

新政権のもとでの社会保障をめぐる問題点とその再生をめざす課題

篠崎次男氏（日本高齢者運動連絡会顧問）

目次

- 1 はじめに
- 2 国民の生活・健康・就労をめぐる状況
- 3 少しさかのぼって情勢の検討を
- 4 1980年代初頭から続く社会保障の攻防
- 5 新政権の問題点
- 6 社会保障の再生のために
- 7 おわりに

1 はじめに

今日は大きなテーマですけれども、少し1980年代までさかのぼって社会保障がどんなふうになされてきたかということをおおまかに捉えながら考えていきたいと思います。

というのは、1970年代までは、日本の政府は欧州諸国に比べて日本の社会保障制度は劣っているという自覚のもとに制度の充実を図ってきたと思います。それが、70年代の終わりごろから自民党の中で見直し論が始まり、80年代初頭から臨調行革によって大幅な社会保障の見直しが具体的に始まってきます。小泉竹中路線というのは、非常に激しい言動でいろんなことをやりましたが、社会保障に関する限り臨調行革路線を引き継ぎ発展させてきているわけです。ですから自民党・社会党の政府によって、あるいは自民党・公明党の政府によって持続的に社会保障の見直し・改悪が行われてきたというふうに思っています。

何故そこにこだわるかといいますと、現在の新政権を担当している3つの政党は臨調行革との闘いに関わりかなり問題があったわけです。半分くらいの人たちは、積極的に当時の自民党の中で行革路線を進めてきた人たちです。しかも、新政権の誕生後においても、構造改革路線についてきちっとした政党としての整理が行われていないわけです。漫然と発展させた形で今日に来ているということがあります。ですから、自公政府の行ってきた構造改革路線がいとも簡単に引き継がれてきているという側面の方が大きいのではないかと思います。そういう点で、改めて80年代からの動きについて、少しさかのぼって検討してみようと思います。

それから80年代、特に1984年の社会保険の大改悪に対する反対運動から、ある意味では現在の政権交代につながる国民の変化が起こってきているのではないかと思います。後で詳しく触れますが、それまではせいぜい医療保険改悪反対署名というのは400万人程度しか集まりませんでした。85年のときには2000万人を超えました。それが大きな力になって、3年後の参議院選挙で自民党の単独過半数が壊れたわけです。その後、社会党を抱きこむとか公明党を抱きこむとか、いろいろな工作を繰り返しながら今

日に至っているわけですが、この85年の大きな社会保険改悪反対闘争というのが、
どういふものであったかということをも改めて見ておく必要があるのではないかと思います。

というのは、何をとって今も先がよく見えないで、言葉では威勢のいいことが
言えますが、心の中の実感としては率直に言って先行きかなり難しいなという思いがよぎ
る場合がたくさんあると思います。そういうなかで、社会保障の運動に意欲を持ち続ける
という点では、80年代から今日まで改悪が積み上げられてきているけれども、それをか
なりの部分阻止し抑えてきている持続的な闘いが発展してきているということも明らか
と押さえながら、明日からの私たちの取り組む課題について考えていくことが必要では
ないかと強く思っています。

皆さん方には少しまどろっこしいかもしれませんが、80年代まで少しさかのぼって、
今言ったような観点で情勢を見ていきたいと思ひます。

新政権が旧政権から引き継いでいけない政治体質、金権政治の体質であるとか、大企
業の責任を明確に追及できないとか、日米軍事同盟にしっかりとした態度が取れないとか
という弱点が、今の予算編成あるいは社会保障問題に浮き上がって、その矛盾が吹き出し
てきているのではないかという思いをしています。そして第2臨調から構造改革路線へと
発展させてきているわけです。これについて民主党がしっかりとした自らのとってきた態
度について総括ができていないということが挙げられるかなと思います。

2 国民の生活・健康・就労をめぐる状況

国民の生活・健康・就労をめぐる状況というのは、皆さんもう既にいろんな角度で承知
され、また午後からの報告でも出てくると思いますので割愛していきたく思ひます。

- 1) 増え続ける失業者・・・09年12月末 労働力調査・完全失業者昨年同期比75万人増で331万人
5.2% 2010年にはいっても改善されず。
- 2) 相対的貧困率・・・15.7%はOECD加盟中30ヶ国中4位(2007年調査・09年公表)
メキシコ 18.4%、トルコ 17.5%、アメリカ 17.1%
低い国 デンマーク 5.2%、スウェーデン 5.3%、チェコ 5.8%
日本の子供の貧困率・・・01年14.5%、一時低下したが07年には14.2%に 以降増加へ
生活保護世帯・・・平成20年度社会福祉行政報告 被保護世帯比4万千世帯増の114万8766
世帯へ。そのうち45.6%が高齢世帯。疾病による41.9%、収入減・喪失が19.7%
失業していても失業手当を受給できない労働者の割合(国際労働機関・ILO) 報告 2009年3月
先進国中日本が最悪77%(210万人) 米国57%(630万) カナダ57%(70万人)
- 3) 保険証未交付 後期高齢者医療制度・・・2万8千人 実態はこれ以上では・・・(短期保険証)
国民健康保健・・・真門市調査 保険証取り上げ・経験者 経験なし64.7%

4) 「保健行政の相次ぐ後退、医療・福祉改悪にやがてつながる」

それで、「保健行政の相次ぐ後退、医療・福祉改悪にやがてつながる」についてごく大き
っぱに見ていきたく思ひます。

これまでの社会保障運動があまり取り上げてこなかった「健康の問題」を、自治体をベ
ースにして、地域の住民活動を新しく創造しながらどのように取り組んでいくのかという

ことが非常に大きな課題になってきていると思います。

・特定検診（メタボ検診）

例えば宇都宮市でもやっている国民健康保険の特定検診、特定保健指導、いわゆるメタボ検診といわれているものですが、あれは来年の3月末までに市役所の国民健康保険課が通知をした受診対象者の65%以上の受診率がないと後期高齢者医療制度の支援金に対する加算制度が発動されるわけです。民主党は非公式には、加算制度はとらない予定だといっていますが、今のところ制度の見直しはやってないわけですから、そのまま発動されます。これだけで、恐らく毎年1割程度の国民健康保険料が引き上げられていくこととなります。ただ単に引き上げられるだけではなくて、健康づくりに不熱心な市民が多いからそのペナルティーとして後期高齢者医療制度への支援金が増えてくるんだという説明を恐らくするはずで。そういうことが何年か続くと、太っている人、タバコを吸う人、過度な飲酒をする人、スポーツをやらない人は保険料を高くとってはいいのではないか、あるいは給付に差別をしてもいいのではないかという彼らが意図している論理が出てくると思います。

もうこうなってくると民間の生命保険と社会保険の中味の境目が完全になくなってきます。そういう意図のもとに、75歳以上の特定検診が今取り組まれているということです。全国平均の受診率は23%前後です。よくて30%を超えたかどうかですから、恐らく全国の8割位の市町村でこの問題に直面してくるのではないかと思います。そうすると、普通の保険料の引き上げと違って生活習慣を変えない人が多いから、医療費が増えて保険料のかさ上げにつながるんだということで自己責任論を前面に押し出してくるわけです。おそらく、こうなると今のような5000万人近い医療改悪反対署名がその時点で維持できるかどうかというかなり深刻な問題になってくるのではないかと思います。

ですから、後期高齢者医療制度は即時廃止をしないという側面が過分にあるのではないかと思います。今自治体をめぐってはこの辺のところ大きな課題として展開されているように思います。

・公立病院の独立法人化

公立病院の独立法人化というのが今加速されて進められているように思います。しかも法人格を自治体から変えて以降も、自治体病院と同様に赤字補てんの財政が切りこまれている市町村が圧倒的に多いわけです。公立病院をめぐる問題というのは深刻になってきていると思います。

・介護保険

それから、もう一つ見逃せないのは介護保険です。昨年4月から始めた新しい認定法は、後期高齢者医療制度に対する反発も強かったし、新政権が誕生したということもあって、昨年の10月で認定法は撤回するという形で市町村にも通達が降りているわけです。ところが、介護給付適正化運動というのは引き続きやられています。これはどういう問題かというと、市町村の介護保健課の職員が業務の見直しをやって介護給付費を業務として節約していくという運動です。これは市民にはなかなか分かりづらいわけです。中心的には、介護認定の第一次審査をいかにそのまま具体化していくかという運動になります。特に狙い目は要支援の2と要介護度1、これは介護の量の必要性を図るための時間が同じなんです。ですから介護職員の裁量一つで要介護度1が要支援2に転換させられていくわけ

です。そうすると、少なくとも一人当たり年間60万円の予算の節約になるわけです。これが今かなりの勢いで自治体の仕事ベースで行われてきているわけです。こういうものに対するきちっとした取り組みが今のところできていないということがあります。

・ 社会保険庁の解体

社会保険庁の解体は民主党政権誕生前から長妻厚生労働大臣も含めて声高に叫んでいたわけですし、ここの部分については何の疑問も持たずに実務的に進められていっているという問題が起こってきています。

その他、今日の午後いろんな形で報告がありますがすけれども、主要には新政権のもとでの構造改革路線がかなりの勢いで具体化しつつあるということというのが一つの実態ではないかと思えます。一体この動きがどんな形で起こってきたのだろうかということを見てもおきたいと思えます。

3 少しさかのぼって情勢の検討を

1) 社会保障制度の改悪

冒頭に申しあげましたように、1984年前後までは医療改悪反対署名というのは400万人前後しか集まりませんでした。ところが1984年の社会保険の大改悪の時には2000万人を超えました。改悪の質が違って来たという側面が一つあるかと思えます。

2) 70年代までは政府も社会保障制度の充実をめざしていた

栃木県にも自治医科大学がありますが、あれに象徴されるように70年代までは、例えば医師も不足しているから、1県1医科大学を必ず実現するという形で医師の養成数を増やしていくという取り組みをしてきましたし、病床も足りないということで公立病院を中心に充実路線をとってきました。それから高齢者と乳児の医療費の無料化、あるいは社会保険・国民健康保険の給付の引き上げなどいろんな形で社会保障の整備が進められて来たというふうに思えます。

3) 第2臨調の要請に応じて・社会保障を目の敵に。特に医療制度の見直し・老人医療費無料化廃止へ

これに一つの区切りをつける動きが一番最初に出てきたのが、1983年の厚生省が出した「今後の医療政策～視点と方向」という短い文章だったのではないかと思います。1980年からスタートした土光・中曽根コンビの第二臨調主導の行政改革は、ご承知のように社会保障の見直しを主要な目的に掲げて取り組まれたわけです。この臨調の要請に応じて初めて出たのが「今後の医療政策」でした。この文章は、医療費、簡単に言うと保険の給付費と理解していただいて間違いないと思えますが、保険の給付費がなぜこんなに年々上がり続けるんだらうかという視点からのみ日本の医療制度の問題点を整理しています。そして、5つの課題を設定して、21世紀までに日本の医療をまともな医療制度にしていくんだということです。

この5つの視点というのは、保険給付費をいかにして削減するかという対策だけでした。そして医療費がなぜ上がるのかということの最大の理由は、疾病が変わったからだ、それまでは感染症が中心であったものが当時は成人病といわれていた慢性疾患が主要な病気になったと、これは直りづらくてだから医療費がかかるんだということです。併せて、この成人病というのは悪い生活習慣の積み上げで病気が訪れてくる。だから一人一人の国民

が自覚をもって当たれば病気の予防も健康保持も可能な病気なんだという形で疾病の自己責任、疾病予防自己責任を医療政策の基調に据えるということをまずここでやったわけです。この「自己責任」というのが、今あらゆる分野を覆いつくして、生活も自己責任、就労の機会を獲得するのも自己責任という形で自己責任の時代に入ってくるわけですが、それが1983年の「今後の医療政策」のなかで展開されたわけです。

この時に厚生省自らが憲法第25条のまっとうな解釈を捨てたんです。「社会保障とは個人の自立を前提としつつ」、個人が自分の責任で生きていくということが当たり前のことなんだよと、これを強調した上で、人々の連帯、連帯に基づいて生活の始末をつけていくと、社会保障というのは「国民の連帯を組織化」したものだというふうに捏造したわけです。これは数年後に社会保障制度審議会の勧告や答申にもそのまま生かされて、今では社会保障というのは自立を前提とした自己責任を基本にすると、それで間に合わなかった場合に国民が助けあうと、そういうものを組織化したものにすぎないという考え方があらゆる面で定着を始めておりますけれども、これが1983年に出された「今後の医療政策」の中でやられたということです。

それで21世紀に向けての日本の医療というのは、つまり社会保障というのは自己責任を徹底させるということを第一の柱に据えたわけです。ここから、例えば機能別に医療機関を分類して配置するという医療提供体制の合理化策が医療法の改悪問題も含めて再行われて定着してくる。あるいは社会保障から国が定めた標準サービスだけでよくしようという、標準サービスの概念の導入というのが第二の柱に掲げられましたが、これが介護保険で本格的に私たちの中に押しつけられてきたということがあります。

それから、医療よりも国にとってより安価な福祉政策で高齢社会を乗り切るんだという形で、今でいう後期高齢者医療制度の先駆けになるような中味が出てくるとか、様々なことがこの中で展開されてきました。

これ以降、生活も健康も自己責任でと、これが何の疑問も持たずに多くの国民の中に入っていたのではないかと思っています。

ここで、思い起こして頂きたいのは1983年にこういう社会保障の基調を大々的に展開して、この年に老人医療費の無料制度の廃止をしたわけです。それに変わる法律として老人保健法が新設されました。この老人保健法の中で高齢者の医療費を国民各自が支え合うという体制が確立していくわけです。

4) 1983年のILO（国際労働機関）は・・・構造改革路線の社会保障見直しに抗議

この同じ年に、ILOは社会保障が国の経済を駄目にするという主張には間違いがあるんだと、社会保障を手厚くすることによって国民の生活を豊かにしていく、それで内需を拡大して経済発展につなげていくという社会保障の基本の役割をないがしろにはいけないという勧告を出して、強く政府を戒めるわけです。

5) 構造改革路線と労働運動、高齢者運動はどう闘ったか

この80年代の初頭からイギリスではサッチャーが台頭し、アメリカではレーガンがでてき、日本では中曽根がでてきて市場原理最優先の行政改革、小さな政府論というのが幅を利かしてくるわけです。その時に、世界の労働運動は、社会保障を守り豊かにしていくことこそ国の繁栄を保障していくものだという主張を高く掲げてきたということがあります。

残念ながら、日本ではこの臨調行革路線の批判にしても、それから臨調行革がもたらす諸害悪を阻止する行動についても一部の労働組合や一部の野党の中に消極的になる部分が台頭してくるということが起こりました。私の日本高齢者運動連絡会は今から25年前に新しく大会を作って、一貫してずっとやっていますけれども、70年代から実は総評と日本共産党と日本社会党、それから中立労連、あるいは生協連ですとか労済ですとか労働金庫ですとか、そういう人々と団体が大同団結して高齢社会が訪れてくる前に日本の高齢者福祉政策の拡充を求めようと、年金の改善を求めようという形で大同団結する動きが出てきたんです。第1回目の高齢者大会は、先日亡くなられた南田洋子さんが新婚当時、夫の長門裕之さんと二人で総合司会をやって、全国から1万人を超える人々が集まってきて開かれました。

それが、しばらくたつと、臨調行革が出てきて老人医療費の無料制度も取りあげようという動きに対して一切批判もしなければ抗議もしなくなるんです。それで高齢者大会の中味と言うのは、田端義夫が出てきたりして歌謡ショーまがいになって、歌って踊って乾杯して終わりみたいな形になってくるわけです。これに対して批判をしたり、要望をしたりしたんですけれども、最終的には私たちは排除されてしまうわけです。それでやむなく、きちっと闘いを取り組める高齢者の新しい再結集の場を作ろうではないかという形で今日の高齢者大会、それを支える実行委員会と連絡会というのが組織されて、現在では全ての都道府県にその組織ができて、年々前進してきておりますけれども、労働戦線の分野でも社会保障の分野でもこのころから排除と分裂の動きが急速に高まってきたわけです。この時そういう行動をやった総評と日本社会党というのはやがてこの世から消えていくことになります。

世界的には行政改革に対する、小さな政府論に対する、社会保障の規制論に対するきちんとした態度を示してかなり大きな勢力として労働組合が社会保障の制度を守りぬく闘いを強めていくわけですけれども、残念ながら日本では一部の野党と一部の労働組合の大きな力がこの視点からずれていくということになったと思います。このずれていった人々と自民党の行方に疑問を持った人々とのある意味での野合が今の新政権といってもいいのではないかという思いを強くしています。

改めて80年代に起こった出来事を思い起こすということが新政権の採っている政策をきちんと見極めていく上で必要ではないかと思います。

4 1980年代初頭から続く社会保障の攻防

1) 臨調行革の医療政策

1983年の「今後の医療政策」を本格的に具体化した第1回目の制度の見直しが1984年の社会保険の大改悪であったのではないかと思います。この時には、戦前の東条内閣の時ですら行わなかった健康保険本人の1割負担、この時は法律では2割負担で実施は1割負担でしたけれども、これが具体化した改悪です。

それから国民健康保険への配慮なしに高額療養費制度が導入されました。どういうことかといいますと、1983年に老人保健法ができました。老人医療費の無料制度というのは、老人は国民健康保険だとか社会保険に籍を置いていて3割とかの一部自己負担があるわけですが、この一部自己負担に限って国が全面的に肩代わりをするという制度で197

3年にスタートしました。それが1983年に老人保健法に変えられて、国が負担していた老人の自己負担の3割分の7割近くまでを老人保健法の拠出金という形で国民の助け合い制度にもって行ってしまったわけです。

これだけでも国民健康保険については大きな負担になったわけですが、その翌年の1984年にやった高額療養費制度というのは、入院した場合に自己負担が5万1000円を超えた部分については社会保険で給付する。一般的には被保険者にとっては朗報だったんです。ところが国民健康保険に一切の配慮なしにそれをやりましたから、国民健康保険の保険財政が極端にこの年に悪化しました。現在の理不尽な理解できない高額国民健康保険料というのは、このことが遠因になって始まっているというふうに見ていいのではないかと思います。

そして撤回をしましたが、給食材料費や医薬品一部の保険給付を正面切って提案してきました。今は撤回させたとはいっても、私たちの運動の隙をついて、新しく開発された薬ですとか診断治療方法を診療報酬制度で採用しなければ社会保険で使えないわけですが、それがどんどん今増えてきております。このとき撤回させたからといって運動の側では一息ついておまして、医療関係者だけがやきもきしていると思うんですけれども、診療報酬制度で認められないという事態がこのころから急激に深まっています。

それから特定療養費制度の導入は、いわゆる差額医療です。この時は4人以下の小部屋、あるいは食事について特別なサービス行なった場合に差額医療費を徴収していいという制度が初めて導入されてきました。これは混合診療というものです。社会保険の医療でやる時には社会保険1本でやらなければいけないと、そうしないと社会保険の適用にならない医療と社会保険の医療の区別がつかなくなって益々社会保険がせばめられてくる恐れがあるという形で、日本医師会も診療報酬制度に不満を持ちつつ混合診療については禁止を守ってきているわけです。これを内面から切り崩す中味として特定療養費制度がこのとき初めて導入されてきたということがあります。

そしてもっと悪い点では、国民健康保険への国庫補助率を引き下げてきたということがあります。国民健康保険に対する国庫補助というのは、普通の国庫補助と意味合いが違うわけです。昭和33年に国民健康保険法という新しい法律に生まれ変わって再出発しました。それ以前は、自治体は国民健康保険を運営してもしなくてもいいという任意の制度だったんです。先進諸国においてアメリカと日本以外は全ての国民が社会保険の恩恵にあずかっているが、4割を超える人々が社会保険に加入していないのはこれ自体が法のもとに平等であるという憲法の精神を犯すことになるので、どんな困難を排除しても年金と医療についての皆保険制度を達成しなければならないということで、国民皆保険制度にしました。

そうすると、国民健康保険を採用していない自治体に対しても国民健康保険を全てやらせるようにしなければならなくなります。このときに大きな問題が起こったわけです。当時、社会保障制度審議会が2度にわたって政府に意見を申し述べています。それは国民健康保険というのは一定の年齢に達した高齢者や職場を追われた人々が加入する医療保険だと。日本の制度では、療養が長引くと職場を追われてしまい、職場を追われた人々が加入するのが国民健康保険であると。しかも企業主の保険料負担がない医療保険であると。これを称して国民健康保険の構造的な課題というふうに呼んでおります。この言葉自体は現

在でも政府の文章の中で生きております。したがって所得のうんと低い人が圧倒的に多いわけです。これは保険の形式を採っても保険としては成り立たないんだと、したがって社会福祉的な措置を取らなければいけないと。その証として発足当時は当面保険給付費の5割を国庫が肩代わりをするという制度としてスタートしたわけです。保険の形式をとるけれどもこれは社会福祉制度として国が手厚く保護をしなければいけないという確認のもとに昭和33年に始まったわけです。

この当時の国民健康保険の被保険者の中の無職者、つまり年金生活者を中心とした無職者の割合というのは24%前後でした。現在は60%を超えようとしています。ですからこの時の確認事項でいきますと国民健康保険の給付費の8割近くは国庫が分担しなければならなかったわけでありまして。これが1984年の時に38%に引き下げたわけです。高額療養費制度を導入しながらこれを引き下げるということをここでやったわけです。これは2005年の小泉改革のなかでさらに34%まで圧縮されております。いろんな補助金が減らされておりますから保険給付費に占める国庫負担の割合というのは26、7%まで引き下げられてきております。そして無職者が過半数を超えてきた。

2) モグラ叩きから総叩きへ

全く理不尽なことが今行なわれているわけですがけれども、その芽が1984年の時に蒔かれたとっていいと思います。この時になぜ健康保険本人の1割負担を導入したかということ。これは最終的には医療保険の一元化を採らないと保険財政が破たんしてくるだろうということで1割負担を導入したわけです。細かくいうと、日本の医療保健制度というのは8つに分立しています。大きく分けて国家公務員とか教職員などの共済組合、それから大企業を中心にした健康保険組合、それから今協会健保に改悪されましたけれども中小零細企業に勤める人たちの政府の管理する社会保険、どこにも入れない人びとが国民健康保険という4つの階層に分断支配されていたわけです。その狙いというのは、医療や社会保障で国民が大同団結して政府に歯向かってこられては困ると、だから4つの階層別に分離して管理するという社会政策として医療保険を編成したということです。ですから、いまだに、これは良いことでもあるんですけども、国家公務員の共済組合というのは家族も含めて原則10割給付というのが守られています。足切りでいろんな負担が増えてもこれは守られてきています。それから健保組合は大企業の雇用政策とも相まってかなり優遇された中味を今でも維持しています。こういう形で格差をつけることによって国民の大同団結を阻んできたわけです。

日本の労働運動というのは、公務員の労働者が頑張るか頑張らないかでかなり勢いが違ってきます。そういう点では他の分野が忙しかったということもありますけれども、欧米諸国に比べて社会保障で日本の労働運動がストライキで闘ったというのは過去に年金で1回あっただけで、医療保険については、部分的に医労連その他の闘いがあったにしても統一ストライキなどというのは見る影もなかったわけです。そういう点では分断管理が成功してきたということがあります。けれども、それではもう維持できなくなる。そこでやがて国民健康保険に他の社会保険を集中し一元化してくることに準備段階として1割負担が導入されたわけです。それまではモグラ叩きだったわけです。国民健康保険を悪くする時には社会保険には手を付けない。社会保険を悪くする時には国民健康保険には手をつけない。それで公務員は温存しておく。そういう点で大きな闘いがなかなか取り組めなかつ

たということがあります。

そういう点からすると、やがて3割まで健康保険を落としていくんだ、そして一番劣悪な国民健康保険で医療保険の一元化を図っていくんだということが前面に出たときに、国民の反応が違って来たわけです。もちろん今まで粘り強く闘っていた部分があったから400万人が急激に2000万人に増えていったということがありますけれども、この力が直接的な影響力をもたらして87年の参議院選挙の時に自民党の単独過半数を打破したわけです。そういう形で改悪はされたけれどもそれに対する反撃も同時に挙がってきているということがあります。

なぜこんなに一元化についてくどくどと言うかといいますと、長妻厚生労働大臣の説明によると、後期高齢者医療制度を4年先まで先送りするのは、今廃止すると混乱するから後にどういう制度にするかはっきりと意思統一をした上で廃止したいということです。10日ほど前に発表された厚生労働省の方針によると、この後期高齢者医療制度を65歳以上を第2国民健康保険とする、そして国民健康保険として後期高齢者医療制度を維持する、65歳以上を一括して治めるという方向を打ち出してきております。これは今言っている医療保険の一元化政策の今日的な展開なんです。ですから、80年代から90年代に取り組みされてきた臨調行革に対して無批判だとか及び腰で接してきた人々の集団、新政権の3つの政党は何の疑問も感ぜずに後期高齢者医療制度の廃止後の役割を医療保険制度の一元化に託しているという方向がこの中から出されてくるわけです。したがって、臨調行革以来の国民収奪路線に対してどういう態度をとってきたのか、それを改めたのか改めないのか、こここのところをしっかりと見極めていく必要があるし、少なくとも民主党の方々にもこれらの点については視野を広げてもらって真摯に考えてもらうという働きかけが必要ではないかと思えます。

3) 臨調行革から社会・経済の構造改革へと

これが質的に変わってきているわけです。さらに強化されてくるわけです。それは1985年の日米プラザ合意です。この時には主として健康問題分野ですとか保健の問題、あるいは医療や福祉の分野について日本は規制が強すぎるからアメリカ企業がこの分野に進出できない。だからもっと規制緩和しろと。それからこの延長線上として医療機械や医薬品を作る産業についても規制が多すぎると。この規制を外してアメリカ資本が自由に日本で商売ができるようにしろと。同じく金融ですとか生命保険業務についても規制が多すぎると。この分野に限って日米プラザ合意で規制緩和の合意をしたわけです。

これが進まなかったので、宮沢クリントン会談が93年に行われて、この年に日米規制改革及び競争政策について政府が指導力を発揮するという確認をした上で、毎年毎年規制緩和がどこまで進んだかという覚書を取り交わそうという約束をすることになります。

ここまで追いつめられて、やむなく橋本内閣は1997年に6大改革というのを提唱します。保健や医療のほかに教育も加えて自由な競争でサービスを向上させる。そして利用者の主権を守るために、利用者を選択させる、その裏側から選択したのだからオマエらの責任だよということで全て自己責任ということになっていくわけです。

これが不徹底だということで、1998年に小泉内閣が誕生し、小泉竹中路線が中身もよく説明せずに改革・改革という形で押し通す、だから今になってみて小泉さんがやった改革というのは結局郵便局の民営化だけだったと思ってるみたいな話が続々とでてきます

けれども、その本音はやはり雇用形態の規制緩和と保健医療、社会保障分野の規制緩和、両方とも生活と健康の自己責任ということ徹底させるといいう趣旨がここで大胆にとられてくるということになるかと思えます。

5 新政権の問題点

1) 二つのタブーが克服できず

新政権の問題点についてですが、二つのタブーが克服できていないんです。一つは財源問題です。大企業の社会的責任を追求するという事は皆無に近いです。ですから、子ども手当が新設されると、その予算をねん出するために無駄を見直すと称して扶養家族控除や何かを撤廃する、年金生活者が税金も各種の保険料もさらに引き上げられるということになるわけです。こっちを削ってこっちを増やすということしかしないわけです。こういう点で、まず大企業の責任問題が追及できないということ、したがって軍事費にもメスが入れないという問題が出てきています。

それから田中角栄以来日本の政治の大きな矛盾であった金権政治とも別れることができずにいるということです。

2) 民主・社民・国民新党の09年9月の合意文書（医療中心）

民主・社民・国民新党の2009年9月の合意文書を医療を中心に見ていきますと、「後期高齢者医療制度は廃止して医療制度に対する国民の信頼を高め、国民皆保険制度を守る。廃止に伴う国民健康保険の負担増は国が支援する」というふうに書かれています。これもずいぶん多様な解釈ができる文章ですが、「国民皆保険制度を守る」という言葉は自公政府が医療制度を見直す時に、必ず「社会保険は大切だから持続性のある制度にしていきます。守らなければいけません。」と言って、医療費を削減し保険料を引き上げるということをやってきたわけです。ですから、この言葉自体がどっちに転ぶかということも非常に玉虫色になっています。「廃止に伴う国民健康保険の負担増」、これは国民健康保険の問題を限定しています。先程も見てきたように、昭和33年の国民健康保険新法の確認事項でいくと保険給付費の7割、8割を国庫負担すべきなんです。それを38%まで削減してきている。直前には34%まで削減してきている。こうした経過をこの一言でもって全部認めてしまったわけです。それで、これから高齢者を国民健康保険に返すにあたって負担増が起きないようにするという形になります。ですから、臨調行革路線と闘ってこなかった、それが後ろめたいからそれに手を触れなかったのか、闘ってこなかったから関心も薄かったのか、とにかくここが一つ大きな問題点があるのではないかと思います。

それから医療との関連でいうと、「医療費・国内総生産比の先進国（OECD）並みの確保をめざす」と言っておりますけれども、財源には一切触れておりません。「介護労働者の待遇改善で人材を確保し、安心できる介護制度の確立」3万円の賃金引き上げを約束しておきながら、後の調査によると8千円から9千円くらいの間でやや引き上げられたという極めて小幅なものに止まっているということです。そういう問題がやはり財源問題を明確にしない限り、財源問題ということよりも社会保障や国民の生活に対する企業の社会的責任を明確にしていないということが、これらの短かな文章の中にも如実に表われているのではないかと思います。

3) 民主党の社会保障・医療政策の基本

民主党は結党以来無駄の排除を掲げてきています。その一環として一層の医療費の抑制政策、この場合の医療費というのは保険給付費です。これをどんどん縮小していくという基本的な方針を堅持しております。基本政策というのは、「自己責任と自由意志を前提とした市場原理を貫徹すること」だと、それでそのための「経済構造改革を行う」、それで「3%程度の経済成長をめざす」ということを言っているわけですから、小泉改革とどこが違うのかよく解らなくなります。2004年の当代表だった岡田さんの発言の中にこういう言葉があります「市場のことは市場に委ねて、国民の元気が経済活動に活かされる社会に、市場を通じた自由競争が経済の活力をもたらし、新たな産業や雇用を生み、多様な職業の選択を可能にする」。国民の職業の選択の多様性を具体化したのが労働法の改悪です。それで多様化した結果、パートタイム、パートアルバイト、フルタイム、非正規社員、この中には派遣社員、契約社員、期間労働社員など無数の形で雇用形態が多様化してきております。2004年の時点でもそのことを容認してきたわけです。「国の役割は、規制を撤廃し、官庁の過激な関与を排除し、公正な競争を確保するためのルールを設定、監視することに限定すべきだ」と、まるで小泉さんと同じことを言っているわけです。福祉においても医療においても競争を導入することでサービスが向上する、これは身をもって嘘だと、競争によってサービスが低下するということが身をもって誰もが感じてきていることです。こういうような中味がそっくり今の政権に引き継がれてきているとっていいのではないかと思います。

それから、例えば小沢さんが気の迷いということで済まされているみたいですが、自民党の末期、福田総理大臣との会談をやって民主党と自民党との連立政権構想というのを発表しました。あの時の直接的な動機というのは、アメリカの国際軍事戦略への従属と大企業奉仕路線を守るためというふうに言われておりました。その小沢さんのお金の問題であれだけ腐敗した中味が国民に露呈され、民主党の支持率があれだけ低下しているのに、小沢さんを守るんだということを強調している、それは小沢さんが選挙に勝てる神様だからだというふうに言っておられますけれども、やっぱり小沢さんと小沢さんにつながる勢力が日米軍事同盟を守る防波堤の役割を新政権のもとでしてくれているんだという期待があるからではないのかと思っています。

4) 今起きつつある問題

そういう点で、少し長いこと過去の政策にこだわって見てきましたけれども、新政権が臨調行革から小泉構造改革に至るまで同伴者の役割をしてきているにも拘わらず、この政策に対するきちっとした総括もされていないし、反省もされていない、それがいろんな形で現政権の社会保障政策に混入してきているということがいえると思います。

● 後期高齢者医療制度をめぐる問題

これを一番よく表わしているのが、後期高齢者医療制度だというふうに思います。なぜ民主党政権になって4年先送りをしているのか、はっきりとしたことは民主党からは聞こえてきておりません。やはり後期高齢者医療制度というのは構造改革路線にとってはかなり重要な役割を担って登場させてきたのではないかと思います。ですから、改めて社会保障制度の再生を願うときに、この後期高齢者医療制度を今の時点でもう一度再検討する必要があるのではないかと思います。

・なぜ即時廃止なのか

なぜ即時廃止なのかというと、高齢者がこれ以上の負担にはもう耐えられないという理由が1番大きいわけです。廃止したら混乱が起きるのではなくて、現在混乱しているわけですから廃止して収束をしなければいけないということです。それから、今だったら老人保健法の事務の仕組みが残っていますが、3年先になるとシステムも劣化するかもしれません。だから今の方が廃止の経費というのは少なく済むということがあります。それから4年先に見送ったために、今年の4月から8割の都道府県でもって高齢者の保険料が引き上げられます。それから課税所得が145万円を超える65歳以上の高齢者については窓口3割負担です。公務員の労働者であった人たちはこれに抵触する人たちが沢山います。それから、それに輪をかけて70歳から74歳までの人たちは2割負担になるわけですから、これは本当に深刻な問題になります。厚生年金を満額貰っている人とそれ以下の人たちとの生活の違いというのはそんなにありません。1泊かせいぜい2泊止まりの温泉旅行が年に1回か2回できるかどうか、誕生日か結婚祝いに多少マシなワインが飲めるかどうかくらいの差です。これが生活を日々縮小するなんということは非常に大変です。歳をとると適応能力がなくなってきましたから。とにかく今の高齢者というのはこれ以上の負担には耐えられないということが起こってきています。それから若い世代の影響が出始めているということがあります。

・改めて高齢者医療制度とは

①目的と理念にまず問題が

「改めて高齢者医療制度とは」何なんだといった時に、法律を引いて周りの人達と読み合う必要があるのではないかと思います。この法律の第1条が目的です。冒頭に医療費の削減計画をつくれと出ています。医療費を計画を作って削減していくために後期高齢者医療制度を作ったということが書いてあります。国民の共同連帯の理念に基づき前期高齢者に係る費用負担の調整を行なうとか、冒頭に読み上げた国民連帯という意味合いがいちばん色濃く反映されるのがこの後期高齢者医療制度です。そういう点では、社会保障を潰していくための一番新しいモデルとして後期高齢者医療制度が登場してきたということになります。ですから、それだけでも即刻廃止させるべきです。それをやらないということはやはり問題だと思います。

第2条が基本理念です。「国民は自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴う心身の変化を自覚し常に健康の保持増進に努める」と書いてあります。最近、高級官僚の天下りが難しくなっているという側面もあって、厚生労働省の役人は多く大学教授に転出していくんです。大学教授というのは免許証が要りませんから、ただ専門分野の論文を1冊か2冊にまとめておく必要があるんです。それが就職する大学の教授会で合格すればいいわけです。やたらと最近高級官僚が論文集を出ています。「介護保険の政策過程の研究」だとか、「日本の社会保険制度史の研究」だとか全部彼らがどういう意図でどんな政策を作って誰が賛成して誰が反対したということのことをこと細かに書いています。そのなかの一節に後期高齢者医療制度に対する評価方法がいろいろ出てきます。特に健康保持自己責任を明確にする仕組みが初めて導入できた社会保険であるという評価もこの中で掲げられております。改めて1条と2条というものを特に若い世代に読んでもらうということが必要ではないかと思えます。

②後期高齢者医療制度の特徴

そうした論文の中で後期高齢者医療制度の特徴として誰もが一番強調するのが、**社会保険制度として独立させたんだ**ということです。医療に関する社会保険が現在は3つあります。1番古いのが現役労働者の社会保険、それから昭和33年に生まれ変わった国民健康保険、そして2年前にできた後期高齢者医療制度です。法のもとに平等でなければいけないと書いているわけです。平等のために医療保険の平準化策が重要であると書いてあります。公平化措置という、後期高齢者医療制度を存続させるとしても、国民健康保険も含めて現役サラリーマン並みに引き上げなければダメです。それをやりたくないから一番新しい制度に平準化するといっています。平らに直すということです。ですから、後期高齢者対策ということよりも後期高齢者医療制度を悪い条件で作って、現役労働者の社会保険を後期高齢者並みに落としてくるんだという役割を担わせるために社会保険で作ったのだということを強調しております。私たちは疾病リスクが増える後期高齢者だけを集めて一つの保険にするなどというのは非常識で、これは破たんすると言っていましたけれども、彼らは別の目線でちゃんと見ているわけです。非常識を常識化するために作ったんだと、こういうことが言われております。

2番目は、先程の**目的と理念を反映した独特の制度**がこの後期高齢者医療制度の中に隠されております。まず、**後期高齢者の心身の特性**、これは1983年に老人医療費の無料制度を廃止する時から使われている言葉ですけれども、「高齢者は病状が急変しない安定している」という特徴付けを行っています。重い病状で変動がないのか、軽い病状で変動がないのかは一切触れておりません。「安定していて変動がない」ということをなぜ強調するのかと、あんまり変化がないのだから頻繁に医者が診察することはないよと、検査をいろいろやって病状を厳密に把握する必要はないよということになるわけです。ですから、今回の後期高齢者医療制度についても、入院が長引くと病状に関わらず診療報酬がカットされる仕組みが導入されてきています。それから入院にあたって受け入れる医師の側が厚生労働省のマニュアルに従ってその患者の入院の必要度を判定するという制度を導入してきています。必要度が1なのか2なのか3なのか、これをまず医師が判断しろということですよ。自分で飲み食いでできない人たちが経管栄養療法をやりませぬ、管を入れて、あれをやっている人は入院の必要度は1です。これが2に上がるためには熱を出しているとか嘔吐を繰り返していないと駄目です。自分で食事が取れなくて水分補給がままならないから管を入れて機械の力で人工的に生きるために必要な液体を体の中に注ぎこんであげるという唯一の治療方法を受けるだけでは必要度は1です。

必要度が1と2でどう違うかというと、入院の医学管理料が1の場合は7000円ちょっとです。2になって初めて1万2000円ちょっとに増えます。どんなに医師が合理化してもビジネスホテル並みの宿泊費だけでは、3食と医師と看護師のサービス付きでの入院を維持するのは非常に困難です。そういう中味を導入してきているわけです。今度廃止に決まりましたけれども、現在行われているのは外来でクスリ代を除く1カ月の診察料、診断料、検査料そういうもの全てを6000円で賄うという低額医療というのが持ち込まれてきております。そういうことをまず高齢者の心身の特性にふさわしい医療を実現できたという形で高く評価しています。

それから二つ目は**広域連合**です。75歳の誕生日を迎える翌日から高齢者は国民健康保

険その他を強制脱退させられて、向こうでちゃんと手続きをしてくれます。今度だけは親切です。必ず高齢者医療制度に変わったという通知が来ます。そこにこれを運営するのは広域連合だと、皆さんが選んだ地方議員の代表と首長さんの代表で議会を作って運営するから自治体と同じなんだという説明が書かれています。ところが、広域連合というのは国と自治体は保険財政の最終責任は負わない仕組みになっています。ご承知のように平成12年に地方分権法ができました。この時に、これまでであった事務組合だけでは不足だからということで広域連合というのが新しくできました。病院を作ったりゴミ処理場を作ったり、下水道をやったり、消防署や火葬場を運営するのに一つの市町村では非効率だということで事務組合を作って広域でやりましょうと、それでは不足が生じるので新しく広域連合を付け加えたわけです。

事務組合で後期高齢者医療制度を運営したら、この保険財政の最終的な責任というのは事務組合、つまり市町村が負わなければなりません。だから責任を負わないで済む仕組みとして広域連合というものを新しく生み出したんです。ですから、広域連合になってから2年に一度ずつ保険給付費と保険料の関係を見直して、保険料の見直しをしていかなければいけないということが義務づけられていて、それが既に動き出しているわけです。こうなったら、社会保険といえども生命保険会社がやっている医療保険と何ら変わるところがないわけです。そういう中味をこの中に入れてきているということになります。去年の10月から社会保険事務所で取り扱っていた政府管掌の社会保険実務が、知事が作った広域連合に移されています。それで協会健保という言葉に替わっています。最終責任を国も自治体も負わない社会保険が高齢者医療制度に次いで政府管掌の医療保険にまでこれが拡大されてきています。そういうことをここでやろうとしているわけです。

それから**後期高齢者全員の保険料を賦課し徴収できる保険**にしたということです。これを厚生官僚たちはすごく高く評価しています。最近の言葉遣いでは「保険料の徴収」とは言わないんです。「賦課・徴収」という言葉を必ず使います。これは保険なんだから全ての被保険者が保険料を収めるのが当たり前なんだということを強調するために「賦課」という言葉を付けるんです。保険料の減免というのは、免除したり減額したりするのはごく稀な生活上の異変についての時だけの特殊なサービスなんだと、これを強調するために「賦課・徴収」という言葉を使っております。ですから後期高齢者の8割は国民健康保険に入っていると知っているんです。国民健康保険は現役労働者の保険と違って、地方税を基準にして収入認定をするけれども、現役労働者は収入に直に保険料がかけられています、これを比べると国民健康保険の方が優遇されているというんです。私たちは入ってくる収入の額に対して保険料が高すぎると言って怒っているわけです。事実高過ぎわけです。ところが収入に対する保険料の料率が国民健康保険は優遇されていると知っているんです。それだけではなくて、法定減免制度があるから保険料を収めない被保険者がたくさんいると知っているんです。それを後期高齢者ではなくすことができたという評価をしているわけです。全員から保険料を徴収する制度が初めて確立したと知っているんです。残りの後期高齢者の2割はサラリーマンの保険の扶養家族で、保険料を収めたことは一度もないわけです。ここからも保険料を徴収したと知っているんです。日本人の全てから保険料を徴収するのが建前なんだと、それを後期高齢者医療制度からまず具体化したんだという評価であります。

それから**疾病リスクの多い後期高齢者を集めることで国民の連帯責任が明確にできた**と言っているんです。つまり、後期高齢者を別建てにしたために、いかに医療費がかかるかということが国民にもそのまま額で提示できると、そして連帯の意味合いがより鮮明に国民に植えつけることができると。考えてみれば支援金反対なんというのは、後期高齢者医療制度ができる時に私たちは掲げていませんでした。誰も反対することなく全ての医療保険から後期高齢者医療制度への支援金が集まってくるようになったと評価しているわけです。大雑把ないい方ですけども、全ての被保険者が一人当たり年間4万円ずつ後期高齢者医療制度に支援金を出しているんです。それが可能になったと言っているんです。75歳以上を別建てにした賜物だという評価をしております。

その次は、**疾病自己責任を明確にできる仕組みを挿入できた**と言っています。これは一つはメタボ検診のことを言っております。この点は、ある意味でこれからの闘いの一つの重要な柱にしていかなければならないというふうに思っています。今まで憲法25条の公衆衛生の具体化として、国と自治体の責任で自治体の保健センターが40歳以上の国民の健康診断あるいは市民全員に対する保健サービス事業というものを展開してきました。これが平成12年に大多数のヘルスサービスから国の補助金をゼロにしました。一般財源化と言っていますがゼロにしました。ですから、今自治体がやっているがん検診というのは平成12年以降自治体が好きでやるならどうぞ、私たちは財政的には一切責任を負いませんという任意事業に変わってしまったんです。それだけではなくて、主要な40歳以上の成人病検診が医療保険者に移されました。なぜこれを移したかという、こういう説明をしています、平成17年に厚生省が主催した全国衛生担当責任者会議、保健行政の指導者が集まってくる会議ですが、そこで、平成20年度以降は自治体の行う保健事業というものはごく限定されたものになりますと、今までの40歳以上の健康診断は医療保険者に義務づけられましたと説明した上で、その特徴をどういうふうに説明しているかという、医療保険者というのは医療保険に医療機関から提出される診療報酬の請求明細書を見ることができます、この診療報酬の請求明細書と今度医療保険者が実施する健康診断と保健指導を付け合せながら医療費の観点から個別指導が可能になりますという説明をしているわけです。ですから、全ての人々がかかなりまとまった成人病検診が受けられていたものが今度はメタボの患者かメタボ予備群が医療保険者から通知を受けて一過性の1回だけの検診を受けることができる。その後保健指導が受けられると、この保健指導についていえば、病気の早期発見、早期治療につなげるための保健指導ではなくて、保健指導を徹底させるための検診に切り替えたんだと言っています。つまり、生活習慣病というのは、あなたがたが食べ過ぎ、吸い過ぎ、飲み過ぎ、運動不足が原因で病気になるんだと、これを徹底的に個人責任を明確にできる形で検診を実施すると、そしてそれをはっきりさせるために診療記録と付け合せながら保健指導を行うということをしているわけです。

ここまで個人責任を明確にする健康診断に様変わりしてきております。まだ新しい制度に慣れていないから、どこでもそんなことやられたことないと思いますけれども、けれども来年度に向かっての厚生労働省の保健指導室の指導の方向としては、これから個人責任を明確にする、レセプトを片手に置いた個別指導の強化が課題だというふうに言い返してきております。そういう点では現役労働者についていうと、このメタボ検診というのは労働安全衛生法に基づく年1回の職場検診に上乗せして取り組まれることになっているん

です。これははっきり言って労務管理と同じになります。

それで来年の4月からこの健康診査の該当者の65%以下しか受診者がいなかった場合には支援金を1割上乘せするというペナルティーをとるという仕組みになっています。このペナルティーをとられて2、3回保険料が上がったとすると、恐らく宇都宮市はこれはメタボ検診を受けない人がこれだけいるからその人たちのために1割支援金が多くなりましたと、その分だけ保険料を上げてもらわなければ困りますという説明をしたいと思います。

今は国民の半数から6割位が自分の意識としては健康づくりに努力していると思っています。毎日歩いている人、ジョギングしている人、プールにいつている人、それから駅前のスポーツセンターに通っている人等々いろいろいます。それから駅を一駅前で降りて歩こうとか、それから晩酌を減らそうとかタバコを減らそうとか禁煙にしようとか、こういう努力をしている人も含めると6割位はいると思います。そうすると、こういう努力をしている人でも同じ保険料、努力をしない人でも同じ保険料、これは平等ですかという問いかけをやられたときに、国民はそれで平等で守れというふうに言い切ることができるかどうかということです。あるいは太り過ぎを指摘されていると、酒のみを指摘されていると、喫煙の悪さを指摘されていると、にも関わらずそれをずーっと続けた結果、肝臓を患っていると、血圧が高くなったと、糖が出ていると、それでも治療を同じくしなければならぬのですかと、中には努力していても病気になる人がいるとその人たちは救わなければいけないと、フンダラな生活をしている人が余計医療費を使うためにそういう真面目な人に医療費が回ってこなくていいんですかという問いかけがこれから行われてきたときに、私たちはどうやって有効な闘いができるだろうかということがあります。少なくとも厚生官僚の中には、このように疾病自己責任を明確にできる仕組みが導入できた最初の社会保険なんだという評価をしているわけです。

ここまで日本の社会保険制度を抜本的に変える仕組みを持った社会保険というのは過去に例がなかったと思います。そういう点では、規制緩和、構造改革路線のある意味での一つの到達点として後期高齢者医療制度が登場してきたんだということです。これをいろんな理由を付けながら死守するというのは、自公政府が変わっただけではなくて新しく政権を担当するようになった3つの政党、それと連携をもっている労働組合にいろんな働き掛けをしながらまずこの牙城は守るという方向にいつているのではないかという思いが強くなるわけです。

● 長妻大臣が示したあとの制度の6つの枠組みについて

この後期高齢者医療制度を廃止するための大臣主催の高齢者医療制度改革会議が動き出しております。昨年の11月6日にこの改革会議の発足に当たって、長妻厚生労働大臣は6つの枠組みを示しました。

まず、**後期高齢者医療制度を平成25年の3月末で廃止**するという形で年限を切りました。ですから、即時廃止から4年先の廃止ということを確認に打ち出しました。

次に選挙公約で掲げている「**地域保険としての一元的運用**」の第1段階として、**高齢者のための新たな制度を構築**するというふうに第2の論点を明確にしました。地域保険というのは国民健康保険を指すわけです。そして国民健康保険と一元的な運用をこれからしていくんだということです。この考え方を発展させた形で、数日前に65歳以上を第2国民健康保険にするんだという意見を出してきているわけです。

3番目は、**後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題は解消する**ということで、65歳以上を高齢者医療制度にするよという形で打ち出してきました。冒頭に診療報酬制度で説明した後期高齢者医療制度の悪い点が、4月から若い世代にも拡大されるんです。そういうことを見ていくと、75歳以上の悪い中味を65歳まで拡大させて国民健康保険として衣替えして登場してくるということははっきり言い切っていないかと思えます。

後期高齢者というのは差別だ、うば捨てだと、「後期」という言葉が憎いという形で「後期」という言葉が差別用語のような形で独り歩きした感じがします。それだけ後期高齢者医療制度が悪い制度だということを広く国民に理解させる言葉でもありました。だけど、このことによって後期高齢者、介護や医療の問題が棚上げされていないかという反省を私たちはする必要があるのではないかと思います。私も特養ホームなんかの第三者委員会の委員をボランティアで3つほどやっていますが、1回やるたびに100ベットほどのところですけども、15例くらい苦情だとかニアミスだとかがでてきます。職員が誠心誠意やっても、ちょっとした気の緩みからいろんなことが出てくるということがあります。思いおこしてみますと、何処でも同じだろうと思いますが、私のやっているところの入所者の平均年齢が90歳近くなんです。認知症がかなり進んでいないという70歳代前半の入所者というのはいません。全部80歳過ぎです。ですから本人がいつ怪我をしたか分からないんだけど、ある時足の甲が痛いのでよく見てみたら赤く膨れていると、それでヘルパーさんが病院に連れて行ってレントゲンを撮ったら親指にひびが入っていたとか、本人も自覚しない怪我みたいなものがうんと増え続けております。

後期高齢者医療制度を準備する過程のなかで、東京大学の高齢者医療の専門家がこういう報告をしています。世界の通例では、特にヨーロッパでは65歳以上を高齢者という、そして75歳以上を後期高齢者という、北欧などでは80歳ないし85歳を過ぎた人たちを超高齢者という、なぜ高齢者を厳密に分けるかという、健康な人々では前期も後期もあまり体力に差はないけれども病弱の人はやはり後期に入るとガクッと体力が落ちてくる、だからそれにふさわしい、つまり後期にふさわしい超高齢者にふさわしい看護や介護体制が必要ではないかと、それから検診体制にしても、サービスのあり方を検討する場合にしても65歳以上は全て高齢者という大ざっぱな括り方でいいのかどうかという問題提起をしているんです。

それを逆手にとって後期高齢者だけを独り歩きさせて、年をとったから病状があまり変化しないから悪い医療でいいんだという形ですりかえたのが自公政府と官僚なんです。そういう点では、もっと私たちは医療や福祉の現場の声をちゃんと聞く、在宅サービスにしたってやはり病弱な後期高齢者にはたくさんのサービス量必要なんだと、それにふさわしい医療や看護体制が必要なんだと、こういうことについて改めて私たちは要求していかなければいけないわけです。「後期」憎しで、廃止・廃止だけでいいのかどうか、これはもうきちっとやる必要があるのではないかと思います。

それから4番目が、**市町村国民健康保険などの負担増に十分配慮する**ということです。これは先程国民健康保険のところでも触れましたから、このことによって小泉までにやられた国民健康保険に対する補助金削減が全部認められてしまうということになります。そうではなくて、国民健康保険法新法がスタートしたそもそもの理念に基づいて国民健康保険

に対する国の責任を追求すべきであろうと思います。

5番目が、**高齢者の保険料が急に増加したり、不公平にならないようにする**ということです。脱官僚と言いながら、この言い回しは官僚の言葉です。一つは保険料が急に増加したりはしません。もう既に増加していますから、これはもう昨年の11月の段階での公約にも違反しているということです。ここでいう不公平な扱いにならないというのは、後期高齢者を優遇するというふうに受け取っていいのかどうか大いに疑問があります。後期高齢者は国民健康保険に入っている人と、扶養家族で保険料負担に厚く優遇されていた人との間に不公平があるから不公平を是正するという名目で後期高齢者医療制度ができたんだということです。ですから、この高齢者が不公平な扱いにならないようにするという、どっちの側で言っている言葉かということに厳密にさせておかないといけなくなるということです。後期高齢者自身が、後期高齢者が優遇されているから若い世代との公平化措置として作られたんだということをきちっとさせないといけなのではないかと思います。

最後のところで、**市町村国民健康保険の広域化につながる見直しを行う**ということです。市町村の国民健康保険の広域化というのは宇都宮市の国民健康保険をやめて栃木県一本にしましょうということです。一本にしたあとで国民健康保険も広域連合に委ねましょうということです。これが小泉構造改革で言っていた医療保険の都道府県を軸にした一元化策ということになります。現に民主党候補として当選した埼玉県知事はこの具体化策を既に表わしています。

埼玉県の全市町村が平成18年度に一般会計から国民健康保険に補助金の繰り入れをしている総額は400億円近くになります。広域連合にすることによってこの義務がなくなるという説明をしております。そして今市町村の国民健康保険課が廃止されることによって、国民健康保険の職員が一定削減されるでしょうということもっております。

併せて、触れてないんですけども、宇都宮市の国民健康保険の料金の方が周辺の過疎地域よりも高いはずで、宇都宮市とその周辺に人口が集中していますから、広域化したら、絶対に宇都宮市並みに国民健康保険料も周辺地域は上がっていきます。そういう問題もここには含まれています。

そして広域連合の議会というのは、極めて運営が形骸化されています。年に何回か程度で、あちこちで共産党から出ている議員の発言が多いと言うので発言の適正化の申し合わせなんていうのができています。東京都も発言は1議会につき1議員1回、質問も含めて1回とする、発言時間は5分以内とするという取り決めができちゃっています。ですから、ほとんどこれはもう形骸化されていきます。そういう点で、こういうことも含めて考えると民主党は医療に関することだけでも小泉構造改革路線を忠実になぞっていると、それを今日の状況においてさらに具体化しようとしていると言っているのではないかと思います。幸い、この案が出てきてから国民健康保険の広域化ということについては、最初全国知事会でも市長会でも賛成していたんですけども、現在は反対に回っています。そういう点で、これを潰していく必要があるのではないかと思います。

6 社会保障の再生のために

1) 社会保障とは・憲法とはをしっかり学ぶ・語る・暮らしの中に活かす努力を

最後になりますけれども、今社会保障の再生をしていくためには、回り道のようにあつ

でも改めて社会保障って何だろうかということを実際に国民レベルでの学習運動を起こす必要があるんじゃないかなと思います。9条を守る闘いがあるところまで広がってきています。それに25条きちんと結合させる。それだけではなくて私が大事だと思っているのは13条です。

老人クラブなんかに行きますと、いまだに鳩山さんの人気が高いんです。なぜ高いかというと、友愛の精神にみんな共感しているんです。私たちにすればあんなに抽象的でキザな言葉は無いと言って軽蔑していますが、あんなに政治に人の心を取り戻そうというふうになんか真剣に訴えている政治家に初めて会ったとみんな言っています。そういう点では、あの人がどこまで計算して言っているかわかりませんが、恐らく全部分かっているんだと思いますけれども、お母さんからの金を含めて全部分かっているとぼけているんだと思いますけれども、天からあれは信じ込んでいると思います。だけれども、多くの弱者といわれている人々がああいう気遣いを求めているんだと思うんです。お恵みしてもらうのではなくて日本国憲法の13条には幸福を追求する権利がちゃんと保障されているんだよと、だから私たちもこれを堂々と要求していこうじゃないかというような形で、改めて幸福の追求権と生存権の保障とそれからそれを根本的に守るための平和な社会を作るといふことを総合的に改めて見直す、そして、そもそも人間の生き方というのは何なんだろうかという考え方を若者とも年寄とも一緒になって真摯になって話し合うということが必要ではないかなと思います。

2) 労働運動の奮起を

二つ目には、どんなに困難であってもやはり労働運動が盛り上がりましょうように周りからも応援していく必要があります。労働運動が社会保障の再生に主導的な役割を果たさないと企業責任の追求という点ではやはり署名運動では力不足です。企業責任をはっきり明確にする、少なくとも軍事費まで行かなくてもドイツや北欧並みに大企業が子育てと教育と社会保障に税としてきちんと納める、自分たちのところに偏って集まってきた社会の富を税という形で一定限度吐きださせると、ドイツ並みに吐きださせるだけでもって年間30兆円近い財源が生み出されます。内部留保の状態を見たらこれは可能なんです。そういうことを改めて要求していくべきではないかと思います。そのためにはやはり労働組合がどこまでがんばるか、そして年金者組合があるところまで頑張っても最低保障の年金制度というものがまだまだ先が遠いんですね、そういう点ではやはりきちんと生活できる最低賃金制の確立をめざす全国一律の労働運動の強化を私たちも心から応援していかなければいけないのではないかと思います。雇用と年金と最低賃金制の保障、そして企業責任の明確化ということを改めて原則的な事柄について私たちも学ぶし労働組合もその先頭に立って頑張ってもらおうということが大切です。

3) 統一した社会保障運動を

同時に、私たちは労働組合がいま一つだった、だけれども世界に類例をみない社会保障運動を発展させてきています。一つは、課題別にすぐに闘争が起きます。1番最初、戦後まもなくの時に起こった小児まひの生ワクチン獲得運動、余談になりますが政府が法律を犯して国民の要求を呑んだ唯一の例が小児まひのワクチン輸入です。あれはあの薬が日本の手によって安全性が確かめられていないんです。壮大な実験をソビエトでやっているからということでしたが、ソビエトの文献はありましたけれども統計が不整備ではっきりし

ないんです。誰も病気になっていないからいいんじゃないか程度だったんです。それでもってとにかく輸入さしたわけです。それはやはりあれだけ母親が思想信条を超えて頑張ったからです。そういう点では朝日訴訟もそうですし、その後の肝炎の闘いもそうですし、それから疾病別の患者会活動があれだけ旺盛に展開されている、それから民医連なんていう団体も保団連なんていう団体も世界に例を見ないです。みんな医師会で統一されています。高齢者運動などというのは、高齢期の問題というのはすぐ明日の現役労働者の問題だから、在郷軍人会か現役労働組合が高齢者を代弁して要求するのが世界の通例です。高齢者が集まってあれだけ声を大にしているなんていう例はどこにもありません。

そういう点では、階層別の闘いにしても課題別の闘いにしても非常に重層的に権利を守る闘いがここまで積み上げられてきております。問題は個別にこれを発展させるだけではなくて、それをどういう形で統一していくか、後期高齢者医療制度を細かくやっていますけれども、これはあらゆるところに関連する問題であり、しかも社会保障の構造的な改悪路線の当面の一つの集約点として出されてきているわけです。あれだけ大勢の人々が反対の意思表示をしたという意味では、改めて構造改革路線の中での後期高齢者医療制度の位置づけの問題とそれをなぜ新政権が継承しようとしているのか、これに対する国民の反撃をこの時点で再武装していくということがものすごく大事だという思いをしています。

4) 自治体への働きかけの重視

そして、予算も減らされて体制も削減されてきたとはいっても、保健センターは全国の自治体で健在です。そこでは曲がりなりにも住民に対する健康づくり活動を呼びかけております。形式化したとはいえ地区担当の保健師がほとんどのところに配置されております。ここをベースにしてまちづくりだとか、人々の連帯づくりだとか、明るいまちづくりだとか取り組まれています。今では、医療改悪、社会保障改悪の一つのカギを握っているのが健康問題です。ここにきちんと取り組まない健康問題で国民の分断支配がさらに始まります。今度は不真面目な人と真面目な人という分け方をします。これを一度許したらオバマ大統領が医療保険制度で共和党支持者にあれだけ苦しめられているという、ああいう中間層以上が弱者に対して税金を使われるのが反対だということまでアメリカはしています。ああいうところにまで行きかねない状況にもなってきます。今一度足元をきちんと見直す。そして思想信条を超えて団結できる健康問題、その健康問題が後期高齢者医療制度にしても医療保険の改悪にしても逆の意味で政府が道具として使い始めてきているわけです。ここにしっかりと取り組む必要があります。

5) 健康づくり活動は、一番民主的な運動

併せて健康づくりというのは、私は一番民主的な運動だと思います。一言でいうと、動植物の健康というのは自然環境に自分を適用させて健康になって生き延びていくんです。適用できないと白熊みたいに根絶されていくんです。人間というのは自然環境も含めて周りを変革することによって健康になっていったと思います。太古の昔は労働によって自然を健康になるように作り変えてきた。階級社会になったら社会運動で、公衆衛生だとか生存権だとかというものをきちんと発明してそれを具体的に保障する社会保障制度を作らせて健康を守ってきました。生活習慣病の時代になったら、自己発達、自己変革というもので自ら健康を培うんですね。力を身につけつつそれを社会運動化していく、これが健康づくり活動ではないかと思うわけです。そういう点で地域で、ここでも家族の日というのを

1日決めて、飯を食うこともいいと思うんですね、あれもつながっていくと健康問題に突き当たります。いろんな問題が凝縮されている課題として健康づくり活動、生活活動、社会運動としていかに取り組んでいくか、本来もっている人間の核心的な営み、民主的な営みとしての健康づくりというものをどのように地域に広げていくか、このことで課題別階層別に無数の社会保障を守る闘いが築きあげられてきております。それがやはり一つのまとまりになるかどうか、そのカギを握っているのが私は健康の問題ではないかと思っています。

6) 地域社保協の強化を

そういう点で後期高齢者、それと自治体をベースにした保健づくり事業、この辺を地域の社保協の大きな課題として取り組む、それと労働組合とがダイナミックな社会保障運動として融合していくという中で少し長期的な展望が必要かもしれませんけれども、着実に社会保障運動というのは前進していくのではないかと思います。

7 おわりに

今日は1980年代からいかにして社会保障運動が飛躍してきたか、政府の政策の欠陥がきちんと明確になるにしたがって大勢の人々が大きな意思表示を示し始めてきているということ。それが高齢者医療制度で爆発し、だけれどもその中に多くのものを彼らも込めてきているから、新政権を使ってその延命策をいろんな形で図ろうとしているんだということもきちんと一つ一つ打破していくという取り組みが必要になってきているかなと思います。少なくとも医療改悪反対に5000万人を超える人々が反対の意思表示を署名という形でやっています。この方々が一步でも二歩でも私たちの闘いのスクラムの輪の中に入ってきて、歩き出せるような取り組みが今求められているのかなと思っています。

今日の午後は具体的な報告がいっぱい出ると思います。それらを含めて重層的に構造改革路線とその被害についてはっきりと総合的に把握した上で、それぞれが行われている運動を何によって大きな一つのまとまりにしていくのかということを集散的に意見交換できたらありがたいなと思っています。

(本稿は、当日の講演録に基づき事務局が編集した原稿に講演者が手を加えて作成したものです。)