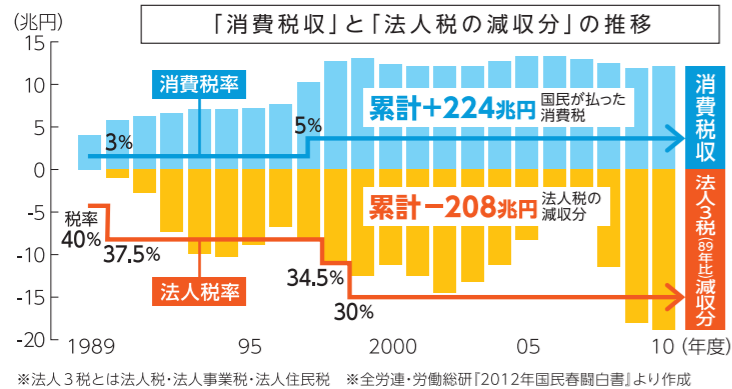


支払い能力に
応じた負担で
社会保障の
充実を



法人税減税に消えた消費税

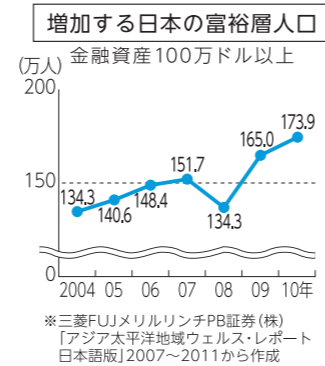
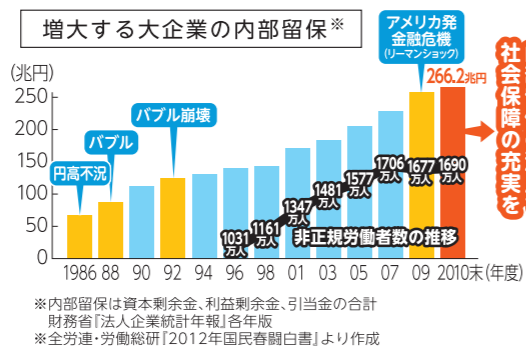
消費税が導入されて20年余り、法人税率が引き下げられつづけています。

「社会保障のため」と消費税増税が狙われていますが、消費税は法人税の減収の穴埋めに使われてきました。

どんどん増える大企業の内部留保

法人税減税が実施される中で、大企業は正規社員を非正規社員に切り替えるなどで内部留保を増やしてきました。

低所得者に重い負担を強いる消費税ではなく、富裕層の応分の負担増や内部留保を還元することで、社会保障の充実を実現できます。



社会保障を権利から自己責任に変える
「社会保障制度改革推進法」は廃止を!!

「憲法いかし、安心の医療・介護を求める国会請願署名」にご協力ください。25

中央社会保障推進協議会

〒110-0013 東京都台東区入谷1-9-5 日本医療労働会館5階
TEL 03-5808-5344 FAX 03-5808-5345

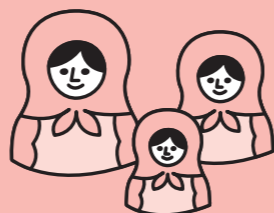
動き出した憲法
社会保障制度改革推進法

医療・介護
全面改悪
年金・保育・生活保護



中央社会保障推進協議会

社会保障 改革推進法は 憲法25条の 「実質改憲」



社会保障制度改革推進法(抜粋)

(基本的な考え方)

- 第二条** 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。
- 一 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。
 - 二 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。
 - 三 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てを基本とすること。
 - 四 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かち合う観点等から、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。

(国の責務)

第三条 国は、前条の基本的な考え方にとり、**社会保障制度改革に関する施策を総合的に策定**し、及び実施する責務を有する。

(改革の実施及び目標時期)

第四条 政府は、次章に定める基本方針に基づき、社会保障制度改革を行うものとし、このために必要な法制上の措置については、**この法律の施行後一年以内**に、第九条に規定する社会保障制度改革国民会議における審議の結果等を踏まえて講ずるものとする。

(医療保険制度)

第六条 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。

- 一 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。
- 二 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。
- 三 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。
- 四 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。

[P 6.7へ]

(介護保険制度)

第七条 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。

[P 4.5へ]

日本国憲法 第25条

第25条

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。

第2項 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。

憲法25条を棚上げにする「基本的な考え方」

政府の社会保障制度改革国民会議(以下、国民会議)の報告書では「公助は、自助・共助を補完するという位置づけになる」としています。

これは、自分と家族による「自助」が基本で、それを国民同士の「共助」で補い、それではどうしても対応できない困窮状況の人にだけ「公助」で対応するという考えで、憲法25条に定められた社会保障・社会福祉に対する国の義務を否定する公的責任の投げ捨てです。



参院選前になしなかった最終報告書

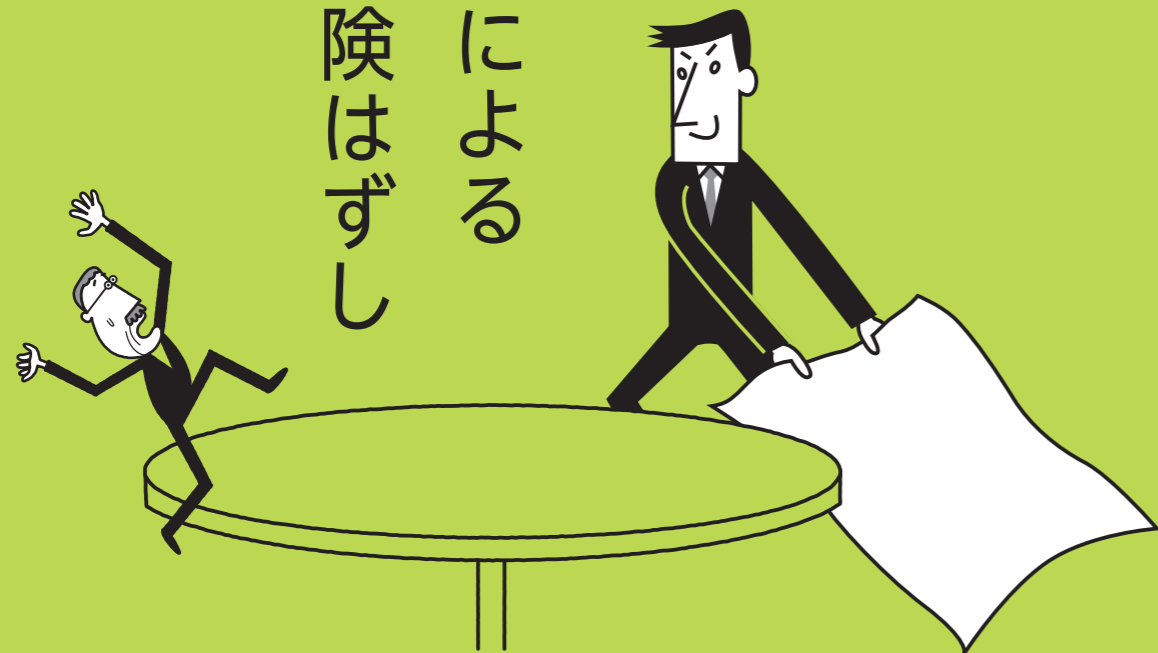
政府は、国民会議の取りまとめを参院選後にずらし、国民的な議論を避けてきました。

8月に出された最終報告書は社会保障改悪のオンパレードで、国民の批判を恐れて選挙が終わってから公表したものです。国はこの報告書をもとに、改革の手順を盛り込んだ「プログラム法案」を秋の国会に提出し、実行に移す予定です。

社会保障全面改悪のポイントと実施時期を法律として制定する「プログラム法案」

2013年	8月6日	国民会議が最終報告書を安倍首相に提出
	8月21日	国民会議の設置期限 政府が改革手順を定めた「プログラム法案」の大綱を閣議決定
	秋	消費増税の判断 臨時国会にプログラム法案を提出
2014年	年明け以降	通常国会に社会保障改革関連法案を順次提出
	4月	消費税を8%に引き上げ? 70~74歳の医療費窓口負担を2倍に?!
2015年	4月	高齢者医療支援のため大企業の健保組合の負担を増やす
	4月以降	介護保険の軽度者向けサービスを市町村事業に
	10月	消費税を10%に引き上げ?
18年度までに		国民健康保険の運営主体を市町村から都道府県に移行

重点化・
効率化の名による
利用者の保険はずし



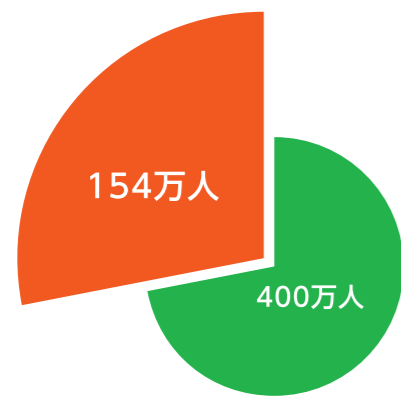
軽度者の切り捨て

要介護認定区分のうち、最も介護の必要度が低いとされる要支援1,2の認定者、約154万人を市町村の事業に移行しようとしています。

これは要介護認定を受けている人のおよそ1/4にあたります。

要支援1,2の市町村への丸投げ

要介護認定を受けている人約554万人のうち約4分の1にあたる154万人が市町村の事業に移される



地域によるサービスのバラつき

事業内容は市町村の裁量とされ、介護にあたる人員や運営の基準もなく、ボランティアや民間企業頼みです。

要支援者への保険給付の大半を占める専門のヘルパーによる生活援助(調理など)の取り上げにつながり、財政状況によって市町村間でサービス内容に差が出ることや、利用者の自己負担が高くなることも予想されます。

市町村への事業移行のイメージ

介護保険給付

- 法定のサービス(訪問介護や通所介護)
- 全国一律の人員・運営基準
- 研修を受けた専門職員が提供

移行

市町村事業

- 内容は市町村の裁量(訪問・通所サービスや配食)
- 人員・運営基準なし
- ボランティア、NPO、民間企業を活用

ホントのねらいは要介護1,2

要支援者にかかる介護費用は全体の5%にすぎません。国が本当に切り離したいのはその上の要介護1,2で、今回の切り捨てはその布石にすぎません。



際限のない負担増

一定所得以上の利用者負担の引き上げ

世帯年収320万円以上、もしくは383万円以上の人の利用料(現在1割)を2割にする案を示しています。利用料を倍増すれば、必要な介護を受けられない「介護難民」がさらに生まれることになります。

これだけでは飽き足らず、
制度の持続可能性を高めるためとして…

■ ケアプランの有料化

要介護者は **月1000円** 要支援者は **月500円**

■ 施設多床室での室料徴収

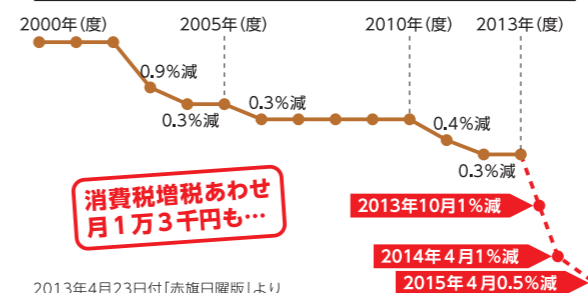
低所得者が多く入所する
多床室(相部屋)の居住費として

月8000円 を徴収 → **低所得者の締め出し**

年金

年金分野では、支給額を減らす「マクロ経済スライド」の実施を要求し、支給開始年齢のさらなる引き上げも狙われています。

下がり続ける年金(前年度比)



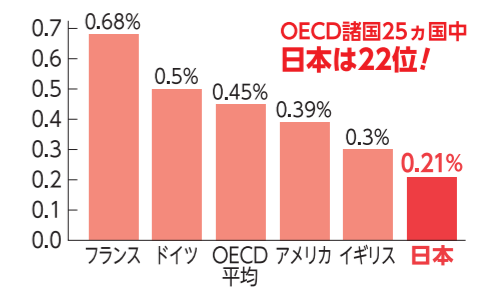
2013年4月23日付「赤旗日曜版」より

※厚労省資料から、グラフは2000年度以降の各年度の年金水準。数字は前年度比の削減幅(%)で、数字がない年度はすえおき。13年度以降は年金削減法による2.5%減。

保育

保育分野では、公的責任を投げ捨てる「子ども・子育て支援新制度」(新システム)、規制緩和による保育の質の引き下げや株式会社の参入を少子化対策として盛り込みました。

就学前教育(保育)費の対GDP比(収入ベース)



OECD諸国25カ国中
日本は22位!

のしかかる負担 遠ざかる医療



70～74歳の窓口負担が倍に！

高齢者の唯一の収入である年金は減る一方、70～74歳の窓口負担を1割→2割へ引き上げることが検討されています。



自由に病院を選べなくなる？ フリーアクセスの見直し

現在、患者は自由に病院を選ぶこと（フリーアクセス）ができます。しかし、そのフリーアクセスに制限を設けることで「いつでも、だれでも、どこでも、お金の心配なしに求める医療を受けることができる」国民皆保険の縮小が狙われています。

具体的には、

紹介状のない大病院への受診に 定額負担を導入

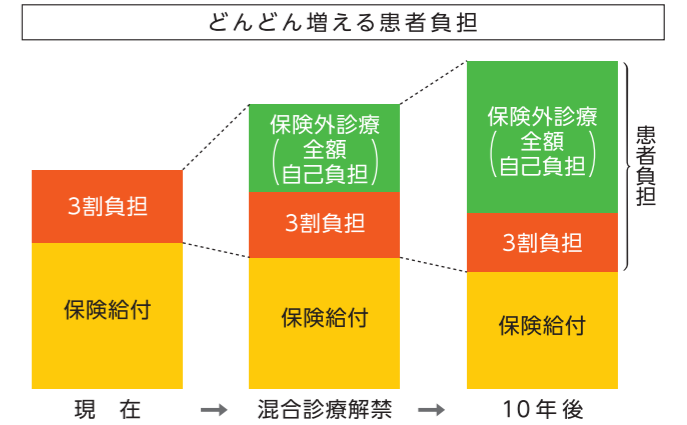
一定病床数以上の病院に紹介状なしに外来受診をする際、患者に定額負担（たとえば1万円）を求めることが検討されています。

医療費を抑える ゲートキーパー（門番）の導入

ゲートキーパー（医師にその役割をさせる）が患者を選別することで受診抑制を図ろうとしています。

保険の利かない診療が増える 混合診療

保険診療と保険外診療（自由診療）を併用する混合診療の全面解禁が検討されています。混合診療の解禁により、①自由価格での使用・販売による患者負担の拡大、②安全性・有効性が確認されない医療行為の実施などが危惧されます。



TPPで医療はどうなる?!

日本は、国が安全性・有効性を確認した治療方法や薬を、公に定めた価格で、患者さんに安価に提供する皆保険制度を採用しています。医療を儲けの対象とするアメリカは、日本に対してこうした制度を緩和・撤廃するよう求めています。



アベノミクスのねらい

「『世界で一番企業が活躍しやすい国』を目指す」という言葉どおり、アベノミクスの3本の矢のひとつ「成長戦略」は、企業が国内外で利益を拡大するために様々な分野で規制緩和を進めるものです。解雇しやすい「限定正社員」の制度化など、ますます不安定な雇用がひろがる一方、医療分野では混合診療の拡大、薬品のインターネット販売の原則解禁など、国民をないがしろにした企業利益優先の支援策が目白押しです。国民に負担を強いる政策にもかかわらず、参議院選挙では徹底した争点隠しで国民をごまかし続けてきました。

生活保護

生活保護基準の引き下げが実施され、「どうやって生きるというのでしょうか」との声が広がっています。生活保護基準は、最低賃金や就学援助の適用基準など、国民生活のさまざまな最低基準に連動しています。国民生活の最低基準そのものを引き下げ、「貧困の連鎖」を一層強めるものです。

日本の生活保護の捕捉率

生活保護基準以下の世帯で実際に生活保護を受けている人の割合 約20%



生活保護基準以下の世帯で生活保護を受給していない割合 約80%

いろいろな制度に影響する生活保護基準の引き下げ

国保税(料)と減免基準

住民税の非課税基準

最低賃金

介護保険の保険料と利用料

年金

公営住宅の家賃と減免基準

入院助産の適用基準

就学援助制度の適用基準

保育所の父母負担