

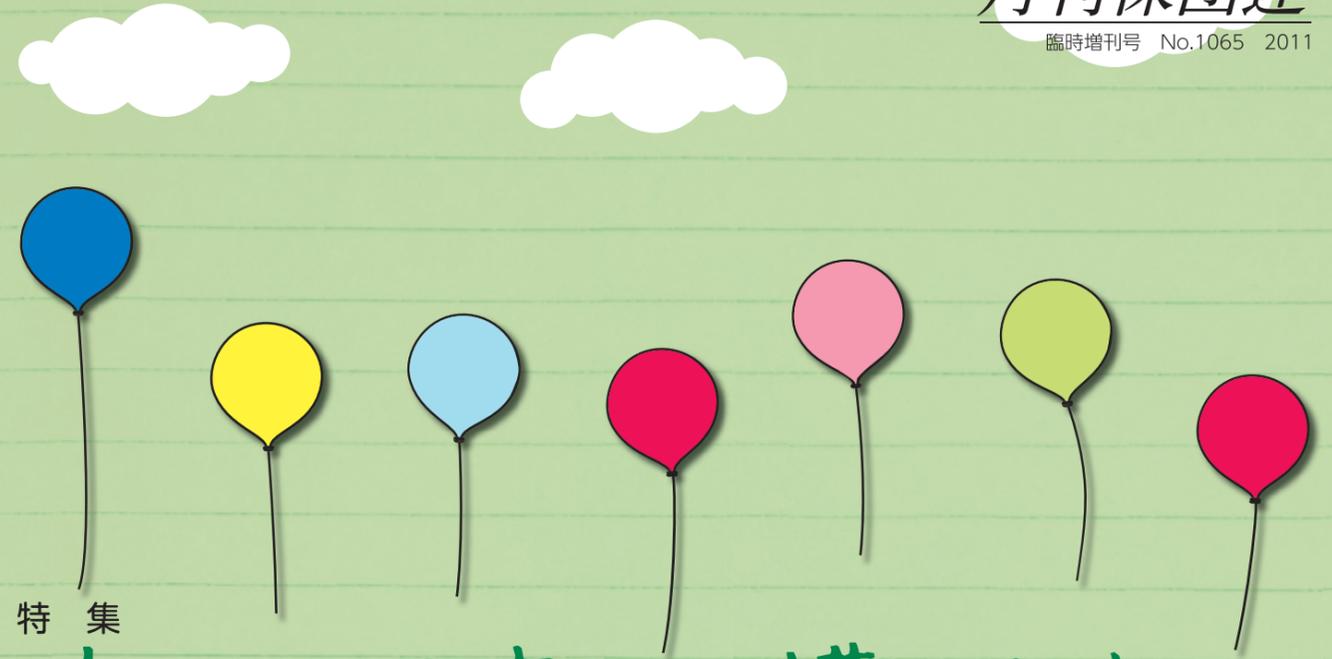
二〇一一年四月二日(毎月一回二日)発行

月刊保団連臨時増刊号

No.1065

昭和四十七年六月十五日第3種郵便物認可

定価 送料別一五〇円(本号に限り)
郵便振替 〇〇一六〇一四〇三四六



特集

安心の医療と介護を考える

高齢者医療と介護保険の改定法案は抜本見直しを

社会保障の充実は国の責任で
国民皆保険制度50周年に考える

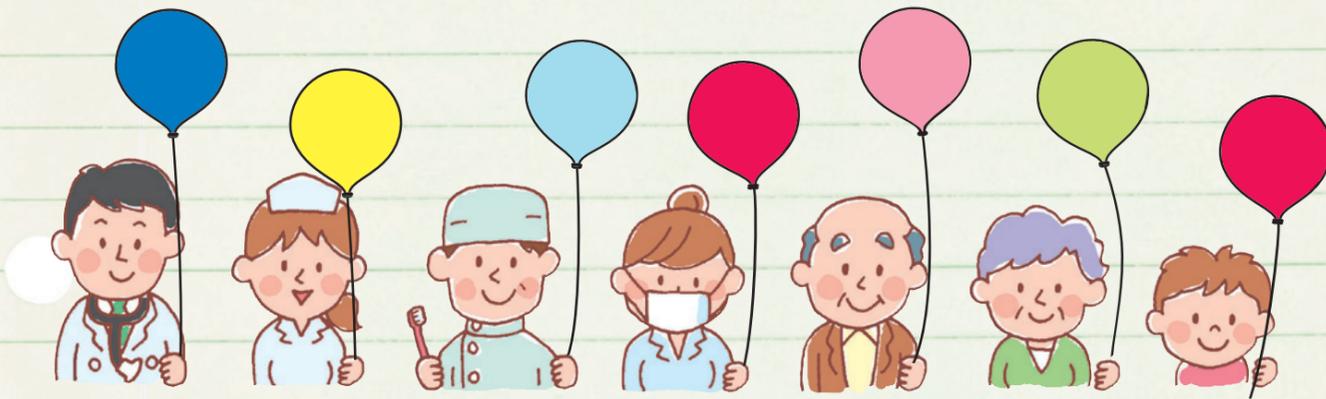


全国保険医団体連合会

全国保険医団体連合会

<http://hodanren.doc-net.or.jp>

はじめに



「いつでも」「誰でも」「どこでも」必要な医療を受けられるようにするため、国民皆保険制度がスタートし、今年で 50 年を迎えました。しかし、この間、国民の医療や介護の負担は大きくなるばかりです。世界に例をみない高すぎる窓口負担、国民健康保険料（税）を払えずに無保険状態に追い込まれる人たち、高齢者を年齢で差別し、保険料が際限なく引きあがる後期高齢者医療制度、介護保険の給付削減や利用料の引き上げ……。せっかくの理念も遠くに追いやられつつあるのが現状です。

こうした問題を抱える中、国会では「安心できる社会保障制度のあり方と持続可能な財源について、国民的な議論を高めたい」として、医療や介護、年金など社会保障制度の見直し、消費税増税と一体で議論されています。しかし、所得が低い人ほど負担が重くなる消費税で社会保障を支えるという方向が、本当の解決策といえるのでしょうか？

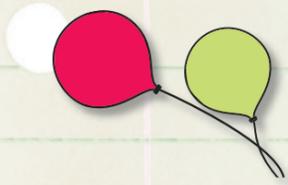
私たちは、国民皆保険制度 50 周年の今年を社会保障を見つめなおす大事な機会と位置づけ、医療や介護保険などの現状を理解し、みなさんとともに、あるべき姿とその方向性を考えていきたいと思えます。そのための一助として、このパンフレットをお役立ていただけたら幸いです。

誰もが安心して受けられる医療・介護保険制度を実現するため、ともに学び、行動していきましょう。

2011 年春

1 安心の医療と介護を考える 高齢者医療と介護保険の改定法案は抜本見直しを

はじめに……………	2
新しい高齢者医療制度は？……………	3
国保は都道府県単位化すれば改善されるのでしょうか？……………	5
介護保険法「改正」案は問題だらけ……………	7
国際的にも高い日本の患者窓口負担……………	9
診療報酬の改善で医療をたてなおす……………	11
消費税を議論する前に税財政の抜本見直しを……………	13
内部留保の活用で、社会保障拡充・財政再建へ……………	15
「自由化」という名の不平等な医療 — TPP 参加が招く医療格差……………	17



新しい 高齢者医療制度は？

政府は、2008年に始まった後期高齢者医療制度に代わる新制度案を2013年か2014年から施行する法案を国会に提案する計画です。問題となっていた年齢差別は解消されるといわれていますが、本当でしょうか？



単なる「看板の掛け替え」？

みんなが疑問に思っている

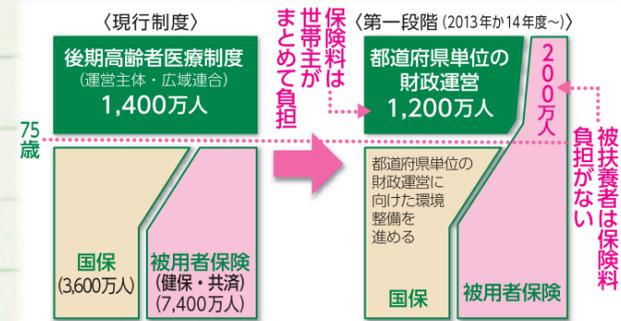
「形式的には75歳以上を国保と被用者保険に戻し別建てを解消するとしているが、区分経理は残すなど、実態は看板の掛け替えに過ぎない」
全国知事会 (10.12/8)

「後期高齢者の医療費を別勘定とした制度の移行には反対である」
全国老人クラブ連合会 (10.12/20)

「高齢者の医療費が別会計という要の部分は今と変わらず、廃止よりは修正に近い」
毎日新聞 (10.7/24)

多くの高齢者は、国民健康保険（国保）に加入しますが、医療費や保険料などを現役世代と分けて、都道府県単位で財政運営を行います。つまり、75歳以上の人だけは、国保の会計を分けて、別の“財布”にするということです。

このため、「新制度案は看板の掛け替えにすぎず、年齢差別の要の部分は温存される」など、批判の声が高まっています。



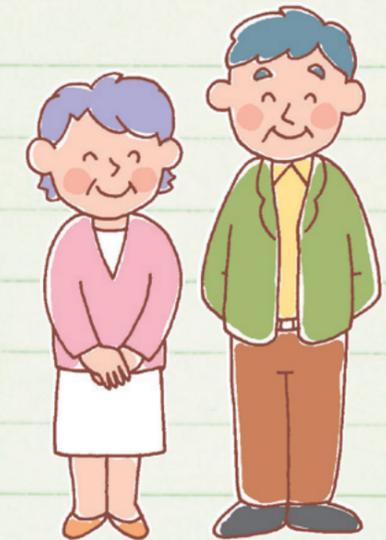
高齢者医療制度改革会議資料より作成

医療や健診はどうなるの？



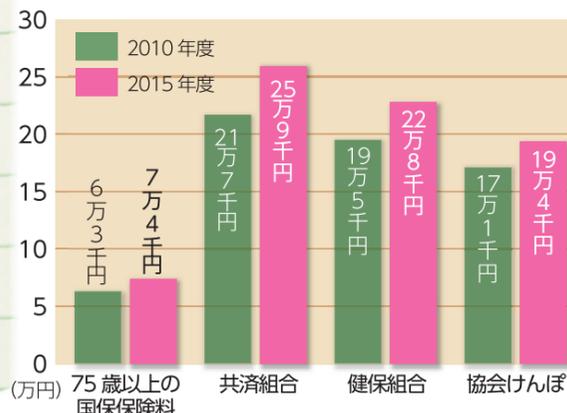
後期高齢者医療制度では、同じ時期に複数の病気にかかっていることが多い高齢者に対して「主な病気は一つだから、担当医も一人」として、1カ月6千円の範囲でしか通院での治療や検査等を受けられない、という医療差別が行われていました。2010年に廃止されましたが、「新制度」でも、復活させるべきではありません。

また、健康診査の内容や実施方法は明らかにされていません。早期発見と健康増進につながる健診は実施すべきです。



保険料も窓口負担も大幅アップ

保険料はアップするばかり



高齢者医療制度改革会議資料より作成

高齢者の医療費がふえると、保険料も自動的にアップする仕組みはそのままです。2年ごとに見直される保険料はアップし続け、5年以内に年間1万円以上アップします。また、現役世代の保険料も大幅に上がります。

医療機関での窓口負担も、1割から2割に順次引き上げられる予定です（70～74歳）。さらなる医療機関への受診抑制を招くことが懸念され、老人クラブ連合会や日本医師会も「高齢者の窓口負担は1割にすべき」と提案しています。



私たちの提案

財政運営は国が、制度運営は市町村で

いまの政府の計画では、国の財政支出は減る一方、地方自治体の負担は増えるばかりです。国の支出を計画的にもとに戻して、国が財政運営に責任をもつべきではないでしょうか。そして、制度の運営は、身近な市町村が担うようにする必要があります。

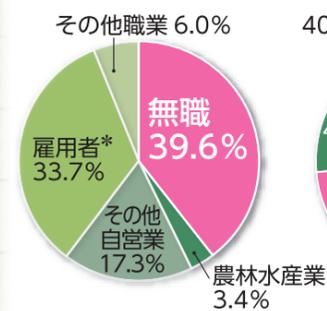
私たちは、老人福祉法第二条で定められた、高齢者は「多年にわたり社会の発展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有するものとして敬愛されるとともに、生き甲斐を持てる健全で安らかな生活を保障される」という考え方にもとづき、社会保障としての高齢者医療制度の拡充を提案しています。

国保は都道府県単位化すれば改善されるのでしょうか？

現在、市町村ごとに財政運営されている国民健康保険（国保）。政府は、2018年度から都道府県単位での運営にする法案を国会に提出する予定です。都道府県単位の財政運営にすることで、改善できるのでしょうか？

😱 払いきれない高い保険料

市町村国保加入者の4割が無職



市町村国保世帯の所得は7割が200万円以下



市町村国保の加入者には無職の人、また所得の低い人が多いため、財政基盤は脆弱です。保険料の負担も大きく、所得の4分の1以上も負担しなければならない世帯もあります。

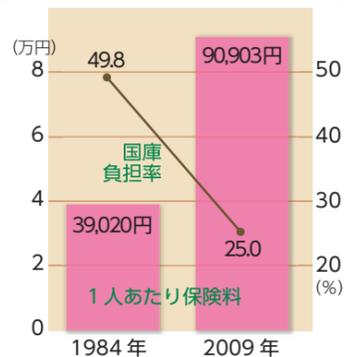
そのため、保険料を滞納している世帯は、全世帯の20.6%、463万世帯にのぼります。滞納期間が長引くと、「短期被保険者証」や「資格証明書」に切り変えられます。「資格証明書」は、かかった医療費の全額をいったん窓口で支払う必要があるため、事実上「無保険」となり受診できない事態が起きています。

厚生労働省「平成20年度国民健康保険実態調査」より作成
*「雇用者」とは、サラリーマンの被用者保険に入れない賃金で働く人

😞 赤字の市町村国保をまとめても、財政は改善しない

国保の国庫負担率は25年で約半分に

「国民健康保険事業年報」等より作成



大都市国保も大赤字 (単位: 億円)

	歳入	歳出	収支	一般会計 法定外繰入額	繰入 なければ
横浜市	2792.7	2934.6	-141.9	273.4	-415.4
大阪市	3076.0	3440.6	-364.6	172.1	-536.7
名古屋市	2031.2	2022.3	8.8	103.8	-94.9
札幌市	1831.2	1847.5	-16.3	114.3	-130.6
神戸市	1451.5	1451.5	0	21.7	-21.7
京都市	1322.7	1413.8	-91.1	140.9	-232.0

各市平成20年度決算書より作成

市町村の国保会計収入にしめる国の財政支出割合は、この25年間で半減しています。このため、全国の市町村国保（1723）のうち、赤字国保は全体の916（53.2%）と半分以上で、赤字額は968億円です。市町村が一般会計から独自に繰入れているお金（法定外繰入金；2009年度で3,600億円）を除くと、実質的な赤字は2,633億円にもなります。

横浜市や大阪市など、財政規模の大きい政令指定都市も例外ではなく、一般会計からの法定外繰入金によって赤字を抑えている現状です。全国知事会は「財政運営を都道府県に移しても、巨大な赤字団体をつくるだけで、問題を先送りするだけ」と指摘して、国の財政責任を求めています。

それでも都道府県単位化を進める政府

にもかかわらず、政府は、「同一県内の黒字の国保と財政基盤の弱い国保を都道府県単位での運営にすれば財政を安定させられる」との理由で、市町村国保の都道府県単位化を計画しています。

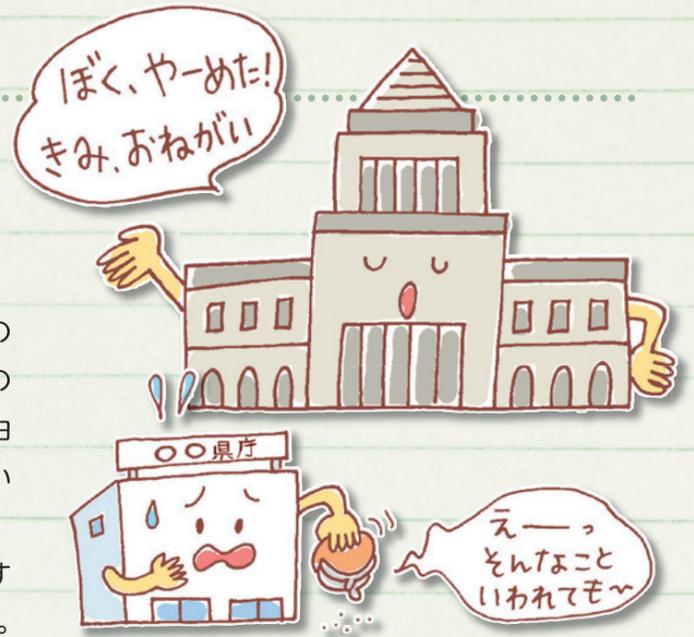
2018年から国保の都道府県単位化を実施するため、それまでの期間も準備が進められます。

【75歳以上】 (P3参照)

- ・後期高齢者医療制度から市町村国保に入れたうえで都道府県単位化
- ・現役世代と国保会計を分ける
- ・法律で定めた上で、2013年から2014年から開始

【74歳以下】

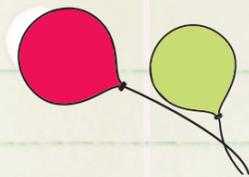
- ・“自主的”な都道府県単位化をめざす。
- ・「広域化等支援方針」を策定して市町村を「支援」
 - (1)保険料の引き上げと収納率アップ
 - (2)医療費を減らす「適正化」の推進
 - (3)一般会計からの繰入をやめさせる など…
- ・市町村ごとに違う保険料を引き上げて平均化
- ・42都道府県で、すでに支援方針を策定



😊 私たちの提案

社会保障制度として、国民健康保険の改善を

国民健康保険法第一条で定められた「この法律は、国民健康保険事業の健全な運営を確保し、もつて社会保障及び国民保健の向上に寄与することを目的とする」の言葉通り、社会保障制度としての国民健康保険を改善することが求められています。そのためには、国の支出を計画的に1984年程度までもとに戻して、国が財政責任を持つべきです。そして、制度の運営責任は、身近な市町村が担うべきだと考えます。



介護保険法「改正」案は問題だらけ

2000年4月に公的介護保険制度が発足して10年が経ちました。介護保険の創設によって、より多くの人たちに介護サービスが提供されるとともに、ケアマネジャーや訪問介護員といった専門職が誕生し、介護福祉士の活躍の場が広がりました。しかし一方で、問題が山積なうえ、サービスの切り捨てが実施・検討されています。



介護の現場は大変

(1) 最も公的介護を必要とする人に届いていません

高すぎる保険料や1割の利用料負担が払えず、もっとも公的介護を必要とする低所得者がサービスを受けにくくなっています。

(2) 看護やリハビリの利用が制限されています

看護やリハビリの一部が介護保険に組み込まれ、区分支給限度額のために利用が制限されています。看護やリハビリなどは医療の必要性に応じて医療保険から給付されるべきです。

(3) 地域ごとのサービス格差が広がっています

営利企業の参入を前提に、自治体が介護事業から撤退したため、経営効率の悪い地域では介護サービスの整備が進んでいません。

(4) 介護従事者が不足しています

介護報酬の抑制と労働者派遣法の改悪などによって、介護現場で働く人々は低賃金と過酷な労働条件のもとに置かれています。

介護事業所従事者と民間の平均給与(年収)には大きな差が

介護事業所従事者の平均給与(*1)

介護職員
(39.9歳)
309万4560円



ケアマネジャー
(46.8歳)
391万7640円



年齢階層別民間平均給与(*2)

35~39歳
422万
3000円

40~44歳
466万
3000円

45~49歳
478万
1000円



私たちの提案

問題だらけの「改正案」

(1) 軽度介護者の保険給付が削減に

政府案では、「保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする」ことが掲げられました。

これは、要支援者に対する介護予防サービスを見守りや配食等を含めた総合的な生活支援サービスに市町村単位で切り替えることを可能にするもので、一見、よさそうに見えます。

しかし、この場合のサービスの内容や報酬は、市町村が独自に定めることとされており、介護予防サービスについては、現行のサービス基準よりも低下すると言われています。

ナショナルミニマムとしての介護保障を崩壊させてはなりません。全国、どこでも必要な介護サービスが受けられるようにすべきです。

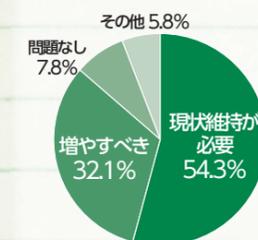
(2) 居住費や食費が上がる?

低所得者に対する施設の食費・居住費軽減措置の見直し、多床室における居住費の保険給付外しなど、居住費や食費の削減は法改正によらず政省令で決められるため、今後導入が検討されます。

(3) 介護療養病床の廃止で「医療難民」「介護難民」が生まれる?

2012年3月末で介護療養病床が廃止されます。廃止撤回の声は大きいにもかかわらず、厚労省は短期間の廃止期限延長にとどめる方向です。「自宅で介護できる人がいない」などといった人々への対策が十分にされていません。

療養病床の数はどうするべきか?



「療養病床削減に関する影響調査」(2008年11月21日 保団連調査 12都府県 247の急性期病院より回答)

(4) 介護職員の待遇がさらに悪化?

同年齢の民間平均給与の7割程度で働く介護職員たち。そのうえ、月15,000円の介護職員処遇交付金も、2011年度末には当初予定定期限が終了してしまいます。

「真の介護の社会化」実現をめざして

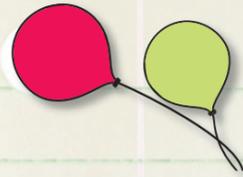
要介護状態となっても、全ての国民が安心できる制度の構築のため、国庫負担を拡充し、社会保障制度の一環としての役割と機能を介護保険が果たす必要があります。

「真の介護の社会化」の実現を求めて保団連が2010年8月にまとめた「介護保険制度に関する抜本的な改善要求(新提言)」を保団連ホームページに掲載しています。ぜひ、ご参照ください。

<http://hodanren.doc-net.or.jp/news/teigen/100819kaigo-teigen.pdf>

*1: 「介護従事者処遇状況等調査」(厚生労働省、2009年度)より作成

*2: 「民間給与実態統計調査」(国税庁、2009年度)より作成



国際的にも高い日本の患者窓口負担

少なくない保険料を払うだけでなく、医療機関の窓口でも高い患者負担を請求されるので、受診をあきらめてしまう患者さんが大勢います。これではせっかくの皆保険制度も意味がありません。

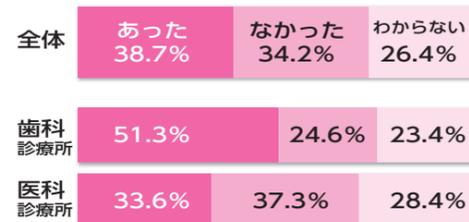


治療の中断・中止の背景には高額な負担が

私たちが医療機関に対して行ったアンケート調査によると、主に患者さんの経済的な理由による治療中断を、4割近くの医療機関が経験しています。とりわけ歯科診療所では5割に達しています。治療中断した事例には、慢性疾患あるいは比較的治療期間の長い疾患が数多く見受けられ深刻な状況です。

経済的理由によって治療の中断・中止を余儀なくされる背景には、医療機関の窓口での高額な患者負担があります。日本は国際的にも負担率が高く、保険料を納めたうえ、受診ごとに支払う定率の窓口負担が、患者さんに重くのしかかっています。

この半年間に主に患者さんの経済的理由で、4割近い医療機関が治療の中断・中止を経験 中断・中止のあった病名 (回答の多い順)



保団連「受診実態調査」(2010年11月) 医療機関 9,677 施設 (病院: 537、医科診療所 6,035、歯科診療所 3,105) が回答

●医科診療所 (のべ 3542 件)	●歯科診療所 (のべ 1975 件)
糖尿病 810	歯周病 585
高血圧 749	う蝕 380
高脂血症 213	補てつ治療 188
気管支喘息 89	義歯の修理、製作 81
うつ病等 89	

窓口負担が高すぎて医療機関にかかれない

保団連と愛知県保険医協会がそれぞれ行った市民アンケートの結果をみても、患者さんが大きな負担を背負っているのがわかります。特に、「3割負担の人」(義務教育就学後～70歳未満)では7割以上の方が負担の重さを感じ、4割以上の方は診療を控えた経験もあると答えています*1。このほか、歯科では9割の人が「保険の利く範囲を広げて欲しい」と要望しています*2。

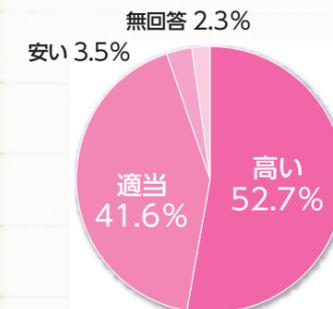
窓口負担が高額になる場合はその軽減策として、高額療養費制度*3が設けられていますが、「低所得者層」や「高額な医療費負担が長期にわたる患者」にとっては十分な軽減になっていない状況があります。

*1 愛知県保険医協会「名古屋市民アンケート」(2010年)

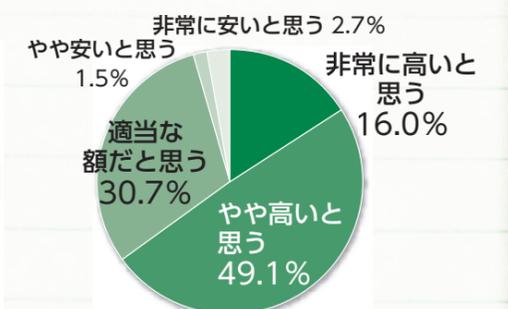
*2 保団連「歯科市民アンケート調査」(2010年)

*3 1カ月当たり1世帯(保険制度上の世帯)の自己負担額に限度額を設定し、それを超えた分の経済保障をおこなうものです。限度額は年齢(70歳未満、70歳以上)や所得(上位所得者、一般、低所得者)に応じて異なります。

窓口負担についてどう思いますか?



保団連「歯科市民アンケート調査」(2010年)



愛知県保険医協会「名古屋市民アンケート」(2010年)

高い日本の患者窓口負担

窓口負担が重い国々 2カ国

高額な定率制	●日本 一般 30% 義務教育就学前 20%	●韓国 外来 30~55% 入院 20%
--------	---------------------------	-------------------------

窓口負担が軽い国々 12カ国

少額な定率制	●オーストラリア 15%: 入院は負担なし	●フランス 30% (ただし、補完的な公的保険で負担はほとんどない)	●など 5カ国
少額な定額制	●ドイツなど 7カ国	●ノルウェー 入院は負担なし	●フィンランド 18歳未満負担なし

窓口負担がない国々 11カ国

原則無料	●カナダ・デンマーク・イタリア・イギリス など 11カ国
------	------------------------------

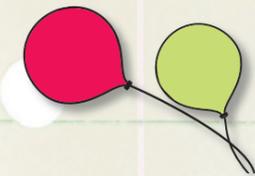
※日本の義務教育就学前 20%は 2008 年から。各国の状況は主に 2000 年時点のもの OECD 編著「世界の医療制度改革 2004」(明石書店、2005 年)より作成



私たちの提案

安心して受診できる仕組みを

“いつでも誰もが安心して医療を受けられる”国民皆保険制度を実現するためには、患者窓口負担の大幅な軽減が必要です。そして、「低所得者層」や「高額な医療費負担が長期にわたる患者」などにかかる高額療養費制度の負担限度額引き下げや運用の改善も急務です。



診療報酬の改善で 医療をたてなおす

健康保険などから医療機関に支払われる診療報酬。
この10年間、国はマイナス改定をくり返し、
医療サービスの質を低下させるような政策を実施してきました。
医療崩壊の根本には、こうした診療報酬の引き下げがあります。



診療報酬は医療の質を左右する大切なもの

診療報酬は、健康保険で医療を受けた場合の医療行為の価格を公的に定めたもので、健康保険で給付すべき治療方法や内容、回数、範囲等も定められています。

医療機関は非営利が原則であり、収入のほとんどは診療報酬です。医療提供に関わる費用の全てが診療報酬でまかなえないと、十分な医療が提供できなくなってしまいます。



医療の価格は10年前と比べて-7.35%

診療報酬は国が2年ごとに決めています。これを「診療報酬改定」といいますが、この時の引き上げ率やその内容によって、国民が受ける医療の質は大きく左右されます。改定は2002年から2010年まで計5回行われましたが、10年前と比べて7.35%のマイナスです。

2010年の診療報酬改定では全体で0.19%の引上げが行われました。急性期の入院医療等に対し重点的に財源が配分されましたが、地域で第一線医療を担う医科診療所では多くが現状維持またはマイナスとなり、地域医療の基盤はますます弱体化しています。大幅な引上げ・改善によって地域医療をたてなおすことが必要です。



入院中の患者さんの他医療機関受診制限の撤回を

2010年の改定では、入院中の患者さんが他院の外来を受診する場合の制限が大幅に強化されました。そのため、入院中に他院でリハビリテーションが実施できなくなり、他院で透析を受けることも難しくなっています。

投薬も他院では原則として受診した日しか受けられません。当日分以外のお薬代は外来側医療機関の持ち出しになってしまうからです。

1人の患者さんの全ての疾患を管理できる病院はそれほど多くはありません。これでは、入院することで入院対象以外の疾病の回復が遅れてしまったり、特定の疾病に罹患する患者さんが入院しにくくなるなどの事態が広がりがねません。



リハビリテーションへの制限は撤廃すべき

2006年改定時、病院でのリハビリ日数は年間180日までという制限が導入されました。患者団体などの批判を受け、国は一部制限を緩和しましたが、現在でも必要なリハビリが受けにくい状態が続いています。

介護保険の要介護者・要支援者は、原則として、医療保険（健康保険）での訪問看護やリハビリなどを受けることができません。訪問看護やリハビリ等の一部は、介護保険に移されていますが、現在の介護保険制度の下では、これらの医療系サービスにも1カ月あたりの利用額に制限があるため、事実上、必要な医療が受けられなくなっている実態があります。看護やリハビリは、医療の必要に応じて実施されるべきであり、医師・歯科医師の指示に基づいて医療保険から給付されるようにすべきです。



歯科医療は特に危機的状況

歯科の診療報酬は、2010年度改定で2.09%引き上げられました。しかし、歯科医療機関1施設あたりの歯科医療費の伸び率は-1.1%と、実質的にはマイナス改定となっている実態が明らかになりました。しかも、これまで20年以上にわたって診療報酬が据え置かれてきたため、歯科医療は危機的な状態となっています。

また、歯科は経済的負担による受診抑制が顕著です。全身の健康にも大きく影響する歯科の治療を保障していく上で、診療報酬の改善とともに、患者負担の軽減が早急に必要です。



私たちの 提案

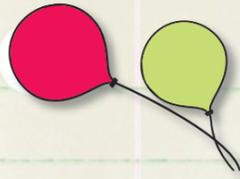
先進国なみの医療費を

日本の医療費は対GDP比8.1%で、他の先進諸国と比べても低く抑えられています。民主党政権も先の総選挙で「累次の診療報酬マイナス改定が、地域医療の崩壊に拍車をかけました。総医療費対GDP（国内総生産）比をOECD加盟国平均まで今後引き上げていきます」（INDEX2009）と公約しています。政府に医療費総枠拡大を実行させるためには、患者・医療者が協力して声を上げることが重要です。

OECD 主要加盟国の 医療費対 GDP 比

アメリカ	16.1
フランス	11.2
ドイツ	10.5
スウェーデン	9.4
イタリア	9.1
イギリス	8.7
日本	8.1
OECD 平均	9

OECD [OECD Health Data] (2010年)
※日本のデータは2007年のもの



消費税を議論する前に 税財政の抜本見直しを

政府は消費税を引き上げて、財政を建て直し、社会保障も充実すると主張しています。そんなことをしたら、くらしはますます苦しくなり、経済も落ち込んでしまいます。消費税の引き上げ議論の前に、税財政のあり方を抜本的に見直すことが大切です。



深刻なデフレのなか、消費税を引き上げたら…

(1) さらに格差が広がります

民間企業の4人に1人(1,099万人)が年収200万円以下という深刻な状況のなか、生活保護の受給世帯数も増え続け、昨年10月には約141万世帯超と過去最高を記録しました。低所得者ほど負担が重くなる消費税の引き上げは、格差をさらに広げ、社会不安を増大させます。

(2) 中小業者の倒産、税の徴収コストが増大します

いま、国の税金の新規滞納発生額7,500億円の半分が消費税です。本来、消費税は最終消費者(お客)が負担する税です。しかし中小業者は、取引先から消費税分の値下げを強いられる一方で、お客への値上げによる消費税の回収は難しいため、自らの負担で消費税を納めています。消費税の引上げは中小業者の経営を悪化させ滞納を増やし、国や自治体の徴収コストの増大も招きます。

(3) 自殺を選ばざるをえない人がますます増えかねません

消費税5%への引上げを含む9兆円の国民負担増が行われた翌年(1998年)に自殺者数は急激に増え、3万人を突破しました。消費税10%への引き上げは12.5兆円の負担増です。これ以上の負担増は、生活困難者を拡大し、更に自殺者を増やしかねません。

自殺者数の推移

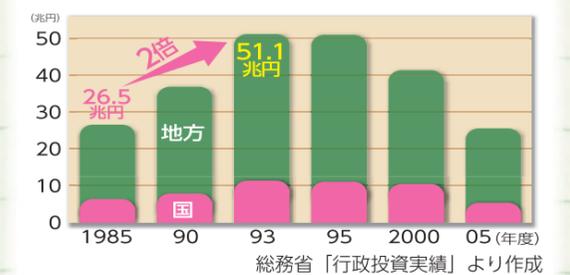


財政危機の背景～消費税導入の裏で起きていたこと

(1) 湯水のように税金を投入した公共事業

1980年代後半から90年代にかけて、毎年40～50兆円を公共事業に費やしてきました。過剰な大型開発の借金が、現在の財政危機に影を落としています。

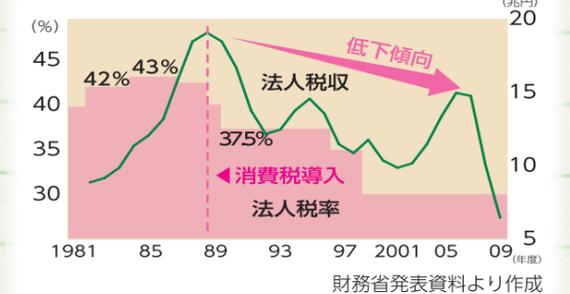
爆発的に増えた公共事業費



(2) 大企業への相次ぐ減税

1989年の消費税の導入以降、大企業の法人税率の引き下げに伴い、法人税収は低下してきました。企業が史上空前の利益を上げた2006～07年でも1989年の税収水準には戻っていません。

法人税率と法人税収の推移



他にも、欠損金の繰越控除の延長、連結納税、研究開発減税、みなし外国税額控除などの優遇措置が、更なる税収の低下を招いています。

(3) 大資産家にも減税

所得税・住民税の最高税率の引き下げ(1999～)、相続税・贈与税の最高税率の引き下げ(2003～)、証券優遇税制(2003～)などにより、年間2兆円の減税がされてきました。



税の集め方・使い方を見直そう

大企業や高額所得者には、その負担能力・社会的責任に応じて税金を払ってもらうことが必要です。また、無駄な大型公共事業、在日米軍への思いやり予算などは見直すべきです。

これを見直すだけで6～7兆円の財源がうまると指摘されています

大企業の能力に応じた負担 2兆円

大企業の法人税率を1997年の水準(37.5%)に戻す
研究開発減税など大企業優遇税制をたたく

不要不急の大型公共事業の中止・延期 1兆円

資産家・高額所得者の能力に応じた負担 1.5兆円

所得税の最高税率を現行40%から50%に戻す
証券優遇税制を廃止し諸外国並に、富裕層は税率30%に
相続税の最高税率を2003年の水準(70%)に戻す

あらゆる歳出の浪費をたたく 1.5兆円

原発推進予算にメスを入れる。
政党助成金をやめる
天下りなどの政官業の癒着や高速道路の無料化の中止など

軍事費を大幅に削減 1兆円

在日アメリカ軍への「思いやり予算」などを縮小
海外派兵のための経費・装備や訓練経費の削減

(4) 税収の増加どころか、減少さえも…

個人消費が低迷するデフレの下で、消費税を引き上げた場合、消費がさらに落ち込み、経済が停滞し、税収全体の低下を招くことが懸念されます。税収の増加どころか、税収減では、社会保障の確保も財政再建もありません。

小泉構造改革時の閣僚からも、 税収増加に疑問の声…

現状のようにデフレを容認したままで名目成長率1、2%程度の低位が続くなら、消費税率を上げて税収は確保できない。…前回消費税を引き上げた1997年、税収は増加して54兆円になった。しかし、以来、今日まで、それを上回った年は1年もない。いくら消費税を増税しても、マクロの成長とデフレ克服がないかぎり、税収は低下する。

竹中平蔵・元経済財政政策担当大臣 産経新聞(11.2/23)

内部留保の活用で、 社会保障拡充・財政再建へ

大企業の懐に眠る巨額の内部留保

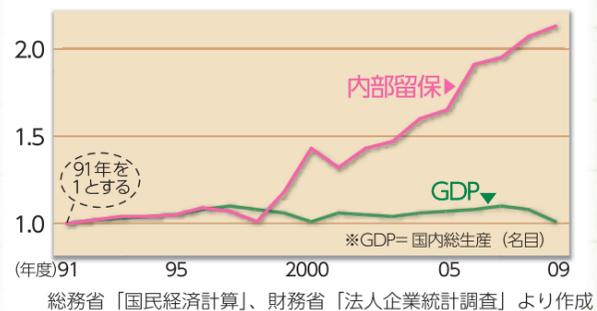
派遣雇用の拡大など1997年から2009年にかけて、働く者の給与は279兆円から253兆円へと1割近く落ち込んでいます。消費の低迷に伴い経済（GDP）成長がストップしている中でも、大企業を中心として巨額のため込み利益（内部留保）が積み上げられてきました。

いま、この利益の一部を設備投資や雇用・賃金など社会に生きたお金として還流させれば、内需が拡大し、経済成長が促され、税収増加への道筋が開けます。

投資家向け情報誌も、内部留保に注目

「企業の懐に眠る巨額の資金。投資に回らず、雇用機会の創出に結びつかない」「眠っている203兆円が動き出したら、そのインパクトは計り知れない。」
「日経ヴェリタス」10.10/17号

20年間で倍増した内部留保



内部留保の活用で、雇用の改善・増大、税収増へ

1999年から2009年までの10年間にかけて増加した200兆円近くの内部留保について、その2割を「非正規労働者の正規化」、「年休完全取得」など労働条件の改善に充てた場合、356万人の雇用創出、4.66兆円（消費税2%前後）の税収増が見込まれています。

内部留保の一定額は、証券・預金など換金可能な資産といわれています。大企業の「国際競争力」を考慮したとしても、内部留保の雇用活用による成長は、十分に検討の余地がある政策ではないでしょうか。

内部留保の2割を活用して、雇用の改善・税収増が可能に

単位	雇用創出 (万人)	必要な 資 (兆円)	消費需要 の増加 (兆円)	生産誘発額 (兆円)	付加価値(≒ GDP)誘発額 (兆円)	税収増 (国・地方) (兆円)	内部留保分 に対するウエート (%)
非正規労働者の正規化	-	7.90	6.48	12.22	6.36	1.13	4.03
サービス残業根絶	202.6	9.68	6.29	11.88	6.18	1.10	4.94
年休完全取得	144.8	6.92	4.49	8.49	4.42	0.78	3.53
週休2日の完全実施	8.7	0.42	0.27	0.51	0.27	0.05	0.21
最低賃金1000円	-	5.42	4.45	8.38	4.02	0.71	2.77
全労働者1万円賃下げ	-	7.87	5.11	9.66	5.03	0.89	4.02
合計	356.1	38.20	27.10	51.14	26.26	4.66	19.51

労働総研「働くものの待遇改善こそデフレ打開の鍵」2010年12月14日

大企業を中心に巨額の利益（内部留保）が溜め込まれています。内部留保を雇用・賃金に活用し、経済を安定的に成長させていくことで、財政危機の緩和、社会保障の持続的な拡充の途が開けます。

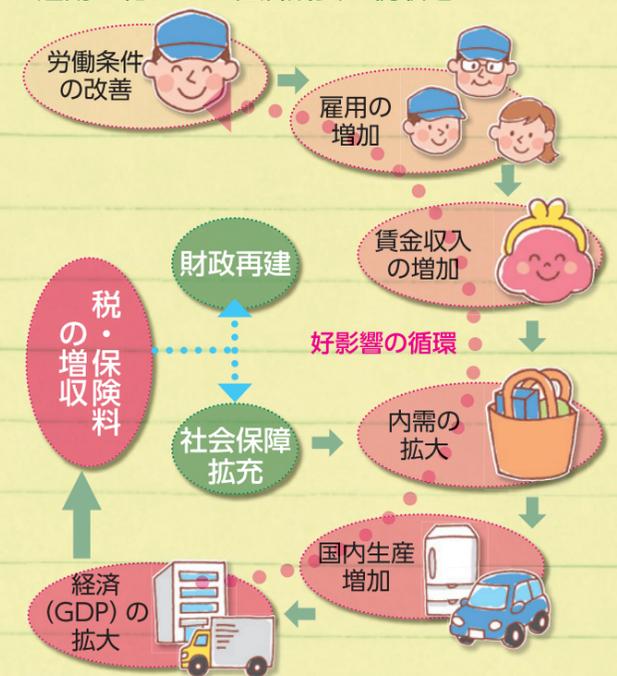
私たちの 提案

雇用・賃金を軸として、 経済成長・税収増のサイクルを

内部留保の一部を、労働条件の改善に使い、雇用を増加させることで、内需が底上げされ、経済成長が促されます。雇用の増加、内需の拡大、GDPの拡大の間での好循環が形成されていくにともない、安定的な税収の増加がもたらされ、財政再建、社会保障拡充への途が開けます。

大企業シンクタンクからも、「日本に必要な成長戦略とは『賃上げターゲット』政策だ」との声が出ています。内部留保を活用した雇用改善を通じて、企業が健全に成長していくとともに、財政を再建し、社会保障を充実させる途を目指すことが必要ではないでしょうか。

雇用を軸とした経済成長・税収増



財界系シンクタンクからも、雇用改善・賃金引上げの声が…

◆内需主導の成長のためには所得引上げを

内需は今までは、大きな期待は出来ません。一般の勤労者の賃金は過去12年間下落を続けてまいりました。これでは、GDPの55%を占める個人消費は増える見込みがありません。……私は「日本人は金を持っていないから相手にしても無駄だ。これからはアジアで稼ごう」というような最近の風潮に懸念を持っています。生産性に見合った賃金を払い、日本人の所得を引き上げることにより、内需主導の成長は可能だと見ています。
(根津利三郎 富士通総研「2011年の経済を展望する」2011年1月21日)

◆景気浮揚 日本に必要な成長戦略とは「賃上げターゲット」政策だ

「日本経済の最大の問題点は、賃金が上がらないことである。……デフレも、格差拡大も、消費低迷も、円高も、財政赤字拡大もすべての問題の原因は、賃金が上がらないことにある。健全な日本経済を再び取り戻すために、中期的な経済目標としてゆるやかな賃上げを中心に据える必要がある」。
(北井義久・日銀技術情報センターチーフエコノミスト『週刊エコノミスト』2010年10月26日号)

「自由化」という名の 不平等な医療 - TPP 参加が招く医療格差 -

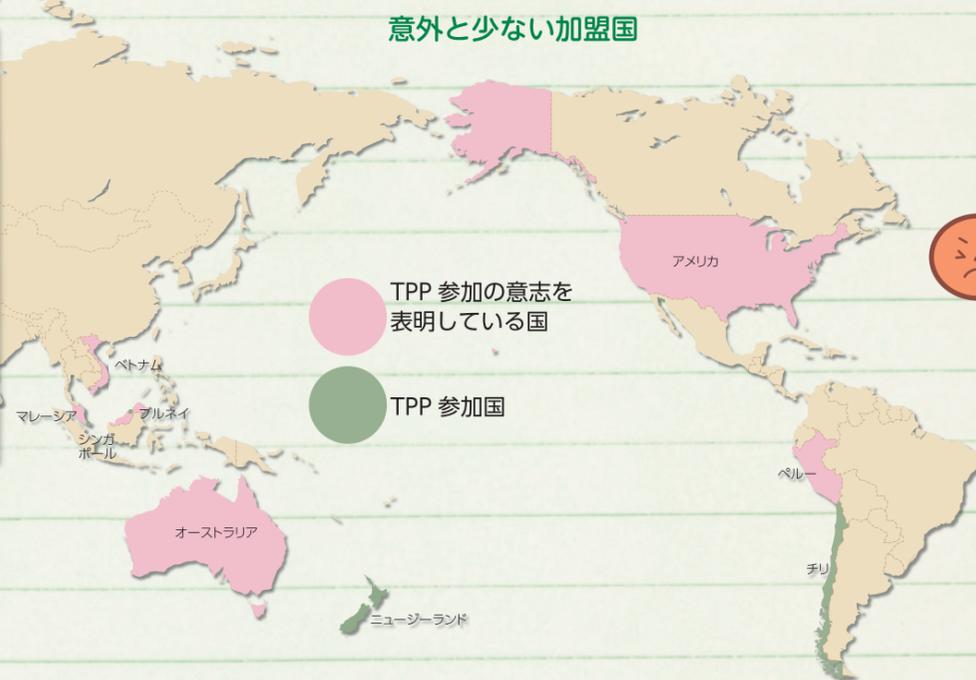
昨年10月、菅首相が突然参加を表明した TPP（環太平洋戦略的経済連携協定）。農業の問題ばかりがクローズアップされていますが、医療や介護への影響も非常に大きいものです。日本の国民皆保険制度が危機に陥る、そんな心配もあるのです。

アメリカによる医療の自由化・開放要求

長年、アメリカは日本に対して、医療分野の自由化・開放を要求してきました。外国サービス提供者への開放、企業が利益追求型の病院を提供できる機会を認めること、また、薬の価格の決め方にも不満を示し、より「開放的」にするよう迫ってきています。

〈TPP ってなに?〉

2006年にシンガポール、ニュージーランド、チリ、ブルネイの4カ国で発足。参加国間でのモノやサービスにかかる関税の完全な撤廃、金融・保険・医療などへの外国企業の自由参入、労働者の移動の自由化などをめざしています。2009年にアメリカが参加を表明し、より広域な協定をめざした交渉が現在行われています。



意外と少ない加盟国

お金がないと診療を受けられない事態に

もし、海外から「経営資源」や「人」が国内の医療分野に参入すれば、我が国の医療に市場原理が持ち込まれ、外国資本が経営に参画した医療機関が広がる可能性があります。そして、原則的に禁止されている混合診療が拡大・解禁され、お金を払えないと満足な医療が受けられなくなってしまうという事態に発展しかねません。

保険が利かない自由診療で高額の治療費を支払う海外の富裕層の受け入れが広がると、利益追求のための患者の選別や、医師、看護師の過度の確保や一極集中を招くおそれもあり、いまでさえ厳しい地域医療の現場をさらなる危機に晒しかねません。



医療界に広がる市場化への懸念

医療界ではこうした市場化による医療崩壊への懸念が広がっています。昨年12月、日本医師会は、「TPPに参加すれば、日本の国民皆保険が『非関税障壁』とされかねない」として、国民皆保険を一律の「自由化」にさらさないよう求める見解を表明しています。

医療の市場化を狙う中での TPP への参加意向表明

アメリカからのこうした圧力や経済界からの市場化要求がある中、昨年6月、政府は医療・介護・健康関連産業を日本の成長牽引産業として明確に位置づけ、また医療の国際化推進を決定しました。いま、総合特区法案が国会に提出され、行政刷新会議の規制・制度改革に関する分科会では、医療の市場開放にむけての議論が進められています。

さらに、菅首相が TPP への参加意向を表明し、医療の市場化をより推進しようとしています。

いのちとくらしを脅かしかねない TPP 参加に反対します

私たちの
提案

医療の市場化は、民間企業や投資家にとっては魅力的かもしれませんが、そうしなければお金のあるなしで診療の中身が決まってしまうこととなります。

アメリカで国民皆保険を目指す人たちからも、「日本のいい制度を崩すな。崩したら元に戻すのは不可能だ」といわれています。医療を社会保障として守るのか、もうけ本位にするのかが問われています。「いつでも」「誰でも」「どこでも」必要な診療が受けられる国民皆保険を守るため、私たちは TPP への日本の参加に反対します。

