

日本の医療政策と憲法

飯島 滋明・田所 三奈・網野 恭子

【本論文の構成】

第1章：はじめに

第2章：医療費削減政策について

第1節：医療費削減政策の内容

- (1) 医師数抑制政策
- (2) 診療報酬について
 - ① 診療報酬削減
 - ② 7対1入院基本料
 - ③ 「後期高齢者終末期相談支援料」
 - ④ リハビリ制限
- (3) DPC（診断群分類別包括支払い制）
- (4) 療養病床の削減
- (5) 保険証の取り上げ

第2節：患者負担の増大

- (1) 患者自己負担額の増加
- (2) 後期高齢者医療制度
- (3) 障害者自立支援法

第3章：医療費削減政策の影響

第1節：医療を受ける環境の悪化

第2節：医療過誤

第3節：患者に関する医療状況の変化

- (1) 受診抑制
- (2) 「患者たらいまわし」

第4章：なにが法的に問題か

- (1) インフォームド・コンセントについて
- (2) 憲法25条に反する医療政策
- (3) 法の下での平等（憲法14条）違反
- (4) 国際人権規約違反
- (5) 財政について

- ① 医療費は高く、医師は過剰なのか
- ② 医療費増大は本当に問題か
- ③ 増税・社会保障費削減はやむを得ないのか
- ④ まず削減すべきものはなにか。

第5章：おわりに

第1章：はじめに

「〔アメリカの〕最低レベルの医療保険で月約350ドル、日本円で4万ちかくかかるそうだ。これでも医療費の半分程度がカバーされるにすぎない。さらに医療費そのものの高さも計算に入れると、実質的な感覚では日本の医療費の3倍から4倍かかっているという。ちなみにアメリカの隣国カナダでは医療費は無料である」(〔 〕は執筆者による補足)¹⁾。

この発言は、世界各国をまわり、世界の事情に非常に精通しているピースボート代表の吉岡達也氏の発言である。国の医療政策のあり方しだいで個人の医療環境は大きく変わる。たとえばカンボジアでは医療保険制度がなく、全額自費負担となる。日本はどうだろうか。

日本では1982年以降、「医療費削減政策」と「患者負担増大政策」が採られてきた。とりわけ小泉内閣の下、2006年には「医療改革関連法」が成立したが、その前後、「医療崩壊元年」という言葉がマスコミを賑わせた。小泉首相の医療制度改革に関して、たとえば鈴木医師は以下のよな発言をしている。

「政府は医療費抑制のため患者の負担を増やし、診療報酬の削減を進めている。この医療費抑制政策が諸悪の根源である。つまり06年6月の〔小泉内閣による〕医療制度改革は、『医療の質と向上と安全性を求めない』と宣言しているに等しい。さらに『老人殺し』、『病院つぶし』、『地方つぶし』、『医療難民』、『医療従業者過労死』等を堂々と法制化したといえる」(〔 〕は執筆者による補足)²⁾。

患者からすれば以下のような状況が生じている。

「ずっと受けられた医療を打ち切られる患者たち。病院から追い出される高齢者たち。医者にかかりたくても地域に医者がいないとなげく住民たち³⁾」。

1) 吉岡達也『9条を輸出せよ！ 非軍事・平和構築の時代へ』(大月書店、2008年)155頁。

2) 鈴木厚「医療費の抑制政策が医師を、看護師を、病院を日本からなくしていく」『日本の論点2008』578頁。

3) 矢吹紀人『病気になったら死ねというのか 医療難民の時代』(大月書店、2007年)8頁。

上記のような状況が生じた原因を明らかにするために、まずは最近の医療状況を紹介する。とりわけ免疫学の大家である多田富雄東京大学名誉教授が「小泉内閣の医療制度改革は、弱者の人権を奪う、明らかに行き過ぎたもの」⁴⁾であり、「リハビリ打ち切りは、小泉内閣が相次いで実施した、医療費削減のための冷酷な改革の一例に過ぎなかった。障害者自立支援法や療養病棟の廃止といった、一連の非人間的な医療改革」⁵⁾と述べていたり、「小泉政権が始めた社会保障費の削減が医療現場の疲弊につながり、医師不足が深刻化したという考えは、政党を超えた共通認識だ」⁶⁾とマスコミで評されているように、小泉内閣の医療政策の影響を本稿では中心に紹介する。そして、そうした医療政策が憲法的な視点からどのような問題があるのかを論じる。なお、本論文は二人の看護師と一人の憲法学者の共同研究となっている。「医療崩壊」が言われて以降、医療現場の状況についてはさまざまな文献でも紹介されている。そうした有益な先行業績に依拠しつつも田所、網野の2人の看護師が中心となって現在の医療現場の現状を自らの体験などを踏まえて紹介した。そして、そうした医療政策の現状に関して飯島が法的な評価を行ない、3人で検討した内容を世に送り出したのが本論文である。

第2章：医療費削減政策について

第1節：医療費削減政策の内容

(1) 医師数抑制政策

最近、医師不足が指摘されるようになった原因としては2004年度にはじまった「新臨床研修制度」や「医療訴訟、とりわけ刑事訴訟の増加」「患者のクレーム」⁷⁾などを挙げることができよう。病院数が多すぎることが医師不足の一因となっているとの指摘もある⁸⁾。しかし、「医療破綻を招いている要因はいろいろあるでしょうが、最大の要因はやはり医師不足」⁹⁾、「医療費抑制が医師不足をもたらし、ひいては医療破綻を起こしていると言っても過言ではありません」¹⁰⁾と言われるように、医師不足を招いた要因は医療費削減政策の結果でもある。1982年以降、日本では自民党政権により「医療費削減政策」がとられてきた。その最たる政策が「医師数抑制政策」である。1982年9月、政府は「医師数を削減する」との閣議決定を行なった。1983年、厚生省保険局長である吉村仁氏が「医療費亡国論」を唱えた。1987年には医学部への入学人数が制限された。1997年6月3日にも、「大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き、医学

4) 多田富雄『わたしのリハビリ闘争』（青土社、2008年）36頁。

5) 多田富雄前掲注4）文献8頁。

6) 2010年6月26日付『朝日新聞』。

7) 2003年の看護協会の調査では、31%の看護師が患者やケアしている家族から何らかの暴力を受けているという。土田かずひろ『オムツがとれない日本の医療』（総合法令出版、2010年）139頁。

8) 2010年10月18日付『東京新聞』。

9) 中原英臣/岡田奈緒子『医療破綻 漂流する患者、疲弊する医師』（PHP研究所、2008年）22頁。

10) 中原英臣/岡田奈緒子前掲注9）文献49頁。

定員の削減に取り組む」との閣議決定がなされた。その結果、どうなったか。「医療費抑制を目的として1990年前後国公立大学医学部の定員を1割削減したが、そのとがめが今、産婦人科・小児科や地方（特に過疎地）における医師不足となって表れている」¹¹⁾ 状況だ。看護師も過剰として看護学校を増やしていない。医師が足りないとの批判がでてからも、日本政府や厚生労働省は「医師は不足しておらず、偏在しているだけだ」、「2020年に医師の数がピークを迎え、医師が余りはじめる」との立場をつい最近まで貫いてきた。2008年になってようやく日本政府は医師不足を認め、2009年度に医学部の学生の増員を認めた。ただ、増員枠は693人にすぎない¹²⁾。さらには2010年6月19日、文部科学省は1980年以降認めていない医学部新設の容認に向け、本格的に検討する方針を決めた¹³⁾。2010年の参議院のマニフェストでは、おもな政党はいずれも医師や医学部定員の増員を掲げている。2010年10月、全国の医師は約1万8千人、病院側が必要と考えているが求人をしていない人数を加えると2万4千人の医師が足りないとの調査結果を厚生労働省は発表した¹⁴⁾。

(2) 診療報酬について

① 診療報酬削減

小泉政権のもと、2002年、2004年、2006年と3回にわたり診療報酬も削減された。

医療保険から医療機関に支払われる治療費である「診療報酬」は2年に1度改定されるが、1998年を100とすると、2000年は100.3、2002年は97.6、2004年は96.6、2006年は93.5¹⁵⁾であり、1998年から2008年までの間の診療報酬は9.18%のマイナスになる¹⁶⁾。2004年12月16日、日本看護協会は小泉首相や安倍自民党幹事長（肩書はいずれも当時）に対して「医療経済実態調査（速報値）の結果をみても厳しい医療機関経営の実態が明らかになっており、これ以上の診療報酬のマイナス改定は、看護職員の人員配置や労働条件、安全・安心で質の高い医療・看護の提供に悪影響を及ぼしかねないことから、次期診療報酬の改定に当たっては、マイナス改定は断じて行わないこと」という緊急要望書を提出した。しかし聞き入れられなかった。「昔から中小病院の経営は厳しかったが、2004年及び2006年診療報酬改定で、その状況はかなり悪化したという。ここ数年で、豊島区内の中小病院が倒産しているそうだ」¹⁷⁾、「医療費はこの10年間は上がるどころか下げられているため、公的病院の赤字が大幅に拡大し、民間病院の30%も赤字に転

11) 長坂健二郎『日本の医療制度 その病理と処方箋』（東洋経済新報社、2010年）32頁。

12) 2008年11月5日付『中日新聞』、2008年12月19日付『毎日新聞』などを参照。

13) 2010年6月19日付『東京新聞』。

14) 2010年10月15日付『朝日新聞』。

15) 日野秀逸「地域医療はなぜ危機的状況に陥ったか」『日本の科学者 2008』（日本科学者会議、2008年）16頁。

16) 土田かずひろ前掲注7) 文献2頁。

17) 結城康博「首都圏の地域医療崩壊の危機」川眞田喜代子・尋田絵理子・本多敏明・結城康博『地域医療崩壊の危機 首都圏でも!』（本の泉社、2008年）51頁。

落し、平成21年に入ってから半年で200病院が姿を消し、倒産か診療所にダウンサイジングしています¹⁸⁾とのように、診療報酬が下げられたことも一因となって病院経営は苦しくなり、診療科の制限や閉鎖、病棟の閉鎖、さらには病院自体が閉鎖する事態が生じている。さらには、「診療報酬の削減は医師不足に拍車をかける。病院経営の5割が人件費だから、経営改善には職員や医師を減らすのが手っとり早い。職員減が医師の仕事を増やす。多忙・過労・生き甲斐の喪失が病院の医師減を招き、他病院への患者集中、多忙・過労、の医療崩壊の悪循環を招く¹⁹⁾」とのように、医療関係者の労働状況の悪化、ひいては患者の医療を受ける環境の悪化にもつながっている。

② 7対1入院基本料

十数年前の看護師の労働環境も決して良いとは言えず、看護師の労働は多忙と隣り合わせであった。しかし十数年前と比較しても看護師の現在の労働環境は悪化した。その原因としては病院機能評価とともに、2006年の診療報酬の改定を挙げることができよう。

2006年度の診療報酬改定で、入院患者7人に対して1人の看護師を配置する病院の診療報酬が高く設定された。看護職員を手厚く配置して看護職員の過重労働を解消し、安全で質の高い医療・看護の提供につながるというのが「7対1」の目的だった。しかし、実際にはそうした目的と裏腹な状況が生じている。もともと看護師の数が少ない上、小泉内閣のもとで何度も診療報酬が下げられた状況で「7対1」という配置基準が設けられたため、病院間での看護師争奪戦がはじまった。大学病院や国立病院、都心の病院では看護師を確保できたものの、小さな病院や地方の病院では看護師を確保できず、病棟の縮小や閉鎖に追い込まれる事態が生じた。さらに、7対1の基準で診療報酬が高いのは一般病院では平均在院日数19日以内であるため、病院としては患者をできる限り早く退院させようとする傾向が生じた。「患者を受け入れた病院では、当然のこととして、必要な入院期間を確保し、責任を持って治療にあたりたいのですが、入院期間が長くなると赤字になってしまうためにやむを得ず、患者に退院を迫るという事態が出てきました。今、数カ月に一度は退院を迫られるという事態が常態化します²⁰⁾」という。抜糸もしないで患者を退院させることもある。「病院は人手不足で、看護師らは多忙を極めています。患者の高齢化、重症化に加え、国が患者の入院日数の短縮を図っていますから、患者の回転が速くなり、医療者の負担が増えています²¹⁾」と言われるように、当日入院、当日手術、翌日退院といったように患者の入れ替わりが激しくなることで看護師はかえって忙しくなった。「ギリギリで7対1を実現したことによって、自由に休暇もとれない状況を生み出してしまっている施設も現実にある²²⁾」という。実際、休憩や食事がいつとれるかも分からず、とれたとしても直ちに現場に戻らなければ

18) 土田かずひろ前掲注7) 文献169頁。

19) 田辺功『ドキュメント 医療危機』(朝日新聞社、2007年) 186頁。

20) 栗林令子「医療費削減で次第に短くなった入院日数」日本の医療を守る市民の会編、本田宏監修『なぜ、病院が大赤字になり、医師たちは疲れ果ててしまうのか!?!』(合同出版、2010年) 63頁。

21) 出河雅彦『ルポ 医療事故』(朝日新聞出版社、2009年) 253-254頁。

22) 大串正樹・北浦暁子「7対1入院基本料とは何だったのか」『看護管理2009年7月』562頁。

ならないことも多い。「7対1」とはいうものの、看護師長や夜勤免除の看護師も看護師の数に数えられる場合もあるために実際は「7対1」にはなっておらず、結局は看護師個人としては夜勤も増えるし残業も増える。しかし残業時間を押さえるようにと圧力がかかる。看護師の負担軽減という目的も逆の結果をもたらした。さらには患者の入れ替わりが激しくなったために看護師や医師が患者と十分な時間を共有することができず、患者と看護師との信頼関係が築きにくくなってきた。看護師の数を増やして患者をできるだけ早く退院させれば病院の収入が増えるしくみが2006年の診療報酬改定でつくりだされた結果として、看護師争奪戦と病院の縮小・廃院、看護師の労働環境の悪化、患者と医療関係者の信頼関係が築きにくくなるような事態が生じた。

③ 「後期高齢者終末期相談支援料」

2008年4月からは「後期高齢者終末期相談支援料」が創設され、「治療の拒否」「在宅医療」を承認する書面を作成すれば病院に診療報酬（200点で2000円）が入るしくみがつくれた。死が迫る75歳以上の高齢者と65歳以上の障がい者に対して医師が「延命治療はしますか？ 救急車は呼びますか？」などと本人に質問し、その結果を書面に残せば患者が亡くなった際に2000円が与えられる。「ある公務員の書いた文書の中に『1分でも1秒でも長く生きさせたいという家族の思いが、医療費の無駄を生んでいる』との記述を見ましたが、こんな発想では憤激を買いますよ²³⁾」との指摘のように、この「支援料」については「75歳を過ぎたら早く死ぬということか」「“安楽死”を勧める医療²⁴⁾」との批判絶えず、3ヶ月後に凍結された。

④ リハビリ制限

「あるおばあちゃんが脳内出血とひざの骨折で入退院を繰り返し、1年ほど前から寝たきりの状態になった。ところが、町の病院に入院し、毎日、リハビリを続けたら、自分でスプーンを持って食事ができるほどまでに回復したといえます。

しかし、六ヶ月たったので、退院させられました。器具もないのに、家でリハビリなどできるわけがありません。高額な有料老人ホームに入れることもできません。あっという間に寝たきりに逆戻りしてしまったそうです²⁵⁾。

中野次郎医学博士はこうした状況が生じた原因について、「国の重要な政策である『医療費削減』がもたらした結果です。……少しでも医療費を削減しようとしている政府は……上限を超えたりハビリには診療報酬を出さないことを決定したのです」と述べている。どうということ。もう少し筆を進めよう。

日本臨床整形外科学会理事の葉梨之紀医師によれば、「現実問題、数年がかり、数十年がかり

23) 岡本祐三「日本での「かかりつけ医」議論は現実無視の古い医療システムへの幻想」松村眞吾/富井淑夫『後期高齢者医療制度を再考する』（ミネルヴァ書房、2010年）39頁。

24) 『週刊朝日』2008年5月16日号。

25) 中野次郎『患者漂流 —もうあなたは病気になれない』（祥伝社、2007年）26頁。

り、そして一生をかけてリハビリが必要な症状もある」²⁶⁾ という。しかし最近、リハビリに日数制限が設けられた。2006年4月の診療報酬の改定で「心大血管疾患リハビリテーション」は150日、「脳血管疾患等リハビリテーション」は180日、「運動器リハビリテーション」は150日、「呼吸器リハビリテーション」は90日と、疾患別に1年間に受けられるリハビリの日数が制限された²⁷⁾。それを超えると保険医療でリハビリを受けられなくなる。「脳梗塞で入院して180日が過ぎると、リハビリが終了されてしまう」が、「180日ぐらいではとても社会復帰はできない」²⁸⁾ とか、「同じ病気でも6ヶ月以上のリハビリで改善する患者さんがいます。改善しなくてもリハビリをやめれば生活機能が落ち、寝たきりになる可能性があります」が、「個々の患者の病状や障害の程度を考慮せず、機械的に日数のみでリハビリを打ち切るという乱暴な方法をとった」²⁹⁾ との批判が後を絶たない。とりわけ世間の注目を浴びたのは、免疫学の大家である多田富雄東京大学名誉教授による、2006年4月8日付『朝日新聞』の投稿記事「私の視点 リハビリ中止は死の宣告」だった。「今回の改訂で、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、実施できなくなった……私は当然リハビリを受けることができない」、「私はその病院で言語療法を受けている。……構音障害が運動麻痺より回復が遅いことは医師なら誰でも知っている。1年たってやっと少し声が出るようになる。もし180日で打ち切られれば一生話せなくなってしまいます。口蓋裂の子供などはもっと残酷である。この子らを半年で放り出すのは、一生しゃべるなというようなものだ」、「今回の改定によって何人の患者が社会から脱落し、命を落とすことになるか。そして一番弱い障害者に『死ね』と言わんばかりの制度を作る国が、どうして『福祉国家』と言えるのであろうか」と批判したように、小泉内閣下の2006年の診療報酬改定のために障害者は最大でも発症後180日しかリハビリを受けられなくなった。1年後の2007年3月、診療報酬が再改定され、心臓病などが除外疾患に加えられ、対象疾患であっても医師が「改善する」と判断した場合には上限を超えてもリハビリが可能になった。しかし、こうした改定はまったく「改善」にはなっていない。それどころか、日数を超えてリハビリを続けければ病院には低い診療報酬しか支払われないため、慢性期の脳卒中のリハビリ継続はますます難しくなった³⁰⁾。こうした診療報酬改定の結果、リハビリを打ち切られた「リハビリ難民」は20万人以上にのぼるといふ³¹⁾。そして、たとえば京都府保険医協会のアンケート（2007年5月9日から6月15日、155施設のうち64施設から回答）によれば、リハビリを打ち切られた1134人のうち、8割強の901人がリハビリを終了しているという³²⁾。2008年10月からは、180日以内に

26) 檜田秀樹「リハビリ難民20万人の呻吟」『世界2008年3月号』（岩波出版、2008年）271頁。

27) 詳細は檜田秀樹前掲注26) 文献263頁。

28) 坪井英孝「国家の安全保障に位置づけるべき社会保障」和田努編『日本の医療を変える』（同友社、2008年）207頁での坪井英孝元日本医師会会長発言。

29) 鈴木厚『崩壊する日本の医療』（秀和システム、2006年）66頁。

30) 多田富雄「私の視点 脳卒中患者 リハビリ医療を奪われた『棄民』」2009年3月2日付『朝日新聞』。

31) 檜田秀樹前掲注26) 文献266頁。

32) 檜田秀樹前掲注26) 文献267頁。

自宅などに退院した患者が6割を超えない病院に対して支払われる診療報酬が5%減額となる「懲罰制」まで導入された³³⁾。こうした制度のため、病院はノルマ達成のために治療途中の患者を退院させざるを得なくなった。リハビリ期間は短くなり、治療半ばで中止させられる例も多い。点滴をしたまま自宅に退院させられる患者³⁴⁾。歩くのがやっとであり、飲み込む力が弱く、満腹に食事もとれず、栄養をチューブで胃に入れているといった状態なのに退院を余儀なくされた患者³⁵⁾。いま、リハビリ日数の制限でこうした患者が生まれている。2006年秋に全国保険医団体連合会が約2300の医療機関に行なった調査では、脳血管疾患の患者約7000人が回復途中で打ち切りになったという³⁶⁾。

また、重い脳卒中など、在宅に戻るのが難しそうな重大な疾患をもつ患者を断るなど、病院による患者の選別の動きも広がっている³⁷⁾。

(3) DPC（診断群分類別包括支払い制）

『ガン難民』という、満足な説明や治療を受けられずに、自ら病院を転々とする患者とされていますが、今、より深刻なのは、症状があるのに行き場がなく医療を受けられない『再発・進行ガン難民』が生じているが、こうした「再発・進行ガン難民」が生じる背景には「急激な病院の再編と療養病床数の削減、そして入院日数の短縮という政策がある。その究極の制度がDPC」³⁸⁾なので、DPCに触れざるを得ない。

日本の医療費は原則として「出来高払い」であった。これは医師が必要と思う治療を行ない、それにかけた検査費や治療費、薬剤を支払う制度である。こうした「出来高制」の代わりにDPCが導入されつつある。DPCに関しては「治療・検査・薬剤全般にわたって無駄を省くという効果は期待できよう」³⁹⁾との声もないではない。しかし、DPCを実施している緩和ケア病棟では、がんなどに関してどのような治療を行なっても一定額以上は支払われないので、DPCを超える治療費はその分だけ病院が損をするしくみになった。そこでDPCを導入している緩和ケア病棟ではある段階で化学療法を打ち切らざるを得ない状況が生じている⁴⁰⁾。DPCでは「良い医療を行えば病院が赤字になる」⁴¹⁾。DPCでは平均入院日数を超えるとペナルティがかかり、診療報酬が減額されるため、患者を早期に退院させるようなインセンティブが働く。入院医療の包括

33) 多田富雄前掲注30) 文献。

34) 多田富雄前掲注30) 文献。

35) 2008年12月22日付『中日新聞』。

36) 米山公啓『医療格差の時代』(ちくま新書, 2008年) 142頁。

37) 2008年12月22日付『中日新聞』。

38) 熊田佳代子・迫田朋子「病院追い出しガン難民はいかに作り出されるか」『世界2008年11月号』216-217頁。

39) 長坂健二郎前掲注11) 文献35頁。

40) 土本重理子「緩和ケア病棟のある診療所で過ごして 記録映画作家・土本典昭 最期の日々」『世界2008年11月号』235頁。

41) 鈴木厚前掲注29) 文献215頁。

払いが既に導入されているアメリカでは、入院を継続する必要があっても退院を余儀なくされる事態が発生して社会問題となっているという。現に日本でもDPCがはじまってからは、入院中はDPC扱いでの治療となるが、外来では出来高払いとなるため、病院としては外来での抗がん剤治療を導入している。

1961年、政府が実施しようとした「制限医療」は医師などの反対で撤回に追い込まれた。しかし、補助金により首かせをかけられている大学病院、診療報酬がたかく設定されており、急性期病院として生き残りをかける一般病院では、「制限医療」の焼き直しと言えるDPCが実施されている⁴²⁾。

(4) 療養病床の削減

小泉内閣の下、自民党と公明党が強行採決した医療改革法では「療養病床の削減」も目指された。「療養病床」は慢性的な症状などで患者が長期入院する施設であり、医療保険が適用される「医療型療養病床」と、介護保険が適用される「介護型療養病床」がある。「医療型療養病床」は25万床、「介護型療養病床」は13万床あるが、2012年までに「医療型療養病床」は15万床にまで、「介護型療養病床」は全廃する計画が進められてきた。削減される対象だが、療養病床の患者を3段階に分け、1番軽い「区分1」の患者が在宅の対象となった。「区分1」に含まれるのは「痛みはないが食欲はなく、1日に1回から2回の点滴をしている末期がん患者」「痰の吸引を1日7回まで実施している、食事をうまく飲み込めない患者」「胃ろうがあって手足が動かない」「重度の意識障害がある」⁴³⁾といった患者である。こうした患者が「医療区分1」に分類されて療養病床を追い出されることになる。「増え続ける高齢者医療費の抑制のため、高齢患者の長期入院が多い療養病床は年々減らされているため」に、「一定の医療的ケアが必要なのに、行き場のない高齢患者は今後も増えると、医療関係者は見る」⁴⁴⁾のだという。

なお、「医療費抑制政策の1つである入院ベッド数の削減が、救急医療の現場に重大な影響を与えている」⁴⁵⁾のであり、療養病床の削減によって救急医療機関の受け入れ拒否が急増し、救急医療の崩壊ももたらされている⁴⁶⁾。さらに2006年に成立した医療制度改革関連法で療養型病床に入院する70歳以上の方の食費や居住費も全額自己負担させられることになった。だいたい3万

42) 鈴木厚前掲注29) 文献214頁。

43) 矢吹紀人前掲注3) 文献120-121頁。

44) 2010年7月1日付『朝日新聞』。

45) 中原英臣/岡田奈緒子前掲注9) 文献65頁。

46) 中原英臣/岡田奈緒子前掲注9) 文献32~35頁。政府は療養病床を2012年までに36万床から20万床に削減するために診療報酬を低く設定した。多くの救急病院にも療養病床があるが、診療報酬を低く設定されたために療養病床を削減することを余儀なくされた。しかし、いままで療養病床にいた患者の受け皿がないために一般病床に再入院という形にせざるを得ない。療養病床が削減されたために一般病床に余裕がなくなり、救急で来た患者も一般病床に移れなくなって救急ベッドに留まることになる。そのために救急の患者を病院が受け入れることが出来なくなって「たらい回し」などの状況が生じている。

円の負担増だという⁴⁷⁾。2010年9月8日の衆議院厚生労働委員会で長妻厚生労働大臣は療養病床について、2011年度末までの廃止計画の期限を先送りする考えを示した。

(5) 保険証の取り上げ

「国保『停止』で11人死亡」。2005年11月29日、共同通信から配信されたこの記事は全国の新聞で大きく取り上げられた。「国保の資格証明書、短期保険証での受診が日常当り前に見られるようになった」、「インシュリン中断の糖尿病患者（国保）の事例が特に悲惨で、失明するものが増えている」⁴⁸⁾という。国民健康保険の保険料を1年間滞納すると保険証を返還させられ、代わりに資格証明書の交付を受けるしくみが1997年の国民健康保険法の改正により設けられた。資格証明書を交付されると「窓口では医療費を全額支払う必要があるから病院に行きそびれ、手遅れになることもある」⁴⁹⁾。全日本民主医療機関連合会は2008年3月25日、国民健康保険の保険証がないなどの理由で受診が遅れて死亡した人が2007年に全国で31人いたと発表した。民医連は「貧困や格差の広がり弱いものへの命の格差となっている。受診抑制を押し付けけないような国保行政の見直しが必要」⁵⁰⁾としている。

とりわけ問題となったのは保険証のない子どもである。2008年10月30日、保護者が国民健康保険の保険料を滞納して保険証を返還させられ、病院などの窓口で医療保険が使えなくなっている中学生以下の子どもが全国で32903人にもなっていることが厚生労働省の調査で明らかになった⁵¹⁾。中学生以下の子どもに関しては保護者が国民健康保険料を未払いであっても保険が適用される法改正が2008年12月になされ、2009年4月から適用された。高校生以下の子どもについても国民健康保険法が2010年5月に改正、7月1日に施行されたことで親が国民健康保険料を滞納しても短期保険証（期限6カ月）が交付されることになった。しかし、子どもだけが保険診療を受けられれば良いという話ではなかろう。生活保護世帯は140万世帯を越し⁵²⁾、規制緩和などの政策の結果として非正規社員が増大して「格差社会」が問題となっているが、「年収200万円の4人家族で、年間国保料が35万円を超える自治体がざらにある」⁵³⁾状況だという。国民健康保険料の未納がついに20%台（450万世帯）、5世帯に1世帯になろうとしている。2010年7月3日、日本医師会が各紙に出した「意見広告」では、「健康保険の受給資格がなく、医療を受けることが困難となっている人々も増えています」と書かれている。1960年にはじまり、日本が世界に誇る制度である「国民皆保険」も崩れつつある。

47) 阿部とも子・保坂展人『どうなる!? 高齢者の医療制度』（ジャパンマシニスト、2008年）63頁。

48) 相野谷安孝『医療保障が壊れる』（旬報社、2006年）132頁。

49) 2010年1月1日付『東京新聞』。

50) 2008年3月25日付『東京新聞』。

51) 2008年10月31日付『読売新聞』。

52) 2010年12月15日付『日本経済新聞』。

53) 矢吹紀人前掲注3) 文献40頁。

第2節：患者負担の増大

「医療制度改革を公約とした小泉政権は、医療制度改革関連法案を成立させ、とくに患者さんの自己負担額の増加という部分で大きな成果を上げている」⁵⁴⁾と言われるように、小泉内閣の下では患者の負担が増加した。そうした政策の主なものを紹介しよう。

(1) 患者自己負担額の増加

「小泉首相はかつて厚生労働大臣の時に患者の自己負担を1割から2割に増やし、首相になると自己負担を2割から3割にしました」⁵⁵⁾ とのように、患者の自己負担額が増額したのには小泉氏が大きく関わっている。「1997年に健保本人の自己負担が1割から2割に引き上げられたとき、病気の自覚症状のある人のうち13%、280万人が医療を受けず、我慢を余儀なくされたという報告」⁵⁶⁾もあるという。

高齢者の自己負担に関しても2001年1月から実施された高齢者医療制度の改正では、月額に上限が設定されたものの、窓口の負担がそれまでの定額制から1割負担に変更された。さらに2002年10月からは月額の上限がなくなり、一部定額制も廃止された。夫婦で年収620万円以上の高齢者は2割負担となった。2002年のこうした改正では、支払額が10倍近くにはねあがった在宅酸素療法の患者は深刻だった。「経済的負担に耐えかねて在宅酸素療法の中断に追い込まれる事態が各地でおこり、酸素を供給する業者の調べでは、03年10月だけで、酸素を中止した患者は全国1000件以上」⁵⁷⁾という状況になった。「酸素がなければ確実に命を縮めてしまう、それでも酸素をやめざるを得ないというのは、患者にとってもぎりぎりの選択なのです」と全国低肺機能者団体会長の大泉廣会長は述べている⁵⁸⁾。

さらに69歳以下の自己負担が2割から3割、70歳から74歳では1割から2割に、現役並みの収入があれば自己負担は3割になった。食費や居住費に関しても、2006年10月からは療養病床に入院する70歳以上の患者は自己負担となった。

なお、2010年7月3日に日本医師会が各紙に出した「意見広告」では、「日本医師会の調査では、62.8%の国民が窓口負担が高くなりすぎだ」と感じているので、「窓口の医療負担を3割から2割へ引き下げを！」という政策提言がなされている。

(2) 後期高齢者医療制度

2006年、「健康保険法等の一部を改正する法律」（平成18年6月21日法律第83号）に基づき、従来の「老人保健法」のうち老人医療に関する部分については「高齢者の医療の確保に関する法律」という新たな法律が制定された。その中で「後期高齢者医療制度」という新たなしくみが作

54) 中原英臣/岡田奈緒子前掲注9) 文献178頁。

55) 鈴木厚前掲注29) 48頁。

56) 相野谷安孝前掲注48) 文献31頁。

57) 相野谷安孝前掲注48) 文献33頁。

58) 2004年3月18日付『しんぶん赤旗』。

られた。保険料は年金から天引きされる(全国平均約6200円)。この制度には75歳以上の国民と、障害認定を受けた65歳から74歳までの人も加入を義務づけられる。2008年3月までの国民健康保険では、たとえ保険料を滞納した世帯であっても老人保健の対象者は資格証明書の発行対象から除外されていた。しかし「後期高齢者医療制度」では高齢者であっても保険料の滞納者から保険証が取り上げられ、資格証明書が発行される。厚生労働省は「病気、生活困窮など、特別な事情がある場合は考慮するとしながらも、その内容は抽象的である」⁵⁹⁾。「どう考えても、後期高齢者医療制度は医療費抑制が目的としか思えません」⁶⁰⁾し、多くの高齢者には負担増になり、「愛知県名古屋市では新制度で保険料が約5倍アップになる人もいる」⁶¹⁾。しかし小泉元首相は「一番病気をしやすい高齢者に税金を多く投入しようというのがこの制度」⁶²⁾などと述べて、首相当時導入した制度の意義を強調した。

後期高齢者医療制度については「入山料を取る姥棄山」などの批判が出ている。塩爺こと元財務大臣の塩川正十郎は「自宅に『後期高齢者医療制度』の通知が役所から郵送されてきた。……その紙切れは私の人生を否定するものでしかなかった。世間や社会の『別枠』『邪魔者』になってしまったのか……。例えようのない寂しさ、悲しさに襲われた。新制度の対象とされた75歳以上の人々のだれもがそうであろう。……見知らぬ男性から『わしらはもう死ねということですか』と涙目で訴えかけられた。私は『国が間違っとる』と返すのがやっとだった」⁶³⁾という。

福島、岩手の両県議会と岐阜県大垣市などの120市町村議会が2007年1月以降、制度の廃止や中止、凍結を求める意見書を可決した。大垣市議会は、新制度で保険料滞納の場合、75歳以上でも保険証を取り上げられるしくみについて「生存権を脅かす」と批判している。広島県尾道市議会の井上文伸議長は「窓口の増額など地方の高齢者が病院に行きづらくなる中、この制度がだめ押しになりかねない」と批判している⁶⁴⁾。なお、この制度を批判した民主党に対して自民党の古賀誠氏は、国民に不安を煽る国家騒乱罪にあたり、テロ行為と発言した。

ちなみに、後期高齢者医療制度の保険料徴収などの新しいシステムの開発には366億円もの開発費がかかるという⁶⁵⁾。

(3) 障害者自立支援法

私たちの手元には、ある福祉会後援会の1枚のチラシがある。そこには以下のような記述がある。

59) 結城康博『長寿〔後期高齢者〕医療制度』(ぎょうせい, 2008年)119-120頁。

60) 中原英臣/岡田奈緒子前掲注9) 文献161頁。

61) 阿部とも子・保坂展人前掲注47) 文献28頁。

62) 2008年6月12日付『毎日新聞』。

63) 塩川正十郎「塩爺のよく聞いてください」2008年4月17日付『産経新聞』。

64) 2008年6月12日付『毎日新聞』。

65) 阿部とも子・保坂展人前掲注47) 文献30頁。

「2006年4月から施行された『障害者自立支援法』により、利用料が応益負担になり、作業所や生活料を利用するのに利用料を支払わなければならなくなりました。利用者からは『作業所に働きに行くのになぜお金を支払わなくてはならないのか』と納得のいかない怒りと不安の声があがっています」。

どうしてこうした状況が生じたのか。そのことを紹介しよう。

2005年の郵政民営化解散での自民党の圧倒的勝利を背景として2005年10月31日に「障害者自立支援法」が成立し、2006年4月1日から施行された。「障害者自立支援法」では支払い能力のある人から代金を受け取る「応益負担」からサービスに応じて代金を受け取る「応益負担」が原則とされ、また、それまでは障害者の施設利用費などは自己負担がなかったのに、障害者自立支援法では1割負担が原則とされた。障害者自立支援法に関しては、「むしろ負担は抑制されたままで、給付水準が向上し、将来的には安定した財源確保が可能となり、従来よりもはるかに国民的理解を得やすいものになっているのではなからうか」⁶⁶⁾との評価もないわけではない。しかし、障害の程度が重い人ほど自力で収入を得ることが困難になり、さらにはサービスが必要となる。ところが「障害者自立支援法」で1割負担が原則とされたため、サービスを受けることができない障がい者が出てきた。そのために障害者の「自立支援法」ではなく「自殺支援法」「自滅支援法」との批判も出ていた。

障害者自立支援法については、応益負担の導入が憲法違反として「障害者自立支援法訴訟」が各地で提起されていた。2009年、衆議院選挙で民主党が勝利第一党になった。民主党はマニフェストで「障害者自立支援法」の廃止、「障がい者総合福祉法（仮称）」の制定を掲げていた。2009年9月17日に長妻厚生労働大臣は障害者自立支援法の廃止を明言した。その直後の2009年9月24日、広島地裁での障害者自立支援訴訟で国側は争う方針を転換、障害者自立支援法訴訟の原告団・弁護団との協議に入った。そして2010年1月7日、障害者自立支援法訴訟の原告団・弁護団と国は基本合意文書に署名して訴訟を終えることに合意した。

その合意書には「国（厚生労働省）は、速やかに応益負担（定率負担）を廃止し、遅くとも平成25年8月までに、障害者自立支援法を廃止し新たな総合的な福祉法制を実施する。そこにおいては、障害者福祉の充実、憲法等に基づく障害者の基本的人権の行使を支援するものであることを基本とする」、 「国（厚生労働省）は、憲法第13条、第14条、第25条、ノーマライゼーションの理念等に基づき、違憲訴訟を提訴した原告らの思いに共感し、これを真摯に受け止める」、 「国（厚生労働省）は、障害者自立支援法を、立法過程において十分な実態調査の実施や、障害者の意見を十分に踏まえることなく、拙速に制度を施行するとともに、応益負担（定率負担）の導入を行なったことにより、障害者、家族、関係者に対する多大な混乱と生活への悪影響を招き、障害者の人間としての尊厳を深く傷つけたことに対し、原告らをはじめとする障害者及びその家族に心からの反省の意を表明するとともに、この反省を踏まえ、今後の施策の立案・実施に

66) 京極高宣『障害者自立支援の課題』（中央法規、2008年）53頁。

当たる」と記された⁶⁷⁾。

第3章：医療費削減政策の影響

第1節：医療を受ける環境の悪化

25年以上にわたる医師数削減政策の結果、相対的に医師が不足した。また、診療報酬が削減されたなどの結果、勤務医の労働状態が悪化した。とりわけ産婦人科医や小児科医が不足し、産婦人科や小児科医科を閉鎖せざるを得ない病院が出てきた。実際、1997年に約3750の施設があった小児科は2006年には約3000施設に、同じ時期に産科の施設も約2000から約1600に減少している⁶⁸⁾。1999年8月、小児科の中原利郎医師が勤務先の病院から飛び降り自殺したが、その遺書には「小児科の消滅は、医療費抑制政策による病院経営の悪化が要因と考えられます。生き残りをかける病院は経営効率の悪い小児科を切り捨てます。現行の医療保険制度では、手間も人手もかかる小児医療に十分な配慮を払っているとは言えません」と書かれていた⁶⁹⁾。人口約23000人、年間約130件の出産があった島根県隠岐の島。隠岐病院の産婦人科医がいなくなったために島の妊婦は85キロ離れた松江や出雲市などの総合病院に行かざるを得なくなった。一日2往復のフェリーで約2時間半、出雲までの飛行機は一日一便。出産直前に島から出るのは危険なため、70人の妊婦は家族と離れてアパート暮らし、夫婦別々の生活になった⁷⁰⁾。産婦人科や小児科だけではなく、病院そのものを閉鎖せざるを得ない状況すら生じている。足りないと言えば外科医、内科医、麻酔医が不足しはじめているとも指摘されている⁷¹⁾。イギリスではサッチャー政権の下での長期間にわたる医療費削減政策の結果として医師不足が問題化し、「心臓手術では12年間待たされる」⁷²⁾、「入院待ちの患者が百万人を超え、手術可能と判断された肺がん患者の20パーセントは手術を待つ間に手遅れになる」、「救急外来で入院が決まってから病棟に移るまでに平均で3時間32分、最大78時間もの間待たされていた。3日と6時間もストレッチャーの上で待たされる」⁷³⁾、「半年以上待たなければガン手術はしてもらえない」⁷⁴⁾といった状況が生じた。日本でも同じような状況になりつつあると指摘されており⁷⁵⁾、「民間病院でも、麻酔科医の時間の空きがないから手術を延期することは日常的に起こっている。がんの手術でも数週間待ちはあたりまえ。東京・築地の国立がんセンター中央病院で麻酔科医の大量退職が起きたとき、1

67) 障害者自立支援法の問題点及びその背景などについては、障害者生活支援システム研究会『どうつくる？ 障害者総合福祉法 権利保障制度確立への提言』（かもがわ出版、2010年）参照。

68) 中原英臣/岡田奈緒子前掲注9) 文献16頁。

69) 鈴木厚前掲注29) 文献40頁。

70) 鈴木厚前掲注29) 文献33頁。

71) たとえば中原英臣/岡田奈緒子前掲注9) 文献21頁以下。

72) 米山公啓前掲注36) 文献186頁。

73) 小松秀樹『医療の限界』（新潮社、2007年）153頁。

74) 出月康夫東京大学名誉教授、日本臨床外科学会会長、日本医学学会副会長の発言。「社会的共通資本としての医療をどう守るか」『世界2008年2月号』（岩波出版、2008年）82頁。

75) 前掲注74) 文献82頁での出月康夫東京大学名誉教授発言。

日の手術件数が4分の3に削られたのはその例だ」⁷⁶⁾。また、勤務医は激務にもかかわらず収入は開業医よりも少なく、そのために勤務医が辞める→残された勤務医の勤務条件が悪化→残された勤務医もやめる、という悪循環を生んでいる。

第2節：医療過誤

勤務医が不足している結果、勤務医は日勤→夜勤、さらに続けて日勤をせざるを得ない状況がある。つまり、30時間以上の連続勤務となる。こうした状態での勤務はとても危険だが、手術をせざるを得ない場合がある。看護師も同じような状況にある。病院に行くと、看護師がひっきりなしに病院を動き回る状況を見たことがある人も多いだろう。たとえば「患者取り違い事件」として問題となった「横浜市大病院事件」だが、当直明けの看護師が1人で2人の患者を手術室まで運んでいた。「ではなぜ一人の看護師が2人の患者を運んだのでしょうか。それは看護師不足が原因なのです」⁷⁷⁾、「この事故は看護師個人の責任というよりは、このような勤務状況をつくっている日本の医療体制そのものに原因がある」⁷⁸⁾という評価も不当とは言えない。ある病院では「夜勤体制になると、約40人の患者を当直の看護師2人だけで担当」し⁷⁹⁾、夜勤の看護師が休憩をとることができないといった状態がざらにある。3交代制をとっていても「日勤・深夜勤」となるとほとんど休みはない。勤務時間内に食事も水分もとれないことが多い。やや古いデータになるが、日本医療労働組合連合（医労連）が行なったアンケートによると、患者を十分に看護できていると感じる看護職員は1割に満たず、3年以内にミスを起こしたり、起こしそうになったと回答した看護師のうち、83.7%の看護師が「医療現場の忙しさ」⁸⁰⁾を挙げた。医療過誤の一因として、医療従事者の過酷な勤務状況を挙げないわけにはいかないだろう。

第3節：患者に関する医療状況の変化

(1) 受診抑制

小泉政権の下で「構造改革」「規制緩和」「民営化」が進められ、国民負担の増大と福祉、医療、介護などでの給付削減が進められてきた。その結果、「各種統計をみると小泉政権の5年間に、国民の暮らしが苦しくなったことを示すものが目立つ」⁸¹⁾という。生活保護世帯数について、小泉政権前は75万世帯に対して、小泉政権下（2005年）には102万世帯に増えた。貯蓄ゼロの割合についても、小泉政権前には12.4%に対して、小泉政権下（2005年）では2倍近い23.8%になった。小泉改革のもとでの規制緩和の結果、女性労働者や25歳以下の若年労働者の約半数が非正

76) 軸丸靖子『ルポ 産科医療崩壊』（ちくま新書、2009年）33頁。

77) 鈴木厚『日本の医療に未来はあるか——間違いだらけの医療制度改革——』（ちくま新書、2004年）151頁。

78) 鈴木厚前掲注77) 文献152頁。

79) 毎日新聞取材班『医療事故がとまらない』（集英社新書、2003年）61頁。

80) 2005年11月4日付『朝日新聞（夕刊）』。

81) 2006年3月26日付『東京新聞』。

規職員となった⁸²⁾。非正規社員の8割は年収200万円以下の収入しかない。今や年収200万円以下の者が1000万人を超えた⁸³⁾。こうした事情と医療負担が増大したと相まって、経済的理由で受診を抑制せざるを得ない人が出てきた。政府は「受診抑制」はないと言ってきた。しかし、東京歯科保険医協会（中川勝洋会長）が2010年7月16日までにまとめた、「受診実態調査」によれば、たとえば2010年1月から6月までの半年間だけでも、東京都内の歯科医の半数近くが、患者の経済的理由から治療を中断したことがあるという。中川会長は「コメントの中には、生活保護を受給している患者が増えた、という声も多かった。言い換えれば、生活保護を受け、ようやく歯を治せる人が増えているということ。患者の健康を守る上で、窓口負担の軽減は、極めて切実なテーマであることがはっきりした」（傍点は執筆者による強調）と述べている。2010年11月11日に全国保険医団体連合会（保団連）が発表した全国調査によれば、「生活苦で治療を中断」した医療機関は約4割もある。「この半年間に主に患者の経済的理由で治療を中断または中止した事例がある」という医療機関は38.7%、「医療費負担を理由に検査や治療、投薬を断られたことがある」は43.1%であった。住江憲勇会長は「必要なときに十分な医療を受けられることが求められる。患者の窓口負担の大幅軽減が必要だ⁸⁴⁾」と語っている。

(2) 「患者たらいまわし」

最近、「医療崩壊」「患者たらいまわし」などという言葉が新聞やテレビで頻繁に聞かれるようになった。最近でも、妊婦が7つの医療機関での受け入れを拒否され、子どもを無事に出産したものの、不幸にも3日後に命を落とすという出来事があった。ちなみに、2008年の「創造四字熟語」

82) たとえば青森県では、2003年の労働者派遣法の改正（2004年施行）で製造業への派遣が可能になったことなどが原因で、派遣事業所が2004年度末から2年間で倍増している。県労連は『『派遣』増加で不安定な雇用が増えれば、賃金水準低下や経済の衰退を招く。労働者にとってだけでなく地域全体にマイナスであり、直接雇用と正職員を増やす対策が必要』としている（2007年10月5日付『東奥日報』）。規制緩和で製造業に派遣が認められた現状に関しては、NHKスペシャル「ワーキングプア」チーフプロデューサーの以下の指摘を参照（春原雄策「努力すれば報われる社会ですか？“日本の貧困”を追って見えたもの」『社会保障 No. 415. 2007.11 冬号』6-7頁）。

「いま、機械化できる仕事の多くは中国に行ってしまっていますが、携帯電話はめまぐるしくモデルチェンジしたり、細かい変更があるので手作業で組み立てをせざるを得ません。その末端の単純作業をフリーターが支えています。

以前は製造現場に労働者を派遣することは禁止されていましたが、3年前の規制緩和で派遣労働が認められ、こうした働き方が広がりました。時給は800-1000円ほどですが、住み込みで働いているので、寮費などを引かれると月の手取りは10万円以下。どんなに頑張っても殆ど昇給は期待できない、まさに“使い捨て”のような現場でした」。

83) 2007年9月28日付『朝日新聞』。

84) 2010年11月12日付『朝日新聞』。

の最優秀作品の一つが「窮々病院」。医師不足を背景とした患者のたらいまわしで、妊婦死亡などの悲劇続く、ということのようだ⁸⁵⁾。2006年8月、奈良県で妊婦の搬送が19の病院で拒否されて妊婦が死亡した。2007年8月29日、奈良県から救急搬送された妊婦が奈良県や大阪府の9つの病院でたらい回しにされ、救急車内で死産した。2007年12月6日、急病の66歳の男性が18の病院から「専門医がない」などの理由で受け入れを拒否され、2時間後に到着した病院で死亡が確認された。搬送中に容態が悪化したという。大阪府富田林市で2007年12月25日、体調不良を訴えて救急搬送された女性が大阪府内の30の病院に相次いで受け入れを断られ、約2時間後に市外の病院に運ばれたが翌日死亡した。2008年1月2日にもバイク事故のために救急車で運送された男性が5つの病院に搬送を拒否され、亡くなった。埼玉県の越谷市でも、34回も受け入れを拒否され、滞在時間が5時間にも及んだケースがあるという⁸⁶⁾。東京都で2007年に救急搬送された重症患者のうち、119番通報から医療機関に収容されるまでにかかった所要時間ワースト50のケースで、少なくとも12人が死亡していたことが総務省消防局の調査で分かっている⁸⁷⁾。緊急帝王切開など高度な医療が必要なお産にあたるため、都道府県が指定する全国の地域周産期医療センターで、国が設置基準として求めている「30分以内に帝王切開ができる態勢」を昼夜問わずとっているのは約3割にとどまるという。30分以内に常時帝王切開ができない理由を複数回答で聞いたところ、「産婦人科医がない」「看護師不足」「小児科医がない」といった回答が続いたという⁸⁸⁾。

このように、医師や看護師不足による病院閉鎖や患者受け入れ拒否が頻繁に起こっている。医師不足と病院閉鎖による医療崩壊は極めて深刻になりつつある。緊急処置の必要な妊婦や赤ちゃんを受け入れる全国の「総合周産期母子センター」に対して共同通信が行なった調査に対して回答した60施設のうちの55%が必要な産科の常勤医師を確保できずに定員割れになっている⁸⁹⁾。非常勤の医師を加えても43%しか医師定数を満たしておらず、もっとも医師定数の充足率の低い青森県⁹⁰⁾。「診療縮小 地域を直撃」「予想上回る医師不足」⁹¹⁾、『産科・小児科医不足 地方で深刻』、『常勤に一人でいいから』改善求める声相次ぐ⁹²⁾とのように、とりわけ地方の受けている打撃は大きい⁹³⁾。

85) 2008年12月12日付『中日新聞』。

86) 本多敏明「埼玉県越谷市の現状」前掲注17) 文献39頁。

87) 2008年11月14日付『読売新聞』。

88) 2008年7月12日付『読売新聞(夕刊)』。

89) 2008年10月30日付『中日新聞』。

90) 櫻井充・森田高「医療制度再生への挑戦」『世界2008年2月号』(岩波出版、2008年) 121頁。

91) 2007年9月30日付『東奥日報』。

92) 2007年12月22日付『東奥日報』。

93) 地域医療の現状と国の政策などについては、日野秀逸編著『地域医療最前線』(自治体研究社、2007年) 参照。

第4章：なにが法的に問題か

(1) インフォームド・コンセントについて

個人が一定の私的事項について、公権力に干渉されることなく自分で決定する権利は「自己決定権」(憲法13条)⁹⁴⁾と言われる。この自己決定権を前提とすると、医療の場面で治療方法を決定する権利は患者にある。ところが多くは患者は医療に関する知識をほとんど持っていない。患者の自己決定権を保障するためには、医療に関する知識を持つ医師などが患者に病名や治療方法などを説明し、患者の同意を得て治療を行うことが必要となる。正しい説明を受け、理解した上での自主的な選択・同意・拒否を患者に認めることが「インフォームド・コンセント」と言われる。患者の自己決定権を保障するために「インフォームド・コンセント」は医師の法的義務とされており、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」(医療法1条の4第2項)と法律でも定められている。実際の裁判でも「説明義務違反の問題は、医療行為自体の過誤と並ぶ大きな問題」⁹⁵⁾と指摘されているように、患者に対する医師の説明責任は法的に大いに重視されている。しかし、「特に医師が不足している病院では、説明にあまり時間をかけられない」⁹⁶⁾のであり、勤務医の労働状況が悪化している結果、医師が一人一人の患者と十分に向かい合うだけの時間が取れず、「インフォームド・コンセント」が十分にできない⁹⁷⁾。

(2) 憲法25条に反する医療政策

日本国憲法25条では以下のように規定されている。

1項 すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

2項 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

こうした規定と今まで紹介したような医療政策はどのような関係にあるか。

① まず、生存権の「自由権的側面」が侵害されていると評価できよう。生存権に関しては、一般的な憲法学の本では「発生的には、社会・経済的弱者のために国の積極的行為を要求するところに本質をもち」⁹⁸⁾、「国民が人間に値する生活を営むことを保障するものであり、法的にみ

94) 憲法13条「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」。

95) 畔柳達雄・高瀬浩造・前田順司編『わかりやすい 医療裁判処方箋』(判例タイムズ社、2004年)139頁。

96) 永田宏『貧乏人は医者にかかるな』(集英社新書、2007年)95頁。

97) 櫻井充・森田高前掲注90) 文献123頁。

98) 佐藤幸治『憲法〔第3版〕』(青林書院、1996年)619頁。

ると、それは国に対して一定の行為を要求する権利（作為請求権）である⁹⁹⁾といった説明がなされている。ただ、「社会権も、公権力による不当な侵害があった場合には、その排除（不作為）を裁判所に請求できる自由権としての側面をあわせもつ¹⁰⁰⁾」のであり、経済的に困窮している者に対して高額な税金を課すなど、個人の生存を脅かすような公権力の行使は許されない¹⁰¹⁾。とりわけ「社会権も、たとえば教育を受ける権利や生存権など、公権力によって不当に制限されてはならないという自由権的側面を有しており、それが裁判で問題となることもある。その限度で、社会権にも具体的権利性が認められる¹⁰²⁾」、「憲法25条の社会保障法上の権利は人の生命、身体に直結する生存そのものであるものが大部分である」から、「例えば生活保護の基準に関して厚生大臣の裁量の範囲は生存権保障との関係ではきわめて狭い。そうでなければ極論すると、死ぬか、生きるかまで厚生大臣＝行政庁が決定権を持つことになり、憲法25条で生存権を国民に保障した趣旨が没却される¹⁰³⁾」のように、「一般的にいえば、人の生命、身体などの生存に直結する立法や給付は権利性が強く、国の裁量の範囲は狭いということになる¹⁰⁴⁾」。しかし、「率直にいえば、最近の行政は社会保障法を必要とする国民の生活実態の調査を軽視して国の財政を優先した利用者負担の立法を作る傾向が大¹⁰⁵⁾」である。国の財政事情を最優先した医療政策の結果として生存権の自由権的側面が侵害されており、「法律を制定したものの低所得の人や一割負担ができない人に義務や負担を課する法律、たとえば障害者自立支援法のように、所得のない人、衣食住さえ十分に保障するに足りる収入のない人に対して新たな負担を課したり、費用を徴収したりすることは国が積極的に個人の生活を侵害しているという意味で憲法25条の自由権的内容からみても違反の疑いがある¹⁰⁶⁾」。同様に、患者負担を増大させたり、後期高齢者医療制度なども、自力で生活を維持するのが困難な経済的弱者に対して医療負担を増加させ、生命・身体を危機に陥らせる可能性がある国家行為であり、生存権の自由権的側面を侵害する可能性がある。

② 次に、今まで紹介したような医療政策は生存権の社会権的側面にも反する可能性がある。「この第1項の趣旨を実現するため、第2項は、先に引用したように、国に生存権の具体化について努力する義務を課している。それを受けて、生活保護法、児童福祉法、老人保健法、身体障害者福祉法などの各種の社会福祉立法、国民健康保険法、国民年金法、厚生年金保険法、雇用保険法、老人保健法、老人保健法、介護保険法などの各種の社会保険立法等の社会保障制度が設けら

99) 芦部信喜・高橋和之補訂『憲法 第4版』（岩波書店、2010年）252頁。

100) 芦部信喜・高橋和之補訂前掲注99) 文献252頁。

101) 麻生多聞、飯島滋明ほか『初学者のための憲法学』（北樹出版、2008年）161頁〔飯島執筆〕。

102) 芦部信喜・高橋和之補訂前掲注99) 文献83頁。

103) 高野城範『社会保障立法と司法の役割』（創風社、2009年）259頁。

104) 高野城範前掲注103) 文献262頁。

105) 高野城範前掲注103) 文献260頁。

106) 高野城範前掲注103) 文献270頁。

れ」¹⁰⁷⁾ている。この社会保障制度は「健康で文化的な最低限度の生活」を保障するに足りるものでなければならない。しかし今まで紹介したような医療政策は生存権の社会権的側面も棚上げしてしまう政策と言わざるを得ない。財政事情を最優先して医療費などを削減したために医師数や病院が減少して患者や妊婦が医療を受ける機会が減ったり、医療を受けられたとしてもリハビリが制限されたり、DPCにより十分な医療を受けられないなどの状況が生じている。療養病床の削減や「患者たらいまわし」のような事態もそうした医療政策の結果である。憲法25条を根拠に、国は国民に対して「健康で文化的な最低限度の生活」を保障し、かつ、「すべての生活部面」の増進に努めなければならない。「すべての生活部面」には医療も含まれる。いままで紹介したような医療政策は、25条の趣旨が生かされた医療政策とはとても言えないだろう。それどころか、井上清成弁護士が言うように、「国民の健康的な生存権侵害の原因は、医療費抑制政策」¹⁰⁸⁾と言えよう。

(3) 法の下での平等（憲法14条）違反

憲法14条では「法の下での平等」について定められている。憲法14条で言われる「平等」だが、一人ひとりの個人にはさまざまな違いがあり、そうした違いを考慮せずに同じように扱うことはかえって不平等な結果をもたらすことがある。そこで個々人の性別、年齢、財産、職業などの具体的な差異を前提とした「相対的平等」が前提とされている。そうした「相対的平等」を前提とすれば、合理的な理由がある「区別」を行なう政治制度を構築することは許される。労働条件での女性の優遇（産前産後休暇、生理休暇など）、各人の資力に応じて税額に差異を設ける「累進課税制度」、特定の職業に従事する者に対して業務上特別の注意義務を課す業務上過失致死罪などはそうした例といえる¹⁰⁹⁾。しかし「合理的理由のない財産ないし経済的状态による差別は同条〔憲法14条〕に違反すると解すべきである」(〔 〕は執筆者による挿入)¹¹⁰⁾。医療政策に関して言えば、「医療保険の保険料や自己負担の引き上げ、保険料滞納者への制裁措置の導入により、とりわけ低所得者への医療保険が実質的に制限されるという問題が生じている」¹¹¹⁾が、「医療の沙汰も金次第」という状況を生み出す医療政策は「法の下での平等」に反する政策とも評価できよう。19世紀から20世紀にかけての市民社会で想定されていた「形式的平等」の下では、財産のある者はますます裕福になる一方、財産のない者はますます貧困に陥るといった状況をもたらした。現実生活での不平等を増大させた。そうした社会の弊害を是正するために20世紀の「福祉国家」の下では経済的・社会的弱者に対してより多くの保護を与え、それによって他の国民と同

107) 芦部信喜・高橋和之補訂前掲注99) 文献253頁。

108) 井上清成『医療再建 絶望の現場から希望の医療へ』(毎日コミュニケーションズ, 2008年) 6頁。

109) 芦部信喜・高橋和之補訂前掲注99) 文献126頁。

110) 高田清恵「医療保障と平等 国籍、貧困、地域による不平等を中心に」日本社会保障法学会編『講座社会保障法第4巻 医療保障法・介護保険法』(法律文化社, 2001年) 135頁。

111) 高田清恵 前掲注133) 文献123頁。

等の自由と生存を保障することが国家の役割と考えられている¹¹²⁾。日本国憲法14条での「平等」もこうした実質的平等を重視している。資産状況により医療を受けられるか受けられないかが決まってしまうような制度を設けるような医療政策は「法の下での平等」とは相容れないものと言えよう。

(4) 国際人権規約違反

「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約」（いわゆる「社会権規約」、国際人権A規約）12条では以下のように規定されている。

- 1 この規約の締約国は、すべての者が到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利を有することを認める。
- 2 この規約の締約国が1の権利の完全な実現を達成するためにとる措置には、次のことに必要な措置を含む。
 - (a) 死産率及び幼児の死亡率を低下させるための並びに児童の健全な発育のための対策
 - (b) 環境衛生及び産業衛生のあらゆる状態の改善
 - (c) 伝染病、風土病、職業病その他の疾病の予防、治療及び抑圧
 - (d) 病気の場合にすべての者に医療及び看護を確保するような条件の創出

日本は1979年に国際人権規約を批准している。「日本国が締結した条約及び確立された国際法規は、これを誠実に遵守することを必要とする」（憲法98条2項）との規定上、A規約を遵守することは法的義務となる。しかし、今まで紹介してきたような医療政策、A規約を遵守した政策といえるだろうか。

(5) 財政について

憲法83条では「財政国会主義」が規定されており、財政のありかたについて国会や内閣の裁量の余地が大きいと考えることもできるかもしれない。確かに生活保護法に基づいて生活困窮者に対して生活保護を行ったり、医療について国民にサービスを提供するなどの憲法25条の実現に際しては予算措置が伴い、国の裁量の余地を完全に否定することはできない。ただ、朝日訴訟第一審判決で指摘されているように、憲法こそが国の財政のあり方を決めるのであって、財政事情によって生存権のあり方が決められるべきではない。この点、「憲法25条の規定の趣旨にこたえて具体的にどのような立法措置を講ずるかの選択決定は、立法府の広い裁量にゆだねられており、それが著しく合理性を欠き明らかに裁量の逸脱・濫用と見ざるをえないような場合を除き、裁判所が審査判断するのに適しない事柄といわなければならない」（堀木訴訟最高裁判決）といった立場は憲法25条の解釈としては適切ではない。「国が〔社会保障〕立法改正の際に財政上の理

112) 芦部信喜・高橋和之補訂前掲注99) 文献123頁。

由を主張し、立法府の裁量の範囲内と主張するためには給付を受ける人の不利益や人数等を確定し、当該立法の適用をうける人の生活実態等について国が詳細に調査をしたうえで法改正をしたことを主張・立証する責務がある。それゆえ単に財政上の必要等を主張して立法府の裁量の範囲内であるとするのは許されない」(〔 〕は執筆者による挿入)¹¹³⁾のだ。しかし、かりに最高裁判所のような立場をとるとしても、私たちは主権者として財政のあり方に対して無関心であってはならない。良き政治がおこなわれるためには国家の財政に対しても主権者として目を光らせる必要がある。日本の医療政策に関しても、以下のような問題を考えることが必要となろう。

① 医療費は高く、医師は過剰なのか

そもそも日本の医療費は高いのだろうか。また、医師数は過剰なのだろうか。OECDのHealth Data2007では、日本の医療費の対GDP比は先進7カ国中最低で、医師数は人口1000人当たりわずか2.0人。OECD加盟国の平均医師数と比較して12万人不足で世界第63位¹¹⁴⁾。「人口当り医師数が63位というのは、おおよそ中心国から発展途上国の境目あたりの順位であり、人口10万人当たり200人弱¹¹⁵⁾である。世界の国々と比較では、日本の医療費が高いとも、医師が多すぎるとも決して言えないのではなかろうか。

② 医療費増大は本当に問題か

また、医療費の増大は問題なのだろうか。たとえば台豊青山大学大学院教授(社会保障法)は以下のように述べている¹¹⁶⁾。

「わが国の医療水準は戦後飛躍的に向上し、多くの疾病が征服された。その結果医療費は右下がりに減少していったらうか。事実は逆である。かつて死因の第1位を占めていた結核が征服されてから、日本人の平均寿命は大きく伸びた。その結果、延びた寿命に応じた日常的な医療費と、そして結核に代わる新たな死因、すなわち、がんや脳血管疾患に要する医療費が発生した。このように、寿命が延びることによって新たに発生する医療費と、予防や健康診断にかかる費用の合計が、予防によって節約される医療費を下回る保障は全くない」。

「最も医療費のかからない国、それは多くの人が乳幼児のうちに死んでしまう国である。生き続けていたらかかっていたであろう何十年分もの医療費が不用になるからだ」とも台教授は述べている。「医療費の自然増」と言われ、老人が増えれば医療費が増え、医学が進歩すれば医療費は増える¹¹⁷⁾。医療技術の進歩も医療費の増大をもたらす。健康で長生きができるように医療を

113) 高野城範前掲注103) 文献268頁。

114) 原田佳明「医療現場が求める医療改革 ——大阪・勤務医アンケート結果から」『住民と自治2008年4月号』23頁。

115) 日野秀逸・寺尾正之著、国民医療研究所監修『「医療改革法」でどうなる、どうする』(新日本出版社、2006年) 22頁。

116) 2008年12月26日付『朝日新聞』の「私の視点」。

117) 鈴木厚前掲注29) 文献98頁。

提供すれば、それだけ医療費も増大する。「医療費を減らすのは実は極めて簡単だ。少し重い病気になる高齢者を救命しなければいい。……老人が肺炎で70歳で亡くなると、それ以降の医療費はゼロになる。しかし、医師が努力して助けると、72歳、74歳、78歳の時の別の医療費が余分にかかる」¹¹⁸⁾。「医療費のかからない短命の国」と「医療費のかかる長寿の国」、主権者としてどちらを選択するだろうか。

③ 増税・社会保障費削減はやむを得ないのか

「国借金908兆円 過去最高」¹¹⁹⁾ のように、国の借金は多額になっている。一方、医療費を含む社会保障費は今後も増大する。そこで国の財政を立て直し、社会保障を持続可能なものにするためには、国民に負担増を求める一方、社会保障費の削減はやむを得ないと自民党と公明党の政府は主張してきた。小泉内閣の下での「骨太の方針」では毎年2200億円の社会保障費の削減が制限され、実際に医療費も削減されてきた。その一方で菅内閣を含む歴代内閣のもとで消費税の増税などが必要と主張されてきた。ところで、消費税の税率を上げるなどの増税に代表される国民への負担増と、医療分野でのサービスの悪化は本当にやむを得ないのだろうか。

そもその話として、国の借金だけを強調するのは適切でないという指摘もある。たとえば山家悠紀夫氏は以下のように述べている¹²⁰⁾。

「財政赤字を国債残高や政府の借金高でみる見方が一般化しています。しかし、ただ借金だけを見ては実態を見誤ります。私は長年、銀行にいましたが、銀行が企業を診断する場合、借金残高がこれだけあるからこの企業は良くないなどとは決して言いません。借金に見合うだけの資産がちゃんとあるか、借金が増えているとすればそれだけ商売が増えているか、などを見ます。商売が増えていれば借金は増えますし、大きな投資設備をすれば借金も増える、だから借金残高だけ見ても企業の状態が分らないわけです。全体像をとらえなければいけないのです」。

このように山家悠紀夫氏は指摘した上で、日本の経済状況については「片方に借金が886兆円あるけれど、資産のほうは933兆円あるという状況です」「政府が宣伝するほどの危機的状況ではありません」と述べている¹²¹⁾。

また、本田豊氏も以下のように指摘する¹²²⁾。

「政府がいう『財政危機論』のように、危機を過剰に演出することには問題がある。本来、財政危機は、国が外国から借入を増やすことによって対外債務が大幅に増え、返済が困難になった

118) 田辺功前掲注19) 文献186頁。

119) 2010年11月11日付『朝日新聞』。

120) 山家悠紀夫『「痛み」はもうたくさんだ！ 脱「構造改革」宣言』（かもがわ出版, 2007年）146-149頁。

121) 山家悠紀夫前掲注120) 文献146-149頁。

122) 菊本義治・宮本順介・本田豊・間宮賢一・安田俊一・伊藤国彦・阿部太郎著『日本経済が分かる経済学』（桜井書店, 2007年）198-199頁。

時に発生する。これまで発生した中南米、韓国、ロシアなど国家の財政危機は、すべて外国からの借金幅増によって対外債務問題が顕在化し、IMFの介入をもたらしたときに発生している。すなわち、国家の財政危機は対外債務問題をもたらすときに『真の危機』ということになる。しかし、日本の公的債務残高を構成している国債や地方債のほとんどは、日本国民によって購入されており、外国からの借入はほとんど問題にならない水準である。それどころか、日本は対外貸借についていえば、最大の貸し手であることも忘れてはならない。日本の財政危機は『真の危機』でないことは明確にしておく必要がある。……政府にとっては、社会保障費の増大こそが『危機』の本質ということであって、社会保障費の抑制を国民に納得させる1つの手段として「財政危機論」を展開していると言っても過言でない」。

かりにその点には触れないとしても、こんなに国の借金が膨らんだのは、自民党や公明党の政治家、官僚たちの無能かつ有害な政治の結果であった。とりわけ、「小泉内閣の「構造改革」の時代ですが、この5年間だけでも国債発行残高は著しく増えました。368兆円（2000年度末）から537兆円へ、ざっと170兆円の増加です。……現在の国債発行残高の、およそ3分の1は小泉内閣の下で生まれたもの、ということです」「財政赤字は小泉内閣の下で一段と膨らみました」とのように、小泉内閣の下での構造改革にその一因があった。ところがそうした責任を政治家などが取らず、消費税率の引上げを求める政治家に対して、私たちは主権者としてどのように対応すべきか。医療機関と消費税の関係について付言すると、患者の支払を増やさない政策的な配慮から患者が払う医療費には消費税がかからない。しかし、病院が医療器具や消耗品を買うと消費税がかかる。現行の制度を前提とすると、消費税が上がれば病院の負担は増える。「消費税が5%から増え、10%台になれば確実に病院の命取りになる」と指摘されている¹²³⁾。

さらに、増税などの国民負担を上げるのであれば、不公平税制となる消費税率の引上げではなく、「法人税」や「高額所得者の所得税」の税率を引き上げるべきという指摘もある。たとえば浦野広明税理士・立正大学教授は「日本国憲法が考えている税金の取り方は、応能負担原則（応能原則）に尽きます。税は支払い能力に応じて負担するという考え」（88頁）との前提の下、「低所得者に重い負担となる消費税についても、こうした税の原則から考えるべきでしょう。それにかかわっていえば、消費税が実施された1989年以後、応能負担原則に反する税制改定（庶民増税、大企業・資産家減税）が著しく進み、社会保障、福祉の切り捨てが次々に進行している」（89頁）としている。浦野教授は消費税を含め、庶民に対してはさまざまな増税を行なう一方で「法人税率の引き下げ（大企業優遇）と所得税率の引き下げ（資産家優遇）」（97頁）を応能負担原則から問題であるとする。その上で「なんといっても所得課税（所得税・法人税）を充実させること」（96頁）を主張する。ちなみに、「一般消費税の最大の欠陥は、高所得者には軽い負担しか求めず、低所得者に重い負担をさせることです。弱者の生存権を侵害する反社会保障的・違憲の税である」（56頁）としている（上記の頁は浦野広明『税民投票で日本が変わる』（日本出版社、2007年）から）。

123) 田辺功前掲注19) 文献174～182頁。

こうした主張をどう考えるか。

④ まず削減すべきものはなにか。

かりに現在の日本の財政悪化を理由として歳出の削減が必要だとしても、削減の対象とすべきは医療費なのだろうか。ここで鈴木医師の見解を紹介しよう。

「公共事業に国債を乱発し、業界団体にバラまき、公費の無駄遣いを行い、我が国は現在およそ800兆円の借金を抱えています。この赤字国債は歴代自民政権の責任ですが、小泉首相は財政再建と言いながら4年間でさらに250兆円の借金を上積みしたのです。経済政策の失敗を反省もしないで、責任もとらず、医療費の削減で帳尻を合わせようとしているのです」¹²⁴⁾。

小泉内閣の2006年の「骨太の方針」のもとで、2007年から2011年度までの5年間で総額1兆円、年間2200億円の社会保障費削減の方針が出された。「医療制度改革関連法の各施策や、過去最大とされる2006年の診療報酬のマイナス改定はこうした社会保障費の大幅な圧縮の方針に沿ったもの」¹²⁵⁾だ。こうした医療費削減政策がいままで紹介したような医療状況をもたらした。ところで、「医療費の財源問題に関しても、土木建設などの公共事業や防衛費に対してその優先性を主張しうる」¹²⁶⁾、「ヘリ救急搬送の充実は、1県2億円、年間わずか100億でできる。無駄な防衛費、公共事業費をごくごく一部をあてれば、明日からでもできる」¹²⁷⁾といった主張をどう考えるべきか。公共事業に関しては、たとえば「6兆円の道路を作る一方で、毎年、社会保障費2200億ずつ切る。だから、税金の使い方がおかしい」¹²⁸⁾という主張をどう考えるか。財源を削減すべきというのであれば、たとえば社会保障費ではなく、無駄な公共事業費や防衛費、さらには「特別会計」などではないのか。軍事費に関しては、たとえば在日アメリカ軍人などに対するビリヤード、タキシード代、高速道路料金などを支払う「思いやり予算」(約2000億円)。2009年秋の「事業仕分け」の際、思いやり予算で支払われる従業員の給料が高いことが問題とされたが、議論の方向性が間違っていないか。そもそもこうした費用を日本の税金で払うこと自体が問題でないのか¹²⁹⁾。民主党は2008年の思いやり予算特別協定案を参議院で否決したが、菅政権のもとでそ

124) 鈴木厚前掲注29) 文献93頁。なお、医療崩壊の原因が自民党による歴代政権の医療費削減などの結果という指摘には枚挙がないが、例えば本田宏『誰が日本の医療を殺すのか』(洋泉社、2007年)なども参照。

125) 富井淑夫「わが国の老人医療制度の変遷と袋小路に迷い込んだ「後期高齢者医療制度」の議論」前掲注23) 文献12頁。

126) 井上清成前掲注108) 文献12頁。

127) 田辺功前掲注19) 文献189頁。

128) 阿部とも子・保坂展人前掲注47) 文献97頁。

129) 「思いやり予算」の問題点については、派兵チェック編集委員会編『これが米軍への「思いやり予算」だ！』(社会評論社、1997年)、前田哲男『在日米軍基地の収支決算』(ちくま新書、2000年)、「COLUMN 思いやり予算違憲訴訟」前田哲男・飯島滋明『国会審議から防衛論を読み解く』(三省堂、2003年) 177頁〔飯島執筆担当〕、2010年4月6日付『東奥日報』(斉藤光政執筆記事) 参照。

うした方針が変更された¹³⁰⁾。安全保障環境の悪化を理由に思いやり予算を承認することに民主党は政策を変更したが¹³¹⁾、医療を受けられない人が出てくる一方で米軍人にはバナナポートやケーキの飾りつけ職人の給料まで私たちの税金から支出することを認められるか。2011年度の政府予算案では「思いやり予算」に1858億円が計上されたが、医師不足対策として19億円が計上されたにすぎない。こうした予算で本当に医師不足対策となるのだろうか。また、「ミサイル防衛」(MD)はどうか。飛んでくる弾道ミサイルを迎撃ミサイルで打ち落とすというのがMDだ。しかし、最終段階では秒速7kmで落ちてくるミサイルにミサイルを当てる技術があるのか。すでに1兆円近い国家支出がなされているが、有益な国家予算の使い方か¹³²⁾。道路に関しては10

130) 2010年10月23日付『東京新聞』。

131) 2010年10月20日付『朝日新聞』。

132) 現在、とりわけ北朝鮮の弾道ミサイルの脅威を名目として、ミサイル防衛(MD)の整備が進められている。ミサイル防衛について、たとえば石破茂氏は「敵がミサイルを発射しないかぎり、迎撃はあり得ない。まさに専守防衛の典型のようなシステム」(石破茂「新時代の防衛の理論 専守防衛の敵基地攻撃と先制攻撃は決定的に違う」『日本の論点2004年』(文藝春秋、2004年)129頁)と述べている。また、2006年10月26日の参議院外交防衛委員会で久間防衛庁長官久間防衛庁長官(当時)も「幸いなことに、沖縄については米軍がPAC3を置いてくれました。だから、沖縄の方までは我が国の今の予算の中で追い付かない点を先にやってくれたわけでございますから、むしろ沖縄の人は喜んでもらいたいと私は思っているわけであります」と答弁している。本当か。

ミサイル防衛については「すべてを撃ち落とすことは難しく、着弾地点にいる人は避難する暇なく被害をうけることだろう」(志方俊之監修『面白いほどよくわかる自衛隊』(日本文芸社、2007年)22頁)と指摘されている。かりに弾道ミサイルを迎撃できたとしても、以下のような指摘がある(豊下植彦『集団的自衛権とは何か』(岩波新書、2007年)129頁)。

「仮にPAC-3が迎撃に成功するとした場合、いかなる事態が生じるであろうか。ここでは当然「最悪のシナリオ」として、ノドンに核弾頭が搭載されていることを想定しておかねばならない。それがプルトニウム型の核弾頭の場合には、「爆縮方式」と呼ばれる複雑な起爆装置が使われているため、迎撃の衝撃で核爆発を起こす可能性は少ないと言われるが、プルトニウムが広範に飛散する事態となろう。またウラン型の場合には、「鉄砲方式」という単純な起爆装置のため、全社に比べてはるかに核爆発を引き起こしやすい、それを免れてもウランによる汚染が広がる」。

弾道ミサイルを迎撃できて核爆発を起こさないとしても、迎撃地周辺の窓ガラスが風圧で破壊されるなどの可能性(2007年5月9日付『朝日新聞夕刊』)もある。そもそもPAC-3の迎撃範囲は半径15キロ程度だが、たとえば関東で整備されているのは入間、霞ヶ浦、習志野、武山だけ。PAC-3が関東すべてをカバーしているわけではない。2009年4月の北朝鮮弾道ミサイル発射騒動の際、関東からPAC-3を秋田と岩手に移動させたが、かりに北朝鮮から弾道ミサイルが発射された場合、10分後には日本に着弾する。間に合うのか? こうしたMD、本当に意味があるのか。

その上、MDシステムを構成する航空自衛隊のPAC3、海上自衛隊のSM3は膨大な費用のために実射訓練を行わない方針だという(2008年4月6日付『東京新聞』)。「実射訓練しない武器」は極めて異例。高額な武器システムを導入した無理が表面化している(2008年4月6日付『東京新聞』)のだ。こうしたミサイル防衛、およそ1兆円近くをすでに費やしているが、多額の税金を費やしてまで整備する必要があるのか。

年間で59兆円、1年間では約6兆円もの財政が支出される。こうした国家予算の使い方は妥当なのか。さらには「特別会計」。たとえば事業仕分け第3弾で大々的にマスコミに取り上げられた「スーパー堤防」。200年に1度の大雨に備えて盛り土を大幅に強化する事業であり、完成までに400年、12兆円かかるというのが「スーパー堤防」だ。こうしたありえない無駄を廃止したことは評価されてもよい。しかし、特別会計の無駄はそれにとどまるのか。民主党は2009年の衆議院選挙の際、「埋蔵金4兆3000億円」の活用をマニフェストで掲げていた。2010年10月27日から始まる事業仕分け第3弾の対象となる特別会計48事業のうち、半数近くの事業で予算の執行率が90パーセント未満に留まり、3000億円を超える予算が余っていることが判明した¹³³⁾。2010年11月5日の会計検査院の報告によれば、無駄遣いや不適切な経理処理として986件、約1兆7904億円が指摘されていた¹³⁴⁾。増税を口走る前に、まずはこうした無駄から削減すべきでないのか。北沢栄氏は肥大化した特別会計が10兆円規模の使い残しを毎年出し、資金が余っていることを指摘したうえで、消費税引き上げよりも先に「特別会計」の活用を主張する¹³⁵⁾。こうした主張をどう考えるか。

思いやり予算で支出されている労働費の一例

職 種	最高年収
バーテンダー（76人）	549万円
クラブマネジャー（25人）	714万円
ケーキ飾り付け職人（5人）	476万円
娯楽用ボートオペレーター（9人）	612万円
宴会係マネジャー（9人）	576万円
ゴルフコース整備員（47人）	579万円

上記表は2008年4月26日付『産経新聞』から引用。人数は2006年12月末段階。

なお、ミサイル防衛については齊藤光政『在日米軍最前線 軍事列島日本』（新人物往来社、2009年）などを参照。

133) 2010年10月26日付『朝日新聞』。

134) 2010年11月6日付『朝日新聞』。

135) 北沢栄『亡国予算 闇に消えた「特別会計」』（実業之日本社、2009年）参照。



青森県三沢市周辺にある、いわゆる「思いやり予算」で建てられた米兵住宅。近隣の日本人住宅と比較すると格段に大きく、バーベキューセットやバスケットのポールなどが設置された庭などもある。2009年10月、東奥日報斉藤光政氏の案内で飯島が撮影。



米軍岩国基地内にあるゴルフ場。ゴルフ場の整備代も「思いやり予算」から支出されている。2010年5月、田村順玄市議会議員の案内で飯島が撮影。

第5章：おわりに

以上、最近の医療政策とそうした政策から生じた医療状況とその法的問題点を提示した。日本が私たちにとって住みやすい良い国になるのか、あるいは住みにくい国になるのかは、主権者である私たちが政治にどのように関与するかで決まる。実際、第2次世界大戦を起し、600万人以上のユダヤ人を虐殺するなどの行為をしたのはヒトラー率いるナチスだが、「選挙という合法

的手段によって、ナチスという犯罪者集団を政権につけたのは、まぎれもなくドイツ国民だった」¹³⁶⁾。

日本の医療政策についても同じことが言える。「9・11の郵政民営化選挙の際、よもや、与党に投票した医療関係者はいなかったでしょうね。あの時すでに、この国の医療政策がどの方向に向かっていくかということはわかっていたんですけどね」¹³⁷⁾と権丈善一慶応大学教授は述べている。また、「看護職者の政策過程への参画が進むことによって、自分たちだけでなく患者・利用者そして広く社会全体がメリットを受けることは間違いありません」¹³⁸⁾と石田昌宏氏が述べている。本稿執筆者の一人、飯島が日本の医療状況と法的問題について言及した際、「アメリカの新人医師は1日3時間くらいしか睡眠時間をとらない。だから今の医療状況もたいしたことはない」と医師から言われたことがある。この医師は概ね今までの医療政策に肯定的だったが、そうした医師が多いのであれば医療現場は当然変わらないだろう。それで良いか。また、「小泉改革のもとで医療環境が悪くなったというのは確かだが、過去のことを話していても仕方がない」とも本論文執筆者の一人である飯島は医師に言われたことがある。私たちが小泉氏の医療政策に言及したのは、単に過去の事実を指摘し、それを中傷することが目的ではない。過去を検証する意義は、今後の私たちがすすむべき指針と教訓を得るためにある。先に権丈善一慶応大学教授の発言を引用したが、たとえば2006年の医療改革法案審議などの際、法案に関して医療関係者はどのように認識していたのか。選挙などの際にどのように意志表示をしたのか。

なお、日本の医療政策や医師や看護師の労働状況の問題は、単に医療関係者の問題に留まるものではない。たとえば「医療事故は（医師や看護師らが）忙しいほど起きやすい」¹³⁹⁾と近藤誠慶応大学講師（2002年4月当時）が指摘しているように、医師や看護師の労働環境は患者の安全や医療環境にも大きく影響する。「国民主権」国家である以上、単に医療関係者だけではなく、国民が医療政策についても十分な知識を持ち、そうした政策を踏まえて上で投票することによってはじめて良き医療環境が実現される可能性が出てくる。本稿で紹介したような医療状況とそうした状況をもたらした政策、主権者として判断すべきか。小泉氏は在任中に高い支持率を得てきたが、彼が行なってきた医療政策を実際に十分に知った上での小泉氏に対する支持だったのか。もしそうでなく、小泉氏の医療政策について反対の立場であるなら、小泉首相在任時に私たちはどう政治に向かい合うべきだったのか。今後の投票などの際にどのように意志表示をすべきなのか。「後期高齢者医療制度」が実際に2008年4月に実施された際、時の福田首相は「長寿医療制度」と呼び方を変えるように指示したほどの批判の大合唱が生じたが、そもそもこの制度は小泉内閣時代の2006年6月の医療制度改革関連法案で成立した制度であった。その時に私たち主権者はそ

136) 熊谷徹『ドイツは過去とどう向き合ってきたか』（高文研、2007年）24頁。

137) 権丈善一『医療政策は選挙で変える——再分配政策の政治経済学Ⅳ』（慶応大学出版会、2007年）はじめに vii

138) 見藤隆子、石田昌宏、大串正樹、北浦暁子、伊勢田暁子『看護職者のための政策過程入門——制度を変えると看護が変わる！』（日本看護協会出版会、2007年）はじめに iv

139) 毎日新聞取材班前掲注79) 文献67頁。

うした医療制度に関わる政策についてどのような認識を持ち、対応したのか。私たちは主権者として、医療費を削減し、医療を受けられない人を生み出した自民党と公明党の医療政策をどう考え、そこからどのような教訓をくみ取るべきなのか。また、民主党の医療政策に関してどのような対応をすべきなのか。2010年10月2日、財務省は2013年度の導入予定の新たな高齢者医療制度で、医療機関の窓口で払う患者の自己負担割合について、現在は暫定的に1割負担となっている70～74歳までの負担を見直し、早ければ2013年度から段階的に2割負担に引き上げる方針を固めた¹⁴⁰⁾。「こんな改革はいらない」との社説を朝日新聞は掲げているが、どう考えるか¹⁴¹⁾。2010年11月6日に内閣府が公表した世論調査によれば、「後期高齢者医療制度」の廃止を知らない人が約6割になった¹⁴²⁾。2010年11月、厚生労働省は混合診療拡大の検討を開始したとの報道がなされた¹⁴³⁾。「混合診療は全額自己負担の危険性を含んでいる」、「混合診療が導入されれば有効性のない治療法が商売目的で横行することになる」¹⁴⁴⁾と批判されているが、こうした「混合診療」をどう考えるか。医療に関する政策も日々動いている。医療に関する各党の政策などを正確に把握した上で、選挙などの際に主権者として意志表示をすることが良き医療環境をもたらすためには必要である。

【2010年11月14日脱稿】

-
- 140) 2010年10月3日付『東奥日報』。2010年10月21日付『朝日新聞』、2010年10月23日付『朝日新聞』、2010年10月26日付『東京新聞』。
141) 2010年10月29日付『朝日新聞』。
142) 2010年11月7日付『朝日新聞』。
143) 2010年11月11日付『日本経済新聞』。
144) 鈴木厚前掲注29) 文献207頁。