党政権(~2012年)社会保障制度改革推進法

2010年代~医療・社会保障制度改革が相次ぐ。その道筋=社会保障・税の一体改革

2012年 社会保障制度改革推進法含む関連8法(三党合意)

- ・目的)「受益」と「負担」の均衡-社会保障の給付は「受益」?
- ・自助>>共助>公助

- ・負担の適正化-公費負担の範囲の限定化と給付削減と負担増
- ・財源は消費税収を主な財源とする
- ・医療保険給付の対象となる療養の範囲の適正化
- ・生活扶助、医療扶助の給付水準を早急に適正化
- ・社会保障番号制度の早期導入
- 「社会保障制度改革国民会議」(1年)
  - \*国保の都道府県化-医療提供体制と財政運営責任(医療費適正化=医療費管理)の都道府県化

2013年 社会保障改革プログラム法。

\*医療・介護・年金・福祉改革メニューの日程表

\*社会保障制度改革推進本部(首相が長)、社会保障制度改革推進会議の設置

マイナンバー法(4法)成立:2016年1月よりマイナンバー制度の導入←①社会保障・税一体改革の一環②IT産業支援。

2014年 医療介護総合確保推進法。19本の束ね法。

\*「地域包括ケアシステム」を定義。医療も構成要素。急性病床削減も含む

\*国は方針策定と支援、体制づくり、サービス提供は自治体。消費税増税の財源で基金。

2014年診療報酬改定 地域包括ケア病棟の創設。(2024年地域包括医療病棟の創設)

\*第6次医療法改定 医療費増大を念頭に医療提供体制の再編。病床機能報告制度の創設

2015年 医療保険制度改革関連法 後期高齢者の保険料負担割合の見直し等。

2018年 国保の都道府県単位化実施。

医療法・医師法の一部改正法の施行

医師の診療科・地域偏在是正。

2021年 外来機能報告制度の創設(病床機能報告対象病院等)

紹介受診重点外来の実施・意向の有無

\*マイナンバー法改定

2023年 全世代型社会保障法

- ・後期高齢者の窓口負担(2022年原則2割化)、保険料負担の増加(出産一時金の引上げへの支援金の拠出)(後期高齢者支援金4と後期高齢者保険料1の見直し方法の見直し)

- ・第4期医療費適正化計画(2024~29年度)

- ・国保の保険料水準統一化加速

- ・かかりつけ医機能の定義と機能報告

\*後期高齢者2割負担導入。

\*マイナンバー法改定 マイナ保険証

2024年 マイナンバー法改定 税・社会保障分野の国家資格のマイナンバー利用事務等

2025年 マイナンバー法改定「公金受取口座」

※2010年以降、とりわけ安倍政権では、「社会保障制費についていわゆる「自然増も含め聖域なく見直し、徹底的に効率化・適正化していく必要がある。2016年度からの3年間を集中改革期間とし、社会保障を歳出改革分野と位置づける。自然増分を3年間で1兆5000億円に抑制する。」として、国民への給付抑制・負担増を、医療提供体制への制度的・経済的圧力をかけ続けている。

2014年 消費税8%、(2014年法人実効税率34.62%→2018年29.74%)

2015年 労働者派遣法改定 派遣労働者による常用代替を無期限に認める。正社員のリストラや非正規化・外注化が進む→非正規雇用：2005年1634万人→2024年2126万人(36.8%)

2019年 消費税10%

#アベノミクスに象徴される2010年代から現在までの政策の特徴

～金融資本主義～企業-本業より金融商品での儲け増加。

- ①「異次元の金融緩和」円安による(輸入品)、原料高、物価高vs大企業の海外利益の円換算儲け→株価の上昇=株価・株主資本主義マネーゲーム。輸入インフレ。実質賃金の低下。(従業員5人未満の事業所は調査対象外)。格差拡大→出口なき金融緩和
- ②「機動的な財政政策」税制改革(法人実効税率の引き下げ、研究開発現是)。消費税増税大型公共事業-マイナンバー制度による国内大手5社に3兆円規模の官製市場で、企業救済(ラピダス支援。嘗てエルピーダメモリやルネサス)
- ③「民間投資を喚起する成長戦略」日本再興戦略2013で、医療・社会保障への民間参入支援等等、官製市場を通じて大企業支援。

#外交政策

経済政策と同じく、米国の要求+財界の要求。米国の世界戦略での日本の位置づけ

米国の軍事費への負担増→加えて軍事力の負担と米国武器の購入要求。それに見合う、国内の法整備+財源の整備

→国内法整備。専守防衛から集団的自衛権、敵基地攻撃へ

→防衛費:米国からの要求の丸呑み

→財源は? 47兆円のうち17.1兆円が新たに必要。

増税(27年までに年間1兆円規模の増税)

社会保障をはじめとする民政予算の削減(歳出改革で3兆円強)

不明(様々な工夫で2.5兆円) GDP費3.5%では?

→必要性。戦後最も厳しく複雑な安全保障環境に直面している

→危機感の醸成。台湾「零日攻撃 ZERO DAY」、尖閣問題、北朝鮮

この道を許せば、大增税、社会保障大削減、国家財政の破綻...では?

- ・経済的困難だけか?自由や民主主義、個人財産、社会活動、学問の自由は?
- ・本当に戦争するのか?-基地強硬化政策。避難計画と訓練。(日本の戦場化を想定?)

この夏、しっかりと考えませんか?

## 医療保険制度の患者一部負担の推移

～昭和47年 12月		昭和48年1月～	昭和58年2月～	平成9年9月～	平成13年1月～	平成 14年 10月～	平成 15年 4月～	平成18年 10月～	平成20年4月～	令和4年10月～
老人医療費 支給制度前		老人医療費支給制度 (老人福祉法)		老人保健制度				後期高齢者医療制度		
国保	3割	なし	入院300円/日 外来400円/月	→1,000円/日 →500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担	定率1割負担 (月額上限付き) *診療所は定額 制を選択可 薬剤一部負担の廃 止 高額医療費創設	定率1割負担 (現役並み所得者2 割)	定率1割負担 (現役並み所 得者3割)	75歳以上	1割負担 (現役並み所得者3割)	1割負担 (現役並み所得者3割、 現役並み所得者以外の一定 所得以上の者2割)
	被用者本人 定額負担								2割負担 (現役並み所得者3割) ※平成26年3月末までに 70歳に達している者は1割 (平成26年4月以降70歳になる者から2割)	
被用者家族	5割	若人 被用者本人	3割 高額療養費創設(\$48～)	入院3割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割 (H14年10月～))	入院2割 外来2割+薬剤一部負担	3割 薬剤一部負 担の廃止	3割	70歳未満	3割 (義務教育就学前2割)	
	被用者家族	3割(\$48～) →入院2割(\$56～) 高額療養費創設 外来3割(\$48～)	入院2割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割 (H14年10月～))							

(注)・昭和59年に特定療養費制度を創設。将来の保険導入の必要性等の観点から、従来、保険診療との併用が認められなかった療養について、先進的な医療技術等にも対象を拡大し、平成18年に保険外併用療養費制度として再構成。  
 ・平成8年10月に入院時食事療養費制度創設、平成18年10月に入院時生活療養費制度創設  
 ・平成14年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、平成20年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大

# 24 国民皆保険の危機～保険あって医療なし

## 25条と9条を掲げて地域から声をあげよう

### 【開業医宣言】前文

わが国の開業医は第一線の医療の担い手として、長年にわたり地域住民の医療に貢献してきた。いま、日本人の平均寿命は大きく延びてきたが、一方、国民生活をとりまく経済、労働、環境などの急激な変化とその歪みは、成人病の増加はもとよりかつては見られなかった心身の疾患をも生み出し、子供から老人に至るまですべての世代を通じて、健康に対する関心と不安が増大している。

こうした中で開業医師、歯科医師のあり方も問い直され、日常の診療に責任を持つことはもとより、疾病の予防から環境の改善に至るまでその専門的知識、技術による幅広い対応がよよく求められている。同時に近代民主主義の主権在民、人権尊重の思想は、医療における人間関係、医学の進歩と医療の倫理など新しい課題をも提起している。

これらの期待と要望に応えるためには、患者・住民のもとめるところを深く理解し、常に新しい医学・医術を研鑽して、自らの医療生活を省み創造する開業医の姿勢と努力が不可欠である。

また、わが国は「経済大国」といわれながら、その力が国民には還元されず、逆に国民の努力により築き上げてきた社会保障が、軍事予算拡大やいわゆる「民活路線」の陰で次々に後退させられている。さらに現在、地球規模での環境破壊や核兵器の脅威など、人類の生存すら危ぶまれる状況も存在している。

私たちはこれらの現実に立ち向かいつつ、21世紀の医療を担う開業医像をめざして、次の通り宣言する。

## 25条と9条を掲げて地域から声をあげよう

【開業医宣言】より

### 8. 社会保障

医療を資本の利潤追求の市場に委ねてはならず、すべての国民が十分な医療・福祉を受けられるよう、社会保障を充実することは近代国家の責務である。私たちは国民とともに社会保障を守り、拡充するため努力する。

### 10. 平和の希求

人命を守る医師はいかなる戦争をも容認できない。私たちは歴史の教訓に学び、憲法の理念を体して平和を脅かす動きに反対し、核戦争の防止と核兵器廃絶が現代に生きる医師の社会的責任であることを確認する。

## 第54回保団連夏季セミナー

記念講演「外交で平和を作る、とは」猿田佐世氏

(シンクタンク「新外交イニシアティブ (ND)」代表、弁護士)

講座1 世代間対立の先にある危機 大内裕和氏 (武蔵大学教育課程 教授)

講座2 沖縄で今何が起きているか 前泊博盛氏 (沖縄国際大学経済学部 教授)

講座3 女性差別撤廃条約とジェンダー平等 浅倉むつ子氏 (早稲田大学法学学術院名誉教授)

講座4 追いつめられる歯科医師たちと歯科医療から遠ざけられる患者たち

宇佐美宏氏 (保団連副会長)

シンポジウム 患者の声から考える 医療アクセスの課題と改善策

< 基調講演・パネリスト >

橋本政宏氏 (保団連副会長)

水戸部ゆうこ氏 (がんサロン～CANCERおしゃべりCAFÉ 代表)

蓮池安彦氏 (社会医療法人社団 健生会 法人事務局 部長)

諸富 徹氏 (京都大学大学院経済学研究科 教授)

< 司会 > 井上美佐氏 (保団連副会長)

大いに学び、展望をつかもう！

最後までご覧いただき、ありがとうございました。