

# 医療も命も削られる

医師不足、医療難民はなぜ生まれたか？



必要な時に安心して

医療を受けることはみんなの願いです。

医療の高度化と高齢社会によって、

今、ますます多くの医療人が必要になっています。

「経済大国」よりも「生活大国」へ、

社会のあり方を転換するときではないでしょうか。



発行：全国保険医団体連合会 / 企画編集：兵庫県保険医協会

2007年1月6日 明日の医療を考える 月刊保団連 臨時増刊 通巻922号 昭和47年6月15日 第3種郵便物認可

発行：2007年1月6日 定価：150円(送料込)



企画編集：兵庫県保険医協会

〒650-0024 神戸市中央区海岸通1丁目2-31 神戸フコク生命海岸通ビル5階  
TEL078-393-1801 FAX078-393-1802



発行：全国保険医団体連合会

〒151-0053 東京都渋谷区代々木2-5-5新宿農協会館  
TEL03-3375-5121 FAX03-3375-1885

# 「産科施設が激減！」 小児科も、外科も、救急も…

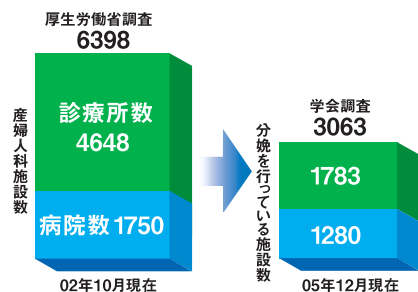
医師不足による医療機関の廃院や診療科の閉鎖が深刻な社会問題になっています。「産科が相次いで閉院。市外まで行かなければ出産できない」「50キロ離れた産科病院に救急車で移動中、車中で出産した」。02年に全国6000カ所とされていた産婦人科施設ですが、実際に分娩を行っているのは3000カ所になっていることが05年の学会調査で明らかになっています。その後も「産科医師が足りず、安全性が保てない」「採算が取れない」などと、分娩を取りやめる産科医療機関が続出しています。産科にとどまらず、小児科、外科、救急を受け入れる病院などもどんどん地域から姿を消しています。

日本の医療制度は大きな歪みを持っています。政府が長年医療にお金をかけなかったため、日本の医療費は、先進7カ国で最低水準になっています。その一方、患者負担は先進国一高くなっています。

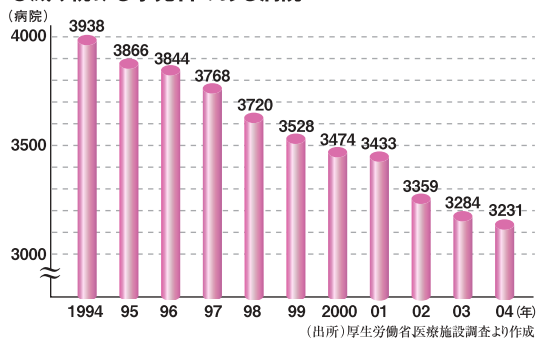
私たちはこうした、医療にお金をかけない政府の姿勢を「低医療費政策」と呼んできました。

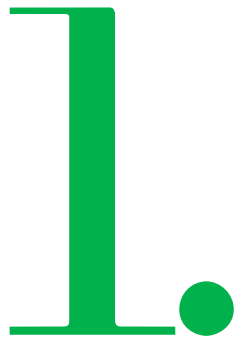
この冊子では、この低医療費政策がもたらした様々な矛盾や問題点を見ながら、日本の医療について考えていきたいと思います。

## ●激減する産科



## ●減り続ける小児科のある病院





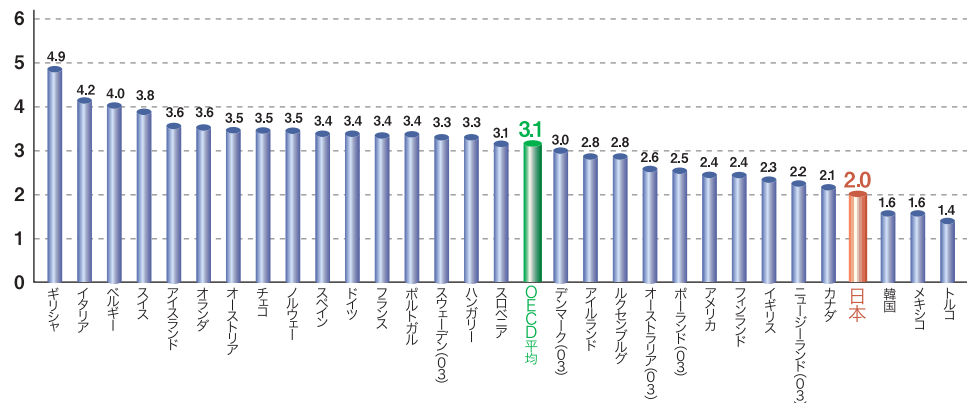
# なぜ起こった? 医師不足

深刻な医師不足はなぜ起こったのでしょうか。よく言われるのは「卒後研修の義務化で医師不足が加速した」ということです。2004年から実施された医学部の卒後研修制度改革で、研修医は研修病院を自由に選べるようになりました。この結果、魅力のある研修先に研修医が集中し、大学の

医局が手薄になりました。人手の足りない医局は、これまでのように関連病院に医師を派遣できない、それどころか派遣していた関連病院から医師を呼び戻す事態さえ生まれ、医師不足が表面化しました。しかし、この卒後研修義務化は、医師不足が表面化する引き金にはなりましたが、根本的な原因ではありません。不安定な身分のまま、研修先も自由に選べなかった研修医が、不十分とはいえ一定の身分保障と研修病院の選択権を得たことは評価すべきです。そもそも研修医をフル稼働させなければ、医師の需給バランスが保てなかったことが問題なのです。

医師不足の第一の原因は、何といても絶対数の不足です。04年度厚生労働省調査で常勤医が医療法の配置基準を満たしている病院の割合はわずか35%に過ぎません。医療技術の高度化やインフォームドコンセントなど、仕事量が年々増加しているにもかかわらず、政府は「医者が増えると医療費が増える」という考え方で、長年にわたって医師養成を抑制してきました。その結果、医療施設で実際に働く医師数(2004年)は約25万9000人、人口1000人あたりで2.0人、OECD加盟国30カ国中、何と27位という低水準です。フランスやドイツと比べて18万人、OECD平均と比べても14万人も、医師数が少ないのです。

●OECD加盟国1000人あたりの医師数(2004年) OECD HEALTH DATA 2006より



# あまりにも 医師が足りない。「休めない」

第二の原因は、絶対数が足りない上に、産科や小児科、救急医療など、24時間体制で容態の急変などへの対応が求められる分野を病院や自治体まかせにしてきたことです。これらは十分な費用が保障されずに、恒常的な不採算部門とされてきました。

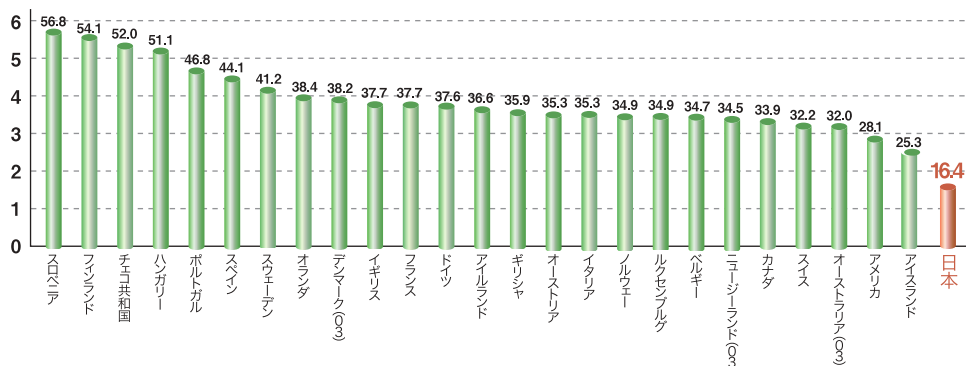
費用が足りず、十分な人員が配置されないため、医師をはじめとする医療スタッフは過密労働を強いられます。国立保健医療科学院が調べた勤務医の1週間の平均労働時間は70時間。厚生労働省が、全国の小児医療の拠点病院を調査したところ、宿直・夜勤の翌日も勤務する小児科医は全体の7割。24時間連続勤務の回数は月平均2.4回、最も多い場合で何と10回にも及んでいます。中には36時間働きっぱなしの医師もいました。このような勤務実態の中で、生命の危機を伴う医療が行われているのです。

女性医師は大変働きにくい状況に置かれています。就労している医師の中で女性の割合は全体のわずか16.4%。これはOECDの中で統計が出ている26カ国中最下位です。医師は男女の区別なく労働をこなさざるを得ないため、当直も多く、まともに産休や育休も取れません。それらを契機に、一度現場から離ればなかなか復職できないなど、深刻な実態があります。

絶対数が足りない上に、国が十分な費用を手当てしないため、必要な人員が配置できない。過密労働の中で、限界に達した医師が離れ、ますます人手不足になる。こうした悪循環の中で、廃院や診療科の取り止めに相次いでいるのです。

医療にお金をかけない国の姿勢が、医師不足の根本原因なのです。

●女性医師の割合(2004年/%)OECD HEALTH DATA 2006より



神戸市・北区 真星病院長 大石 麻利子氏の話

女性医師の労働環境は苛酷です。出産、育児や介護などと両立しながら、当直明けの連続勤務をこなさざるを得ないなど、肉体的にも精神的にも限界に達し、病院を辞めざるを得ない事例が生まれています。仕事を続けていくためにワークシェアができる組織作りと24時間の保育体制がとれるような行政の施策が急務です。

# 政府が不足を認めない!

厚労省は、2006年7月に「医師の需給に関する検討会」の報告書を発表しました。厚労省はこれの中で「医師数全体の動向としては、充足の方向にあると考えられる」との報告書案を提示しました。委員から反発が相次ぎ、結果的には、報告書から「充足」の言葉は削除されましたが、この認識こそ厚労省の本音なのです。

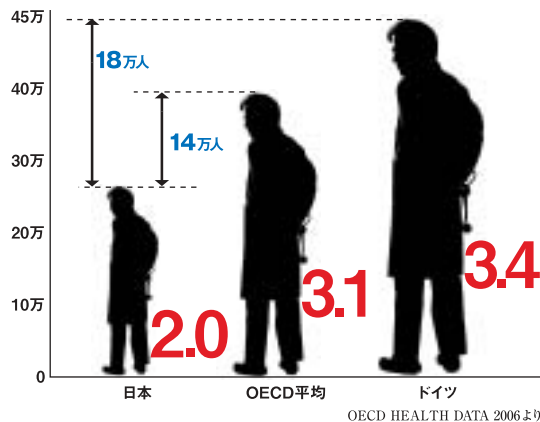
医師数は不足していないが、「偏在」が問題だというわけです。しかし、全国の医師不足はどこでも、研修医制度の転換によってひきおこされているのが特徴です。医師が基本的に足りているのであれば、研修医制度が変わったからといって医師不足が起こるはずがありません。奈良県大淀町立病院で重態となった妊婦が、19の病院に搬送を断られ死亡した事件は、絶対数の不足を明確に示しています。しかも、これは奈良県だけの問題ではなく、共同通信社の調査では、47都道府県の8割(38)が「産科不足」、7割(32)が「小児科不足」と回答しています。もはや「偏在」などで片付けられる問題ではなく、医師数を増やすことでしか、解決しないことは明らかです。

## 推計のゴマカシ

検討会報告書は、結局「現状で総量としては、基本的に国民が必要としている医療を提供しているものと仮定」した上で、医師の勤務時間を48時間に引き下げるために必要な医師数を推計。医療施設に従事している医師数25.7万人の平均勤務時間数は週51時間であり、これを48時間にするためとして26.6万人を必要医師数としています。つまり厚労省による不足数は、たったの9千人にすぎません。

しかし、報告書が算出した「勤務時間数」に含まれるのは、診療、教育、会議だけで、医師の拘束時間の一部にすぎません。医師の拘束時間全体を対象にすると、厚労省の計算でも31.8万人が必要数で、この場合の不足数は6.1万人に膨れ上がります。委員の抗議もあって、報告書は、こうしたデータを紹介しましたが、他方で「休憩時間(待機時間)や自己研修は勤務時間とはみなされない」として切り捨てています。

●日本の医師は14万人不足(人口千人あたり医師数・2004年)



## 専門学会の意見を切り捨て

検討会には医療現場から必要医師数が提示されていました。例えば、日本救急医学会の監事で杏林大学医学部救急医学教授の島崎修次氏は、「救急医療に関する『医師の需給』について(2005年4月6日)を提出し、「現在の救急科専門医数は1,867名、認定医を含めても約2,500名に対し、指導医・専門医他、救急専従医師の必要数は、約5,000名となり2,500名が不足」、さらに「臨床研修指定施設でER(緊急救命)を行うには、約2,500名救急科専門医が必要」としています。

また、日本小児科学会からは、小児救急のために2,000名、労働時間の規制のために514名、理想小児科勤務医師数のために1,737名、学会計画モデル達成のために約1,000名などの増員が必要との試算を示しています(第3回医師の受給に関する検討会資料より)。しかし、これら具体的な提示に対して、厚労省は一顧だにしませんでした。検討会委員で全国自治体病院協議会会長の小山田恵氏は、「小児科、産科、麻酔科、その学会を代表する方々がここに来て、いろいろなデータを出しました。それが全然反映されていない」と厳しく指摘しています。

## 目的は医療費の抑制

「医師は充足の方向にある」と厚労省が強弁するのはなぜでしょうか。それは医師を増やせば増やしただけ医療費が増えると考えているからです。その文書を見てみましょう。

### 「94年の検討委員会・最終意見の要約」

「医師数の増加が医療需要を生み出すという傾向は否定できない事実であり、医師数の増加に伴う医療費の増高についての影響は、病院勤務医1人当たり年8,000万円、開業医1人当たり年6,000万円になるという試算もある…国民医療費の激増を招かないためにも、医療の質の確保という面からも、医師過剰状態を生じさせない対策が求められている」。

### 「98年の検討会報告書」

「医療サービスには市場原理が働きにくく、むしろ『供給が需要を作り出す』側面がある。…医師数の過剰な下にあっては、医療費の増加を経済的に負担可能な範囲にとどめられず国民の利益を損なうこととなる」。

つまり、医療費を抑制するために、医師を増やさないとことです。しかし、医療の需要は、医師が作り出すものではなく、社会が作り出すものです。科学技術の発展、長寿化、格差社会やリストラ社会、あるいは自殺大国など、さまざまな要因で、医療を求める人々が生み出されているのです。

医療費の削減から医師数問題を考えるという政府の逆立ちした考えが、日本の医師不足問題の大きな原因になっています。

# 2.



## 保険診療と診療報酬

低医療費政策の最大の手段として、長年政府が行ってきたのが「診療報酬抑制」です。診療報酬とは公的医療保険から給付される医療の値段と範囲を定めたものです。小泉内閣が行った2006年4月の診療報酬改定で、診療報酬が3.16%引き下げられました。これは、保険から給付される医療費の価格を下げたり、範囲を縮小することにより、医療費を3.16%削減するということです。つまり、国民医療費30兆円のうちの3%、約1兆円を削減したのです。診療報酬削減は、何をもたらすのでしょうか。

第一に、点数が下がったため、同じ医療行為をしていても、医療機関は無条件に減収になります。経営が悪化すれば、設備・機器の買い替えを控えたり、スタッフを減らして対応せざるを得ません。当面は頑張っても、これが積み積もれば、医療の質や安全性に影響を及ぼすことになり、結局患者さんにしわ寄せがいきます。

第二に、範囲を縮小されたために、従来行っていた医療が保険で提供できなくなりました。医師が「今これが必要だ」「こうすればいい」と思い、患者がそれをのぞんでも、医師は必要な医療が提供できない、患者はそれが受けられないことになります。実際にこのことで、深刻な事態が起こっています。

第三に、患者負担が増えます。保険で給付されなくなっても、患者にとって必要な医療であれば、それは保険外で受けざるを得ません。保険がきかない自費の医療が増えれば、患者負担は大幅に増加します。

現に「保険で受けていた医療が受けられなくなってしまった」「入院治療が必要なのに受け入れる病院がなくなった」など深刻な事態がどんどん進行しています。

次に3つの事例を紹介します。

### 診療報酬

### 引下げになると

差額徴収部分

保険範囲部分

↑ 差額徴収部分の拡大

↓ 保険給付範囲の縮小

- ① 診療報酬とは国民が保険証で受けることができる医療の範囲を定めたもので「医療サービスの料金表」といえます。その範囲を超えて行った診療は、たとえ医学的に妥当でも、医療機関には支払われません。
- ② 診療報酬を引き下げるとは保険証で行うことができる診療の範囲を絞ることに直結します。
- ③ 政府は診療報酬引き下げとセットで、患者さんから差額徴収できる範囲の拡大を提案しています。つまり患者さんの負担を増やすことで診療報酬を抑制しようとしているのです。



# 3.

## 医療を削る…1

### 「リハビリ中止は死の宣告」

2006年4月8日、ショッキングな見出しが朝日新聞に登場しました。東京大学名誉教授で世界的な免疫学者である多田富雄氏が、怒りを込めて投稿したのです。多田氏は自身が脳梗塞後のリハビリを4年間続け、何とか生活機能を維持しています。今回の診療報酬改定で「機能維持」のためのリハビリに日数制限が設けられ、発症から90日～180日を超えるリハビリは保険で認められなくなりました。以下に示した多田氏の投稿は、診療報酬の削減が、患者から本当に必要な医療まで奪うものであることを、赤裸々に告発しています。

「私は脳梗塞の後遺症で、重度の右半身麻痺に言語障害、嚥下障害などで物も満足に食べられない。もう4年にもなるが、リハビリを続けたおかげで何とか左手だけでパソコンを打ち、人間らしい文筆生活を送っている」「ところがこの3月末、突然医師から今回の診療報酬改定で、医療保険の対象としては一部の疾患を除いて障害者のリハビリが発症後180日を上限として実施できなくなると宣告された。私は当然リハビリを受けることができないことになる」「私の場合はもう急性期のように目立った回復は望めないが、これ以上機能低下を起こせば動けなくなってしまう。昨年別な病気で3週間ほどリハビリを休んだら、以前は50メートルは歩けたのに、立ち上がることすら難しくなった。身体機能はリハビリをちょっと怠ると瞬く間に低下することを思い知らされた。これ以上低下すれば寝たきり老人になるほかない。その先はお定まりの衰弱死だ」「私と同様に180日を過ぎた慢性期、維持期の患者でもリハビリに精を出している患者は少なくない。それ以上機能が低下しないよう不自由な体に鞭打って苦しい訓練に汗を流しているのだ。そういう人がリハビリを拒否されたらすぐに廃人になることは火を見るよりも明らかである。今回の改定は障害が180日で回復しなかったら死ねというのも同じことである」(2006年4月8日付 朝日新聞より)。



厚生労働省はこうした批判を受けても「機能維持のためのリハビリ」に日数制限をもうけたままです。兵庫医科大学の道免和久教授は「まったくひどい保険はずし。医学的にみて日数制限に何の根拠もない。例えば運動器リハビリを8割の患者が100日以内に終えるとして、保険診療を打ち切るなら、2割の患者の人権は無視される」と、個別の症状にあわせた診療報酬になっていないことを指摘。「リハビリを受け続けることでADL(日常生活機能)を維持している患者は多数おられる。リハビリを奪うことは生活能力を奪うこと」(2006年8月5日 兵庫保険医新聞)と強調しています。診療報酬削減で、リハビリが受けられなくなる患者さんが続出しています。

#### 疾患別リハビリテーション

心大血管疾患

治療開始日から

150日

脳血管疾患等

発症、手術または増悪から

180日

運動器

発症、手術または増悪から

150日

呼吸器

治療開始日から

90日



# 医療を削る…2

## 療養病床の削減「家で死ぬ」

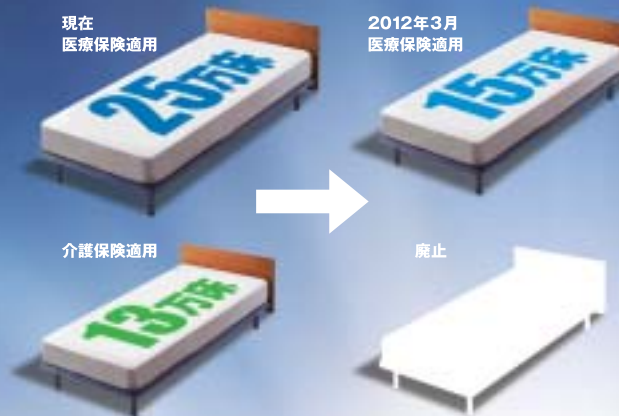
厚生労働省は高齢の長期療養患者が入院する療養病床の診療報酬を大幅に引き下げました。患者を3段階の医療区分に分けて、「症状が重い」と判断した区分2、3の患者だけを「入院が妥当」として診療報酬を据え置き、「医療の必要度が低い」とした区分1の患者を入院させた場合、医療機関がとて採算があわない診療報酬に引き下げたのです。これは現在ある38万床の療養病床を、2012年までに15万床に削減するためです。現に厚生労働省の麦谷医療課長(当時)は「こんな低い点数だったら(病院から)追い出される、まさに意図的にそういう点数にしたんですよ」「家で死ぬってことです」と、本音を語っています。つまり診療報酬を下げ、そうした患者を多く抱えれば病院の経営を成り立たなくする。医療機関がやむなく患者を在宅や施設に移せば、病床が減り、医療費が削減できるということです。これはとんでもないことです。

第一に、厚生労働省が「医療の必要度が低い」(医療区分1)としているのは、食物を飲み込めずに経管栄養が必要な人などで、実際に常時医療スタッフの下での医療提供が必要な人が多く含まれています。こうした人たちが、在宅や施設に移されれば、これまでの医療レベルは確実に下がります。そもそも厚生労働省の機械的な区分自体に無理があります。高齢者には症状の安定しない虚弱な患者が多く、容態が急変することは頻繁にあります。療養病床から、医療体制のない在宅や施設に移った場合、一旦病状が悪化すれば、迅速な対応どころか、治療の機会を逃す危険性も高くなります。これは命にかかわる重大な問題です。

第二に、こうした人たちの受け皿がまったく不十分なことです。医療ケア付き有料老人ホームが宣伝していますが、有料老人ホームでは入居時に一時金として数百万円、加えて毎月数十万円もの費用が相場です。これだけの費用を払える高齢者がどれほどいるでしょうか。特別養護老人ホームの待機者は平均で2~3年待ちがあたりまえです。それ以前の問題として日常的な医学管理を理由に、「施設として十分な対応ができない」と断られる場合も多くみられます。ましてや在宅での対応はそれ以上の困難が伴います。まさに行き場のない「医療難民」を生み出す施策といわざるを得ません。

第三に、急性期を含めた入院の医療体系が大混乱に陥ることです。一般病院から急性期を脱した患者さんを受け入れてきたのが療養病床です。その療養病床が大幅に削減されれば、急性期病院からの転院先がなくなってしまいます。ただでさえ厚生労働省が、平均在院日数をどんどん削減しているために、一般病院は退院を急がざるを得なくなっています。ここでも行き場を失う患者さんが激増することになります。

### 療養病床を大幅削減

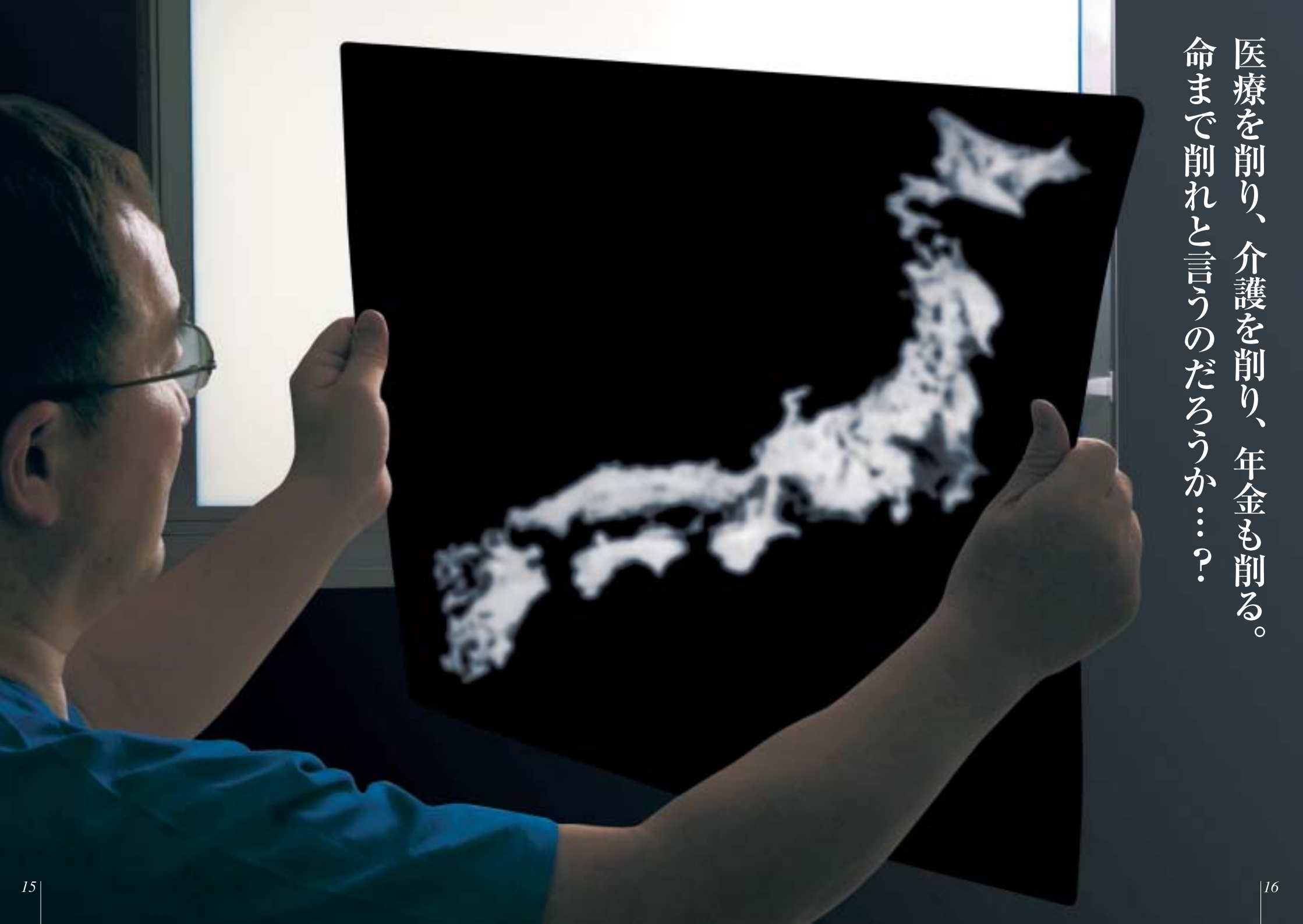


### こんな人まで入院の対象外に!

- ※事実上入院の対象とならない  
「医療区分1」の人の例(急性期の一部除く)
- 喀痰吸引が必要な人
  - 胃ろうの管理が必要な人
  - 経鼻経管栄養が必要な人
  - 寝たきりのため、褥瘡の処置や予防が必要な人
  - 常時点滴、注射が必要な人







医療を削り、介護を削り、年金も削る。  
命まで削れと言っているのだろうか……？

# 医療を削る…3

## 歯科「新しい技術を保険適用せず」

歯科医療も深刻です。歯科分野はただでさえ長年診療報酬が低く抑えられた上に、保険医療の範囲も制限されてきました。

医療の世界は日進月歩です。医科では診療報酬の抑制が続く中でも、医療技術の進歩はそれなりに診療報酬に組み込まれ、保険診療で対応できる手立てがとられてきました。史上最悪のマイナス改定となった06年度改定でも、医科では約50の技術が新たに保険に組み込まれています。

ところが歯科の場合、新技術の採用はゼロです。それどころかほぼ30年間にわたりほとんど新技術の導入はされていません。例えばインプラント、セラミック冠、マグネットアタッチメントなど、新しい医療技術や材料が診療報酬で認められないために「新技術は保険外」という事態が数十年にわたって続いているのです。

1988年までは医科歯科の初診料、再診料は同額でしたが、この間大きな格差がつけられてきました。2006年4月の診療報酬改定でも、歯科の初診料1800円(医科2700円)と再診料380円(医科710円)は据え置かれ、医科との差は放置されたままです。その上あらたに導入された「歯科疾患総合指導料」などの歯科システムは、すべての歯科疾患の長期維持管理を、とても採算のとれない低い点数で医療機関に行わせるものです。急性期の症状に対応し、必要な手立てを講じても、一定期間中はその治療費を請求できないというきわめて理不尽なものです。これではいくら予防重視といっても、定期的を受診するメンテナンス治療は続けられません。

また、患者への文書提供と写しのカルテ添付が義務化されたため、歯科医師は膨大な事務をこなさなければならなくなりました。「診察の時間がとれない」「患者とのコミュニケーションの時間が減った」といった状況まで起こっています。

「これまで保険でやってきたが、もう限界。しかし保険外負担を求めれば、お金のない患者さんはどうすればいいのか」「このような理不尽な改定は保険医をやめろといっているのと同じ」など「保険診療を続けられない」と、歯科医師が悲鳴をあげています。



# 4

## 低い医療費 高い患者負担の からくりは？



医療にお金をかけない低医療費政策は、統計に明確にあらわれています。図1は、OECD加盟国の医療費を示したものです。先進7カ国で最低、その他の国を含めても何と30カ国中21位という極めて低いレベルにとどまっています。その一方で患者の一部負担金は先進国一になっています。図2は主要先進国と日本の患者負担を比べたものですが、ほとんどの国で原則無料に対して、日本の負担は医療費の2割近くと突出しています。この結果、一部負担金が払えないために受診を手控える受診抑制が深刻さを増しています。

政府は国・企業の負担を削減するために、患者負担を増やし続けてきました。特に90年代後半以降の患者負担増は、本当にひどいものです。また高すぎる国民健康保険料が社会問題になっています。この結果、図3のように、医療費に対する国・企業の負担割合は年々減少しているのに対して、国民・患者の家計負担は増加の一途をたどっているのです。

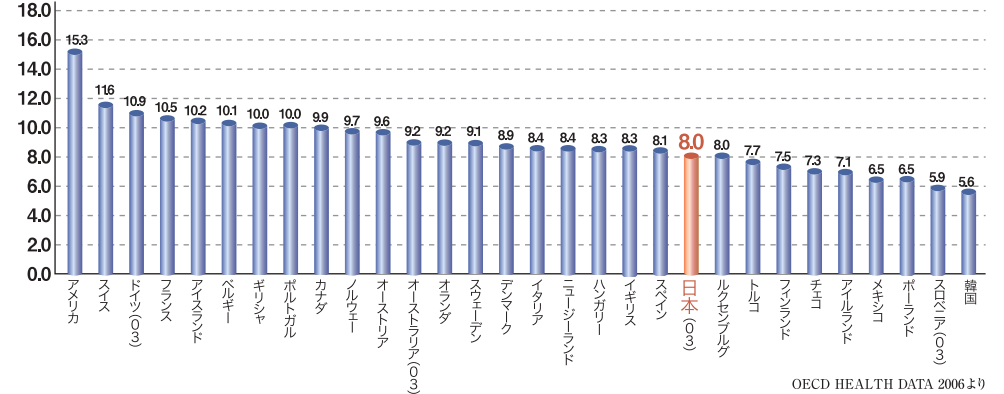
このように、政府の取り続けてきた「低医療費政策」の特徴は、第一に医師数や診療報酬を抑制することなどで医療費全体を低水準に抑える、第二にその低水準の医療費も、国・企業の負担をできるだけ減らして患者・国民に押し付ける、というものです。

こうした中でも日本の医療は、必要な医療を保険で提供する国民皆保険制度の下で医療従事者が献身的努力を行ったこともあり、大きな成果をあげてきました。WHOの健康達成度は世界で1位、平等性は3位になるなど国際的に高い評価も受けています。

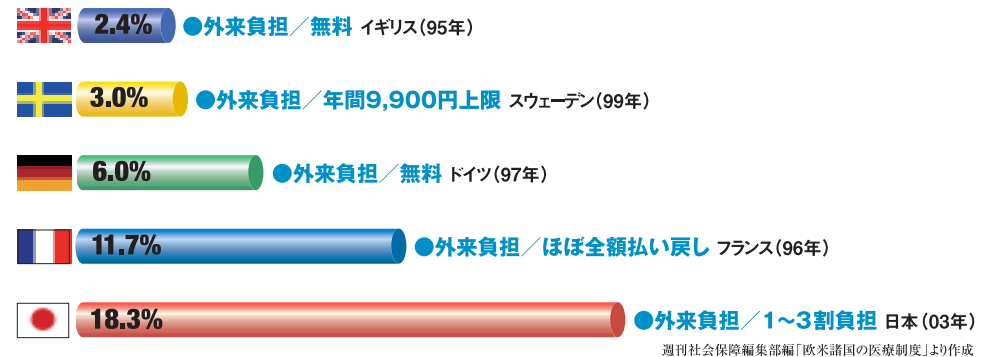
しかし、この間のあまりにも厳しい医療費削減が、この成果を台無しにしようとしていることを、これまでみてきた様々な問題が示しています。

日本の医療保険制度は、今大きな岐路に立たされているのです。

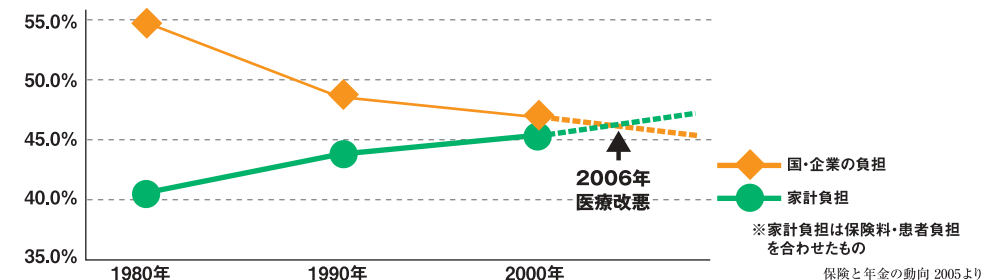
●図1 / OECD加盟国・医療費のGDP比(2004年、速報値、一部2003年含む)



●図2 / 世界的に突出した日本の窓口負担率(医療費に対する患者の実効負担率)



●図3 / 減り続ける国・企業の負担、増え続ける家計負担(医療費の負担割合%)



# 5.

## ● 医療を削る背景には



### 巨大マーケットと3つの儲け

政府が歴史的に行ってきた低医療費政策に加え、この間強まっているのは、日本の医療保険制度を、お金儲けのできる仕組みに変えようとする、アメリカ政府と日米巨大資本による強力な圧力です。アメリカ政府は90年代後半から毎年「年次改革要望書」を日本政府に突きつけ、医療分野での規制緩和を求めてきました。「アメリカ企業が日本の医療市場に参入できるようにせよ」というもので、具体的には「医療への株式会社の参入」「混合診療の解禁」が柱です。医療を市場として儲けの対象にしようと狙っていた日本の企業なども、これを後押ししています。これにそって小泉内閣は様々な医療改悪を押し進めてきたのです。

彼らは公的医療の範囲を縮小し、窓口負担や保険外負担の部分を増すことで、主に「3つの儲け」を得ようとしています。

第一に、何とんでも拡大した公的医療保険の自己負担部分を民間保険の巨大なマーケットにすることです。昨今、アメリカの保険会社のコマーシャルが医療保険商品を盛んに売り出していますが、これは彼らの思惑を端的にあらわしています。

第二に、医療への営利企業の参入条件が広がることです。営利企業は現行の低診療報酬では十分な採算はとれません。そこで「公的保険」で最低限の採算を確保し、広がった自費医療部分で儲けを得ようとしているのです。

第三に、公的医療費を抑制することで、大企業は従業員などの保険料負担も大幅に削減できます。この間の医療改悪は、こうした思惑にそって進められてきたのです。

### 診療報酬削減も「ビジネスチャンス」

2006年4月の診療報酬のマイナス改定の内容も、この思惑を後押しするものです。

例えば先に例にあげた療養病床削減でも、営利企業のケア付き老人ホームが受け皿として盛んに名乗りを上げています。つまり、療養病床削減の結果、病院を出ざるを得なくなった患者の中で、お金を持っている一部の人を対象にビジネスを展開し、儲けを得ようとしているのです。一連の医療改悪の旗振り役を行ってきたオリックスの宮内義彦氏が、各地に有料老人ホームを建設するなど、積極的にこの事業を展開しているのは象徴的です。

歯科の給付削減も、リハビリの日数制限も、保険で給付される部分を縮小し、この部分への混合診療導入を狙ったものです。つまり、一部の営利企業が儲かるシステムをつくるために、また、ただでさえ低水準の大企業や国の負担を一層減らすために、診療報酬が削減され、国民が医療を受けられない状況に追い込まれようとしているのです。ほんの一握りの人たちが不当な利益を得るための医療政策が、まかり通っていいはずがありません。



# 6.

## 財政赤字が大変？ プライマリーバランス論のウソ

医師不足の問題は、必要な予算措置を行い、絶対数を増やす以外解決の道はありません。それに加えて、産科、小児科、外科、救急部門などが採算を取れるよう、十分な費用を保障するべきです。リハビリ、療養病床、歯科で起きている問題も、保険給付範囲を広げることで解決します。医療費抑制策が引き起こした様々な問題を解決するために、国の責任で医療給付を引き上げることが急務になっています。

政府は「財政赤字でそれどころではない」と盛んに強調します。しかし、少し冷静に考えれば、この話がゴマカシであることがわかります。政府はこの間盛んに「プライマリーバランス(基礎的財政収支)をゼロにする」、つまり単年度の収支をトントンにするために「負担を増やす」か「歳出を減らす」か、との議論を行っています。しかしこの議論には重大な欠陥があります。それは歳入も歳出も、「家計負担」のみにその解決の糸口を求めていることです。

歳出の面では「社会保障、医療費の伸びの抑制」を槍玉にあげています。しかし「財政赤字」を生み出した主な要因は社会保障ではなく、無駄な公共事業の垂れ流しと、世界に例を見ない軍事費にあります。現に、ヨーロッパに比べると医療・社会保障費の水準は極めて低く、逆に軍事費は世界第2位、公共事業は突出した1位です。これに本格的にメスを入れずに、ただでさえ低水準の医療・社会保障分野にこれ以上の削減を求めるのは、悪政のツケを国民にまわすものです。

06年度予算をみても、防衛予算(4兆8139億円)、米軍への思いやり予算(2326億円)、公共事業(7兆2015億円)の合計は12兆2480億円です。これだけでも無駄を見直し、たとえその4分の1を削るだけで、3兆円もの財源が生まれます。

歳入の面では「消費税を上げざるを得ない」「医療の負担を引き上げる必要がある」との議論が代表的です。しかし、「国民負担」とは「家計負担」と「企業負担」で成り立っています。そんなに大変なら企業にも相応の負担を求めればよいのではないのでしょうか。

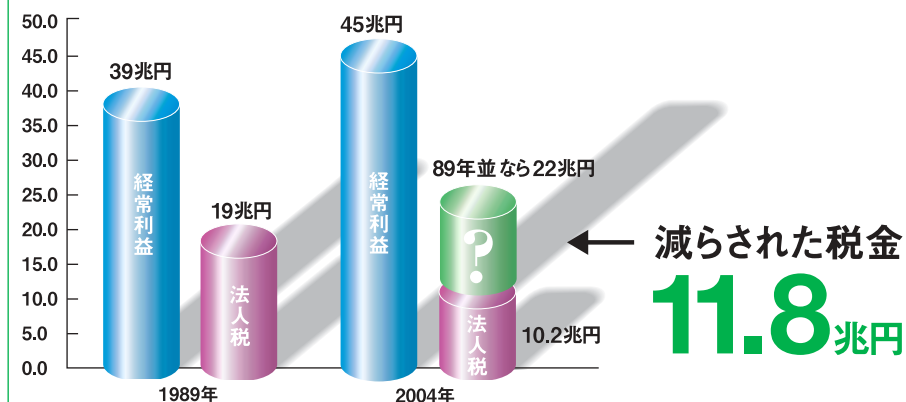
史上空前の利益をあげている大企業は、この間度重なる法人税減税の恩恵を受けられました。バブル最盛期の89年には、企業の経常利益の合計は39兆円、これに対して法人税は19兆円でした。これが2004年には経常利益が過去最高の45兆円を記録しているにもかかわらず、法人税は89年の半分の10兆円にすぎません。仮に89年の水準で企業が法人税を納めれば、単年度で何と11.8兆円もの増収になります。

国民に負担を押しつけることばかり考えるのではなく、本当の無駄をやめること、とるべきところからお金を取ることを、政治の責任として行うべきなのです。

いままでみてきたように、歳出では防衛費、思いやり予算、公共事業の無駄を4分の1だけ削ること、歳入では法人税を80年代後半の水準に戻すだけで、単年度で15兆円もの財源が生まれるのです。



●収益は最高、税金は半分(法人企業の収益と法人税収)



**15兆円もの財源が生まれる**

# 7

## 患者負担ゼロなど 医療の給付を拡大するには いくらかかる?

こうした財源を使って、医療給付水準を引き上げる必要があります。せめてヨーロッパ並にするにはいくらお金がかかるのでしょうか。

医療費全体(国民医療費)から患者負担を除いた、公的に給付される医療費を示す「医療給付費」を指標に見てみましょう。

04年度の日本の医療給付費は、国民所得の7.5%、約27兆円です。ヨーロッパではすでに90年代後半に10%程度に到達しています。98年の統計で、フランス10.1%、ドイツ10.5%、スウェーデン9.3%です。仮にフランスの水準まで引き上げれば、医療給付を約9兆円増やすことができます。先にみた15兆円の財源を使っても、おつりがきます。この9兆円で、どんなことができるでしょうか。

医療の患者負担をすべてなくすと約5兆円です。保険給付の範囲を拡大するために、診療報酬を10%引き上げる費用を、**●医療給付費の国民所得比をヨーロッパ並みにすれば…**。すべて国が負担しても約3兆円です。残りの1兆円で、医師養成や僻地の医療供給を手厚くする体制などをとれば、今起こっている問題の多くを解決することが可能になります。

このように、財政の無駄をなくす、とるべきところからお金を取る、それを財源として、ヨーロッパでは当たり前に行われている水準まで医療給付を引き上げれば、医療をめぐる様々な問題が解決するのです。

問題の根本は、医療にお金をかけない、政府の姿勢にあるのです。

●医療給付費の国民所得比をヨーロッパ並みにすれば…



## メガバンクは税金ゼロ? その上法人税引き下げ?

経団連の御手洗富士夫会長(キヤノン)は「国際競争力を損なっては困る」と「法人税率引き下げ」を求めています。そしてその穴埋めには「消費税の増税」が検討されています。しかしこれはほんとうにデタラメな議論です。

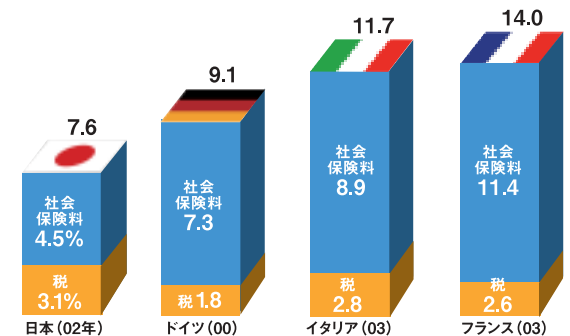
法人税はすでに度重なる減税が行われています。実効税率はかつて50%から90年代を通じて下げ続けられ、現在は39%にまで下げられています。しかも、税率だけでなく、様々な控除を拡大することで、小泉内閣の5年間だけでも3兆円もの減税が行われました。すでに十分すぎるほど手厚い「保護」を国から受けているのです。象徴的なのは、大銀行です。公的資金の援助を受けて立ち直り、過去最高益を更新し続けている3大メガバンクの総資産はいずれも100兆円を超えています。しかし、法人税は何と「ゼロ」、一銭も払っていないのです。自分たちの不始末で経営を悪化させ、国民の血税で救ってもらいながら、業績回復しても税金を払わない。財界の言う「国際競争」の場で、国からこれほど過保護にされている企業があったら教えてほしいものです。

こうした大企業優遇の一方で、この間国民は度重なる負担増を押しつけられてきました。所得税、住民税の定率減税の廃止、様々な控除の縮小など、小泉内閣の5年間だけで5兆2000億円もの増税が行われました。そして今度は法人税をより一層引き下げるために、生活を直撃する消費税を引き上げようとしているのです。消費税は最終消費者が負担するため、企業負担は一切ありません。図々しいにもほどがあります。

財界はよく「日本の企業負担が高い」などと主張しますが、これはウソです。下図は経済産業省の研究会資料ですが、GDP比でみた日本企業の税・社会保険料負担は、ヨーロッパの国と比較して極めて低水準です。ドイツと比べて7兆円、フランスと比べて30兆円も負担が少ないのです。その現状を棚に上げて、一層の負担軽減を求めるなど、言語道断です。

ヨーロッパの経営者は、日本よりはるかに高い水準の負担をしながら企業を営んでいます。「国際競争」を言うならば、同じような社会的責任を果たしてから言うべきです。

●図/民間企業の  
税・社会保険料負担の  
対GDP比  
経済産業省資料より



# 「財政赤字の呪縛」… 政治のウソを見抜こう。



財政赤字をめぐる議論について、元第一勧銀総合研究所専務理事で神戸大学の教授もつとめた山家悠紀夫氏は、次のようにコメントしています。(2006年5月兵庫県保険医協会での講演より)

## ① 孫子の代まで借金？

政府はとにかく借金(総債務残高)ばかりを強調する。しかし、財政赤字は、資産を含めた政府のバランスシートでみるべき。04年末の統計で国・地方合わせた負債は886兆円。

一方資産は世界一のドル保有(外貨準備金)40兆円など金融資産478兆円、政府所有の固定資産455兆円、あわせて933兆円ある。差し引きすると借金を上回り正味資産で47兆円残る(図1)。これは企業や家計に例えても同じこと。どんな企業でも借金はある。しかし、それに見合う建物、工場、在庫、現金などの資産があれば、債務超過でない健全な企業。家計に例えると、資産を処分すればローンを返せる水準。資産を含めてみれば「孫子の代まで借金」というのは大ウソで「孫子に少し資産を残せる」のが実態だ。しかも、日本は世界有数の金持ち国。04年末で、対外純資産残高186兆円は世界で断然1位。お金が余って仕方がないので資金が海外に向かっている。つまり政府にお金がなくとも、国内にお金の「貸し手」はありあまるほどある。これだけ余剰資金があれば国債の暴落も起こらないので問題はない。実際に政府もこんなことは百も承知。現にプライマリーバランスを0にしても、借金は減らない。財務省が「借金の増え方が鈍くなればやっつけいける」と考えている証拠。それなのに国民を「大変だ」と脅し、負担増を押し付けようとしている。ここが最大の問題だ。

●図1/政府のバランスシート(2004年末、兆円)

(注) 政府は国と地方自治体を合わせたもの  
(資料) 内閣府「国民経済計算年報」



資産が47兆円多い

## ② 赤字を減らそうとするとかえって赤字が増える？

そもそもなぜこんなに借金が膨らんだのか。バブルがはじけた91年には政府の正味資産は350兆円あった。ところが橋本内閣が97年ごろに「赤字が増えて大変だ」と、消費税増税と医療改悪による負担増を行うと、景気が急速に悪化。財政再建どころではなくなった。どうしようもなくなった小渕内閣が、より一層借金をしながら景気回復せざるを得なくなり、赤字が膨らんだ。

これは統計上も明らかで、98年以降正味資産の取り崩しが猛烈に増えている。「国家が破綻する」などと大騒ぎし、国民の負担増で赤字を減らそうとすると、不況を招いてかえって借金は増えることを証明している。

財政再建の要点は以下の3点。

第一に家計所得の拡大。企業の儲けを働く人に還元すると、所得が増え、税収も増える。消費

税引き上げなど消費に痛手を与えると財政は悪化する。第二に無駄の削減、もちろん無駄は何かを十分に議論して削減する。必要なものは腹をくって出す。必要な公共サービスを減らせば、結局は国民の負担が増えるだけ。しかも貧しい人がダメージを受け何もよいことはない。そして第三に、能力も余力もあるところからきっちりお金を取る。法人税や高額所得者の税率を高める。こうした方法で、景気も財政も改善していくべきだ。

## ③ 国際競争力をそこなう？

法人税の税率はどんどん下がっている。かつては40%を超えていたが、現在は30%。その結果、バブル最盛期の89年は39兆円の経常利益に対して法人税は19兆円。2005年度は52兆円に対して法人税は12.5兆円と大変な減税が行われている。これを「さらに減らせ」といっているのだから始末に悪い。税率を80年代末の水準にするだけでも、10兆円税収が増える。政府税制調査会は「国際競争力を損なう」と主張するが心配することはない。国際競争力を「経常収支」で見たい。国全体でどれだけ外貨を稼ぎ、必要な物を買って、収支がどうなっているかを示している。日本は数年間にわたりダントツの黒字国。こんなに「国際競争力」が強い国はほかにない(図2)。すべての国の経常収支を合わせると当然0になる。ずっと黒字の国があれば、当然ずっと赤字の国がある。一つの国がダントツで黒字を続けるのは国際関係上もよくない。また仮に国際競争力が少々弱まっても日本経済全体では何の問題もない。法人税増がどれくらい競争力に影響するか。粗い試算をすると、日本の製造業の売り上げは約450兆円で経常利益は22兆円。仮に10%税率を上げたとして2.2兆円だが、これを企業が全部価格に転嫁しても、450分の2で、わずか1%以下。1%値上げして輸出ができなくなる、また輸入品に負けるなど考えられない。為替では120円が110円になったり、10%程度のリスクは常にとっている企業が、1%で「お手上げ」になるはずがない。私は「国際競争力の呪文」と言っている。この呪文を唱えれば何とかかなと思っているみたいだが、この話はまったく合理的ではない。

●図2/日本の国際競争力はダントツ (経常収支=輸出-輸入)

	日本	1580	億ドル
	ドイツ	1140	億ドル
	スイス	482	億ドル
	ノルウェー	462	億ドル
	オランダ	358	億ドル
	スウェーデン	251	億ドル
	フランス	-331	億ドル
	イギリス	-405	億ドル
	アメリカ	-8057	億ドル

## ④ イチローは税金が安いから海外に行ったのか？

高額所得者からもっと税金を取るべきだ。所得税・住民税の最高税率は、かつて80%以上あったが、相次ぐ減税で、今では50%に低下している。10%くらい上げても問題はない。

この主張をすると、よく「優秀な人が海外に逃げる」との声がでるが、これは全くのウソだ。例えばイチローも松井もアメリカに行ったのは「やり甲斐がある」「より多く稼げる」からだだろう。「税金が安いから」ではないだろう。大体「税金が安いから行く」のであれば、海外でも同じだけ稼げないとダメ。特殊で高度な技術を持つお医者さんでも、日本と同じようにアメリカで稼げる人はそうはいないだろう。仮に稼げても、そのうち何%の人が「税金が安い」ことを理由に海外移住に踏み切るか。おそらく、アメリカに住民票を移して節税しているという噂のある竹中平蔵氏などのように、よっぽどせちがらく納税を回避しようとする人だけだろう。累進税率を上げ、稼いだ人にはその社会的地位にふさわしい負担をしてもらおうべきだ。

わたしたち  
医師・歯科医師は、  
保険でよい医療を  
願っています。

## 医療保険制度の再建を めざす7つの提案

- ① 日本国憲法の生存権保障にふさわしい医療保険制度を。
- ② 国の責務と、大企業の社会的責任が重要。
- ③ 系統的な医療保障制度とともに、公衆衛生等の抜本的拡充を。
- ④ 患者負担を軽減し、安心してかかる医療保険制度を。
- ⑤ 国民に最適な保険医療を提供する診療報酬を。
- ⑥ 特定療養費制度は縮小から廃止へ、高度先進医療は公費医療の対象に。
- ⑦ 医療の「非営利原則」を堅持する。

(保団連 医療保険再建プランより)

