

社会保障制度改革推進法を踏まえた 社会保障制度改革についてパブコメ

大阪府歯科保険医協会
理事長 小澤力

第2条（基本的な考えかた）

第2条1号

社会保障は、憲法で定められた生存権を国が保障する仕組みである。推進法では社会保障の基本を「自立・自助」、「家族・国民相互の助け合い」と規定し、国民の生存権に対する国の責任を著しく後退させるものである。長引く不況により、国民生活が悪化する中で社会保障制度の果たす役割がますます重要になっているにもかかわらず、「自立・自助」を強調し、公的な責任を放棄することは許されない。憲法で定められた生存権の基本に立ち返り、国の責任において社会保障制度を拡充・向上させる改革こそ求められる。

第2条2号

推進法がうたう「給付の重点化」「運営の効率化」を基本とした制度改革によって、国民が必要とする社会保障給付の削減が進められることがあってはならない。推進法は「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」することを強調しているが、国民が必要とする社会保障給付の抑制が進められれば生存権は守られない。税金や社会保険料は応能負担が原則であり、「納付者」と「給付者」を対立的にとらえるような考えかたは社会保障の精神とは相いれない。人の命の価値に差を付け、「効率化」の名の下に給付削減を進める制度改革であってはならない。

第2条3号

推進法では、年金、医療、介護について「社会保険制度」に基づくとし、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」としている。「保険制度」を中心に据えれば、社会保障財源に対する公費負担割合が後退させられることはあきらかである。給付を保険収入の枠にはめる保険原理によって、給付のために国民は際限のない保険料負担増を迫られることになる。

日本の社会保障財源は先進諸国と比べて、国庫負担割合が低い。公費負担を「国民の負担の適正化に充てる」として、割合を下げれば、国民が必要とする給付を実現させることはできない。いまこそ、年金、医療、介護分野において国庫支出を増やし、制度の充実を図る改革が求められている。なお、社会保険料の負担については、事業主に応分の負担を求める変革は必要である。

第2条4号

推進法では社会保障給付を「受益」と位置付け、「あらゆる世代が広く公平に分ち合う」とするが、社会保障給付は、個人の利益や損得ではなく、憲法が定める「人間らしく生きる権利」と位置付けるべきである。そのための社会保障財源は、応能負担が原則である。推進法は主要な財源に消費税を充てるとするが、これは、社会保障給付を消費税収に規定させることを意味し、社会保障給付を消費税収の枠内に抑え込み、必要な給付を受けるためには消費税増税を受け入れるか、給付を我慢するしかない仕組みである。また、所得が低い人ほど負担割合が高くなる逆進性の高い消費税は、所得の再配分という機能をもつ社会保障財源にそぐわない。

消費税を増税する一方で、政府は2015年に法人税率を約5%引き下げた。その上、大企業はさまざまな優遇を受け、実際の税負担が低くなっている。また、年収1億円を超える高額所得者と平均的な勤労者が同程度の負担しかしないなど、日本の税制は高額所得者ほど有利な仕組みになっている。社会保障財源を消費税に頼るのではなく、大企業や富裕層を優遇する税制を見直して財源を確保すべきである。

第5条（公的年金制度）

第5条1号、2号

年金保険料の値上げや、給付の削減、支給開始年齢の先送りなど年金制度の改悪が強行されてきた。年金制度への国民の不信感、格差が広がる中で、現役世代では国民年金保険料の未納率が4割に達するなど、制度の空洞化が進行している。現制度の下では、保険料を25年払わないと年金を受け取れず、最低保障の仕組みがない。日本では、高齢者の無年金が100万人にのぼり、国民年金の平均受給率は5万円にも満たない。こうした中で、民自公3党は、さらに2.5%の年金削減を強行した。

推進法は年金記録の管理不備問題や社会保障番号制の導入を強調する。

安倍政権は、社会保障番号制度（個人番号法案）の早期導入を進めようとしているが、同制度では、①「納付に見合う給付」の名の下に社会保障削減と、税や社会保険料の徴収強化の道具に使われる危険がある②原則不変の1つの番号で個人情報と照合できる仕組みをつくることは、プライバシーの重大な侵害やなりすまし犯罪を招く③費用対効果の面からも導入の必要性が不明である—ことが指摘されている。社会保障番号制度は、慎重審議の上、導入を見合わせるべきである。

年金記録の管理不備問題は、一人の被害者も出さないよう、国の責任で解決することが求められている。この問題の背景には国民の年金受給権を保障することよりも、保険料徴収を優先してきた年金行政のゆがみがある。国民の年金受給権を守ることを年金行政の基本原則として徹底することが制度改革に不可欠である。年金への信頼を取り戻し、真に持続可能な年金制度の確立へ次の点で制度改革を求める。

- ・物価スライドを名目にした年金削減、民自公3党の2.5%の年金削減の中止
- ・低すぎる年金の底上げ
- ・受給資格期間の速やかな短縮
- ・保険料納付に関わらない最低保障年金制度の開始
- ・年金保険料の流用中止

第6条（医療保険制度）

推進法は「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。「原則」としつつ、保険料が払えない人は「例外」として、公的保険から排除されることを容認するものであってはならない。

いま、窓口負担が「現役世代＝3割、高齢者＝1～3割」にも上り、高すぎる窓口負担が受診抑制を招いている。国民負担増が強められる中、経済的理由から受診を手控え死亡した事例も後を絶たず、歯科では口腔崩壊などの深刻な事態が広がっている。

国保料は多くの自治体で引き上げが進み、大阪では国保加入世帯の2割が滞納する事態となっている。国保証を取り上げられ、無保険状態にある住民が放置されている。すでに公的保険の崩壊が進む一方で、民間疾病保険が医療の原物給付を提供できる新たな保険商品の検討が進められていることは問題である。

医療現場では、医師・看護師不足が深刻な問題となる「医療崩壊」が広がっている。医療費削減の名の下に、国民のいのちと健康が切り捨てる政治が続いてきた結果であり、公的医療保険・医療体制の立て直しが急務である。

社会保障改革国民会議では、70～74歳の窓口負担を1割→2割に引き上げ、国保の「広域化」の名による国保料値上げ、100円程度の定額負担の上乗せ、風邪などを保険給付から外す保険免責制度の導入など、際限ない国民負担増と給付削減が検討されている。また、混合診療の全面解禁、医療への営利法人の参入といった「国民皆保険」の変質・解体を進める動きも進められている。医療給付抑制を優先し、国民に負担増を求め、公的保険を縮小させ、命の沙汰も金次第とする「医療改革」では、医療にかかれぬ国民を増やし、結果的に患者の重症化を招き、医療費はかえって増大することになりかねない。減らされ続けてきた国庫負

担を拡充し医療保険財政の再建を図る改革が求められる。見逃せないのは、国庫負担の削減と合わせて国民医療費占める事業主の社会保険料の負担割合が低下していることである。医療保険財政を立て直すうえでは、大企業に応分の負担を課すことも不可欠である。

第6条1号

推進法がうたう「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」という観点から、歯科医療の充実が急がれる。政府は歯科の診療報酬を低く抑え、基礎的な診療行為の保険点数が長年にわたって据え置いてきた。低歯科医療政策のもと、少なくない開業歯科医が経営難に陥っている。歯科口腔の良好な状態が全身の健康や生活の質の向上と密接にかかわっていることが広く知られている。こうした見地に立って、国民の歯科医療の需要の高まりや治療技術の進歩にふさわしく、保険治療の拡大、歯科診療報酬のアップが求められている。また、歯科医療の充実には歯科技工士や歯科衛生士の役割を正に評価する診療報酬が必要である。

推進法は医療施設の「有効活用」を強調し、国民負担の増大を抑制することを強調するが、必要とされる医療提供体制を削減・選別し、患者のフリーアクセスを制限するものであってはならない。

第6条2号

政府は市町村国保の保険料を都道府県単位で平準化することを進めようとしている。「公平の確保」のもとに、平準化を進めれば、地域における医療提供体制の違いや住民の健康への取り組みなどを無視した機械的な保険料値上げが危惧される。収納率の低下や保険料の値上がりなど国保が問題となっているが、その背景には、国保財源への国庫負担の引き下げや、低所得の非正規雇用労働者などの国保加入が増えてきたことがある。こうしたもとで、国民にさらなる負担を押し付ける平準化では、問題は解決しない。国庫負担の増額、労働者の健康保険加入について雇用者責任を果たさせるなど、問題の構造にメスを入れる改革が求められている。

第6条3号

推進法は「人生最後の段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備する」としている。政府は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ことや、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を進めようとしている。さらには、全体として再編した病床施設は介護保険に移していくことも狙われている。介護も施設介護から福祉系、居住系サービスに移行させる計画が進んでいる。こうした長期療養の患者や終末期の患者を病院から退院させ在宅へ移し、医療費を使わない安上がりな終末期に追いやるようなやり方は許されない。

推進法は「患者の意思が尊重され」を強調するが、地域にその受け皿が構築されていなければ絵に描いた餅である。入院治療を要する患者の意思が尊重されるには、患者を受け入れる医療機関への報酬、人材配置など適切な手当てが不可欠である。

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日常生活圏域内でプライマリ・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域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。

第6条4号

後期高齢者医療制度では、保険料を払えず滞納している高齢者は全国で25万人以上、滞納のため資産を

差し押さえられた人も毎年増えている。高齢者を年齢で差別し、負担増を強いる制度の根本的な欠陥が明らかになっている。元の老人医療制度に戻すべきである。

公的医療保険制度では早急に次の点で改革を求める。

- ・高すぎる国税の引き下げをはじめとする国民健康保険の改革
- ・国民の口腔の健康を守る「保険でよい歯科医療」を実現するため歯科診療報酬の抜本的な増額と歯科医療の充実
- ・医療機関への消費税ゼロ税率適用、事業税非課税・租特措法 26 条の存続
- ・TPP 参加による「国民皆保険」の解体を止めること
- ・医療制度の改悪の中止、公的医療保障の拡充
- ・後期高齢医療制度を廃止

第 7 条（介護保険制度）

介護保険開始から 12 年を迎えたが、介護制度は老老介護に疲れ果てた高齢者夫婦の無理心中や、要介護の高齢者を抱えた一家全員が遺体で発見される「孤立死」など、痛ましい事件が続いている。重い保険料・利用料負担、深刻な介護施設の不足など、「保険あって介護なし」の事態を解決することは急務である。この間、生活支援サービスの時間短縮が行われるなど、介護保険の形がい化が進められている。

こうした問題の背景には、「保険料値上げか、サービス切り捨てか」という介護保険の根本的な矛盾があるためである。国庫負担の割合引き上げで財源を確保することが不可欠である。だれもが安心して利用できる制度への改革として、下記の通り求める。

- ・介護保険料、利用料など国民の負担増を抑えながら国庫負担割合の引き上げ
- ・国の制度として保険料、利用料の減免制度の実現
- ・介護の人材不足を打開するために、事業所にたいする介護報酬を大幅にアップ

第 8 条（少子化対策）

理想の子ども数をもたない理由のトップは「子育てや教育にお金がかかりすぎるから」、30 歳未満の妻の 8 割以上がそう答えている（国立社会保障・人口問題研究所調査）。フランスやドイツなどヨーロッパ諸国では、非常に手厚い子育て支援のための施策がおこなわれており、経済的な心配なしに子育てできるよう後押ししている。日本では女性の社会進出が進む一方で、待機児童の解消がすすまない。こうしたなかで、自公 3 党が強行した「子ども・子育て新システム（子ども・子育て関連法）」は、国と自治体の保育に対する責任を後退させ、保育を営利企業にゆだねるものである。「新システム」では、待機児童の解消も、保育条件の改善もできない。安心して出産し、子育てできる社会の実現には、親の人間らしい働き方とくらしをつくることも不可欠である。

次の点で改革を求める。

- ・妊婦健診を国の責任で自治体負担のない妊婦健診費用の軽減、無料化
- ・現在 42 万円の出産育児一時金を大幅に増額
- ・若い世代が結婚・出産にふみだすうえでの負担を軽減するために、公共住宅の建設や「借り上げ」公営住宅制度、家賃補助制度、生活資金貸与制度などの支援強化
- ・子どもの医療費助成制度を、所得制限なしの国の制度として確立
- ・幼稚園授業料、保育料の引き下げ
- ・高等教育に係る費用の引き下げ、無償援助の拡大