

第2条（基本的な考え方）

社会保障制度改革は、次に掲げる事項を基本として行われるものとする。

第2条1号

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。

【意見】

社会保障制度は、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。ところが、「基本的な考え方」は、国の責任を後景に押しやり、家族・国民相互の負担で支援する制度に変質させようとするものである。「国民が自立した生活を営む」には一人ひとりの必要に応じて社会保障給付を行うべきである。給付に見合う負担を押し付けることは、生存権保障としての社会保障の理念とは相容れない。憲法第25条に抵触するおそれがある。

憲法が定めた基本的人権・生存権、法の下での平等などを基本とした社会保障制度改革を実行すべきであり、社会保障制度国民会議はこの立場を遵守して審議を行うべきである。

第2条2号

社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時に行い、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること。

【意見】

「給付の重点化」「制度の運営の効率化」を基本とした制度改革によって、重点化以外の給付は削減し、経済効率を優先した社会保障制度となることが危惧される。また、「税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ」などと、納付する者と給付を受ける者とをことさら対立させる考えは間違いである。納付していた者も時に給付の側になりうるし、給付の側にいる者も納付の時期がある。

社会保障制度改革国民会議では、80歳の高齢者と35歳の人に心肺停止が発生した例などを挙げ、「いつでも好きところで、求める医療を自由にお金の心配をせずに受けることができるなどという幻想は、今や現実にはありませんし、この幻想をどう変えていくのかということ直視して議論しないと本当に医療は危ない」、「優先順位をつけることはできない問題だと思うが、公費で運営している社会保障全体から見たときには、やはりつけるべき優先順位というものがある」などの議論が行われている。

制度改革の本質が、人の生命の価値に差を付け、生存権保障を形骸化させ、高齢者への差別であることを示している。断じて認めることはできない。

第2条3号

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。

【意見】

公費負担の基本を、「社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てる」という枠をはめ、限定

的にし、大幅な削減に踏み込もうとしている。しかし、公費負担は、低所得者層の社会保険料軽減だけでなく、社会保障としての社会保険制度全体にも投入すべきである。

第2条4号

国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分ち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるものとする。

【意見】

社会保障の給付は、憲法に基づく国民の権利である。社会保障分野の市場化・営利化に通じる「受益」と表記しているのは問題である。

また、社会保障は所得の再分配機能を持つが、逆に、消費税は低所得者層ほど負担率の高くなる傾向（逆累進性）を持つ税金である。

社会保障給付の公費負担の主な財源を所得税・法人税から消費税に置き換えることは、社会保障の機能に反するだけでなく、社会保障費と消費税収を連動させ、事実上、社会保障給付を消費税収の範囲内に抑えることになる。公費負担の主財源を消費税収に限定し、増税か給付削減かの二者択一の仕組みとなり導入すべきではない。

一方で、大企業は消費税を実質的に負担していないため、大企業のみが負担軽減となる。大企業は、給与抑制や低賃金の非正規労働者の雇用拡大などの人件費抑制によって内部留保を積み上げているが、勤労者賃金の抑制は、社会保険料収入を低下させ、医療保険財政などを悪化させている最大の要因となっている。大企業の法人税・社会保険料事業主負担をヨーロッパの先進国並みに引き上げ、また、富裕層には公平な税負担を求め、応能負担原則による法人税、所得税を主な公費負担の財源とすべきである。

第5条（公的年金制度）

政府は、公的年金制度については、次に掲げる措置その他必要な改革を行うものとする。

第5条2号

年金記録の管理の不備に起因した様々な問題への対処及び社会保障番号制度の早期導入を行うこと。

【意見】

社会保障番号制度とは、今通常国会に法案が提出されている共通番号制度を指していると思われる。税から社会保障の各分野の個人情報に国が一元的に管理していくということは、国民主権の立場からも問題である。また、医療の身体情報に及べば、機微性の高い情報漏えいや取り返しのつかないプライバシー侵害などの危険性も出てくる。分野別番号制で情報漏洩のリスクを低めて対応すべきである。年金記録の管理の不備は番号制度とは関係ない。

共通番号制度は、医療保険の「保険料の徴収事務」と「保険給付の支給」に利用するとしているが、保険料取り立ての強化や保険給付の制限に利用されることが懸念される。医療の身体情報の利用拡大が検討されており、その情報を営利企業が利用しないという保障はない。また、ネットワークシステムのセキュリティが脆弱で、情報漏えいやなりすまし犯罪の危険が高まる。費用対効果の根拠が明確でないまま、巨額な費用を国民が新たに負担し続けることは認められない。

第6条（医療保険制度）

政府は、高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、健康保険法（大正十一年法律第七十号）、国民健康保険法（昭和三十三年法律第九十二号）その他の法律に基づく医療保険制度（以下単に「医療保険制度」という。）に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持するとともに、次に掲げる措置その他必要な改革を行うものとする。

【意見】

「原則として全ての国民が加入する仕組みを維持する」としているが、「原則」を明記することは例外を認めることになる。公的な国民皆保険制度を堅持し、その充実を図るべきである。懸念されることとして、例えば、民間保険に加入していれば公的医療保険に入っていないくてもよいという例外を作ってはいけない。わが国の国民皆保険制度が崩壊する始まりになる。

「原則」化は、一方で、国民からの保険料徴収システムは強化する狙いが込められている。高すぎて払えない保険料を滞納した個人が、「保険証取り上げ」によって健康悪化や疾病の重症化を招くことが懸念される。応能負担原則による保険料設定、市町村国保への公費投入の拡大が必要である。

第6条1号

健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するとともに、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図ることにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保すること。

【意見】

① 国民会議における『誰でも、いつでも』は、どうしても守りたいけど、『どこでも』はある程度諦める時代を迎えている」との発言等から、不足している医師、看護師、地域医療に不可欠な病院・病床の充実には目をつぶり、「有効活用」の名目で、医療提供体制の削減・選別を進め、フリーアクセスを制限することが懸念される。

急性期病床の病床稼働率を高め、患者の入院日数を短期化することで、急性期の病床を絞り込んでいく。そこで余った病床は、亜急性期や慢性期の病床に振り向けることで、必然的に病床数削減は進行する。全体として再編した病床施設は介護保険に移していく。介護も施設介護から福祉系、居住系サービスに持っていくという計画は撤回すべきである。

①外来、入院、介護施設、住まいなど医療を受ける場を国民、患者の意思で選択できる、②日常生活圏内でプライマリー・ケアが保障され、必要な医療機関への交通手段の確保などアクセスを保障する、③系統的な予防、健診の実施で日常生活圏内で健康が守られる、④救急、休日、夜間の急病時にも必要な医療を受けることができる、⑤医療機関に対するフリーアクセスは保障される、などを基本にした医療提供体制の充実を検討すべきである。

② 国民会議では、地域の複数の医療機関を抱える持ち株会社型化した医療法人を設置することが示されている。持ち株会社制度の導入が、医療機関への営利企業の参入につながる危険性がある。出資者に対する剰余金配当を最優先する営利企業の参入は、医療の非営利性を損なうものであり、断じて認めることはできない。

③ 「健康の維持増進、疾病の予防」の「積極的な促進」が明記されている。政府の諸会議では、予防・健康増進を健康寿命伸長産業として確立し、ヘルスケアポイントの導入及びポイントに応じた利益供与などが議論されている。こうした方向は、健康長寿な個人と、医療が必要な個人の間に対立構造を持ち込むことになりかねない。自己責任と国民相互の負担による健康長寿が迫られる一方で、健康長寿の枠外に置かれた国民に対して、個人の尊厳を軽視した、安上がりの医療を余儀なくされることが危惧される。

- ④ 地域住民の健康な暮らしの実現のためには、総合的な診療機能を担う医師の養成が必要である。この取り組みを通じて、疾病の予防、早期発見、疾病の重症化を防ぐことが可能となる。しかし、こうした医師に、主に患者の振り分けを担わせるゲートキーパー機能を持たせて、患者の受診抑制を通じた医療費抑制に利用しようとする考えは排除すべきである。

第6条2号

医療保険制度については、財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図ること。

【意見】

- ① 保険料負担の「公平の確保」として、市町村国保の保険料を都道府県単位で高位平準化することは認められない。
- また、ドイツ、フランス等の先進国と比較すれば、日本の社会保険料の事業主負担はかなり低く、社会保険料負担に占める事業主負担の割合は、長期的には低下傾向となっている。先進国並みに引き上げることや、応能負担原則による社会保険料とすることが、真の「公平の確保」である。
- ② 事実上、保険給付する療養の範囲を縮小することを法制化したことは認められない。
- 政府の諸会議では、保険外併用療養費制度の範囲を拡大する一方で、保険財政抑制の観点から、初期医療については給付削減の方向が示されている。しかし、風邪などの疾病を軽度として自己負担割合を引き上げるとは、同一の疾病でも重症度が異なるという基本を無視するものである。高額療養費の上限額の比例増部分1%の引き上げも、重度で高度の治療が必要な人ほど負担が増えるという応益の仕組みを拡大することになる。
- また、一定額以下の医療費の全額自己負担化や薬剤差額負担の導入は、過去に保険免責制、日本型参照価格制として提案されたが、過度な受診抑制、受診抑制による重症化のおそれがあるとして、撤回されたものである。
- このような給付削減と負担増を「適正化」として実行することは、第6条1項で明記した「早期発見等を積極的に推進する」ことに反するので、断じて認められない。国民が経済格差にかかわらず、疾病予防と早期発見・早期治療が受けられるためには、患者自己負担の大幅軽減と、保険給付範囲の拡大に踏み切るべきである。

第6条3号

医療の在り方については、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること。

【意見】

長期療養の患者やいわゆる終末期の患者を対象に、病院から地域、生活の場へ移行させているが、「患者の意思がより尊重され」る形で、医療を受ける場を選択することは極めて困難である。

政府は、入院から在宅へ、医療保険から介護保険への移行を進める計画であるが、入院して医療が必要な患者を強引に在宅へ移し、脳血管疾患等でリハビリ中の要介護認定の高齢者を介護保険へ強制的に移行させ、認知症の患者のケアを地域でカバーするには、支える地域のネットワークが必要である。こうした地域づくりが未整備なままでは、行き場を失う高齢者が大量に生まれる事態になりかねない。

1月21日の国民会議で、麻生太郎副総理・財務相が、終末期医療で「政府の金でやってもらっていると思うと寝覚めが悪い。さっさと死ねるようにしてもらわない」と暴言を吐いたと報じられたが、個人の尊厳を軽視した、安上がりの医療であることを示している。

日常生活圏域内で、外来、入院、介護施設、住まいなど医療を受ける場を個人の意思で選択できるよう、政府、行政の支援の下、地域の医療・介護の連携体制づくり、地域住民のネットワークづくりを先行させることが必要である。

第6条4号

今後の高齢者医療制度については、状況等を踏まえ、必要に応じて、第九条に規定する社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること。

【意見】

現行制度の廃止を棚上げする意図がうかがえる。75歳以上の高齢者に限った医療費（給付）と保険料（負担）が連動する仕組みが継続することになる。65歳以上の高齢者を対象に、公費負担割合を5割とし、残りは全ての保険者が財源調整を行って支える高齢者医療制度を創設すべきである（2013年度予算案ベースで試算した場合、現在の医療給付費の公費負担9兆4600億円は、4900億円増の9兆9500億円となる）。

また、市町村国保を都道府県が運営する方向だが、国庫負担を抜本的に強化しなければ、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ある。

都道府県が保険者として独自の診療報酬を設定することは、保険給付の範囲と水準を定め、全国共通の公定価格である診療報酬に地域間格差を持ち込むことになる。公的医療保険制度の根幹を壊すものであり、反対である。

第7条（介護保険制度）

政府は、介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービス（以下「介護サービス」という。）の範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制しつつ必要な介護サービスを確保するものとする。

【意見】

介護保険給付の範囲を縮小するために、介護サービスは経済効率を優先し、絞り込んでいくことを法制化したことは認められない。

すでに、効率化・重点化として生活支援サービスの時間短縮が行われ、政府の諸会議や厚労省専門部会では、介護度に応じた利用料引き上げ、介護予防やいわゆる軽度者を保険から外すことが議論されている。増加する認知症は早期発見・早期治療が重要であり、いわゆる軽度者を保険から外すことは整合性がとれない。市町村の事業に移す方向だが、サービスが低下し、地域間格差が生じる。低所得者層ほど要支援者、要介護者の出現率は高いが、経済的理由で利用者になれない要介護高齢者が増加している。施設介護から住宅へ、保険給付範囲の縮小を強化するならば、支える地域のネットワークづくりは進んでいない状況のもとで、高齢者とその家族が地域で孤立することが危惧される。

以上