

命を守る

もうやめませんか？ 低医療費政策



安心して老後をおくるために。
子どもたちの未来のために。
医療制度を充実させることは
多くの人の共通の願いです。
共に力をあわせ、
より良い医療と国のあり方を
実現しましょう。



 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
TEL03-3375-5121 FAX03-3375-1885

 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
TEL078-393-1801 FAX078-393-1802

発行: 2008年3月5日 定価: 150円

発行: 全国保険医団体連合会 / 企画編集: 兵庫県保険医協会

あらためない、 低医療費政策

高齢者に一層の負担を強いる後期高齢者医療制度が発足し、不満と不安が広がっています。また、医療崩壊をもたらした医師不足、低い診療報酬による医療提供の困難など「医療崩壊」といわれる状況は、ますます深刻な局面を迎えています。

こうした状況を生み出した原因は、政府が「医療費亡国論」を唱え、長年医療にお金をかけない「低医療費政策」をとり続けたことにあります。

80年代以降の診療報酬や医師養成の抑制、90年代に本格的に行われた患者負担増、そして小泉構造改革による医療分野の規制緩和など、連続した医療改悪が今日の事態を招いているのです。「医療崩壊」は決して自然現象ではありません。

政府の長年の失政により、人為的にもたらされたものなのです。

医療界ではこうした状況を目の当たりにして、「医療費の水準を引き上げるべき」「今のままでは限界」など医療費の総枠拡大を求める声が日々強まっています。しかし、政府は、様々な批判を受けても「低医療費政策」を抜本的にあらためようとはしていません。それどころか、この状況を逆手に取り、消費税で新たな負担を国民に押し付けようとしています。

この冊子では日本の医療をめぐる問題点を検証し、医療の財源をどこに求めるべきなのか、皆さんと一緒に考えていきたいと思います。



1 冷酷

後期高齢者医療制度

「医療崩壊」といわれる状況を、さらに悪化させる後期高齢者医療制度が、新たにスタートしました。これは75歳以上の高齢者(約1300万人)だけ別の医療保険制度に独立させ、医療の内容も制限すると同時に、これまで以上に負担を増やす、まさに「老人いじめ」の冷酷な制度です。

1. 医療をやるほど赤字に

75歳以上の慢性疾患の診療報酬点数には「患者一人につき一人の主治医での包括制(定額制)」(厚生労働省)が導入されます。包括制では、
 ● どんな医療行為を行っても診療報酬は定額になるため、病院や診療所は、手厚い医療をやればやるほど赤字になります。しかも主治医には「日常的な医学管理から終末期まで」高齢者を「総合的に診る」ことを義務づけています。決められた報酬で、総合的に診ることを強いられば、どうしても医療内容が乏しくならざるを得ません。包括制と総合医を組み合わせることで、きめ細やかな対応が必要な高齢者への保険診療を制限しようとしているのです。

2. 高齢者から例外なく保険料を徴収

保険料額は都道府県ごとに決められますが、全国平均で年間約8万円と見込まれています。年金額が月額15,000円以上の高齢者は、これが
 ● 年金から天引きされます。扶養家族として健保に加入している高齢者200万人も、新たに保険料を徴収されます。保険料免除規定はなく、まさに75歳以上の高齢者全員が、例外なく保険料を徴収される仕組みです。

しかも、保険料滞納者はペナルティとして資格証明書を発行され、保険証を取り上げられます。これは老人保健の対象者には資格証明書を発行しない現行の国保制度と比較しても、きわめて厳しい姿勢であり、高齢者の個別の生活実態や事情を勘案しない冷酷な制度となっています。

● 1-1/後期高齢者医療制度の都道府県別年間保険料
 (単位は円、中央社保協まとめ)

	1人当たりの平均保険料額	年額208万円の厚生年金受給者の場合
北海道	86,280	96,100
青森	64,417	81,200
岩手	58,433	72,200
宮城	70,478	78,000
秋田	60,000	77,580
山形	59,565	74,900
福島	67,100	80,900
茨城	69,355	79,262
栃木	69,600	77,000
群馬	73,100	80,000
埼玉	94,000	86,310
千葉	81,110	76,500
東京	102,900	73,880
神奈川	102,200	80,830
新潟	63,192	74,600
富山	75,891	82,050
石川	84,561	91,295
福井	77,590	83,900
山梨	68,904	78,750
長野	65,017	71,700
岐阜	75,593	79,955
静岡	75,614	73,600
愛知	93,204	81,000
三重	68,077	74,103
滋賀	72,955	75,850
京都	95,007	91,010
大阪	101,449	95,155
兵庫	93,100	88,309
奈良	83,400	81,100
和歌山	75,927	86,900
鳥取	71,660	84,200
島根	66,118	80,090
岡山	80,443	86,800
広島	80,934	79,737
山口	91,000	94,850
徳島	70,331	81,636
香川	90,078	97,000
愛媛	74,390	84,830
高知	81,602	97,409
福岡	98,210	101,750
佐賀	80,432	95,800
長崎	72,667	85,300
熊本	77,641	94,100
大分	79,572	95,390
宮崎	53,676	86,525
鹿児島	74,026	93,300
沖縄	81,602	96,840

3. 窓口負担増…突出した負担を高齢者にも押し付け

患者負担増は06年10月から、すでに先行して実施されていますが、基本的には1割負担、現役並所得者は、若年者と同じ3割負担です。政府は「能力のある人には、相応の負担をしてもらう」としていますが、これは大きな問題です。高齢者は病気がちで、複数の病気を抱えることもあります。若年者より医療費がかかる実態があるのに、「所得は同じだ」と、若年者と同じ負担率にすれば、実質的な負担は非常に重くなり、必要な受診の手控えにつながります。こうした高齢者特有の実態があるから、窓口負担が軽減されてきたのです。

しかも、そもそも「現役世代の3割負担」自体が異常なのです。ヨーロッパの先進国では患者負担は原則無料で、日本の3割負担は突出しています。国際的にも非常識な高負担を、疾病リスクも高く、支払い能力にも限界がある高齢者に押し付けるのは、きわめて不条理です。

●1-2/世界的に突出した日本の窓口負担率(医療費に対する患者の実効負担率)



4. 何のための特定健診、保健指導

もう一つ重大なのは、健診制度の改悪です。実施主体が市町村から保険者に変更され、後期高齢者の健診は、各広域連合の「努力義務」に変更されました。「高齢者に健診は必要ない」と言うのに等しいものです。また40歳~74歳までのいわゆる現役世代には「メタボリックシンドローム」(内臓脂肪蓄積型肥満)にしほった健診を行い、基準を超えれば「生活習慣病予備群」として保健指導を行います。

しかも、重大なのはこの成果によって、2013年から現役世代の保険者から高齢者医療に対する負担金(前期高齢者[65~74歳]納付金、後期高齢者[75歳以上]支援金)を、最大10%加減しようとしていることです。



特定健診や保健指導の成績の悪い保険者には、高齢者への拠出金を増やすというペナルティをかける、つまり特定健診・保健指導の成績が国保や健保財政などに跳ね返る仕組みになっているのです。こんなことが行われれば「健康保持の努力をしていない」とみなされた人が「全体の不利益になる」と、職場や地域から排除される危険性が生まれかねません。まさに医療費抑制のため、健康の自己責任を徹底させようとするものです。

5. 世界にも例がない異常な制度

こうした後期高齢者医療制度について、有識者からも様々な批判が起こっています。東北大学の日野秀逸教授は、先進国の医療制度と比較。ヨーロッパでは、年齢で切り離して別の医療保険にするような制度はないこと、またアメリカのメディケア(65歳以上の医療制度)でも高齢者の保険料負担がないことを紹介。「高齢者だけ別枠にして、死ぬまで保険料を払わせるような制度は、世界でも例のない異常な制度」だと指摘しています。また、厚生労働省の老人保健局長も務めた堤修三大阪大学教授も、特定健診が医療費抑制の手段として位置づけられていることを解き明かし「健康の保持という価値が医療費の適正化という経済価値に従属するものだとすれば、その延長には節制ができずに不健康であるものは穀つぶしであるという差別と抑圧の構造が待っている」と、警鐘を鳴らしています。

●1-3/年齢階層別医療保険区分、窓口負担など(2008年4月~)

	所属(保険料納付)	加入単位	給付	特定健診・保健指導	窓口負担
就学前	各保険者	世帯	各保険者	対象外	2割
就学~39歳	各保険者	世帯	各保険者	対象外	3割
40~64歳	各保険者	世帯	各保険者	対象	3割
65~69歳	各保険者	世帯	各保険者(前期高齢者)	対象	3割
70~74歳	各保険者	世帯	各保険者(前期高齢者)	対象	2割(現役並3割)
75歳以上	後期高齢者医療広域連合	個人	後期高齢者医療広域連合	広域連合の努力義務	1割(現役並3割)

※70~74歳は、1年間は1割負担とするなどの経過措置があります。

なぜ？ 後期高齢者医療制度なのか。

「今、なぜ後期高齢者医療制度が必要なのか」。こんな質問がよく寄せられます。「老人医療費が高くなっているから」とマスコミは宣伝しますが、これだけでは不十分です。なぜなら、お年寄りの医療費が高くなること、高齢者人口が増えていくことは30年前からわかっていたことで、政府は、そのために「老人保健法」という仕組みをつくったからです。老人保健法を廃止して、新しい高齢者医療制度にするわけですから、「なぜ老人保健法をつぶすのか」が明らかにならなければなりません。一緒に考えてみましょう。

老人保健法をつぶすワケ

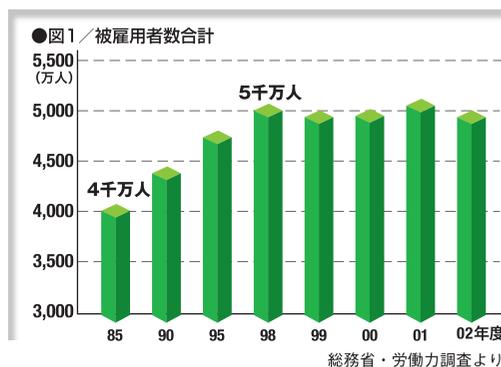
老人保健法は1982年に成立したもので、高齢者の医療給付費の3割を公費が負担し、7割を社会保険や国民健康保険など医療保険の保険者が拠出金として負担する仕組みでした。そして拠出金は、高齢者の少ない組合健康保険などの負担が重く、高齢者の多い市町村国民健康保険の負担が軽くなるように設計されました。組合健保とは大手企業の健康保険組合です。つまり、大企業の保険料負担を、高齢者の医療費負担の中心にすえたのです。

しかし90年代にバブル経済がはじけ、健保組合の財政が苦しくなるにつれて、財界の不満が高まり、2000年11月、「経済団体連合会」が「医療制度改革提言」を発表。「提言」は「高齢者のための拠出を求め続けていくことは、もはや困難になっている」として、「拠出金は速やかに廃止すべき」と求めました。なぜ「拠出金を求め続けていくことは困難」になったのでしょうか。「提言」は、高齢者の医療費が「突出して高い」としか述べていませんが、実は健保組合は、提言の前年、1999年に保険料収入が史上初めて減少するという事態に直面します。保険料収入が減るのに、老人保健法への拠出金は増える一方という中で、このままではやっていけないと財界は判断したのです。

社会保険に加入できない

では、健保組合の保険料収入が減ったのはなぜでしょうか。雇用労働者数は、戦後右肩上がりに増え続けましたが、98年をピークに99年、2000年と初めて減少し、以後横ばいとなります(図1)。

それだけではありません。雇用されても社会保険に加入できない労働者が、非正規雇用を中心に増えました。



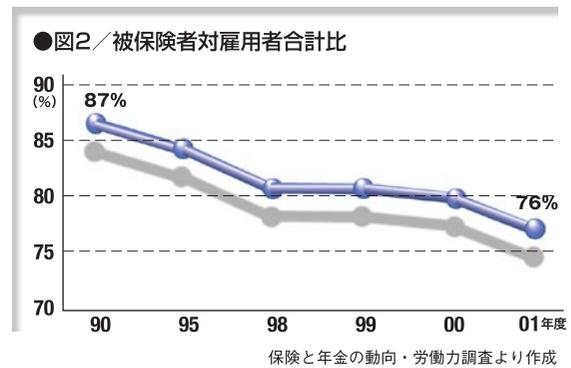
雇用労働者数に対する社会保険加入者数(組合+政管+共済)の割合は、90年には87%でしたが、以後、減少をつづけ、2001年には76%までダウンしました(図2)。

10年間で10ポイントもの減少です。労働者数に換算すると、90年の約600万人から01年には1200万人へと、社会保険に加入できない労働者が10年間で倍増した勘定です。

こうした非正規雇用者や低収入勤労

者は、やむなく国民健康保険の対象になりますが、高額な国保保険料が払えるはずがなく、最後には保険料滞納世帯とならざるをえません。これが「ワーキングプア」の健康保険の実態です。

企業が国民をどのように働かせるか、その働かせ方が変わってきたことが、ワーキングプアを生み出し、さらに社会保険料の収入減につながり、老人保健法への拠出金の負担を重くさせてきたのです。

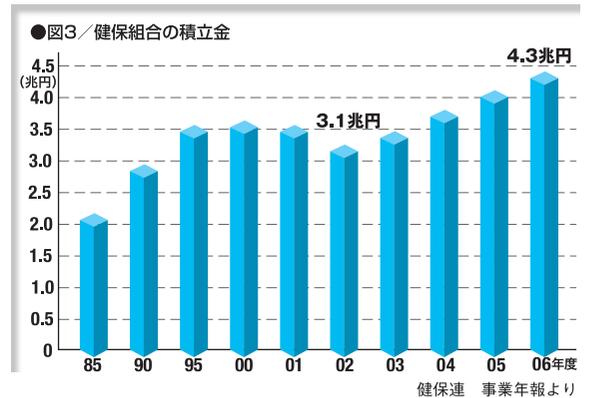


組合健保の積立金は4.3兆円

2000年の財界の「提言」を受けて、小泉内閣は2002年に老人保健法を改悪しました。一つは対象の年齢を70歳から75歳に引き上げたこと。もう一つは、公費と拠出金の負担割合を3対7から5対5へと、拠出金負担率を引き下げたことです。

この結果、健保組合の財政は急速に改善していきます。健保組合財政では剰余金を積立金にしており、「大変だ」と叫んでいた2000年でも、実は3.5兆円を超える積立金を保有していました。2002年以降は毎年10%近く伸び続け、2006年にはなんと4.3兆円もの積立金を保有しているのです(図3)。法定で必要な積立金(給付の3カ月分約1.5兆円)を除いても、2.8兆円もの巨大な余剰資金をかかえています。

健保組合が「大変だ」というのは、非正規雇用者などの保険料を負担したくないという大企業の身勝手すぎません。大企業がワーキングプアのような働かせ方をあらためて、まともな賃金にし、社会保険料を負担すれば、後期高齢者医療制度を元の老人保健法に戻し、同時に、対象者を65歳以上まで広げることは十分可能です。



2 医師不足

絶対数不足は明らか

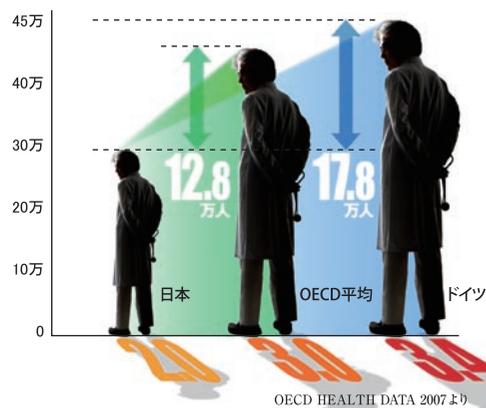
社会問題に発展した医師不足による地域医療崩壊も、ますます深刻さを増しています。

医師不足の第一の原因は、何といても絶対数の不足です。政府は「医者が増えると医療費が増える」という考え方で、医学部の定員を削減するなど、長年医師養成を抑制してきました。その結果、医療施設で働く医師数（OECD 調べ）は約 25 万 9000 人、人口 1000 人あたりで 2.0 人、OECD 加盟国中何と 27 位という低水準になってしまったのです。OECD 平均より 12 万人も医師数が少ないのです。偏在などではなく、そもそも医師の数が人口に比べて極端に少ないことが、医師不足の根本問題なのです。

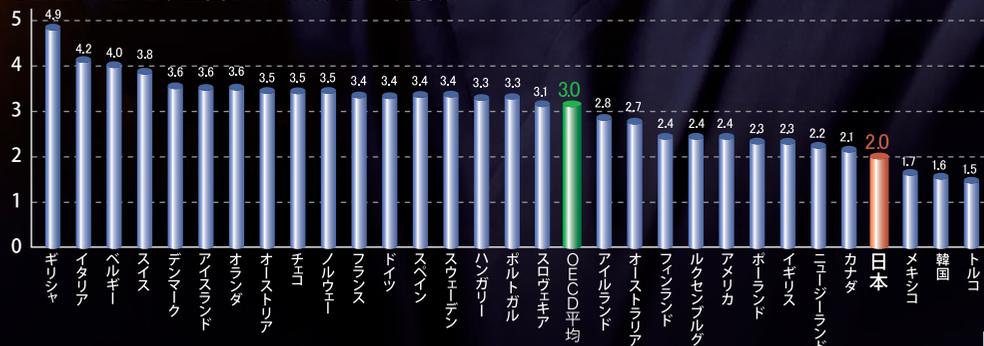
第二の原因は、絶対数が足りない上に、医師の労働が一層過密になっていることです。医学の進歩による専門分化の進行、インフォームドコンセントや膨大な書類作成など、医師の仕事量自体が大幅に増加しています。その結果、2006 年発表の日本病院会の調査では、当直翌日も何と 9 割の医師が通常勤務を行っています。大阪府保険医協会の調査では、20 代の勤務医の 33%、50 代の 12% が、過労死基準を超えています。このような超人的な勤務や年々高まる医療事故のプレッシャーなどに耐えかねた勤務医が、次々と病院から立ち去っています。

ただでさえ少ない医師数で、辞める医師が続出すれば、残された医師の労働は一層過酷になります。低い診療報酬でぎりぎりの経営を行っている病院は、勤務医が減ればすぐに患者減から経営危機へとつながります。こうした悪循環で、地域から診療科がきえる、病院がなくなるという事態が進行しているのです。

●2-1/日本の医師は12万人不足(人口千人あたり医師数)



●2-2/ OECD加盟国1000人あたりの医師数 (OECD HEALTH DATA 2007より)



3 低い診療報酬を据え置き

もう一つの大きな問題は、政府が長年低医療費政策の最大の手段として行ってきた「診療報酬の抑制」が限界に達し、医療提供に一層の困難をもたらしていることです。診療報酬とは、公的医療保険から給付される医療の価格(点数)を定めたものです。この価格を下げたり、範囲を限定することで、診療報酬を低く抑えてきました。このようなことが長年続けばどのような事態が生まれるのでしょうか。

第一に、医療機関の経営が悪化します。その結果、設備・機器の買い替えを控えたり、スタッフを減らして対応せざるを得ません。これが積み積み積もれば、医療の質や安全性に影響を及ぼし、結局患者さんにしわ寄せがいきます。

第二に、範囲が縮小されれば、従来行っていた医療が保険で提供できなくなります。医師が「今これが必要だ」「こうすればいい」と思い、患者がそれをのぞんでも、医師は必要な医療が提供できない、患者はそれが受けられないことになります。

第三に、患者負担が増えます。保険で給付されなくなっても、患者にとって必要な医療であれば、それは保険外で受けざるを得ません。保険がきかない自費の医療が増えれば、患者負担は大幅に増加します。

例えば2006年4月に診療報酬が3.16%引き下げられました。つまり診療報酬の点数を下げたり、範囲を縮小することで、国民医療費30兆円の3.16%、約1兆円を削減したのです。この時のいわゆる「マイナス改定」は国民の医療に甚大な影響を与えました。例えば、保険で受けていたリハビリ医療が継続できなくなり、全国数十万人のリハビリ患者の医療が奪われました。また療養病床の入院点数が引き下げられ、医療が必要な患者を受け入れる病院がなくなる事態も生まれました。歯科では事実上保険で歯周病のメンテナンスができなくなりました。

2008年4月の診療報酬改定でも、全体でマイナス0.82%と、またもマイナス改定が行われました。抑制されたままの低い診療報酬が、医療の提供を一層困難なものにしています。

このように、低医療費政策の手段としての診療報酬抑制が様々な矛盾を生み出し、医療に深刻な影響を与えているのです。

●3-1/診療報酬のしくみ



- ① 診療報酬とは国民が保険証で受けることができる医療の範囲を定めたもので、「医療サービスの料金表」といえます。その範囲を超えて行った診療は、たとえ医学的に妥当でも、医療機関には支払われません。
- ② 診療報酬を引き下げるとは保険証で行うことができる診療の範囲を狭めることに直結します。
- ③ 政府は診療報酬引き下げとセットで、患者さんから差額徴収できる範囲の拡大を提案し、患者さんの負担を増やすことで診療報酬を抑制しようとしているのです。



A close-up photograph of a doctor in a white lab coat and a striped tie. A stethoscope is draped around their neck. Their hands are clasped together, holding a glowing, fiery orb of light that illuminates the scene. The background is dark, making the light and the doctor's white coat stand out.

命を守る…。
老人差別、地域崩壊をもたらす
低医療費政策からの転換を。

4

もう限界 低医療費政策のゆがみ



医療にお金をかけない低医療費政策は、統計に明確にあらわれています。4-1のように、日本の医療費は先進7カ国で最低、全体でも30か国中22位という極めて低いレベルにとどまっています。

加えて政府は国・企業の負担を削減するために、患者負担を増やし続けてきました。この結果、4-2のように、医療費に対する国・企業の負担割合は年々減少しているのに対して、国民・患者の負担は増加の一途をたどっているのです。

このように、政府の取り続けてきた低医療費政策の特徴は、第一に医師数や診療報酬を抑制して医療費全体を低水準に抑える、第二にその低水準の医療費も、国・企業の負担を減らして患者・国民に押し付ける、というものです。つまり、国民と医療従事者に安い医療費のしわ寄せをおこなってきたのです。

こうした中でも日本の医療は、必要な医療を保険で提供する国民皆保険制度の下で医療従事者の献身的努力などにより、大きな成果をあげてきました。WHOの健康達成度は世界1位、平等性は世界3位など国際的に高い評価も受けています。

しかし、この間のあまりにも厳しい医療費削減で、国民・医療従事者の努力も限界に達しています。医療にかかるお金を徹底的に削減する政府の姿勢が、せつかくの医療制度を台無しにしようとしているのです。

アメリカと財界が医療を食いに

政府が歴史的に行ってきた低医療費政策に加え、この間強まっているのは、日本の医療保険制度を、お金儲けのできる仕組みに変えようとする、アメリカ政府と日米財界の強力な圧力です。アメリカ政府は90年代後半から毎年「年次改革要望書」を日本政府に突きつけ、医療分野の規制緩和を求めてきました。「アメリカ企業が日本の医療市場に参入できるようにせよ」というもので、具体的には「医療への株式会社の参入」「混合診療の解禁」が柱です。医療で儲けようとしていた日本の企業なども、これを後押ししています。これに沿って小泉内閣は様々な医療改悪を押し進めてきたのです。

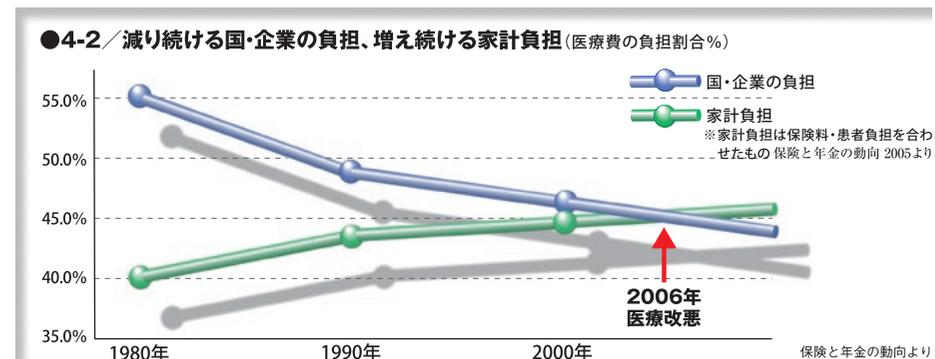
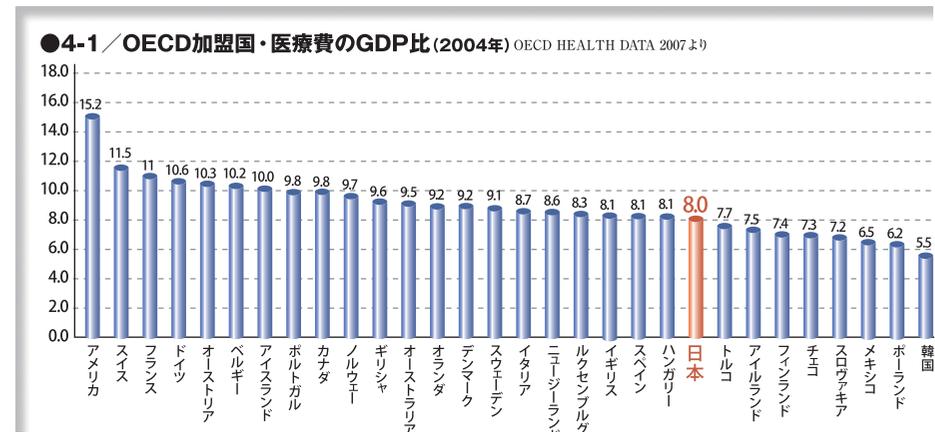
彼らは公的医療の範囲を縮小し、窓口負担や保険外負担の部分を増やすことで、主に「3つの儲け」を得ようとしています。

第一に、何とんでも拡大した自己負担部分を民間保険の巨大なマーケットにすることです。昨今、アメリカの保険会社が医療保険商品を盛んに売り出しているのはそのためです。

第二に、病院経営への参入です。しかし現行の低診療報酬では十分な採算はとれないので、「公的保険」で最低限の採算を確保しつつ、保険外のがん治療など自費医療部分で儲けようとしているのです。財界がしきりに混合診療を要求するのは、このためです。

第三に、公的医療費を抑制することで、大企業は従業員などの保険料負担も大幅に削減できます。

この間の医療改悪は、こうした思惑にもとづき進められてきました。一部の人間の利益のために、世界に冠たる医療保険制度が危機を迎えているのです。



5

財源は消費税？ 騙しの手口にご用心！

政府の低医療費政策の様々な弊害を目の当たりにして、医療界の一部には医療費の財源を消費税に求める期待の声が出されていますが、これは全くの幻想です。

消費税は所得に関係なく一律に課税されるため、低所得者ほど所得に占める負担が重くなる、「逆進性」をもっています。そもそも「所得の再分配」をめざした社会保障の財源にこれをあてるのは、整合性がとれません。

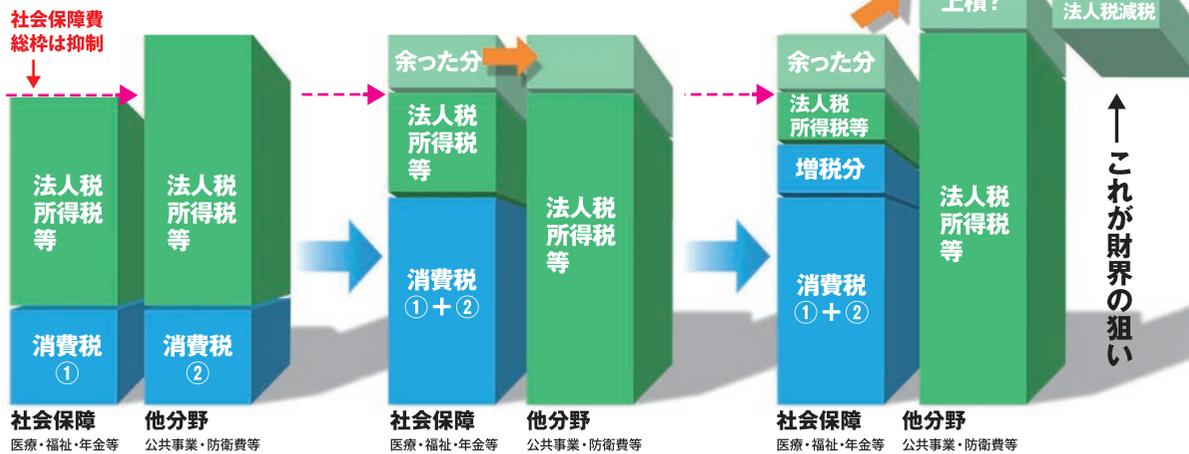
実際に政府・与党や財界などからは「消費税を目的税にして、増税する」との案が出ています。しかし、消費税を社会保障目的税にしたところで、「社会保障の総枠抑制」という方針の下では、法人税や所得税が他の予算にまわされるだけで、社会保障費用は増えません(5-1)。加えて増税しても、同じことです。お金に色が着いているわけがないので、当たり前です。しかも、仮に目的税化して「社会保障費用をすべて賄う」となれば大増税が必要です。

●5-1/消費税…目的税にしても、税率を上げても社会保障の財源は増えない

① 現行制度では
消費税は現在、「社会保障にも他の分野にも使われている」と政府は主張している。

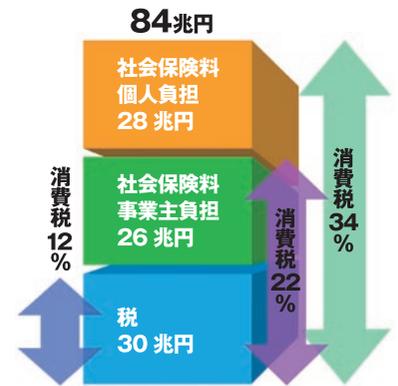
② 目的税になっても
社会保障の総枠が同じなら、法人税・所得税が他分野に回るので税が「入れ替わる」だけ

③ その上増税しても
消費税を増額しても、②と同じこと。しかも財界は増税分で法人税減税を狙っている。



5-2のように社会保障給付費84兆円(05年度)のうち、税は30兆円。この部分をまかなうだけでも消費税を12%にする必要があります。同様に社会保険料の事業主負担まで消費税にすれば22%、給付費すべてだと34%です。「社会保障拡充」となれば、それ以上の増税が必要になり、国民は「社会保障給付削減か、消費税増税か」の選択を迫られることになります。

●5-2/社会保障財源の内訳(05年度)



国立社会保障・人口問題研究所「17年度社会保障給付費」をもとに作成

企業負担のない消費税に置き換え

財界がしきりに消費税を持ち出すのは訳があります。消費税は必ず「最終消費者」に転嫁されるため「企業負担」がありません。つまり、企業負担のない「消費税」に財源を置き換え、自分たちの税負担、社会保険料負担を一層引き下げようとしているのです。

このような財界の主張は身勝手極まりないものです。ただでさえこの間、法人税は度重なる減税が行われてきました。法人所得税はかつて40%をこえていましたが90年代を通じて下げ続けられ、現在は30%です。しかも、税率だけでなく、様々な控除や特例で小泉内閣の5年間だけで3兆円も減税が行われました。象徴的なのは、銀行です。総額10兆円もの公的資金で立ち直り、過去最高益を更新し続けている大銀行は法人税が免除されているのです。一方で国民は、所得税、住民税の定率減税の廃止、様々な控除の縮小など、小泉内閣の5年間だけで5兆4000億円もの増税を押し付けられてきました。すでに十分すぎるほど手厚い「保護」を国から受けた財界が、「社会保障のため」と国民を騙し、消費税増税を国民に押し付けようとしているだけなのです。

●5-3/こんなに利益を上げている大銀行は

法人税免除!



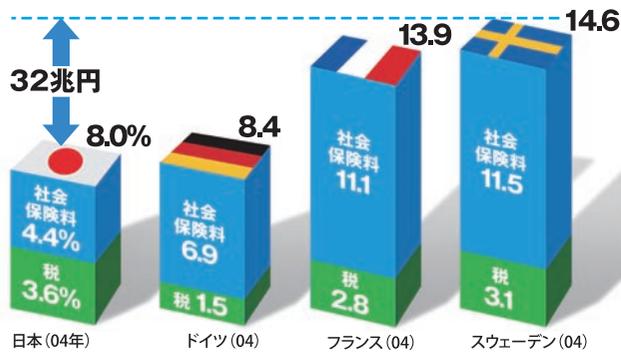
企業の社会保障負担は先進国最低

財界はことあるごとに「国際的にも企業負担が高い」と主張しますが、これはウソです。5-4は企業の法人所得税と社会保険料負担の国際比較です(GDP比)。これをみれば、日本の企業負担、とりわけ社会保険料負担が、他の先進国と比べて極端に低いことは一目瞭然です。フランスと比べて29兆円、スウェーデンと比べて何と32兆円も、単年度の企業負担が低いのです。

社会保障になじまない消費税を、「無理やり」財源にしなくても、例えば社会保険料の企業負担部分をドイツやフランス並に引き上げる、また減らされ続けた法人税をもとに戻せば、社会保障の財源は十分生み出せるのです。

とるべきところから、ちゃんとお金をとるべきです。

●5-4/民間企業の税・社会保障費対GDP比 経済産業省資料をもとに作成



「増やす気がない」社会保障費

政府・財界が、消費税を増税しても、社会保障予算を増やす気がないことは、この間の議論でも明らかです。先の経済財政諮問会議で、日本経団連の御手洗富士雄会長(キヤノン)などは、消費税率を2011年度に7.5%(6.6兆円の増税)、2025年度に17%(31兆円の増税)へ引き上げる試算を出しました。しかも、一方で医療・社会保障は、自然増を考えれば実質給付削減が提起されています。

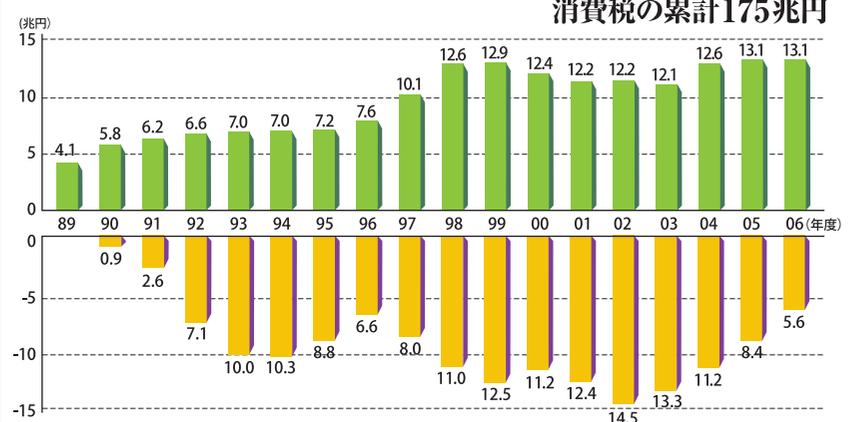


つまり「消費税は上げるが、社会保障給付は下げる」という議論が行われており「消費税で医療・社会保障給付を増やす」という話など、どこにもありません。

そもそも政府は「高齢化社会のため」という口実で消費税を導入しましたが、これで増えた財源で社会保障を拡充するどころか、90年代を通じて連続して改悪を続けました。増えたはずの財源がどこに行ったのかは、図をみれば一目瞭然です。消費税の税収は175兆円、法人税の減税が154兆円。つまり国民が、法人税減税の肩代わりをさせられたにすぎないのです。

このようにこの間の議論からも、過去の歴史からも、消費税と社会保障を結びつけるのは、増税のための口実にすぎません。第一、政府、財界など「社会保障を切り捨ててきた人たち」が行う増税で、社会保障の財源が増えるはずはありません。

●図/消費税収と法人3税の減収額



消費税の累計175兆円

法人税の減収分累計154兆円

(政府決算をもとに作成)

6 歳入、歳出徹底みなおして 財源は生まれる

悲惨な医療崩壊をもたらした低医療費政策を一刻も早く転換させる必要があります。国の予算構造を「聖域なく」見直せば、財源は生み出せます。

歳出の面では、政府・財界は「社会保障、医療費の伸びの抑制」ばかりを主張しますが、「財政赤字」の要因は社会保障ではなく、無駄な公共事業の垂れ流しと、軍事費にあります。現に、ヨーロッパに比べ医療・社会保障費の水準は低く、逆に軍事費は世界第二位、公共事業も突出しています。08年度予算をみても、防衛予算(4兆7796億円)、公共事業(6兆6624億円)の合計は11兆4420億円です。防衛省の汚職で明らかになった経費の水増しや、無駄な大型開発などを見直し、たとえその4分の1を削るだけでも、3兆円程度の財源は生まれます。

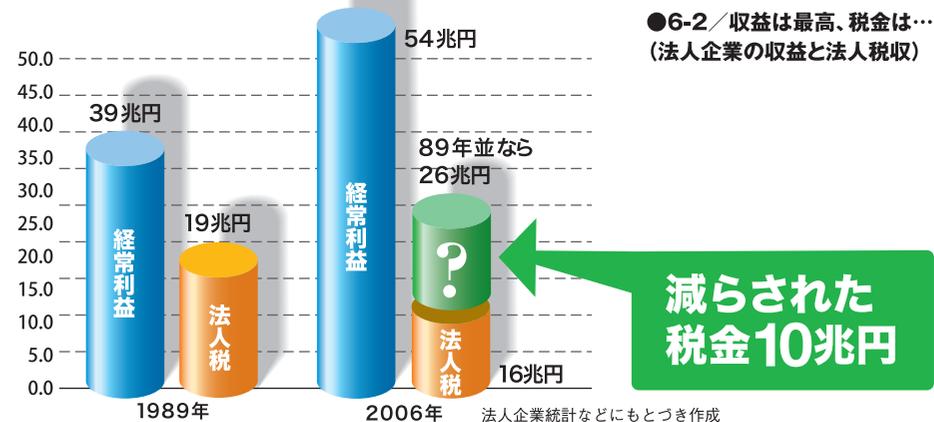
歳入の面でも「消費税増税」ばかりを議論しますが、そんなに大変なら企業にも相応の負担を求めればいいのではないのでしょうか。史上空前の利益をあげている大企業は、この間度重なる法人税減税の恩恵を受けてきました。バブル最盛期の89年には、企業の経常利益の合計は39兆円、これに対して法人税は19兆円でした。これが2006年には経常利益が過去最高の54兆円にもかかわらず、法人税は16兆円にすぎません。仮に89年の水準にすれば、単年度で何と10兆円もの増収になります。

歳出では防衛費、公共事業の無駄を4分の1だけ削る、歳入では法人税を80年代後半の水準に戻すだけで、単年度で13兆円もの財源が生み出せるのです。

ヨーロッパ並の医療給付でどんなことができる？

こうした財源を使って、低水準の日本の医療費を引き上げる必要があります。せめてヨーロッパ並に医療費の水準を引き上げるにはいくらお金がいるのでしょうか。

●6-1/歳出の見直しは防衛費、公共事業で



●6-3/医療給付費のGDP比をヨーロッパ並みにすれば…

医療費全体(国民医療費)から患者負担を除いた、公的給付される医療費を示す「医療給付費」を指標に見てみましょう。

日本の医療給付費はGDP(国内総生産)の6.2%、30.4兆円です。フランスは7.6%、ドイツは8%です(いずれも03年)。仮にドイツの水準まで引き上げれば、医療給付を9兆円増やすことができます。さきに見た13兆円の財源を使っても、おつりがきます。この9兆円で、どんなことができるでしょうか。医療の患者負担をすべてなくすと4兆9451億円



日本(03年) フランス(03年) ドイツ(03年)

医療給付費はOECD基準として厚労省政策統括官付社会保障参事官室が算出したもの。経済財政諮問会議(07年10月17日)提出資料より

です。保険給付の範囲を拡大するために、診療報酬を10%引き上げる費用を、すべて国が負担しても3兆1538億円(03年度ベース)です。残りの約1兆円で、高齢者医療制度の保険料減免や医師養成や僻地の医療供給を手厚くする体制などをとることは十分可能です。

このように、財政の無駄をなくす、とるべきところからお金を取る、それを財源として、ヨーロッパでは当たり前に行われている水準まで医療給付を引き上げれば、医療をめぐる様々な問題が解決します。こうした方向に政府の姿勢を転換させるために、今こそ多くの医療関係者、国民が声をあげ、行動する時ではないでしょうか。共に力をあわせ、より良い医療と国のあり方を実現しましょう。

「財政赤字の呪縛」…政治のウソを見抜こう。

医療改悪の口実とされている財政赤字をめぐる議論について、元第一勧銀総合研究所専務理事で神戸大学の教授もつとめた山家悠紀夫氏は、次のようにコメントしています。



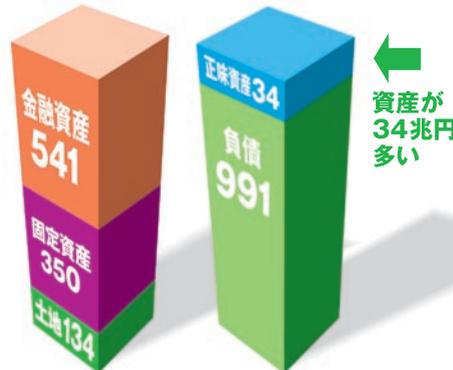
① 孫子の代まで借金？

政府はとにかく借金（総債務残高）ばかりを強調する。しかし、財政赤字は、資産を含めた政府のバランスシートでみるべき。06年末の統計で国・地方合わせた負債は991兆円。

一方資産は世界一の外貨準備金100兆円など金融資産541兆円、政府所有の固定資産484兆円、あわせて1025兆円ある。差し引きすると借金を上回り正味資産で34兆円残る（図1）。これは企業や家計に例えても同じこと。どんな企業でも借金はある。しかし、それに見合う建物、工場、在庫、現金などの資産があれば、債務超過でない健全な企業。家計に例えると、資産を処分すればローンを返せる水準。資産を含めてみれば「孫子の代まで借金」というのは大ウソで「孫子に少し資産を残せる」のが実態だ。しかも、日本は世界有数の金持ち国。06年末で、対外純資産残高215兆円は世界で断然1位。お金が余って仕方がないので資金が海外に向かっている。つまり政府にお金がなくとも、国内にお金の「貸し手」はありあまるほどある。これだけ余剰資金があれば国債の暴落も起こらないのではない。実際に政府もこんなことは百も承知。現にプライマリーバランスを0にしても、借金は減らない。財務省が「借金の増え方が鈍くなればやっつけられる」と考えている証拠。それなのに国民を「大変だ」と脅し、負担増を押し付けようしている。ここが最大の問題だ。

●図1/政府のバランスシート(2006年末、兆円)

(注) 政府は国と地方自治体を合わせたもの
(資料) 内閣府「国民経済計算年報」



② 赤字を減らそうとするとかえって赤字が増える？

そもそもなぜこんなに借金が膨らんだのか。バブルがはじけた91年には政府の正味資産は350兆円あった。ところが橋本内閣が97年ごろに「赤字が増えて大変だ」と、消費税増税と医療改悪による負担増を行うと、景気が急速に悪化。財政再建どころではなくなった。どうしようもなくなった小淵内閣が、より一層借金をしながら景気回復せざるを得なくなり、赤字が膨らんだ。

これは統計上も明らかで、98年以降正味資産の取り崩しが猛烈に増えている。「国家が破綻する」などと大騒ぎし、国民の負担増で赤字を減らそうとすると、不況を招いてかえって借金は増えることを証明している。

財政再建の要点は以下の3点。

第一に家計所得の拡大。企業の儲けを働く人に還元すると、所得が増え、税収も増える。消費

税引き上げなど消費に痛手を与えると財政は悪化する。第二に無駄の削減、もちろん無駄は何かを十分に議論して削減する。必要なものは腹をくくって出す。必要な公共サービスを減らせば、結局は国民の負担が増えるだけ。しかも貧しい人がダメージを受け何もよいことはない。そして第三に、能力も余地もあるところからきっちりお金を取る。法人税や高額所得者の税率を高める。こうした方法で、景気も財政も改善していくべきだ。

③ 国際競争力をそこなう？

法人税の税率はどんどん下がっている。かつては40%を超えていたが、現在は30%。その結果、バブル最盛期の89年は39兆円の経常利益に対して法人税は19兆円。2006年度は54兆円に対して法人税は16兆円と大変な減税が行われている。これを「さらに減らせ」といっているのだから始末に悪い。税率を80年代末の水準にするだけでも、10兆円税収が増える。政府税制調査会は「国際競争力を損なう」と主張するが心配することはない。国際競争力を「経常収支」で見たい。国全体でどれだけ外貨を稼ぎ、必要な物を買って、収支がどうなっているかを示している。日本は数年間にわたりダントツの黒字国。こんなに「国際競争力」が強い国はほかにない（図2）。すべての国の経常収支を合わせると当然0になる。ずっと黒字の国があれば、当然ずっと赤字の国がある。一つの国がダントツで黒字を続けるのは国際関係上もよくない。また仮に国際競争力が少々弱まって日本経済全体では何の問題もない。法人税増がどれくらい競争力に影響するか。粗い試算をすると、日本の製造業の売り上げは約450兆円で経常利益は24兆円。仮に10%税率を上げたとして2.4兆円だが、これを企業が全部価格に転嫁しても、450分の2で、わずか1%以下。1%値上げして輸出ができなくなる、また輸入品に負けるなど考えられない。為替では120円が110円になったり、10%程度リスクは常にとっている企業が、1%で「お手上げ」になるはずがない。私は「国際競争力の呪文」と言っている。この呪文を唱えれば何とかかなると思っているみたいだが、この話はまったく合理的ではない。

●図2/日本の国際競争力はダントツ
(経常収支=輸出-輸入) (2006年)

日本	1713 億ドル
ドイツ	1447 億ドル
スイス	586 億ドル
オランダ	578 億ドル
ノルウェイ	551 億ドル
スウェーデン	272 億ドル
フランス	-289 億ドル
イギリス	-759 億ドル
アメリカ	-8115 億ドル

④ イチローは税金が安いから海外に行ったのか？

高額所得者からもっと税金を取るべきだ。所得税・住民税の最高税率は、かつて80%以上あったが、相次ぐ減税で、今では50%に低下している。10%くらい上げて問題はない。

この主張をすると、よく「優秀な人が海外に逃げる」との声がでるが、これは全くのウソだ。例えばイチローも松井もアメリカに行ったのは「やり甲斐がある」「より多く稼げる」からだろうが「税金が安いから」ではないだろう。大体「税金が安いから行く」のであれば、海外でも同じだけ稼げないとダメ。特殊で高度な技術を持つお医者さんでも、日本と同じようにアメリカで稼げる人はそうはいないだろう。仮に稼げて、そのうち何%の人が「税金が安い」ことを理由に海外移住に踏み切るか。おそらく、アメリカに住民票を移して節税しているという噂のある竹中平蔵氏などのように、よっぽどせちがらく納税を回避しようとする人だけだろう。累進税率を上げ、稼いだ人にはその社会的地位にふさわしい負担をしてもらうべきだ。



わたしたちは医療保険制度の再建をめざす
7つの提案をしています。

- ① 日本国憲法の生存権保障にふさわしい医療保険制度を。
- ② 国の責務と、大企業の社会的責任が重要。
- ③ 系統的な医療保障制度とともに、公衆衛生等の抜本的拡充を。
- ④ 患者負担を軽減し、安心してかかれる医療保険制度を。
- ⑤ 国民に最適な保険医療を提供する診療報酬を。
- ⑥ 高度先進医療は公費医療の対象に。
- ⑦ 医療の「非営利原則」を堅持する。

(保団連 医療保険再建プランより)