

日本の医療崩壊と後期高齢者医療制度

世界に誇るべき国民皆保険制度 完全な崩壊への決定的一步

全国保険医団体連合会への特別寄稿を、宇沢弘文先生・全国保険医団体連合会のご承諾をいただきまして転載しました。（ポリオの会 2008年4月7日）。

給付の平等性とフリーアクセスの原則

1961年に発足した日本の国民皆保険制度の下、国民のすべては、何らかの公的医療保険によってカバーされる。公的医療保険は社会保険としての性格をもつ。すなわち、保険者は市町村または健康保険組合であって、各人はそれぞれの医療保険が特定する要件をみたすときには、保険に加入することが強制される。

国の定める療養規定の範囲に限って、診療報酬の支払いがなされ、保険料はもっぱら、市民の基本的権利の充足、社会

的不平等の解決という視点から決められる。

とくに、社会保険としての公的医療保険については、各保険者の経営的赤字は、憲法第25条にしたがって、最終的には国が補填するのが基本的原則である。

国民皆保険制度の基幹的原則ともいうべき、給付の平等性とフリーアクセスの原則を貫こうとするとき、個別的な保険者について、保険収支のバランスを想定することは不可能である。

皆保険制度を守る医療関係者の努力

国民皆保険制度はもともと、すべての国民が齊しく、そのときどきに可能な最高の医療サービスを受けられることを社会的に保障するという高邁な理想を掲げて発足した。しかし、理想と現実との乖離は大きかった。

その乖離を埋めるために、医師、看護師を中心とする医療にかかわる職業的専門家の献身的な営為と、医療行政に携わる人々の真摯な努力がつづけられてきた。

病院の物理的条件も医療設備も必ずしも満足できるものではなかった。日本の医師、看護師などの医療専門家の、人口当たりの人数は極端に少なく、その経済的、社会的処遇も、諸外国に比較して

極めて低く、また勤務条件も過酷であった。しかし、大多数の医師、看護師たちは、高い志を保って、患者の苦しみ、痛みを自らのものとして、献身的に診療、看護に当たってきた。

日本の国民医療費はGDP当たりで見ると、OECD諸国のなかで最低に近い水準にある。しかし、日本の医療はどのような基準をとっても、最高に近いパフォーマンスを挙げてきた。

国民の多くはこのことを高く評価し、医師、看護師をはじめとして医にかかわる職業的専門家に対して、深い信頼と心からの感謝の念をもってきた。

高齢者を犠牲にした極端な医療費抑制

この理想に近い状況は、度重なる乱暴な医療費抑制政策によって維持しつづけることが極めて困難になってしまった。日本の医療はいま、全般的危機と断言していい状況にある。かつては日本で最高水準の医療を提供していたすぐれた病院の多くが経営的に極めて困難な状況に陥っている。

とりわけ地方の中核病院の置かれている状況は深刻である。数多くの医師、看護師たちは志を守って、医の道を歩むことが極めて困難な状況に追いやられている。

この危機的な状況の下で、本年4月1日、医療費抑制をもっぱらの目的に掲げて、後期高齢者医療制度が発足する。この制度は、75歳以上の老人すべてを対象として、他の公的医療保険制度から切りはなして、新しく組織される広域連合を「保険者」として、地域的に分断して、運営しようとするものである。

保険料は、もっぱら広域連合の経営的観点に立って（おおむね2年を通じて財政の均衡を保つように）決められ、75歳以上の老人は、生活保護世帯に属するもの以外すべて、これまで扶養家族だった人も含めて個別的に保険料を支払わな

日本の医療はなぜ深刻になったのか

日本の医療は、何故このような深刻な事態に立ちいたってしまったのだろうか。この深刻な事態を招来させた、そのもっとも根元的なものは、市場原理主義とよばれる似非経済学思想である。市場原理主義は簡単にいってしまうと、もうけることを人生最大の目的として、倫理的、社会的、人間的な営為を軽んずる生

ればならない。

医療給付についても、信じられないような条件が課せられている。たとえば、闘争、泥酔、著しい不行跡、あるいは自殺未遂で負傷したり、病気になってしまった場合、療養の給付はカバーされない。

とくに深刻な影響を及ぼすことになるのが、被保険者資格証明書の制度が全面的に取り入れられることである。保険料の未納が1年を超えると、健康保険証を取り上げられ、代わりに被保険者資格証明書が発行される。

しかし、この資格証明書だと、かかった医療費をそのたび、全額、病院の窓口で支払わなければならない。未納保険料を全額支払わないかぎり健康保険証は返してもらえない。

「医療費の適正化」という市場原理主義的な名目を掲げて、主として「高額医療費」と「終末期の入院医療費」に焦点を当てて、75歳以上の老人を犠牲にして、極端な医療費抑制を実現しようというのが厚生労働省の意図である。

社会的共通資本としての医療を具現化するという高邁な理想を掲げて、1961年発足した、世界に誇るべき日本の国民皆保険制度は、その完全な崩壊への決定的な一歩を歩み始めようとしている。

きざまを良しとする考え方である。

市場原理主義は先ず、アメリカに起こった。そして、チリ、アルゼンチンなどの南米諸国に始まって、世界の数多くの国々に輸出され、社会の非倫理化、社会的靱帯の解体、格差の拡大、そして人間的関係自体の崩壊をもたらしてきた。

この市場原理主義が、中曽根政権の下

に始まって、小泉・安倍政権の6年あまりに日本に全面的に輸入され、日本の社会はいま、戦後最大の危機を迎えている。

日本では、市場原理主義が、経済の分野だけでなく、医療、教育という社会的共通資本の核心にまで、その影響を及ぼしつつあるからである。

中曽根「臨調行革」路線の下で、厚生官僚によって「医療亡国論」が声高に主張され、医療費抑制のために医師数をで

きるだけ少なくする政策が取られはじめた。医に経済を合わせるといふ社会的共通資本としての医療の原点を忘れて、経済に医を合わせるといふ市場原理主義的主張に基づいた政策への転換を象徴するものだった。現在の極端な医師不足、勤務医の苛酷な勤務条件を招来する決定的な要因がすでに形成されはじめていたのである。

市場原理主義は国民の願いに逆行する

1980年代、財政赤字と貿易赤字という双子の赤字に悩むアメリカ政府は、日米構造協議の席上、日本政府に対して執拗に内需拡大を求めつづけた。その結末が、日本が10年間で公共投資を430兆円行うという国辱的ともいふべき公約であった。

「増税なき財政再建」の旗印を掲げながら、アメリカからの、この理不尽な要求を可能にするために政府が考え出したのが、地方自治体にすべてを押しつけることであった。国からの補助金をふやさないで、すべて地方自治体の負担で、この巨額に上る公共投資を実現するために、詐欺と紛う、巧妙な手法が用いられた。

この流れは、小泉政権の「三位一体改革」によって、さらに拍車を掛けられた。その「地域切り捨て」政策と、度重なる暴な医療費抑制政策の及ぼした弊害はとくに深刻である。

市場原理主義の日本侵略が本格化し、社会のほとんどすべての分野で格差が拡大しつつある。この暗い、救いのない状況の下で行われた昨年7月29日の参議院選挙の結果は、国民の多くが望んでいるのは、市場原理主義的な「改革」ではなく、一人一人の心といのちを大切に、すべての人々が人間らしい生活を営むことができるような、真の意味におけるゆたかな社会だということをはっきり示した。

しかし、今回発足する後期高齢者医療制度は、この国民の大多数の願いを裏切って、これまでの長い一生の大部分をひたすら働き、家族を養い、子どもを育て、さまざまな形での社会的、人間的貢献をしてきた「後期高齢者」たちの心といのちを犠牲にして、国民医療費の抑制を図ろうという市場原理主義的な「改革」を強行しようとするものである。

(完)

宇沢弘文東大名誉教授 略歴：1928年生まれ。東京大学理学部数学科卒業、スタンフォード大学経済学部準教授、シカゴ大学経済学部教授、東京大学経済学部長、文化功労者、日本学士院会員、文化勲章受賞。