

研究所ニュース

No.30 2010.04.30



特定非営利活動法人

非営利・協同総合研究所いのちとくらし

〒113-0034 東京都文京区湯島 2-7-8 東京労音お茶の水センター2階

Tel. 03-5840-6567 Fax. 03-5840-6568

E-mail: inoci@inhcc.org <http://www.inhcc.org>

●理事長のページ (no. 30) ●

医療の産業化

角瀬 保雄

最近、「医療の産業化」ということが問題になっています。その旗手は伊藤元重氏とみることができます。昨年末、伊藤元重＋総合研究開発機構 [編著]『日本の医療は変えられる』（東洋経済新潮社、09年）とうたった単行本が出版されました。伊藤氏といえば東大教授として令名を馳せている国際経済学者ですが、経済産業省の医療産業研究会座長など政府系の各種委員会に名を連ね、行くところ可ならざるはなしというマルチタレントです。財団法人・総合研究開発機構は NIRA ともいわれ、公正・中立な立場から公益性の高い活動を行い、政策形成に貢献していくとうたわれているものですが、伊藤氏はその理事長を勤めています。

伊藤氏は同書の第1部「医療を考える経済学の視点」を執筆しておりますが、冒頭「医療を産業として捉えろ」として問題を提起しています。したがって、「医療の産業化」ということが同書のキーワードといえます。医療崩壊がいわれるようになってから、すでにかかなりの歳月がたちます。その間、自公政権から民主党連立政権へと政権交代が行なわれましたが、医療費抑制政策は続き、救急医療における医師、看護

師不足、公立病院の経営破綻など問題は続いています。後期高齢者医療制度など、医療分野における矛盾も依然として続いており、深刻さを増しています。

しかし、この医療に介護を加えた医療・福祉となると状況が少し異なってきます。総務省の労働力調査によると、医療・福祉分野の就業者は2010年2月時点で663万人に達し、しかも3カ月連続で前月を上回り、就業者全体に占める割合も昨夏から1割を超しているといえます。製造業が2月に16.9%と、前年同月に比べて0.6%ポイント低下した反面、医療・福祉は10.6%と0.8ポイント上昇しています（「日本経済新聞」01年4月7日付）。医療・福祉分野は雇用増大で、いまや日本の主要産業になっているともいわれます。

しかし、いま改めて「産業化」ということを考えると、なにが問題かと問われます。「産業化」という限り、就業者の数だけでなく、医療・福祉の全体像が問題になります。伊藤氏は医師不足の問題を資源配分の歪みの結果としてとらえています。医師の需要と供給がマッチしていない結果、患者が期待する医療が提供されないことになるといえるのです。しかし、医療の場合、通

常の財やサービスと異なって単純な市場メカニズムに多くを期待することができない、ともいいます。もし医療を産業として見たら、国民の医療への需要が拡大していくことはむしろ喜ばしいことではないだろうか、といえます。通常の産業であれば企業の売上が増え、雇用が拡大し、国民の生活が向上する。ところが医療の場合には、需要が拡大することがマイナス要因となるのが問題といえます。国民が医療サービスに対してきちんと対価を払い、産業としての体を成すことが重要なのだといえます。

形式論理では確かにそのようにいえます。しかし、それは医療サービスをハンバーガと同じように市場で自由に売買する商品としてとらえるものといえます。しかし、伊藤氏はそれほど単純ではありません。「財政的関与も、国民皆保険制度の維持も、そしてある程度の料金や価格規制も必要であるかもしれない。」とした上で、「医療の中に産業的な要素をいかに入れて行くかということが重要である。」といえます。こうすれば「医療は21世紀の日本のリーディング産業の一角に位置づけることができる。」というのです。

伊藤氏は、日本の医療制度は国際的に高く評価されてきたと認めています。皆保険制度の導入によって日本人の平均寿命が世界一長くなったという事実は否定しようがないからです。しかし、環境が大きく変化しているにもかかわらず旧来の仕組みを改革するスピードが遅いので、理想と現実のギャップが開いているのだといえます。急速な高齢化、医療の高度化とそれに伴う国民の医療に対する期待の増大、「情報化」の動きなどに対して、政府には正しい資源配分ができる保証はないといえます。そこで質・アクセス・コストのトレードオフが問題になるといいます。そこで色々な事例をあげて「政府の失敗」なるものが示されます。政府規制のマイナスがこれでもか、これでもかと示されますが、市場原理のマイナスは通り一遍の提示で終えています。果たして伊藤氏の診断で、

日本の医療問題が解決されるか疑問です。

同書の第二部は「先端からの発言」として、わが国の医療・経済の第一線の人々が勢揃いしています。永井良三（東大医学系研究科教授）、黒川清（政策研究大学院大学教授）、池上直己（慶応義塾大学医学部教授）、川淵孝一（東京医科歯科大学教授）、山本修三（日本病院会会長）、飯塚敏晃（慶応大学経済学部教授）、落合慈之（NTT 東関東病院病院長）、井伊雅子（一橋大学国際公共政策大学院教授）、石川義弘（横浜市立大学循環制御医学教授）、近藤正晃ジェームス（東京大学先端科学技術研究センター特任准教授）の各氏がそれぞれのテーマ毎に発言しています。

こうしたなかで日本経済新聞社は医療・介護制度改革研究会として、「医療・介護改革 本社提言」なるものを発表し、そのあるべき方向を打ち出していますが、土屋了介・前国立がんセンター中央病院長はそれに応えて「医療を産業としてとらえ、成長の原動力に」「混合診療。医療ツーリズムなどの工夫必要」「国民が望む医療体系実現へ『官主導』脱却を」（日本経済新聞、10年4月8日付）と主張しています。

土屋氏によれば、「これまで医療産業とは、医療機器産業、医薬品産業、医療サービス産業を意味し、医療行為自身は含まれないと考えられてきた。この結果、医療は診療報酬（プライス）が費用（コスト）と関係なく決まり、聖職者である医師によって行なわれる領域とされてきた。」「医療産業の成長は医療との連携なしにはありえない。医療と医療産業とは一体であり、医薬品・医療機器の開発には医療本体にも産業の視点をもつべきだろう。」「先進的な診療に対する私費負担を公的保険に併用する『混合診療』の導入も検討すべきだ。」といえます。日経本社提言でも混合診療で「私費」を伸ばすとあり、後発薬も欧米並みに普及さるべきとしています。

このように見てくると、「医療の産業化」というキーワードはたいへんな意味をもったものとして理解できそうです。この「産業化」の内容は規制緩和、市場化、営

INHCC, Institute of Nonprofit Health Care Cooperation
利化とみることができそうです。私は「産業化」のすべてを否定するものではありませんが、社会保障制度の拡充がその前提になると考えます。私が以前監修した『日本の医療はどこへいく』（新日本出版社、2007年）では、「いのちの平等」から来る「医療の平等」を大前提としています。そして憲法 25 条の生存権から非営利医療の原則を打ち出しています。そして「医療の社会化」による「公的医療費の拡大」によって「公正な医療」を 21 世紀の日本が目指すべき方向としています。そこでは東大の宇沢弘文名誉教授の社会的共通資本の概念に依拠して、その拡充をもって豊かな社会を築くための必要条件としています。

宇沢氏は最近、国立国際医療センター名誉総長の鴨下重彦氏と共同で『社会的共通資本としての医療』（東大出版会、2010年）という単行本を編集し、理想的な医療制度実現のための方策を提言しています。そこには日野原重明（聖路加国際病院名誉総長）、鎌田實（諏訪中央病院名誉院長）、富沢達弥（慶友国際医療研究所）、近藤克則（日本福祉大教授）、小松秀樹（亀田総合病院）、鈴木厚（川崎市立川崎病院）、出月康夫（東京大学名誉教授）、平林洵（慶友整形外科病院）、杉岡洋一（元九州大学総

長・09年逝去）、黒川清（政策研究大学院大学教授）の各氏が参加、執筆しています。日本の医療のおかれている危機的状況はいかにして起こったのか、医療の各分野で活躍する第一人者たちが発言しています。伊藤氏の本が「医療の産業化」の視点に立つのに対して、宇沢・鴨下氏の本は「社会的共通資本」の視点に立って、がっつり四つに組んでいるといえます。

最後に、伊藤氏の編著では、氏自らも認めているように、地域医療の崩壊が重大な問題であるとしながらも、それに対する処方箋を欠いております。過疎地の「医療の産業化」をどのように行なおうというのでしょうか。この点については、『地域医療再生の力』という当研究所の単行本シリーズの第二弾は、私の同僚である中川雄一郎氏が監修しております。ぜひご参照いただきたいと思います。

こうみてくると、伊藤氏の編著と宇沢・鴨下氏の編著で、医療についての論壇の主役が出揃ったかの感があります。いわば闘いの前の陣形布陣ともいえるでしょう。わが研究所のポジショニングはどこにあるのか、この陣形の一角に位置していけるよう頑張らねばと思います。



●事務局経過報告（2010年2月、3月）

【2月】

- ・20日 キューバ・メキシコ報告書発行
- ・20日 研究所ニュース No. 29 発行
- ・25日 機関誌 30号発行
- ・24-27日 全日本民医連第 39 回総会参加（角瀬、石塚、竹野）
（事務処理）
- ・キューバ・メキシコ視察報告書編集
- ・ニュース No. 29 編集
- ・機関誌 30号編集
- ・ニュース&報告書発送委託
- ・ウェブサイト更新

【3月】

- ・1日 富沢ワーキングペーパー発行
- ・12日 第5回事務局会議
- ・15日 くらしと協同の研究所学習会講師（石塚）
- ・20日 第5回理事会、第5回企画機関誌委員会
- ・30日 協同総研緊急研究集会『協同労働法とそれが拓く時代』参加（石塚）
（事務処理）
- ・ワーキングペーパー印刷製本
- ・決算準備

【副理事長のページ】

しあわせの黄色い旗—大田病院創設 60 周年、本館竣工記念式典

高柳 新

先日、大田区大森にある城南福祉医療協会、大田病院の創設 60 周年、本館竣工記念式典に参加した。42 年前、僕が就職した病院だ。

当日の記念誌に印象深い私記が沢山書かれている。一つだけここに再録させていただく。

「自分の目で確かめた大田病院の医療

医局 中泉聡志（2001 年入職）

大田病院創設 60 周年おめでとうございます。先日入職したと思っていましたが、あっというまに丸 9 年経ちました。大した年数ではないですが、充実した日々が送れたと思います。日常診療だけでなく、医学対活動、反核・平和活動、原爆症集団訴訟医師団、IPPNW、派遣村～蒲田駅街頭相談など、多くの人の支えの中でともに活動することができました。

私のはじめて民医連・大田病院に出会ったのは、大学 3 年生のときでした。受験の時に貰ったビラに『無差別平等』『地域の第一線の医療機関』『差額ベッド代をとらない』というところに興味をもち、これが本当なら自分の目で確かめてみたいと大田病院での実習をしました。そこでは、大学病院では見たことのないような光景がありました。

このとき出会った大腸癌の患者さんは、自分の病気のことや家族のこと、これまでの人生まで生きいきと語り、大田病院がこの地域にあるから頑張れたんだとおっしゃっていました。職員は、患者さんの病気の把握だけでは無く、あらゆることを把握していました。そして、在宅生活が困難な患者さんの『家に帰りたい』という希望を叶えるべく、様々な職種が頭をつき合わせて考え抜く姿がとても印象的に残っています。

そして、9 年がたっても地域の患者さんを取りまく状況には困難がたくさんあると感じています。民医連・大田病院にとって、地域や患者さんの要求実現のリーダーをしっかりと育て、しっかりと時代を見つめられるような『人づくり』が大切になると思います。私もそうした役割の一端をになっていきたいと思います。」（『～無差別・平等の医療と福祉をめざして～新病院建設に向けた 10 年の一歩 そして挑戦！』城南福祉医療協会発行）

ぼくはこれを読み、大田病院にはなんて誠実な先生がいるのだろうと心が温かくなった。

大田病院は僕が大学卒業後、最初に就職した病院であると書いたが、就職と言っても、なんとも不思議なものであった。東大出身の K 君と僕はインターン斗争の火中であって、全国的に展開された医師国家試験ボーイコット中であつた。医学部は卒業してはいたが、医師免許は持っていなかったのだ。昭和 42 年卒の医学生は、全国的にみな共同歩調を取っていた。K 君と僕は「医師見習い」のようなものであった。僕らを迎え入れてくれた、大田病院の当時の事情を話しておかなければ、話は面白くもない。昭和 43 年の大田病院は医師不足と病院建設の失敗で事実上、倒産状態に陥っていた。病院が完成する前に、

建築会社が倒産してしまいそのあおりをうけて数千万の損失をしてしまっていた。その上それ以前からのことではあるが、80床の病院でありながら常勤医師は2~3人しかいなかったのである。多くをパートの医師に依存していた。若い日大内科医局からの3人組、医科歯大3人組などが病棟患者を受け持ったり、外科パートの5人組で胃潰瘍の手術などをしたりしていた。東大分院からも来ていた。K君と僕が就業したとき、このパートの医師たちは「なんでこんな場末のくだらんところに…」という顔をしていた。まったくその通りであり、世間常識も医学・医療知識もかきも知らない「ミンセイ」青年に過ぎなかった。潰れかかった大田病院の再建のために、東京民医連は臨時総会を開いて、辣腕の事務局長と我々2人を派遣すると決定したのだそうだ。僕らは学生であり、何も知らないのだから、いまさらながら東京民医連も乱暴きわまりなかったと思う。「どうせ高柳君は学生時代もたいした医学生でもなかったのだから、指導医なんかいても、いなくても関係ないんじゃないか」などといっている医者もいたそうだ。僕は相当にバカにされていたか、活動家として過大評価をされていたということだ。「働くものの病院」といえば聞こえはいいが、金もない、ろくろく医者もいなかったのである。院長や副院長が大変に立派な方だったことはまちがいないが、病院を支える医師体制は成り立っていなかったのである。

終戦直後にはまじめな医師が一人ないし二人で誠実、献身的に民主診療所（民診）を支えることは出来たのかもしれないが、そんな努力では病院を支えることはできない相談だ。

K君と僕ら2人は病院時代の民医連の幕開けのドサクサの中にたたきこまれたのだろう。

60周年のパーティーで沢山の昔の仲間、旧職員と再会した。木造の外來、二階建ての病棟や、医局のことを思い出した。労働歌、革命歌を唱いながらみんなで力を合わせて勉強したことが懐かしい。一步一步、ちゃんとした顕微鏡を買い、ファイバースコープも手に入れた。調子が出てきて大田区では1~2番目にCTスキャンもついに導入した。…

式典で東京労災病院委員長は次のような趣旨の祝辞を送ってくれた。「…大田病院にCTが導入されたとき、当時のうちの院長も私も脳外科医でしたからとても共感したものです。これからはCTで脳内の中を画像で見ながら治療が出来ると興奮していました。大田病院は今も昔も医学に対しても前向きに取り組んでいる。しかもいつも患者さんと一体になっている。このたび本館竣工に際し、導入されるMRIも同様だ。それに私どもが羨ましいと思うのは、大田病院の法人には病院だけでなく、いくつもの診療所があり、介護支援センターを備え、在宅医療体制を整えている。本当にすばらしいことで、地域医療の在り方そのものを実践されている。今後もお互い力を合わせて地域医療を守っていきましょう。…」

法人理事長権守光夫先生は、地域医療が崩壊されている中だからこそ、この10年民医連の社会的使命を発揮するためにあえて新病院建設に取り組んできたことを山登りにたとえ、報告した。「10年間の山登りはようやく9合目に到達した。」

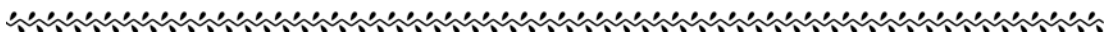
本年2月4日の毎日新聞朝刊は、差額を取らない病院として大田病院とその新館建設を詳しく報道した。同時に、大田病院が属す全日本民医連の全病院が差額代をとらないことを、驚きを以て紹介した。

新しい病院はとても立派で、部屋も廊下も広い。昔の木造もなつかしいが、新病院は新築のわが家を見るようで誇らしく、嬉しい。

式典では、「大田病院にMRIを送る会」から7500万円の目録が贈られた。目標は1億で、さらに2500万円を集めて病院に送ると約束していた。自分たちで頑張る、地域

住民と医療従事者の連帯の姿をそこに見た。

アルコールがほどよく回った。僕は帰りがけに、黄色いのぼり旗を貰ってきた。こう書いてあった。「医療費でお困りの方はご相談ください。大田病院では無料低額診療を行っています。」この旗を担いで、院長先頭に、中泉先生や職員が駅頭に繰り出し相談会を開いてきた。やっぱり大田病院は地域住民と、貧しい人たちの、いのちの砦だ。「ロールズの正義論」を地で行っていると思う。僕はその旗を部屋にぶら下げている。



【会員状況】 (2010年4月25日現在)

団体正会員 65、個人正会員 211、団体賛助会員 4、個人賛助会員 41

●事務局からお知らせ

1. ウェブサイト更新

かねてから懸案事項であったウェブサイトの更新を少しずつ進めています。まず研究所ニュースに掲載されている「理事長のページ」を、「角瀬保雄のページ」として独立させました。また、機関誌の方もHTMLにしようとして準備中です。リンクや研究情報の整理など、少しずつ作業を進めますが、その他、ウェブサイト掲載へのご希望などがあれば、事務局へお寄せ下さい。

2. 書評掲載のお知らせ

2010年1月に新日本出版社から発行された『地域医療再生の力』の書評が、『しんぶん赤旗』4月4日(評者、寺尾正之・全国保険医団体連合会事務局次長)、『農業協同組合新聞』平成22年4月20日号(評者、北出俊昭・元明治大学教授)に掲載されました。取り上げてくださった皆様に感謝いたします。また予定して下さっている紙誌の情報もいくつか伺いました。

このほかに掲載情報などがあれば、事務局までお知らせ下さい。

3. 年会費納付のお願い

2010年度は、2010年4月1日～2011年3月末日です。2010年度年会費の請求書を近日中にお手元へお届けできると思います。過年度を含め、年会費の納付をどうぞよろしくお願い申し上げます。

4. 住所変更について通知のお願い

新年度となり、転居や異動、住所表記変更、団体会員の皆様ではご担当者の変更などがあると思います。お手数ですがなるべく早く事務局へご連絡をいただきたく、また送付封筒の住所表記に訂正がある場合も合わせてご連絡をいただきたく、どうぞよろしくお願い申し上げます。

●事務局からお知らせ（他団体開催の研究会など）

会員の皆様へお知らせしたい講演会等がありましたら、事務局へお寄せ下さい（ニュース発行5・7・10・1月の各20日締め切り、選択の上、掲載させていただきます）。

1.（全労連、社保協、医団連 共催）「これでいいのか 日本の医療」討論集会（5月12日、事前申込不要）

- ・日時： 2010年5月12日（水） 18:00～20:00
- ・場所： 平和と労働センター・全労連会館 2階ホール（東京・湯島）
- ・スケジュール
 - 18:00 主催者あいさつ 全労連
 - 18:05 問題提起 社保協
 - 18:30 特別報告 各10分×3名
 - 特別報告1 高齢者医療制度即時廃止の実現と
高齢者医療制度改革会議の議論について 民医連
 - 特別報告2 窓口負担軽減で受療保障を 保団連
 - 特別報告3 国保問題の現状と課題 東京土建
 - 19:00 討論
 - 20:00 閉会あいさつ
- ・目的：
 - ① 後期高齢者医療制度即時廃止運動を飛躍させる
 - ② 高すぎる窓口負担の軽減にむけた共同行動の出発とする
 - ③ 国民健康保険や協会けんぽ、健保組合、共済組合等各保険者の現状と課題の交流の場とする
- ・事前申込は不要です。直接会場へおこしてください。

2.（協同総合研究所）「協同労働の協同組合」法制化記念フォーラム・「新しい公共」を創造する協同労働の協同組合—協同労働をその法律を、地域と社会、労働の再生に生かしていくために—（6月26日）

- ・日時： 2010年6月26日（土）13:30～17:30（10:30～12:30 協同総研第20回総会）
- ・内容：
 - 記念講演「協同労働とその法制化が拓く時代—誇りある働き方・生き方を地域から創る」 講師：島田博（協同総研主任研究員、法制化市民会議副会長、法学博士）
 - パネルディスカッション「協同労働とその法律を、地域と社会、労働の再生にいかしていくために」パネリスト：鈴木雄一、法橋聡、櫻井勇、岡村信秀、永戸祐三
コーディネーター：岡安喜三郎
- ・会場：明治大学駿河台キャンパス研究棟2階第9会議室
- ・参加費：会員・学生 500円（非会員は1,000円）
- ・問い合わせ先：協同総合研究所 電話 03-6907-8033、FAX：03-6907-8034
電子メール kyodoken@jicr.org

【韓国の医療事情】

行き先の遠い韓国の医療現実

共に歩む医療消費者生活協同組合 事務局長 カン・ボンシム

韓国の医療現実を思うとあまりにも異なる二つの顔が思い浮かぶ。先端医療技術やCT, MRIなどの精密医療装置の普及が世界で最も進んでおり、「国立ガンセンター」や「現代牙山病院」など世界でも最も優秀であるといわれている総合医療機関や優秀な専門医たちが韓国では活動している。それとは裏腹に帝王切開手術率 35%、1次医療機関の抗生剤処方率 52.1% (2009年3分期)、赤字の国民健康保険公団で上昇する医療費負担という杜撰な姿もある。

韓国の医療現実を窺えるいくつかの数値を挙げてみよう。韓国保健社会研究院の報告によると、韓国における人口 10 万人当り保健施設数は病・医院 43、歯科 23、漢方病・医院 16、薬局 33 がある。そのうち、病・医院の 47%、歯科の 53%、薬局の 47%はソウル及び仁川市、首都圏に集中しているのだ。2007 年の活動医者数は人口 1 千人当たり 1.7 名であり、OECD 国家の内ではトルコに次ぐ下位であるが、外来診療件数は年間 11.8 回という、OECD 国家のなかでは日本に次ぎ二番目に高い件数である (OECD 平均は年間 6.8 回)。

すなわち、韓国の国民は病院に行く回数が多いわけである。なぜだろうか。恐らく 1 次医療機関での診療に納得がいかないために同じ病気のことでも 2 次、3 次医療機関を回る「病院ショッピング」現象が多いからではないかと、筆者は思っている。

韓国では 1989 年 7 月 1 日から国民階医療保険制度が実施されたことに伴い、1 次、2 次、3 次医療機関の使い分けによる医療サービスシステムも施行されるようになった。風邪などの日常的病気や軽い病気に関しては地域の 1 次医療機関 (主に医院) で治療を受け、緊急および重症の疾患などは地域の総合病院 (2 次医療機関)、さらに精密かつ深刻な病気に関しては大学病院などの 3 次医療機関で治療を受けるという、病気の状態や特性によって適切な医療サービスが行われるように設計された合理的システムである。ところで、実際には地域の 1 次医療機関よりも有名な大学病院や首都圏の総合病院へ患者が集中しているのが実情である。その理由としては、何より地域の医者の説明が不十分で納得が行かないという不満が多く、また病気が見つかったときは実力も、装備も優れた首都圏の総合病院で治療を受けたいという希望が圧倒的に多いからである。それで、「30 分待機、3 分診療」という言葉が流行るくらいに 3 次医療機関での外来診療には外来患者が集中しているのだ。2009 年上期、健康保険審査評価院が提出した健康保険公団への診療費請求額 (非保険給与分除外) をみると、総合・専門病院 44 ヶ所の診療費請求額の 2 兆 7000 億ウォンでのうち、上位 4 つの病院の請求額は何と 8,091 億ウォン、約 30%を占めている。

医療サービスシステムは整っているけれど、1 次診療機関への不信 (説明不足、治療への不満、過剰処方など) が原因となって名医を探して病院をショッピングするように回っているので重複診療による無駄な医療費の支出が増えている。年間医療費の支出規

模をみると、2006年基準の日本の場合は2,581ドルで前年比4.3%増加であるのに2007年基準の韓国のそれは1,688ドル、前年比は13.2%増加である。それで、1次医療への信頼を回復するためには国民主治医制度を実施すべきという意見が多い。

医療費に関しては国民健康保険公団が64%を負担し、残りは本人負担となる。国民階医療保険であるので成人になると医療保険費を支払わなければならないが、その加入構造は職場保険と地域保険に分れており、地域保険の方が相対的に高い。職場保険ではその保険料の半分以上を事業主側が負担するからである。例えば、「首都圏居住、夫無職、妻保育士（月90万ウォン）、子二人、持ち家あり」の所得の低い世帯の場合、妻の職場保険では月2万7千ウォンとなる医療保険費だが、もし夫の名義で地域保険に加入したらそれは少なくとも8万ウォン台になる。理由は、地域保険は財産税や自動車税などを基準に設定されるからである（住宅ローンや銀行ローンなどは債務の状況は顧慮されない）。もし、この世帯主が月収300万ウォンの給与所得者であれば医療保険は約7万ウォンとなるであろう。ところで、韓国ではまだ保険適用にならない部分が多く、医療費の負担は軽いわけではない。例えば、医者を指名する特進料やMRI、PET撮影、栄養剤、予防接種、歯のスクリーニング、インプラントなどはまだ非保険項目である。韓国では漢方医学も大変普及されており、体質改善や慢性病の治療のためにはよく利用されているが、保険適用は物理治療や針灸施術に限っており、漢方薬は非適用である。ただ、癌患者の場合の本人負担金は10%ということ（保険適用項目の場合）がそれでも進んでいるかもしれない。入院患者の平均医療費は年間186万ウォンであり、そのうち国民健康保険負担分は117万ウォン、患者本人負担は68万ウォンとなるという報告があるが、入院時の付帯費用や非保険項目を含めると実際の医療費負担は二倍以上に膨らんでしまい、庶民には相当の負担であるのが現状である。

にもかかわらず、現政権はより質の高い医療サービスの提供及び患者の選択権を尊重するというのを優先する医療法への改定に乗り出した。

2010年4月6日、「医療法一部改定法律案」が国務会議で承認された。国会審議を残しているものの、この改定は医療民営化への布石であると読み取れる。この改定案の内容は、営利法人の病院設立の許可、医者一患者間の遠隔医療の許容、医療法人の付帯事業範囲の拡大（病院経営支援事業含む、例えば、現代牙山病院が地方の中小病院の経営を直接支援できるといった経営の系列化ができる）、医療法人の合併の推進などがある。この法律が採択されると、個人と病院が公的保険以外にも独自に民営保険会社と医療保険契約を締結することができて、患者の病院選びの選択肢は広がるのは確かである。一方では庶民には「絵のなかの餅」のように、良い病院で十分な治療を受けることがさらに難しくなるという懸念も強くあるのだ。

しかしながら希望もある。一次医療を強化し、主治医制度を確立しようとする医療生協が根を下しつつあるからである。地域の住民と医療人たちが共に出資して設立した医療生協は、歯科、漢医院、医院といった地域住民の日常的病気に対応できる医療施設を作り、地域住民へ主治医制度、在宅ケアや往診の実施などで住民の信頼を受けるように運営されている。また一般病院では粗末にしている予防教室や健康診断への啓発を通じて、日ごろの健康管理に力を注いでいる。現在は、12の医療生協、約1万人の組合員という小さな規模であるが、医療生協設立を準備しているグループは増えており、地域の医療現場が変わりつつあるという実感が沸いてくるのは筆者だけの思いではないのである。

（訳：金亨美）

【アメリカ】

オバマ医療改革の教訓

石塚 秀雄

米国の医療改革は、先の3月21日に米国下院で法案が議決され、本格的な実施の方向となった。ここで改めて要点を簡単に上げたい。なお、機関誌「いのちとくらし」で掲載した米国の医療改革についての高山一夫論文、石塚論文も再読していただければ幸いである。

1. 米国と日本の異同

ついに2010年3月23日にオバマ大統領は医療改革法案に署名をした。下院での投票は賛成219反対212の僅差であった。反対派は、オバマ医療改革にたいして、国家が介入して「社会主義的」であるとか、個人の自由を政府が抑圧するものであると非難している。こうした主張は、日本における医療制度に対する通念からすると、一見奇異な感じのものである。日本では、国民皆保険制度の下で医療は公的なものであるという認識があるからである。しかし、日本と米国の医療制度は真っ向対立しているというものでもない。米国に公的医療がないというわけではないし、日本の皆保険制度も現在の医療崩壊という事態を見れば、貧困層や高齢者層に対して十分なわけでもない。したがって、オバマ医療改革は公的保険制度にならないのでだめだという評価は当たらないし、日本の制度も周知のとおり、それほど立派な「公的保険制度」であるわけでもない。仮に、米国で無保険者を対象にした公的医療保険制度を作るとしたら、既存のメディケア社会保険とのドッキングとなり、日本の国保問題のような難問を当初から抱えることになったであろう。

2. 医療制度の理念のチェンジ

オバマ医療改革の特徴を、日本の制度と比較しつつ整理すると次のような点が上げられる。

①連邦政府の介入を強化、公正性の追求、②民間保険会社への規制を強化、保険加入者の排除禁止、保険料の引き下げ化、③事業主責任に対する規制を強化、④高齢者(および障害者)むけ医療介護制度の充実化(メディケア社会保険)、⑤貧困者むけ医療制度の充実化(メディケイド医療扶助)、⑥低所得者・中所得者に医療保険購入のための補助金、⑦中小企業従業員の保険加入促進、⑧政府医療費削減への努力(予算の約一割の削減) ⑨高額所得者への増税、⑩保険加入義務と個人責任の強化、⑪その他医療アクセスの充実

2007年度において米国の医療費総額2.3兆ドルのうち、大まかにいって、半分が民間保険会社および個人負担分で、残り半分は連邦政府一部州政府の負担である。言い換えれば、半分は公的医療と言うことがいえる。オバマ医療改革の眼目は、人口(65歳以下

の非高齢者世代)の約 15%を占める 4600 万人の無保険者の医療アクセスの実現であった。したがって、医療改革のスローガンのひとつは「Affordable Health Care for America(【保険で】入手可能な医療)」であった。

日本の公的保険制度は周知のごとく 3 種類に大別されており、一元的なものではない。「公的保険」は厳密に言えば社会保険であって、これは民間(営利)保険とは原理的に異なるものである。米国においては、高齢者むけ医療メディケア制度が社会保険にあたり、貧困者むけのメディケイドは社会扶助制度に当たる。それは保険ではなくて、税による公的扶助である。さらに民間保険会社がすべて営利保険会社というわけではなくて、非営利の保険会社(共済・相互保険・ブルークロスなど)もそれなりの比重をもって存在する。

人口(65 歳以下の非高齢者世代)の 60%が加入する民間保険加入者の大多数は、保険料の大部分を企業主が負担する保険である。日本の場合は、ドイツと同じく保険料は折半である。

オバマ医療改革の中心課題は、無保険者の救済である。約 3200 万人の無保険者に保険加入を行わせるとしている。現在の無保険者の内、32%はヒスパニック系、20%が黒人系、17%がアジア系、10%が白人系だとされる。また無保険者を世代別に見ると、25 歳の約 3 割が無保険者である。このために新たに 26 歳までを家族保険対象に含めることとした。さらにまた、中小企業従業員の医療保険加入促進が課題となった。大企業むけ保険に比べると保険料・保険条件が不利な傾向が進んでいたためである。

3. 医療改革でどのような措置がとられるのか

①民間保険会社に対して、一部の保険加入者に一定の事前条件をつけることを禁止する。

【この部分保険原理ではなくて社会保険原理を適用させることになるのでなんらかの問題が生ずる可能性がある。政府が干渉する公的保険団体の設立は行わない】

②メディケア対象者に対して、一定の現金給付(250 ドル)を行う。薬代の 50%割引。

③医療保険およびメディケアに予防医療サービスを義務化する。出来高払い制度の変更による医療費削減。

④従業員 50 人以下の中小企業に対して保険料支払いの 35%免税措置。

⑤高額所得者(年収 20 万ドル以上)に医療税の増額。

⑥民間保険会社に対して、営業費用の削減義務。

⑦医療保険に加入している会社に早期退職者むけ保険料への補助金(退職者も会社保険に加入しているケースが多いため)。

⑧米国市民に保険加入義務化、保険加入補助金制度(入らない場合は罰金)。

⑨大企業(50 人以上)で従業員に保険提供しない場合は罰金。

⑩メディケイドでの対象者拡大(貧困基準の変更)。

⑪メディケイドのプライマリケア診療報酬の増加。

⑫非営利組織保険事業者への免税措置。

⑬コミュニティヘルスセンターの強化。

4. 雇用の基礎としての医療

米国では従業員 50 人以上の企業の 96%は医療保険を提供しているが、50 人以下の中小企業の 43%しか医療保険を提供していない(2006 年度)。この減少傾向は 2001 年以降すすんできている。企業負担中心の保険であるので、医療保険問題は労働雇用問題と直

結した問題である。日本の場合には、いわゆる社保に加入しないものは国保加入ということになるが、保険料が払えない者の比率が増加し、国保制度自体の存立問題となっているのは周知のとおりである。いわば、中小企業の雇用問題や無保険者問題を国保でカバーするという方式が機能不全となっているのである。米国の医療改革は雇用と医療を関連づけて改善していこうというモデルだと言することができる。翻って日本はどのような自らの改善策を考えているのであろうか。ベーシックインカム議論は個人所得そのものに重点を置いたものであるが、雇用や医療それ自体の仕組みの議論とは連動したものにはなっていない。日本の医療政策は雇用政策とは連動していないにもかかわらず、その医療社会保険制度は職域区分に基づいている(大企業、中小企業、公務員共済)および国保に棲み分けられており、そのズレに対する政策的議論が欠けていることに問題がある。いわゆる一元化議論は、職域社会保険の領域だけであり、社会全体としての雇用労働の問題をかえってばかす懸念がある。一方、米国の医療改革は、社会保障と労働雇用問題、企業の責任をリンクさせて議論されている点が、とりわけ日本にとっても参考になると思われる。すなわち、政府、企業、市民(労働者・自営業・個人)のそれぞれの責任、言い換えれば、政府、市場、市民社会のそれぞれの責任がリンクされるものになる、という点で、きわめてアメリカ的な新しい福祉ミックスの試みであると言える。

【本の紹介】

中小路純著

『「無産者診療所運動」と豊住村』(成田史学会研究叢書)

2009年7月発行のこの小冊子は、主な部分は『成田史学』第2号、第3号(2006年発行)に掲載されたのをまとめたものとなっている。A5判、両面印刷24ページというコンパクトな体裁であるが、多くの資料をもとに当時の日本の全体的動向も詳述されており、歴史の上での北総の無産者診療所運動の位置づけを考察するものになっている。

この成田史学会研究叢書を入手することが出来たのは、数年前、研究所理事の八田英之氏経由で中小路氏から資料について問い合わせの電話をいただいたことがきっかけであった。あいにく研究所には該当資料はなく、会員である民医連の方が個人的に所有していたものを借りることができ、情報提供ができたのである。人のつながりとともに、資料保存の重要性を意識した出来事であった。

当機関誌28号にも京都東山に関する寄稿があったが、おそらくは全国の様々な地域でこうした研究がなされていると思われる。県連史、法人史、診療所史などのほかに、こうした個別の地域史、職員の個人史などを一括収集することにより、様々な角度から検証することが可能となるのではないかと。インターネットのアーカイブや動画資料などの他に、アメリカではツイッターの全ログまで連邦議会図書館に保存される時代となった。史料の多様性とともな歴史研究の方法は大きく変化するのであろうが、各地で行われている実践の力を後世に伝えることに意義があることは変わらないのではないだろうか。

筆者からは「試論」なので、ご意見や情報などを寄せてほしいとのことであった。冊子希望などのお問い合わせは、研究所事務局までお願いします。(竹野)