

人権としての「医療へのアクセス」 が保障される社会の実現を目指して

2024年11月17日

弁護士 村上 晃

1

1

コロナ禍で顕在化した日本の医療制度の 脆弱性

医療提供体制の崩壊

コロナ禍で仕事を失った、収入が減った
ことなどの
経済的理由による受診抑制

2

2

経済的理由により受診を控える、あるいは受診できない実態

2021年に全日本民主医療機関連合会（民医連）が行った「経済的事由による手遅れ死亡事例調査」によれば、調査対象となった民医連の706事業所の死亡例は45件。

3

3

コロナ禍で明らかになった日本の医療の危うさ・もろさ・「医療へのアクセス」の現状

- ①経済的理由により受診を控えるあるいは受診できない人が少なからずいること
- ②医療機関、医師・看護師を含む医療提供体制が不足していること
- ③個々人ではなく、社会構造的な要因が健康の格差を生み出し、また「医療へのアクセス」が妨げられることがあること

4

4

憲法 13条 個人の尊厳原理

憲法 14条 平等原則

憲法 25条 健康で文化的な生活

社会権規約 12条 1項

「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」

5

5

「人権」であることの意味

**国の国民に対する義務を定めた
のが憲法(立憲主義)**

6

6

「人権」としての医療へのアクセス

国・地方自治体

- ・ 医療保険制度
 - ・ 医療提供体制
 - ・ 公衆衛生体制
- } 整備・拡充する
責務

7

7

国民健康保険保険料滞納世帯数

	世帯数	割合(%)
国民健康保険全世帯	1,704,0689	100.0
滞納世帯	1,947,672	11.4
短期被保険者証交付世帯	434,557	2.6
資格証明書交付世帯数	91,583	0.5

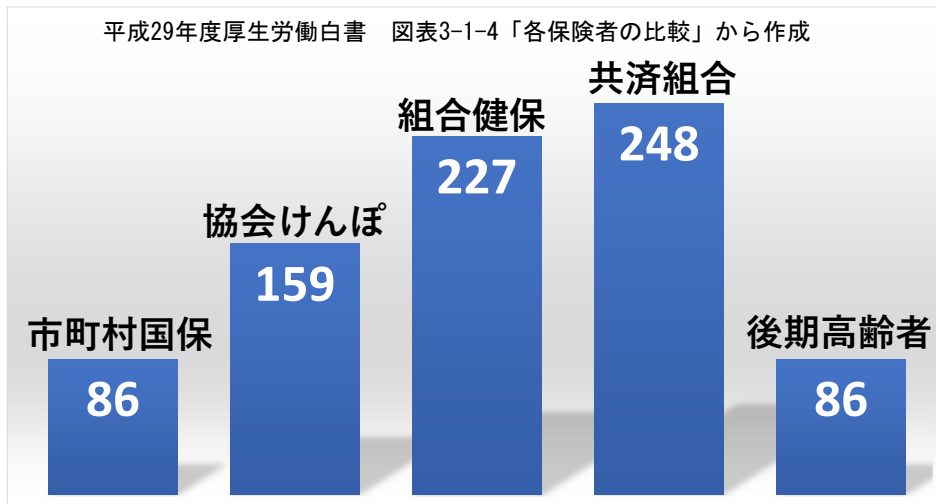
出典：令和3年度国民健康保険（市町村国保）の財政状況について（厚生労働省、2023.6.30）

8

8

加入者一人当たり平均所得（万円）

平成29年度厚生労働白書 図表3-1-4「各保険者の比較」から作成

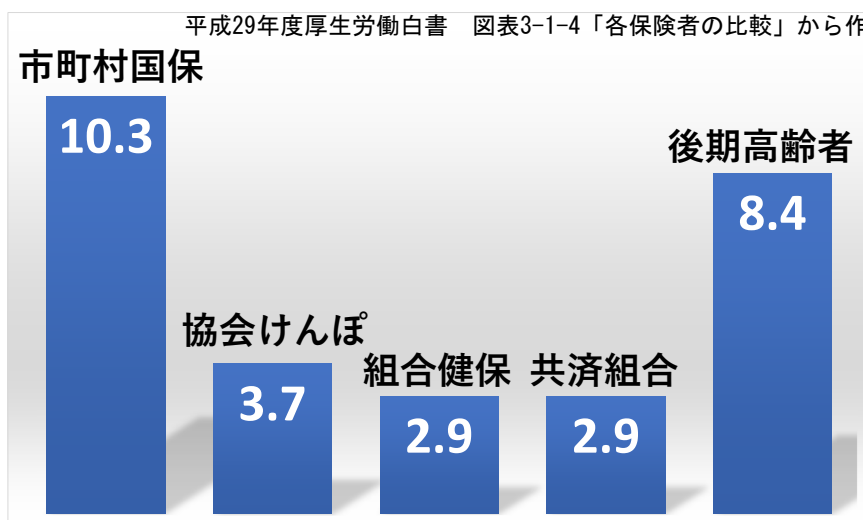


9

9

事業主負担分を除く保険料負担率（％）

平成29年度厚生労働白書 図表3-1-4「各保険者の比較」から作成



10

10

国際的にも高い日本の窓口負担

窓口負担（本人負担）がない国

カナダ ドイツ（外来） フランス（実質）
イギリス イタリア スペイン
インド インドネシア フィリピン

厚生労働省「2022海外情勢報告」

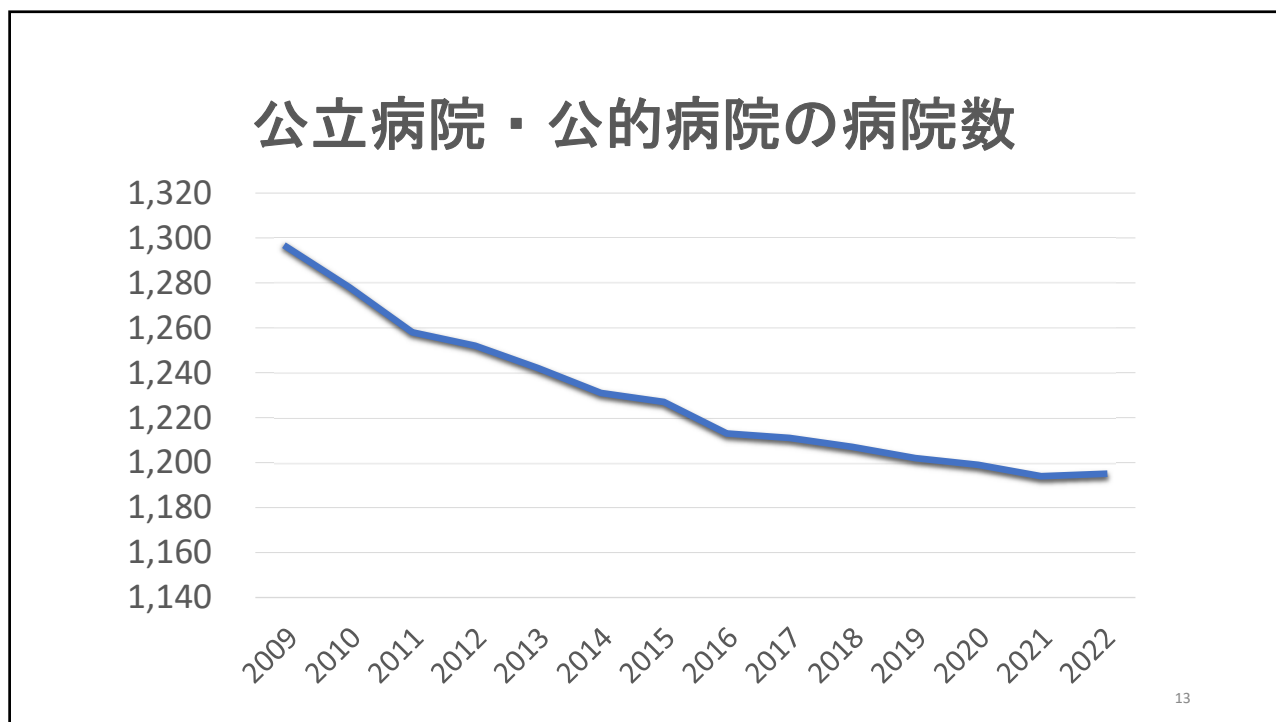
11

11

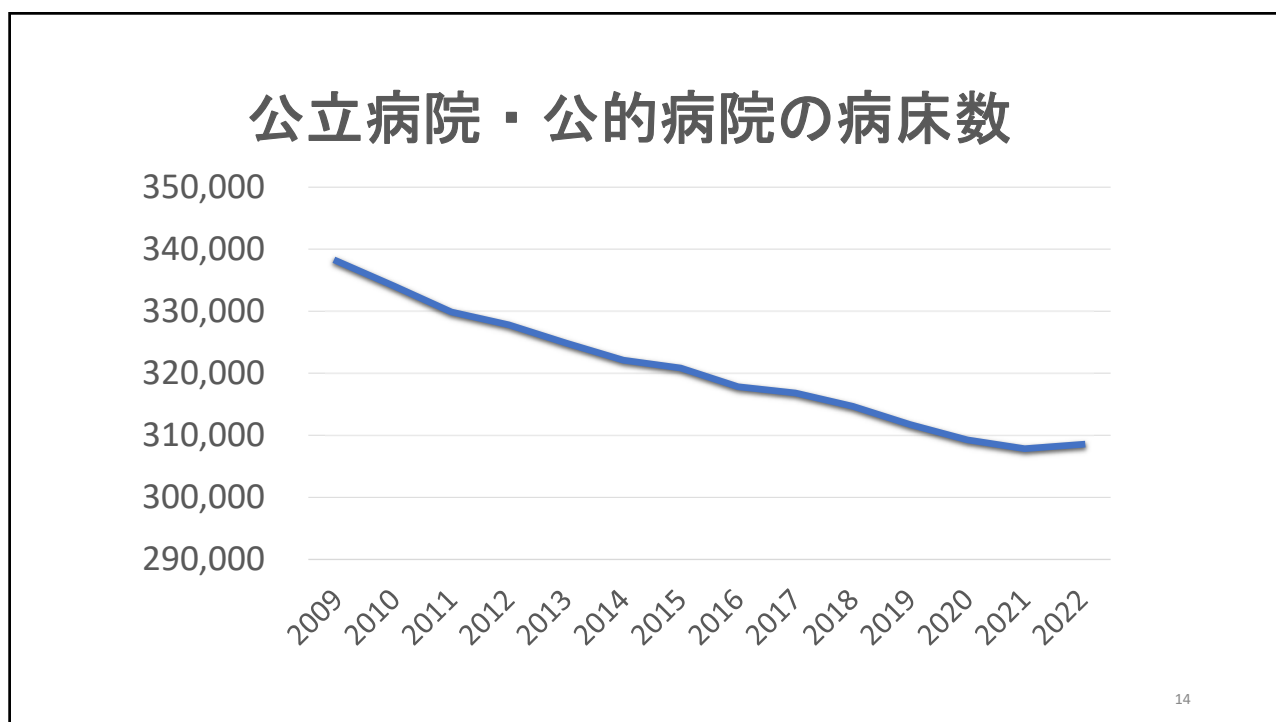
国名	医療保障制度	窓口負担（本人負担）	保険料
カナダ	メディケア （全国民対象）	なし（コアとされる医療）処方箋・歯科・眼科・リハビリは対象外	なし（税財源）
アメリカ	①メディケア （高齢者・障害者）	入院：1回1600ドル（61日～90日まで＋400ドル/日、91日～800ドル/日） 外来：年間226ドルまで免責額負担。免責額を超えた分の20%を負担。	現役世代の社会保障税（2.9% 労使折半） 加入者の年収に応じ月164.90～560.50ドル
	②メディケイド （低所得者）	なし	なし（税財源）
フランス	被用者制度（一般制度）に国民の88%が加入。その他の被用者制度と非被用者制度により99%が保険制度でカバーされている。	償還率は医療行為により異なるが、外来は70%、入院は80%。通常の医薬品は65%。多くの場合、自己負担分は共済組合や相互扶助組合等によりカバーされている。	法定最低賃金（SMIC）の2.5倍までの給与の7.00%、それ以上の給与の13.00%を使用者が負担。被用者の保険料負担はない。
ドイツ	公的医療保険	外来：なし、入院：1日10ユーロ、薬剤：10%	14.6%を労使折半（使用者：7.3%、労働者：7.3%）
イギリス	NHS （国民保健サービス）	なし（外来処方箋：定額負担、歯科：定額負担）	税方式（国民保険料の一部がNHSの費用に拠出される）
スウェーデン		外来：通院1回当たりの定額が、初診か否か、患者の年齢、訪問先などに応じて設定されている。 入院：1日当たりの定額が患者の年齢・所得、入院日数などに応じて設定されている。	なし（広域自治体・レギオンが税方式で現物給付を行う）
イタリア	SSN （国民保健サービス）	なし（かかりつけ医・公立医療機関での受診の場合）	なし（税財源）
スペイン	SNS （国民保健サービス）	なし	なし（税財源）

国名	医療保障制度	本人負担割合	保険料
インド	①従業員国家保険	なし	
	②国家国民医療制度	なし	なし
インドネシア	SJSN Health	原則無料（一定額を超える場合自己負担）	月収の5%（雇用主4%、被保険者1%）
タイ	①公務員医療給付制度（公務員）	通常なし	なし（税財源）
	②社会保険制度（民間被用者）	一定限度額を超えるまで負担なし	社会保険制度全体で10%（労使折半）＋政府追加拠出
	③国民医療保障制度（上記以外）	1回の入院・外来ごとに30パーツ（低所得者は無料）	なし（税財源）
シンガポール	①メディセーブ（入院・日帰り手術・人工透析等） 一般外来は適用外	なし	給与の一定割合を労使が積み立てる
	②メディシールド（多額・長期医療）	入院日数・手術に応じて保険請求額に上限あり	年齢によって年間の保険料が決まる
	③メディファンド（低所得者）	なし	なし（全額国庫負担）
ベトナム	①士官、6歳以下の子ども、貧困生活者、社会保護手当受給者等	なし	なし
	②退職手当受給者、準低所得者	5%	なし（退職手当受給者は4.5%を社会保険が拠出）
	③上記①②以外	20%	使用者3%・労働者1.5%（民間企業の労働者、公務員） 標準報酬月額額の
フィリピン	UHC (Universal Health Care)	原則無料（一定額を超える場合自己負担）	2.5%（使用者1.25%、労働者1.25%）
韓国	国民健康保険	入院：20% 外来：医療機関の種別により30～60% 薬局：30%	職場加入者：標準報酬月額×6.99%（労使折半）

12



13



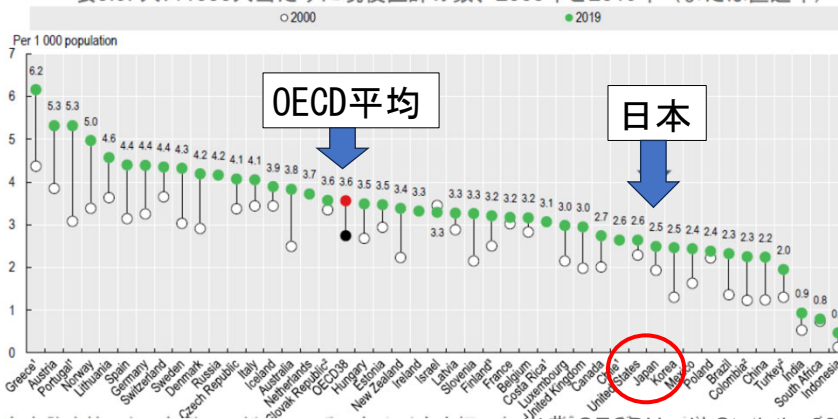
14

医師不足



人口当たりの医師数はOECDの中で6番目に低い

表8.3. 人口1000人当たり現役医師の数、2000年と2019年（または直近年）

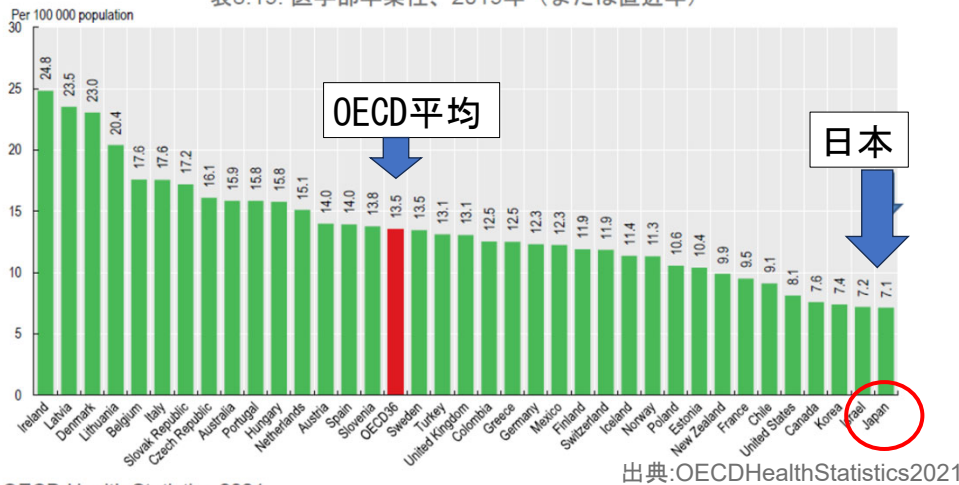


15

15

医学部の定員抑制

表8.19. 医学部卒業性、2019年（または直近年）



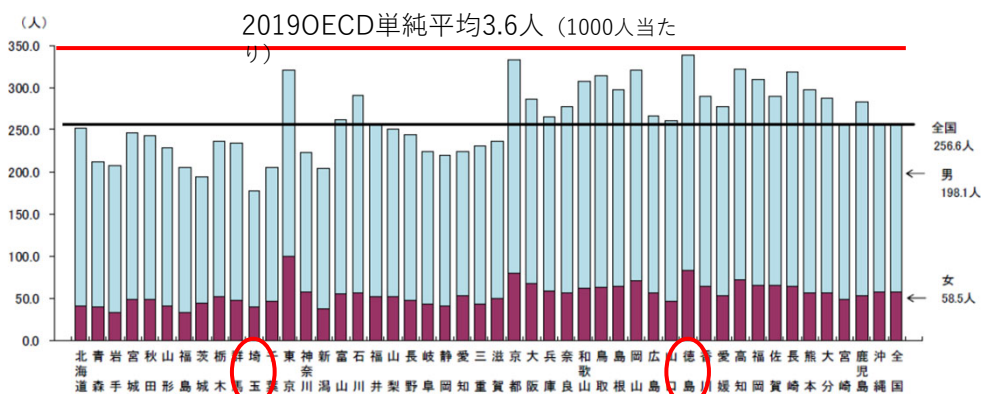
16

16

医師不足と地域偏在状況

都道府県別にみた人口10万対医師数

令和2（2020）年12月31日現在



厚生労働省「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」

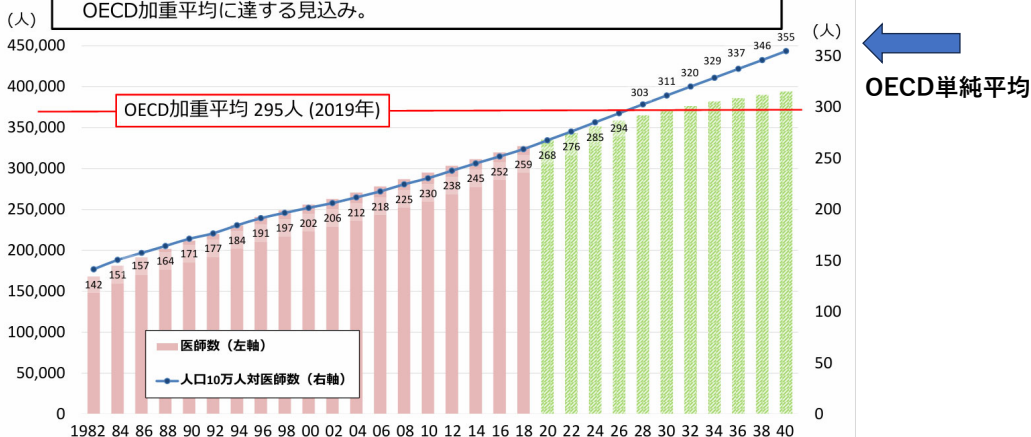
17

17

OECDデータのミスリード

人口10万対医師数の年次推移+将来推計

現在の医学部定員数が維持された場合、2027年頃に人口10万人対医師数がOECD加重平均に達する見込み。



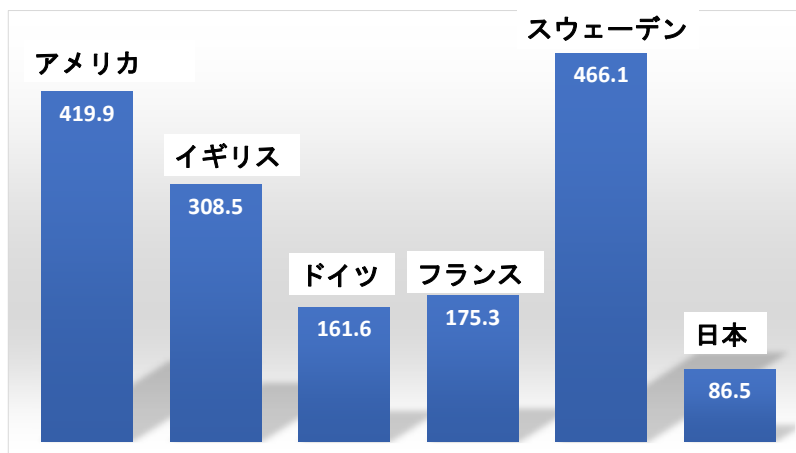
※ 2020年（令和2年）以降は、平成18年～平成28年の三師調査及び医籍登録データによる登録後年数別の生残率に基づき、全国医学部定員が令和2年度と同程度を維持する等の仮定を置いて、平成30年医師・歯科医師・薬剤師調査による医師数を発射台として将来の医師数を推計
 ※ 将来人口については、日本の将来推計人口（平成30年推計）（国立社会保障・人口問題研究所）
 ※ OECD加重平均はOECD Statistics（2019）データより算出。

14

18

18

病床100床当たりの看護職員数



19

19

日本の医療費抑制策の経緯

20

20

医療費抑制策の内容

- 医療需要抑制としての窓口負担増
- 医療供給抑制としての医師数の抑制、病床削減

21

21

第二次臨時行政調査会第一次答申

1981. 7. 10

ア. 次の基準により支出の節減合理化を図る。

③ 社会的公正の原則及び自立・自助の精神に照らして問題があものは、所得制限、負担増、助成の縮減等、受益者負担の適正化を図る。

ア) 医療費の適正化

年々急増する医療費については、総額を抑制し、医療資源の効率的利用を図るため、以下の措置をとる。

① 医療保険の国庫負担については、定額国庫補助の廃止等によりその削減を図る。また、受益者負担の原則にかんがみ、高額医療費自己負担限度の引上げ等を行う。

22

22

社会保障制度改革推進法

2012年

(基本的な考え方)

- ・ **自助、共助及び公助**が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、**家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援**していくこと。
- ・ 年金、医療及び介護においては、**社会保険制度を基本**とし、**国及び地方公共団体の負担は、社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てる**ことを基本とすること。

23

23

地域医療構想(2014年～)

- 全国で15万6000もの病床削減が必要となる
- 地域に必要な医療機関や診療科の縮小・廃止のおそれ
- 法改正で都道府県知事の権限が強化され「上からの病床削減」が進められる懸念
- 必要な医療を受けられない患者の続出、地域医療崩壊のおそれ

24

24

公立・公的病院の統廃合

- 厚生労働省は、424の公立・公的病院について、「再編統合について特に議論が必要」と名指しして再編統合を推し進めようとした。
- 構造改革として行われた「平成の大合併」により、公立病院の統廃合が行われた。それに加え「地域医療構想」の一環として、さらに再編統合を推し進めようとしている。

25

25

病床の大幅な減少

- 1999年～2019年の間に約25万以上の病床が削減された。
- 「社会的入院」や過剰な精神科病床だけでなく、高度急性期・急性期病床の削減を含んでいる。

26

26

医療費抑制ありきの 医療費抑制策からの転換

27

27

兪炳匡（ゆう へいきょう）教授の見解

第65回日本弁護士連合会人権擁護大会シンポジウム第1分科会の講演から

□医療費抑制策の前提「医療費上昇は経済成長の足かせ」を実証するエビデンスは非常に弱い。

28

28

医療費抑制策の過去の政策は**全て失敗**

□窓口での患者負担の増加

- 一→医療費を抑制する**効果はゼロ**
- 一→低所得者・病弱な人の**健康状態を悪化**させる

□医師数の抑制

- 一→医療費を抑制する効果はゼロ

□高齢化率と医療費の相関は弱い

29

29

そもそも

医療費↑がGDP成長を阻害する**エビデンスは非常に弱い**

財政赤字を減らす2つの方法

1. 支出を減らす
2. **次年度以降の税収が増やすため、特定の項目への支出を相対的に増やす**
 - 一→この議論はほとんどゼロ
 - 一→理論に基づく実証的エビデンスが必要

30

30

日本の産業部門別の経済波及効果のランキング
医療関連分野、特に予防医療教育は平均より高い

産業部門	経済波及効果†	
	ランク	係数
上位5部門（広告（1位）、輸送機械、社会保険事業（国公立）、公務（地方）、社会福祉（国公立）（5位））	1-5	6.131-6.278
保健衛生（予防医療教育）	9	6.016
介護（居宅、施設）	19,32	5.769-5.895
医療（国公立、公益法人等、医療法人等）	26,34,36	5.731-5.831
教育、研究	12,37	5.712-5.983
医薬品、医療用機械器具	35,45	5.616-5.740
公共事業	46	5.612
農林水産業	50	5.509
下位5部門‡	56-60	3.102-4.521
全産業（60）部門平均		5.660

※原簿簿「医療サービス活動における産業・雇用連鎖分析の展開」より筆者作成。経済波及効果は小数点以下4位で四捨五入、雇用係数は小数点以下5位で四捨五入した。
†：経済波及効果：解釈の一例は、「保健衛生」で新たな需要が100万円発生した場合、各産業への最終的な経済（生産）波及効果が601.6万円であることを示す。
‡：雇用係数：各産業部門で1単位（100万円）の生産を行うために必要となる雇用者数（個人業主も含む）を示す。例：農林水産業部門で100万円の生産（需要、売上手）には、農林水産業部門で3.102人の雇用が必要。
§：経済波及効果上位5部門：広告（1位）、輸送機械、社会保険事業（国公立）、公務（地方）、社会福祉（国公立）（5位）
経済波及効果下位5部門：不動産（56位）、電力、ガス、上水道、リース・サービス、石油・石炭製品（60位）

齋炳匡氏作成

31

31

経済波及効果

- **経済波及効果**：解釈の一例は、「保健衛生」で新たな需要が100万円発生した場合、各産業への最終的な経済（生産）波及効果が601.6万円であることを示す。

32

32

日本の産業部門別の雇用創出効果のランキング
医療関連分野、特に予防医療教育のランキングは極めて高い

産業部門	雇用係数±	
	ランク	係数
上位5部門（農林水産業（1位）、介護（居宅）、飲食店、小売、福祉（国公立）（5位））	1-5	0.1799-0.2639
保健衛生（予防医療教育）	11	0.1002
介護（居宅、施設）	2,8	0.1396-0.2437
医療（国公立、公益法人等、医療法人等）	13,16,18	0.0820-0.0897
教育、研究	12,31	0.0511-0.095
医薬品、医療用機械器具	39,50	0.0188-0.0397
公共事業	25	0.0688
農林水産業	1	0.2639
下位5部門§	56-60	0-0.0105
全産業（60）部門平均		0.0613

注：産業部門「医療サービス活動における産業」・雇用連関分析の範囲より筆者作成。経済波及効果は小数点以下4位で四捨五入、雇用係数は小数点以下5位で四捨五入した。
†：経済波及効果（乗数）の一例は、「保健衛生」で新たな需要が100万円発生した場合、各産業への最終的な経済（生産）波及効果が60.6万円であることを示す。
‡：雇用係数：各産業部門で1単位（100万円）の生産を行うために必要となる雇用者数（個人または会社）を示す。例：農林水産業部門で100万円の生産（農業、売上人）には、農林水産業部門で0.2639人の雇用が必要。雇用係数上位5部門：農林水産業（1位）、介護（居宅）、飲食店、小売、福祉（国公立）（5位）
§：雇用係数下位5部門：電力（56位）、不動産、分類不明、石油・石炭製品、事務用品（60位）

兪炳匡氏作成

33

33

（政府には、経済成長と社会保障の好循環を実現するための環境整備が求められる）

社会保障は、経済活動を維持するためにやむを得ない支出であるとの意識が依然根強いが、一方で、**経済成長にも大きく寄与する機能**を有している。

具体的には、持続可能で安心できる社会保障制度を確立することは、**人々の将来への不安を減らし、消費や経済活動を拡大させることを可能とするという効果**を通じて、**新たな成長の基盤**となる。また、現在でも、医療・福祉産業で約460万人もの雇用を生み出しており、今後、高齢化の進展の中にあっても、**社会保障分野の安定した財源の確保により、若い世代も含めた雇用がより拡大**することが見込まれるとともに、**社会保障分野における潜在需要を顕在化させる**ことによる**新たな雇用創出が期待**される。また、医療イノベーションなどを通じた、新産業の育成も期待される。

政府には、持続可能な社会保障制度の構築を通じて、社会変化に対応した国民の生活保障を実現することに加えて、**社会保障と経済との好循環を通じて経済成長を実現**するための環境整備が求められている。こうした政策対応の結果として、今後、医療・介護・子育て分野での雇用創出、ライフイノベーションによる成長産業の創出、民間企業を含めた多様な事業主体の新規参入促進などの効果が期待されている。

平成24年版厚生労働白書

34

34

医療費・社会保障費抑制に向けたミスリード

1995年の推計(旧厚労省) 2025年の医療費は141兆円
 2001年の推計(厚生労働省) 2025年の医療費は81兆円

2018年には、社会保障費の将来推計として、2040年には190兆円になる、今の1.6倍に増加すると報じた(医療は68兆5千億円、1.75倍)。しかし、政府が目標とした経済成長率年2%を達成するとすれば、現在のGDPに対する社会保障費の割合と変わらない。

(香取照幸・「民主主義のための社会保障」72頁)

35

35

人権としての「医療へのアクセス」が保障される社会の実現を目指す決議

- ① 誰もが必要な医療を受けられる医療保険制度を構築すること
(窓口負担廃止の拡大、保険料の逆進性の解消・応能負担貫徹、マイナ保険証と健康保険証の選択権)
- ② 医療提供体制を充実させること
(「地域医療構想」の見直し、公立・公的病院を少なくとも存続させる、医師・看護師等の不足や偏在の解消)
- ③ 公衆衛生体制を充実させること
- ④ 地域を支える存在としての医療・公衆衛生の重要性に鑑みた政策決定を行うこと
- ⑤ 健康格差の社会構造上の要因を認識し、公的取組を行うこと

日本弁護士連合会ホームページ

https://www.nichibenren.or.jp/document/civil_liberties/year/2023/2023_1.html

36

36

2つの人権という視点

37

37

2つの人権

- ①人権としての「医療へのアクセス」
- ②医療従事者の人権

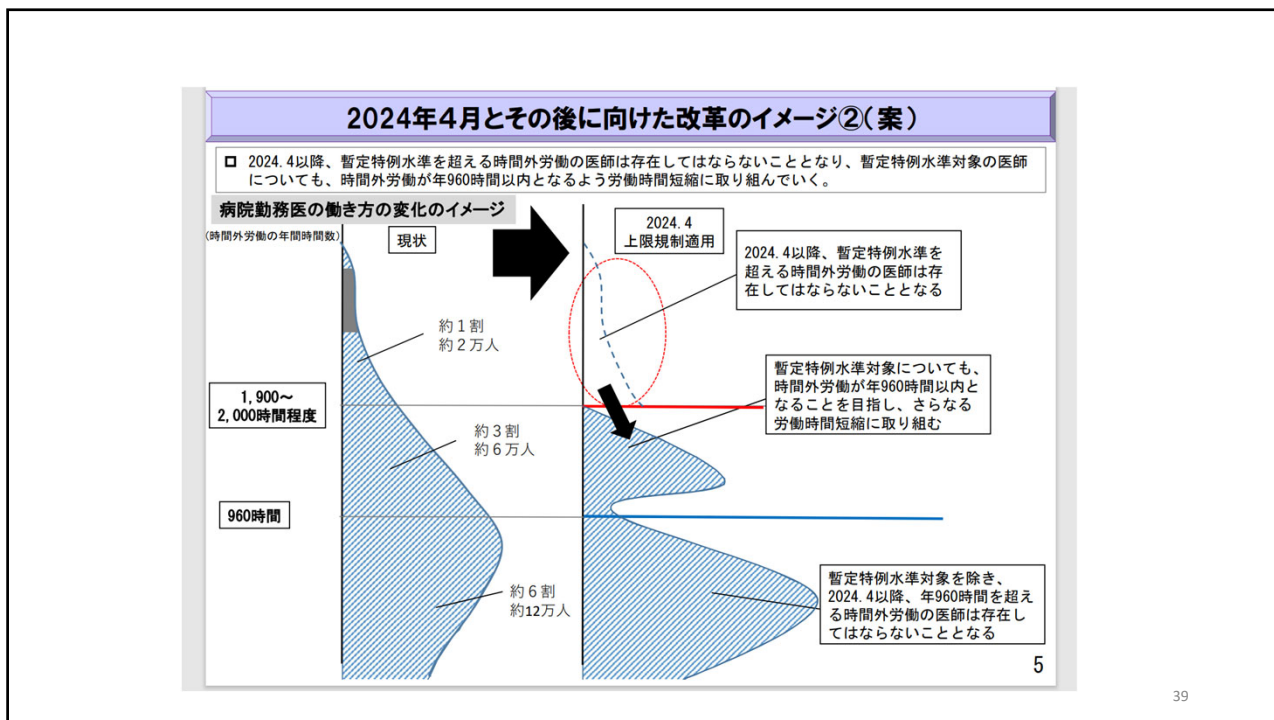
両者は、相対立するものとして分断

①の人権が②の人権より優先され、②の人権の犠牲により、①の人権が支えられてきた。しかし、両方とも同じ価値をもつ人権。

今国が推し進めようとしている医療改革は、①の人権も②の人権も侵害するもの。

38

38



39

窓口負担増、病床数の削減、医師数の抑制、公立・公的病院の統廃合による国民・住民の人権侵害に加え、医師不足が解消されないままの「医師の働き方改革」による医師の労働時間規制により、医療機関の統廃合は進行し、国民・住民の人権侵害はより深刻なものとなる。

一方、表向きは医師の労働時間規制として医師の人権に配慮した形を取るが、その実、本来違法な長時間労働を合法的なものとして追認した。また「宿日直」許可は、労働時間規制を骨抜きにし、隠れた長時間労働を生むことになる。これらは、医療従事者の人権侵害を合法的なもの、あるいは、法の埒外に置こうとするものである。もはや国の政策は、住民のいのちと医療従事者のいのちという双方の人権について国の責任で守ることを放棄し、「自助」、自己責任とするものである。

40

40

もはや、②の人権の犠牲により、①の人権を支えることは限界を超えている。

①の人権保障のためには、②の人権も保障されなければならない。

両者は**分断**されるべきものではなく、国民・住民と医療従事者双方が**連帯**することが必要。

分断されたままであれば、国に矛先を変えられてしまう。
連帯して**双方の人権侵害の原因である医療費抑制ありきの政策**に対し、その転換を求めていくことが必要。

41

41

国民を「分断」して矛先を変える国

後期高齢者の医療費窓口負担増

「高齢者と現役世代・若者の分断」

現役世代・若者の生活が苦しいのは、高齢者のせい

しかし

現役世代の負担軽減効果は1ヶ月当たり30円弱（二木立）

国への矛先を変えるために現役世代・若者がダシに使われた。

「分断」を深め、高齢者バッシングを助長するのみ

42

42

「連帯」とは

ここで言う「連帯」とは、国に対する連帯の意味
ところが、

今、患者と医療従事者の間の「助け合い」という意味にすり替え
られつつあるのではないか＝ 国・マスコミ等による受診の自己
抑制への雰囲気作り

→ここでも矛先を変えられている。

それこそ、「自助・互助」という国の目論見どおり

↓

国に向けられた「連帯」であることを忘れてはならない。

43