

政府の「社会保障・税一体改革成案」に対する意見

2011年8月8日
全国保険医団体連合会

政府、民主党は6月30日、「社会保障・税一体改革成案」（以下、一体改革案と略す）を決定し、7月1日に閣議報告した。「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」に基づき、政府、厚生労働省は、来年の診療報酬・介護報酬同時改定に「改革」内容を反映させ、来年の2012年を目途に医療・介護サービス基盤整備の一括法案を国会に提出。来年以降の国会には医療保険・介護保険制度見直しの関係法案を提出する方針である。また、今秋以降の国会に「共通番号制」法案を提出し、消費税増税を実施するための法案を2011年度中に国会に提出するとしている。

厚生労働省がこれまで策定した「社会保障制度改革の方向性と具体策」（5月12日）、「医療・介護制度」改革案（19日）、「貧困・格差、低所得者対策」改革案（23日）、民主党の『『あるべき社会保障』の実現に向けて』（30日）、一体改革原案（6月2日）、一体改革成案（案）（17日）を踏まえ、保団連は、以下のとおり、一体改革案の問題点を示し、反対の意見を表明する。

I 一体改革案に対する意見

新自由主義「構造改革」路線によって、国民の貧困と格差は拡大し、日本はOECD30カ国の中で、相対的貧困率は15.7%で27位、税による所得再分配効果は最下位、社会保障による所得再分配効果もワースト3位となっている（内閣府『2009年度年次経済財政報告』）。7月に発表された2010年国民生活基礎調査では、相対的貧困率は16.0%と過去最高を記録した。人口換算で約2000万人が貧困状態で生活していることになる。世帯単位でも年間所得300万円以下の世帯は32.0%に達している。日本の経済力は世界第3位だが、今や社会保障は先進国最低水準となっている。

今、日本は、従来からの雇用・社会保障施策の破綻が高齢社会を迎えて露わになっているところに、震災と原発問題が直撃するという未曾有の事態であるが、政府には、これまでの施策に対する反省は全く見られていない。それどころか、政府は、事態を一層悪化させることになる消費税増税と社会保障の給付抑制・削減、市場化拡大を狙う一体改革案を決定し、閣議報告した。

一体改革案は、税「改革」では、国民の「分かち合い」の名で、消費税率を10%以上への引き上げを打ち出し、大企業に対しては、引き続きグローバル化を口実に、法人実効税率を引き下げようとしている。

また、社会保障「改革」では、社会保障を消費税と連動させることで、消費税収の範囲に社会保障を押し込めようとしている。そして、国が責任を持つべき社会保障を、民間保険の原理を梃子に抑制・削減し、公的給付を限定化するとともに、公的給付以外の医療、介護、福祉サービスを拡大し、新たな市場創出をめざす方針である。

1997年に橋本内閣当時に、消費税率5%への増税や、サラリーマン本人の窓口負担2割への引き上げ等の結果、日本のGDPはマイナス2%に落ち込んだ。このことから明らかなように、消費税増税と社会保障の抑制・削減は、国民の安心と生活を壊し、内需を冷え込ませ、経済も財政も悪化させる危険な道であり、再び繰り返してはならない。

政府は、中央・地方の長期債務残高が860兆円を超え、30兆円の公債費が国と地方の財政を圧迫することを理由に、社会保障と税の一体改革の必要性を強調している。

しかし、財政赤字が膨らんだ主要な原因は、1990年代以降の新自由主義「構造改革」路線に

よって、「小さな政府」政策が推し進められ、税制では、グローバル化を前提にした、所得税のフラット化、法人税減税、金融資産の優遇税制によって税収が切り縮められてきたことにある。

政府の歳出に占める一般会計税収の割合は、1990年の86.8%から2009年には38.4%に低下し、税収額も60.1兆円から38.7兆円に減少している。国内総生産は1990年が452兆円で、2009年は474兆円と、ほとんど横ばい状態であるのに、税収は35%も減っている。

税収が減った最大の理由は、法人税率が40%から30%に引き下げられたためである。ところが、一体改革案では、「現在の社会保障給付の財源の多くが赤字国債で賄われている」と述べ、現在の財政赤字の責任を、社会保障に押し付けている。税制を空洞化させ、大企業の利潤を優先させてきた政府の責任を転嫁するもので、言語道断である。

財政・財源の真の問題は、世界第3位の日本の経済力が税収に反映せず、大企業が果たすべき税・社会保障に対する責任を回避し、内部留保を積み上げていることである。しかも、大企業の内部留保金の増加が、非正規雇用を拡大し、勤労者賃金の低下によって、もたらされたものであることは重大である。なぜなら、勤労者の賃金低下は、社会保障にとっては社会保険料収入を低下させるものであり、現に医療保険財政を悪化させている最大の要因となっているからである。いわば内部留保金は社会保障の財源を削って積み上げられたものであるとも言える。

また、国内総生産に占める主な税目の割合は、1990年は法人税4.1%、所得税5.8%、消費税1%であったが、2009年には法人税が1.4%と3分の1に激減し、所得税も2.7%と半減、消費税は2.1%と倍増している。このような経済力に対応しない税収構造を放置したまま、「消費税以外に増収の道はない」とするのは、大企業を優遇するだけでなく、国民に耐えられない負担増を押し付けるものである。このような歪んだ低税収構造を見直し、担税力のある大企業に応分の負担を求めるべきである。

具体的には、社会保障先進国と比べて法人税負担・社会保険料事業主負担が低いとされる大企業に社会的責任を果たさせ、超高額所得者・大資産家には公平な税負担を求める。すなわち、応能負担の原則による法人税、所得税、社会保険料を主財源とすることを提案する。

日本経団連は、「日本の実効法人税率は高い」と主張しているが、これは課税ベースの問題を除いた見かけの税率に過ぎない。「メガバンクが法人税を1円も払っていない」と報道されたように、課税ベースを狭める優遇税制によって、大企業ほど法人税が軽くされているのが実態である。政府の税制調査会が試算した結果によれば、優遇税制10項目の見直しだけで、4兆5千億円の財源が捻出可能であることが明らかになっている(2010年11月4日、税制調査会資料)。

また、企業・事業主の社会保障財源の拠出(対GDP比)は、ヨーロッパ15カ国の10.7%に対して、日本は5.3%にとどまっている(2010年社会保障・人口問題研究所データ)。社会保障財源の拠出をヨーロッパ15カ国並みに引き上げるならば、20~25兆円の財源が捻出できる(2011年7月3日、二宮厚美神戸大学教授講演)。これは消費税率10%に相当する財源である。

さらに、新薬開発にかかる費用を透明にした上で、適正な薬価とすべきである。後発品を除く販売後9年以内の新薬の薬価(薬剤費の5割、約5兆円=薬価ベース)を一律2割下げさせるだけでも1兆円の捻出が可能である。

社会保障改革と財源の関係については、めざすべき社会保障の方向性が、財源のあり方を規定するのであって、その逆であってはならない。社会保障の進んだヨーロッパなどの諸国では、日本よりも低い経済力で、高い社会保障水準を実現している。高い水準を日本で実現するには、どれだけの財源が必要なのか、なぜ社会保障先進国で可能な財源確保が、日本でできないのか、障害は何かを明らかにすべきである。

今、必要なことは、憲法25条を基本に国民の生命と生活を最優先する新たな社会保障ビジョンの策定と応能負担による財源確保を、国民的な議論のもとで早急に進めることである。

II 一体改革案の狙いと8つの問題点

【一体改革案による給付削減・負担増】

具体策の一部	2015年度の公費負担の削減額
・ 外来受診時定額負担=100円程度	1300億円減、医療給付費4000億円減
・ 医薬品の患者負担見直し=市販類似医薬品の患者負担引き上げ	
・ 70~74歳の窓口負担を1割から2割負担	2000億円減(2011年度)
・ 外来患者数を5%減らす(2025年度)	1200億円減
・ 平均在院日数を減らす	4300億円減
・ 国保料引き上げにつながる市町村国保の都道府県単位化	
・ 後期高齢者医療制度を廃止せず、根本問題を温存	
・ 介護施設の重点化、要介護認定者数を3%減らす(2025年度)	1800億円減
・ 年金の支給開始年齢の繰り延べ(65歳を68~70歳に)	1歳引き上げ5000億円減
・ 年金マクロ経済スライド(物価や賃金下落以上に引き下げ)	▲0.9%で1000億円減
・ 高所得者の年金減額(年収1000万円以上)	450億円減
・ 生活保護基準の引き下げ、医療扶助の自己負担導入を示唆	
・ 「共通番号制」を2015年から開始(導入時費用だけで6000億円)。「社会保障個人会計」創設を狙う	

第1の問題 これまで以上に大企業の負担を減らす

一体改革案は、これまで以上に大企業の負担を減らすため、消費税増税と法人実効税率の引き下げ、社会保障の給付削減・負担増の方針を打ち出している。

しかし、1990年以降、大企業は応分の社会保障・税の負担を回避し、内部留保を増大させてきている。政府の一般会計税収に占める法人税は、1990年の18.4%から、2009年には6.4%と大幅に低下する一方で、内部留保は318兆円(2009年、資本金1億円以上)に積み上がっている。

一方、勤労所得は低下し続け、民間給与総額は1998年の223兆円をピークに2008年には201兆円に、21兆円減少している。正規雇用者数も減少し、非正規雇用者数が雇用者の3割を超え、その結果、正規雇用者の賃金も抑制され、年収200~300万円世帯が急増している。

そもそも、国際競争力は税金の多寡で決定されるものではないことは、専門家も指摘している。経済産業省「海外事業活動基本調査」(2008年)の「海外投資決定のポイント」(大企業)では、海外進出する判断の主要な理由は、「現地の製品需要が旺盛または今後の拡大が見込まれる」ことにあると答えており、税制の優遇措置は7位と問題視されていない。大企業の社会保障・税負担を軽減すれば、国際競争力が増し、生産拠点を海外に移転しないというのは、まやかしに過ぎない。

さらに、大企業には消費税の負担が大幅に軽減されている。輸出企業への消費税分の還付金制度により、輸出大企業上位10社で年間1兆円もの還付金を得ているが、その実態は下請企業に消費税分の値引きを求めるなどの方法で、消費税負担を減じているのである。

しかも、1989年以降、法人3税の減収分は208兆円に及ぶが、同期間の消費税収は224兆円で、法人税減税の穴埋めに使われた勘定である。

厚労省案では、「グローバルな経済競争が激しくなる中、これまでのように企業が社会保障において一定の役割を担うことは容易ではない」と述べ、大企業の社会保障に対する役割を免除しようとしているが、これ以上大企業の社会保障・税負担を軽減するのではなく、応分の負担を求めるべきである。

第2の問題 社会保障を変質させ、国の責任を放棄

一体改革案は、国が責任を持つべき社会保障について、国民の「自助」を基本に、国民間の「共助」の枠組みを強化し、国が責任を持つ「公助」は“救貧対策”に限定化していくとの方針を打ち出している。また、国民間の給付と負担は「公平」であるべきだとして、「負担に見合う給付」＝民間保険と変わらぬ「社会保障」へ変えようとしている。

民間保険の原理を梃子に、社会保障の抑制・削減を進め、公的給付を限定化し、それを超える医療、介護サービス等については、公的保険外のサービスを自己責任で市場から選択するという枠組みに変えることが狙われている。政府の「新成長戦略」を推進し、「自己責任」と「受益者負担」主義を強化するものである。

このような「自助努力で自立できぬ者は、家族・縁者、同業者が助け、それでも落ちこぼれる者だけを、国が公助する」との考え方は、19世紀の救貧思想そのものである。日本の社会保障は憲法25条を基本に、国民皆保険・皆年金という社会保障制度をつくりあげてきた。政府は、「自助」を基本にというが、国民皆保険・皆年金を前提にしてこそ「自助」が可能なのであり、公的医療保険や老齢年金制度を抜きにして、一体誰が自立できるだろうか。国民皆保険・皆年金のないアメリカの実態を見れば、それは明らかである。

1950年の社会保障制度審議会の勧告は、生まれてまもない憲法25条をさして、「これは国民には生存権があり、国家には生活保障の義務があるという意である。…国家がこういう責任をとる以上は、他方国民もまたこれに応じ、社会連帯の精神に立って、それぞれその能力に応じてこの制度の維持と運用に必要な社会的義務を果さなければならない」とした。社会保障は自立できない者を救うためのものではなく、すべての国民に等しく自立できる仕組みをつくることにある。

また、政府の「新成長戦略」で打ち出されている「共助・連帯の仕組み」としての「新しい公共」は、公的給付の提供主体を、国や自治体・公的機関などから、ボランティアや企業などに担わせていく計画である。これは社会保障の給付を利潤の対象としたり、国の責任を曖昧にし、結果責任を個人の問題にすり替えるものである。公的責任の上に、サービスを補充する限りでは一定の評価もあり得るが、現状は公的責任の範囲や水準を引き下げることの方便に過ぎない。

社会保障とは、負担と給付を連動させるものではなく、一人ひとりの必要に応じて給付するものである。「共助」の名による「負担に見合う給付」は、憲法が規定する生存権保障としての社会保障の理念とは相容れない。

社会保障は、国民の生存権を保障する諸権利と制度を国民自身が勝ち取り、培ってきた人類の英知であり、崇高な理念である。憲法で保障されている国民の人権保障を、国と自治体は守る義務があり、保団連は、「人間の尊厳に値する生活を保障する公的な仕組み」である社会保障制度を構築することを強く求める。

第3の問題 消費税増税、社会保障を消費税と連動させる

(1) 社会保障費を消費税収の範囲に押さえ込む

一体改革案は、当面の措置として、「社会保障4経費」(年金・医療・介護、子育て)へ消費税全額を充当し、消費税と連動させるとしている。そして将来的には、「社会保障給付にかかる公費全体について、消費税収を主たる財源」とする方針である。

これは、三つの問題がある。第一は、社会保障の財源として必要な機能が失われることである。社会保障の機能とは、所得の再分配である。所得税は、今日では累進性が弱まってはいる

が、それでもより高額所得者がより多く税金を納付する累進性をとっている。この一般税収を財源とすることによって、社会保障は所得の再分配を実現できるのである。しかし、消費税は所得に反比例し、所得の低い者ほど負担率の高くなる傾向をもつ税金である。消費税を社会保障の財源にすることは、所得の低い者の税金を低所得者に再分配するという所得の水平的再分配とならざるをえない。消費税は、貧富の格差を増大させる反福祉税なのである。

第二は、日本の社会支出は先進国最低であり、社会保障費の増加は避けられないにもかかわらず、消費税を財源にすると宣言する限りは、消費税率を際限なく引き上げざるを得ないことである。消費税率を上げることができなければ、今度は社会保障費を先進国最低水準に据え置かなければならない。

政府の「社会保障費用の将来推計」によれば、2015年度の社会保障の公費負担は約47兆円、公費を消費税収に限定するならば消費税率は18%（税率1%＝約2.5兆円）に引き上がる。また、2025年度の公費負担は約61兆円、消費税率は20%以上（税率1%＝約2.9兆円）に引き上がる試算が示されている。

国民にとって、消費税増税か、社会保障給付の削減か、或いは、その両方が迫られることになる。特に、被災地には大きな負担となり、復興の妨げになることは明らかである。

第三は、実態として社会保障の財源には使われないことである。名目的には、社会保障のためとしながら、政府は同時に法人税率の引下げるとしている。一体改革案の目的は、財政再建のはずである。一方で、消費税を増税しながら、他方では法人税を引き下げるとは、消費税増税の目的は、法人税減税のためと言わざるを得ない。社会保障に使うためとは、国民を欺くための便法にすぎない。

消費税収が国税に占める割合は、日本は約22.1%。同様にイギリスは22.5%、スウェーデンは22.1%、ドイツは27%など、税項目のバランスとしては、すでに日本の消費税はヨーロッパ並みになっている。しかし、これらの国々の社会保障水準は日本を大きく上回っている。それは所得税、法人税の累進税制を社会保障の財源としているからであり、そもそも、神野直彦政府税調専門家委員長が2008年当時に明言していたように、「社会保障負担と消費税を結びつけようという考え方は、日本以外ない」（『世界』2008年12月号、当時は東京大学教授）のである。

（2）地方自治体の単独事業の切り捨て

2009年度税制改正法の附則104条には、「制度として確立された」社会保障に限定して消費税収を充てることが明記されている。一体改革原案には、「制度として確立された」社会保障の範囲外とされた地方単独事業については、消費税収を充てずに、「独自に財源が確保できるよう、地方自治体の課税自主権の拡大」が盛り込まれた。

乳幼児医療費助成や予防接種事業などの地方単独事業が、財源問題から切り捨てられることを危惧した自治体側が反発したため、一体改革成案（案）では見直しが行われた。しかし、「地方単独事業に関して、必要な安定財源が確保できるように」、「地方税制度を『自主的な判断』と『執行の責任』を拡大する」と明記されており、政府の「地域主権改革」の方針に沿って、国の責任を放棄し、自治体（＝住民）へ責任を押し付け、自治体（＝住民）責任で財源を捻出するという方向性は大きく変わっていない。

第4の問題 「外来受診時定額負担」など第一線医療の給付削減・負担増

「公助」の限定化によって正当化しようとしているのが、「給付の重点化、効率化、選択と集中」である。

一体改革案では、医療について、①通院のたびに現行の窓口負担に上乗せする「受診時定額負担」、②70～74歳の窓口負担の2割負担、③市販類似薬の患者負担引き上げ、④外来患者数の5%削減、⑤電子レセプトの縦覧・突合点検など情報通信技術の利活用による重複受診等の削減など、第一線医療を選別・直撃する給付削減・負担増計画が打ち出されている。

特に、「受診時定額負担」は、高齢者、乳幼児、慢性疾患患者など受診頻度が多い人ほど負担が重くなり、これまで以上に受診が抑制され、重篤化させかねない。こうした給付削減・負担増を通じて、あらかじめ患者総数を削減することを数値目標化して計画に盛り込むこと自体が、言語道断である。国民の受療権を制限し、早期発見・早期治療を阻害するだけでなく、第一線医療を担う中小病院、診療所機能を弱体化させることが懸念される。

一体改革案は、6月2日の社会保障改革に関する集中検討会議における「医療におけるビッグリスクに備え、スモールリスクのカバーからシフトしていく」との意見に示されているように、初期医療を制限し、「高額・高度医療への給付重点化」を進めていく方針を打ち出している。混合診療の原則解禁や、外来患者の「カゼ」などを軽い病気と規定し、公的保険は適用しないという「保険免責制度」の導入の突破口にされる危険性がある。疾病で選別する医療に変質させることは、国民皆保険制度の根本を破壊するものである。

また、2002年改定の健康保険法の附則2条は、保険給付は「将来にわたり百分の七十を維持する」と規定しているが、上乗せ「受診時定額負担」は、これに反していることになる。しかも、これらの負担は、一旦導入されれば、負担額の引き上げが容易に行われるようになることは、これまでの歴史からも明らかである。

厚労省の「患者調査(2008年)」では、前回(2005年)と比べ患者数が外来で22万7千人も減少している。保団連は、経済的理由によって医療、介護を受けられない事態が深刻化している状況で、「疾病の自己責任」と「受益者負担」主義を強める給付削減・負担増計画の撤回を求める。あわせて、窓口負担の大幅軽減を求め、当面、現役世代は2割、65～74歳は1割、義務教育終了までの子どもと高齢者は無料、高額療養費制度を活用した長期・高額医療及び低所得者の負担軽減を実現し、経済的な負担の心配がなく、受診ができるようにすることを要求する。

第5の問題 「財政中立」を原則とした「低所得者」対策—国民間に分断構造を持ち込む

一体改革案は、貧困と格差を拡大させた「構造改革」路線への国民の批判を意識し、高額療養費制度の拡充、低所得者の年金への加算や国保料・介護保険料の軽減を提起し、「低所得者対策」を強調している。

しかし、改善策と給付削減・負担増が抱き合わせで示され、国費投入を増やさずに、同じ財源の範囲内で、財源を付け替える「財政中立」を原則としている。つまり、改善策を実現する財源と、給付削減・負担増の改悪を連動させることになる。こうした財政手法は、国民間に新たな分断構造を持ち込むものである。「構造改革」路線により生み出された貧困と格差の拡大を改善するための施策は、国の責任と国費投入によって推進すべきである。

(1) 高額療養費制度の拡充と「外来受診時定額負担」の抱き合わせ

一体改革案では、高額療養費制度の負担限度額の引き下げについて、「負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討」と明記されている。

厚労省の具体策では、「年収300万円以下の世帯の負担上限引き下げ」や「長期・高額の医療費負担を軽減する年間負担上限の新設」と、「通院のたびに現行の窓口負担に上乗せする『受診時定額負担』の導入」や『『上位所得者』区分の世帯の負担上限引き上げ』とを、連動させる方向が示されている。

患者団体からは、「高額医療を受ける患者の負担軽減のために、一般患者の負担を増やせば、患者間で対立感情が高まる恐れがある」（血液疾患の患者会「フェニックスクラブ」事務局の野村英昭氏・『毎日新聞』6月3日付）という懸念の声が上がっている。

原則3割の窓口負担を軽減するとともに、所得の低い層や負担が長期にわたる患者の限度額的大幅引き下げ、1%条項の応益負担の撤廃など、高額療養費制度の拡充を国費の増額によって実現すべきである。

(2) 「低所得者」の国保料軽減と国保の都道府県単位化の抱き合わせ

国保料については、低所得者に限定して追加軽減を行うとされている。しかし、その財源は、低所得者以外の国保料引き上げにつながる市町村国保の広域化、すなわち、市町村の一般財源投入を廃止し、国保料を引き上げる国保運営の都道府県単位化と連動させるとしている。

(3) 「低所得者」の年金加算と高所得者の年金削減を抱き合わせ

「低所得者」「障害基礎年金」などの年金加算についても、その財源は、高所得者の年金減額（総額で450億円以上）と連動させることが示されている。

さらに、年金の支給開始年齢の繰り延べ（65歳を68～70歳に。1歳引き上げで5000億円の公費削減）、物価や賃金の下落以上に年金額を引き下げる（▲0.9%で1000億円の公費削減）などの年金削減案も示されている。

(4) 「総合合算制度」と「共通番号制」の抱き合わせ

一体改革案では、「低所得者」世帯の自己負担に上限を設ける「総合合算制度」の創設が打ち出されている。①世帯員一人ひとりの年収総額や納税額・保険料納付額と、②医療、介護、保育、障害に関する自己負担の総額について、社会保障・税の「共通番号」を用いて、国が一元管理するとされている。給付と負担を個人単位で明らかにして一元管理するシステムは、負担の範囲内に給付を抑える「社会保障個人会計」の試行に他ならない。

世帯全体の負担上限を設定する合算制度は必要だが、現行の医療・介護合算制度の拡充や、4つの制度ごとに負担上限を設けるなど、「共通番号」を前提としない負担軽減策を検討すべきである。

(5) 医療扶助に自己負担を導入

この他の「低所得者対策」では、生活保護の「見直しを実施する」として、基礎年金（月額最高66,000円）との整合性を理由にした生活保護費の引き下げ、医療扶助を「受診率が高いため、1人あたり医療費は国保等よりも高額となっている」と問題視して、「現物給付の検討」の名で自己負担の導入を示唆している。

厚労省は、生活保護制度に関する国と地方の協議で、各自治体が医療扶助「適正化」計画を策定することや、指定医療機関を受診した際の「患者負担のあり方」、さらに、保護期間の「有期制」などを論点として示し、保護費全体の48%を占める医療扶助など生活保護費全体の削減を狙っている。しかし、受給者は自由に受診できるわけではなく、受診の必要性を決めるのは医師で、医療券を出すかどうかを決めるのは行政である。受給者全体の8割は、医療扶助を利用して治療をしており、自己負担が導入されたら、経済的な理由から治療を受けることができず、症状が悪化し自立から遠ざかる悪循環になる。

一体改革案で打ち出されている「貧困・低所得者対策」を実効性あるものにするためには、保護が必要な人が利用でき、自立に向かえるよう、生活保護制度を抜本的に拡充すべきである。

第6の問題 「社会保障個人会計」につながる「共通番号」を先行して導入

一体改革案で示された「総合合算制度」では、社会保障・税の「共通番号」を用いて、社会保障の4分野の給付と負担が、個人単位で管理されるが、これは、低所得者を対象とした負担の範囲内に給付を抑える「社会保障個人会計」の試行に他ならない。

「共通番号」は、社会保障給付と納税・保険料納付に係わる個人データを、国家が「番号」をキーに、名寄せ・突合して国が一元管理するシステムである。導入時の初期費用だけでも約6000億円、維持・運営費にはさらに多額の税金が投入される。しかも、社会保障給付と負担を収支勘定として捉え、国が一元管理する「社会保障個人会計」や、「国民ID制度」の基盤にも位置付けられている。

医療界からは、「番号を現物サービス給付に持ち込んではならない」、「所得の把握、社会保障に関する徴収額の把握ができれば、当然、現物給付の抑制・制限も不可能でない」、「社会保障個人会計についても許容できない」との意見が表明されている。

生命保険協会は、すでに「共通番号」によるデータを保険会社にも利活用させるよう要求しており、アメリカの保険会社を含む営利企業に利活用される危険性が高い。今秋以降に関連法案を国会に提出、個人と法人に番号を振り、2015年に開始するとしているが、重大な問題を内包している「共通番号」の導入は断念すべきである。

第7の問題 医療費削減を前提とした医療・介護提供体制の抑制

一体改革案は、団塊の世代が高齢化のピークを迎える2025年度の医療・介護提供体制を抑制するシナリオを描いている。

(1) 医療提供体制の抑制

政府の推計では、入院全体の患者数は、現状の130万/日から、2025年度には160万人/日程度へ増加し、現状の病床稼働率を前提とすれば、病床総数は170万床から200万床程度に増加すると試算している。

一体改革案では、「地域一般病床」など包括的な医療体制が盛り込まれているが、病床総数については、その充実を進めるのではなく、平均在院日数を大幅短縮させることで、1日当たり入院患者数を2割減らし、病床総数を160万床程度に抑制するシナリオを示している。

特に、一般病床の約5割を占める「一般急性期」35万床については、平均在院日数を現行の13~14日から9日に大幅短縮するシナリオが示されている。現在でも平均在院日数が減少（一般病床の平均在院日数は、2002年の22.2日から、2010年11月には17.9日へ4.3日短縮）しており、これ以上の平均在院日数の減少は、医療の安全を脅かし、新たな医療難民を生み出しかねない。一方で、在宅医療等の利用者数を1.7倍に増やすことが盛り込まれているが、具体策は示されておらず、患者不在のシナリオと言わざるを得ない。

また、医師数を1万人程度減らす一方で、病院医師の業務量を2割削減するシナリオが示されている。「高度急性期」病床には医師を集中投入する方向であり、他の病床や第一線医療を担う医師が不足することや、医行為の看護師・介護職への拡大につながる懸念される。

さらに、「地域間・診療科間の偏在の是正」が盛り込まれているが、2009年の財政審建議が提言した「公的な関与で開業を規制する」方向で具体化されるならば、わが国の国民皆保険制度の根幹である自由開業医制の否定につながるおそれがある。

(2) 介護提供体制の制限

介護については、2025年度までに要介護認定者数を3%減らす数値目標を掲げ、介護利用者数は640万人/日となる試算を提示している。

施設入所の待機者が増大を続けているにもかかわらず、施設整備を進めようとせず、施設入所は「重度者」に限定し、全体の2割の130万人程度に制限する方向が示されている。これ以外の8割、510万人の要介護認定者については、ケア付き高齢者住宅などの居住系や在宅での介護を想定している。施設不足状態を逆手にとって、在宅介護の利用者を増やし、ケア付き高齢者住宅の市場を拡大する計画である。

(3) 受け皿としての「地域包括ケアシステム」

高齢者の医療・介護の受け皿として構想されているのが、厚労省の「地域包括ケアシステム」である。日常生活圏域内で、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供され、医療(看護)と介護の一体的な提供で、医療・看護ニーズの高い患者や看取りの対応を地域で可能にするとされている。

地域まるごとで24時間・365日の包括的ケアを保障することは当然だが、「地域包括ケアシステム」には、①訪問介護・訪問看護の「一体的提供」が24時間体制で保障されるのか、②同種の訪問介護、訪問看護が利用できなくなるのではないのか、③定額報酬となればその範囲内でしかサービスを提供できなくなり、別のサービスで補えば限度額を超えた分は全額自己負担になる、④ケア付き高齢者住宅には、営利企業が参入できるため、利益を株主配当に回し、利益が出なければ撤退・倒産というリスクがついて回るなど、重大な問題が内包されている。

「施設・病院から住宅へ」「医行為は医師から看護師へ、看護師から介護職員へ」「生活支援はヘルパーから、『新しい公共』の名でボランティア・企業へ」の流れを促進し、高齢者の医療・介護提供体制を抑制しようとしていると言わざるを得ない。

保団連は、国と自治体の公的責任を明確にし、入院医療体制の確保や、要介護者を受け入れる施設や従事者の基盤整備、医療系介護サービスを医療保険制度に戻すなど、高齢者の生活全体を支える包括的ケアを保障する医療・介護体制の構築を強く求める。

第8の問題 地域保険への一元化をめざす高齢者医療・国保制度「改革」

一体改革案では、高齢者医療制度の見直しや国保の都道府県単位化の方針が盛り込まれているが、いずれも、政府の「地域主権改革」の方針に沿って、具体化しようとしている。

(1) 地域保険への一元化

厚労省の高齢者医療・国保制度「改革」案は、新しく都道府県単位の「高齢者国保」を設けることによって、国保の都道府県単位化につなげ、「医療費適正化計画」の実効性を高めていく方針である。医療に対する国の責任を、地方自治体に転嫁し、医療費(給付)と保険料(負担)が連動する民間保険の原理での運営を強化しようとしている。

新自由主義「構造改革」路線では、「国保の都道府県単位化→地域単位の医療保険の一元化」の流れであったが、今回の制度「改革」案では、「国保高齢者部分の都道府県単位化→国保の都道府県単位化→地域保険への医療保険の一元化」という3段階による地域保険への一元化方針が打ち出されている。

さらに、地域保険への一元化の次の段階では、介護保険と一体化させていく方向が示されており、医療と介護の受け皿として構想されているのが、前述の「地域包括ケアシステム」である。

このような地域保険への一元化については、大きく言って3つの問題がある。第1は、「一元化」の過程において、制度間の格差是正という理由で、保険料の低いところが、高いところにあわせて引き上げられることである。第2は、地域保険への一元化の段階で、社会保険料事業主負担(企業負担)の根拠があいまいになる、ということである。第3に、保険者機能の強化による、保険給付の範囲・質・価格を定めた全国一律の診療報酬を、都道府県単位の設定に切りかえる可能性が高いことである。関連して、施設基準や人員基準も都道府県単位で基準を設定することも考えられる。同じ治療・検査でも地域によって診療報酬や看護配置が異なれば、患者、住民に混乱を招き、地域医療を支える医療提供体制に対しても重大な影響をもたらすことになる。

(2) 高齢者医療「新制度」案

高齢者医療の「新制度」案は、①75歳以上の約1400万人のうち、86%の約1200万人を対象に「高齢者国保」として運営し、それ以外の高齢者約200万人は被用者保険に加入する。②国保に入る高齢者の保険料は、現在の後期高齢者医療制度と同じように現役世代とは切り離れた「別会計」とし、都道府県単位で決める一という内容である。

現行制度の根本問題である75歳以上の高齢者の医療費(給付)と保険料(負担)が連動することで、「高齢者自身に痛みを感じ取ってもらう」という仕組みについて、「利点はできる限り維持」するとして「新制度」案の根幹に据えている。厚労省が示した財政影響では、国保に加入する75歳以上の高齢者の保険料は、現在の平均6万3000円から2025年度には9万5000円に1.5倍、3万2000円増加する。しかも、保険料を軽減する特例措置を、段階的に縮小するとしている。現在、低所得者に対して、均等割の9割軽減と8.5割軽減、所得割の5割軽減が追加措置として行われているが、追加軽減を廃止すれば負担増となる可能性がある人は、のべ580万人にもものぼる。

今、必要なことは、老人福祉法の基本理念を踏まえ、公的年金が支給される65歳以上の医療を保障する社会保障としての高齢者医療制度である(「社会保障としての高齢者医療制度を一保団連の提案」2008年8月を参照。2009年11月と2010年9月に一部追加修正)。

(3) 国保の都道府県単位化

厚労省は、国保を都道府県単位で広域化するため、第1段階では、75歳以上の高齢者のみを対象とする「高齢者国保」とし、第2段階は、国保加入世帯の全年齢を対象にした都道府県単位の国保運営を全国一律で2018年度から実施する予定である。

厚労省は都道府県が策定した「広域化等支援方針」を梃子にして、▽市町村一般会計の繰入の解消▽保険料の引き上げ▽収納率のアップ▽医療費「適正化」計画の強化をはじめ、国保料の算定方式を旧ただし書き方式に一本化するなど、市町村に対し、国保料引き上げと医療費削減を迫っている。

国保への自治体財政の投入は、国庫負担の削減を緩和するものであり、住民の暮らしを守る市町村の役割を発揮したものである。これを廃止することは高すぎる国保料をさらに引き上げることになる。

全国知事会が、「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である」と批判しているように、国保財政の危機の根本原因は、市町村国保会計に対する国庫負担の削減政策(1984年の49.8%から2008年には24.3%へ削減、国保医療費の定率国庫負担も1984年に45%から38.5%へ削減)である。国保制度の改革には、厚労省が示す財政の広域化ではなく、国庫負担の抜本的な強化が不可欠である。

以上