



崩壊の危機にある 日本の医療・介護制度の再生を

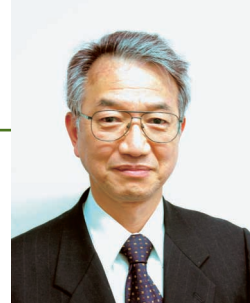
全日本民医連の医療・介護制度再生プラン(案)

2008年4月

全日本民主医療機関連合会

1	巻頭言
2	はじめに
4	I 医療制度に対する私たちの基本的立場と原則
6	II 具体的な提案
	(1) 医師や看護師などの養成数を増やす
	(2) 診療報酬を適正に評価する
	(3) 医療保険制度を改善する
	(4) 公費医療制度の充実を行う
	(5) 予防医療を充実する
	(6) 「介護の社会化」の再構築を－介護保険の改善、介護保障の拡充をはかる
11	III 医療構造「改革」の抜本的な見直しを要求する
	(1) 後期高齢者医療制度は中止・撤回する
	(2) 療養病床の削減計画を見直し、必要な療養病床を確保する
	(3) 地域住民の公共財産である自治体病院、公的病院を存続、発展させる
	(4) 健診の公的責任を明確にし、拡充する
13	IV 財源確保に関する提言
	1. 消費税の税率引き上げ、福祉目的税化には断固反対する
	2. 財源確保に関する提言
	(1) 医療費の無駄をはぶく
	(2) 応能負担を原則に所得の高い層の保険料の負担を引き上げ、 大企業を中心に法人負担を引き上げる
	(3) 軍事費を削減し、無駄な公共事業の削減で社会保障に国の予算を投入する
	(4) 負担能力に応じた税制改革を行う
19	おわりに
20	「介護の社会化」の再構築へ 民医連の提案

巻頭言



日本の医療が急速に機能不全・崩壊に陥っています。その根本原因が、長年の医療費抑制策であり、医師の絶対的不足であることが、周知の事実となりつつあります。医療界・学会の大多数は、総医療費／GDPを先進7カ国のレベルに上げないと、日本の医療はもたないという点で一致しております。しかし、政府与党は、財政難を理由に、社会保障費抑制の政策を変えないどころか、さらに患者負担を増し、診療報酬の実質マイナス改定を続けております。このような状態が続く限り、日本の医療の崩壊はさらに進み、回復困難な状況に陥りかねません。そこで私たちは、医療や介護を担う団体の一つとして、根本的な医療・介護政策の転換を目指し、財源論まで踏み込んだ「崩壊の危機にある日本の医療・介護制度の再生を ～全日本民医連の医療・介護制度再生プラン（案）～」をまとめました。

私たちの「医療・介護再生プラン（案）」は、憲法25条が社会保障政策の基本原則であること、国民皆保険制度を堅持し医療の機会均等を守ること、医療・介護への市場原理主義導入は認められないこと、絶対的貧困の増大や格差社会・高齢社会の現実を見据えた社会保障政策の転換が必要であること、という観点に立ってまとめています。

私たちは、医療と福祉の充実こそ、今日の日本の社会経済の再生の道と考えています。地域で医療・介護を実践してきた立場からの「医療・介護再生プラン（案）」が、今後の医療界や国民との討議の素材となり、医療・介護政策の根本的政策転換の一助となれば幸いです。

2008年4月 全日本民医連会長 鈴木 篤

はじめに

今日まで日本の医療は、平均寿命や健康達成度の高さなどによって、WHO健康達成度調査では「総合世界一」という高い評価を受けていました。その要因は、対GDP比で低い総医療費支出^(*)にもかかわらず、保険証1枚あれば「いつでも・どこでも・だれでも」医療を受けることができるという国民皆保険制度を実現し、半世紀近く続けてきたことと、医療関係者の献身的な努力によるものでした。

● 健康達成度 ●

		日本	スウェーデン	イタリア	フランス	ドイツ	イギリス	アメリカ
健康達成度 WHO	健康寿命 2002年	1位	3	7	11	14	24	29
	健康達成度の総合評価 1997年	1位	4	11	6	14	9	15
乳幼児死亡率 OECD 2002年		3.0人	2.8	4.7	4.2	4.3	5.3	6.8
GDPに対する医療費の割合 2003年		18位	12	16	6	3	20	1

(注) 保団連「グラフでみるこれからの医療 2006年」より

しかし、この世界に誇るべき日本の医療が、崩壊の危機に直面しています。今、日本は、「世界で最低クラスの医療費、最高クラスの自己負担」となっています。

その原因は、国民のいのちや健康よりも経済を優先させる国の政策的なあやまりです。政府は、1987年に「国民医療総合対策本部中間報告」を発表し、「高齢化の進展は今後とも老人医療費を中心に国民医療費の増大を招かざるをえないが、これを支える高い経済成長率はもはや望めない状況にある」として医療費抑制政策を強化し、医療給付費の増加が日本の経済発展に悪い影響を与えないように、医療給付費の伸びを「経済の伸びの範囲」に抑えることを目標にしてきました。

国による医療費抑制政策によって、医師養成数の削減が行われ、窓口負担増による受診抑制策がとられ、診療報酬の引下げなどが行われてきました。その結果、日本の医師数は、OECD諸国比べると人口1000人当たり2.0人で30カ国中、下位から4番目となっており、OECD平均にするには14万人以上の増加が必要という深刻な事態になっています^(*)。看護師不足、介護職不足も深刻で、多くの人たちが現場を去らざるをえない状況を生み出しています。

このような政策的失敗にもかかわらず、国は医療構造「改革」というさらなる医療費抑制政策を策定し、2008年から後期高齢者医療制度の創設をはじめ、療養病床削減など、その本格的実施に踏み出しています。これが実施されると、瀕死の日本の医療は更に崩壊がすすみ、回復することが不可能になりかねません。

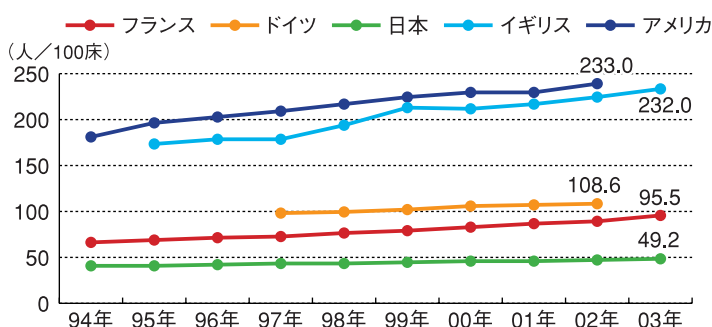
人口の高齢化は、日本だけではなく先進諸国にみられる共通した現象です。G

7やOECD各国においても、日本と同様の状況となっています。しかし、OECD各国は、医療費は国民の健康のためには必要な費用として、医師数を増やし、医療費を増加させています（*3）（*4）。今日、OECD諸国において、総医療費の占める割合は対GDP比で平均9%であり、G7諸国においては11%（イギリスのブラウン政権は今後5年間毎年4%公的医療費を引き上げ、総計25兆円の医療費を実現することを打ち出しました）を超えています。

全日本民主医療機関連合会は、今日の医療破壊の危機に対して、プロジェクトチームを作成し、日本の医療制度の再生に向けての提案を検討してきました。

結論的にいえば、GDP世界第2位という日本の経済力をもってすれば、税金の集め方、使い方を国民本位に切りかえることで、OECD平均以上、G7並みの総医療費の確保は可能であり、医療費抑制政策を改め、医療・介護が必要な人にお金をつかうための政策転換が可能と考えています。G7並みに総医療費を増やせば、約15兆円程度の引き上げとなり、医療や介護、社会保障を拡充させることができます。

100床当たりの看護職員数



※ドイツは助産師を除く。日本は病院の全病床数。日本以外の病床の定義はOECDに従った。
出典：日本の病床及び病院勤務看護職員数は厚生労働省「医療施設調査・病院報告」
諸外国はOECD Health data 2005

（注）医療費の定義については様々なものがあり、今回、この再生プラン（案）では、一般的な概念としての医療費については医療費として表現し、特に、G7各国やOECD諸国との比較から、OECDの統計に用いられる保健医療費（傷病の治療に要する医療費にとどまらず、健康増進・疾病予防、健康管理、あるいは医療保障の運営費や設備整備などを含める）を総医療費とした。また、医療保険からの給付費を医療給付費、介護保険からの給付費を介護給付費とした。

※OECDのデータの「総医療費支出」には、国民医療費のほか、介護サービス費、予防・公衆衛生費用、管理コストが含まれています。

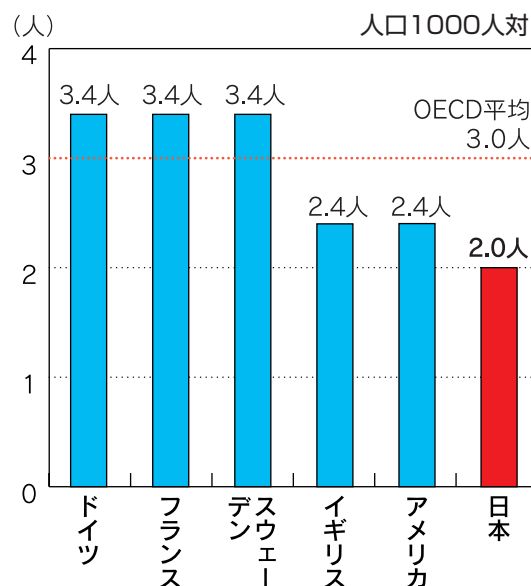
（*1）日本医療経済機構：「OECD A System of Health Accounts準拠の医療費推計に関する研究」、2000年

（*2）本田宏：「誰が日本の医療を殺すのか」、洋泉社、2007年

（*3）OECD：OECDレポート図表でみる医療（2005年版）

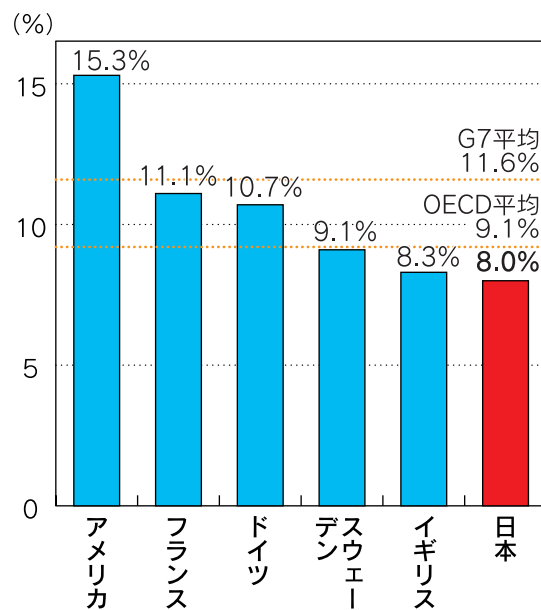
（*4）日本医師会：グラントデザイン2007ー国民が安心できる最善の医療を目指してー

各国の医師数の比較（2006年）



（注）「OECDヘルスデータ2007の公表について」より

GDP対比総医療費（2005年）



（注）「OECDヘルスデータ2007の公表について」より

I 医療制度に対する私たちの基本的立場と原則



国は、「このまま租税・社会保障負担が増大すれば日本経済の活性が失われ、国際競争力に勝てない」と主張し、日本の医療費・社会保障を抑制してきました。

しかし、この論理は正しいのでしょうか。私たちは、経済か社会保障かという選択ではなく、社会保障を豊かにすることによってこそ、国も経済も豊かになると考えています。医療の再生は、国の再生でもあるのです。

厚生労働省の資料^(※5)によっても、医療や介護といった社会保障は、経済波及効果や雇用創出効果が高いことが明らかにされています。ヨーロッパ・コミッションの05年8月のレポートでは、EU諸国では医療への投資が経済成長率の16～27%を占めており、EU15カ国に限ると、医療制度の経済効果はGDPの7%に相当し、金融の5%を上回っているといわれています^(※6)。

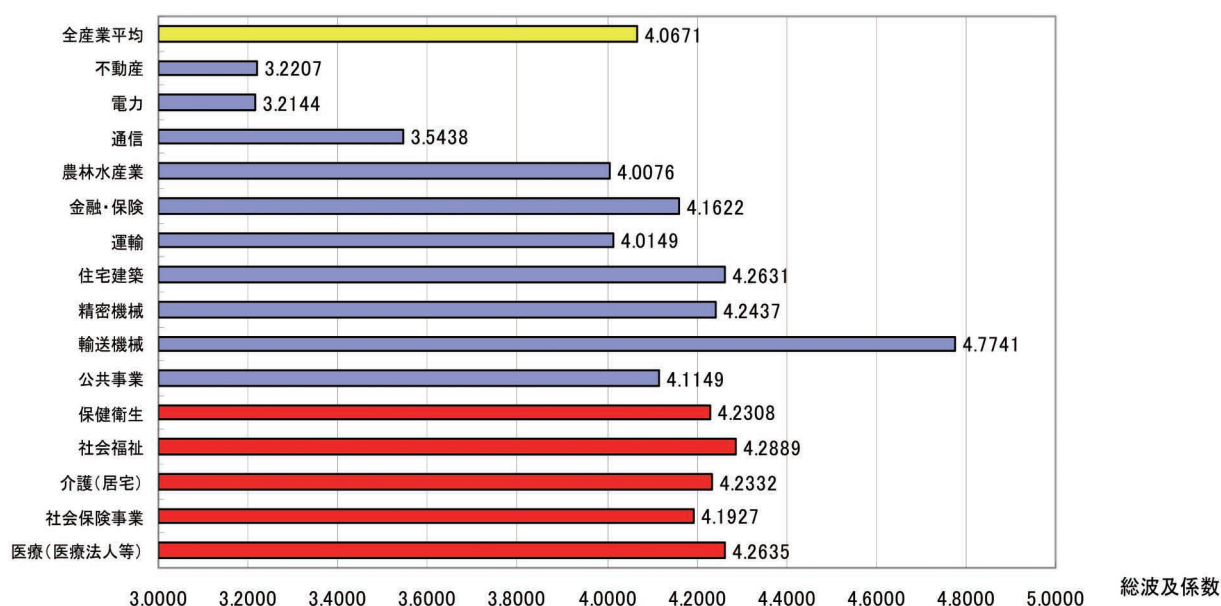
医療や福祉に必要な財源を投入することは、今日深刻になっている絶対的貧困と格差が拡大する社会を是正し、すべての国民が豊かになる条件をつくりだします。

このような立場で、以下の基本的原則を提案します。

- ①日本国憲法は25条で「すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。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」と国の責任を明確に定めています。医療・社会保障政策はこの立場をつらぬかねばなりません。
- ②従って、現在すすめられている年間2200億円の社会保障費の削減政策（閣議決定）や医師削減政策（閣議決定）は直ちに撤回し、総医療費の増額方針に転換し、10年程度でG7並みをめざし、当面は段階的に引き上げます。
- ③また、1961年に確立した「いつでも・どこでも・だれでも、安心して良い医療の提供」を大原則とする国民皆保険制度を堅持すること、予防医療を重視すること、公的責任による「介護の社会化」を実現することと合わせ、すでに公的医療保険制度のある先進国の中で、最高の自己負担となっている状況を改善し、経済的格差によって、受ける医療や介護の格差を生じないようにすることが重要です。混合診療や民間医療保険など、株式会社の参入などの医療の営利化・市場化の道は、コムスン事件に象徴されるように、国民の「いのち」にかかわる医療や介護を「商品」化し、「もうけ」の対象にするものであり、反対します。

社会保障の総波及効果は、全産業平均よりも高い

● 産業連関表による総波及効果 ●



総波及効果…ある産業に生じた最終需要がその産業の生産を増加させ、それにより原材料の購入等を通じて次々と各産業の生産が誘発されることを表したものが「生産誘発係数（一次波及効果）」。さらに、この生産増が所得増を呼び、その所得増が消費を増大させ、消費増が更なる生産を増加させることから生じる波及効果を表したものが「追加波及係数（追加波及効果）」であり、両者を勘案して算出したものが、「拡大総波及係数（総波及効果）」。

出典：「医療と福祉の産業関連に関する分析研究報告書」（H16.12 財団法人医療経済研究・社会福祉協会 医療経済研究機構）より、厚生労働省社会保障担当参事官室にて作成。

- ④医療や介護の社会保障費用は、必要な費用を国が保障し、また、大企業を中心とする企業もその社会的責任において応分の負担をすべきです。
- ⑤すべての国民が、平等で必要な医療を受けることができるようにするためには、保険料や一部負担は、能力に応じて負担するという応能負担を原則にしなければなりません。

なお、最近、年金や医療・社会保障の国の負担増を求める論調の中で、その財源に消費税を引き上げ、福祉目的税とする動きがあります。消費税は応益負担の税制であり、極めて逆累進性が高く社会保障の財源としては適しません。加えて、消費税を福祉目的税とすれば、今後の社会保障費の増大に伴って消費税を際限なく引き上げることになります。このような理由により、消費税の税率引き上げ、福祉目的税化することには断固反対です。

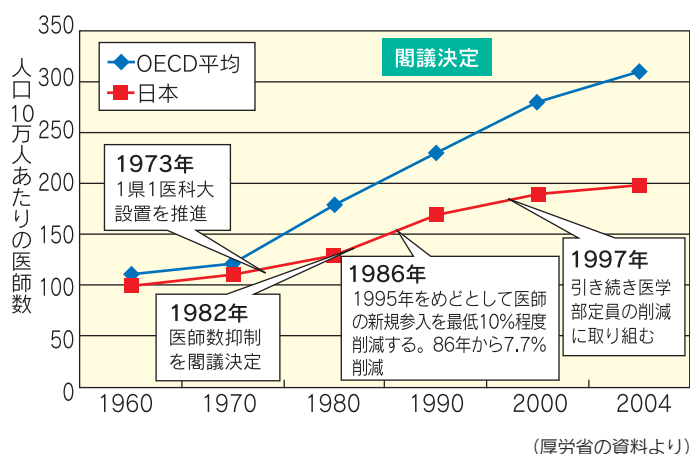
（*5）厚生労働省：「社会保障と経済について」、2005年4月

（*6）大村昭人：「医療立国論」へ転換を、東京保険医協会シンポジウム、2008年1月

Ⅱ 具体的な提案

(1) 医師や看護師などの養成数を増やす

● OECD平均との格差が広がる日本の医師数と政府の政策 ●



医師や看護師などの養成枠（定員）の拡大を緊急に行う必要があります。当面、医学部定員を削減前の1981年時の8,360人に戻し、社会人による学士入学などを認めて、年間10,000人以上の医師の養成を行うことです。その後、計画的に医師養成数を増やし、少なくともOECD平均なみに医師を養成することが必要です。

(2) 診療報酬を適正に評価する

- ①診療報酬は、医療労働への報酬であり、適正に評価され、医療機関が医療を継続できるような報酬でなければなりません。自治体病院の91%が赤字となっていることにみられるように、現在の診療報酬では医療の継続は困難で、診療報酬を大幅に引き上げることを提案します。
- ②技術とモノの評価を適切に行い、欧米と比べても高い薬価、医療材料の価格を適正にするとともに、欧米と比較して低い技術料の引き上げを行うべきです。
- ③医療の安全を保障するために、医療の安全コストを適正に評価する必要があります。
- ④混合診療の実質化である評価医療、選定医療制度を廃止し、欧米と比べても劣悪な療養環境の改善を含めて、必要な医療はすべて公的保険で行うことができるように要求します。

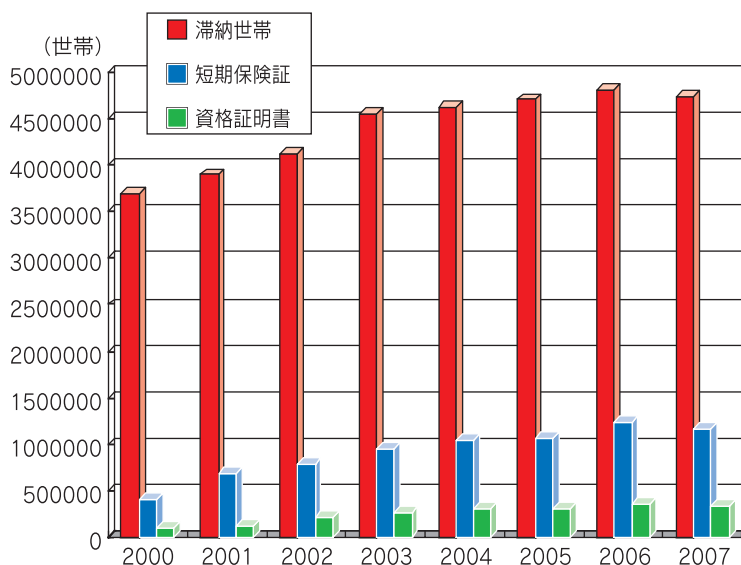
(3) 医療保険制度を改善する

国民のいのちと健康を守るために、医療保険制度は重要な役割を果たしています。そもそも、国民健康保険法は、目的として「社会保障および国民の保健向上に寄与すること（第一条）」とうたっています。すなわち憲法25条に基づく、国民に等しく与えられた権利なのです。誰でも、経済的な差別なしに、安心して必要な医療を受けることができるようにすることは国の責務です。

国民健康保険制度は、日本の人口の4割、約5,000万人が加入する日本で最大

の公的医療保険制度です。この国民健康保険料が高いために支払いがで
きず滞納を余儀なくされている世帯
が2割、保険料の滞納のために保険証
を取り上げられ資格証明書が発行さ
れている世帯が34万世帯、短期保険
証が115.6万世帯という異常な事態
になっています。この結果、全日本
民医連の調査では、2007年1年間で
保険証がないために受診できずに亡
くなられた例が、少なくとも31例明
らかにになっています。またこの国民
健康保険には傷病手当や出産手当が
ないなどの大きな問題を抱えていま
す。このような事態にいたったのは、国がその責任を放棄し、国庫負担を削減し
たことが大きな要因です。

● 国保の滞納世帯・短期保険証・資格証明書の発行の推移 ●



アメリカを除くG7の各国においては、原則として医療費の自己負担分はなく、
全額給付となっています。そもそも自己負担を課すことによって、受診抑制を促
し、その結果医療費を抑制しようという考え方そのものがないのです。日本にお
いても、健康保険本人は、1984年10月までは全額給付でしたし、老人医療費
も1973年から1983年まで老人医療費無料化が行われていました。

医療保険においては、一部負担を課すことによって受診抑制を促すという考え

● G7+スウェーデンと日本の患者負担の概要 ●

	アメリカ	ドイツ	カナダ	フランス	イタリア	イギリス	日 本	スウェーデン
外来在宅	年間13,091円免責、超える場合2割定率負担	全額給付	全額給付	全額払戻	全額給付	全額給付	成人3割	1日1,100円 定額 (年間9,900円上限)
入院診療費	60日まで100,539円免責、その後は1日2-5万円	1日952円 定額 (14日迄)	全額給付	全額払戻	検査の 一部負担	全額給付	成人3割	1日880円 定額
薬剤費負担	外来処方全額自己負担	包装単位により448-560円迄	処方薬剤一部負担	全額払戻	一部負担	1処方1,050円	成人3割	処方薬剤一部負担 (年間19,800円上限)
軽減処置	なし	低所得者、18才未満負担免除	1984年差額徴収禁止法制定	長期・高額疾患無料	低所得者、障害者負担免除(労働者保険料負担なし)	児童、妊産婦、高齢者、低所得者負担免除(労働者保険料負担なし)	高額医療制度(一般成人80,100円/月)	20歳未満は負担免除(労働者の保険料負担なし)

(注) 保団連：「グラフでみる医療改革 2004年」より

● 医療保険制度の負担と変遷 ●

	健康保険法等の変遷	老人医療制度の変遷と負担	
1927年実施	健康保険法成立 健保本人 10割 健康保険家族 5割		
58年	新国民健康保険法成立 5割負担		5割
1963年4月	国保健康保険世帯主3割、 家族5割負担		3割
66年	国保健康保険家族3割 国保健康保険世帯主7割、家族5割負担		
73年2月～	健康保険家族3割	老人医療無料化実施	0円
83年1月迄			0円
83年2月～		老人保健法実施	月400円
84年4月～	健康保険本人1割負担		
87年1月～			月800円
92年1月～			月900円
93年4月～			月1000円
97年10月～	健康保険本人2割負担	月単位から1日単位	月上限額2000円
01年1月～		原則定率1割負担導入「定額選択」	月上限額3200円
02年10月～		70歳以上	1割
02年10月～		70歳以上現役並み所得者	2割
03年4月～	健康保険本人3割負担		
06年10月～		70歳以上現役並み所得者	3割
08年4月～		70～74歳前期高齢者	2割
08年4月～		後期高齢者	1割

方をやめ、一部負担なしの全額給付を基本とすべきです。少なくとも当面、1997年10月の医療制度「改革」以前の状態（健保本人1割負担、老人医療定額負担）にまで戻し、その後、段階的に一部負担を解消していくべきです。

- ①現在の国民健康保険の保険料は、健康保険の保険料の約2倍になっており、直ちに被保険者の保険料を50%削減する。そのためにこれまで削減してきた国の負担を45%に戻すこと。
- ②保険料の徴収は、応益負担を廃止し、原則応能負担とし、年収200万円以下の世帯の保険料徴収を軽減、免除すること。
- ③国は、保険料の未納のペナルティとしての短期保険証、資格証明書の発行を制度としてとりやめ、実施を自治体に中止させること。

(4) 公費医療制度の充実を行う

公費医療制度には、戦争病者や原爆被害者に対する医療のように国がその責任において補償すべき性格のものや、結核予防法のように強制措置を取った場合に医療を提供するもののほか、低所得者、心身障害者、経済的・社会的弱者に対して医療費を軽減する給付など、様々な制度があります。国がその責任において補償する公費医療制度を充実、継続しなければなりません。

一方、低所得者、心身障害者、経済的・社会的弱者に対して医療費を軽減する給付については、この間、障害者自立支援法に端的にあらわれているように、廃止、

所得制限、応益負担など負担の引き上げなどが行われてきました。原因が不明で治療方法が確定していない、いわゆる難病のうち、特定の疾患については治療が困難で医療費も高額であることを考慮して、1973年から特定疾患治療研究事業として医療費の負担軽減が行われてきました。しかし、1998年から重症患者とスモンなどの4つの病気以外に患者一部負担を導入しました。

糖尿病でインスリンの自己注射を行うと、3割負担の場合は、毎月1万円以上の自己負担が発生します。自己負担分が払えないために治療中断となる患者が増えています。また、最近、関節リウマチの新薬として開発されたレミケードの治療を行うと、3割負担で1回8万円の自己負担が発生します。C型肝炎に対するインターフェロンの治療や抗がん剤の治療も高額です。このように、経済的な要因によって、いのちの格差を生まないよう、これらの疾患に対しても、公費医療制度の拡大を行うべきです。

医療費の一部負担を解消すれば、経済的な心配なしに、必要にして十分な医療を受けることができるようになります。しかし、一部負担が存在する間は、経済的格差が受けることができる医療の格差を生むことになります。特に、社会的弱者である障害者、義務教育までの子どもや高齢者などの負担軽減を早急に行うことが重要です。このような子どもの医療費の負担軽減や、さまざまな子育て支援によって、出生率の増加が期待できます。例えば、フランスでは、さまざまな子育て支援政策によって、出生率（合計特殊出生率）が1.90（2004年）まで回復しています。



(5) 予防医療を充実する

OECDによると、「OECD諸国ではインフルエンザの予防接種が普及し、2003年の高齢者に対する接種率は、オーストラリア、韓国、オランダが75%を超え、大半のG7各国の接種率は60%を超えたが、ドイツと日本は例外で、50%未満」と報告しています^(*)。ここ最近繰り返される麻疹の流行や、世界の100カ国以上ですでに接種されている小児の細菌性髄膜炎に対するHibワクチンなど、日本の予防医療の遅れにより、多くの患者が苦しんでいます。予防医療の充実とともに、負担を軽減し原則公費で実施すべきです。

(*) OECD：OECDレポート図表でみる医療（2005年版）

(6)「介護の社会化」の再構築を一介護保険の改善、介護保障の拡充をはかる

支払い能力を超えた費用負担、徹底的な給付抑制のもとで、「介護の取り上げ」による利用者の生活困難、相次ぐ報酬引き下げによる事業所の経営難・人材難、厳しさを増す介護労働など、介護保険制度はこのままでは破綻しかねない深刻な状態に陥っています。

高齢化がいつそう進む中、介護保険の改善は、「安心して老後を送りたい」というすべての高齢者・国民の願いです。介護が必要になっても、経済的な心配なく、一人ひとりの人権が尊重され、その人にとって当たり前の生活をおくることができるよう、自立を真にささえる制度への転換が求められます。

自己責任を土台とした家族介護への逆戻りではなく、憲法25条に基づき、応能負担原則・必要充足原則（負担は支払能力に応じて、給付は必要に応じて）を貫いた「介護の社会化」の実現と、介護分野に働く職員が専門性を高め、誇りをもって働くことができる環境整備が急務です。

具体的提言

介護保険の改善、介護保障の拡充に向けて、以下の改善を求めます。

★詳細は、別添「介護の社会化」の再構築へ 民医連の提案をご覧ください。

①利用者・高齢者の費用負担の抜本的軽減

利用料、保険料や施設等での居住費・食費など費用負担の抜本的な軽減が必要です。所得に応じた応能負担を基本とし、低所得者対策を拡充することを求めます。

②介護報酬の大幅引き上げ・改善

基本報酬の引き上げ、施設の人員基準の見直し、事務負担の軽減を求めます。2009年を待たず緊急改定が必要です。

③サービスの提供・利用基準、体系の見直し

訪問介護、福祉用具などの必要なサービスが制限されることなく保障されるよう、諸基準・体系の見直しを求めます。

④認定制度の改善、支給限度額の見直し

認定結果と状態との乖離が生じないように、現行認定システムの抜本的な見直しが必要です。支給限度額の大幅な引き上げを求めます。そもそも保険給付の範囲に制限を加える支給限度額自体は撤廃すべきです。

⑤サービス基盤の整備促進

待機者が急増している特養の緊急整備と合わせ、在宅、施設について量・質両面での整備の強化、地域包括支援センターへの支援の強化を求めます。

⑥介護・福祉を担う職員の確保・養成対策強化

「人材確保指針」が真に実効あるものとなるよう、予算措置を伴う具体的な施策を求めます。

⑦高齢者福祉制度全体の充実

現行介護保険でカバーできない介護・生活問題に対応する高齢者福祉制度の抜本的な拡充・強化が必要です。

以上を実現していくためには、介護給付費に対する国庫負担の大幅な引き上げが必要です。

当面、現行の25%を30%（調整交付金のぞく）まで増やし、費用負担の軽減、介護報酬の引き上げ、サービスの提供基準の見直しなど、利用者・事業者が現状で抱えている困難を緊急に打開するための施策の実施を求めます。

Ⅲ 医療構造「改革」の抜本的な見直しを要求する

2006年6月に成立した医療制度改革関連法に基づき、2008年からその本格実施が準備されています。この医療構造「改革」は、2025年の医療給付費を8兆円削減することを目指しています。

国は、短期目標として、高齢者を中心に患者負担の引き上げ、診療報酬の引き下げ、混合診療の拡大、中期目標として、保険制度を都道府県ごとに再編、後期高齢者医療制度の創設、医療供給体制の見直し、長期目標として、予防医療の重視、療養病床の削減を中心とする在院日数の短縮などをあげています。

今まで述べてきたように、今日の日本の医療の危機を解決するためには、医療や社会保障に国の経済力に見合ったお金をつぎ込むことこそが必要です。しかし、今、国が行おうとしているいっそうの総医療費・社会保障費の抑制政策は、医療崩壊の危機にある事態をより深刻にするものです。

私たちは、社会保障構造「改革」に基づく医療・社会保障削減方針の抜本的な転換を要求します。

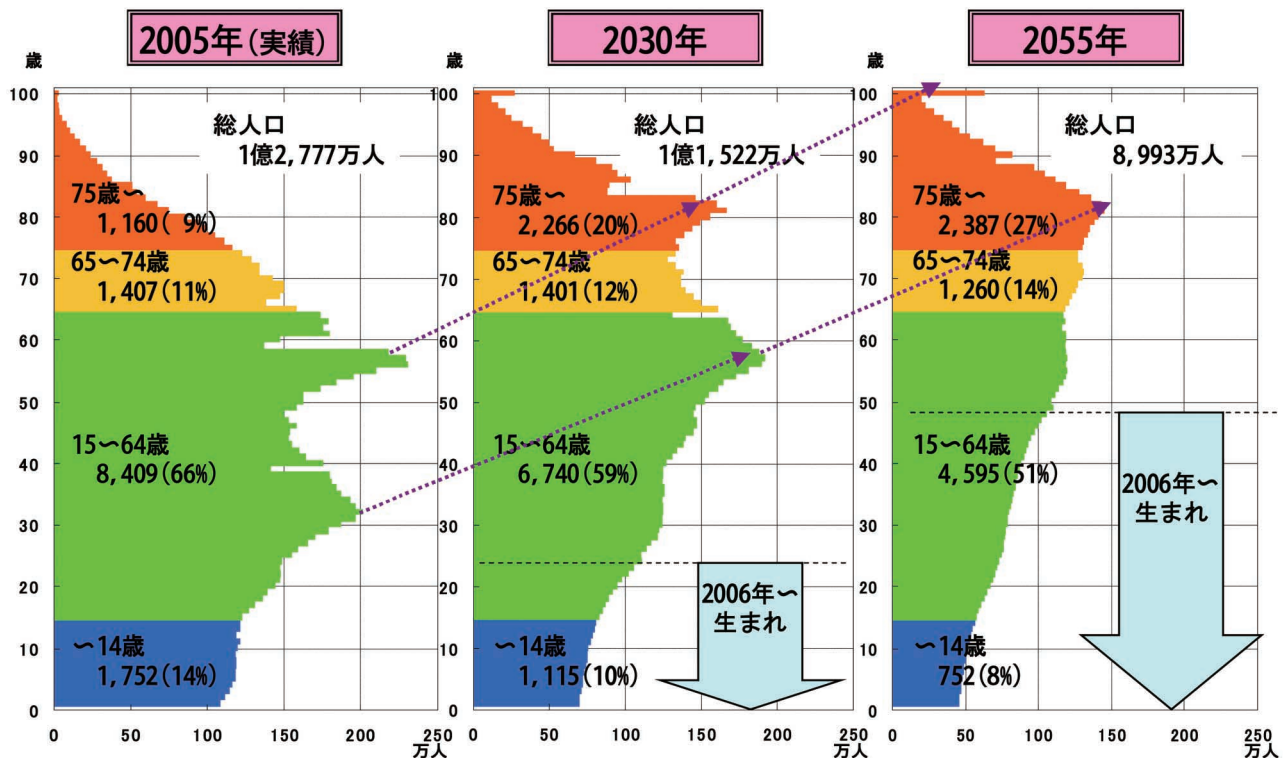
（１）後期高齢者医療制度は中止・撤回する

2030年には、日本の後期高齢者は現在の1200万人から約2200万人に増加すると予想されています（*8）。国は、日本の人口の高齢化によって増大する医療費を抑制するために、2008年4月から後期高齢者医療制度をスタートさせました。

この後期高齢者医療制度は、75歳以上の高齢者すべてが強制的に加入を義務付けられ、保険料を納めなければならないという世界に類をみない制度です。費用の1割は高齢者自身が保険料を負担しなければならず、今後、高齢者の医療費の増加に従って、保険料が引き上げられることになります。しかも年金から天引きされ、保険料を払えない場合には、資格証明書が発行され、保険証を取り上げるとされています。診療報酬も別枠とされ、「高齢者にふさわしい医療」として、高齢者の医療を差別する内容になっています。

高齢者人口が増加するに従って、総医療費が増加するのは当然のことです。日本の国の発展を支えてきた高齢者が敬われ、尊重される制度にしなければなりま

人口ピラミッドの変化（2005、2030、2055）（平成18年中位推計）



(注) 2005年は国勢調査結果。総人口には年齢不詳人口を含むため、年齢階級別人口の合計と一致しない。

せん。「後期」は「幸期」であるべきで、「長生きしてくれてありがとう」「これからは医療費の心配なく、社会で支えます」という制度であるべきです。それは、国として、また現役世代としての義務であると考えます。軍事費に莫大な予算を使ったり、道路などの公共事業に無駄なお金を使うより、最優先に取り組む課題ではないでしょうか。

①2008年4月に実施予定の後期高齢者医療制度は即時中止・撤回する。

②高齢者の医療を差別することなく、国と企業の社会的責任で保障する。

(※8) 厚生労働省：今後の医療政策について－医療構造改革の目指すもの－、2007年4月

(2) 療養病床の削減計画を見直し、必要な療養病床を確保する

医療構造「改革」では、2011年度末までに介護療養病床を廃止し、医療療養病床を15万床に削減するとされています。今後増加が予想される高齢者が、安心して必要な医療や介護を受けることができるためには、療養病床の充実こそが必要であり、実情を無視した削減は「療養難民」、「介護難民」を大量に生み出すことになります。また、医療や介護が必要な高齢者は、自ら望む場所での療養を保障されることが大切であり、経済的な理由などで格差を生じないようにする制度が必要です。

(3) 地域住民の公共財産である自治体病院、公的病院を存続、発展させる

深刻な医師不足と赤字経営により自治体病院はじめ公的病院は崩壊現象が起きています。全国各地で病床縮小、診療科閉鎖、病院の再編・統廃合、民営化がすすんでおり、また経営悪化を理由にした経営形態の見直し（独立行政法人化、指定管理者制度、民間委譲）が行われています。自治体病院は、地方自治法の本来の目的である「住民の福祉の増進」に寄与するものでなければならず、地域住民の公共財産である自治体病院はじめ公的病院の役割を強めます。

(4) 健診の公的責任を明確にし、拡充する

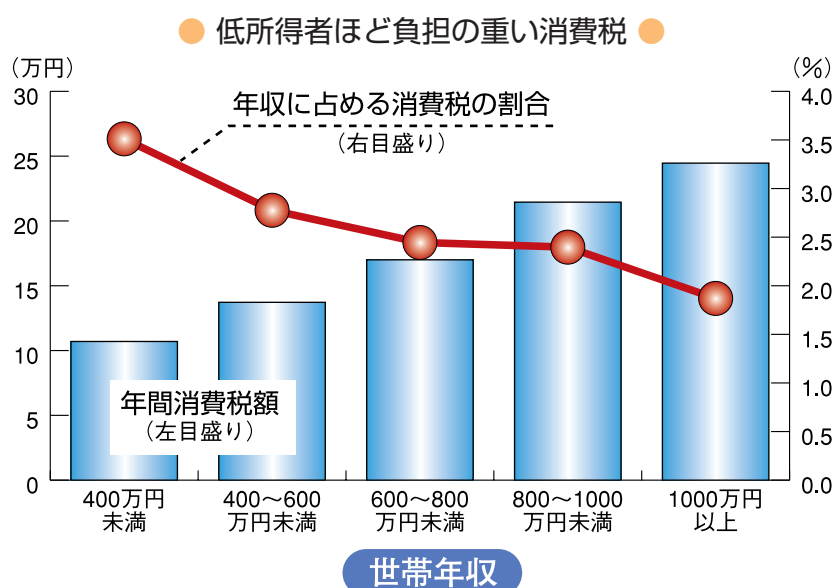
2008年から、従来の健診がメタボリック・シンドロームに特化された「特定健診」「特定保健指導」となり、国や自治体の責任から保険者の責任とされます。公的健診は、すべての疾病の早期発見を目的にし、国や自治体の責任で、年齢制限なくすべての国民が受けることができるようにすることが大切です。

IV 財源確保に関する提言

1. 消費税の税率引き上げ、福祉目的税化には断固反対する

国は2009年以降、消費税を引き上げること前提に、消費税を社会保障税とする方向を打ち出しました。消費税の福祉目的税化には断固反対です。

その理由は以下のとおりです。第1に、消費税は応益負担の税制であり、極めて逆累進性が高く社会保障の財源としては適さないことです。日本生活協同組合連合会の調査（*9）によると、2006年の世帯平均の消費税負担額は年間17万3千円で、収入に占める割合は2.40%でした。所得階層別にみると、年収1千万



日本生活協同組合連合会「家計簿からみた私たちの暮らし2007」から作成

● 国税に占める消費税の割合 ●

	日本	イギリス	イタリア	アメリカ
消費税率	5.0%	17.5%	20.0%	0%
国税の中での消費税割合	24.6%	23.7%	27.5%	0%

浦野広明：「日本国憲法が求める税制の民主的原則」月刊『学習』2007年9月号

以上の世帯は1.95%に対して、年間4百万未満の世帯では3.49%で所得が少ないほど負担率が高くなっています。第2に、消費税を福祉目的税とすることは、今後の社会保障費の増大に伴って消費税を際限なく引き上げることが必要になることです。社会保障制度の改善の運動が、消費税の引き上げに連動するという矛盾を生じます。社会保障の充実をとるのか、消費税の引き上げをとるのかという論議はただしくありません。第3に、消費税が社会保障に使われるという保障はありません。1989年に「少子・高齢化」のためとの目的で消費税が導入されてから、消費税の累計は188兆円になっています。しかし、この間、社会保障費の抑制が行われてきました。そして企業の法人税率は段階的に下げられ、法人税全体の減税分は160兆円となっています。法人税の減税分すべが消費税によってまかなわれた計算になります。

また、福祉先進国といわれる国ぐにでは消費税が高いことが上げられています、日本と違い、全ての商品に一律にかかる一般消費税ではなく、個別消費税であり、多くの国ぐにでは日用品など生活必需品などは無税か、低率に抑えられています。実際消費税17.5%のイギリスより5%の日本のほうが国税に占める消費税の割合が高く、すでに日本の消費税率は世界最高レベルにあります。また、北欧などでは年金や各種社会保障制度などの充実で貧困率が低く、格差が少ないことも特徴です。「支払った税金+社会保険料」に対する社会保障への還元率もスウェーデン75.6%、ドイツ58.6%、イギリス59.0%に対して、日本はわずか41.6%にすぎません。税金を医療や社会保障のために使えという主張は当然の要求です。

税金を医療や社会保障のために使えという主張は当然の要求です。

以上のように、消費税を福祉目的税化して引き上げることは大きな問題をふくんでいます。消費税は本来廃止すべきですが、当面、EUのように生活関連消費は非課税とすべきです。もちろん、医療分野も非課税とすべきです。

(※9) 日本生協連：「家計簿からみた私たちの暮らし 2007」



2. 財源確保に関する提言

日本の総医療費をG7並みに引き上げるためには、約15兆円程度の財源が必要です。今後早い時期にG7並みをめざし、当面、計画的・段階的に総医療費を引き上げます。その財源は、①医療費の無駄を省く、②応能負担を原則に、所得の高い層の負担を引き上げる、大企業を中心に法人の負担を引き上げる、③無駄な公共事業や軍事費を削減し、社会保障に国の予算を投入するなどによって確保します。

(1) 医療費の無駄をはぶく

日本の医療費に占める薬剤費は、ここ数年20～21%で推移し、年間6兆円余りとなっています^(※10)。医療費に占める薬剤費は欧米に比して高く、その要因として、有効性の評価が低いローカルドラッグ（日本のみで販売されている医療用医薬品）が多いこと、新薬の薬価が欧米と比較して高く設定されていることなどが指摘されています。

● 大手製薬企業の経営成績（2006年度実績） ●

	売上高（前期比）	経常利益（利益率）
武田薬品	13,051億円（7.7%）	5,850億円（44.8%）
第一三共	9,295億円（0.4%）	1,521億円（16.5%）
アステラス	9,206億円（4.7%）	1,978億円（21.5%）
エーザイ	6,741億円（12.1%）	1,105億円（16.4%）
中外製薬	3,261億円（△0.3%）	609億円（18.7%）

（注）各社ホームページで公開されている「決算短信」より作成

発売時に欧米と比較して高い薬価で収載されることと、新薬に処方方をシフトさせる営業戦略によって、日本の大手の製薬会社は、毎年売上げを伸ばし莫大な経常利益を計上しています。新薬の評価を厳正に行い、薬価を欧米並みに適正評価することによって、薬剤費にかかる費用を大幅に削減することが可能です。

● 日本、アメリカ、韓国の医療材料費の比較 ●

	区分名	日本	アメリカ	韓国
ペースメーカー	シングルチャンバ（Ⅱ型）	119～133万円	83.2万円	49.4～54.9万円
	デュアルチャンバ（Ⅳ型）	127～147万円	95.3万円	64～71.2万円
PTCAカテーテル	一般型	15.1～17.2万円	7.1万円	10.2～11.9万円

（注）公正取引委員会：医療機器の流通実態に関する調査報告書と季刊「イザイ」第5号より作成（※11）

（※10）第22回中央社会保険医療協議会薬価専門部会資料（2005年5月18日）

（※11）「公正取引委員会：医療機器の流通実態に関する報告書、2005年12月」と「牧潤二：医療材料に関する行政・中医協のウォッチング5、イザイ第5号、2007年」から作成



また、安全で有効なジェネリック医薬品の使用を拡大することによって、さらに医療費を削減することができます。例えば、高コレステロール血症に使用されているプラバスタチンナトリウム（5mg）の薬価は、先発メーカーであるメバロチンの68.90円（1989年の発当時に薬価は127.40円でした）から、最低の21.40円まで様々です。もし、ジェネリック製品を使用すれば薬剤費を半分以上に削減することができます。そのためには、処方箋様式の改善やジェネリック製品の安定供給など、ジェネリック医薬品がより普及するためのさらなる環境整備が求められます。

薬剤費と同様に、医療材料費も、欧米に比較して、極めて高く設定されています。これはアメリカから毎年日本政府に出される「年次改革要望書」にもとづき、日本側が高値で買われる構造になっているからです。そのために、同じ会社の同じペースメーカーが韓国より

りも2倍に価格が設定されています。技術の評価を極端に低くして、モノの評価を高くするというのは本末転倒です。

(2) 応能負担を原則に所得の高い層の保険料の負担を引き上げ、大企業を中心に法人負担を引き上げる

社会保障の財源は、所得の再配分によってまかなうというのが、今日の人々が到達した原則です。すなわち収入が多い層は応分の負担をし、収入が少ない層は負担が軽減、あるいは免除される、そして、社会保障は所得の格差なしに平等に享受することができる、これが人間らしい社会ではないでしょうか。

①標準報酬月額上限を引き上げる

保険料の徴収には、高額所得者には上限が設定されています。現在、政管健保では、標準報酬月額で月121万以上の収入がある場合で99,200円となっています。これらの上限を見直し、所得の高い層は、応分の負担をすべきです。

②組合健保、共済組合、政管健保の保険料を統一する

社会保険料の保険料率も各健康保険によって差があります。一般的に収入が高い組合健保や公務員共済などは、政管健保より低く設定され、各保険者独自の手厚い保障がされています。各種健康保険の保険料も応能負担の原則に従って保険料を統一すべきです。仮に、健康保険を政管健保の保険料率に統一した場合の財政効果を日本医師会は年間0.9兆円と試算しています。

● 保険料率の公平化による効果（2004年度実績による試算） ●

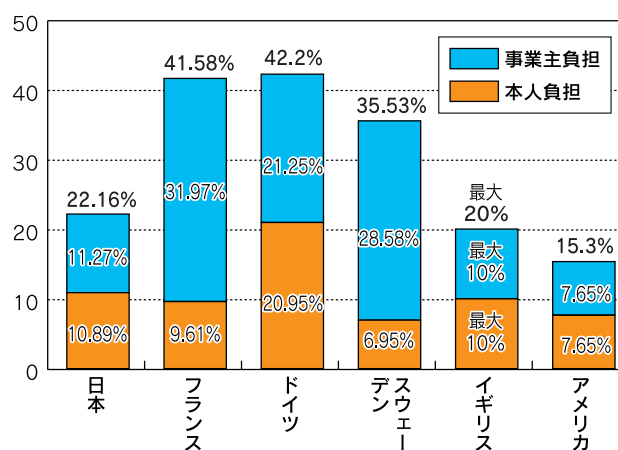
	保険料率 (0/00)	保険料収入（兆円）		財政効果 (兆円)
		04年実績	政管健保のみ	
政管健保	82.00	6.0	6.0	—
組合健保	74.84	5.8	6.4	0.6
国家公務員共済	63.44	0.5	0.6	0.1
地方公務員共済	73.27	1.3	1.4	0.1
私学共済	66.00	0.2	0.2	0
計	—	13.7	14.6	0.9

（注）日本医師会：「グランドデザイン2007—国民が安心できる最善の医療をめざして—」より

③大企業を中心に法人負担を引き上げる

G7の各国と比較して、日本の企業の社会保険料事業主負担は最低レベルです。大企業を中心に企業はその社会的責任において応分の負担をすべきです。もし、事業主負担を1%引き上げれば、約700億円程度の財源の確保が可能です。ドイツ並みの水準の負担では約7000億円、フランス並みでは約1.4兆円の財源が生み出されます。

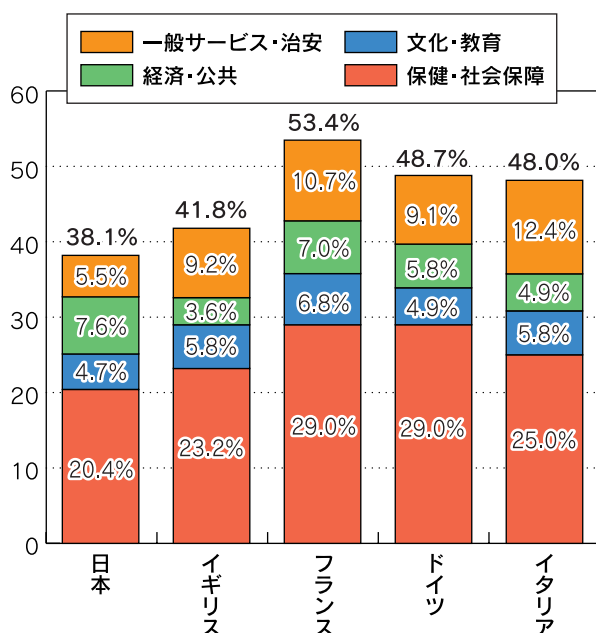
● 社会保険料率の国際比較（勤労者） ●



（注）平成11年厚生白書より

● 主要国の政府支出の内訳 ●

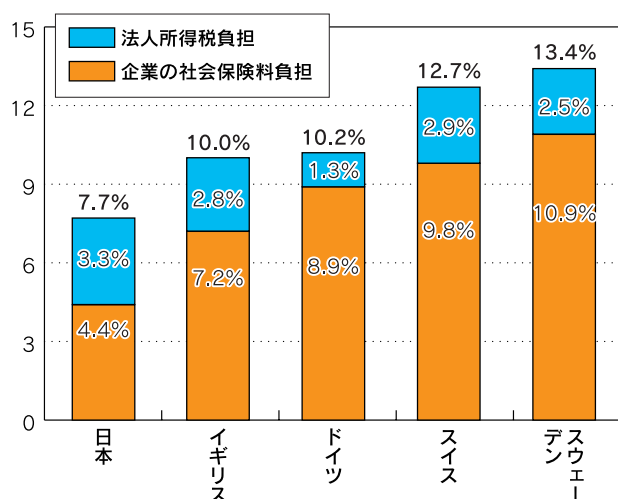
（対名目GDP：単位%）（2002年）



（注）神野直彦：「国家財政と社会保障」より

分類は一般サービス：一般公共サービス、防衛、公共の秩序・安全
 経済・公共：経済業務、環境保護、住宅・地域アメニティ
 文化・教育：娯楽・文化、宗教、教育
 保健・社会保障：同左

● 企業の税・社会保障負担（対GDP比較） ●



（注）垣内亮：「法人税の空洞化に歯止めを」『経済』2006年5月号

④国民健康保険を改善する

高齢者、自営業者、無職の方などが加入する国民健康保険制度を改善するために、国庫負担・公費負担を大幅に引き上げ、あまりにも高い保険料を引き下げるべきです。

(3) 軍事費を削減し、無駄な公共事業の削減で社会保障に国の予算を投入する

今、大問題になっている軍事費は年間5兆円規模に達し、2006年の日本の軍事費は、アメリカ、イギリス、フランス、中国に次ぐ第5位となっています（SIPRI年鑑2007年度版より）。旧ソ連軍が北海道に上陸した場合に備えるとして導入した90式戦車は1両72億円しますが、2007年度も9両発注し、総額3000億円を超えています。ミサイル防衛計画の要とされ、今、大問題となっている海上自衛隊のイージス艦は1隻1400億円かかり、6隻購入しています。このように、戦車や戦闘機をはじめ用度調達購入費が年間2兆円にもなっています。しかも、軍需産業に防衛省幹部の天下りと随意契約によって巨大な軍事利権を生んでいます。また、米軍の駐留経費は、毎年6000億円を日本政府が負担しています。さらに2006年度の日米合意により米軍の再編強化のために今後3兆円の軍事費負担を引き受けました。ここにメスを入れるだけで、一定の財源確保は可能です。

G7の各国と政府支出の内訳を比較すると、日本は、公共事業を中心とする経済・公共部門が突出しています（*12）。保健・社会保障への支出が極端に少ないのと対照的です。さらに今後10年間道路整備に59兆円支出するという国の方針を撤回し、道路特定財源の一般税化など税金の使い方の転換が必要です。このような、いびつな国家財政の使い方をG7並みに変えるだけで、医療や福祉の充実は可能です。

（*12）神野直彦：「国家財政と社会保障」、日本医師会平成18年医療政策シンポジウム

(4) 負担能力に応じた税制改革を行う

税金の一番大切な原則は、負担能力のある人が能力に応じて負担するということです（*13）。法人税は、かつて40%を超えていましたが現在では30%に引き下げられています。その結果、大企業は空前の利益を得ています。税率を40%に戻せば、6兆円前後の財源が確保できます。所得税の最高税率はかつて住民税をあわせて88%でした。それが現在では50%となっています。株式の配当に対する課税も優遇されています。かつては20%課税されていたのが現在は10%です。

● 1990年度と2006年度の主な国税の比較 ●

税目	1990年度政府予算①	2006年度予算案②	差額（①—②）
所得税	26兆0000億円	12兆7880億円	▲13兆2120億円
法人税	18兆4000億円	13兆0580億円	▲5兆3420億円
小 計	44兆4000億円	25兆8460億円	▲18兆5540億円
消費税（国税分）	（3%）5兆8000億円	（4%）10兆5380億円（*）	+4兆5540億円

（*）地方消費税（1%）を含めると、5%＝13兆1725兆円となる。

（注）浦野広明：『税民投票で日本が変わる』（新日本出版、2007年）より

どれだけ株で利益があっても、10%の税金ですみます。欧米では、株式の所得は、他の所得とあわせて課税する総合課税となっています。

このように、大企業や高額所得者、資産所得者などの負担能力のある人たちに負担をしてもらうという税制改革をするだけで、消費税増税分の財源は可能です。

(※13) 山家悠紀夫：財政赤字と財源問題、全国保険医新聞、2398号、2008年



おわりに

小泉、安倍、福田内閣による構造「改革」は、国民に耐え難い貧困と格差をもたらした。医療を受けることや介護サービスを利用することが困難な人びとを多数生み出しました。格差社会とは、豊かな人びとはますます豊かになり、貧しい人びとはいっそう貧しくなる社会です。社会保障は、人間が人間として生きていくための保障であり、すべての人びとが等しく享受できるものでなければなりません。負担能力がある人びとだけが受けられる制度であってはならないはずです。あまりにも少ない医師・看護体制によって、日本の医療供給体制が崩壊し、社会問題になっています。医療・福祉は「いのちの安全保障」です。これが、日本国憲法の本質です。

すでにヨーロッパを中心とする先進諸国は、人間的な社会を構築するために、「小さな政府」から、福祉と医療と教育に国の力を投入するという「福祉国家」へと政策転換を行っています^(※14)。日本においても、このような政策転換が必要です。

そのためには、国民的な運動が必要です。医療や福祉にかかわる人びとや団体が、国民の医療・介護を守るために声を上げ始めています。また、薬害肝炎の救済や障害者自立支援法に反対する障害者の運動、リハビリ制限の廃止を求める運動が、国の政策を変えました。「年寄り死ねということか」という怒りの声が、後期高齢者医療制度の一部見直しをさせるとともに、野党四党が共同して後期高齢者医療制度廃止法案を国会に提出しています。

今日、崩壊の危機にあるといわれる日本の医療・介護を再生し、国民が安心して医療や介護を受けることができるようにするためには、医療・福祉に携わるものや団体と国民の運動、専門職としての規範を確立し、医療・福祉の質や透明性を高め、国民から信頼を取り戻すための努力が重要です。その努力と医療・福祉界の大同団結が、国民との連帯を強め、共同した運動を広げることが可能になります。その運動が大きくなればなるほど、日本においても、人間が尊重される社会に向けての政策転換が可能となるでしょう。平和と人権が花開く「もう一つの日本」は十分可能です。

政策転換を今すぐ行ったにしても、その効果が現れるには時間がかかります。今日的な医療・介護崩壊の危機は、緊急に解決しなければならない問題も山積しています。そのためには、医療・福祉にかかわる従事者とさまざまな団体、国や自治体、地域住民が英知を結集して努力しなければなりません。全日本民医連は、国民的な大同団結のために、その先頭にたって、医療・介護の崩壊を食い止めるために奮闘する決意です。

(※14) 神野直彦：「国家財政と社会保障」、日本医師会平成18年医療政策シンポジウム

「介護の社会化」の再構築へ 民医連の提案

介護保険改善・介護保障の充実に向けて、
一緒に力をあわせましょう

2008年3月21日
第38期第2回全日本民医連理事会

1 介護保険の現状—いま、制度は破綻の危機に

支払い能力を超えた費用負担、徹底的な給付抑制のもとで、「介護の取り上げ」による利用者の生活困難、相次ぐ報酬引き下げによる事業所の経営難・人材難、厳しさを増す介護労働など、介護保険制度はこのままでは破綻しかねない深刻な状態に陥っています。

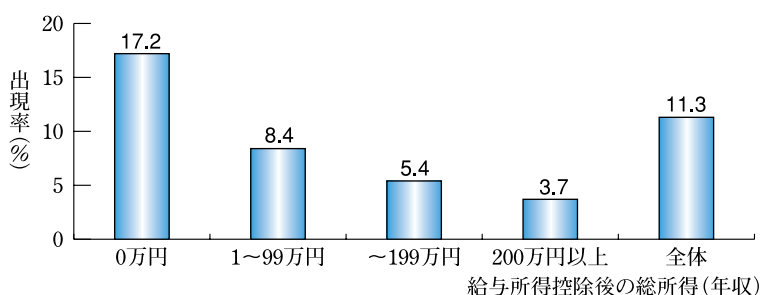
「こんなはずじゃなかった!!」—利用者・家族の悲痛な訴え

支払い能力を超えた費用負担がサービスの利用を困難にしています。所得が低い層ほど要介護・要支援者の比率も高く、最も介護保険サービスを必要とする層が逆に利用から排除されているのが現状です。高齢者層での貧困・格差が広がる中、「所得の格差」が「介護の格差」に直結する事態が広がっています。

福祉用具、訪問介護など軽度者のサービス利用が大幅に制限され、「病状が悪化した」「閉じこもりがちになった」など、今までの生活を継続する上で大きな支障が生じています（全日本民医連調査）。同居家族がいる場合の生活援助など、

自治体が国の基準を超えて利用を制限するケースも後を絶ちません。年々高齢者が増えているにも関わらず、2006年度は介護保険スタート後はじめて年間の実利用者数が減少しました。給付の抑制が進む中、家族の介護負担も増大しています。本人の状態と判定結果との乖離など認定制度の矛盾も深刻です。

● 所得階層別要支援者・要介護者出現率 ●



※近藤克則『健康格差社会』より

介護保険スタート時に掲げられた「介護の社会化」という理念は、あたかも最初から無かったかのように放棄され、過酷な負担増、徹底的な給付抑制がもたらす困難が利用者・家族に重くのしかかっています。

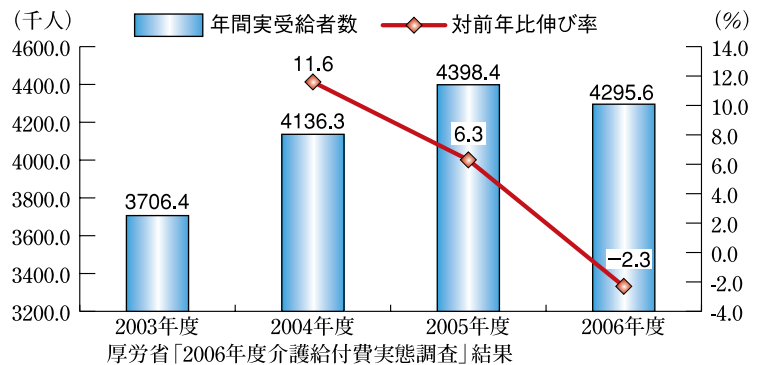
あまりにも低すぎる介護報酬—個々の事業所の経営努力では限界

相次ぐ介護報酬の引き下げは、事業所の経営を大きく圧迫しています。

2006年の報酬改定は、全体で2.4%の大幅引き下げとなりました。2003年改定（2.3%のマイナス改定）に続き、介護報酬は一度も引き上げられることなく推移しています。多くの施設・事業所では、経費とりわけ人件費について、給与の見直しや正規職員をパートに切り替えるなどギリギリまで切りつめています。しかし、こうした対応はもう限界です。経営難のため、事業所を縮小・廃止せざるを得ない事態も生じています。

あまりにも低い介護報酬が、職員の賃金・労働条件の改善を困難にし、サービスの質の向上を妨げ、在宅、施設など地域の福祉・介護の基盤を根底から揺るがしています。

● 制度改定で年間実利用者数をはじめて減少 ●



深刻な人手不足—現在と将来の介護の担い手が大幅に減少

介護職員の不足は深刻化の一途をたどっています。「介護労働安定センター」の調査では、介護職員の離職率20.3%（全産業平均16.2%）、離職者の平均勤続年数1年未満が42.5%となっており、平均賃金は全産業の一般労働者の6～7割の水準にとどまっています。「まるで官製ワーキングプア」（朝日）と報じられるほどです。6割を超える介護福祉士の養成施設で定員割れが生じており、卒業しても介護・福祉分野の仕事を選ばない学生も増えています。学生が集まらず廃校を余儀なくされる学校も出始めています。

こうした背景に、現状の厳しい賃金・労働条件があります。このままでは、介護の担い手が減り続け、制度そのものを維持することができなくなる事態が生じかねません。

● 離職率 ●

	全体%	正社員%	非正社員%
全産業	16.2	13.1	26.3
介護職員	20.3	21.7	27.3
ホームヘルパー		19.6	14.0

● 一般労働者の男女比・平均年齢・勤続年数及び平均賃金 ●

	男 性				女 性			
	構成比	平均年齢	勤続年数	給与額※ (千円)	構成比	平均年齢	勤続年数	給与額※ (千円)
全産業	68.8	41.8	13.5	372.7	31.2	39.1	8.8	238.6
福祉施設	29.2	33.2	4.9	227.1	70.8	37.2	5.3	206.4
ホームヘルパー	15.2	37.6	3.9	230.6	84.8	44.7	4.5	197.0

※決まって支給する現金給与額 第45回介護給付費分科会（07年12月10日）資料

2 介護保険の改善、介護保障の充実に向けた提案

高齢化が進む中、介護保険の改善、介護保障の充実は、「安心して老後を送りたい」というすべての高齢者・国民の願いです。介護が必要になっても、経済的な心配なく、ひとりひとりの人権が尊重され、その人にとって当たり前の生活を送ることができるよう、真に自立をささえる制度への転換が求められます。

自己責任を土台とした家族介護への逆戻りではなく、憲法25条に基づき、応能負担原則・必要充足原則（負担は支払能力に、給付は必要に応じて）を貫き、24時間365日の生活をささえる「介護の社会化」の実現と、介護分野に働く職員がその専門性を高め、誇りをもって働くことができる環境整備が急務です。



（１）介護保険の改善を求める

緊急改善に向けた提言

現状の困難を直ちに打開するため、以下の緊急改善を求めます。

①費用負担の軽減をはかる

保険料の段階区分をより細かく設定することにより「逆進性」を是正するとともに、施設等での居住費、食費については、低所得者の負担額を引き下げ、補足的給付を拡大することを求めます。低所得者の利用料負担は、所得に応じた負担率に変更し、第1段階は負担を免除すべきです。

②介護報酬の大幅な引き上げ、改善をはかる

労働条件の改善、経営困難の打開をはかるために、

介護報酬を現場の実態に見合った水準に引き上げることを求めます。加算によって事業所の「格付け」をはかる方向ではなく、基本報酬の大幅な底上げが必要です。施設の人員配置基準を2：1（現行3：1）に引き上げるとともに、事務負担の大幅な軽減をはかる必要があります。

③軽度認定者、生保受給者などに対する利用基準を見直す

訪問介護、福祉用具など軽度認定者に必要なサービスが制限されることなく保障されるよう基準の見直しが必要です。支給限度額を引き上げるとともに、がん終末期と主治医が診断した場合は、認定の手続きを経ることなく要介護5とし相当のサービス利用を保障すべきです。新型特養への入所など生活保護受給者に対する利用制約を改めるべきです。同居家族がいる場合の生活援助、院内介助をはじめ、利用を一律に制限する、行き過ぎた「適正化」対策の是正を求めます。



④必要な基盤整備に大至急着手する

待機者が38万にも達する特養の緊急整備を求めます。在宅生活を24時間支える拠点づくりが必要です。地域包括支援センターの体制強化、必要な財政支援を求めます。「地域ケア体制整備構想」は地域の実態・要求をふまえたものになるよう早急に見直すべきです。

⑤事業者に対する手数料負担を是正・廃止する

「介護サービス情報の公表」に係る調査・公表手数料を適切な水準に引き下げることを求めます。利用者に真に役立つものとなるよう、その方法・内容を大幅に改める必要があります。一部自治体で実施されている指定更新時の手数料徴収は即刻とりやめるべきです。

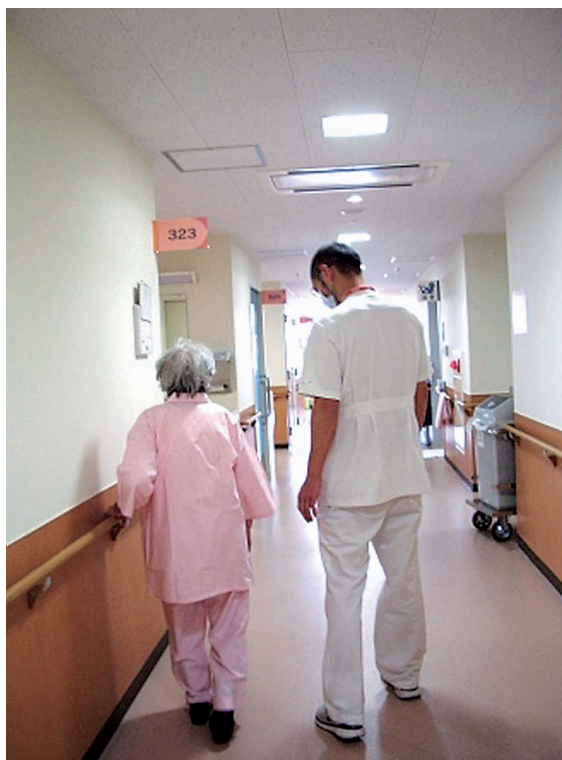
抜本的改善に向けた提言一次期制度（法）改定に際して

①費用負担について

保険料は所得に応じた定率負担とし、低所得者への法定減免制度の創設、保険料滞納者への制裁措置や特別徴収（年金天引き）の中止を求めます。利用料は廃止すべきです。施設等での居住、食事に係る費用を保険給付に戻すべきです。

②介護報酬について

介護報酬は、安心・安全の介護の提供、職員の給与保障と労働条件改善、事業所の安定的経営の確保をその「算定基礎」とすべきです。その視点から報酬の体系・単価全体を大幅に見直すことを求めます。



③サービスの提供基準・体系について

個別のケアマネジメントに基づいて、必要と判断されたサービスは保険で給付することを基本とすべきです。サービスの体系・諸基準を抜本的に見直し、利用者に分かりやすく、利用しやすい制度に改善することが必要です。医療系サービスは医療保険に移すことを求めます。

④認定制度・支給限度額について

身体機能の評価に偏重した現行の認定システムの見直しを求めます。内容と運用全体を簡素化し、高齢者の生活を総合的に把握するしくみに改めることが必要です。要介護度ごとに設定されている支給限度額は廃止すべきです。

⑤サービス基盤の整備について

高齢者がそれぞれに最もふさわしい生活、療養の場を経済的な心配なく選択できるよう、在宅、施設について量・質両面での整備の強化を求めます。地域支援事業は公費事業（一般財源）とすべきです。株主配当や利益確保を最優先する営利企業の参入を禁止します。

⑥介護・福祉を担う職員の確保・養成対策について

国の「人材確保指針」（社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針）が真に実効あるものとなるよう、労働環境の整備など予算措置を伴う具体的施策を求めます。介護福祉士養成制度の見直しに伴って創設された「准介護福祉士」は、現場にさまざまな混乱をもたらすと同時に、「安上がり」な労働力を前提とした介護体制づくりに直結するものです。早急に撤回すべきです。

(2) 介護保険にとどまらない介護保障の拡充・強化を求める

現行介護保険の改善と同時に、介護保険のみではカバーできない多様な介護問題・生活課題に対応するために、介護保険にとどまらない高齢者介護・福祉制度の拡充・強化が必要です。

福祉の最先端を歩む北欧では、収入にかかわらず、本人のニーズが何よりも優先され、社会全体で高齢者を支えるしくみを築き上げています。諸外国の理念や制度に学び、今後の高齢化にふさわしい高齢者介護・福祉制度を確立していくことが求められます。

(3) 実現のために－介護・社会保障給付費の増額を求める

日本の介護をふくむ福祉関係の支出（対GDP比）は、イギリスの半分以下、ドイツ、フランスの3分の1、スウェーデンの4分の1にとどまっています。

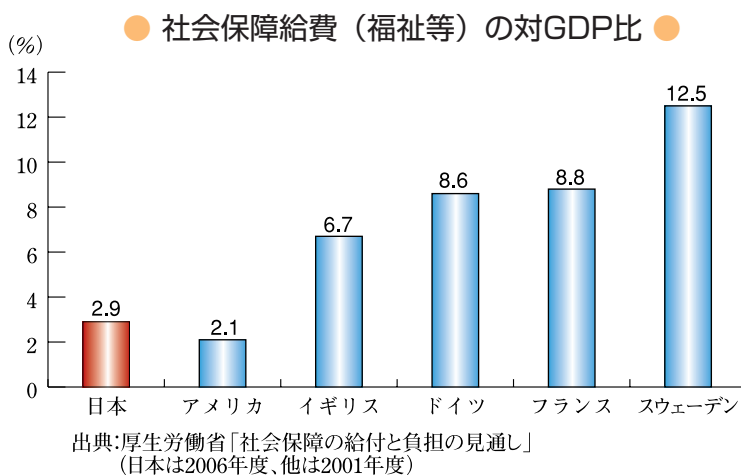
高齢者福祉は、かつて全額公費でまかなわれていました。しかし、介護保険制度の下で、国の負担割合は4分の1にまで減らされています。

現行の介護保険制度は、給付を拡大すれば保険料が上がるしくみになっています。高齢者の保険料を引き上げる

のではなく、介護保険に対する国の負担を大幅に増やすことが必要です。介護給付費に対する国庫負担を大幅に引き上げ、当面、現行の25%を30%（調整交付金のぞく）に増やすことが必要です。将来的には最低5割まで引き上げることを求めます。

これらの財源は、①医療・介護費の無駄をはぶく、②応能負担を原則に所得の高い層の保険料負担を引き上げ、大企業を中心に法人負担を引き上げる、③無駄な公共事業や軍事費を削減し社会保障に国の予算を投入する、④負担能力に応じた税制改革を行うことで確保できます。

最近、消費税を引き上げて社会保障の財源に充てようという論調があります。消費税は応益負担の税制であり、極めて逆累進性が高く、社会保障の財源として適切ではありません。消費税の税率引き上げ、福祉目的税化に反対です。





全日本民主医療機関連合会

〒113-8465 東京都文京区湯島2-4-4 平和と労働センター7F

TEL.03-5842-6451 FAX.03-5842-6460

<http://www.min-iren.gr.jp/>

E-mail:info@min-iren.gr.jp