

# 今こそ医療・介護・福祉の応益負担の撤回運動を展開しよう！

石川県社会保障推進協議会 寺越博之

## 1. はじめに

1990年代後半から始まる社会保障制度「改革」のもと、医療・介護・福祉制度は年々後退している。応能負担原則が応益負担原則に転換され、応益負担の割合と分野がどんどん拡大されているもどで、医療・介護・福祉制度を経済的な心配をしないで安心して利用できることが、現在、国民の熱い願いとなっている。

2006年10月より70歳以上の高齢者で現役並所得者は、医療保険の窓口負担が3割負担となった。来春2008年4月から70歳～74歳の前期高齢者の医療保険の窓口負担が2割負担となる。経団連は、介護保険の負担を2割負担にすることを求めている。2006年4月より障害者自立支援法が実施され、原則1割の応益負担となった。規制改革会議は、応益負担となる育児保険の早期創設を答申している。

障害者自立支援法の応益負担のために、サービスの利用を減らしたり、施設からの退所が続出するという事態が起きた。しかし、障害者・関係団体は、この深刻な状況に対して、障害者自立支援法の見直しを求めて強力に声をあげ続けた。障害種別をこえ連帯し運動を続けた結果、全面施行わずか2ヵ月後の2006年12月には国による補正予算化を勝ち取った。この結果、多くの人にとって利用料負担が軽減された。法施行後の早い段階での異例ともいえるこの法運用の修正は、障害のある人たちの運動の成果であるといえる。

今回、障害者自立支援法見直しの運動の成果を踏まえ、医療・介護・福祉分野における応益負担の問題点を明らかにし、医療・介護・福祉の応益負担の撤回運動を提案する。

## 2. 障害のある人たちの声や願いはどうであったのか。

2005年に、障害者自立支援法案が国会に提出されてから、障害の種別、障害者自立支援法案に対する意見の違いを超えて、障害者・関係団体は一致点での運動を広げてきた。その一致点は、「障害をもって生きる人の最低限のニーズを満たすための援助が“益”なのか」「生きることに負担を払う仕組みはおかしい」「当事者が働くことに利用料を払う仕組みはおかしい」ということだった。

これは、当事者が一人ひとりの人間としての尊厳と生存をかけた要求であった。だから、障害者自立支援法が成立してからも応益負担撤回の声と運動は小さくなるどころか、燎原の火のように全国津々浦々に広がった。その連帯と共同の力は、全国市長会、知事会をも動かし、法実施後1年も経ていないのに国会を動かし、見直し施策の決定と実施へとつながったのである。

## 3. 1984年の健康保険法「改正」と定率（応益）負担の変遷について

さてここで、医療・介護・福祉分野の利用料負担について、振り返る。1961年に国民皆保険が実現し、国民健康保険への国庫負担率を引き上げながら、給付水準を改善してきた。1972年に老人福祉法を改正し、所謂老人医療費を無料化した。70年代までは給付水準を引き上げ、国保では「10割給付実現当面8割給付」が目指され、幾つかの自治体では8割給付が実現された。

ところが1983年2月、老人医療費無料化が廃止され、1984年10月には健康保険本人10割給付が崩され、原則2割（当面1割負担）となった。それ以降、医療の窓口負担は拡大され、健保本人、70歳以上の現役並みの所得者の窓口負担は国保と同様、3割負担となった。3割負担は「社会保険としての実体

を失っている」という評価は窓口負担への賛否を超えて、一致できるものと思われる。

1980年代以降、政府は国民を分断、対立させて、改悪を進めてきた。世代間の対立をあおって老人医療の改悪を実施し、さらにそれをテコにして健保本人の窓口負担割合を改悪する。改悪の手法は、こうした繰り返しである。その手法は介護保険から障害者自立支援法、育児保険（将来）へと拡大されている。（表1）

#### 4. 応益負担（定率負担）はどのような問題があるのか？

私たちは、医療・介護・福祉の応益負担（定率負担）の導入・拡大にあたって、多くの関係団体とともに、応益負担の問題を指摘して、応益負担の拡大に反対してきた。それでは、サービス利用の応益負担（定率負担）のどこが問題であろうか。

##### (1) 応益負担は、社会保障の歴史と原則、世界人権宣言等の理念に逆行するものである。

政府は社会保障について、「原則自立自助、相互扶助、それらが可能でない時のみ公助すべき」と位置づけている。応益負担の導入と拡大は、社会保障「構造改革」にそったものである。応益負担は、障害や疾病を自己責任とするものである。社会保障の歴史と原則、世界人権宣言等の理念に逆行するものである。そもそも社会保障制度とは、疾病や障害などは、自己責任で対応することが現実では貫徹しえないことを認識し、社会的責任で対応すべきものとして発展した。1946年の世界人権宣言では、二度にわたる世界大戦の反省から、「すべての人間は、生れながらにして自由であり、かつ、尊厳と権利とについて平等である」とし、全ての人の尊厳といのちを社会や国の責任で守っていくことを宣言した。この人権尊重の理念は日本国憲法によって踏襲され、各種社会保障制度が整備、拡充されてきた。この歴史を踏まえると、医療・介護・福祉サービスの応益負担は、社会保障制度の本来的意義から外れるものである。

##### (2) 応益負担は、医療・介護・福祉サービスの公共性を否定するものである。

応益負担は、「医療・介護・福祉サービスを受けることは私益だから、私益故に負担するのが妥当」という考えをしている。障害者自立支援法の施行にあたって、当事者からは「トイレに行くのがどうして“益”なのか」と切実な声が上げられている。医療でも患者が受診し「病気を治し、健康を維持することが、何故益なのか」が改めて問われなければならない。国民の健康を守ることは、国民個々人の私益ではない。益を受けるのは地域社会そのものである。

そもそも医療・介護・福祉サービスは公共・公益サービスである。応益負担は、この医療・介護・福祉サービスの公共性・公益性を否定するものである。

表2 【長瀬指数とは？】

$Y = 1 - 1.6X + 0.8X^2$   
(Y：医療費の逓減率、X：患者の負担率)で算出されます。

##### ◆負担率逓減率

無料	1.000
1割負担	0.848
2割負担	0.712
3割負担	0.592
4割負担	0.488
5割負担	0.400
6割負担	0.328
7割負担	0.272

##### (3) 応益負担は必要なサービス利用の抑制・中止となるものであり、制度の目的に反するものである。

なぜ、社会保障構造「改革」において、医療・介護・福祉分野に横断的に応益負担を導入するのであろうか。応益負担の目的は、端的にいえばサービス利用の抑制である。医療保険では、長瀬指数（表2）が戦前から連綿と使用されていると言われている。長瀬指数では3割負担になると医療費は59%に減少する。つまり負担割合が増えれば増えるほど受診行動は減少するのである。それは介護サービス、障害福祉サービスにも言えることである。

全日本民医連高齢者実態調査報告によると「医療・介護費用の負担限度額は？」の問いに「5,000

円迄」が45%、「5,000円～1万円まで」が24.5%となっている。ほとんどの高齢者は財布と相談して受診や介護サービスを受けている。

受診を減らせば、病気の早期発見、早期治療はできなくなり、ひいては国民の健康が守れなくなる。それは健康保険法の目的「国民の生活の安定と福祉の向上に寄与すること」に反する。

障害福祉サービスの利用を抑制すれば、障害のある人は基本的生活ができなくなり、社会参加の機会を奪われてしまう。こうしたことは、障害者自立支援法の目的「障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与すること」にも反する。

介護保険の場合には、利用料負担による利用抑制効果が一層明確である。厚労省は、介護保険施行時に介護保険利用の際の1割負担等によって、支給限度額の40%になるだろうという予測を立て、制度設計を行った。介護保険実施から5年を経て介護保険の利用は支給限度額の43%に止まり、ほぼ予想通りとなっている。要介護者は必要に応じて介護サービスを利用するのではなく、負担能力に応じて介護サービスを利用している。応益負担による介護サービスの抑制は、介護保険法の目的「国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図る」ことにも明らかに反する。

そもそも社会保障は負担能力の違いにかかわらず誰もが必要なサービスを利用できること、言い換えれば、負担能力の違いを問わないで必要に応じて利用できる仕組みを備えることによって平等化を進めることを基本的な原理としている。応益負担は、重い疾病や重い障害であればあるほど、利用料負担が重くなる。負担の重さのために重い障害のある人がサービスの利用を減らしたり、止めたりすることは社会保障制度の存在意義に関わる問題である。

#### **(4) 応益負担は、当事者と医療・介護・福祉従事者との『共同の営み』を崩すものである。**

医療は、患者と、医師をはじめとした医療従事者の共同の営みである。十分なコミュニケーションと自己決定を最大限保障することが求められる。障害者福祉もまた、当事者と福祉従事者の協力・共同の営みである。

応益負担は、給付と負担が直結する仕組みである。診療報酬、介護報酬等事業所報酬が高くなればなるほど、応益的な利用者負担が重くなる。事業所と利用者である当事者が、真っ向から対立する仕組みである。応益負担は医療・介護・福祉の「共同の営み」にくさびを持ち込むものであり、最もふさわしくない仕組みである。

#### **(5) 応益負担は、国や自治体の医療・福祉・介護予算抑制政策を支えるものである。**

済生会栗橋病院副院長の本田宏氏は、「先進諸国で日本の医療費は最低で、医療費の窓口負担は最高である。しかしメディアの報道の仕方もあって、国民は誰一人そのことを理解していない」と述べている。メディアの報道のあり方も関係するが、国民の理解を妨げているのは定率負担（応益負担）である。本田氏も述べているが、虫垂炎の手術（30万円）では負担は9万円である。9万円は国民には重い負担である。重い負担から医療費を想像するから、医療費が高いと思うのは自然である。

医療・介護・障害福祉では、低診療報酬、低介護報酬が問題の根底にあることが関係者の共通の認識となりつつある。政府は医療・福祉の予算を減らすために、低診療報酬、低介護報酬政策を実施している。応益負担のために、「診療報酬・介護報酬が低すぎる」という問題点を国民が理解することを困難にしている。診療報酬の引き上げは患者の負担に直結するので、患者や要介護者が診療報酬・介護報酬の引き上げを望まなくなるのである。

このように応益負担は、低診療報酬、低介護報酬を支えている。それは同時に、政府の低医療・福祉施策を支えることにつながっている。

## 5. 医療・介護・福祉の利用負担は本来どうあるべきか

石川県では介護保険法見直し論議の時、石川県社会保障推進協議会や医療・福祉問題研究会等で『人権保障を目指した介護保険制度の提言』\*1をまとめた。その中では介護保険給付について「原則として10割給付とすべきである。やむをえず負担を求めるときは所得に応じた負担とすべきである。所得は個人単位とし、住民税非課税者は無料とすべきである。」とした。この見解は現在でも適切と考える。同じことは障害者自立支援法の自己負担にも言える。

健康保険本人は、1927年の制度実施時から10割給付であった。だから、「この社会の発展に寄与してきた高齢者も健保本人並みに10割給付とすべき」として老人医療費無料化が目指され、実現してきたのである。残念ながら健保本人の10割給付が崩されて、医療の窓口負担が拡大されてきたのである。先進諸国ではアメリカと日本を除いて、医療の定率負担を国民に強いている国はないのである。(表3)

表3 G7+スウェーデンと日本の患者負担の概要 (保団連「グラフで見る医療改革」より)

	米国	ドイツ	カナダ	フランス	イタリア	英国	日本	スウェーデン
外来・在宅	年間13,091円免責、超える場合2割定率負担	全額給付	全額給付	全額払戻	全額給付	全額給付	成人3割	1日1,100円定額(年間9,900円上限)
入院診療費	60日まで100,539円免責、その後は1日2-5万円	1日952円定額(14日迄)	全額給付	全額払戻	検査の一部負担	全額給付	成人3割	1日880円定額
薬剤費負担	外来処方全額自己負担	包装単位により448-560円迄	処方薬剤一部負担	全額払戻	一部負担	1処方1,050円	成人3割	処方薬剤一部負担(年間19,800円上限)
軽減処置	なし	低所得者、18才未満負担免除	1984年差額徴収禁止法制定	長期・高額疾患無料	低所得者、障害者負担免除(労働者保険料負担なし)	児童、妊産婦、高齢者、低所得者負担免除(労働者保険料負担なし)	高額医療制度(一般成人72,300円/月)	20歳未満は負担免除(労働者の保険料負担なし)

社会保障の最低基準に関する条約(第102号\*2)第10条2項では、「受給者が負傷又は疾病について受ける医療の費用は、受給者又は受給者の扶養者にその一部を負担させることができる。この費用負担に関する規則は、関係者が過重な負担を被らないように作成しなければならない。」と規定している。前述したように「過重な負担を被る」定率負担は、この条約10条に明白に反している。生命の不可逆性を考えれば、医療は健保本人だけでなく、全ての人が10割給付すべきものであろう。どうしても負担が必要というならば、段階的に負担を解消していくという展望のもとに、「過重な負担を被らない」程度の低額の負担とすべきである。

## 7. 今こそ医療・福祉・介護の応益負担の廃止運動を広げよう！

社会保障推進協議会は、障害のある人たちの障害者自立支援法見直しの運動から学ぶことが大切になっている。障害のある人たちの運動は、①当事者の参加と当事者が主体となった運動になっている、②応益負担反対という一点で一致した運動をひろげてきた、という特徴を持っている。

医療制度改悪の際、私たちは、「国民負担増反対」の一致点で連帯と共同の国民的運動を広げてきた。歴史に残る闘いであった。しかし、悪法が成立してからは、「元に戻せ」の闘いは長続きしなかった。それは、医療関係団体が中心の運動であったからだと考えられる。患者・国民の運動への参加が弱いという弱点があった。もちろんその弱点は患者・高齢者の責任ではない。患者が医療改悪反対運動に参加することは、容易ではないからである。労働者の中に運動が広がらなかったのは、個々の

企業によっては、窓口負担の『戻し』があること、医療制度改革に賛同した組織があったこと等が考えられる。

障害者自立支援法が実施されてからも「見直してよ！障害者自立支援法」の運動が広がったのは、障害のある人や当事者団体が決してあきらめずに、共同の力で、運動してきたことの結果である。例えば、きょうされんは障害者自立支援法成立してからの運動の立場と構えを以下のように述べている。

「この法律の誤りを断じて許さない姿勢を利用者や家族・関係者と共有し、できる限り早い時点での法改正に向けた構えをつくること」「自立支援法についての情報を共有し、徐々に現れるこの法の姿を直視し、問題点については声を上げ続けること」等々である。<sup>\*3</sup>

法に従わざるをえないが、悪法の誤りまで認めた訳ではないと、人間の尊厳をかけて、応益負担を撤回させることを明確に運動してきたことは、大変重要であり、私たちが学ぶべきことである。

社会保障構造改革に抗して、国民の生存権・社会保障を守っていくためには、医療・介護・福祉全体に広がる応益負担の廃止を求めることが不可欠である。今こそ、社会保障推進協議会は医療・介護・福祉の応益負担廃止の運動を国民的運動として展開していくことが求められている。これまで、医療・介護・障害の運動を横につないで、共同した運動の構築ができなかった。医療・介護・福祉の応益負担廃止の運動は、医療・介護・福祉の運動を横につなげることであり、社会保障構造改革を跳ね返す大きな国民運動となって発展するものと確信する。

表1 高齢者医療・介護・福祉の利用料負担の変遷

実施年月	負担額	備考
73年1月迄	3割	
73年2月～	0円	老人医療無料化実施
83年1月迄	0円	
83年2月～	月400円	老人保健法実施
87年1月～	月800円	
92年1月～	月900円	
93年4月～	月1000円	
96年4月～	月1020円	
97年9月～	月上限額2000円	月単位から1日単位
99年4月～	月上限額2120円	月単位から1日単位
00年4月～	1割	介護保険法実施
01年1月～	月上限額3200円	原則定率1割負担導入「定額選択」
01年1月～	月上限額3000円	定率1割負担導入「定率選択」200床未満病院
01年1月～	月上限額5000円	定率1割負担導入「定率選択」200床以上病院
02年10月～	1割	70歳以上
02年10月～	2割	70歳以上現役並み所得者
06年4月～	1割	障害者自立支援法実施
06年10月～	3割	70歳以上現役並み所得者
08年4月	2割	70歳～74歳前期高齢者
08年4月	1割	後期高齢者

\*1 『経済』2004年12月号「地域から介護保険改革を提案する」（寺越博之）

\*2 1952年6月28日採択、1976年2月2日日本の批准。従って国内法の位置づけをもつ。

\*3 きょうされん緊急ブックレット③『だから言わんこっちゃない』P47