

医療改悪のねらいと概要

相野谷安孝

はじめに

83年2月の老人保健法の実施による高齢者医療の窓口有料化を皮切りに、翌84年の健康保険法改悪による健保本人の1割負担導入(97年から2割)など、80年代から、病院や診療所の窓口での医療費負担がつぎつぎと引き上げられてきた。ふたたび高齢者の患者負担を増やそうという医療制度改悪が、2000年末の臨時国会の焦点となった。

この原稿を執筆している11月の上旬時点で、健康保険法・医療法の両改悪案は、臨時国会での審議の山場を迎えている。衆議院でこの改悪案は、わずか3日、23時間程度の審議で与党自公保の賛成で強行採決された。審議によって数々の問題点が明らかになってきていただけに、採決の強行は国会における民主主義の危機をも感じさせるものであった。

審議の移った参議院では、衆議院での強行への国民の怒りや、野党四党が一致して反対の立場を貫いていることもあって、そう簡単に強行できない状況が生まれている。また、森内閣に対する国民の支持率の急落によって、変化のきざしも生まれており、国民の反撃しだいでは法案成立を阻止できる可能性が生まれている。省庁再編を控えた臨時国会の会期は12月1日までであり、本誌発行時点では、その決着が付いているはずである。以下に述べるこの改悪のねらいと内容から、なんとしても成立が阻止されていることを願っている。(残念ながら11月30日、自・公・保の賛成多数で成立した)

歴史的な意義持つ健保改悪

今度の健康保険法改悪の問題点は大きく2つある。ひとつは、70歳以上の高齢者の負担増である。現在高齢者は外来での診療ごとに530円という定額の負担をしている。これがかかった治療費の1割の負担という定率負担に切り替える。これは歴史的な改悪である。1度定率負担が導入されれば、当面は低くても、2割3割へと消費税のように限りなく引き上げられる可能性が強い。法案が浮上した99年暮れに堺屋経済企画庁長官が、「医療概念を変える根本的な問題を提起している」と述べたが、まさに質的な改悪なのである。

もう一つは、70歳未満の高額療養費制度の改悪である。現在は、健保支払いの医療費の自己負担(本人2割、家族の入院2割・外来3割、国保3割)には、月に63600円の上限が設けられている。この上限をはずして、かかった医療費の応じて上昇させる仕組みをつくることである。

じつは、この改悪案は6月の総選挙前の通常国会にすでに提出された。ところが、介護保険や年金をめぐる国民的なたたかいによって審議の機会を失い、国会の解散によりいったんは廃案となったものである。97年の医療保険改悪反対運動の高まり(1800万の反対署名が寄せられた)や、その後の国民の負担増反対の声が、総選挙を前に、与党にとって医療改悪を強行した上での選挙は不利と映ったからである。年金、福祉、介護の運動と結んでの署名運動や職場・地域での学習運動が力になった。

しかし、政府は臨時国会に、まったく同じ内容で改悪案を提出した。改悪案が成立すれば、年明けの1月早々から実施される。

この実施日にも着目していただきたい。21世紀早々の大変なお年玉となるわけだが、11月の成立としてもわずか1ヶ月あまりの周知期間しかない、この手の負担増を1月1日から実施するという例も過去になかった。病院・診療所や薬局では、冬休み返上で1割負担に応じたシステムの変更を行わなければならない。少なくない高齢患者が12月中は530円で済んでいた支払いが、あとで詳細するように1000円、2000円、なかには5000円近い支払いを、年明けの受診から請求されるのである。会計窓口での混乱も予想される。

政府与党が1月実施としたのは、10月からはじまった介護保険の65歳以上の人の保険料徴収への怒りとあわせ、医療改悪への不満が、2001年7月の参議院選挙に影響を及ぼすことをおそれたからであろう。半年もすれば国民は忘れてくれるだろうというもくろみが見え隠れする。介護保険の問題や相次ぐ医療改悪による患者の被害を継続して国民に広く知らせ、選挙で目にも物見せる結果を出さなければならない。

いくらかかるかわからない不安

予定されている改悪の内容について紹介する。(表-1)

現在、70歳以上の人の医療費の支払いは、外来では1回530円(月4回まで)、入院は1日1200円の負担となっている。入院の場合は、1200円の負担の他に1日760円の食事代が加算される。

国会に提出されている法案は、これを1割の定率負担に切り換える。外来では、月の支払いに上限が設けられている。しかし、表のように、診療所では1回800円の定額の負担をすることもあったり、病院でも200床未満の病院では3000円、200床以上の病院になると5000円

と、病院の大きさにより上限の違いがある。とても複雑なしくみになっている。200床以上の負担上限が大きくなっているのは、高齢者に大きな病院にかかるなどといっているようなものである。

新たな医療費負担の主な内容

70歳以上の高齢者の医療費

外来	現 行	改 悪 後			
		大病院 (200床以上)	中小病院 (200床未満)	診 療 所	
支払方法	1回あたり 530円	定率1割	定率1割	診療所が選択 定率1割 1回あたり 800円	
上限	月2,120円	5,000円	3,000円	3,000円	3,200円
入院	現 行	改 悪 後			
	1日あたり1,200円 (低所得者に低減措置)	定率、月額上限37,200円 (低所得者などに低減措置)			

高額療養費制度の改悪

	現 行	改 悪 後
低所得者	35,400円	現 行 通 り
一般患者	63,600円	63,600円+ α α は月の医療費総額が318,000円 をこえた場合の超過額の1%
月収56万円 以上の患者		121,800円+ α α は月の医療費総額が609,000円 をこえた場合の超過額の1%

入院時の食事負担

現 行	改 悪 後
1日あたり760円 (低所得者に低減措置)	1日あたり780円 (低所得者などは減額)

また、定率の負担の一番の問題は、「今日の治療費がいくらかかるかわからない」という不安を高齢者に与えることだ。診察を受けて、検査や注射などを行って、会計の窓口立たないと料金がわからない。「今度の診察では、検査すると先生にいわれたけど、5000円持っていけば大丈夫かしら」など、財布と相談しての受診は、高齢者を病院や診療所から遠ざけることになる。

「コスト意識の喚起」などと厚生省は言っているが、この負担増は、高齢患者を病院から遠ざけ、医療費を抑制することが目的である。介護保険でも1割の利用料負担が介護サービス抑制につながっている。なかでも低所得者が差別、

特集・社会保障後退と労働者生活の悪化

排除されている。大幅な受診抑制が起こることは間違いない。このことはかえって高齢患者の病状を悪化させ、結果として医療費の上昇を招かざるをえないであろう。

外来では、単純におよそ1.5倍の負担増であるが、高血圧などの慢性疾患で、いままで月に1回の通院で検査や1ヶ月分の投薬で530円の支払いだった人が、200床以上病院では、上限の5000円近くの支払いを求められる人もいる。

また、高齢患者の受診動向は、平均でひとり1.8件となっている。内科の受診に加え、整形外科や眼科など、いくつかの病院や診療所にかかっているのだ。3カ所にかかれば、それぞれで上限までの負担が必要になる。つまり3000円以内のところにかかるとしても、合計で9000円までの負担になる。

入院ではさらに大変だ。胆石で7日間入院した場合の自己負担額は、現行では12200円だが、37200円と3倍以上になる。肺炎で6日間の入院の場合、11760円が24760円と2倍以上である。(表-2) 国会の審議で白内障の手術は平均で4倍になることが明らかになっている。一泊二日の入院でも、入院時に高額な検査や手術を行えば負担増は大変なものになる。また、月末に入院し、月をまたがる入院となれば、同じ日数の入院でも負担が増えることになる。

患者一人あたりの平均で1万円の負担増である。また、この改悪による医療費抑制効果(受診抑制効果)は990億円(高齢患者一人あたり6700円)になることも明らかになっている。金額の上でも大幅な受信抑制を予定しているのである。

97年9月から実施された健康保険制度の改悪では、2倍の負担になった健康保険本人をはじめ、負担増を苦にした受診の抑制がすすんだ。病院の診療現場では、一連の負担増と不況の影響で、「入院だけは勘弁してほしい」「検査はこの次に」などの患者の悲鳴があがっている。手遅れで重症化したり、命を失ったりといった事例も後を絶たない。

4月から実施された介護保険でも、1割の利用料負担が、介護サービス利用の大きな抑制になっていることが明らかになっている。

厚生省が10月31日に発表したサービス利用状況調査によれば、支給限度額に対する利用率は平均で43.2%にとどまっている。半分もサービスを利用していない、サービス利用を抑えているのが実態なのである。

介護はまだ家族の大きな犠牲の上に代替えが可能であるが、医療はそういうわけにはいかない。

今度の改悪はさらにいのちに制限を設ける重大な改悪である。

青天井に医療費負担を増やす

高額療養費制度の改悪も大きな問題を持っている。高額療養費制度とは、月の窓口での支払いが63600円を超えた場合は、申請によって超えた金額が後から返ってくる制度である。今度の改悪では、この上限をはずし、かかった医療費に応じて負担が増える仕組みを取り入れている。表-1のように患者さんの月収で2段階に分けられているが、いずれにしても大病をすれば大きな負担になってしまう改悪である。とりあえず1%の負担だが、これも将来的には引きあがられるだろう。

改悪案で70歳以上の患者負担は (2001年1月から実施予定)				
外 来	糖尿病と高血圧で月1回 200床以上の病院に通院 している女性(82歳)	現行 530円	9.4倍	改悪案 5000円
	気管支ぜんそくと脳こう そくで月1回の往診を受 けている男性(92歳)	530円	5倍	2630円
入 院 給 付 金 は 減 る	胆石を取り出す手術(腹 腔鏡下胆摘術)を受け、 7日間入院した男性(71歳)	現行 8400円	4.4倍	改悪案 3万7200円
	大腸ポリープの切除で 3日間入院した女性	3600円	4.2倍	1万5140円

国会の審議の中では、この改悪による国民全体の負担増は年間で1460億円になると政府が予想していることが明らかとなっている。高齢

また、表にある2段階の所得階層区分で、高額所得者の概念を新たに導入したことも問題がある。標準報酬月額で56万円、自営業者で年収700万円というラインであるが、労働者でも50代を越えるとこの基準に達する人は多いのではないだろうか。これらの人の上限は一気に倍の121800円になる。

この「高額所得者」という基準は、今後医療に限らないさまざまな負担を課す基準として準用される危険性も持っている。

この改悪について政府は、医療を受ける人と受けない人の負担の公平、コスト意識の喚起などと説明しているが、心ならずも重病となり、働くこともままならなくなった患者に「コスト意識を持て」というのもひどい話である。

保険料の引き上げも

今回の健保改悪では、介護保険の実施に伴う保険料率の引き上げも行われる。

現在、40歳以上65歳未満の介護保険料は健康保険の保険料に組み込まれ、法定上限の範囲内(組合健保95/1000、政管健保91/1000)で徴収されている。この上限のため、予定していた介護保険料を徴収できない組合健保が生まれている。今回の改悪では、政管健保の法定上限を95/10000に引き上げるとともに、介護保険料はこの上限の枠外にされる。これも決して少なくない負担増となるであろう。また、現在徴収できない介護保険料は、来年度の保険料の上乗せされて徴収される。

病院つぶしをねらう医療法改悪

健康保険法と同時に医療法の改悪も審議されている。これも大きな問題を持っている。

1985年以来、4回目の大きな改悪となるが、4回の改悪を通じて一貫して一般病床の削減がねらわれてきた。今回の改悪もその方向を強めるものである。

今回の内容は、入院ベッドを急性期の「一般

病床」と、慢性期の「療養病床」に、機械的にベッドを区分するというものである。こうした区分ははじめてである。病院は、「一般病床」でないと手術とか急性期の治療が出来なくなる。

この「一般」と「療養」の区分の上に看護婦の配置基準が設定されている。患者3人に対して看護職員1人以上が「一般病床」で、「療養病床」は患者6人に看護婦1人の基準となる。3対1を満たせない病院は、急性期をあつかう病院になれない。

現在、医療法における病院の基準は、4対1となっている。この点から考えれば3対1になることは、看護婦が増えて前進である。しかし、厚生省のねらいは3対1を満たせない病院を療養病床におとしめようことにあり、そのことによる医療費削減がねらわれているのである。

この区分を受けて、①「療養環境改善」の名で、現在1ベッドあたり4.3㎡のベッド占有面積を一般病床は5㎡に拡大する、療養病室は6.4㎡に広げる。これが強行されると、建物が広げられなければ、病院は1割から2割ベッドを削減しなければならなくなる。②医師や看護婦の足らない「標欠病院」は、容赦なく取りつぶされたり、ベッド削減を迫られる。③大病院(200床以上)の外来受診を抑制し、紹介状がなければ保険の利かない自己負担を増やす仕組みや、大病院外来では5割負担などを導入する。④施設の運営費(ホスピタルフィー)に関する費用は、「施設利用料」の名で、自由化し、現在の差額ベッド料などを限りなく拡大する。などのことが次の段階で予定あるいは検討されている。診療報酬の改定や厚生省通達などで実施される部分もあるだろう。

全日本病院協会の調査では、現在の一般病床の2割が「3対1」に対応できないとしている。これらの病院は療養型への転換を迫られることになる。

改悪が実施されれば、多くの一般病院ベッドが消え、地域医療や救急医療に大きな困難が生

特集・社会保障後退と労働者生活の悪化

まれることが予想される。改悪案を検討してきた医療審議会では、「1000近い病院がつぶれるだろう」との意見も出されていた。一般病床は現在のほぼ半分の60万床前後の収れんされるだろうとの予測を立てる学者もいる。すでに介護保険の実施へ向けての療養型への転換などで地域の一般病院がなくなった地域も生まれいる。

また、すでに4月から大きな病院では初診でかかると保険以外の負担を取られたり、わざわざ近場の診療所を紹介されたりといったことが起こっている。これは、厚生省が病院への支払い方を改悪し、外来患者が多い大きな病院(200床以上の病院)は収入が少なくなる仕組みをつくったからである。すでに診療報酬による誘導は4月から開始されているのである。

看護基準の引き上げは当然であるが、そのねらいを病床削減に置かれては、住む地域によって受けられる医療が異なるという、法の下の平等すらも犯される事態が生まれる。必要な公費負担を行って看護婦配置の引き上げをすすめるべきである。

99年以来、医療事故や医療ミスがあいついで報道され、社会問題になっている。それぞれの事故やミスには、医療機関自身の管理体制や事故やミスを起こさないシステムなどについての反省と改善が求められよう。しかし、この問題の背景にも、日本医労連の調査で9割の看護婦が「ミスや、ニアミスを経験したことがある」「ハッとする瞬間があった」と答えているように、効率化追及の結果、安全を確保するゆとりがない医療現場になっている問題がある。

別表(表-3)にあるように諸外国と比較しても少ない人数で、かつ低い医療費で、大きな治療効果を上げているのが日本の医療である。これを支えているのは、ぎりぎりの労働で「患者のために」と奮闘する医療従事者である。

3対1の基準でも不十分である。抜本的な増員策が求められている。

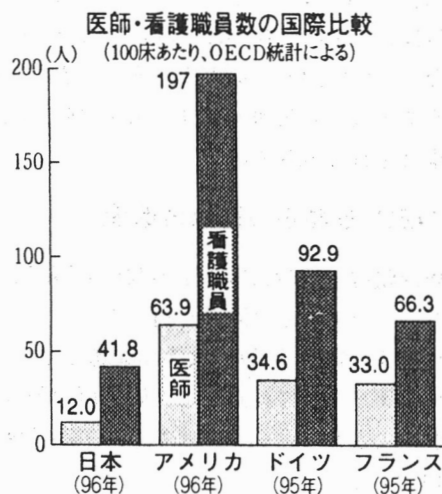
また法案には、卒後臨床研修の「義務化」が

盛り込まれている。安心して治療を任せられる医師としての成長は国民の願いであるが、今回の案には、「義務化」後の研修中の給与保障やその指導医の保障、国民が求める診療能力を育てるための教育条件整備の問題など、具体的なことが何ら示されていない。ここにも「義務化」による医師減らし、医師数削減による医療費の抑制という方向が盛り込まれているのである。このままでの「義務化」に大きな危惧が広がっている。

さらなる改悪の第一歩

森首相は、9月21日の臨時国会冒頭の所信表明演説で、「今国会に提出する健康保険法等の改正案は、安定的な医療保険制度や疾病構造の変化に対応した医療提供体制を築いていく上で不可欠であり、21世紀における医療制度の抜本改革に向けた第一歩となるものであります」と述べた。

すでに97年8月に、厚生省から「21世紀の医療保険制度－医療保険および医療供給体制の抜本的改革の方向」が、当時与党だった自民、社民、さきがけの3党協議会による「21世紀の国民医療－良質な医療と皆保険制度確保への指針」が発表されている。



これらの中では、①薬価制度改革、②診療報酬体系、③高齢者医療制度および④医療提供体制の「見直し」の4つを柱とする改革の方向が打ち出されていた。介護保険の実施に合わせ2000年実施をめどとする改革案であったが、さまざまな経過のなかで、2000年実施は見送られた。

この中で②の診療報酬および④の提供体制の「見直し」は、今回の医療法改悪で一定の方向が軌道にのることになる。①の薬価制度改革は、97年の健保改悪審議の際の、「高すぎる薬価の問題」が指摘され、「薬価差益の解消（これもすり替えだが）」をスローガンに、薬価制度の抜本見直しとして、「参照価格制度の導入」が打ちだされた。しかし、この薬価制度改革案は、大幅な患者負担増のみが追及される制度であることに対する国民の反発、開業医の猛反発を背景に日医が反対の態度を貫き自民党の議員を巻き込んで運動をすすめたこと、「自由価格制」をもとめるアメリカと製薬企業の圧力などから、審議会がまとまらず、99年4月に厚生大臣は「白紙」を宣言した。その後、現在の給付率を大幅に引き下げる案が検討されている。ここでは、病院にかかったときの医療費から薬代を切り離し、薬代の負担を2～5割に大幅にアップしようという案も検討されている。これが実施されれば、健保や国保の負担増はもちろん、高齢者にとっては、薬代の負担が丸々増加することになる。薬をもらう回数を減らす、処方箋をもらっても薬局に行かないといった実態が加速され、疾病の治療がまさに「お金」しだいとなることが予想される。

③の高齢者医療制度の見直しとして、高齢者医療保険制度の創設が検討されてきた。これは、高齢者自身にも介護保険料とあわせて医療保険料を負担させる、大幅な負担増が最大のねらいであった。介護保険実施に伴う負担増の不安と批判の前に、「創設」については審議会がまとまらず、高齢者医療の定率負担の導入が先行させ

ることで、今回の改悪案の提出にこぎ着けている。

国会の審議では、負担上限をはずすことや健保本人の3割負担などの方向が、今後の検討課題であることが明らかになっている。

2002年をめどとする第2歩目、3歩目の改革は、さらなる国民負担といっそうの受診抑制を押し進める改革となりそうである。なんとしても今回の改悪に歯止めをかける必要がここにある。

高齢者への負担増求める有識者会議報告

一連の改悪をすすめるにあたって、厚生省は、「厚生白書」などで、「高齢者裕福論」を強調している。先に発表された社会保障のあり方について考える有識者会議（座長＝貝塚啓明、首相の諮問機関）の報告書「21世紀に向けての社会保障」でも、「厚生白書」をそのまま踏襲し、高齢者が負担に余裕のある豊かな階層であると描いている。そして、それを根拠に高齢者をはじめ、国民への負担増を正当化しているのである。

報告書は、急速な高齢化や家族関係の脆弱化、経済成長の鈍化、雇用をめぐる状況の不安定化などで、「これまでの社会保障制度が前提としてきた様々な条件が失われつつある」として、だから発想を変えなければならないとし、社会保障を「個人の自立、自助努力を基礎とした国民連帯の中心」として位置づけ、民間活力の活用を打ち出している。そして、負担増はさげられないと強調し、高齢者にも応分の負担を求めているとしている。報告書は、高齢者だからといって、高齢者はすべてが貧者ではなく一律に優遇する必要はないとしている。高齢者のフローの所得は若年世代と遜色なく、貯金や住宅などのストックはむしろ高齢者の方が豊かだ、高齢者の患者負担は若い世代と比べて低いと「厚生白書」の主張をそのまま使っている。この前提のもとに、公的年金控除制度は圧縮してもいい、医療費の負担は増やしてもいいとしているので

特集・社会保障後退と労働者生活の悪化

ある。

また、報告書は基本として、社会保険制度の堅持を強調。税法式には負担が若年世代にかたよるなど問題が多いと指摘し、社会保険の強化策として、保険料を負担する層を高齢者や主婦などにも広げ、医療は自己負担を拡大としている。また、年金についても、「高齢者の公的年金収入については実質的の課税されていない」と、年金への課税を強調、老後の生活費をすべて公的年金でまかなえるというのは間違いだともしている。

以上のように、報告書は、社会保障の理念を狭め、社会保障に対する国庫負担がこの間大幅に削減されて来たことへの反省もなく、ことさらに高齢者の負担増を求めるものとなっている。

報告書が言うように、高齢者すべてが豊かなわけではない。高齢者の経済力は個人差が大きいく、「厚生白書」も様々に批判が高まっている。白書で使われた「個人の所得階層別にみた高齢者の分布（97年）」の表によれば、160万円未満が60%、80万円未満で39%を占めている。400万円以上はわずか10%にすぎない。また、高齢者の過半数は400万円未満の貯蓄しかなく、「貯蓄なし」という高齢者所帯が15%にものぼっている。

全所帯で、年々「生活が苦しい、やや苦しい」

が増加しつづけ、98年以降は過半数を超えている。高齢者所帯でも52.5%が「苦しい、やや苦しい」と答えており、「豊か」とはほど遠いのが実態だ。高齢者の経済力についての分析をを欠いた一律の描き方は反省されなければならない。介護保険における、利用の抑制や保険料負担に対する各地の悲鳴は、高齢者全体に一律の負担を課すことの危険性を示している。しかもこれからは75歳以上の後期高齢者が増え、世帯構成では女性単独の高齢者世帯が急増する。この層への過酷な負担は、その生活を奪うことになるであろう。

そもそも医療においては、受診を社会的理由で妨げてはならないのが原則のはずである。先進国では、一部負担を極力軽くすることで受療権を保障している。これらの財源を捻出し、国民のいのちと健康を守ることは国と大企業の責任ではないだろうか。

10月から介護保険料が年金から天引きされ、そのうえ医療の負担も上がり、さらには消費税率のアップもねらわれている。

銀行や大企業ムダな公共事業に使う金があるなら、高齢者のいのちと健康のために使え、みんなの共通する思いではないか。

（あいのや かつたか・中央社保協）