

# 公費負担医療制度の危機は人権侵害



Tadayasu Makino

牧野 忠康

## 日本福祉大学名誉教授

保健学博士。68年島根大学農学部卒業、東京大学医学部研究生、東洋大学大学院社会福祉学専攻（中退）、東京中央医療生協職業病相談室医療ソーシャルワーカー、（財）東京社会医学研究センター理事・研究員。

87年長野大学助教授、82年教授、94年日本福祉大学教授。教学部長、社会福祉学部長。08年日本福祉大学大学院教授、13年日本福祉大学名誉教授。13年公益財団法人日本医療総合研究所理事

趣味：読書、主に風景の写真撮影、騎演

現在進行中の公費負担医療制度の見直し問題について、現在・過去・未来の視座と基本的人権の保障の具現化としての社会保障の視点で論考を試みたい。

社会構造や疾病構造が変化し、社会保障のありかたの改革が必要だとされている。社会構造は、超少子高齢化と家族構成の問題が社会保障の重要な論点となる。医療構造は、年々1兆円の規模で増大する国民医療費の問題がある。疾病構造は、新興・再興伝染病・1類～5類感染症・新型インフルエンザ、急性・亜急性・慢性疾患、難病・希少疾患、労災職業病・「公害」健康被害・薬害などが課題である。その他に、放射線災害を含む災害医療や救命救急医療がある。

「社会」の脱落した社会保障・社会福祉・社会保健（公衆衛生）は、ミクロとしての個を中心にした福祉や援助・支援の普遍化である。社会保障政策の奔流が、保障から支援・援助へ、公助・共助から自助へ、買う医療への市場経済化の流れにあると考え、ミクロ・メゾ・マクロの複眼的な視角で課題にアプローチする。

## 現在

(1)財政抑制と市場経済化の奔流  
財政抑制は社会保障の切り下げ

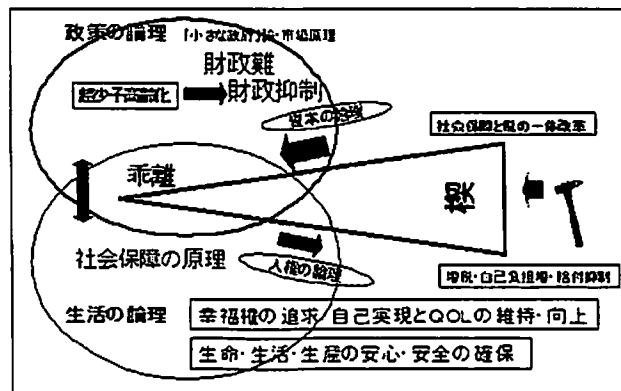
超少子高齢の社会にあって社会保障は、危機にさらされている。

幸福権や自己実現の追求と生命・生活・生産を<sup>いのち</sup><sup>くらし</sup><sup>ものづくり</sup>衛<sup>まも</sup>るという生活の論理が、超少子高齢社会での財政難の下での社会保障費抑制という政策の論理に楔を打ち込まれ、両者が乖離する現象が強まっている（図1）。社会保障と税の一体改革が提唱されて久しい。政治的思惑含みで議論が本質的に深まらないまま今日に至っている。

## アベノミクスで市場経済化

いま勢いのある「アベノミクス」の柱は、「大胆な金融政策」「機動的な財政政策」「民間投資を喚起する成長戦略」という三本の矢である。政策と戦略の味噌は、規制緩和にある。「民間にできるこ

図1 医療福祉における生活と政策の論理の乖離現象  
(2013.06.10牧野)



とは民間で」という規制緩和は、いつか来た道でもある。2001～2006年の小泉純一郎政権で劇場型政治の下に、行き過ぎた規制緩和がおこなわれた。この政策で雇用や社会保障の基本構造が壊されて国民の懐は冷え、わが国の生活基盤や地方経済や中小企業が疲弊し弱体化した。

安倍政権も、なぜ社会保障が聖域であってはいけないのか理解しがたいが、聖域なき財政改革などといってセーフティネットの生活保護費や年金給付など社会保障費の抑制に意欲的である。これは、TPP参加と同様に経団連傘下の大企業・財界の強い要請でもある。社会保障は、富の再分配という本質に基づき労使折半での保険料負担もあるが、労働者の生活保障や老後保障が充実すれば企業にとってもメリットは大きい。企業は、社会保障がもうけ分を喰って内部留保が減っていると考えるらしい。経団連は、所得の再分配である所得税ではなく企業に影響の少ない消費税で社会保障を賄えともいう。

しかし、社会保障としての年金や医療保障に関する改革など庶民に痛みを伴い投票行動に影響がでそうな部分は、2013年7月21日が投票日と予定されている参议院議員選挙までは具体案の提示や明言を先送っている。7月の参院選の前後に、財政再建政策として政府の社会保障制度改革国民会議が給付抑制など財政抑制を基調とする答申を出すことになってはいる。2012年12月の総選挙での圧倒的な勝利に続き、参院選での圧倒的な勝利で安定政権の確立をしなくては日本の未来はないと公言して憚らない政権与党はアンフェアである。

本来は脱原発とともに国民生活に密着した社会保障の改革案などは選挙前に示し、国政選挙の争点にして真正面から民意を問うべきである。選挙に勝つために鎧の上に衣を纏うという戦術は、民主主義に反する。国民にとって、自由でもなければ民主でもなく公明でもない。

#### アベノミクスから社会保障を救出せよ

参院選後での結果にもよるが衆院で圧倒している政権与党は、人口では圧倒的少数の財界や富裕層の意向を受けて国民負担増・社会保障費抑制・市場経済化を強行してくる。このことは、これま

での情報や経験から推論をすれば明確である。この奔流に圧倒的多数の庶民や貧困層やそのボーダー層の人たちが立ち向かい、基本的人権を守る闘いが強力に展開されなくては、『国民の半数以上が憲法96条「改正」に反対』（2013年5月14日付朝日新聞）して守ろうとしている日本国憲法が踏みにじられる。国民は賢くならなくてはならず、選択を誤ってはならない。

#### (2)国民皆保険を切り崩す高度先進医療 官民一体で医療産業化を促進

2012年10月21日付中日新聞に『医療ツーリズム拡大に本腰 旅行会社と病院が連携』という見出しで、高度な医療や検査で外国人富裕層を国内の病院に呼び込もうとする医療ツーリズムが部分的ではあるがビジネスチャンスになりつつあるという報道があった。さらに、2013年5月2日付日本経済新聞朝刊は『政府、UAEと医療包括連携 日本でがん患者治療 先端技術の浸透狙う』と報じ、石油産業富裕層が多いとされるアラブ首長国連邦に進出を図ろうとしていることが報じられている。

2013年4月21日付読売新聞では、『医療産業の海外展開、23社で新法人設立へ』と題し、官民共同で医療機器や医薬品や医療サービスを海外展開する事業を支援する組織づくりが進んでいることが紹介されている。官民一体でビジネスとして市場や儲けが見込まれる再生医療などの先端医療や医療機器開発や医薬品開発に前のめりにのめり込む状況を、2013年5月26日付京都新聞の社説は『成長戦略と医療 気がかりな「官民一体」』と警鐘を鳴らしている。

#### 弱者切り捨て

日本経済の打開策として安倍政権は、医療の産業化を成長戦略の目玉に据えている。医療関連産業の発展や医療技術の進化は望ましいことではある。しかし、この奔流は、TPP参加と同様にわが国の誇る国民皆保険制度を揺るがしかねないと危惧される。混合診療化のなし崩しの拡大は、多くの貧困層およびそのボーダー層が医療費負担を負いきれなくなって保険証があっても医療にアク

セスできなくなることが、国保被保険者などの受診行動調査で類推できる。医療格差が生じ、国民皆保険で実現してきた公平・平等な医療アクセスが崩壊する。金の切れ目が生命の切れ目、という社会になりかねない。

国民皆保険制度の下にあっても拡大する「一部負担」に耐えられない国策医療としての結核や難病・希少疾患などの受診・受療を補償する補てん的な制度としての公費負担医療制度が整備されてきた。いまや高度先進医療など保険給付の対象でない医療費負担は、私的保険としてのがん保険などの保険商品の市場となっている。財政抑制政策の標的にされるのが、弱い立場の公費負担医療制度などである。

### (3) 原発事故の対応にみる市場経済化政策の原型 「市場経済化」の本質

原発輸出に安倍政権の一丁目一番地である「アベノミクス」に市場経済化の本質を観ることができるので、以下に論述しておきたい。

2013年5月30日付朝日新聞に『日印首脳、原子力協定「早期に妥結」 交渉加速で合意』との見出しで、『安倍晋三首相は29日、インドのシン首相と首相官邸で会談し、インドへの原発輸出に向け、日印原子力協定の「早期妥結」で合意した。東日本大震災による原発事故で停滞していた交渉を加速させる。インドは核保有国で、核不拡散条約(NPT)の未加盟国との協定は初めてとなる』と報じた。これは憲法前文や第9条問題にも連動し、原爆被爆国として核拡散防止条約など平和問題に

関連した問題である(図2)。

2011年3月11日の東京電力・福島第一原発事故脱原発事故が未だ終息できず、物理的・肉体的・精神的な放射線被害も続いている。原発事故被害の賠償も遅々として進んでいない。脱原発の声は、国民の過半数を超え7割が脱原発を支持している(京都新聞2013.06.09付社説)という数字もある。原発の再稼働については、58%(朝日新聞6月8・9日調査)が反対である。これらの問題が未処理であり原発事故も未だ終息してない状態の中で、原発輸出などとは論外だと考えるのが常識である。もっとも「原子力むら」の常識はわれわれ国民の非常識だということを、「原発安全神話」で身をもって学習した。

引き続き安倍政権は、『成長戦略に「原発活用」、再稼働の推進明記 原発依存社会を継続 安倍政権案案』(朝日新聞朝刊2013.05.31)を発表した。さらに『日仏、原発輸出を推進 首脳合意へ 経済成長を共有』(朝日新聞朝刊2013.06.06)と報じられた。

### 結局は大企業のサバイバル戦略

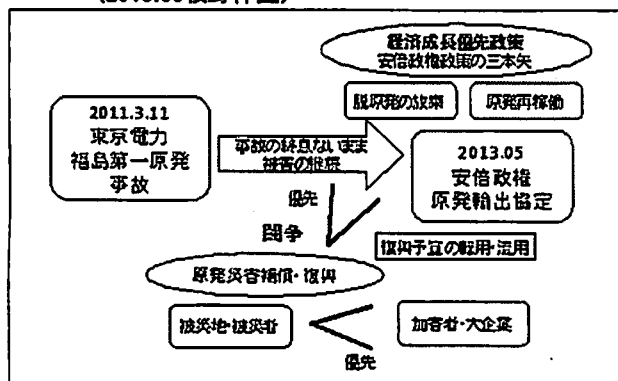
経団連の米倉弘昌会長(住友化学会長)、三菱重工業、東芝、日立、IHIなどが原発輸出に意欲を見せ政権に圧力をかけている。軍需産業を内包している大企業が、原発の稼働停止や脱原発で電力不足による日本経済の停滞や破綻を招くと喧伝し、原発の再稼働から原発推進への転換を形振りかまわず唄い上げている。国内でだめなら海外への輸出で活路を見つけることに躍起である。かつて、「公害」加害企業が国内で問題になった折、「公害」輸出に活路を見つけたという教訓と軌を一にする。利潤追求をすべて基本的人権の上に置いて優先する市場経済の企業行動の論理であり、本質である。特に、原発輸出は新幹線輸出と同軸で論じてはならない。

## 過去：人権をまもる闘い

### (1) 国民皆保険制度実現に観る社会保障闘争 過去を学ぶ・過去に学ぶ

今この原稿を書いている机上に、以下に紹介する7冊の本が載っている。

図2 福島原発事故に観る政府・行政・企業の論理構造  
(2013.06牧野作図)



人権侵害の現在を知り、過去の闘いの歴史に学び、未来の方向を見定める必要がある。東日本大震災、従軍慰安婦問題、島根県竹島問題、沖縄県尖閣列島問題、それぞれの歴史を学び・歴史に学ぶことが大切だと、改めてわれわれは再確認をした。

世界的にも優れものと評されている国民皆保険制度は、1961年に実現した。政策・制度での検証には『平成23年版 厚生労働白書 社会保障の検証と展望～国民皆保険・皆年金制度実現から半世紀～』（厚生労働省編・2011）が、今後の社会保障制度を考えるには『平成24年版 厚生労働白書—社会保障を考える—』（厚生労働省編・2012）が、それぞれによく整理されている。1961年の国民皆保険制度が実現する前後の山村・へき地の生活状況や保健・医療の実態を記した『自分たちで生命を守った村』（菊地武雄著・岩波新書668・岩波書店・1968）は、乳児死亡率152.4%（1957年）に象徴される当時の厳しい状況の中で貧困と闘いながら制度実現に奮闘した公（地方自治体）と民の活動を生なましく伝えている。

『人間裁判 死と生をかけた抗議／朝日茂の手記』（朝日茂著・草土文化・1965）と、『朝日訴訟運動史』（朝日訴訟運動史編集委員会編・草土文化・1971）は、

生活保護制度が日本国憲法第25条生存権の憲法違反であることを訴え、壮絶な異議申し立てを闘ったソーシャルアクションの方法論のテキストである。運動論としては、『若い世代に心をこめて贈る

21世紀に語りつぐ社会保障運動』（篠崎次男編著、小川栄二・松島京共編・あけび書房・2006）と、「当事者の「やむにやまれぬ」要求に根差した運動」の50年をまとめた『人間らしく生きるための社会保障運動』（中央社会保障推進協議会編・大月書店・2008）が優れている。

### 老人保健法がターニングポイント

1946年の日本国憲法公布で、それまでの明治欽定憲法は国民主権、平和主義、基本的人権の憲法として生まれ変わった。1946年旧生活保護法ができ1950年に生活保護法、1951年に結核予防法が制定され、公費負担医療制度の先駆けとなった。1961年国民皆保険の実現、1963年老人福祉法、1973年に岩手県沢内村（現、西和賀町）を起源とする老人医療無料制度が国の制度として実現した（図3）。しかし、1982年の老人保健法（現、高齢者の医療の確保に関する法律）により老人医療無料制度は廃止され、定額負担から始まった個人負担は定率負担に変えられた。1984年には健康保険法が「改悪」され、健保被保険者本人の原則無料現物給付が破ら

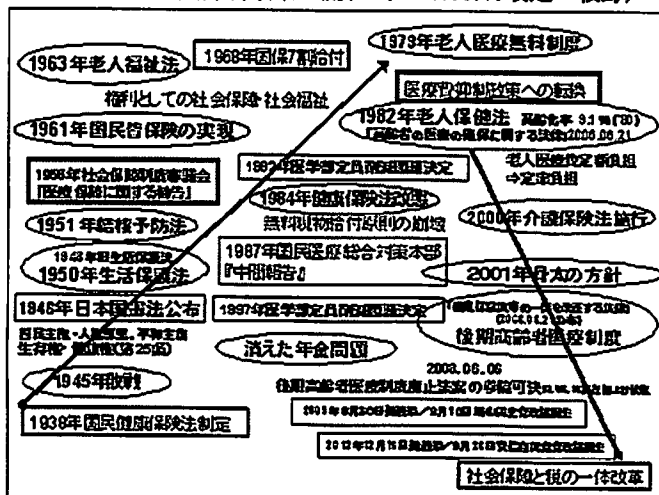
れて1割負担から現在では3割にまで拡大されている。

1987年に国民医療総合対策本部の「中間報告」が出され、「老人医療の在り方」「長期入院の是正」「大学病院等における医療、研修の見直し」「患者サービスの向上」「今後の検討事項」が提案された。しかし、国民医療費抑制のための老人医療と社会的入院バッシングだと批判が集中し、最終報告が出されることはなかった。でも、中間報告に書きこまれていた内容は、後の医療政策にほぼ取り込まれて実現していった。

また、現在の医療崩壊につながるといわれている深刻な医師不足の根源は、一県一医大構想の最終の琉球大医学部が学生受け入れを始めた翌年の1982年の医学部定員削減閣議決定にある。1997年に再度の医学部定員削減閣議決定をした。当時、医師数が増えれば、医師余りで失業者が出る、国民医療費が増えるという「医療亡国論」の暴論が席卷していた。確かに今日の法曹専門職養成の法科大学院の失敗と弁護士就職困難をみていると、専門職養成制度と専門職配置の政策の見直しが必要だと思われる。

その後、2000年の介護保険法施行に伴い医療と介護の分離がされた。2006年には後期高齢者医療制度ができ年齢による医療給付の差別化がなされた。2008年に後期高齢者医療制度廃止法案が参議院で可決され衆議院での再否決はないままだが政局に翻弄されて棚上げのままとなった。社会保障と税の一体改革は、社会保障制度改革国民会議に

図3 国民医療費抑制政策の流れ (2013.06.10改定・牧野)



検討が委ねられて8月に答申がとりまとめられることになっている。行き着く先や具体案は、不明のままである。

### 自治体病院・診療所の統廃合

自治体立病院・診療所の廃止や縮小、そして経営形態の転換（民間移譲や公設民営化）が続いているのは、歴史的視座と社会保障の視点からみれば問題である。特に市町村立は、1961年の国民皆保険実現の折に国民健康保険加入を促進するには保険あって医療なしでは加入をすすめられないとして、国保病院・診療所を創出した経緯がある。当時も深刻な財源難であり医師不足と医師の偏在で医療機関の創設には市町村は苦勞したとの記録が多く残されている。そうした努力の結果、無医村は解消された。

しかし、「平成の大合併」で複数の赤字と医師不足の自治体病院を抱えることになったこと、建物が老朽化し手狭になり移転建て替えの時期と重なったことなどで、統廃合が一気に進んだ。自治体病院・診療所の赤字補填は、一般会計からの繰り入れ＝税で賄ってきた。これは税金で医療が確保されサービスが提供されていたのである。この自治体病院・診療所の経営が困難だからといって、地域住民の財産でありインフラでもある医療機関の統廃合を進めていいかどうかは慎重な吟味と検討が必要ではないかと考える。貴重な地域住民の財産を失うことになっている。主権者である地域住民の合意が必要であるが、行政の論理で強行されているのが実態である。

### (2) ノーマル水俣病の闘いに観る生活保障と賠償の闘い

#### 水俣病は「公害」の原点

水俣病の認定基準や生活保障や補償制度は、加害企業が存在し公費負担医療制度ではないが原爆認定医療や原爆一般医療など政府による認定があって制度利用が可能になるものと制度設計の構造が類似している。また、先に論考した原発事故被害者救済や保健医療・健康管理の論理にも関係してくると思われるので、水俣病の補償問題について論及しておく。

水俣病は熊本県水俣湾・不知火海沿岸でチッソ水俣工場からメチル水銀の含まれる工場排水が垂れ流され、ヘドロの中の有機水銀が魚類や甲殻類などに食されて生体濃縮と食物連鎖でその頂点にいる人間がそれらを食することでメチル水銀中毒になったものである。「公害」の原点ともいわれている。人間だけでなくメチル水銀入りの魚などを食べたカラスや猫も水俣病に罹った。水俣病の公式確認は、医師と科学者の良心のもとに新日本窒素肥料（現チッソ）付属病院の細川一院長（当時）が水俣保健所に届けた1956年5月1日とされている（図4）。

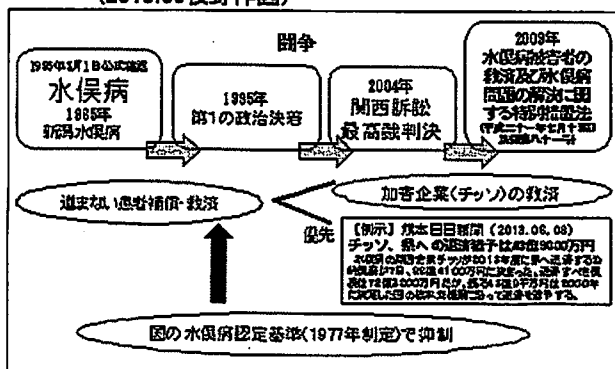
#### 新潟水俣病

水俣病は、新潟県阿賀野川流域でも発生をした。昭和電工鹿瀬工場が阿賀野川上流でメチル水銀の含まれた工場排水を垂れ流した。それを食べたニゴイやウグイなどの川魚にメチル水銀が蓄積され、その魚を食べた人間がメチル水銀中毒になったものである、第二水俣病とも称された。新潟水俣病は、1965年6月16日に新潟大学の椿教授と新潟県の北野衛生部長が「川魚によるもの」と発表し水俣病の存在が確認された。

#### 水俣病・国・加害企業との闘い

1967年に後で確認された新潟水俣病の提訴が先行し、1969年に熊本水俣病の提訴も続いた。水俣市はチッソの企業城下町である。補償や賠償を求めることは、城主に刃向うことだとの攻撃をチッソはもとより市民からも受けた。水俣病への社会的差別・偏見が凄まじく、これとの闘いも強いられた。

図4 水俣病に観る政府・行政・企業の論理構造  
(2013.06牧野作図)



そうした状況下で、多くの専門家や市民の支援のもとに原因物質の特定や責任の所在そして水俣病診断の認定基準などが多くの裁判で争われた。正確な被害者数は定かではないが熊本水俣病（熊本県、鹿児島県）は50万人、新潟水俣病は認定を受けた者690人、未認定だが総合対策医療事業を受けている者834人とされている。

裁判で原告が勝訴しても国・県が水俣病と認めないなど救済が遅々として進まない中、1995年に村山政権が政治決着と称して補償を行った。しかし、大量の未救済のものがでたり裁判の判決を求めたりで紆余曲折が続いた。2004年に関西訴訟最高裁判決で国の責任と認定基準の司法判断がだされて判決が原告の全面勝利で確定した。しかし、国は頑として認定基準の見直しを行わないまま今日に至っている。水俣病被害者の高齢化と補償のこう着状態が続く中で、2009年に議員立法で『水俣病被害者の救済及び水俣病問題の解決に関する特別措置法』が成立した。

これは、第二の政治決着と呼ばれている。しかし、この法律でも解決には程遠い状態である。

加害企業は、科学者を動員して徹底的に被害の存在を否定し、追い詰められ否定しきれなくなると被害状況の矮小化を図る。補償や賠償については、理不尽な値切りを行う。これがこの種の加害企業や国の行動に共通した行動パターンである。水俣病特措法は加害企業を助けた

そもそもこの特措法にはチッソの分社化が盛り込まれ、実際に補償を中心の原因企業チッソから子会社JNCが液晶生産などすべての営利事業の譲渡を受け、2011年4月に分社化した。儲けの出る子会社をつくり、補償で儲けの出ないチッソを切り離したのである。これが加害企業の論理である。その結果、2013年6月8日付熊本日日新聞が『チッソ、県への返済猶予は43億9000万円』と題して報じているように、「水俣病の原因企業チッソが2013年度に県へ返済する公的債務が7日、28億4100万円に決まった。返済すべき債務は72億3200万円だが、残る43億9000万円は2000年に決定した国の抜本支援策に沿って返済を猶予する」という加害企業の救済策を国・県から引き出しているの

である(図4)。

水俣病問題で忌まわしい経験をしてきた裁判や責任問題や補償問題、そして健康管理など課題などは、相対的に高額で大量かつ長期に続き国策企業のチッソと企業体質の似た東京電力・福島第一原発事故でも繰り返される可能性を指摘しておきたい。責任の明確な「公害」補償ですらこのような状態であるのだから、国の法律に基づく公費負担医療制度とはいえ保障の要求や闘いの力関係が崩れると、たちまち値切られたり消滅することは自明である。

## 未来：政財界の社会保障切り崩しの潮流に抗して

### (1)「絆」と「結」

2011年3月11日14時46分の東日本大震災(地震・津波・原発事故)以後、「絆」という言葉が強調され流行った。

「絆」で象徴される人間同士の繋がりが大震災に

立ち向かう大きな力になり、大事なことのひとつだと思う。本来は、犬・馬・鷹などの家畜を、通りがかりの立木につないでおくための綱のことを指していたようで、労働の概念が含まれていない。

同じ糸偏ではあるが、「結」という言葉がある。日本の村落共同体などでは「結」が、協働形態を指し、労働力を対等に交換しあって田植え、稲刈りなど農の営みや岐阜県白川郷に代表される合掌造り屋根の葺き替えなど生活の営みを維持していくために共同作業をおこなう相互扶助組織のことを指す。労働の概念を含む共助の概念であり、現代社会にあっても重要である。

しかし、大震災からの救助や復興には、公助が第一義的であるべきと、論者は考えている。最近では、自らのいのちは自分で守れという「津波でんでんこ」の教えの影響もあって、自助や共助が不当に強調され過ぎていると思う。確かに、災害に限らず自助・共助を育む地域社会づくりは必要なことは当然である。国家の本源的な機能を考え

## 大阪保険医雑誌 7月号

2013年7月20日

No.562

発行所 大阪府保険医協会【編集部 Email: zasshi@osaka-hk.org】

発行人 杉嶋 正信

〒556-0021 大阪市浪速区幸町1-2-33 (☎ 06-6568-7721 / Fax 06-6568-2389)

印刷所 関西共同印刷所

定 価 1部800円(郵送料別) 会員の購読料は会費に含まれています。

乱丁・落丁はお取り替えいたします。本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

### 雑誌部

部長	笹川征雄
宇都宮健弘	清水聖保
副部長	中村 厚
辻 一省	橋本忠雄
顧問	水野俊樹
野村 拓	森田重治
	守田由雄
部員(50音順)	吉村 猛
泉谷徳男	担当事務局
今井 真	北川恵子
岡崎邦夫	中村 翔
京谷京子	

ると、公助が前面に出るのが必然である（図5）。

朝日新聞は、2013年6月3日付の朝刊で『復興予算、雇用でも流用 被災地以外に1000億円』と報じ、2013年6月5日付の社説で『復興予算流用一納税者への裏切りだ』と説いた。

なぜこのような国家としての裏切り行為が行われるのだろうか。災害復旧・復興は、公助が優先で行われるべき事業だという国家の自覚が乏しすぎるとしか言いようがない。国民に「美しい国」を説く前に、やることがあるだろうと思う。

絆も大切だが、結がより大切だし、生命を<sup>まも</sup>衛る・生活を衛る・生産（＝雇用と労働）を衛るために公助としての基本的人権の保障や社会保障が何より優先されるべきだと考える。これは、いかなる時や状況でも人間が人間として尊厳をもって暮らすための必須アイテムとして、人民が歴史の中で闘いとしてきた哲学である。

## (2) 公費負担医療制度の位置

公助としての公費負担医療制度の位置を確認しておきたい。

日本の医療保障制度は、公的医療保険の国民皆保険で成り立っている。社会保険なので保険料を払って保険関係が成立しなければ、サービスを受ける権利が発生しない。サービスの量や質は、負担と相関するのが原則である。

高負担で低リターン、中負担で低リターン、高負担で中リターン、低負担で高リターンなどが考えられる。日本の医療保障は、中負担で低リターンと高負担で中リターンの間で、高負担で中リ

ターンに近い位置にあると評価できる（図5）。

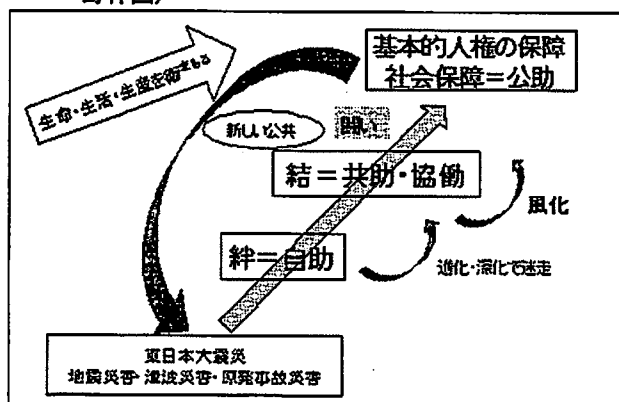
公費負担医療制度は、それぞれの保険料を除く負担部分を補てんしていると考えられる。闘いなくして社会保障なし、社会保障なくして基本的人権保障なし、である。要求や闘いの力が弱くなれば適用条件が厳しくされる、狭められる、廃止される、ということが起きる。該当疾病の新規参入でも、闘いの力関係が左右を分ける。希少疾患の場合には、特に母数が少ないので多くの仲間と協働し連帯した闘いが必要になる。

結核のように今でこそパンデミックな流行はないが、下層に沈殿して発症が続いて目立たないだけである。条件が整えば再燃する危険をはらむ疾病もある。結核患者を診たことのない医師や医療職が多くなる中で、症例と治療技術の開発やノウハウの継続した蓄積が重要である。沖縄タイムス（2013.05.27）は、『社説「結核集団感染」早期発見を徹底しよう』と説いた。これは、「那覇市内の小学校で結核の集団感染が発生した。那覇市健康部によると、感染者は最初に発病した男子児童を含め、児童、家族・親族、教職員ら67人。このうち児童、家族・親族の計6人が発病した」ためである。

また、中国新聞（2013.05.24）は、社説で『風疹の予防接種 助成の検討も必要では』と説いた。これは、「風疹の流行が収まる兆しが見えない。首都圏を中心に急増した患者は西日本に拡大し、中国地方でも増え続けている」からであり、「特に心配なのは、妊娠初期の女性が感染した場合、赤ちゃんが「先天性風疹症候群」になる可能性が高まることだ。難聴や心臓病、白内障などを引き起こす恐れがある」からである。一時期、風疹の予防ワクチンの接種を義務付けていなかったことが問題であった。今、各地の自治体では風疹ウイルスに免疫のない妊娠を希望する女性とその夫を優先して、接種費用を助成して接種の呼びかけを行っている。抜かりない対策と継続的な観察が必要な例である。

医療保障闘争の方向は、政財界の社会保障切り崩しの潮流に抗して人権尊重の低負担・高リターンの社会保険制度にしていくことにある。最終的

図5 東日本大震災に観る地域再生の概念図（2013.06牧野作図）





には、現時点では非現実的な目標だとの誹りを免れまいが、保険料を含め負担を0にしていこうことである。すべての傷病という理不尽な不幸を社会の共同で克服するのが、真の科学的ヒューマニズムである。

## おわりに

労働組合の組織率が、推定組織率12.8%（労働厚生省：平成22年労働組合基礎調査結果の概況）である。嘗ての社会保障推進運動や社会保障闘争がそうであったように、患者・家族や患者・家族団体などと連帯して労働組合が「当事者のやむにやまれぬ要求に根差した運動」を行う力が減退してきている。

しかし、地域で粘り強く社会保障運動の伝統を引き継いで闘っている人たちが、多く存在することもわかった。かつての労働組合や社保協の猛者たちが定年退職し年金生活に入っている。この人たちが年金者組合や高齢者生活協同組合などを組織し、当事者として社会保障の闘いに参加している。地域で頼りになる存在である。若者たちのエネルギーも大きいことが、東日本大震災の復興支援で確認することができた。

本論考では「闘争」や「闘い」を多用した。今時の若者たちにとっては死語であろう。しかし、闘いは、人間・動物としての生活者である限り天地異変を含む自然環境や社会環境と「生きる」を闘い続けることは避けられない。今や「死ぬ」のも闘いである。ただ、一人だけでなく、これも「絆」に置き換わって死語となっているが「連帯」

して仲間と生きることを学び共に闘えば、孤立や孤立死や自死も回避できると考えている。

これからも、ますます増える大勢の高齢者たちと少なめの若者たちや子どもたちが社会や地域で共生していかなければならない。地域生活のインフラである保健・医療・介護・社会福祉を連携・統合して住民参加の地域包括ケアシステムの構築を、まちづくりとして取り組まなくてはならない。新しい社会保障推進の闘いが必要である。その人材としても、急な環境変化を避けるためにも、生きがいを継続させるためにも、地域の年金者組合や高齢者生協に参加しているひとにも参加していない人も、呼びかけあって結集するのがよい。

社会疫学調査などによれば、運動する人（意味が違いかも?）、お出かけが多い人、何でも話ができる仲間が多い人などはソーシャルキャピタルが豊かで、丈夫で長生きするとされている。地域で他者への大きなお世話やお節介も含めた相談・援助を行いつつ、社会保障推進の運動を展開し、自分と家族と仲間と地域の人々の幸せを実現していければハッピーだと思う。

ハッピーを保障するために、保険医協会に結集する医師・歯科医師の皆さんが、当事者のやむにやまれぬ要求に根ざして専門職の立場から患者・家族や地域住民らと協働し、基本的人権の保障を目指す地域医療の変革運動を取組まれることを期待したい。

### 参考文献

本論考の中の「(1)国民皆保険制度実現に観る社会保障闘争過去を学ぶ・過去に学ぶ」の項で示した7冊  
『厚生指標 増刊 国民衛生の動向 Vol. 59 No.9 2012/2013』、厚生労働統計協会、2012

図6 公費負担医療制度の位置の概念図 (2013.06牧野作図)

