明日の医療を考える
月刊保団連
臨時増刊号 No.1214 2016

医療・介護が危ない!?

社会保障を充実させて豊かな日本を

発行：全国保険医団体連合会 企画編集：兵庫県保険医協会　2016年3月24日 明日の医療を考える 月刊保団連 臨時増刊 通巻1214号 昭和47年6月15日 第三種郵便物認可

CONTENTS

● はじめに …… 02

● 1. まだまだつづく患者負担増 …… 03

あらゆる世代に負担増 …… 03

入院での負担増 …… 05

介護分野での負担増 …… 06

● 2. 医療が受けられない …… 07

病院のベッドが減らされ、行き場のない患者が …… 07

ベッドを減らさない病院にはペナルティー …… 09

都道府県ごとに医療費の削減目標を定める …… 10

● 3. 社会保障を充実させて豊かな社会を …… 11
－社会保障は財政や経済のお荷物ではない－

1年間で5000億円の社会保障費抑制 …… 11

保団連提言「財源はつくれる」 …… 13

はじめに

2012年以来、患者負担増や社会保障サービスの給付削減を中心とする
社会保障制度改悪の法律が次々と成立しています（図1）。
背景には、国民の権利としての社会保障（医療・介護・子育て・年金等）に
「自助・共助・公助」という考え方を持ち込み、自助や自己責任を強調し、
国の責任を後退させ、国の財政負担を極力抑制するという大きな方針があります。
また、これまで国が提供してきたサービスや給付を民間企業の仕事とする、
「公的サービスの市場化」（商助）※も国の方針の一つです。
こうした方針の基本には、“少子高齢社会の進行に伴う
社会保障費の増大が国の財政を圧迫している”、“国民や企業の社会保障費負担が
経済成長の重荷になっている”という考え方があります。
しかし、これは本当でしょうか。
世界の先進国の中には、社会保障の機能強化や充実で国民の将来不安を取り除き、
生活を安定させることにより、少子高齢社会に歯止めをかけている国も少なくありません。
そうした国々では個人消費の落ち込みを防ぎ、安定的に経済を成長させています。
このパンフレットでは、今後さらに予定されている
医療・介護制度の改悪についてその内容をお知らせします。
また、現在の財政状況下でも
社会保障の充実は実現可能であり、制度の改悪は必要ないということも、
ぜひ知っていただきたいと思います。

※財務省財務総合政策研究所「高齢社会における選択と集中に関する研究会報告書」より

図１　国会のたびに行われる社会保障制度の改悪

2012.08.22　社会保障制度改革推進法
↓
2013.08.06　社会保障制度改革国民会議報告書
↓
2013.12.13　社会保障改革プログラム法（持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律）
↓
2014.06.18　医療・介護総合法（地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律）
↓
2015.05.27　医療保険制度改革関連法（持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険等の一部を改正する法律）

Section 1 まだまだつづく患者負担増

政府はこの間、医療や介護分野でさまざまな患者、利用者負担増を行ってきました。その背景には、“医療や介護を受けている人はそのサービスの対価を払わなければいけない”といういわゆる「受益者負担論」があります。

しかし、医療や介護を受けている人は本当に「受益者」なのでしょうか。だれも病気やけがはしたくありませんし、介護を必要とするようにもなりたくありません。不幸にもそうなってしまうのです。ですからそもそも医療や介護を必要とする人は「受益者」ではなくいわば「受難者」なのです。しかもそうしたリスクは誰にでもあります。そのため、社会保障として国の責任においてそうした人に医療や介護を提供する必要があるのです。しかし政府はさらなる負担増を議論しています。この章では、来年度以降予定される負担増について整理しています。

あらゆる世代に負担増

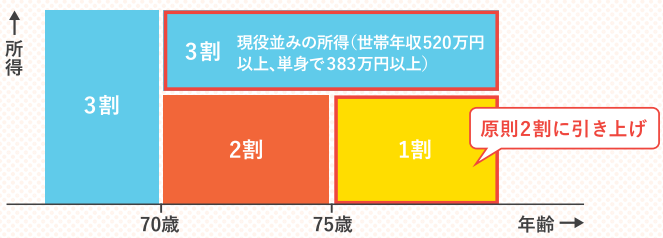
75歳以上の医療費窓口負担の原則2割化

政府は2019年度以降、75歳以上の医療費窓口負担を現状の1割負担から2割負担に引き上げるとしています（図2）。

政府は現役世代との「不公平」を理由に、これまでも高齢者の窓口負担を引き上げてきました。しかし、高齢者の医療ニーズが現役世代より高くなるのは当然です。政府は、単に1度の受診における窓口負担だけを取り出して、高齢者の負担が現役世代よりも軽く「不公平」といいますが、これは、暴論です。実際に厚生労働省の推計※によれば、15歳から64歳までの医療費自己負担額の平均は年間3.62万円です。これに対し、それ以上の世代では8.04万円に上ります。すでに、医療機関の窓口などでは高齢者は現役世代よりも重い負担をしているのです。これをさらに増やせば、経済的な理由で医療機関を受診できなくなる高齢者が増加してしまいます。

※「年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較（年額）」（2013年度実績に基づく推計値）

図2　75歳以上の高齢者も窓口負担は2割に



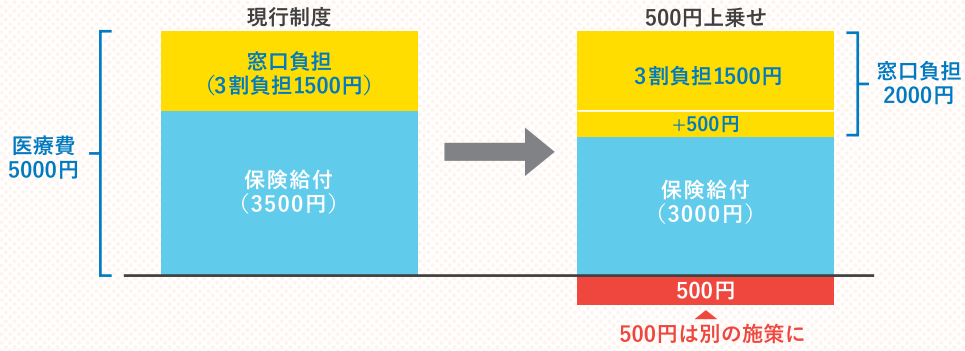
財政制度等審議会「平成28年度予算の編成に関する建議」をもとに作成

受診時定額負担の導入

政府は遅くとも2017年度の国会で法律を通し、かかりつけ医以外の医療機関を受診した場合に「受診時定額負担」を導入するとしています。「受診時定額負担」とは、すべての患者に、これまでの窓口負担に加えて100円から数百円の定額負担を求めるものです。財務省の財政制度等審議会は「個人が日常生活で通常負担できる少額」としていますが、これまでの窓口負担拡大の流れを考えれば、ゆくゆくはさらに高額になることも考えられます。もし、定額負担が500円になれば、5000円の医療費がかかった場合、患者は3割負担分の1500円に500円を加えた2000円を窓口で負担することとなり、実質医療費総額の4割を負担することとなります（図3）。

健康保険法では、“将来にわたって患者負担は3割を限度とする”と附則で明記されています。受診時定額負担の導入は、法律に定められた国民との約束をないがしろにするものです。

図３　今でも高い窓口負担にさらに定額負担を上乗せ



財政制度等審議会「平成28年度予算の編成に関する建議」をもとに作成

薬局で買える薬は保険が利かなくなる

政府は、「市販品類似薬に係る保険給付の見直し」を行おうとしています。これは、薬局で処方せんなしで購入できる医薬品を、保険から外し全額自己負担にしたり自己負担の割合を高くするということです。全額自己負担となる医薬品は、湿布薬、うがい薬、ビタミン剤、漢方薬、総合感冒薬（かぜ薬）などです。これが実施されれば、高い保険外負担を避けて、患者は医療機関にかからず自己責任で市販薬を購入することになります。間違った自己診断で、医師による早期診断、治療の機会が失われ、取り返しのつかない事態を招く可能性もあります。

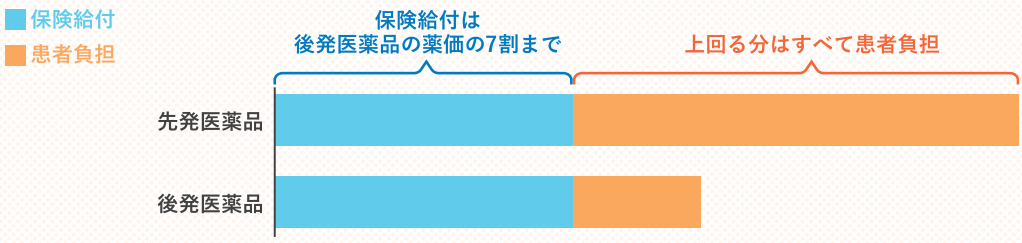
また、病院・診療所にかかった場合でも、今までは保険適用されていた医薬品が全額自己負担になれば、患者は、原則3割負担という高率の窓口負担に加え、さらに多大な負担を強いられることになります。

政府は、これまで医師の診断と処方せんが必要だった薬を、それらがなくても薬局で買えるよう転換を進めており、今後、保険の利かない薬は増えていくことになります。そうなれば、“安全性と有効性が確認された薬は保険が利くようにして、だれでもお金の心配なく必要な医療が受けられる”という国民皆保険制度の原則がないがしろにされてしまいます。

安い薬の分しか保険が利かなくなる

政府は、値段の安い後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及を進めるために、2017年半ばまでに「参照価格制度」を導入するとしています（図4）。この制度は、保険の利く範囲を後発医薬品に合わせ、先発医薬品を処方する場合には、差額をすべて患者負担とするものです。先発医薬品の処方を希望した時に、窓口負担が大幅に増えるだけでなく、患者個人の支払い能力の違いによって使える薬に不平等が生じます。政府はこの制度の導入で、先発医薬品の処方を減らして、品質や安定供給に不安を抱える安価な後発医薬品へ誘導し、医療費の削減を狙っているのです。

図４　先発医薬品を希望すると自己負担増



財政制度等審議会「平成28年度予算の編成に関する建議」をもとに作成

高額療養費制度の上限額引き上げ

現在、患者の負担軽減のため、高額療養費制度によって窓口負担には上限が設けられています。この額は70歳未満の場合、所得に応じて設定されています。70歳以上の場合も四つの所得区分が設けられそれぞれに額が定められています。また外来負担の上限も4万4400円と定められています（図5）。政府はこの高額療養費制度について、一定所得以上の70歳以上の人は、現役世代と同様の制度にしようとしています。

しかし、高齢者の医療ニーズは現役世代より高く、例え同じ所得であっても、高齢者の方が医療に費やす費用は多くなり、真に公平な負担とはいえません。

図5　高齢者も現役世代と同じ負担に

各世代の高額療養費制度（1ヶ月間の自己負担限度額）

年収のめやす	70歳未満	70歳～	
		個人（外来）	世帯（入院・外来）
約1160万円～	25万2600円＋（医療費総額-84万2000円）×1%	4万4400円 廃止	8万100円＋（医療費総額-26万7000円）×1% 所得基準を引き下げて、現役世代と同じ負担に
約770万円～	16万7400円＋（医療費総額-55万8000円）×1%		
約520万円～	8万100円＋（医療費総額-26万7000円）×1%		
約370万円～		1万2000円	4万4400円
～370万円	5万7600円		
住民税非課税者	3万5400円	8000円	2万4600円
年金収入80万円以下	——		1万5000円

財政制度等審議会「平成28年度予算の編成に関する建議」をもとに作成

入院での負担増

入院居住費を患者負担に

政府は2015年の医療保険制度改革関連法により、患者や栄養士をはじめとする多くの医療関係者の反対を押し切って、入院中の食事代を引き上げました。政府はさらに2016年度までに、比較的軽症な人が入院しているとされる「療養病床」で、水光熱費などの居住費を患者負担にするとしています。さらに、2017年の国会で、すべての入院する患者にもこの負担を広げるとしています。

これでは、入院が必要な患者が「居住費が払えない」「食事代が払えない」という理由で入院できない、早めに退院せざるをえないという事態が起こりかねません。

資産のある患者は入院時の生活費負担がさらに重くなる

これまで介護保険を利用して施設に入所する一定所得以下の人は、利用料の一部が補助されていました。しかし医療・介護総合法により、所得が低くても預貯金等一定の資産がある人は補助が受けられなくなってしまいました。そのために行政が、認知症のお年寄りに銀行の通帳のコピーの提出を求めたりするなど、現場では混乱が広がっています。政府はこの混乱に乗じて、資産の把握にマイナンバーを利用するとしています。

さらに政府は、こうした一定の資産があることを理由に負担増を迫る制度を、医療にも広げようとしています。財政制度等審議会は、2016年末までに一定の資産がある入院患者の食費や居住費への給付を縮小するとしています。

貧困な社会保障制度のもとで将来を不安視し老後の蓄えをしてきた人たちに、その蓄えを理由に、さらに負担増を迫れば、そうした人たちの老後はさらに貧困なものにされてしまいます。

介護分野での負担増

図6　要介護1・2の人は「介護保険サービス」が受けられなくなる

財政制度等審議会「平成28年度予算の編成に関する建議」をもとに作成

利用料負担の2割化

介護保険制度では利用者負担割合は1割とされていましたが、医療・介護総合法で2015年から、所得が一定額以上の人は2割負担となりました。さらに、政府は2017年の国会で法律を成立させ、原則2割負担にするとしています。

訪問介護の「生活援助」を利用者負担に

現在、居宅で「生活援助」を利用している人は10万3千人にのぼっています。政府は2017年度の国会で法律を成立させて、このうち「軽度者（要介護1・2）」について利用料を全額自己負担にするとしています（図6）。これでは、お金がないから、生活援助が受けられず、掃除や洗濯、食事ができないという高齢者が増加してしまうでしょう。

福祉用具貸与・住宅改修を全額自己負担に

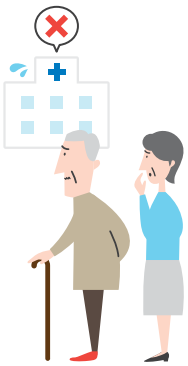
介護保険制度では、それぞれの要介護度に応じて、車いすや移動用リフトなどを1割の自己負担でレンタルすることができます。また、手すりの取り付けや床の段差の解消など、必要な自宅改修についても20万円を限度に必要な費用が給付されます。その際も、利用者の負担は1割です。政府は2017年の国会でこれらをすべて原則自己負担にしようとしています（図6）。

要介護1・2の人の通所介護を介護保険から外す

医療・介護総合法では、全国に160万人いる要支援1・2の人に対するサービスの一部を介護保険の給付対象外とし、市町村が「ボランティア活動」などを利用して行う地域支援事業に移してしまいました。その結果、財源がないとしてサービスを打ち切っている市町村もあります。ある自治体では、独居で障害があり、入浴の見守りを必要とする90代の高齢者に対する訪問介護が打ち切られてしまいました。こうした現状を無視して、政府はさらに要支援1・2の人へのサービスをすべて介護保険から外し自治体に丸投げしようとしています。

そればかりか、より重度な要介護1・2の人たちへのサービスまで介護保険から外すとしています。これでは今でさえ「保険あってサービスなし」といわれている介護保険制度がますますサービスを受けられないものになってしまいます（図6）。

Section 2 医療が受けられない



この章では、政府の「骨太の方針2015(2015年6月30日閣議決定)」の中で示されている、医療提供体制についてみていきます。

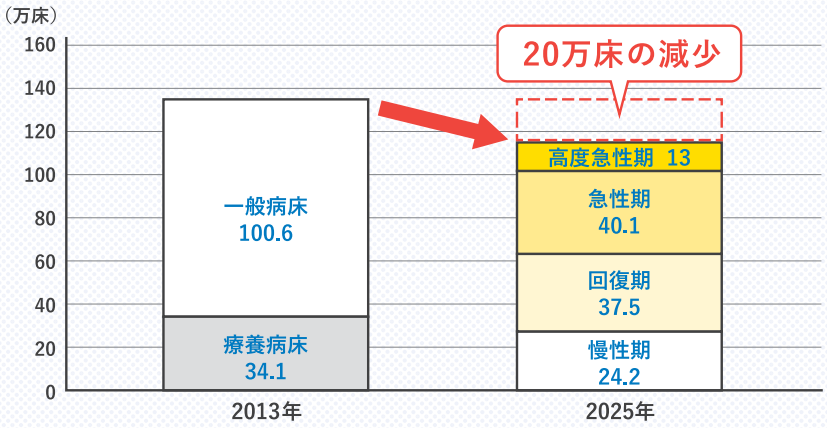
病院のベッドが減らされ、行き場のない患者が

2014年に成立した医療・介護総合法では、都道府県に「地域医療構想」の策定が義務付けられました。これは、いわゆる「団塊の世代」が75歳(後期高齢者)になる2025年に向けて、地域ごとに必要な入院ベッド数を推計し、それに基づいてベッド数の過不足を調整するというものです。

政府の推計では、全国に現在134.7万床ある病院のベッド数を、最大115万床まで20万床も減らすことができるとされました。しかし、この推計方法(図7)には大きな問題があります。それは現在入院が必要な人はすべて入院しているという前提に立って、現在の入院率と将来の年齢別人口予測から、2025年の必要ベッド数を機械的に算出していることです(図8)。

現在でも医師不足や病床不足、患者の経済的事情など、さまざまな理由で入院が必要であってもできない患者がいます。また、政府の方針で入院日数の短縮化が進められており、治癒していなくても、チューブをつけたまま、退院や転院を余儀なくさせられ、不適切な場所で不十分な医療や介護を受けざるを得ない患者も存在しています。政府はこうした問題を考慮しておらず、将来の必要ベッド数を過小に推計しています。

図7　全国で20万床のベッドをなくす



第5回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会「資料1 必要病床数等の推計結果について」をもとに作成

図8　2025年の必要ベッド数の計算方法(高度急性期・急性期・回復期)

入院が必要なのに入院できない人は入っていない

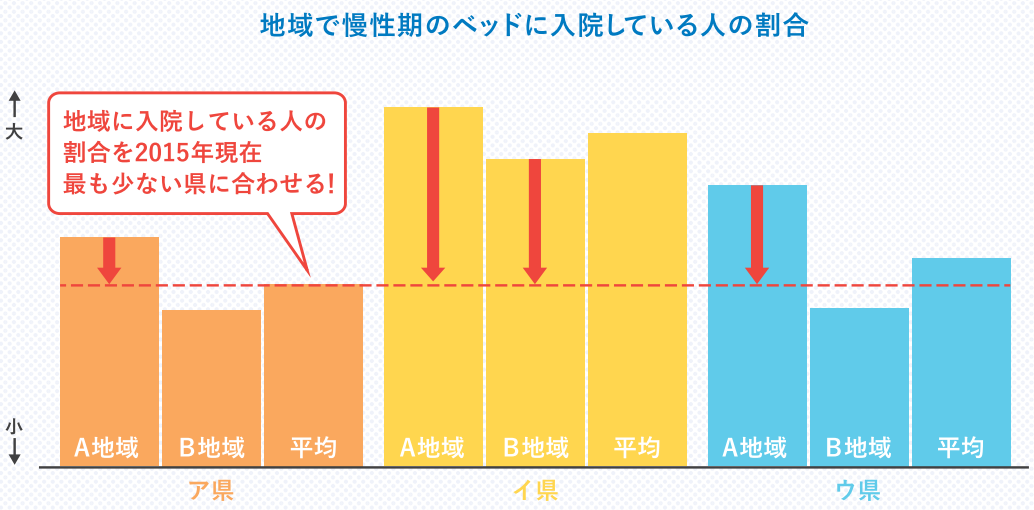
$$2025\text{年の必要ベッド数} = \frac{2013\text{年の入院患者数}}{2013\text{年の人口}} \times 2025\text{年の人口}$$

地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会「地域医療構想策定ガイドライン」をもとに作成

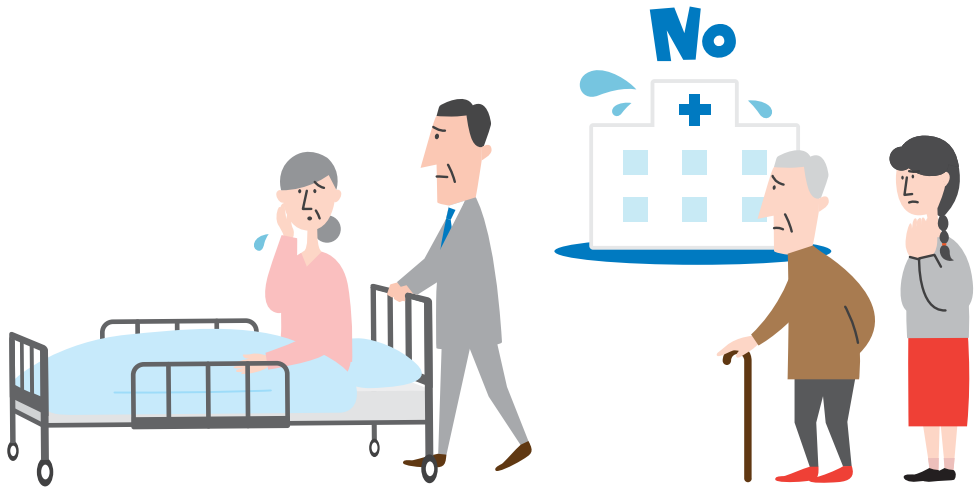
また、「慢性期」とよばれる種類のベッドは一律に削減されます(図9)。政府は“慢性期に入院する患者は比較的軽症で介護施設や在宅でも十分な対応が可能”と説明していますが、医療現場からは「脳梗塞後遺症で寝たきり状態・重度の意識障害があり、食事も経口摂取できず、胃ろうからの経管栄養、心不全などの内臓疾患もあり投薬治療が必要、このような長期入院患者さん(が慢性期病床に入院している。)…こんな重度の障害者はどこへ行けというのでしょうか」などの声が出ています。

確かに高齢者が増え、医療ニーズが高まる2025年に向けて、地域の実情にあわせて必要な入院環境を整備することは大切です。しかし、このような政府の単純で画一的な方法では、地域に必要なベッドの整備ができないどころか、さらに行き場のない患者が増えてしまいます。

図9　慢性期の患者が入院する療養病床は全国で最も少ない県に合わせる



地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会「地域医療構想策定ガイドライン」をもとに作成



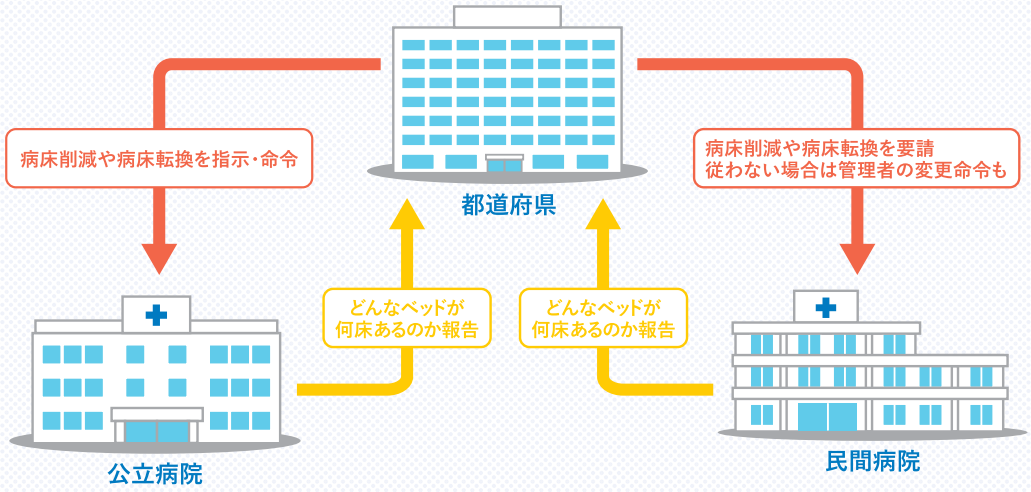
ベッドを減らさない病院にはペナルティー

政府はこうしたベッド数の削減を、都道府県と市町村、医療関係者、医療保険者その他の関係者などでつくる「地域医療構想調整会議」で協議し決めるとしています。そこで決まったベッドの削減については、都道府県知事が公的医療機関には「指示」、民間病院には「要請」することができるとしています（図10）。公的医療機関が指示に従わない場合は、医療機関名の公表や管理者の変更命令などを行えるとしています。

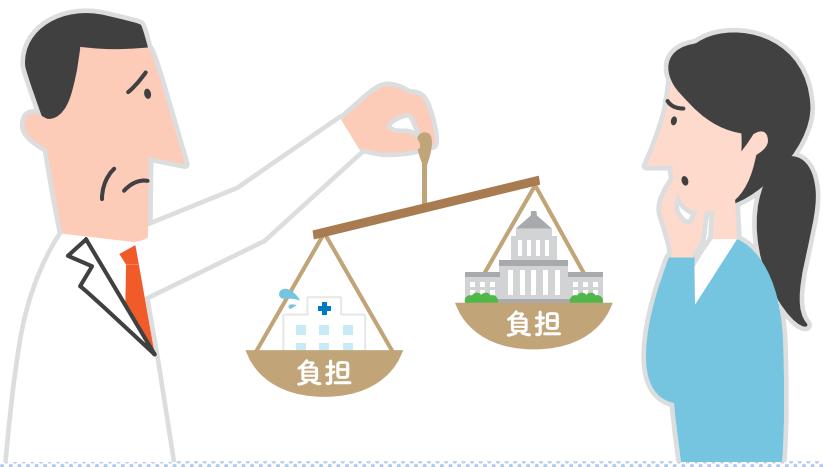
一方、民間病院でも要請に従わない場合は、勧告、それにも従わない場合は、医療機関名の公表や管理者の変更命令などの措置を講ずることができるとしています。政府は、さらに民間医療機関に対しても、都道府県知事がベッドの種類の転換命令を出せるようにすることを検討しています。

これは事実上、都道府県による民間病院の管理です。これまで民間病院は、国の医療費抑制政策の下で、経営努力を重ね病院を存続させ、地域の医療を支えてきました。こうした努力をないがしろにして、経営の保障も考慮せずに、強引にベッドの削減を進めれば、一部の病院は立ちゆかなくなり、地域医療が崩壊する危険性もあります。

図10　都道府県が主導して病院のベッドを減らす



地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会「地域医療構想策定ガイドライン」をもとに作成



都道府県ごとに医療費の削減目標を定める

政府は、こうした病床削減計画やそれに基づいたさまざまな制度改悪をさらに検討しています。すでに2015年の医療保険制度改革関連法では、「医療に要する費用の見込み」として、都道府県ごとに事実上の医療費支出目標を設定することが決まりました(図11)。政府はこの医療費支出目標の計算方式を2016年中にも示し、都道府県別の医療費の差を半減させるとしています※。そして、医療費が十分に削減できない場合は高齢者医療確保法に定められた「診療報酬の特例」というものを活用するとしています。現在は同じ医療を受けた場合、医療機関に支払われる金額は全国どこでも同じですが、この特例は、それを都道府県ごとに変えられるというものです。つまり、医療費を下げることができない都道府県は、無理矢理それぞれの医療行為の価格を引き下げることができるのです。

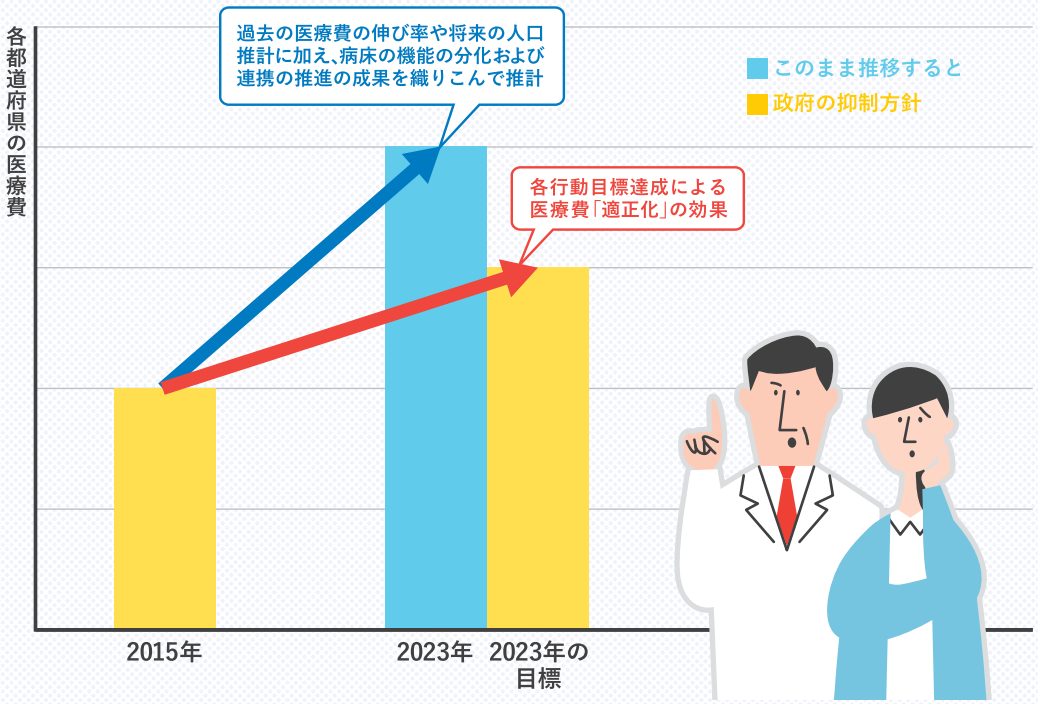
また、政府は「医師・看護職員の需給」についても検討するとしています。これは地域医療構想にもとづいてベッド数を削減するので、その分医師や看護師も減らすということを示唆するものです。

さらに政府は、入院だけでなく外来医療費についても“重複受診・重複投与・重複検査等の分析をして、地域差を是正する”としています。つまり、外来診療でも、受診の制限を行うとしているのです。

病院数や高齢化率の違いなどによって、医療に地域差があるのは当然です。それを認めず、病院のベッド数や医師、看護師数、医療費を一律に削減すれば、地域によっては、入院が必要でもベッドがなくて入院できない、さらに外来にもかかれない、そもそも医師や看護師がいないということになりかねません。

※財政制度等審議会財政制度分科会資料「社会保障①(総論、経済・財政一体改革の改革工程、障害福祉」

図11　さまざまな医療費抑制策を盛り込み将来の医療費をさらに下げる「目標」を都道府県で設定



財政制度等審議会「平成28年度予算の編成に関する建議」をもとに作成

Section 3

社会保障を充実させて豊かな社会を

―社会保障は財政や経済のお荷物ではない―

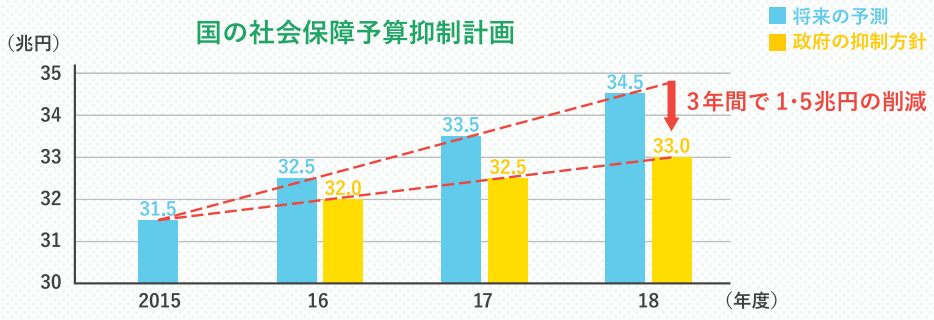
1年間で5000億円の社会保障費抑制

これまで見てきたように、病院のベッドは減らされ、医療費窓口負担も引き上げられようとしています。介護分野でも、給付の削減やサービス利用料の引き上げ計画が目白押しです。

いったい、政府はなぜ社会保障を削ろうとするのでしょうか。それは社会保障費を削減するためです。

政府が発表した「骨太の方針2015」では2016年度から3年間で社会保障のための政府予算を1.5兆円も削ろうとしています（図12）。これは毎年約5000億円の削減です。「医療崩壊」を招いた小泉政権下での社会保障費削減は毎年2200億円でしたから、その倍以上も削ろうとしているのです。実際に、この削減計画が行われれば、多くの医療・介護難民を生み出すことは目に見えています。

図12　1年間に5000億円も社会保障費を抑制



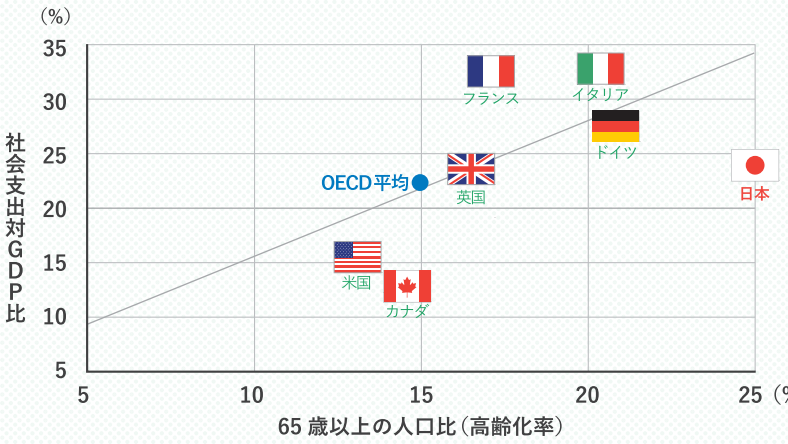
「経済財政運営と改革の基本方針2015」をもとに作成

財政赤字の原因は社会保障？

なぜ政府は社会保障費を抑制しようとしているのでしょう。政府はその理由を「財政赤字」に求めています。“高齢化で社会保障費が増え、財政が悪化した”“財政赤字を解消するために社会保障費を抑えなければならない”というのです。

しかし、財政赤字の理由は本当に高齢化による社会保障費の伸びなのでしょうか。確かに日本の高齢化率は25％と世界一です。しかし、一方で国内総生産に対する社会支出は先進7カ国のうち4番目の水準にとどまっています。つまり、他の国に比べ日本は高齢化は進んでいるのに、社会保障にお金をあまりかけていないのです（図13）。

図13　高齢化率に比べて低い日本の社会支出のGDP比

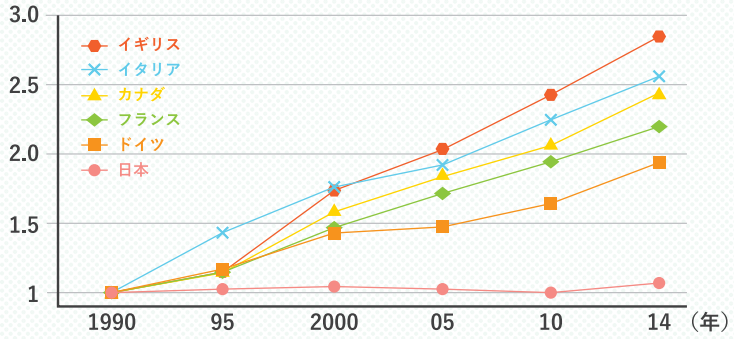


「OECD.Stat(date extracted on 04 Apr 2015)」より

では、日本は他の先進国よりも社会支出が多くないのに、他国に比べて財政赤字がひどいのはなぜなのでしょう。それは、他の先進国が税収を増やす中、日本だけが税収が増えていないからです（図14）。この原因は、一つは長引く不況のためです。政府は20年以上にわたり、景気回復のためとして規制緩和により非正規雇用を拡大させるなど企業の負担を軽減する政策をとり続けてきました。さらに法人税の減税と所得税の累進性緩和などを行う一方、消費税を増税しました。法人税率は90年には37.5％でしたが現在は23.9％にまで引き下げられています。また所得税も、最高税率が50％から引き下げられました。しかし、景気は上向きませんでした。多くの専門家は非正規雇用の拡大や消費税の増税で国内の個人消費が落ち込んだことが、景気が回復しなかった原因だと指摘しています。

図14　20年以上増えない日本の税収

先進国の政府収入の推移（90年を1とした場合）



IMF「World Economic Outlook」より

広がる格差と貧困

政府がこれらの政策をとってきた背景には、税や社会保障による所得の再分配やさまざまな規制を、「市場をゆがめる」として否定し、政府による個人や市場への介入は最低限にすべきという考え方があります。

この考え方こそ、大企業や富裕層には減税や規制緩和で恩恵をもたらす一方で、社会保障制度における国の役割を後退させた元凶なのです。大企業は多くの正社員を非正規雇用に置き換えてコストを削減した上、法人税減税で空前のもうけを積み上げています。また、一部の富裕層も所得税の最高税率の引き下げなどにより、その富をより大きくしています。その一方で、多くの国民は消費税増税を強いられ、不安定な非正規雇用で働き、社会保障も十分に受けられない状況に追い込まれています（図15）。その結果、日本には格差と貧困がもたらされました（図16）。

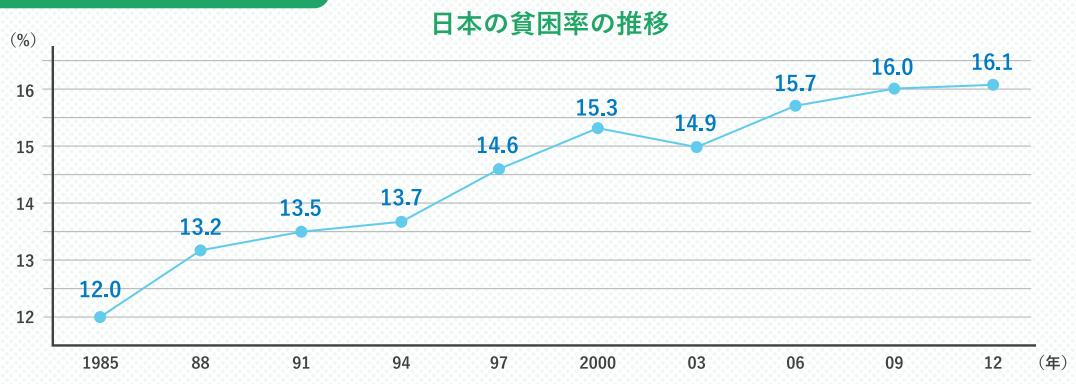
図15　国民の負担は増え、企業の負担は減った

1990年から2013年までの各指標の変化

	1990年		2013年
平均給与	546万円	102万円減	444万円
労働者に占める非正規雇用の割合	20.2%	ほぼ倍増	37.4%
実収入に占める保険料や税金の割合	15.6%	1.2倍に	18.6%
大企業の経常利益	18兆円	史上最高に	37兆円
大企業の経常利益に対する法人課税の割合	48.6%	約半分に	25.1%

※大企業とはここでは資本金10億円以上の企業を指す
総務省統計局「法人企業統計調査」、「統計Today」、「家計調査」より

図16　貧しい世帯が増えている



※「貧困率」とは所得が中間所得世帯の半分に満たない世帯の割合
「国民生活基礎調査」より

社会保障の充実こそ求められている

格差と貧困を解消し、国民の生活を守るためには、税や社会保障の重要な役割である所得再分配機能の強化が欠かせません。富裕層や大企業などに応分の負担を求めて、貧困や失業、疾病などの困難を抱える人への給付を増やして、日本国憲法がうたうように国の責任において、「健康で文化的な最低限度の生活を営む」ことができるようにしなければなりません。

また、社会保障の機能は人々の生活を安定させるだけではありません。社会保障は日本経済の安定につながります。たとえば年金は高齢者の生活費の支えとなり、医療費は医療関係者の給料、介護費は介護関係者の給料として、多くの人の雇用を生み出し、生活を支えます。また、子育て支援の充実は、若者の生活を経済的に応援し、少子化の解消、ひいては将来の労働力人口の増加や経済成長率の上昇をもたらします。政府は金融緩和などで景気回復をしようとしていますが、多くの専門家が個人消費の拡大なしには景気は回復しないとしています。社会保障の充実で将来不安を解消し、個人消費を促してこそ、本当の景気回復、経済成長ができるのではないでしょうか。

保団連提言「財源はつくれる」

私たち、全国保険医団体連合会（保団連）は、「医療への公的支出を増やす三つの提案」を発表しています。その中で社会保障財源を確保するために、①事業主負担を増やして保険料収入を増やす②実際の法人税課税を先進国並みにする③所得に応じた所得税課税にする、の三つの提案をしています。

医療への公的支出を増やす基本的な考え方と三つの提案

基本的な考え方は、大企業の税と保険料負担を増やして財源創出する

①日本の社会保障給付費(対GDP比)を、現在の23.1%からドイツ、フランス並みの30%程度に引き上げれば、社会保障全体で32兆円増、医療でも10兆円の給付費増となる。

②企業の法人税・社会保険料負担の合計額(対GDP比・2010年)で比較すると、日本の8.3%に対して、フランス13.4%、スウェーデン12.0%、ドイツ8.2%で、日本の企業負担は決して高くない。

③企業の法人税・社会保険料負担を1993年水準の8.7%に戻すだけでも約2兆円の財源を生み出すことができる。

第1の提案　事業主負担を増やして保険料収入を増やす

①被用者保険加入者を増やし、賃金を引き上げて、保険料収入を増やす。

正規雇用労働者を増やし、賃金を引き上げることによって、被用者保険加入者と保険料算定報酬を増やすことが可能となる。2008年から2014年までに、企業の経常利益はほぼ倍増し、内部留保は3割増となったが、雇用労働者の平均賃金は抑制ないし減少している。その主因は、正規雇用労働者の割合が減少し、非正規雇用労働者の割合(2015年、4割を突破)が増加したからである。

②被用者保険の保険料率は、労使折半から事業主負担割合を増やして10%(協会けんぽ並み)に引き上げる。

保険料率が協会けんぽの10%未満の健保組合が79.4%(2015年度)を占めている。事業主負担割合を増やして、少なくとも10%(協会けんぽ保険料率)とすることを提案する。中小企業(医療機関含む)には事業所規模による調整や公費負担を行う。

③保険料は給与収入や所得に応じた負担とする。

保険料は給与収入、所得に応じた累進制とする。被用者保険は保険料算定の報酬上限を撤廃する。国民健康保険は保険料の応能割を7割に高めた上で、国保料算定の報酬上限(賦課基準)を引き上げることを提案する。あわせて、一定以下所得者の保険料軽減と免除を図る。

以上①②③を通じて、少なくとも国民医療費の事業主負担を20.3%(2012年度)から25.1%(1992年度)の水準まで戻す。

第2の提案　実際の法人税課税を先進国並みに高める

①法人所得税課税の税率は、消費税導入の1989年に法人税率42%から40%に引き下げられ、1999年以降は30%、2012年に25.5%、2015年に23.9%の法人税率となった。法人地方税等を含む法人実効税率は2011年度の39.54%から15年度には32.11%に引き下げられ、さらに、16年度からは29.97%になる予定である。4年間で7%以上引き下げており、先進国では低い水準にある。法人実効税率引き下げによる法人3税の税収減は、1998～2013年度の15年間で累計額は105.7兆円に上る(参議院調査室『経済のプリズム』2015年11月号)。

②大企業は研究開発減税など様々な政策減税を受けており、さらなる法人実効税率の引き下げはやめるべきである(法人実効税率を1%引き下げた場合の税収減は年4000億円に上る見込み)。課税ベースを拡大し、少なくとも消費税導入前の法人税率42%、法人事業税率11%に戻すことを提案する。資本金1億円以上の利益計上法人の法人税率を42%に戻すだけでも約6兆4071億円の財源創出が可能。

第3の提案　所得に応じた所得税課税にする

①所得税最高税率は、消費税導入の1989年に60%から50%に引き下げられ、2007年以降は40%、2015年以降は45%となった。全納税者4645万人のうち年間給与額が2000万円超は19.8万人、0.4%で、1世帯当たりの平均所得金額が2000万円以上の世帯も1.2%にしかすぎない。少なくとも消費税導入前の所得税最高税率60%へ戻し、所得の再配分機能を高めることを提案する。

②株式配当に係わる分離課税を廃止し、総合所得課税とする。株式配当をすべて総合所得課税にすれば1兆円以上の財源創出が可能。

③資産所得課税(土地・建物の長期譲渡所得など)の税率を引き上げる。また、グローバル・タックスとしての「金融取引税」の導入を予定しているEU11カ国を参考にして、わが国での導入を検討する。

発行
全国保険医団体連合会
〒151-0053　東京都渋谷区代々木2-5-5　新宿農協会館5階
TEL.03-3375-5121　FAX.03-3375-1885

企画編集
兵庫県保険医協会
〒650-0024　神戸市中央区海岸通1丁目2-31　神戸フコク生命海岸通ビル5階
TEL.078-393-1801　FAX.078-393-1802

発行：2016年3月24日　定価：50円（送料別）