2013年11月25日（毎月1回1日発行）通巻1141号・昭和47年6月15日　第3種郵便物認可　ISSN 0288-5093

明日の医療を考える
月刊保団連
臨時増刊号　No.1141　2013

医療が遠のく。

幸せのための医療とは？

1 命を守ってきた国民皆保険が壊される

安倍政権は、社会保障制度改革国民会議の報告書（以下、「報告書」）に基づいて社会保障「改革」を進めるとしています。

この「改革」で私たちがこれまで受けてきた医療や介護、年金がどう変わっていくのか問題点をみていきましょう。

社会保障が社会保障でなくなる

日本国憲法は国民に「健康で文化的な最低限度の生活」を生存権として保障することをうたい、国に社会保障などを増進するように求めています。戦後間もない1950年に、社会保障制度審議会が発表した「50年勧告」は、国民の生存権保障の責任は国家にあることを認めたものとされています（別記）。

ところが、今回の社会保障「改革」では、日本の社会保障制度は、まず自助、次いで共助、最後に公助と順序がつけられました。病気や高齢、失業など人生の困難に陥った時、まずは自分で何とかする（自助）。自分の力だけでは、それが乗り越えられない場合は、「助け合い」としての公的医療保険や公的年金で何とかする（共助）。それでも、ダメな時だけ、国が責任を持つ公助に頼ってもよいということです。

ここには大きな落とし穴があります。公的医療保険や公的年金が「助け合い」となると、保険料が支払えなければ、医療や年金を受けられなくても仕方がないということになります。

困難になれば自分で何とかする「自助」が当たり前、というのは間違っています。19世紀の欧州では「自助」が基本でした。しかし、それでは貧困が生じ格差が拡大し固定化するので、それを「失敗」と捉え、修正するために社会保障が誕生しました。現代の「自助」は、公的医療保険制度や公的年金などの社会保障を前提にして初めて成り立っています。

厚生労働白書も「社会保障は個人の生活上のリスクに社会的に対応する仕組みとして求められるようになり、産業資本主義の社会と国民国家の発展を支えていった」と述べています。

アメリカでは、現在でも医療が基本的に「自助」とされていて、一定の所得がある中間層でも、一度大きな病気にかかるとその治療費で生活が破たんしてしまいます。恐ろしいことに、アメリカの個人破産の半分以上は医療費負担が原因と言われています。

今回の社会保障「改革」では、国が国民に対し

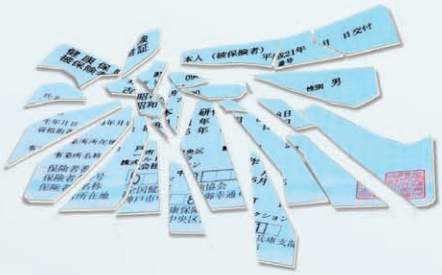
別記　「社会保障制度に関する勧告（50 年勧告）」

昭和25年10月16日　社会保障制度審議会

「社会保障制度とは、疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業、多子その他困窮の原因に対し、保険的方法又は直接公の負担において経済保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もってすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすることをいうのである。このような生活保障の責任は国家にある……またこれは健康と文化的な生活水準を維持する程度のものたらしめなければならない。そうして一方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。」

て責任を持つべき社会保障を限りなく縮小し、公的医療保険や公的年金、公的介護保険まで民間医療保険のような「助け合い」にしてしまうことが狙われているのです。

このままでは国民皆保険が壊されてしまいます。



これから始まる社会保障「改革」

	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
医療		●70～74歳の医療費窓口負担の2割化 ●紹介状を持たずに大病院を訪れる患者に定額自己負担金 ●高額療養費制度負担限度額の引き上げ	●難病患者の自己負担引き上げ ●後期高齢者医療制度、保険料の特例軽減措置の段階的廃止開始	●国保を「都道府県単位」に再編し、国保料引き上げ ●病院、病床機能の再編
介護			●介護保険の自己負担割合の2割化 ●「要支援」者への保険給付廃止 ●特養入所基準を厳しく、かつ介護保険施設の食事、住居費の負担軽減制度見直しによる自己負担引き上げ	
年金	●年金支給額引き下げ開始（1%）	●年金支給額引き下げ（1%）	●年金支給額引き下げ（0.5%）（3年間で年金支給額2.5%引き下げ）	
生活保護	●生活保護支給額、8月から段階的引き下げ開始			
税制		●4月から消費税8%に引き上げ ●復興特別法人税を1年前倒しで廃止 ●公共事業費を2兆円規模に	●10月から消費税10%へ引き上げ ●4月から法人実効税率の引き下げ	

2 上がる、上がる、国民の社会保障費負担

今回の「改革」では、さまざまな社会保障の自己負担や保険料の引き上げが盛り込まれています。

①70歳から74歳の医療費窓口負担倍増

まず、現在１割となっている70歳から74歳の人の医療費窓口負担が２割に引き上げられようとしています。

東京大学大学院などの共同研究チームによると70歳を超えて医療費窓口負担が３割から１割になることで、健康状態が改善する可能性が高いことが明らかになっています（図１）。

日本医療政策機構が行った「日本の医療に関する世論調査」によれば、過去１年以内に経済的な理由で受診を控えたことがあるとの回答は26％にも上っています。さらに医療費窓口負担が引き上げられれば深刻な受診抑制が起こってしまいます。とりわけ、高齢者は、長期管理が必要な慢性疾患を抱えることや複数の病気にかかることが多く、受診抑制は命を危機にさらしてしまいます。

②高額療養費制度見直しによる負担増

「高額療養費制度」の見直しを行うことで、さらなる医療費負担増も計画されています。

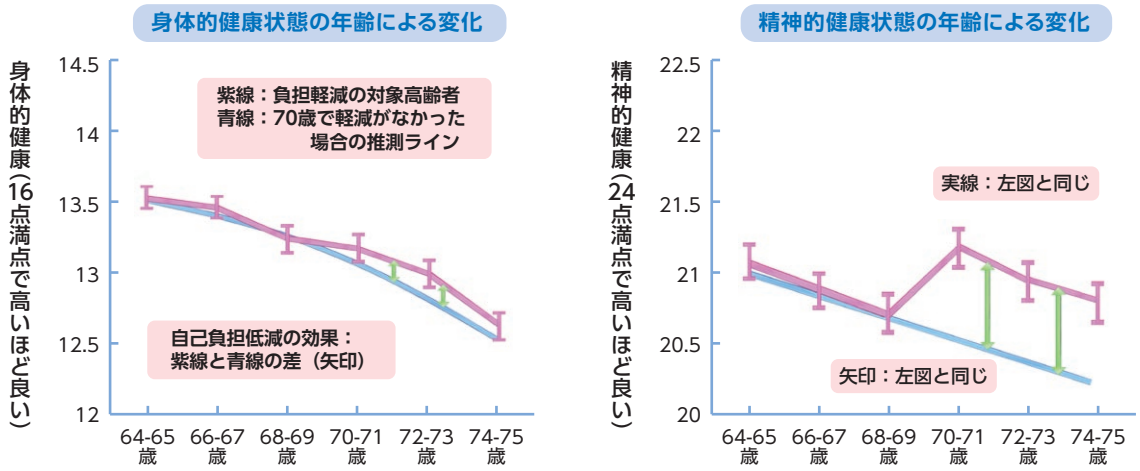
「高額療養費制度」は、重い病気やけがの時に患者の負担が大きくなりすぎないように、１カ月の窓口負担の上限を決めるものです。厚生労働省は具体的な見直し案を検討していますが、最も有力な案は（図２）の通りです。

「一定の所得がある人から応分の負担をしてもらう」というのが政府の言い分ですが、所得の高い人には、保険料や税で負担してもらうべきです。病気になった時は、誰でも安心して医療を受けられるように負担を低くすべきです。

③難病患者の自己負担の引き上げ

「報告書」は難病対策として対象となる疾患の拡大などを打ち出す一方で、「公平性

図1　70歳で医療費窓口負担が引き下がることによる、健康状態の変化



東京大学大学院（橋本英樹教授）、ハーバード大学（イチロー・カワチ教授及び西晃弘氏）、筑波大学（田宮菜奈子教授）の共同チームの研究より

図2 高額療養費の見直し案（70歳未満）

※8万円にすえおくケースもある　厚生労働省案より

の観点を欠くことはできず」「自己負担の見直し」を検討するとしています。実際、厚生労働省の案では、重症患者の窓口負担ゼロという仕組みを廃止し、所得に応じて自己負担額の上限を決めるとしています。また、慢性病を抱える子どもへの医療費助成制度も、同様に見直しが行われようとしています（図3・4）。

これに対し、難病患者である作家の大野更紗さんや東京大学の松井彰彦教授は「負担に耐えかねて…心中や自殺を考える人が続出するのではないか」「一部の人を切り捨てる社会はそれ自体で貧しい社会である」と批判しています。難病に苦しむ人に対して「公平性」などと称して自己負担を引き上げることは許されません。

④介護保険利用料の引き上げ

国民負担の引き上げは医療分野だけにとどまりません。厚生労働省は年金収入の年額が280万円もしくは290万円以上の介護保険利用者の自己負担を現在の１割から２割に引き上げる計画です（図5）。

この計画では、65歳以上の人の５人に１人が対象となります。

医療でも介護でも負担が重くなり、年金は引き下げられるのですから、負担に耐えられない世帯が出てくることが予想されます。

また、「報告書」には施設介護サービスを利用していて、預貯金のある人には、居住費や食費に対する補助を行わないことも盛り込まれています（図6）。

さらに、自宅を持っている人にも補助を行わないとしています。預貯金はないが自宅はあるという場合は、その自宅を担保に市町村がお金を貸し、死後清算するとしています。「居住費や食費のためには、預貯金をとりくずし、家を差し出せ」というのが国の方針なのです。

⑤入院時の食費負担引き上げ

「報告書」では、入院時の食費も「入院医療と在宅医療との公平を図る観点から見直

図3 難病医療費助成制度の自己負担見直し案（単位:円）

現行				新案		
所得階層（生計中心者）	年収（概算）	難病医療費助成の自己負担月額上限額（カッコ内は生計中心者が患者本人の場合） 入院	外来	所得階層（世帯）	年収（概算）	自己負担月額限度額
生活保護受給者		0	0	Ⅰ	生活保護等	0
市町村税非課税	156万以下	0	0	Ⅱ	～80万	3,000
				Ⅲ	80～160万	6,000
前年の所得税非課税	156～163万	4,500（2,250）	2,250（1,125）	Ⅳ	160～370万	12,000
前年の所得税年額5,000円以下	163～183万	6,900（3,450）	3,450（1,725）			
同5,001～15,000円	183～220万	8,500（4,250）	4,250（2,125）			
同15,001～40,000円	220～303万	11,000（5,500）	5,500（2,750）			
同40,001～70,000円	303～402万	18,700（9,350）	9,350（4,675）	Ⅴ	370～570万	24,600
同70,001円以上	402万以上	23,100（11,550）	11,550（5,775）	Ⅵ	570万～	44,400
重度認定患者	所得制限なし	0	0	重度認定患者制度は廃止		
上限に達するまでの自己負担=3割				上限に達するまでの自己負担=2割		

負担額が4倍になるケースも

*夫婦二人世帯。患者が扶養者の場合　厚生労働省資料より

図4 子どもの慢性病医療費助成制度の自己負担見直し案（単位:円）

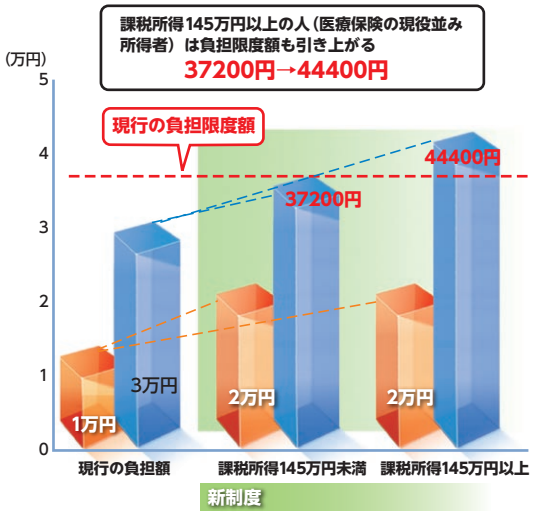
現行				新案		
所得階層（生計中心者）	年収（概算）	入院	外来	所得階層（世帯）	年収（概算）	自己負担月額限度額
生活保護受給者		0	0	Ⅰ	生活保護等	0
市町村税非課税	205万以下	0	0	Ⅱ	～80万	1,500
				Ⅲ	80～200万	3,000
前年の所得税非課税	205～232万	2,200	1,100	Ⅳ	200～430万	6,000
前年の所得税年額5,000円以下	232～251万	3,400	1,700			
同5,001～15,000円	251～286万	4,200	2,100			
同15,001～40,000円	286～372万	5,500	2,750			
同40,001～70,000円	372～457万	9,300	4,650	Ⅴ	430～630万	12,300
同70,001円以上	457万以上	11,500	5,750	Ⅵ	630万～	22,200
重度認定患者	所得制限なし	0	0	重度認定患者制度は廃止		
上限に達するまでの自己負担=3割				上限に達するまでの自己負担=2割		

*年収は夫婦子ども1人配偶者所得なしと設定　厚生労働省資料より

す」としています。在宅医療では食費は患者が負担しているのだから、入院でも食費は患者負担にするというのです。しかし、現在でも一部の患者は入院時の食費や水光熱費を負担していますが、患者団体からは「生活していけない」との声が上がっています。

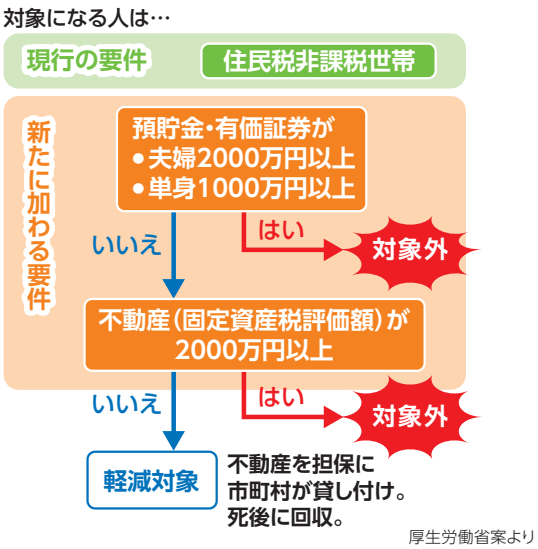
そもそも、食事は治療の一環であり、療養環境の整備なくして治療はできません。入院時の食費を自費にすれば、医学的に必要であっても、お金がなくなれば食費が払えずに入院もできなくなってしまいます。

図5　介護利用料の自己負担額の見直し案
年金収入（年額）280万円もしくは290万円以上の人（※単身世帯の場合）



厚生労働省案より

図6　介護保険施設の食費・居住費の負担軽減制度見直し案



厚生労働省案より

⑥国民健康保険料の引き上げ

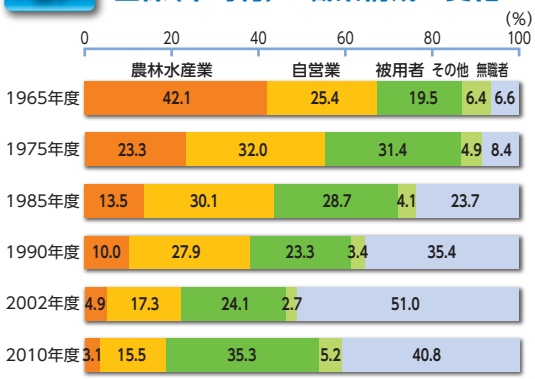
「報告書」では現在市町村が運営している国民健康保険（以下、国保）を都道府県に移管するとしています。これが実現すれば現在でも支払うことができないほど高額な国保料（税）は、さらに高額になってしまいます。厚生労働省の試算によれば、東京都の三宅村では現在約４万2000円の保険料が約８万1000円にもなるとされています。その他の都道府県でも同水準の引き上げが行われる市町村があるとされています。

しかも、都道府県は移管を機会に、保険料軽減のために各自治体が行っている国保会計への一般会計からの繰り入れを廃止しようとしています。この繰り入れがなくなってしまえば、さらに保険料が高くなってしまいます。

国保を広域化する理由として「報告書」は、市町村による運営では財政規模が小さく不安定であるためとしています。これには大きな間違いがあります。実は、財政規模の大きな国保の方が財政状況が悪いのです。

そもそも国保の財政が厳しくなった原因は国の二つの政策的誤りです。第１は国庫負担金の削減です。1970年代までは国保収入に占める国庫負担金の割合は50％から60％を占めていました。80年代前半から徐々にその割合は減り、2000年代後半

図7　国保（市町村）の職業構成の変化



厚生労働省『国民健康保険実態調査』より

には25%まで下がっています。これでは、国保財政が困難に陥るのは当然です。

第２に、疾病リスクが高く、経済的に余裕のない国保加入者が増えていることです。国保は、高齢者やリストラされた失業者、非正規雇用で働く人の受け皿となっています。国保の加入者の内訳をみると、無職者の割合が1965年に比べて2010年で６倍以上にもなっています（図７）。

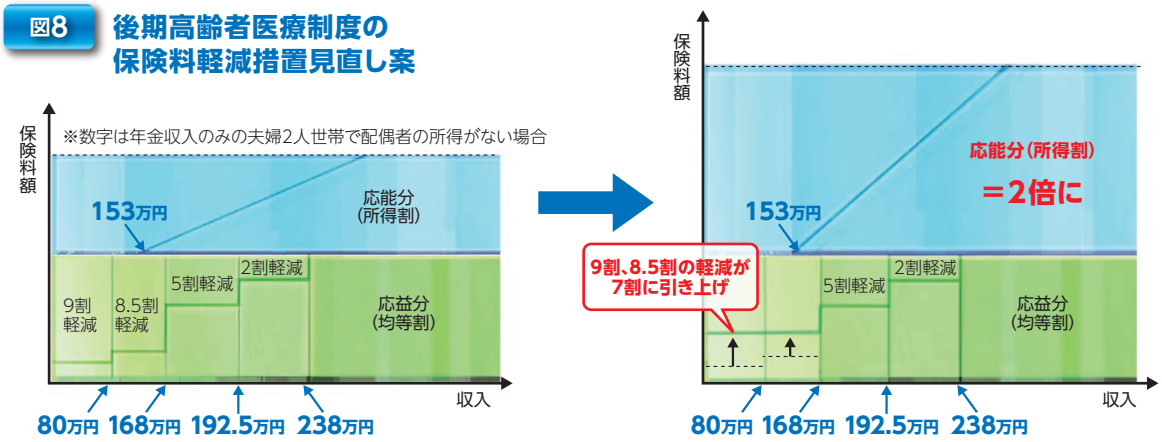
中小零細企業で働いている被用者で、国保に入っている人の割合は35.3%と過去最高です。これは、90年代後半から労働者派遣法が改悪され、企業がこぞって正社員を非正規労働者に切り替えたためです。

⑦後期高齢者医療制度の保険料も上がる

「報告書」は「後期高齢者医療制度については、創設からすでに５年が経過し、現在では十分定着していると考えられる」と述べ、保険料の軽減措置を廃止する構えです（図８）。

参議院で「廃止法案」まで成立した制度を改善するならまだしも、「うば捨て山」といわれた元の姿に戻すのは国民の願いを踏みにじるものです。

図8　後期高齢者医療制度の保険料軽減措置見直し案

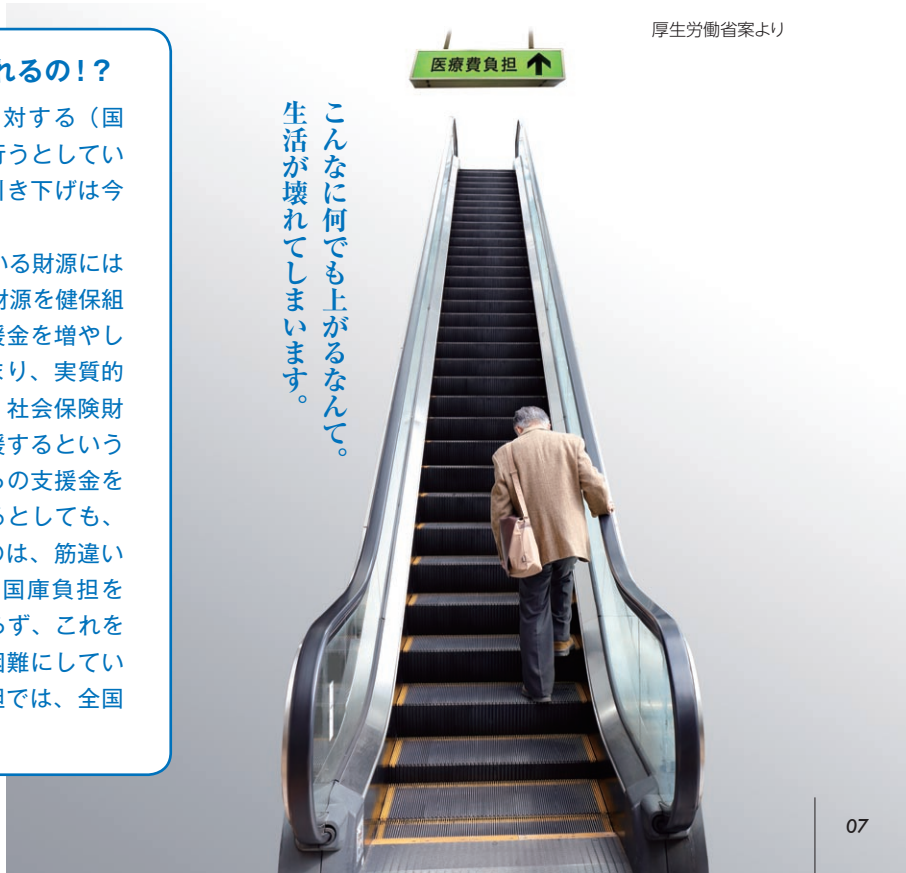


厚生労働省案より

国保保険料が引き下げられるの！？

「報告書」では「低所得者に対する（国保）保険料軽減措置の拡充」を行うとしています。確かに高すぎる国保料の引き下げは今すぐ取り組むべき課題です。

しかし、「報告書」が提起している財源には問題があります。「報告書」は、財源を健保組合等が支払う後期高齢者医療支援金を増やして生み出そうとしています。つまり、実質的な国庫負担は１円も増やさずに、社会保険財政からの負担増で国保財政を支援するという計画です。たとえ、社会保険からの支援金を増額することに一定の意義があるとしても、これを国庫負担の代わりに使うのは、筋違いです。協会けんぽも法定では、国庫負担を20%までとしているにもかかわらず、これを低く抑えて協会けんぽの財政を困難にしています。このような偽りの国庫負担では、全国民的な合意は得られません。



3 遠のく医療アクセス

医療崩壊の原因を民間医療機関に押しつけ

「報告書」は、現在の医療提供体制は「病院完結型」であり患者のニーズに応えていないとして、「地域完結型」の医療への転換を掲げています。

そして、患者のニーズと医療提供体制のミスマッチが解消しない理由として、日本では外国のように国や都道府県ではなく、民間の医師が病院や医院を整備してきたことを上げています。

しかし、医療費と、医師をはじめとする医療従事者数を、長い間先進国最低の水準にしているのは政府です。その責任を棚上げして、医療提供を民間が担っているから患者の医療ニーズに応えられないなどというのは暴論です。

むしろ、民間医療機関は少ないマンパワーと低い医療費にあえぎながらも、国民皆保険制度を維持・発展させ、世界最高の長寿社会を実現させたのです。

行政が医療資源配置を決定

「報告書」は、患者のニーズと医療提供体制のミスマッチを解消するために、都道府県に医療資源の管理責任を持たせようとしています。

具体的には、医療機関から医療機能などを都道府県に報告させる病床機能報告制度を導入し、それに基づいて都道府県が、病床の適切な区分とその数、医師・診療科の偏在是正、高額医療機器の適正配置を視野に入れて「地域医療ビジョン」を策定するとしています。

つまり、設備投資や医師の配置を民間医療機関に任せていてはムダが多いので、都道府県が必要な医師数や診療科数、病床数、高額医療機器の数を決めるようにするというのです。

しかし、国による低医療費政策の下で都道府県が、本当に患者のニーズに即した地域医療ビジョンなど描けるでしょうか。

むしろ、さらに医療費を低く抑えるために、地域の医師や診療科、高額医療機器を削減する可能性が高いのではないでしょうか。

医療費を抑えるための「ゲートキーパー」

「報告書」は「緩やかなゲートキーパー機能を備えた『かかりつけ医』の普及は必須」としています。

地域で病気だけでなく、様々な生活上の相談も気軽にできる「かかりつけ医」が求められているのは事実です。日医総研の調査によれば、調査に答えた人のうち95.5%の人が「かかりつけ医」を持っているか、持ちたいと答えています。そして、そのために行政や医師に、診療方針や医療への考え方、連携している医療機関や介護施設に関する情報発信を求めています。

しかし、「報告書」の狙いは、国民の要求とは別のところにあります。「報告書」は患者さんが自由に医療機関にかかれるから医療費が高くなってしまうと考え、かかりつけ医が必要と判断した場合にだけ、大病院を受診できるという制度を導入しようとしています。これが、「かかりつけ医」のゲートキーパー（＝門番）機能です。

日本の医療の特徴の一つに「フリーアクセス」があります。これは、患者さんが保険証１枚で、いつでも、どこでも自由に医療機関を受診できるというすぐれた特徴です。これにより日本は、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきました。政府の「かかりつけ医」制度はこれを制限するものです。

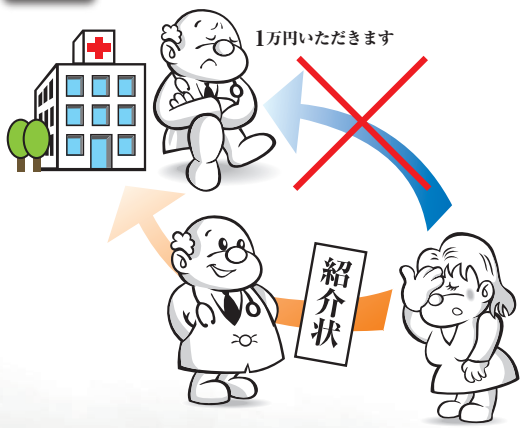
国民の「かかりつけ医」を持ちたいという思いを逆手にとって、フリーアクセスを制限し、病院

への受診を減らそうとするのは間違っています。

大病院にかかれない

「大病院にかからせない」－この徹底のために導入されようとしているのが、紹介状のない患者さんが病院にかかる際に一定額を徴収するという計画です（図１）。

図1　紹介状がないと病院に直接かかれない



厚生労働省が検討している案では一定の規模以上の病院の初診料に一律１万円程度を上乗せするとされています。

今回の診療報酬改定でもフリーアクセスを制限する動きが

医療行為の価格や仕組みを決める診療報酬改定が2014年に行われます。これを機会に、厚生労働省は診療所や中小病院の主治医機能を強化するとの名目で、フリーアクセスの制限を行おうとしています。

2008年の診療報酬改定では「後期高齢者診療料」を導入し、高齢者それぞれに、1人の「かかりつけ医」を持たせ、高齢者１人あたり6000円までの診療しかできないようにしました。これは、国民やマスコミの批判で廃止されましたが、今回の診療報酬改定では、これと同じような仕組みを高齢者だけでなく、慢性病の患者にも広げようとしています。

複数の病気があれば、複数の「かかりつけ医」がいるという前提で、主治医の役割をいかに充実させていくかを考えていくべきです。

また、病院を直接受診した場合の初再診料を保険から外すことも検討されています。これは、事実上の保険免責制度の導入です。紹介状のない患者は、公的医療保険が一部使えなくなるということで、もし、この制度の対象が広がれば、患者の負担はますます高額になり、必要な医療が受けられなくなってしまう恐れがあります。

「紹介状なし」の負担増は、一見合理的に見えますが、住民の医療ニーズを無視して、政府の医療政策を無理やり押しつけるものです。

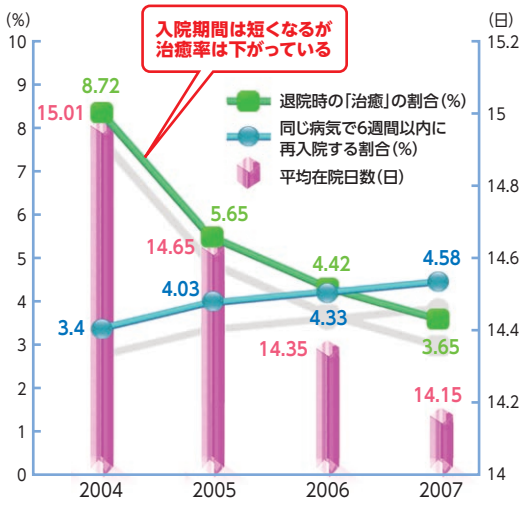
政府はこれまで、公的病院の統廃合を進めるとともに、低医療費政策で民間病院を経営難にさらしてきました。少ない病院がより広範囲の地域をカバーするようにする一方で、患者に「病院にかかるな」というこの政策は矛盾しています。

病院だけでなく介護施設にも入れない

「報告書」は、「『医療から介護へ』、『病院・施設から地域・在宅へ』という流れを本気で進め」るとしています。これまでも、政府は医療費抑制のために、なるべく早く病院から患者を退院させようとしてきました。これにより、退院時の治癒率は6割も下がっています（図2）。早期に退院を迫られ、行き場を失う患者さんも少なくありません。

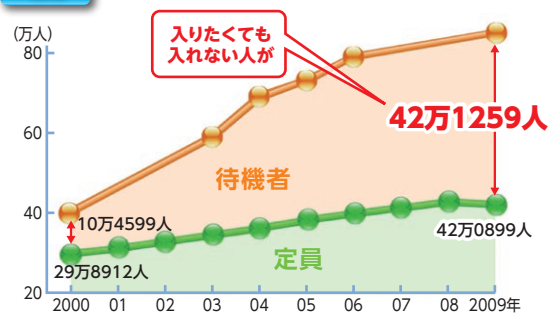
また、「介護へ」といいながら、介護も十分に受けられるわけではありません。現在でも、介護施設に入りたくても入れない人がたくさんいます（図3・4）。

図2　入院期間・治癒率・再入院の変化（2004年度DPC対象病院）



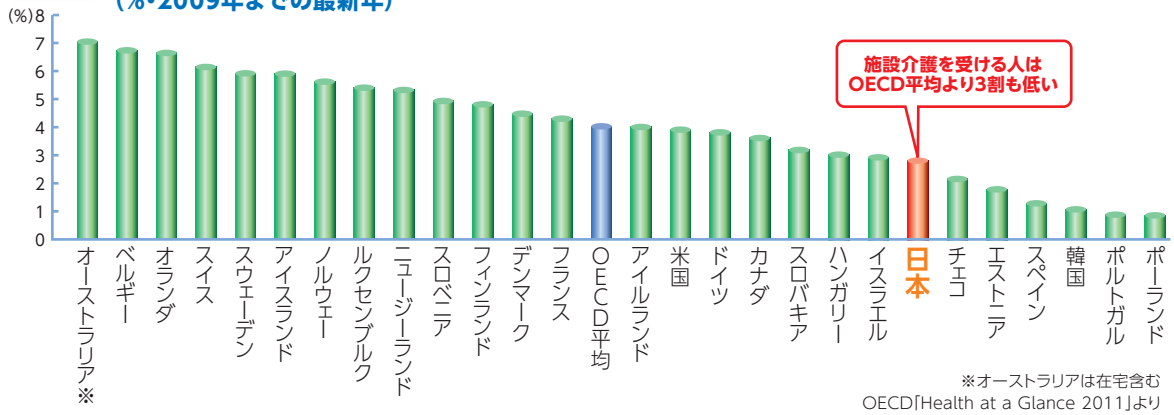
「平成19年度『DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価』中間報告概要」
(2007.11.21診療報酬調査専門組織DPC評価分科会)より

図3　特別養護老人ホームの待機者と定員



厚生労働省資料より

図4　日本の要介護認定者に該当する人が施設で介護を受けている割合（%・2009年までの最新年）



※オーストラリアは在宅含む
OECD「Health at a Glance 2011」より

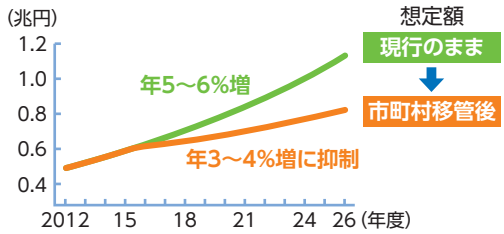
本来ならば、要介護者のニーズに合わせて施設を充実させるべきです。しかし、「報告書」では、この問題を解決するために、特別養護老人ホームは「要介護３」以上の人しか利用できないようにしようとしています。

また、介護保険の「要支援者」（150万人）は介護保険の給付対象外とし、市町村が「ボランティア活動」などを利用してケアを行うとされています（図５）。

これでは、病院にもいられない、施設にも入れない、在宅ケアも十分に受けられないという人を増やしてしまいます。「住み慣れた地域で最期まで暮らしたい」という人の要求を逆手にとって、医療保険や介護保険をなるべく利用させず、社会保障費を抑制するというのが「報告書」の狙いなのです。

図5 介護保険要支援者への予防サービス見直し案

予防給付を市町村に移管後のびを抑制



軽度者の予防サービスを市町村が提供

厚生労働省案より

イギリスの「かかりつけ医」制度は…

イギリスではＧＰ（General Practitioner・家庭医）とよばれる医師１人を国民１人につきそれぞれ登録します。

・ＧＰに診てもらうまで予約してから２週間、ＧＰが、手術が必要だと判断し病院を紹介されても実施までに18カ月！
・登録したＧＰがいない外出先などでは医療が受けられない！
・ＧＰの報酬は患者１人あたりいくらとなっているので、必要な医療行為でも、コストに見合わなければ受けられない！

4 くり返される「消費税」のウソ

消費税は社会保障に本当に使われるのか?

「報告書」は、「消費税を段階的に10%に引き上げる税制改革関連法案及び子ども・子育て支援関連法案、年金関連法案の成立により、消費税収（国・地方、現行分の地方消費税を除く）については、社会保障財源化され」とし、消費税増税分がそのまま、社会保障の充実に使われるかのように描いています。しかし、政府の「消費税収は社会保障に使う」というキャンペーンはごまかしです。

政府は消費税増税による景気悪化を防ぐためとして、復興特別法人税の廃止や大企業向けの設備投資減税、東京五輪に向けた大型公共事業など5兆円を超える経済対策を打ち出しています（図1）。これでは消費税増税分が社会保障費に回るはずがありません。そもそも、「報告書」では、患者負担を増やして、給付を減らす施策が目白押しです。

消費税はこれまでも法人税減税の穴埋めに使われてきました。消費税が導入されて以降、国民が支払った消費税は224兆円。一方で、その間企業の法人税は208兆円減税されています（図2）。大企業は消費税を「最終消費者」に転嫁できるため、負担がありません。つまり、大企業の法人税減税分の肩がわりとして国民が支払った消費税が使われているのです。

図1　消費税増税とともに行われる経済対策

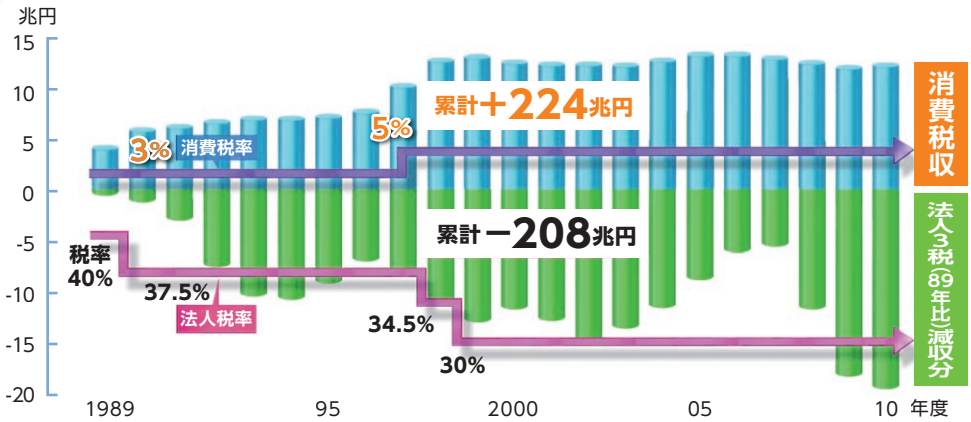
対象	開始時期	事　業	金額（億円）
企業	14年	インフラの老朽化対策など公共事業	20000
企業	14年	震災復興事業	11000～13000
企業	14年	復興特別法人税の廃止	9000
企業	13年	設備投資減税	7300
企業	13年	賃上げ促進減税	1600
低所得者	14年	低所得者向け現金給付	3000
一般	14年	住宅ローン減税	1100
一般	14年	住宅購入者向け現金給付	3100
		合　計	5兆6100億～5兆8100億円

政府税制調査会資料より

景気悪化を招き、税収も落ち込む

政府や民間のシンクタンクは消費税を引き上げた場合、景気が悪化し、税収全体が減っ

図2　消費税増税による増収と法人税減税による減収



※法人３税とは法人税・法人事業税・法人住民税　財務省「法人企業統計」より

てしまう危険性を指摘しています。

そもそも、景気後退時には減税、景気過熱時には増税という景気調整の原則にも反します。97年に消費税増税を強行し、景気が再度悪化した事態について、故橋本首相は「(消費税増税が) 不況の原因の一つになっている」と後悔しましたが、その二の舞になるのは明らかです。

結局、消費税増税は、社会保障の充実につながらない上に景気を悪化させるだけです。

消費税は社会保障の財源としてふさわしくない

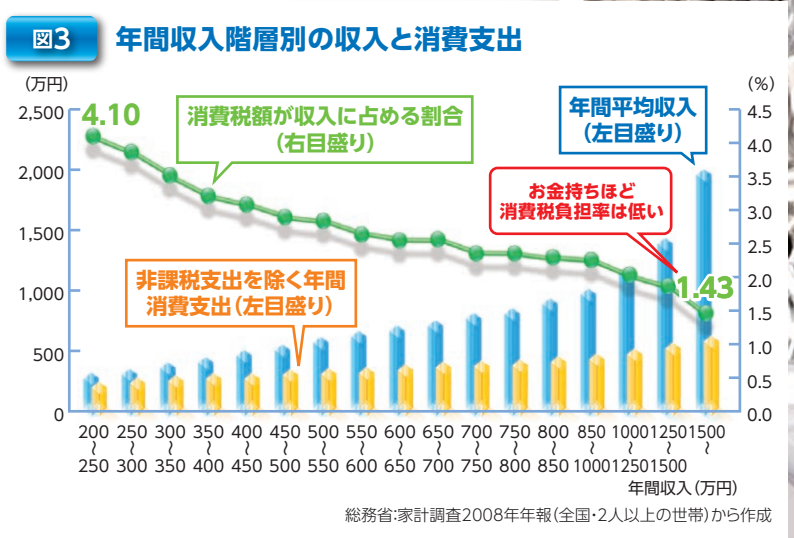
社会保障は誰もが必要に応じて、適切な医療・介護、年金を受け取ることができ、その財源は負担能力のあるものによって賄われるのが基本です。ところが消費税には逆進性があり、低所得者ほど負担が重くなるため、社会保障の財源としてふさわしくありません（図3）。

また、「公平性」の問題もあります。税の基本原則は租税公平主義といい、租税は各人の担税力に応じて公平に負担すべきだという考えかたです。この原則に照らすと「持っていない」人同士で社会保障費を「やりくり」する消費税は公平ではありません。

中小業者や医療機関と消費税

消費税は「最終的には消費者が負担する」と受け止められています。しかし、現実の商取引のなかでは、価格競争力の弱い中小企業は消費税分を商品に上乗せできず、自ら消費税分を負担していることが多いといわれています。2011年に日本商工会議所などが行った「中小企業における消費税の転嫁に係る実態調査」では６割以上が消費税を商品の価格に転嫁できないと回答しています。

また、医療機関では保険診療が非課税となっているため、患者から消費税を受け取れません。しかし、医療に必要な薬や医療材料の購入費などには消費税がかかっていますので、その消費税分は医療機関の負担となっています。その額は１年間で、一般的な診療所では260.1万円、歯科診療所では72.1万円、病院では１億70万円にも上っています。



総務省:家計調査2008年年報(全国・2人以上の世帯)から作成

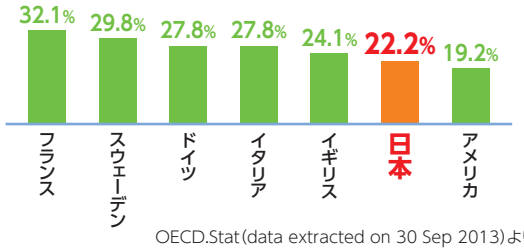
5 真の応能負担で社会保障財源を

「財政破たんだから仕方がない」というごまかし

「報告書」は、「(社会保障給付費の)かなりの部分は国債などによって賄われるため、将来世代の負担」だとしています。しかし、ここにはごまかしがあります。

第１のごまかしは、社会保障費の実態を誇張して見せかけていることです。日本の社会保障費は、確かに年々増加していますが、現在でも欧州の先進国と比較すれば最低水準です（図１）。

図1 社会保障給付費の国際比較（対GDP比）



OECD.Stat(data extracted on 30 Sep 2013)より

日本よりも社会保障費が多い国はたくさんあります。社会保障費が増え続ければ財政破たんするというのは誇張です。

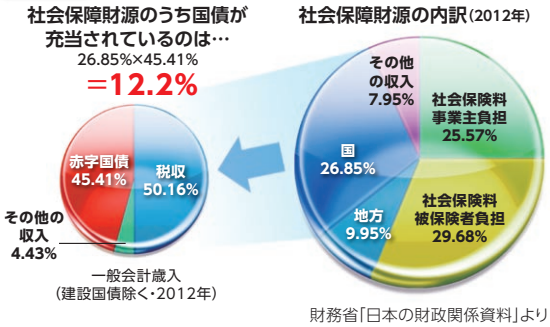
第２のごまかしは、社会保障の大部分を国が負担し、そのほとんどが赤字国債で賄われているようにミスリードしていることです。

社会保障給付費における国の負担は2012年度で26.85%にすぎません。この負担は一般会計から支出されていて、全額を赤字国債と結びつけることはできません。仮に国の歳入に占める国債発行額を案分しても、社会保障給付費全体の12.2%にすぎません（図２）。

財政破たんの本当の原因は税収の減少

社会保障費と赤字国債を結び付けて、日本の1000兆円に上る財政赤字をもっぱら社会保障のせいにするのはこじつけです。

図2 社会保障財源の内訳



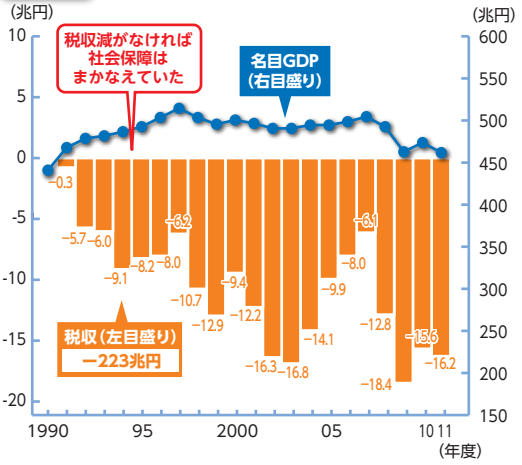
財務省「日本の財政関係資料」より

財務省の資料でも、財政赤字を招いているのは税収減だということが明らかになっています（図３）。1990年、449兆円の名目GDPに対して、国の主要３税の税収は50兆円ありましたが、2010年には名目GDP482兆円に対して、30兆円に減少しました。90年以降の税収減は累計で223兆円にも上っています。90年代と同じ税収があれば財政赤字はここまで悪化しなかったのです。

減収の理由は政府の大企業優遇策

では、なぜここまで税収が減ってしまったのでしょうか。それは、たび重なる大企業向けの減税のためです。

図3 名目GDPと税収減の推移

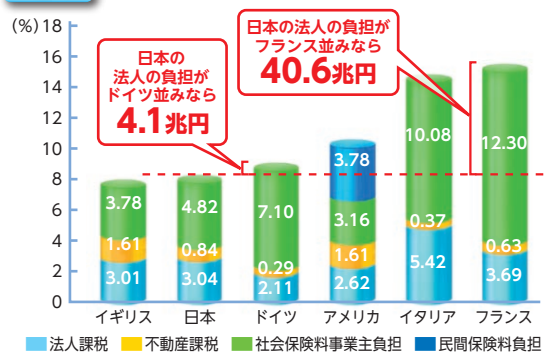


財務省「日本の財政関係資料（平成23年9月）」より

財務省の調査では、租税特別措置と呼ばれる様々な優遇税制により、年間1兆3180億円が減税されていることが明らかになっています。

他の先進国と比べても日本では企業の税や社会保険料負担など、公的負担が低いことも明らかになっています（図４）。

図4　各国の法人の公的負担比較



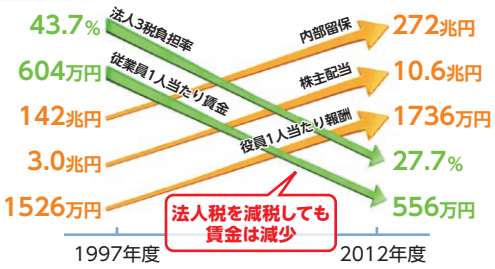
「井立雅之（2007）法人課税の負担水準に関する国際比較について」に基づき2010年のデータで作成

このような大企業優遇の政治の理由として、政府は「企業が収益を上げれば、雇用も賃金も増える」「企業が収益を上げれば税収も増える」といいます。

しかし、今では、日本企業も、株主や経営者、従業員が多国籍になっており、収益が上がったとしても国内に投資をしたり、賃金の引き上げを行ったりしません。実際、97年から経常利益は順調に増えていますが、賃金は下がり続けています（図５）。その分、増えているのは株主配当や役員報酬、そして使い道のない内部留保です。

それに、企業が収益を上げれば税収も増えると

図5　大企業の各種指標



財務省「法人企業統計」データから、資本金10億円以上の大企業（金融・保険業を除く）、「法人3税負担率」は法人3税負担額が事業収益に占める割合

いいますが、これも事実ではありません。実際、財務省も「近年の企業収益回復時も税率の引下げやそれ以外の企業減税により、税収自体は大幅には回復しませんでした」と認めています。

こうした大企業への優遇を推し進めておいて、「財政赤字」を理由に、一般の国民同士で負担をさせるなどもってのほかです。

この誤りを正せば、医療や社会保障を充実させることは十分に可能です。

「報告書」は、社会保障の財源対策として患者負担を受益者負担と考え『年齢別』から『負担能力別』に切り替えることを提案しています。しかし、病気になり休業や休職を余儀なくされる患者は「受難者」です。病気の内容や生活実態をまったく無視して能力別の患者負担に転換すれば、いっそうの受診抑制をもたらすことは明らかです。患者窓口負担や給付の制限で差をつけるのではなく、法人税や社会保険料事業主負担も含めた税や保険料による応能負担原則を徹底すべきです。

膨張する医療費の要因は高騰する薬剤費にあり

2012年度の概算医療費は38兆４千億円と10年間連続で過去最高を更新し、40兆円を超えるのも時間の問題となっています。この原因はどこにあるのでしょうか？　それは薬剤費の高騰です。

入院外医療費(病院、診療所の外来+調剤薬局)、５兆５千億円の増加（2000～2012年度）のうち、55%は調剤費によるものです。

これら薬剤費高騰の背景には、日本の高薬価構造があります。特に2000年代に入り、新薬の薬価算定時に既存薬の化学構造を少し変えただけの薬剤や、単に２種類の薬剤を１つの薬剤にまとめた配合剤であっても、画期的な有効性などの補正加算率が定期的に大きく引き上げられていることがあります。そして、その高く値付けされた薬価の高止まりを狙った「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」などの影響が大きいのです。

国民医療の改善のためには、日本の高薬価構造が是正され、財源が患者負担軽減の方に振り向けられることが必要です。

憲法を掲げて、豊かな社会を！

社会保障の充実や富裕層・大企業による応分の社会保障費負担は、決して現実不可能な絵空事ではありません。それどころか、実現しなければならない具体的な課題です。それは、国に対して、日本国憲法が要請しているからです。

しかし、自民党は日本国憲法改定を掲げています。自民党の改憲草案には「家族や社会全体が互いに助け合って国家を形成する（前文）」「財政の健全性は、法律の定めるところにより、確保されなければならない（83条）」とされています。

これでは「報告書」が描くように、社会保障が助け合いの制度とされたり、財政健全化のために社会保障が切り捨てられたりする可能性があります。

改憲をやめさせ、憲法が保障する人権が花ひらく社会を、いまこそ創るべきです。

社会保障の充実を国に約束させる憲法25条

日本国憲法第25条は「①すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。②国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と定めています。つまり、国は「健康で文化的な最低限度の生活」を国民に保障し、「社会保障の向上」に努めなければならないのです。

社会保障制度改革推進法は「…国及び地方公共団体の財政状況が社会保障制度に係る負担の増大により悪化していること等に鑑み、…受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立」することを法の目的としています。これは「財政難は社会保障のせいだから、社会保障を削減して制度を維持する」という意味です。しかし、財政難を理由に国民の権利を侵害してはならないというのが、日本弁護士連合会をはじめ多くの法律家の見解です。むしろ、権利を守るために財政措置をとることが国の責任です。

応能負担も憲法の要請

税は支払能力に応じて負担するという考え方を応能負担と呼びます。これは、憲法第13条（個人の尊厳、幸福追求の権利の尊重）、第14条（法の下の平等）、第25条（生存権、国の生存権保障義務）、第29条（財産権の保障）などを根拠としています。ですから、これまで見てきたように支払い能力の低い層ほど所得に対して多くの負担を強いられる消費税は憲法違反ということもできます。

それだけでなく、この応能負担原則からは、生活に苦しむ国民から社会保険料や税金をさらに徴収するのではなく、何兆円もの現預金を持つ支払い能力の高い大企業の負担を引き上げるべきといえます。

さらに、税に関する重要な原則に「生活費非課税原則」があります。

これは憲法25条から導かれます。25条は国に国民の生存権保障を義務付ける規定で、国家が国民の生存権を脅かしてはいけないということでもあります。そこで、国による徴税が国民の生存権を脅かさないように、生活費には課税できないとされているのです。そうであれば、所得の数十%にも及ぶ国民健康保険料（税）や生活費を削って医療費窓口負担をなんとか工面している人がいる現状は憲法違反であるともいえます。

憲法の要請からみても、消費税増税で財源を生み出すのではなく、大企業や富裕層に応分の負担を求めることが必要です。

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
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 2013年11月25日　定価 50円（送料別）