

社会保障「構造改革」と保健・医療・介護 ～わたしなりの「総括・展望」～

篠崎次男(日本高齢者運動連絡会事務局長)

はじめに

保健と医療と介護を総合的ということでありましたので、今日は少し遡って前半は、臨調行革の時代から政府はどんな医療づくりを目指していたのか、その医療づくりから派生して保健の政策とか介護保険制度が出てくるとかいろいろなことが起こってきたのではないかと思います。その中味を今の時点に立って整理しておこうと思います。後半の部分では、医療保険制度の見直し案ですが、実は国会以外のところでもう少し大きな問題が国と自治体の間でずっと進められているということがあります。こちらの方はかなり早いピッチで具体化が進んでおりますが、そのようなところまで含めて今日は整理をさせていただこうと思っております。

なぜ、そんなに遡って検討する必要があるのかということです。これは私自身の考えですが、率直に言います、昨年9月に自民党がかなり大勝をしまして、あまり私達の中で大きな声にはなっていないのですが、いつまで社会保障の運動をやっても意味があるのかという話がかかり心の中に沈殿しているのではないのかという事態によく遭遇します。そういう点をやはりきちんと克服していかないといけないのではないのかと思っているわけです。そういう点で少し遡って考えてみたいと思いました。

レジュメの方では「私なりの総括・展望」と書いておきましたが、主として83年の「今後の医療政策」という国の政策、それから途中で出されたいくつかの国の医療政策をまず素材にしながら医療の制度見直しがどんなふうに進んできたかということを見たいと思います。

1)「今後の医療政策」で描いた21世紀の医療

～83年・第2臨調の「要請」にこたえた最初の政策

この政策の特徴

別刷りの資料集の冒頭が83年の8月に出された「今後の医療政策 - 視点と方向」です。80年から第二次臨時行政調査会が活動を始めておりまして、いわゆる臨調行革が進んだ時期です。80年から83年までの間に4回ほど臨調は政府に対して社会保障の見直しを強く要請しました。特に、当時の社会保障制度見直しの中心点は医療であって、とりわけ老人の医療をどうするかということが中心になっていったと思います。83年に厚生省が臨調からの4度の要請に応じて初めて日本の医療をどんなふうに作り直していくのかという態度を示したのがこの文章だったと私は理解しております。

この文章の最大の特徴は、医療費がどうしてこんなに引き上げられていくのかという側面からだけ日本の医療制度の問題点を整理したということです。そして医療費を削減していくために、21世紀までの間、つまり2000年までの間に、日本の医療をこういうふうに変えていきたいと思いますという5つの問題点を示したわけです。

ここで政府が使う医療費というのは、この当ても現在も同じですが、国民の懐から出ていく医療にかかわる費用とは関係のない医療費です。社会保険の医療費であるとか、それからそれに国が補助金を出しておりますけれども、そういう国の予算上医療にかかわる費用を単なる医療費と言っております。ですから、これは小さい政府でも全く同じであって、国民の健康にかかわる費用はできるだけ縮めていきたいと思いますという側面からだけ整理をしたということです。

医療費増の要因

最初に、なぜ医療費が上がるのかという点について、「疾病構造の変化と人口の高齢化」をあげています。私は疾病だけでいいのではないか、「構造」というと何か人間の罹る病気と関係ないような無機質的な感じを与えるので、あまり好きな言葉ではないのですが、疾病が変わったということとそれから人口が高齢化したということです。1960年代の半ばごろから肺結核を中心とした感染症があまり脅威ではなくなりました。当時の主流は成人病といわれておりました慢性疾患になりました。これは今でもそうですが、括弧付きですけれども、治りづらい病気ということになっています。しかも治りづらいから費用がたくさんかかるんだということになっています。併せて高齢化に伴ってどんどんこの病気は増えていこう、あとでいろいろ挙げてはおりますけれども中心的に医療費が増加する背景として、この病気が変わったということと人口が高齢化していているというところを最大の問題点として絞り込んだということでもあります。

二番目のところでは、「国民の健康に関する意識の高まり」で、生活が豊かになり要求が多様化したので、多少国民もわがままになって医療要求が増大してきて医療費がかさんでくるということをおっしゃっています。

疾病が変わったということのなかで、人間のかかる病気を体の外側からくる病気と内側からくる病気に分けました。この分け方は全てが間違っているとは言えないと思いますが、問題は、外からくる病気である感染症が公衆衛生の発達その他によって脅威ではなくなったと、この後、例えば糖尿病を患っている人が、昔の肺結核ではない新しいタイプの肺結核に侵されて流行り始めるとか、新興感染症が間欠的に流行るとか、いまだにヘルスの分野での感染症というのは大きな脅威にはなっておりますけれども、もうほとんど脅威ではなくなったということをご指摘しました。つまり、憲法25条では社会保障と社会福祉と公衆衛生の三つで国民の人間らしいレベルでの生存権保障をきちんとしていくんだということを定めていますが、大事な公衆衛生が基本的にはもう責務を果たしたという主張に近い内容で登場してきたといえると思います。

それで、内側からの病気を成人病、生活習慣病といいます。この文章が出ると間もなく、当時の公衆衛生審議会が開かれまして、慢性疾患だとか成人病とかいうと歳をとると必然的に血圧の病気になったり糖が出たりするとかそういう誤解を与えるので、あくまでも国民の生活習慣が悪いから病気になるんだということを一々明確にするために成人病とか慢性疾患とかという言葉を生生活習慣病という言葉に置き換えてしまったわけです。そういう形でこれからは内からの病気が主流なんだということになりました。

医療費節約の5つの問題提起

それで、この文章では「方向 - 21世紀の医療をめざす指針5則」というふうに、医療費をどのように節約していくかということで5つの問題提起をしたわけです。

・健康維持・疾病予防の自己責任の明確化

その第一が、「健康維持・疾病予防の自己責任の明確化」という問題を出してきます。この自己責任というものを国民に問いかけるために慢性疾患というのは皆さんの体の内側からだけ訪れてくるという限定をしたと思います。この中味が、実は今度国会に登場してきた医療保険制度の見直し案とセットにして健康づくりで医療費を適正化するんだという形で出てきました。20年経ってようやくこの自己責任を本格的に問い始めてきたということです。

私が注目しているのは、この文章のなかで厚生省が自己責任を全面に押し出したときに初めて社会保障の理念をいじったということです。この後、社会保障制度審議会の答申その他で、社会保障というのは単なる助け合いの組織なんだということをご定式化していくわけですけれども、最初に言い出したのは厚生省自身なんです。そこでは(1)で、「社会保障は、個人の自助を前提と

しつつ、国民の連帯による相互扶助を組織化して社会の安定を図るものである」という形で、社会保障というのは憲法25条でいう生存権保障ではないんだ、公的保障ではないんだということをもとに、それを「疾病構造の変化により健康管理や疾病予防により防ぎうる“内からの病気”が中心となりつつある」というわけです。果たして防ぎうるかどうかというのは大きな問題ですが。

2000年から始まった「健康日本21運動」という健康づくりがあるわけですが、どこの市町村でも一定の具体化を進めております。この21運動の成果をすくい上げたかたちで、今度は健康づくりで医療費の適正化を図るという問題がでてくるわけです。「健康日本21」は全ての市町村で、東京、大阪のごく一部を除いて具体化されておりますけれども、あれは一人一人の食習慣と運動の習慣しか問題にしないわけです。労働環境、過労死だとか働き盛りの自殺が増えている状況を一切無視しています。ですからストレスも自治体の保健指導の中には入ってこないわけです。そういう問題があります。あくまでも悪い生活習慣を積み上げたのは国民一人一人で、その人の責任を問うというかたちを貫いてきているわけです。それを正当化するために内からだけ生活習慣が作られているという論理を政府自体が持ち出してきているわけです。これは今日においてはもっと強化されているだろうと思います。

次の(2)で「疾病構造の変化により健康管理や疾病予防により防ぎうる“内からの病気”が中心となりつつある」というふうに断定するわけです。「国民の健康への関心も高まり、さらには自ら健康管理に努めることを可能にする経済的社会的条件も整いつつある今日、健康保持、疾病予防は国民一人一人の責任であることを改めて明確にし、国民の自覚を高める必要がある」と断定するわけです。それだけではなくて、(3)では、「健康管理が日常生活の中に習慣として定着し、生活と医療の区分が不明確になりつつあるが、それに応じて国民各自が疾病の予防や進行抑止に果たすべき役割も大きくなってきている」、問題はその後で、「その当然の帰結として医療保険制度を利用しようとする患者に対し、受益者としての適正な負担が求められて然るべきである」というわけです。つまり、これからは保険財政が厳しいから一部負担をお願いするというのではなくて、悪しき生活習慣に馴染んでしまったその自己責任を果たしてもらうために応分の負担をお願いするという社会保険の仕組みに切り替えていくんだということです。

これが臨調行革の時の2000年までに作り上げなければいけない日本の医療制度の基本的な姿がこんなかたちで映しだされてきたということになります。これはあとで昨年10月19日に発表された厚生労働省の「医療制度改革試案の大綱」、そこで改めて振り返って行きたいと思えますけれども、こういう整理をまず行いました。

・医療標準の概念の導入

2番目が「医療標準の概念の導入」であります。国民医療の領域というのは、さまざまな要素で拡大しつつあるが、これを全て公的医療保険制度でカバーする時代ではなくなったんだということその次に打ち出されてきます。その背景には、防ぎうる病気もある、国民がサボらない限り公的保険に頼る必要はないという部分もあるということをもとに、これを全面的に押し出しながら、これからの社会保険サービスは国が決めた標準的なサービスに止めるという方針を基本的に打ち出しました。

この中味が、部分的に具体化したのが、この同じ年の1983年に老人保健法が実は動き出しているわけです。それまでは、老人福祉法によって70歳以上の高齢者の受診料の一部負担を国が肩代わりして保障するという無料制度がこの年に廃止になりました。それで、老人保健法から一部負担に相当する部分についての給付がなされるということになったわけです。この時に、診療報酬制度という制度、皆さんから保険料をお預かりして国の義務としての若干の補助金を合わせて皆さんの受診時の費用を皆さんに代って医療機関に支払いをするというこの診療報酬の支払

制度を2本建てにしたわけです。それで老人に対する特別診療報酬体系というものを作りました。この中で、ごく一部分ですけれども医療標準の概念が導入されました。年配の方は思い起こしていただければ幸いなのですが、当時一番問題になったのは、自治体から老人病院というふう指定された病院に入院した70歳以上のお年寄りには、病状のいかに関わらず点滴治療をやる場合に医療機関に支払われる薬剤費用というのは1日500mlまでという制限を加えました。点滴というのはあまりやりすぎると食欲をなくしたり色々マイナス面が出てきます。それから、今でも大病院中心に行われている終末期医療のかなりの部分は点滴でもって生き長らえさせるということがあって、医療費の無駄遣いではないかという指摘も一部出されています。そういう弊害はあるのですけれども口から食べることも飲むこともできない、あるいは口からだけでは飲んだり食べたりすることに不足が生じる場合に唯一の治療方法になるわけです。それが500mlでもって、あとは薬剤費を医療機関に払わないということになれば、年寄りを入院させるときには、点滴を必要とするような場合には医療機関が持ち出し覚悟で入院させなければならない。したがって面倒な患者は追い払おうということがここで起こったわけです。そういうかたちで医療標準の概念が一部医療に導入されてきます。それも少しずつその領域が増えてきますけれども、5年前に介護保険制度がスタートした時に、介護保険制度から提供する介護サービスというのは全部社会保険のサービス、国が決めた標準の範囲内というふうに決めてしまいました。ですからこの中味というのは、介護保険でもって本格的に具体化してきているということになります。

それから国が定めた標準だけにサービスが限定されるということになりますと、保険証だけでは十分なサービスが受けられなくなります。したがって、介護保険というのは初めから社会保険である介護保険のサービスと事業者が提供する自由販売の介護サービスの両方を提供するという混合型の社会保険として作られているということが言えます。

今年の4月以降、混合診療が大幅に解禁されるという問題が浮上してきています。介護保険で実績を上げて医療にそれが導入されるということになってきました。一部負担がずいぶん増えましたが、基本的には現在の医療保険というのは窓口で法律で決められた一部負担を払えばあとは保険証の医療だけでほぼ医療要求というものは充足されています。

社会保険の医療と自由販売の医療を一緒にしてはいけないということで、混合診療は今現在は禁止されています。これが4月以降、解禁になるという話が出てきております。解禁になるということは、介護保険のように保険が適用されない部分が拡大されてくるということです。言ってみれば、20数年前に打ち出した医療標準の概念というものがこの4月の段階でかなりの部分が具体化されようとしているということになります。こんなに長い年月掛かっているということ私たちはまずしっかりと記憶しておく必要があると思います。

2000年までにはこの医療標準の概念を基本とする介護保険のようなかたちでの医療保険につくり変えるんだということを厚生労働省は打ち出してきましたが、トータルな国民医療システムとしては、医療標準の概念を導入した社会保険だけでは間に合わないということも彼らも知っているわけです。したがって「自由診療やこのための民間医療保険など、いわば医療におけるニューフロンティアの育成が急がなければならない」というわけです。今日言うところの民間に公的サービスをどんどん移し変えていくということが、ここでも指摘されているということです。ですから医療標準の概念というのは、混合診療を行うということ、それから社会保険では十分な医療が保障できなくなるから民間の私的な医療保険やなにかを新しく生み出していく必要がある。こういう中味としてこれが提案されてきているわけです。遅くとも2000年までにはこれを全部やりたいというのが彼らの方向であったわけです。

・包括的・有機的医療供給体制の整備

それから、3番目が「包括的・有機的医療供給体制の整備」ということになっております。「包括的」というのは、これはかなり具体化されております。医療法という医療機関を律する法律をこれが出てから5回ほど見直しをしております。簡単に言うと、一つの県に1カ所くらいずつ大学病院が中心ですけれども特定機能病院という位付をもっている病院が生まれております。さらに人口30万人くらいに1カ所くらいずつ地域支援病院という病院が生まれております。それから一般の病院が、一般の病床と長期療養型の病床というふうにだいたい1病院を4種類くらいに分けて上から医療法上の位付けを行ったということです。これがその後どのようなかたちで機能するかということはこれからの問題になりますけれども、主としてよく話題になるのが、開業医の先生の紹介状を持たずに大学病院にいくと診察料が高くなるとかいろんな問題が議論されていると思います。医療法上医療機関の位付けは今進んでおりますけれども、その位付に従って医療機関ごとに受けられるサービス受けられないサービスを明確にする。これはやはり社会保険の診療報酬制度でこれを規定していかないと国家権力だけで大学病院の外来を通るなんていうことは命ずることができないわけです。ましてや国立病院が独立法人化して限りなく民間の医療機関化してきていますから、資本主義社会であればあるほど、国が一律に受診制限をするなんていうことはできないわけです。今のところ、この提案に沿って医療法上医療機関の機能別類型化だけは進んでいるわけです。そこに今度は診療報酬という社会保障の仕組みを使ってどのように患者の受診行動を誘導していくかという段階にきているということでもあります。

それから、「医療と保健サービスや福祉サービスとの有機的連携を強化して、生涯を通じて健康管理・疾病予防からリハビリテーションまでの一貫したサービスの提供が可能な供給体制の整備に努める必要がある」としています。これの具体化として、一番大きく機能し始めたのが5年前にできた介護保険制度であります。介護の中で保健と医療と介護福祉を総合的に提供していくんだと、こういう謳い文句で介護保険制度が作りだされてきたということがあります。

・適正かつ効率的な医療体制の整備

次に4番目で、「適正かつ効率的な医療体制の整備」ということで、主として医療機関は水増し請求だとかいろんな悪いことをやるから社会正義に反しないような医療機関づくりを行っていくんだということをここで強調しているわけです。これもぜひぶん厚生省としては不謹慎です。お医者さんと患者さん、地域社会との信頼関係というのは良い医療の基本的な条件です。たまた脱税をしたり犯罪を犯したりするお医者さんがなきにしもあらずですが、もしそういう事態ができれば、真っ先に厚生労働大臣が記者会見をして沢山いるお医者さんの中でごく稀なケースで、このことによって医療に対する国民の信頼が揺るがないでほしいと、このくらいの信頼を呼びかける声明を発表するのが私は厚生労働大臣の務めだろうと思うんです。けれども、ここではお医者さんというのは社会保険の仕組みを利用して悪いことをするという前提で物言いをしているというのは少し気になるところです。

・社会的公平に立脚する医療保険制度の実現

それから5番目は、今日の社会に生きてくる問題として「社会的公平に立脚する医療保険制度の実現」ということをここで強調しております。医療保険制度は、国民の連帯に基礎をおくものであり、負担や給付が社会的に公平であることが重要です。この場合の公平というのは、保険料負担において公平性が保たれなければいけない、受益者負担において公平性が保たれなければいけない、国庫負担について公平性が保たれなければいけないということです。これは税金の使い方ということになります。ですからここであからさまに言っているのは、給付内容あるいは保険料率は一番劣悪ですけれども市町村の国民健康保険にはまだ4割程度の税金が費やされているということでもあります。サラリーマンの社会保険についてはほんの雀の涙ほどの事務費のごく一部

しか補助金が出ていません。ですから国保とサラリーマンの保険では税金の使い方に不公平があるからこれを正すんだということをここで強調しているわけです。保険料負担ですから受益者負担といった場合に年寄はるくに保険料も税金も納めていないけれど、医療費の使い方においては若い世代の何倍も使っている、若い世代と年寄り世代の間の保険料負担の不公平、それから受診率の不公平、こういうものをきちんと公平化するんだということを言っております。

最近、ここでいう「公平化」という言葉を「平準化」という言葉に置き直しております。普通、公平化と言ったら、国保によけい補助金が注ぎ込まれているのですからサラリーマンの保険にも税金をもっと公的に使って社会保険の中の公的責任の占める割合を国保と同じようにしていかなければならないのではないかと、これが改善というものだろうと思います。憲法第25条でも、毎年見直して国と自治体の責任を強めていきなさいと求めているわけですから、普通は劣っている制度を豊かにしていくというのが公平化なわけです。実際にやってきていることは低い水準にみんな合わせるといことです。だから日本語の辞書にない公平化という言葉があるのかという批判がでてくるわけです。ですから、いい方に均すのか悪い方に均すのかということに一切触れずに単なる平準化、平準に準じてならしていくという言葉自体が最近の政府文書では使われておりますけれども、そういうことがここで一つ強調されているということなのです。

これは後で触れますが、今度の医療保険の見直し議論の中では、こういう言葉に代っております。年寄と若者を問わず公正さと透明性が明確になる医療費負担制度のあり方について構築していくんだと。透明性という言葉がでできます。それから、年寄りも若者も問わずに公平で透明性のある医療費負担制度に作り変えていくんだというふうに今回は言っているわけです。今はみんなの努力次第でもって予防しうる病気ばかりなんだから病気になった人は予防に対して自己責任を果たさなかった、責任を果たした人と果たさない人が医療費の負担がそこで明確に区別されるような透明性のある制度にしていこうとかたちで今回は出てきているわけですが、ルールをたどるとそんな形で公平性ということを強調しだしているということなのです。

2) 「今後の医療政策」の検討

「今後の医療政策」については私なりにこう思っております。官から民へ・・臨調行革の段階ではその本丸は社会保障でした。特に医療は予算規模からみても大きくて、高齢社会を視野に入れるとさらに拡大が望まれることから、行革は医療から具体化していきました。それをリードした文献が「今後の医療政策」だったというふうに思います。それで、臨調行革と構造改革とは質的な相違はあるということは皆さんも指摘されていることであります。はっきり言って、臨調の段階では、社会保障、社会保険の枠の中での見直しで負担増だったと思います。橋本内閣で始まり小泉内閣で本格化してくる構造改革というのは社会保障の枠組みそのものを取っ払ってしまおうというもので、単なる財政対策ではなくて大企業にとっての新しい営利の場を作り出していくという方向に変わってきているわけです。そういう意味で本質的な違いというのは非常に大きなものがあるだろうと思いますが、医療政策を見ていく場合に、臨調行革の時代から遡って検討していかないと今起こっていることの背景というものがつかみにくいという問題が一つはあるのかなと思います。

それから、病院の株式会社経営だとか色々いわれております。これは皆さんの中にはご批判があるかもしれませんが、私としてはあんまり株式会社の病院参入というのは重視したくないという思いを持っております。よく見てみますと、現在、病院経営というものを株式会社はできなくなっています。けれども、病院が医療サービスを提供するために買い求めている資材、薬にしてもその他の医療機械にしても、それから設備を更新していくための銀行金利にしても全部株式会

社が生産したものを提供しているわけです。それを具体的にサービスに置き換える作業の中で医師と医療法人が手を縛られ、病院経営というものを通じて営利企業、営利を追求してはならないというたががはめられているだけであって、薬にしても一応社会保険で使う薬については国の関与があるという装いを持っていますが、基本的には社会保険に使う薬を生産している製薬会社というのは十数社に限られると思いますが、どんな不況時代にも右肩上がりの高度成長をきちんと続けてきているということがあります。そういう点では、実質株式会社に支配されているような医療の現状があるのではないかと私は思います。

それで、社会保障、特に医療は国民感情からしても営利企業になじみにくいと、それで社会保険の私的保険化が民営化の最大分野になっていくのではないかと私は思います。もう今の段階では、低所得者が医療は社会保険でみんなの保険料でもってまかないながら、十分な医療を求めようとする人は社会保険で基礎的な領域を満たしながら上乘サービスを提供を民間保険から受けるという仕組みにだんだんなりつつあります。民間保険が儲けの対象にしづらい高齢者であるとか低所得者であるとかその基本的な利用料金は公的社会保障で間に合わせる。つまり、営利企業である民間の社会保険の安全弁的な役割を社会保険が果たされているという形がだんだんと明らかになりつつあるのではないかと思うんです。病院に対する株式会社の参入というのはあってはならないことではありますが、既にいろんな形で株式会社の関与が始まってきているというそのところを見落としてはいけないのではないかと考えております。

3)「今後の医療政策」で描いた21世紀の医療は20年掛かりでどこまで具体化したか

いずれにしても、「今後の医療政策」が今から20数年前に出されてきましたが、そこは厳密に検討しておく必要があると思います。今の時点で、2000年までに厚生労働省が達成したいといっていた医療がどうなっているかということです。

健康維持・疾病予防自己責任論の明確化

まず第一番目の「健康維持・疾病予防自己責任論の明確化」ですが、自己責任を強調するために病気の「内」論と「外」論を持ちこんできたことによって、90年代に入って保健所の再編が非常に急速に進みました。公衆衛生の住民サービスの部門は縮小と具体化がかなり促進されてきていると思います。保健所法というのはほとんど骨抜きにされた形で地域保健法に受け継がれていきます。そのころから、保健所の再編合理化がかなり進みました。それから、保健と福祉の連携というものが急速に進んでおります。保健と福祉の連携というのは栃木県でも保健福祉部とかどんどん名称が変わってきていると思いますが、私が一番注目しているのは、住民の要求としてはヘルスのサービスと福祉のサービスが一体化して届けられる、形の上でいうと福祉事務所のケースワーカーさんと保健所の保健師さんが連れだって訪問活動を行う、それで社会制度の活用ではケースワーカーそれからヘルスの具体的なサービスは保健師によって提供されるという形で一体化が図られていくのかなあと考えておりましたが、仕事の上での連携というのはほとんど無視されております。

むしろ最近の三位一体の地方自治体の行財政改革を進める中でどういう現象が起こってきているかという、小規模な市町村ほど保健課、健康増進課と福祉課がいっしょになって保健福祉課に変わる。全体として自治体の職員というのは欠員を補充しないという形でリストラが進んでいるのではないかと思います。そうすると当然仕事が余って忙しい部署が出てくる、それをよく見て見ますと保健福祉課から福祉の職員が他の課に、税に回ったり土木に回ったりという形で配属されていく、そうすると保健職、とりわけ保健師が一般事務を兼務するという傾向がずーっと広がり始めてきているのではないかと考えております。理事者側の説明によると保健師や栄養

師は一般事務を兼務しては行けないという規定は無いといえます。福祉課の職員はほとんど一般職になっていますが、一般の事務職が保健師や栄養師を務めることはできない、だから一般職である福祉課の職員を他の課に配属することになります。

そうすると当然、保健師の仕事が余ってくる、積み残しが出てくるようになる、そこで今度は保健師の仕事として緊急性を重んじて、緊急にしなければいけない問題から取り組みなさいという指導が一般的には行われ始めております。今市町村の保健師達の仕事の中心は検診事業を除くと母子保健事業か老人保健事業がほとんどになっております。産院から退院してきた新生児が黄疸気味ではないかという電話が入ったら、年寄りの家庭に行き介護指導するよりかははるかに母子保健の方に緊急性があるわけですから、そっちの方にどんどん取られていくということになります。今年の4月以降、保健師の仕事が激減するということはないとは思いますが、少なくとも65歳以上のヘルスサービスについては原則として介護保険の方に移管されることとなります。それで今度の医療保険制度の改悪の中にできてきている老人医療保険制度が新しく作られると老人保健法という法律が廃止されることとなります。これは、平成20年4月を目処に廃止するということとなります。そうすると、64歳以下40歳までのヘルスサービスも法的根拠がなくなってくるわけです。それと同時に健康増進法によってこれらのヘルス事業というのは医療保険者に移管されることとなります。各市町村の理事者側がこの辺のいきさつをどこまで見通していたかということとはともかくとして厚生労働省は早くからこういうヘルス事業をカットしていく、自己責任というのは地域社会に住む人々とそこに働く人々の健康には公的責任を負わないということです。憲法50条の中の公衆衛生の住民サービスは抹殺していくという狙いをきちんと持っていたわけですから、地方自治体の三位一体の財政構造改革の中では1番の目玉になるという形で今のところ保健福祉課のヘルスの部門のカッコつきですが解体が進められている。それは介護保険ができて保健師がそちらに移るとか今度は国民健康保険のところに住民の健康診断その他のサービスが移される、そっちに部分的に移動していくという形で公衆衛生部門の職員が暫時、分散配置、異動、欠員を補充しないという形で徐々に削減されつつあるという状況が現在生まれてきているのではないかと思います。

そういう点で保健と福祉の連携というのは結果として市町村の機構改革、それに基づくリストラをどう進めるかということについて一義的に重要な役割を果たしてきていると言えるのかなと思います。ここの部分がかなり進んできていると私は思います。見掛けは保健福祉センターが新しくなって賑やかにいろんな活動しているということはありますが、結果としてこの自己責任が一番ここの部分のところに集中的に行われていると言えます。

それから数年前に母子保健が保健所から市町村に移管になりました。保健所というのは国と都道府県の責任で運営されているところです。宇都宮市のような保健所特例市のようなところは別ですが、一般的には都道府県と国の責任で運営されています。そこからろくに人的体制も予算の裏付けもないまま母子保健が市町村に移管されてきました。そうすると小規模な市町村ほど持て余すわけです。小さな赤ちゃんたちの節目健康診断だけに赤ちゃんの母子保健というものを矮小化し、限定して、検診だったら医師会に委託しようという形で民間委託にほとんど委ねていくということになります。ですから、かつての日本では母子手帳を交付する時に交付した保健所が妊婦の全例を把握していました。それから生まれてきた赤ちゃんもきちんと把握しておりました。これが崩れていく過程で乳幼児の虐待というのが表面化してきているのではないかと思います。児童相談所でいろんな奮闘をしていますけれども、児童相談所に持ち込まれてきても母と子の家庭はどういう環境があるんだろうか、どんな子どもの問題が内在化しているんだろうか、ほとんど把握できていません。把握できていない人たちが行くわけですから家にも入れてもらえないと

ということにもなります。そういう点からいっても、母子保健が市町村に移管されて健康診断だけに多くのところが限定化されてくる、母子保健でなくなってくるという中でいるんな問題が今引き起こされつつあるということです。

おそらく、この轍を踏むのが老人保健法が廃止になると自治体の高齢者に対するさまざまな訪問介護事業なんかも形骸化されてくると思います。ぼつぼつ目立ち始めている老人虐待が非常に顕在化して行く、それで表面化する時には大きな社会問題になりかねないという要素をはらんでいるわけです。

ですから、この公衆衛生自己責任論というのは、社会保険のあり方について大きな変更を加える前に公衆衛生における住民サービスを極端に削り落として進行しているということを私たちはしっかりと把握しておかなければいけないと思います。残念ながら憲法25条における公衆衛生の部門というのはかなり形骸化が進んできているといわざるを得ないのではないかと思います。

社会保険サービスの標準化

それから2番目が、「社会保険サービスの標準化」ということです。これは老人保健法で一部具体化しております。介護保険制度において社会保険の本格的な具体化がこれで始まりました。この5年間の介護保険の国なりの成果を踏まえて、今年の4月に混合診療の禁止を緩めるという形で社会保険の標準サービス化が一段と深まるということになってくるのではないかと思います。この部分については、厚生労働省が目指す中味というのは医療においてはまだ皮膚の1枚くらいを少し切ったくらいで、骨格は憲法25条の中味としてきちんと残っているのではないかと思います。ただ、この5年間で民間の医療保険の普及率というのは目覚ましいですね。明らかにテレビコマーシャルを見ている「入れます、入れます」で、社会保険ではごくわずかな保障しかできないよ、入院になったら困るよ、部屋代も食事代も取られるよ、だから民間保険に入っておきなさいよと、これが当然のごとく、コマーシャル量としては非常に多いわけです。家計簿をお付になっている方がいらっしゃいましたら10年前に社会保険料と民間保険料を年間どのくらい払っていたかという、当時からおそらく4~5倍増えていると思います。民間保険だけでなく勿論社会保険も増えています。4~5倍増えた割には社会保険のサービスはどんどん低下の一途をたどっています。健保本人3割負担ですから社会保険で足りないところを民間保険で補うという内容ではなくなってきているわけです。民間保険が普及するために社会保険を削りとっていく。それで民間保険を買えない人々は我慢を強いるという構造がはっきりと今現れてきているわけです。そういう点で現在の年金生活者、特に、低所得の年金生活者に対する健康保障、生活保障というのは非常に大変なものになるだろうなと思います。

包括的・有機的医療供給体制

3番目が、「包括的・有機的医療供給体制」です。20数年間掛かって先程言いましたように医療法上は手直しが進みました。そこにこれからどうやって誘導するかということです。開業医さんを経ないで大学病院に行くと初診料が自己負担になるとか、特定機能病院に行かなければ社会保険でやってもらえないという検査をたくさんくりだして開業医の先生や民間の病院でその検査をお願いしようと思ったら全額自費だよという制度を付けて近くて便利でというところは応分の負担をせよ、社会保険に全部頼ろうとするんだったら電車代を払って遠くに行きなさいという制限をつけながら、機能別といわれる医療提供体制のところからこれから国民をどう誘導するかという段階に現在入っているのではないかと思います。それから介護保健を軸にしながら保健と福祉の連携という点で有機的、包括的なサービス体系をつくるんだとあっておりましたけれども、これについてはかなり眉唾な現状が自治体で進んでいます。ヘルス部門がどんどん縮小されてきていて、介護保険と公衆衛生が連携して住民にサービスを提供するなどという姿は全然見え

てこないわけです。

適正かつ効率的な医療体制

次に、「適正かつ効率的な医療体制」ですけれども、自浄作用・保険の効率化より情報公開・説明などで前進させる、保険の効率化にこれがどこまで機能しているか、ある意味で1番進んだのはインフォームドコンセントです。健康というのは一人一人の主権です。その主権を守るために治療を受けるときに一時医師その他に命を預けるわけですから、その預ける代償として100%患者が理解できうる内容で情報提供を求め、情報提供をよく理解した上で自分がこの手術を受けるのかこの薬を飲むのか入院期間をこれだけに設定するのかというものは、医者や社会保険が決めるのではなくて住民自身が自分の命を自分で治療するために自分で決めるんだという極めて基本的人権に関わる中味を扱うのがインフォームドコンセントです。それが残念ながら、お医者さんの側に立った説明がなされているんですね。十分な説明と納得といいますが、これは医者が十分に説明したのだから納得したのだらうからもうやるぞと、こういう意味合いでインフォームドコンセントということをして日本の医師会なんかは使っています。そうではなくて、なんで説明を受けるのかと言ったら、自分の命を自分で裁量するために情報をきちんと握っているのは専門家なのだから、その専門家が素人の私に対して素人の私が理解できる内容でもって正確に状況を伝えなければいけない、その情報にふさわしい治療方法を伝えなければいけない、それを聞いたうえで私がそれを引き受けるかどうかということを決定するんだという中味の善ですけれども、この辺のところまではまだ具体化が進んでいないという問題があります。

最近よく科学的根拠に基づく医療の実践という形で科学的根拠を示せば何をやってもいいんだといういい方になってきますけれども、全体として治療指針まで含めて医師が決めてしまう。患者である篠崎と篠崎の主たる療養を担当している主治医なり受け持ち医なり家庭医なりその両者の話し合いによって、患者である私自身がその医師の提案を受けてそれをよく理解してそれを採用するかどうかは私が決めるという原則がしっかりと確立していれば私は薬づけも検査づけも入院の長期化も阻止できるのではないかと、かつ必要な医療もきちんと保障されることになるだろうと思います。けれども、なかなかそういう段階に達していないので、どうしても診療報酬をお医者さんに不利になるような形で作り直ししながら医者の手を縛って不自由を強めながら医療費の節約を図っていこうと、当然それは必要以上にも切り込まれてくるだろうと思います。そんな傾向がこの間ずっと進んできているように思います。

社会的公平に立脚する医療保険制度の実現

次の、「社会的公平に立脚する医療保険制度の実現」というのは後ほど触れて行きたいと思いません。いずれにしても、この路線を引っ張っていくと更なる老人負担増へ、最終的には社会保障制度の「一元化」ということがこれから起こってくるのではないかとこのように思うわけです。

4)「医療制度改革試案」

次に「医療制度改革試案」というのが載せてあります。これは2001年に出されたものです。

持続可能で安定的な医療保険制度の構築

・財政危機の背景

最初に、「持続可能で安定的な医療保険制度の構築」という項目がありますが、一番注目して頂きたいのは、健康保険、政府管掌健康保険それから国民健康保険これらの財政危機の背景をかなり正直にここで整理したということです。

健康保険組合というのは「母体企業の経営の多角化やグループ経営の進展など、企業の経営形態の多様化が進んでいる」、つまり健康保険組合というのは大企業や中規模の企業が多いわけで経

済不況のなかでリストラが一番進んだところです。ですから子会社化、会社自体がどんどん分散化していった結局被保険者の数が激減しているということなんです。というわけでリストラのせいで被保険者の数が減って健康保険組合の財政が困難になっているという整理をしております。

それから政府管掌の社会保険ですけれども、この加入者は「主として中小企業の被用者としていることから、近年、被保険者数や平均賃金が減少し、保険料収入が伸び悩んでいる」。つまり、不況で特に中小零細企業の労働者の賃金収入が伸び悩んでいる、数も減っている、これが財政の困難さをもたらしているということです。

それから、国民健康保険については、「小規模保険者の増加が財政運営の安定化等の観点から問題視されている」とありますが、小規模保険者とは過疎地域の町や村の国民健康保険のことで、ここは昔から高齢化が進んで人口が少なくなって保険財政が苦しいよと言われていました。その次に「大規模な保険者は、保険料の収納率が低いといった問題」のほかに「近年の厳しい経済情勢等を背景に、負担能力の低い高齢者や無職者が急速に増加している」。大規模な保険者というのは東京だとか大阪だとか横浜だとか大都市の国保で、今まで比較的安泰だと言われていました。労働者がリストラで職を失うあるいは賃金の低い嘱託や時間雇い派遣労働に変わってくると、これらの人々は国保に移ってきます。これらの人々は中高年で慢性疾患を抱えている方が多いですから、大都市の被保険者数というのは増えていて、なおかつ病人が増えていきますから医療費の増大が起こってくるわけです。収納率が低いというのはフリーターだとか若い人たちが仕事に就いているときは社会保険で、仕事に就かなくなったら自ら自治体に行って国保の加入を申請しなければいけないのですが、そういうことをやらないということも含めて収納率が少なくなってきている。無年金者、低年金者が圧倒的に多いわけですからそうやってきております。ですから大都市の国保も経済政策の失敗で長引く不況の影響でこういう大きな弊害が出てきているという整理をしたわけです。

これまでは国民が医療費の無駄遣いをする、あるいは医療機関が乱診乱療をやる、それで医療費が上がって赤字になるんだと言っていましたが、完全にここでは日本経済の破たんが保険財政を圧迫しているということをかかなり正直に整理をしました。

・医療保険制度の改革 - 医療保険の一元化

問題はその次です。「こうした制度が抱える問題に加え、制度横断的な課題として、産業構造の変化や就労形態の多様化といった近年の新たな状況に対応する必要があるとの指摘」が生まれてきた、ここから医療保険の一元化が本格化してくるわけです。今度の医療保険制度の見直し案の中で出てきているのは、老人医療保険制度を新しくつくるというのは老人保健法に対する拠出金制度を無くすためにつくるわけです。それからサラリーマンの医療保険というのは既に3割負担になっていますから、国民健康保険に統合するということを前提にして3割負担にしているわけです。今回、都道府県単位に国保一元化していくという問題が出てきています。都道府県で一本化していかないとサラリーマンの保険と国保の一元化が難しいということになっています。いろんな形でもって医療保険の一元化が加速化される状況がきているということです。これは被保険者が少なくなって保険料収入が減ってくると、彼らは保険主義を強調してきます。保険制度として維持しなければならない。だから、保険料を上げますよ、一部負担を切り下げますよと言っているわけですが、保険制度の安泰を願うという点では規模を大きくする以外には最終的にはないわけです。保険主義を取れば取るほど、医療保険制度の一元化という方向に進まざるを得なくなるわけです。国保とサラリーマンの医療保険制度を一元化してしまえば、フリーターの捕捉などということは簡単にできるわけです。それから、失業者も仕事に就いている人も年金生活者も全部税金と一緒に把握できることになるわけです。ですから、そういう点で医療保険制度の

一元化をやらざるを得なくなっているわけです。

振り返ってみますと、昭和2年に日本の社会保険がスタートして以来、大雑把ですが四つのグループに分けて国民を分断管理していたわけです。公務員、特に現在は国家公務員を中心にして共済組合、日本の労働運動というのは公務員労働者が頑張るか頑張らないかでずいぶん勢いが違ってきます。だから社会保障、医療の問題で国民が大同団結してもらっては困るわけです。しかもその団結の中心に座るであろう労働者の力を削ぐために国家公務員、昔は低賃金の代名詞みたいなものでしたが、そのころはせめて福利厚生制度ぐらいいは世間よりは良いものにしないと質の良い労働者が集まらないという配慮もあったんだらうと思いますが、戦後になってからは確実に社会保障で戦わない集団をいかに作り上げるかという形で今でも国家公務員の共済組合というのは本人と家族も含めて限りなく10割に近い制度が保障されているわけです。残念ながら、医療改悪に対して日本の労働組合というのはストライキを打ったことはありません。年金で1回やりかけて終わったことがあるくらいです。そういう点で分断管理はまず国家公務員を特別扱いすることによってかなり成功していました。それから健保組合を作ったときには中小零細企業と差をつけて大企業の優位性を確保するためでした。それで、保険に馴染まないといわれている定年後の年金生活者を中心にして一人で企業なさっている方などを中心にして自治体の国保を作ってきたわけです。政府は、この四つのグループ、これを一緒にしたくはないわけです。

20数年来掲げていた健康自己責任あるいは医療標準のサービスを導入する、それから医療よりもコストの安い介護に医療のかなりの部分を押し付けてくるといういろんなことをやってきたのだけれども、少なくとも1983年に示した医療改革の基本的な枠組みというのは今現在完成していない、少なくともこの間15年くらいは遅れてきているわけです。その間に日本の経済不況が深刻な状況でもって日本を襲ってきました。それで企業は政府と一緒に国民を犠牲にする形で経済不況の克服を図ろうとしてきました。その結果、医療保険にそのツケの一つが回ってきていて、彼らが一番やりたくなかった国民をもしかすると大同団結の方向に持って行くかもしれない医療保険の一元化に踏み切らざるを得なくなっているという状況がこの間に生まれてきているということです。

思い起こしてください。10年前の参議院選挙の直前に健康保険の本人の1割負担を法律は3割負担にしているのを具体化するための医療保険の改悪反対、そのときに初めて皆さん方が組織した反対署名というのは初めて2000万を超えました。それまでは医療団体とか医療系の労働組合が中心になってしゃかりきに集めて450万くらいの署名しか集まりませんでした。それが健康保険の本人負担を3割にする、つまり一元化の方向が出た段階で大勢の人が団結し始めてきたという動きがあります。あれは国会を通りましたが自民党が単独で過半数を占めるということがこれを機会にできなくなりました。それで4年前の選挙では3500万の医療改悪反対署名を集めてきています。もう2000万を超える段階で、医師会の先生方の反対署名ですとか1回り広い住民団体それから介護保険で大きな動きが出ましたが、そういうような非常に広範な人々が医療保険制度の先行きに注目をしだしてきている。まだはっきりとした怒りを伴う力強い国民の反対運動というところまでにはなっていないとは思いますが、着実に厚生労働省が危惧した医療の問題で国民を団結させるその方向は今かなり明確になりつつあるのではないかと思います。

冒頭申し上げた、社会保障の運動は幾らやっても国会を見ていると出てきた法案はみんな与党が多数で通って行ってしまふ、だから意味がないのではないかということをお口にしたら、率直に言って冷たい目で見られます。私たちの日頃の付き合いから2廻りくらい広がっていくと、私たちの今までの医療改悪反対運動では通用しないんです。今回の改悪案でも、老人でこれだけ負担があるという説明をいっぱいします、確かにそれは深刻ですが、この前ある自治体で私も同席し

た会議で今度の改正案を説明した人が何とっているかという、「3割負担をお願いするのは現役並みの収入がある人です。70を過ぎて現役並みの収入がある人なんて微々たるものです。こういう人からはやはり3割とって頂いて、一般の老人の人たちが安心して暮らせる医療保険を作っていないといけません」というものすごく拍手がおきるんです。

それ見て行きますと、本当に1割負担2割負担というのは大変ですね。しかし、1割負担で大変だという言い方だけでは、おそらく老人クラブや何かではあまり通用しなくなってきているのではないかという思いもします。そういう範囲内で署名が集まって、頑張った、頑張ったとやっている点に関しては、確かに国会に行く改正案は全部通ってしまいますから、たたかう意味があるのか社会保障の運動は意味があるのかということになります。だけれども、少なくとも私たちの運動のせいだけではありませんが、少なくとも医師会も立ち上がる、看護師その他の専門家の団体も立ち上がる、いろんな形で医療保険の先行きを心配する国民的な世論が徐々に高まりつつあるということも事実です。やはりその重要な構成要素は、1983年の臨調行革で書かれた2000年までに日本の医療制度をこう作り直したいという彼らの方針の骨格については、一つも具体化させてこなかったということがいえると思います。それで、その間に経済不況が訪れて、やむなく彼らは分断政策をせざるを得なくなってきた、その兆候がきちんと現れてきたら、それだけ世論が敏感に反応し始めてきている、ここのところははっきりと見据えておく必要があると思います。同時に、3500万、4000万という人々と私たちがどのような連帯を組んで行くのかということがものすごく重要な課題になってきているのではないかと思います。

保健医療システムの改革

「医療制度改革試案」の中で過去と決定的な違いというのは、「保健医療システムの改革」ということが前面に出てきたことです。日本以外のところでは医療というと、いわゆるヘルスも入っているわけですが、日本の場合は診断治療が中心でヘルスは保健というかたちになっているわけですが、この二つが医療制度改革試案の中できちんとセットになってできたということです。

・健康づくり、疾病予防の推進 - 健康日本21運動の推進

そして「健康づくり、疾病予防の推進」ということが第一番目に据えられます。この背景というのは、同じく前の年2000年から「健康日本21運動」というのがスタートしておりますが、これは10ヵ年計画で国民を健康にして行くという国の制度で、80年代に第一次計画、90年代に第二次計画がスタートしました。この二つの計画は率直に言って見るべき成果はありませんでした。この背景には国連の組織であるWHOから出されている2000年までに地球上の全ての人民に健康をという健康づくりが提唱されました。ご承知のように国連の決議というのは賛成したらその趣旨を自国に持ち帰って自国の制度や文化の中味に沿った形でどう具体化するかということになります。ですから反対すべきものでないから賛成したわけですが、やる気がなかったからほとんど具体化しなかったということです。

ただし、90年代に入ってから、やはり健康づくりというのはもっと本格的にしなければいけないのではないかということで、特に東北大学と宮城県であるとか、筑波大学といくつかの市町村であるとか、九州大学と九州の市町村であるとか、その他いろいろところで熱心な公衆衛生関係者が生活習慣病に対して、どうしたら効果的な予防だとか病気のコントロールができるんだろうかということ、この1990年代の10ヵ年計画の中で検討するようになってきます。その中で一定の生活習慣を改めると健康状況が改善される、そしてそれが医療費の削減につながって行くということが、普遍化をどうするかということは五里霧中の段階ですが、かなり意識的にテストをやったところでは随分その成果が出てきているということです。そういう活動に

携わった人々が厚生労働省に集められて、2000年代の10ヵ年計画として「健康日本21」の作成に携わりました。これでもって今健康づくりが進んできているという事態が一つあります。

・自己責任、多様な健康づくりの主体

ただ、ここでの問題は「健康日本21」の推進というのは「21世紀における国民健康づくり運動を更に進め、多様な主体の連携のもと、生活習慣を見直し、健康づくりに取り組もうとする個人を支援する」つまり、自己責任を取らせるということですから、自治体が全住民を対象に多様な地域社会や生活の中に埋もれている健康課題を掘り起こしてみんなで一緒になって健康づくりをやりましょうというのではないのです。生活習慣を見直し健康づくりに取り組もうとする個人を応援するんだ、だから公の責任としてはまじめに取り組もうとしている個人を応援するというふうに健康づくりを限定化しました。

それから、もう一つが「多様な健康づくりの主体」ということですが、これは自治体と国が責任を持って住民の自発性を引き出しながら住民運動として自治体と正に協働でもって健康づくりを行うという発想ではないわけです。「健康日本21」を裏付ける法律としてその後新しくできた健康増進法の中で「多様な健康づくりの主体」として挙げられているのは、第一に医療保険者、第二に企業、その他医療やヘルス、福祉の関係団体こういう人々が様々な形で協力し合うということです。つまり、国と自治体は公衆衛生に対する責任を果たさない。私たちは旗を振るだけだよ、知恵もお金も労力もみんな自前でやりなさい。自治体が関わるとしたら、生活習慣を見直そうと努力を始めた個人を応援するだけだよ。こういう限定的な健康づくりがここで登場してきました。これが今回の医療改善とセットになって出てきている健康増進で医療費を節約するという中味につながって行くことになるわけです。

ですから、自己責任の徹底化ということが20数年にして初めて姿を現してきたといっているのではないかと思います。2001年の段階ではまだそれほど具体的ではありませんでした。そして、「老人保健法・健康保険法・労働安全衛生法等に基づく各保健事業等において、生涯を通じた健康づくり・疾病予防を相互に連携しつつ一貫性を持って展開する。」これを具体化すると、保健指導と健康診断というのは自治体の仕事ではなくて、介護保険と医療保険の仕事に変わってくることになります。そして今後進めるための基盤整備として「これらの事項を内容とする健康増進法（仮称）の制定など法的基盤の整備を含め、その推進方を検討する」としています。これは「健康日本21」の取り組みが5年経ったらその成果をまとめて5年間かけて健康増進法という法律に結実しようというのが2001年の方針だったんです。ところが、急遽、健康増進法だけが4年前の医療保険制度の見直し案とセットになって国会に登場してきて、ほとんど国民的な議論もせずに通過してしまいました。それでこの健康増進法ができたために、平成20年から皆さんのヘルスサービスというのは医療保険者に移管することになります。今年の4月から65歳以上のヘルスサービスは原則として介護保険に移ることになります。

5) 医療「構造改革」

医療「構造改革」の具体化策・・・「医療制度構造改革試案」

そんな形で健康問題がまず医療保険、医療問題の冒頭を飾るようになってきました。これを打ち出しておいてから、平成17年10月19日に厚生労働省が発表した「医療制度構造改革試案の概要」これが今度の国会にできた医療制度改革案の原型であります。これは試案それから概要になっていますが、本報告が出るのかということこれは出ません。この試案でその後与党と擦り合わせをしています。それで1週間ほど前に擦り合わせの結果が閣議で承認されて、今話題になっている医療制度改革案として国会に登場してきました。

ただし、もう一つの問題として、10月19日に厚生労働省がこれを発表しましたが、10月25日に都道府県の医療担当課長が厚生労働省に集められ、そこで先程申しあげました健康づくりの中味について具体的な説明が行われております。今年の1月13日には今度は都道府県の衛生担当課長が集められました。保健所だとか保健センターを束ねている県の実務責任者です。そこで、保健センターの役割は何かとか、医療保険者の役割は何かとかこれがきめ細かく説明されているということです。つまりヘルスの問題については、この試案の概要で示された中味に沿って実は都道府県・市町村の担当者に対する問題提起が始まっております。平成20年の4月を皮切りに64歳以下のヘルス事業を医療保険者に移して行くという準備であります。例えば、2006年度の予算の中には医療保険者が健康診断と保健指導をやるための事業費の補助金もついております。ですから、この部分についてはもう具体化が始まっているということです。したがって、皆さんが取り組むであろう、医療制度改革反対の署名や国会陳情、自治体への意見書提出の要請というのは、もう健康づくりとは関係ない部分だけで運動を行っているということになります。だから、どちらも大切ですがけれども残念ながら日本の社会保障運動というのは、ヘルスの問題や健康診断についてはかなり熱心に取り組まされたけれども、健康づくりについてはほとんど視野の外に置かれております。全く新しい分野だというふうに理解していただいているのではないかと思います。

そして、「本試案は、医療制度の構造改革について『医療費適正化の実質的な成果をめざす政策目標を設定し、達成のための必要な措置を講ずる』とする『骨太の方針2005』に対応しつつ、平成15年3月の『医療制度改革の基本方針』を具体化することを目指し、国民的議論を進めるためのたたき台である」として、骨太の方針の要請を受けてこの試案を作ったんだと強調しているわけです。そして「予防重視し、医療の質の向上・効率化等によって医療費の適正化を実現し」と強調します。「医療費にかかる給付と負担の関係を、老若を通して公正かつ透明なものとする」という制度、正にこの「老若を通して透明な医療費負担制度」これは初めて使われる言葉です。これが、「予防を重視し」と関連して使われているわけです。

その次に、「医療費の適正化の進め方」として、生活習慣病対策や長期入院の是正のように、国民の生活の質(QOL)を確保・向上する形で医療そのものを効率化し、医療費の伸び率を徐々に下げて行く中長期的な方策、公的保険給付の内容・範囲の見直し、診療報酬改定等により、公的医療保険給付費の伸びを直接的に抑制する短期的な方策がある、今まで短期的な方策しかやってきませんでした。しかも短期的な方策の中で診療報酬制度を活用するというは余りやってきませんでした。いきなり保険料を上げるとか一部負担を上げるとか、あるいは長期入院したら入院費を削減するとかそういうやり方だったんです。

・診療報酬の改定、混合診療

今回はこれに診療報酬改定というものを全面に出してきたわけです。簡単にいいますと、診療報酬というのは二つの柱から成っています。第一の柱は、社会保険の診療で医師が使うことのできる薬の定価付き一覧表が薬価基準と言われております。この定価付一覧表に掲載されていない薬は社会保険で医師が使うことはできません。率直に言って日進月歩で進んでいる医学の進歩・薬学の進歩は新薬の開発に現れてきます。新しく効果がためされて有効性が確かめられてこういう薬は原則的に速やかに薬価基準に載せられております。これを何年かサボるあるいは永久にサボるかもしれません。そういうことを一つはやろうということをしてここで言っているということです。それからもう一つ診療報酬制度の第二の柱は、診察から治療から検査から治療方法こういうもの全て医療行為の細部にわたって医師をはじめとした医療従事者の医療行為が細かく分解されてそれにいちいち定価が付いております。これを点数表といいます。薬と同じように点数表に掲

載されない医療行為には診療報酬が払われません。社会保険での治療はできないということになります。これを今回大幅に増やすとっています。この診療報酬というのは国会の議論は必要ありません。厚生労働大臣が任命した審議会によって決められます。ですから最終的には公平な議論を装いながら、厚生労働省の意向が反映される仕組みになっているわけです。この診療報酬は2年に一度改定されます。

混合診療というのは先程言いました社会保険診療と自由診療を一緒にやるということですが、現在禁止されています。禁止されていても皆さんは一向に不便を感じないはずですが、一部負担以外は全部社会保険でやってくれるからです。今回は、社会保険が適用されない診断方法、治療方法、薬をたくさん増やそうということです。混合診療を緩めておくということです。禁止を緩めておくということです。これをこの4月にやるはずですが、その上で、例えば新しく売り出された薬について3年間なり4年間は社会保険の適用を見合わせよう、あるいは効果のある薬は特定機能病院以外は社会保険では使えないようにしようとか、こういう色々な制限が出されてきます。

政府の3年前の皆さんへの公約では、健康保険本人家族と一緒に3割負担にします、これから先7割給付は維持します、と言っています。しかし、もともと社会保険で使えない薬が増えるとか検査方法が増えるとかというようになってくると、社会保険で認められた医療給付の中の7割給付は尊重するといっても、社会保険が適用されない部分については全額皆さんが負担して、社会保険の残りの3割負担ということになります。3割負担は厳守するということは公約違反ではないと言い張るかもしれませんが、そういうごまかしがこの中にあります。そして今問題になっているように、一部負担の限度額を引き上げるといって、入院だとか重い病気をした人の負担が多くなる老人が1割負担2割負担3割負担で高負担になるという短期的な見直しということが一つは出てきたということです。このなかの診療報酬を除く短期的な事柄について、国会にでてきたから皆さんがそれに対して反対署名をして学習会をして陳情しているこれから取り組んで行くわけです。これ自体大問題ですから、全力をあげなければいけませんけれども、従来の社会保障、医療保険の運動というのは国会が目当てですからこれだけで済んでしまうという運動にしたら後で禍根を残すことになるのではないかと思います。

・ 予防重視 - 生活習慣予防のための本格的な取り組み

次に「予防重視」ということができてきます。「生活習慣予防のための本格的な取り組み」を行います。これは予算もついていますから中味もかなり絞こまれています。糖尿病・高血圧症・高脂血症、生活習慣病と言われている内科的な病気はこれでほとんど網羅されます。この三つの病気に着目して検診と保健指導を充実するということをやまず1番目に打ち出してきました。国が示す基本方針のもとで都道府県健康増進計画においてこの三つの病気とこの病気になりやすい予備軍をどれだけ減らすかという数値を健康増進計画の中に定めることを都道府県に義務付けるといふふうに出てきます。現在この計画は栃木県にもあります。「健康日本21」の「すこやか栃木21計画」のような名称でどこでもできています。その中に三つの患者と予備軍をどれだけ減らすかという数値をあげて目標にしようということをやここで義務づけていることになります。

・ 患者本位の医療供給体制の実現

それからもう一つは、「患者本位の医療供給体制の実現」ということです。「医療計画制度の見直し等」となっています。ここでいう医療計画というのは、宇都宮市は医療計画によってベッドがいくつあったらいいかという、ベッド数を数値化して計画に盛り込んだんです。それから医療機関の人口対比どのくらいあったらいいかという、主として医療供給体制のことを言います。その見直しというのは、総治療期間（在院日数を含む）の短縮をするということが出てきています。具体的には、脳卒中対策、がん対策等の主要事業ごとの医療連携体制の構築、それでこれら

の病気で入院している入院日数を減らしなさいということになります。

・中長期的な医療費の適正化

そして「中長期的な医療費の適正化」を行うため、「国が示す参酌標準の下で、医療費適正化の政策目標を定めなさい」と、これは10月25日に都道府県の医療保健担当者が集められて、詳細な説明を受けてきております。ごく大雑把にいいますとこの中長期的な計画というのは平成20年から平成25年までの5年間を国は指しています。この参酌標準の基本というのは糖尿病・高血圧症・高脂血症の患者と予備軍を現在よりも25%減らす。それから平均在院日数、これは1月なら1月に栃木県の中でもって全ての医療機関で延べにして何人入院させたか、それを実際に入院した頭数でと割ると1カ月の平均在院日数がごく大雑把ですが出てきます。今は30日か31日くらいです。長野県が21日くらいといわれています。国というのはずるくて長野は病院の入院日数は21日ですが特養ホームとか高齢者の長期入院施設等を入れるとうんと膨れ上がります。それにしても長野県は入院日数が低いわけです。長野並みに縮めるとというのがこの参酌標準の第二の目標です。そして具体的に平成25年度1年間で7兆円の医療費を節約するという数字を示しています。それで、栃木県も具体的に県の計画を練って皆さんに具体的な指示をおろすということになると思います。

医療保険者に健康診断と保健指導を義務付け

問題はこれをやるために医療保険者に健康診断と保健指導を義務づけたわけです。それを義務づける法律が今度の国会に出てきております。「健康日本21事業」における個別の健康指導の一般的な検査の中味は、多少の違いはありますが、20人分だよ30人分だよと予算が下りてくると、保健師はその人数分実態検診の結果から糖尿病から高血圧になりやすい・なりかかっている住民をピックアップします。名簿を作って本人から個別指導を受けるという承諾を取ります。そうすると保健センターに集められます。お医者さんがいる時にはお医者さんが聴診し、採血をします。お医者さんがいないときには外注している検査会社から採血をできる資格の人が来て採血をして検体だけは持ち帰ります。皆さんの行っている自治体検診と決定的な違いがここから出てくるのですが、身長と体重と体脂肪と血圧を計ります。血液検査は血糖値とコレステロールと中性脂肪だけです。あとは尿の定性検査はやります。特に尿糖とたんぱくが出ているかどうかです。それで医師の聴診で心臓と肺の動きに異常がなければ保健指導は栄養師の仕事になります。保健師ではありません。食習慣を改めるということと運動を進めるということになっています。ところが運動は1日1万歩歩きなさいという指導だけです。食の指導は、日本人は40過ぎたらたいした力仕事もしていないのだからほとんどの日本人は1日1600から1700キロカロリーでいいんだということです。この中でお酒と甘いものを自分で裁量しなさいと、そして禁煙、指導はこれだけです。

これから出てくるのも全部これだと思います。医療保険者に何をやらせるかというのは間もなくマニュアルをつくると言って専門家を集めてやっていますが、そのベースになっているのが今言ったような内容であります。「健康日本21」の個別指導の中味との違いというのは、皆さんが今やっている自治体検診というのは病気捜しのための健康診断です。今度でてくる健康診断というのは皆さんが生活改善に真面目に取り組んでいるかどうかを点検するための検診というふうに理解していただければいいと思います。それで自治体でやっているのは、現在6か月間です。1回目が終わると3か月間放置されていて3か月たったなら集められ同じことをやられます。残りの3か月間であと4回同じことをやっていきます。これを3か月に短縮しようということで医療保険者に義務付けます。1600から1700キロカロリーに晩酌も含めて止めると、1ヶ月ぐらいいぢますと体重が太り気味の方は減り始めてきます。体重が減ると体脂肪が極端に適正化さ

れてきます。そしてあとは残りの3カ月間くらいの間にコレステロール、中性脂肪が安定してきます。つまり、さぼったかさぼらないかを如実に点検されます。保健師がやったのではあとは主体性に訴えて皆さん真面目に取り組んでよというだけです。

なぜ医療保険者にこれを持ってくるかということです。一つは公衆衛生でなくするという狙いがあります。費用を保険料から賄うんだということがあります。同時に、医療保険者のところには3カ月か4ヶ月経つと皆さんの診療記録がレセプトという形で戻ってきます。だから各医療保険者は、特に健康保険組合では始まっていますが、皆さんの診療記録を取り寄せてその中で医療費の高い人、薬をよけい飲んでる人これをまず職場ごとに集めてきて、それで血圧を計って体重を計って血液検査をやって、今言ったようなこと以外の余分なことはやりません。それで1万歩歩いて1600キロカロリーで食を止めるということですが、これは普通に生活していてもかなりきつい課題です。それを医療保険者がレセプトを見ながら皆さんに指示をするわけです。

これが出てきたというのは禁煙は一般的にもう進んでいます。それから一駅歩こうとか野菜をよけい食べようとかみんなそれなりに努力し始まってきています。仮にいま国民投票をしてタバコを吸いながら肺癌になった人に医療費はどこから出すかといったら、タバコ会社からもらえという世論が圧倒的に多くなります。太りすぎている人は標準体重まで減らさないと糖尿の治療は自己負担だよ、これも仕方ないじゃないというふうに世論はなってくるのではないかと思います。ですから、真面目にジョギングをやってウォーキングをやって晩酌を制限して禁煙をして努力している人と日曜日ゴロゴロして飲んだり食ったりしている人、仕事と政治のせいにするかもしれないかもしれませんが、これが同じ保険料を払って病気になったら同じ給付というのは不公平じゃないかと、これはもう世論に問いかけたらおそらく多数派になります。だからここで全面的に出てきたという問題があります。だから保険主義でいくな、持続可能な保険にしていくなということなんです。

これまでは一部負担を増やして保険主義反対でもって批判していればよかったわけです。だけれども少なくとも国民の半数はタバコを止めたり飲み方を制限したり歩いたりそれなりに自己努力を始めているわけです。この自己努力自体が褒められてもいい努力のはずです。そういう人々が多数になりつつある。したがって政府は一部負担で国民を困らせることばかりしているのではないよという宣言を全面に出してきている。そういう点では、小泉さんが改革、改革で持って本質を明らかにしないで単純化したから大勝したんだという言い訳は成り立つかもしれないが、少なくとも今度の医療保険制度見直しの中でそういう理屈が通るかどうかが、これはやはり通らなくなっていると思います。そこまで来ているということです。逆に言うと、やはり改革を進めるために国民から協力を得なければならない。その協力を得るための仕掛けが今度は大胆にはめ込まれてきているという理解をしっかりとすべきではないかと思います。どうやって運動していか分からないから署名の中味についても入ってない。このままでいくと、健康づくりに名を借りた医療改悪反対がもう一度登場するかもしれません。

しかし、こういうスローガンを私たちが使ったら、2週りくらい広い私たちの仲間になるべき人たちまで向こうに押しやるということになるのではないかと思います。やはり、構造改革を進めるからにはそれなりに彼らなりの国民との連帯というものをきちんと考えて提起してきている。憲法9条を改悪するためには拉致問題と靖国参拝が必要で、戦前の民族団結一致みたいな反中国反韓国意識をあまり立てながら憲法9条の見直しを進めているわけです。同時に憲法25条の見直しについてはただ改悪だけではなくて、やはり未来に向かってみんな健康になっていこうやという思想信条を超えて一致できる問題についてしっかりと布石を打ってきているということを中心と見据えていかなければいけないのではないかと思います。

医療費削減の義務付け - 7兆円の医療費削減

なお、今のところはこれを実際に義務付けているのは介護保険事業計画と医療計画と健康増進計画です。この三つで7兆円の医療費減らしをきちんとやりなさいということです。介護保険計画の中では在宅看取り率の向上という問題が提起されています。医療計画の中では病床数の削減ですね。これはやはり平均在院日数を減らすということです。それと健康増進計画の中で糖尿病・高血圧症・高脂血症の患者と予備軍を25%減らしますということです。この三つを総合的にしなさいということです。そしてこれをやるのが医療保険者になります。だから保健センターに集められて何かやるかもしれませんが、この呼び出し係は国保だったり健保組合だったりします。それであなたについてはこういう病名でいくら医療費が掛かっている、であなたの病気は高血圧と糖尿病だけれども1700キロカロリーをきちんと守って、1日1万歩歩けば少なくとも1カ月か2カ月の間に標準体重近くになる、そうすると血糖値も体脂肪も適正化の方向に歩むはずだと、これを怠って薬と注射に頼っているのはあなたの無責任さを糾弾されても仕方ないんじゃないかという形で指弾を受けるようになる。

結果として、患者が減らなかつたり在宅看取り率つまり自宅で死ぬ人が多くなって入院だとか福祉施設で死ぬ人が少なくなるという状況を生み出さないと、とりあえず国が出してきているのは、新しくできる老人医療保険制度に対する拠出金について加重するという制度を出してきました。加重分を各都道府県ごとに保険料に乗せていくという制度まで現在検討されております。そしてもう一方で個人責任を追及して、理由を抜きにして1万歩歩いて1700キロカロリーで我慢すれば肥満がなくなって血糖値も血圧も正常化するという形だけがギューっとやられてくると、私は現役労働者は健康になったら窓際族になっているカリストラされていると思いますよ。しかも職場でやられるということになりますと、労務管理の一環としてこれが行われる可能性が出てきます。健保組合の動向というのは非常に注目しなければなりません。

それについていうと、健康日本21運動協会というのが全国都道府県にもうできていまして、全国大会を年に2回づつやっています。一昨年第3回が12月に滋賀県の天津で開かれましたけれども、その時のメインスローガンが「三位一体の健康づくり」です。三位一体というのは会社と労働組合とそれから健保組合です。この天津大会の模範事業の報告をしたのが松下電器です。松下の会社と労働組合とそれから健保組合が三位一体となってどうやって糖尿病とその予備軍を減らすかという体験報告をしております。ちなみに丹波の山の中に松下の労働組合が里山を二つくらい買い取って、体育施設を作っています。そこにみんな順番に送りこまれて教育されて、門を入ると宿舎までの間が4キロくらい歩かなければいけないのですが、バスも通っていますが、4キロ歩いてここまで歩いたら何キロカロリー消費したという表示が出てきて、歩いて行きますと松下幸之助が寄贈したという立派な灯籠が立っていて、この趣旨に鑑み社長がくださったという立派なお触れ書きが出ています。日本の大企業というのは高度成長の時には職場活動、小集団で職場活動をやって能率向上をやりましたが、リストラの時代に入ったら小集団活動で職場を基礎に能率向上で不況を乗り切ってきました。今度はその手法を健康づくりに生かすということになります。

アメリカでさえ遺伝子工学の成果を労務管理に取り入れてはいけないということをクリントンの教書で言っています。これはどういうことかということ、日本でもこれはまだ普及されてはいませんが、赤ちゃんの胎児から遺伝子を取り出して分析すると、お前は50になったら8割の可能性で糖尿病になるとか胃癌になるとか13の病気がよくわかるということです。アメリカでは良心的なところでも、「お前を採用してもいいけれどもお前は50になったら糖尿病になると書いてあるので、うちの会社で働きたかったら一生平職員で構わないという念書を入れる」と、課長ク

ラスになって糖尿病で時間を取られたら能率が上がらないぞと、こういう差別が少しずつ始めているみたいなのですが、日本の場合はそれより徹底します。健保組合でこれをやったら、三位一体の、本来ならこの健康づくりというのはそういう人まで含めて労働者の基本的な権利がどうなるだろうと、健康づくりを理由にした労務管理が導入されるかもしれない。しかもそれで新しくできる健康保険に対する拠出金が減ったり増えたりする、増えれば保険料が自動的に上がってくるという仕組み、これはやっぱり労働者の中に肥満が差別されるとか病弱な人が差別されるとか少なくとも3割近くは肥満の遺伝子を持って生まれてきているわけですから、それだけでお前は意地汚いから自己責任だということだけで取り締まられるのは非常に厳しいわけです。

健康格差の拡大

なによりもこのまま健康づくりが進んでいくと私は健康格差が広がると思います。それで健康弱者が生まれてくると思います。やはり公衆衛生の住民サービスとして保健センターで家庭の場で地域住民の保健水準ができるだけ均等に豊かになっていくということを前提としてきちんと整理しながら、その上で糖尿病になりやすい人高血圧症になりやすい人に対する特別な配慮の保健指導が提供される。これが医療と区別なしに行われるというようなきちとした健康は一人一人の基本的な主権なんだと、その主権を豊かにするために公的責任を発揮していくんだというような中味がきちと貫かれて行かないとこの問題というのは非常に大きな影響をこれから先もたらしてくるのではないかと思います。

特に、国民にごく少数の勝ち組と大多数の負け組で格差が広がっているといいますが、あれはある意味で大企業や国が生み出した格差かもしれませんが、健康問題というのは近所付き合いの中で、あるいは親しい職場の同僚の中で差別を生みかねないという中味をもった形で現在これらが進行中ということになるかもしれません。そういう点で、構造改革のなかで社会が歪み家族が歪み暮らし自身が歪んできているというものの反映として健康問題が遡上に登ってきているということは彼らもきちんと意識してそれを取り上げる、取り上げて提起されてきた形がこんな形で生まれてきているということです。残念ながら民主団体と言われている私たちのところで健康に対する構えに関しては社会保障、憲法25条との関連で把握し重視し日常活動の中にどう生かし込んでいくかということについては、デモやって学習して社会運動でスリムになるという誤解があるのかどうか分かりませんが、非常に問題があるのではないかと思います。

地域再生戦略

もう一つ注目しておきたいのは、健康増進法ができてから後のことですけれども、2004年の5月に小泉さんが責任者の内閣府に組織されている地域再生会議というものがあります。ここが2004年の5月に地域再生戦略というものを発表しました。一言で言うと教育の問題をとっても子どもの問題をとっても高齢者の福祉の問題をとっても自然環境の問題をとってもやはり地域社会に問題が出てきていて地域社会を無視して健全化はあり得ないということで市町村を超えてまちづくりというのはものすごく大事な課題として浮上ってきております。この機運を再生会議を作ってきたと取り上げているわけです。

で、この再生戦略が2004年の5月に発表されると、2004年の6月に開かれた介護保険部会の中で議論されています。そこから出てきたのが地域密着型サービスの新設ということなんです。そしてその地域密着型の中には地域包括センターを作って、地域包括センターが管轄内の高齢者の生活問題全般の窓口になるんですね。

それで、そこが軸になってボランティアまで組織して高齢者の福祉サービスの向上を図ることが期待されて登場してきているということです。この地域再生戦略というのは、簡単に言うと、地域力全快作戦と名付けられています。この地域力の中には福祉力もそれから育児力もみ

んなが健康に育っていく健康力も、それから人間の生活によりよい環境も、商業だとか企業が繁栄する力も全部込められております。それでこの地域再生戦略が浸透するにしたがっていちばん顕著に出てきたのが治安対策だと思います。例えば子どもさらいを防止しよう、空き巣狙いを防止しようということでこの町内には飼犬のいる家は何軒ありますと、これを3軒1組にして早朝組と朝組と午前組と午後組と夕方組と夜組に分けて運動も兼ねて3人が一緒になって3匹の犬といっしょにひと回り余分に町内を散歩して歩きましょうと、できたら散歩のコースを10通りくらい作って、お互いに連絡を取り合って絶えず犬の散歩しながら町中を監視して歩くというのはかなり急速に今進み始めています。栃木の今市の子どもの事件なんかが起こって以来、おそらく現場でもそういうことがやられているのではないかと思います。それから退職した後の学校の先生を雇ってボランティアでもって観光地の案内だとか博物館や美術館の助言をして歩くとかいろいろなことをやっています。できるところからやっています。

こういうことの一つの頂点として民間交番の設立を呼びかけています。監視カメラは物言わぬ狼、民間交番で退職警官を配置すると親切に道案内をしがてら動く監視カメラの役割を果たしてくれます。ということで町内会や商店街がお金を出し合って、特に商店街なんかはシャッターが閉まったお店を安く買いあげてそこに配置する。非常に斬新なユニホームを着せられて退職警官が配置される。みんな退職警官はいい人ばかりだろうと思いますけれども、国との関係でいえばそんなに安閑とはしてられないというような状況が生まれています。

残念ながら皆さんはそういう蚊帳の外に自ら身を置いているみたいですね。隣組の復活だとか性犯罪者の情報が警察まで下りてきている、それをおまわりさん達が持ちながら偏見と差別を助長する。一番深刻なのは地震の頻発地帯では戦前並みの自衛隊も入った地震対策の訓練が定期化されて行われています。それを民主団体の仲間たちは冷やかに見ているわけです。冷やかに見ている人は、隣の奥さんだったり2階の旦那さんだったりそういう人たちが一生懸命地震になったら死なない工夫で持って、あそこに一人暮らしがいるからどうしようこうしようという形で色々やっていて、それがまちづくりという形でいま進められております。その上に介護保険の見直しで小学校区単位くらいを一つの視野に入れた本当に近所付き合いの延長線上の中で具体的に地域包括センターを軸にしながら、どこまで実効性があるかはともかくとして、高齢者福祉についても住民のボランティアをきちっと組み込む形で進み始めてきています。これが一定進んだ所は、草の根保守層と言われていた民生委員や町内会や老人会の人たちが最近あまり熱心にやるとみんな嫌われていましたよね、プライバシーを犯すとか何とか言って、これがもすごく活気付いて来て、草の根運動というのは皆さんもよく使われる言葉ですが、草の根運動をあまりやらないくせに草の根保守層は活性化しだしてきているというふうこのまちづくりとはあまり関係ない形になってきているのではないかと思います。

健康フロンティア戦略

それからもう一つは「健康日本21」の成果をすくい上げて2004年の5月にこれまた同じ時期ですが、与党の幹事長会議が健康フロンティア戦略というものをしました。これは簡単に言うと今65歳を過ぎると7人に一人が認知症か寝たきりになっている、それで生活習慣病になったら治らない、増える一方だと、これに対して国民が不安と焦りを持っている。政権与党は国民の最大の政策要求に対して的を絞った政策展開をするんだ、それが健康づくりなんだということを冒頭に謳っているわけです。それで与党の力で10年後には寝たきりと認知症を10人に一人、7人に一人から3割減らすという問題を出して積極的に「健康日本21」を推進しましょうと、それでこの「健康日本21」が医療保険者が主軸になった健康づくり推進計画に改まってくわけです。それを後押ししましょうと、それで市町村が健康増進法では義務づけられていない

健康増進計画を住民参加で作りましょうという運動がずーっと広がり始めてきています。

彼らは国民が1番願うからというただ単純にそれだけではなく、健康フロンティア戦略ができた翌月には介護保険で議論されて予防重視型の介護保険という形で具体化されて出てくるわけです。ですから地方にいくたびに地元のテレビを意識してチェックして見ますけれども、今は議会が始まっていますから公明党の議員さんなんかは俺達が健康を推進するんだという形で自治体の当局者に支援を要求するみたいな演説がちらほら出てきています。そういう点では少なくとも私たちが署名と国会請願で対象にしていなくてかなり大がかりな住民取り込み作戦が進み始めているというその現状についてもしっかりと見据えておかないといけないのではないかと思います。

6) 運動の課題

世間に通用する運動づくり

最後になりますが、運動の課題として「世間に通用する運動づくり」をしていかなければいけないのではないかと思います。率直に言って、内向きの運動をやっていたら昨年9月の自民党の大勝というのは理解できないと思います。やはりいろんな理屈をこねるよりは改革、改革、それで負担を軽くしましょうというのは中味はともかくとしてすんなり入ってしまっている、ということは私たちの運動の輪が小泉さんがテレビと街宣車の上から小泉さんの声を聞いている人々のところには基本的には届いていないのではないかと思います。そういう思いも込めてもう少し世間に通用する運動づくりということが必要なというふうに思います。

核家族化、地域づきあいの形骸化、家庭や地域社会での福祉力がやっぱり低下してきている、子育ても介護も治安も真の地域の共同づくりを目指さないと私はいけないのではないかと思います。その時に年金者組合でも地域活動を重視しています。それから生活と健康を守る会とか医療生協だとか、特に医療生協と購買生協というのは地域の班活動が元祖みたいな存在で、特に医療生協が進めている健康づくりと班活動というのはWHOの国際語にまでなっています。それから新婦人も小組だとか班を作っていますね。要するに医療生協が広がっている地域では全世帯の3割位は医療生協でクリアできるというところがずいぶん生まれてきています。

重なって入っているかもしれませんが純粋にそれを取り除いても、今でもこの宇都宮市の中でも小学校区単位の中で厳密に見ていくと年金者組合の支部と生協委員会と医療生協と新婦人と後いろんな団体がありますけれどもそういうところの構成員で考えていったら、やはり宇都宮市といえどもおそらく全世帯の2割から3割位は、1年間で入ったり出たり入れ替わっていると思うので定住者は7割位だと思いますが、それぞれの団体に所属しているのではないかと思います。それぞれの団体はそれぞれの要求を実現するために支部を作ったり班を作ったりして活動しているんだと思いますが、少なくとも子育てと健康づくりと高齢者の問題というのは全ての団体が統一できる問題だと思います。

それから介護保険でいえば、地域包括支援センターごとにこれから運営協議会ができます。ここには被保険者が参画することができることになっています。ですから市や県レベルでは共闘組織があるけれども小学校区単位でどこにどんな民主団体に入っている人たちがいるのかということとは特別の場を除いて分からない状況です。そういうなかで、これから介護保険を良くしようという運動を起こそうと思ったら、少なくとも地域包括支援センターの運営協議会に何人かは代表を送り込んで、送り込んだらその人たちを応援して地域の中で一人暮らし二人暮らしの見守り、ボランティアくらいは近所付き合いの延長線上でやっていくという具体的な活動が必要です。

支部だとか班だとかいうことを自分の団体の道具だけにしないで、言ってみれば3世代同居の

社会版なんだと、新婦人にしても医療生協の班に行っても年代の違う人々が結構お互いに対等な形で、だけど先輩を立てながら色々話し合っています。あの姿というのはやはり嫁と姑の関係がかなり切り捨てられた形での3世代同居機能を持っているのではないかと思います。お互いに個人とかプライバシーを尊重しながら大まかなところでは生き方について一致をしているわけですから、ここで必要な助け合いというものが本格的にできていくのではないかと思います。もちろん町内会だとか団地自治会だとかこれらの活動もあるだろうと思います。だけど、本当にプライバシーの問題を乗り越えて子育てだとか高齢者の介護問題だとかそういうものを核心部分まで触れ合いながら信頼関係に基づいて交流ができるというのはこういう団体の役割ではないかと思えます。そういう点で、世間に通用する運動づくりのまず第1番目にそれぞれの団体の地域の第一線組織をもうちょっと地域社会に開放する。一人暮らしと子育てでもって悩んでいる人がいたら自分の団体の構成員以外の人達もきちんと視野に入れて呼びかけていく、最終的には仲間増やしと言うのは孤独死を根絶するための最も有効な手段ではないかと思えます。

近所付き合いの中でしか、実態はいくら社会的に頑張ったって孤独死の根絶などということは難しいと思うんです。そういう点では町内会の役割も強化しなければいけないと思えますけれどもなかなかプライバシー問題その他で難しくなっています。そういう点では自分の生き方を重ね合わせて考えられるような同じ目的を持ったそういう地域の組織がお互いに交流しあいながら近所付き合いの延長線上としてどういう活動を組み立てていけるかということが今すぐ求められているのではないかと思います。

それでいくつかの団体が集まって生活圏ごとに、役所が設定した生活圏ごとに自分の足元を見直しながらそこでの交流と体験をもとにして自治体交渉ではなくて自治体にこういうことをやったらもうちょっと住民の福祉が向上するのではないかと、私達もここまでではできるからこういうバックアップを自治体にしてほしいとかそういう提案のようなことまで含めて出していく。いずれにしても隣近所、向こう3軒両隣のお付き合いをどうやって新しい形でプライバシーを尊重しながら個々の生活価値観を尊重しながら必要なときだけ手を出しあうというこういう戸棚型の近隣関係をどうやって作り上げていくかということがものすごく大事になって来ているのではないかと思います。町内会や老人会に一律にというのはもうなかなか難しい。したがって交流の場で民主的な人々がそれぞれの団体が地域で果たす役割をもう少し整理する。それを子ども問題と健康の問題と年寄りの問題に少なくとも特化して今の社会情勢との関連で何かをやりあうという延長線上に保健センターの民主的な活用方法だとかいろんなことがでてくるのではないかと私はこんな思いがしています。

健康づくりにも自主的な取り組みを

それから、「健康づくりにも自主的な取り組みを」ということで、生活習慣病というのはコントロールも予防も可能になってきています。皆さんの住んでいる保健センターに貼りだされているポスターのなかに家庭血圧という言葉を使ってあるポスターがあることに気がついた方はいますか。3割ぐらいの市町村ではもう貼ってあります。家庭血圧の次に135以上85以上は専門家に相談しようというスローガンが出ています。140以上と90以上でしょう、お医者さんの対象になるのは、皆さんが自覚的に取り組めばこれは上が130で下が80以上というふうにした方がいいと思います。家庭血圧をきちっと計ってそれを例えば健康診断だとか成人病の治療の時にはお医者さんの記録にもちゃんと生かしてもらおうという呼びかけが高血圧学会から2004年になされているんです。それがまだほとんど普及していないんです。

家庭血圧をきちんと計る。例えば毎朝6時に計ることによって、朝しか上がらないというタイプの血圧は家庭でしか発見できないんですね。朝6時に計って治療中の人の血圧が高かったら飲

んでいる薬が効かないかもしれないということを表しているわけです。だいたい血圧の薬というのは1日1錠でしょう。だから色々なタイプがあるんです。お医者さんは家庭血圧を参考にしない限り自分の出している血圧を下げる薬が科学的根拠に基づいて効いているのか効いていないのか判断できないはずなんです。今や血圧にしても糖尿病にしても主役は皆さんであって、薬とお医者さんというのは脇役なんです。その皆さん自身が家庭血圧をきちんと計って自分の生活習慣だとか自覚症状だとか健康だとか仕事の具合だとかと重ねあわせながら今日は何でこんなに高めに外出しているんだろうかということを考える能力をきちんと身につける、こういう保健活動や保健教育というものをやっていかないとどうしても社保協だとか民主的な医療機関だと検診要求ばかりしかしないんです。

検診をいくら積み上げても市民の健康は良くならなかったということははっきりしています。医療機関の経営改善には多少つながったかもしれないけれども、だから「健康日本21」で第一予防に徹しよう、第二次予防が検診なんです。皆さんが、皆さんの日常生活の中で成人病になりかかっているかどうか、あるいはこういう生活習慣をしていたら成人病に繋がるかもしれない、そういう中味を科学的根拠に基づいて家庭でもってそういうことを自己把握できるような力を養えるような保健事業に皆さんの保健センターでやっている中味を作り変えていく、これから保健師が減らされ予算が減らされてくるわけですから、健康づくりの分野では効率化というのは悪いことではないわけです。効率化というのは皆さん自身が主役になることですから、本当の健康づくりというのは皆さんが主役にならない限り発展がないわけです。

もっと言うと、動植物の健康というのは社会に適応して健康になっていくんです。社会に適応できない動物や植物は死んでいくだけなんです。消極的なんです。人間の健康というのは太古の昔から労働によって自然環境をつくり変えることによって確保してきました。階級社会が出現したときには社会運動でもって公衆衛生を確立する社会保障制度を確立するという形で健康を獲得してきました。今は生活習慣病の時代です。これは上からの管理ではなくて、自己発達によって自己を変革するという取り組みの中で健康を獲得していくことが必要です。だから社会を変え自然を変え自分を変えという変革が人間の健康づくりにきちんと位置づけられたのなら、その考え方で自治体と一緒に家庭生活の間でもってみんながそういう思いで少しでも取り組めるように地域の健康になる力を少しでも豊かにする、そこのところに主眼を置いた公衆衛生の取り組みを私たちは求めていかないといけないのではないかと。こういう形で全家庭の健康になる力を豊かにしていくということを先行させながら個別指導が入ってこない健康弱者を生み出すことになります。

自己責任の追及だけはさせてはなりません。全体の水準が上がるというところに公衆衛生に対する公的責任の発露を私たちは求めていかないといけないのではないかとこんなふうに思います。ですからできるだけ署名を集めたらその署名の数ほど皆さんが所属する大衆団体の構成員が増えたというそのところで初めて今回の取り組みが成功であったかどうかを評価しないとイケないのではないかと思います。それから皆さんの生活圏域の中で、実際の保健福祉の施策がどうなっているかということ、それを話し合う場をきちんとつくる、それから当面の働き掛けの窓口になる包括支援センターの運営協議会にも関心を示す、併せて自治体の保健サービスを地域全体に行き渡らせられるような保健事業に作り変えを要求する、そして自分たちも実践していくという非常に多様な取り組みが今求められているのではないかとこのように思います。

(本稿は、当日の講演録をもとに事務局で編集したものです。文責、事務局)