

第17回公衆衛生全国交流集会

記念講演 「憲法を守る、これからの保健・医療・公衆衛生」

芝田 英昭（立教大学コミュニティ福祉学部福祉学科教授）

はじめに

私は、日本初の商業炉、敦賀原発のある福井県敦賀市で生まれ育った。私が中学校1年の時に EXPO'70 が開催され、敦賀原発から電力を供給して、初めて「動く歩道」が EXPO'70 で稼働した。私は元々原発に関しての研究をしており、30年程前に最初に書いた論文は、新日本出版社の「経済」に、原発が立地することによって住民生活がどのように変容していくのか。あるいは自治体財政がどう変わるか、ということ載せている。ところが、私が博士後期課程に進むときに、3歳の娘が悪性脳腫瘍（髄芽細胞腫）と診断された。極めて悪性度が高く、現在でも年間罹患者が70名程度、5年生存率が0.5%でほとんど5年以上生きる人がいないという疾病であった。当然、外科的な手術・放射線療法・化学療法を受けた。放射線療法では30グレイ(Gy)、当時はラド(rad)という単位で3,000radで、この値は一度に浴びると生存の危機をもたらす線量であるが、約10年間に亘ってその治療が続けられた。脳腫瘍の切除術は9回行い、24時間を超えた手術もあった。その後奇跡的に治っていった。ところが娘が22歳の時、2006年に再発し、その後で3ヶ月で亡くなった。再発した時には治療方法はなく、放射線療法もすでに許容量を超えており、ターミナルケアで最期を看取る状況であった。その頃は京都の立命館大学に勤めていて、介護休暇を取ることができず、京都から福井まで、片道2時間車を運転して毎日通っていた。10月30日に娘が具合悪くなり、31日に亡くなった。すぐ連絡はもらったが死に目に会うことはできなかった。非常に辛い思いをしたが、今はこうやって語ることもできる。しかし、家族含めて娘の下には息子が二人いるが、兄弟が死ぬということは相当辛いものがある。また親が子供を看取るというのも辛く、孤独感や様々な思いがある。グリーフケアというのが、日本ではあまり進んでいない。残された家族の悲しみをケアするもので、患者に対してのケアは進んでいるが、亡くなった途端に病院から出され、その後のケアはない。これは日本では当たり前のようになっているが、ただ少しずつ違う形で改善していかなければいけないと思っている。

このように子供の件があり、研究を社会保障に切り替えた。原発問題から社会保障に変わった時は、まったく異分野の人が社会保障をやるのはどうなのかと、結構叩かれたこともあったが、20年近く社会保障問題を行っている、原発問題を研究していたことのほうが驚かれる。原発問題に関する論文は10数本書いているので、関心のある人は昔の論文を読んでもらいたい。

その地元では、高浜原発が再稼働した。多くの住民が反対したにも関わらず再稼働されてしまったことは、日本の行く末を考えると非常に怖い気がしている。



1. 日本国憲法はアメリカから押し付けられたのか？

安倍政権は、戦争しない国から戦争する国へ暴走していると思う。昨年は戦後 70 年、今年には憲法交付 70 年である。

自民党は 1955 年に自由党と民主党の 2 つの党が大合併し、これを 55 年体制と呼んでいる。この 55 年の自由民主党の結党宣言は、自主憲法の制定である。終戦の 10 年後に自主憲法の制定で結党したのが今の自民党であり、その結党以来から自主憲法を作れないことから、安倍政権の下で自主憲法を作ろうとしている。しかし、「そもそも現在の憲法は自主憲法ではなかったのか」ということが曖昧にされたままである。

私達が中学校や高校の日本史等で習ったのは、「GHQ 草案を基にして日本国憲法が書かれ、ほぼ GHQ 草案と日本国憲法は同じ」と思っている人が極めて多いのではないかと。これは事実とはかなり異なる。GHQ 草案は 1946 年 2 月 3 日から 9 日間で作成され、それを基にして日本国憲法が書かれたのも事実ではあるが、そもそも GHQ 草案が書かれる契機になったのは、当時の首相である幣原喜重郎が 1946 年 1 月 25 日に首相就任のあいさつなどでマッカーサーの私邸に赴き、会談したことに起因している。

幣原はマッカーサーとかなり長い時間話をしている。その帰り際に、「戦前の日本というのは軍部が暴走して、帝国主義に陥ってしまった。これに関して自分は反省している。これは明治憲法がその流れを持っている。明治憲法の反省からは、我が国においてはいかなる戦力も持たないということを新しい憲法に書かなければならないと思っている。」ということを行った。後にマッカーサー回顧録が 1960 年代に出され、その時の会談について、「私自身は人を驚かすことが得意だが、驚かされたのはこの時が初めてだ。実に驚いた。日本国民側から戦争を放棄したい、軍事力を持ちたくないと言われた。自分もその思いである。まさに日米において戦争放棄というのは合意に至ったことである。」というようなことが書かれている。また、幣原はマッカーサーよりも早く回顧録を出しているが、その中にこの時の会談のことがほぼ同じ内容で書かれている。幣原の思いを汲んで GHQ 草案が作られている。GHQ 草案というのは、世界各国の憲法、あるいは日本国民の中から様々な憲法私案が出され、それらを統合的に判断して作られた。9 日間という非常に短い期間で作られているが、それは日本国民の意向を無視して作られたものではなかったということである。

現在の憲法 25 条であるが、GHQ 草案には、それに該当するものが存在しない。どうして現在の「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。」になったのか。帝国議会衆議院で、高野岩三郎、鈴木安蔵らによる民間の憲法研究会の条文が野党から出されて議論を行い、それがほぼ同じ文言で憲法の中に書かれたものである。鈴木らが作った憲法私案の文言は、「国民は健康にして文化的水準の生活を営む権利を有す。」であり、「最低限度の」という部分が無いだけでほとんど同じである。戦後の日本の社会保障の基本的な上位概念は憲法 25 条である。憲法 25 条は、我々国民の発意の下で出来上がったものであり、決してアメリカの GHQ 草案に押し付けられて出来たものではないという自信を持たなければいけない。これを守る、死守しなければいけないと思う。

2. 安倍政権下の社会保障の解体

1) 社会保障から公的責任を捨象

安倍政権が返り咲いてから、様々な社会保障改悪が繰り返されている。小泉構造改革よりもひどい。安倍政権下で2013年には社会保障プログラム法が可決成立している。この法は今までの社会保障関連法とは全く異なり、「公助」という言葉がない。社会保障における国家責任も捨象している。社会保障については「自立・自助のための環境整備をする」としか書いていない。憲法25条の具現化したものが社会保障、社会保障制度であり、お金がある無しに関わらず、すべての人が疾病やケガをしたら治療行為を受けられ、介護状態になれば何らかのサービスを受けられ、生活が困窮すれば誰しものが望めば生活保護が受けられる。無条件でそういうものが受けられるのが本来の社会保障であるにも関わらず、「自立・自助のための環境整備」ということであれば、これはまさに社会保障の後退だとしか言いようのない。社会保障の後退は、単にサービスが低下することを指すだけではない。

2) 社会保障の市場化

安倍政権における社会保障改革は、社会保障分野の市場化である。つまり社会保障水準を低下させると同時に社会保障の市場化を強力に推進するのが、安倍政権の狙いである。

'14年5月23日に「健康・医療戦略推進法」が成立している。この法律の内容は、健康・医療の市場化で、第1条の目的には「健康長寿社会の形成に資する新たな産業活動の創生及び活性化 それを通じた我が国経済の成長を図る」とある。健康や医療分野を経済成長の道具に使うということをはっきり記載している。これは大変なことで、市場になるということは、商品であり、買える者はよいが、そうでない者はその恩恵に与ることができない。そういうものを拡大していきたいというのが安倍政権の狙いである。

3) 健康・医療戦略の中身

「健康・医療戦略推進法」によって、政府は「健康・医療戦略」を策定しなければならなくなった。14年までに作られた「健康・医療戦略」は基になる法律がない中での閣議決定であったが、15年からは法律に基づくもので、一段と重い戦略になっている。その中で「ヘルスケアサービスの市場を創出する」とある。これは医療や健康や介護に関わる部分を市場化することである。「公的保険外の新しいヘルスケアサービス」と書いてあるように、医療保険や介護保険における保険のカバー範囲を縮小していくことを前提にしない限り、市場にはなり得ない。この議論は社会保障審議会の医療保険部会及び介護保険部会においても積極的に議論されている。介護保険に関しては一昨日の介護保険部会で、要介護1・2の生活支援サービスを外していこうという議論がされているし、保険料徴収を現在は40歳からであるがこれを20歳か30歳ぐらいからにしようという議論がされている。

医療保険部会では、いわゆる風邪や腰痛など薬の処方に関しては保険外にしようとしている。具体的には、腰痛でのモーラステープは一般の薬局でも売っているので、そのようなものを処方薬にするのはおかしいという議論がされている。また、紹介状なしで大病院、特定機能病院等にかかる場合は、3割負担とは別に5,000円の負担なども考えられている。そういう意味では非常に負担が増えていく。保険から外される部分が多くなり、市場にしていこうとしていることが分る。

3. 実質的「混合診療」の解禁

今年4月から実質的に混合診療の解禁につながる「患者申出療養」が実施されることになった。実は、1990年代に部分的な混合診療が導入され、現在それを保険外併用療養という。これができるのは小泉政権時代であるが、実質的にはそれよりも早く始まっていた。現在の保険外併用療養というのは、評価療養と選定療養の2つだが、4月からは患者申出療養が加わる。評価療養とは、近い将来保険収載されると分っている薬と先進医療等の約100種類で、これを少し前もって使う場合に、保険が利く部分と利かない部分を併用してもよいというのが評価療養である。確実に保険収載されるのが分っている場合で、その薬を使うとしても約6カ月の審議期間を経て使うか使わないかを決めている。選定療養とは、患者本人が個室を選ぶとか、病院給食や部屋の光熱水費とかのアメニティを求めたなど、患者が選定したとして選定療養といわれている。

患者申出療養とは、近い将来の保険収載はまったく決まっていない、たとえばアメリカであるがんに効く薬が開発され、それを患者が使いたいと特定機能病院に申し出て使う場合をいう。保険収載されるかどうか不明にもかかわらず、6週間の審議期間で使えるようにする。また、同じ薬を2回目以降使う場合は2週間の審議で使用できる。非常に不自然である。評価療養ですら6カ月の審議期間を要するのに、患者申出療養では、保険収載が全く決まっていないのに6週間で審議を終えて使うことになる。安全かどうか分らずに使ってしまうもので、医療過誤が起こる可能性がある。しかし、患者から申し出て使うので、その責任の多くは患者本人に押し付けられる可能性が高い。そういう意味では、大変な事態が起こると感じている。

なぜ各医療団体等が要望したわけではないのに、この患者申出療養が急いで保険外併用療養の中に導入されたのには理由がある。2月12日に発売された雑誌「週刊金曜日」に、私の論文が載っている。TPPと医療に関して「医薬品は高価格 米製薬会社の利益は拡大」というものであるが、実はTPPと大きな関わりがある。

多くの方がTPPは農業問題だと思っているが、実はそうではない。TPPに加盟する12カ国で、アメリカがGDP（国内総生産）で一番大きく、アメリカと日本を合わせると全体の8割近くを占めてしまう。12カ国を全部足すと世界のGDPの4割を占め、非常に大きな経済圏になっている。この中でアメリカは相対的にGDPが下がり、国際的な経済力も落ちてきている中で、12カ国の太平洋圏域で経済力を伸ばして行きたいし、特に日本に対しての様々な輸出の拡大が大きな狙いである。アメリカの最新の輸出金額を見ると面白いことが見えてくる。アメリカが輸出している農産物の合計が554億ドル、医薬品等は1,289億ドルである。つまり医薬品等のほうが農産物全体よりも2.5倍も多い。農産物の拡大よりも、医薬品の拡大を考えている。世界の売上の多い製薬会社10社で、2014年ではアメリカの製薬会社が7社入っていて、あと3社はオランダとドイツである。売り上げのほとんどはアメリカの製薬会社で世界の製薬業界を握っている。日本の製薬会社は30位くらいにやっと入っている状況である。

4. TPPと患者申出療養の関係

日本は今、ジェネリックの率を上げようとしているが、このTPPが完全実施されたら、ジェネリックは使えなくなるものが非常に増えてくると考えられる。新薬はアメリカで作っているものが非常に多い。この薬を簡単にジェネリックで作ることができなくなる。アメリカがTPPで特許期間の延長を画策しているからである。世界的には新薬の特許期間は20年が基準であるが、ある薬の成分を部分的に変えていき、特許を取りながら行っていくので、そこから20年、また20年となり、結果的には永遠に特許が切れないようにすることが可能である。それは米韓FTAにおいて、すでに韓国ではなかなかジェネリックが作れないという問題がでてきている。また、特許期間の侵害問題のほか臨床試験データ保護期間の問題などがあり、ジェネリック化は簡単ではない。一般の薬に関しては5年間になっているが、アメリカはこれを12年間にしようとして、結果的には一般的な新薬に関しては5年で、バイオ医薬品に関しては8年間になっている。

TPPの合意文書の英語記では for at least five years ですから、少なくとも5年間で、議論の中で5年より延ばすと読める。バイオ医薬品では a period of at least eight years で、これも8年以上に延ばすことを前提にしている。そういう意味ではアメリカの思い通りになっている。外務省がTPPの要約版をA4判60ページほどで出している。英文で900ページほどあり、それを60ページにしているということは、本当の中身が日本には知らされていない。肝心なものが非常に簡略化された形でしか知らされていないという問題がある。

このように日本においては高騰した薬が日本に流入する可能性がある。ジェネリックが作れない。アメリカで様々な新薬が開発される。そして患者申出療養で薬の使用を申し出る。結果としてアメリカの言い値で薬を買わざるを得ない状況が懸念される。そういうところにも、見えない圧力がアメリカから日本にもたらされると思われる。

5. 国民の資金をウエルネス産業に吸い取らせる

ウエルネス産業には大きく分けて2つあり、健康食品等の部分とスポーツジム等である。ウエルネス産業は、アメリカでも数年後には1兆ドル産業になるだろうといわれ、日本においても大きな産業になるといわれている。健康食品分野の“特保”は12年12月末で1,095品目あり、市場は'14年で6,275億円規模である。この他栄養機能食品や機能性表示食品などがコンビニでも大量に売られている。昨年4月にはノンアルコールビールの何銘柄かが特保に指定された。世界的に見てもこれはおかしな話である。ノンアルコールビールは若年層のアルコールへの第一歩だといわれているが、それを特保に指定してしまえば、推奨しているかのようなのである。消費者庁の審議会では、ノンアルコールビールについては大半の委員が反対していたのに、不思議である。

特定健診や事業所での健康診断等において腹囲が測られ、メタボなどと言われる。そもそも腹囲だけで不健康かどうかを測れるわけがない。身長の高低もあり総合的に見なければいけないのに、不健康を煽られているのではないかと感じられている。そういう中での特保やスポーツジムに行かないと健康にならないのではないかと思込まされている。それが実はこのウエルネス産業が儲かる手段である。健康・医療戦略推進法というのは、本当は不健康な医療を推進する法律ではないだろうかと思う。

6. 2025年問題と地域医療構想の課題

地域医療構想は2016年度中にすべての都道府県が策定しなければいけない。今多くの都道府県で策定の委員会が作られて、その中で議論をしていると思われる。資料に「医療需要推計」を載せた。これは15年に「医療機能病床等の推計及び地域医療構想の策定にあたって」と題して、社会保障制度改革推進本部が作成したものである。厚生労働省は2025年ショックという言葉を使っている。25年とは団塊の世代すべてが後期高齢者になる年で、超高齢社会になる。高齢者は有病率が高く、入院する人も多い。この機に病床を減らすために、都道府県知事に強力な権限を与えて病床を削減させようというのが地域医療構想の狙いである。2次医療圏は全国に344ヶ所あり、地域医療構想は2次医療圏ごとに作らなければならない。

13年の病床が134万7千床で、これを25年までに115万から119万床に減らせということで、超高齢社会で有病率も高い高齢者が増えるのに、病床数は約20万床減らせということである。これは完全に矛盾がある。「高齢者が医療費を押し上げているからこの高齢者が病院に行かないようにしなければいけない」ということを厚労省は平気で言っている。年齢別の医療費、レセプト上ではそのように見えるが、単純にそういう考え方は大きな間違いである。若い人と高齢者には有病率が違い、また高齢者は様々な疾病を重複して持っている。一疾病当たりの医療費で確認すべきところを高齢者一人当たりの平均値で出せば、当然高齢者の方が高く出る。ただ、疾病が重複すれば、最新の医療機器を使うなど、様々な医療行為が必要になってくる。実は「高齢化率が高くなるから医療費が高くなるというよりも、先進医療等を使ったことによって、医療費が高くなる」というのは医学界の常識といえる。それをうまくごまかしている。

では、この推計値が当たっているのだろうか。国立社会保障・人口問題研究所が3年ごとに行っている「生活と支えあいに関する調査」のある一部分を掲載した。13年の調査の中で、「過去1年間病院に行かなければいけないと自ら思ったにも関わらず病院に行かなかった人」、この人たちがなぜ行かなかったのかを聞いている。「公的医療保険に加入していない」が、若い人(20~64歳)と高齢者(65歳以上)ともに約3%。「公的医療保険に加入はしていたが、病院や診療所で医療費を払うことができなかった」15.3%と、9.2%。最も多かったのは「病院や診療所に行く時間がなかった」で67.1%、高齢者で33.2%存在している。調査対象者21,173人中の14.2%で、つまり1億2,000万人のうちの14.2%に相当する人は病院に行かなければいけないと思ったのに行かなかった。先ほどの医療推計、病床の推計というのは、実際に病院にかかった人のレセプトを分析して病床数を推計している。ところが14.2%は病院にかからなければならないような状態なのに行っていない。その人たちの意向は一切、20万床減らせという推計には反映されておらず、きわめて科学的でない。

また、全日本民医連傘下の病院において、かなり重篤化してから救急車等で運ばれ、結果的には亡くなってしまった人たちの調査を昨年まで6回行われている。これを見ると毎年40から50人が民医連系列の病院で亡くなっている。それは自己負担が払えないとか、無保険状態である。この状況が反映されない中で医療需要推計が出されて、10年間で20万床減らせばいいというのは極めておかしいと思う。

7. 地域医療構想調整会議・・・病床削減への荒手の手法

各都道府県では、地域医療構想調整会議によって、病床削減のために都道府県知事に強力な権限を与える。国のガイドラインでは、公立病院について「命令指示に従わなかった場合」つまり病院の病床転換等に従わなかった場合は、「医療機関名の公表、地域医療支援病院の不承認または承認取り消し、管理者の変更命令等の措置を講ずることができる」となっている。民間医療機関の場合もほぼ同じで、「正当な理由がなく、要請に従わなかった場合には勧告を、許可に付された条件に関わる勧告に従わなかった場合には医療機関名の公表、地域医療支援病院の不承認または承認取り消し、管理者の変更命令等の措置を講ずることができる」となっている。つまり、命令等は即にはできないが、要請・勧告に従わないと公立病院とまったく同じことになる。我が国は1962年に皆年金・皆保健体制が施行されて、それと同時にいわゆる開業医の自由開業制をとっている。この段になって民間医療機関においても潰せるということをガイドラインは明確に書いてある。この10年間で20万床の削減は、そう簡単にはできわけではないが、都道府県知事に大きな権限を与えて無理やり削減していくということである。

8. 保健医療 2035 提言書が語る危険な姿

厚生労働省ホームページのトップに「保健医療 2035」が載っている。これは2015年に計8回議論して15年6月9日に「保健医療 2035 提言書」がまとめられ、2035年に向けて日本の医療保険あるいは介護保険の姿を描いたものである。厚労省では、昨年ぐらいから“2035年ショック”という言葉に変えている。2025年ショックよりも10年先にいった形での日本の医療・介護保険の姿を明確に出してきている。25年は団塊の世代がすべて後期高齢者になる時期であるが、提言書には団塊ジュニアが65歳になる時期が2035年と書いている。この頃は日本の様々な財政が厳しい時期になる。それまでには日本の医療保険の改定が必要であること、これからは良質な医療がそれなりの負担をして受けられる社会に変えていこうと記載されている。また、国民健康保険と被用者保険を一本化するために、その前段階として、被用者保険の保険料の取り方を国民健康保険の取り方に近づけていく。被用者健康保険は、給料・標準報酬月額に従い、収入にリンクする保険料であり、国民健康保険は収入・所得・資産・世帯割の4つを組み合わせ、各自治体で違う保険料が設定されている。被用者保険でも、資産や扶養家族の人数で保険料を変えることになり、より重い負担にしていくことが保健医療 2035 提言書には書かれている。

また、将来的には二階建ての医療保険にする。一階部分の地域型国民保険は、最低部分のカバーで、それを超える部分は私的保険とする。重篤な疾病に関しては自己負担を少なくするが、軽度な疾病に関しては、保険が効かないか自己負担割合を高くする。介護保険では、ケア・プラン作成を含めてすべて有料とし、「負担なき者には給付なし」という大改悪である。運動する団体はこれらを素早く理解して、その先に行くような運動をしない限りは、やられっぱなしになるだろうと思うし、非常に大きな危機感を持っている。

9. 一億総活躍社会の欺瞞

安倍政権の新3本の矢の目的である「一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対応」が昨年11月26日に出された。簡単に言うと、「働かざる者食うべからず」である。

生活保護でも就労を前提にして、働かない生保受給者を減らしていくことが議論されている。活躍なのか一億総労働社会なのか。この文言を聞いたとき、戦前の国家総動員体制を思い浮かべざるを得なかった。働かない、国家に寄与しない者は非国民だと、まさにこの一億総活躍社会というのはそういう面を出しているように思う。

一億総活躍社会が出された時に、同時に様々なバラマキの制度も提案された。低年金者に対して、実際は低年金とは思えない人も含めて、65歳以上年金受給者の約3分の1に当たる1千数百万人に対して、6月中に1人当たり3万円を交付することがすでに決まっている。なぜ6月なのか。7月に参議院選挙がある。国政選挙における投票率は年齢別に集計され、65歳から75歳までの選挙の投票率は極めて高い。この人たちに3万円を配るということは、結局は「自民党や公明党が頑張ってくれたから私達に3万円をくれた」というふうに思ってしまう。それを狙って6月ということになる。いくつかのバラマキがあり、その財源も明確になっていないが、来年4月から消費税が10%になるので、それを見越してのことだろう。

軽減税率であるが、軽減とは現行の率よりも低いから軽減であって、現在の8%を維持するだけのことで、これは軽減税率ではなく、極めてごまかしが多い。社会保障の充実を望めば、消費税を上げないといけないとよく言われ、また「北欧等の福祉国家では、日本の消費税に相当するものが非常に高い、スウェーデンは25%だ、日本はまだ8%だ、だから福祉が充実しない」と言われるが、これはまったく意味のない議論である。本来は消費税に相当する税収が国税収に占める割合で見なければいけない。スウェーデンの消費税率、本当はG S T (Goods and Services Tax) なので、昔日本にもあった物品税に相当するものであるが、それを同等のものと考えたとしても、スウェーデンは国税収に占めるG S Pの割合は22%である。我が国は約20%で割合はほぼ同じである。であればスウェーデンのような高福祉国家になっていなければならないはずである。

一億総活躍社会の中で保育士の拡大の必要も言われている。合計特殊出生率を、現在の1.36を1.8にするとしているが、1.8にすると保育士はプラス100万人分必要だが、安倍首相は40万人を50万人にすると言っているだけで、とても足りない。また、保育士の配置について、朝夕は標準で2人配置のものを1人にするとか、あるいは幼稚園や小学校免許を持っている人を講習会だけで保育士免許を与えよとか、さらには保育士の研修時の代替え要員は事務職員や送迎の職員など、資格を持っていなくてもよいなど、劣悪な環境を作りながら保育所を拡大していくことを平気でいっている。これでは死亡事件がたくさん起こる可能性があるのではないか。

介護離職ゼロも言いだしている。2000年に介護保険が導入され、それ以前も介護離職は非常に多かった。現在でも年間約10万人が家族の介護のために離職をしている。また現在52万人が特養待ちの状態である。その多くが在宅で家族の介護を受けているか、あるいは独居で暮らしている。介護施設50万人分以上に拡大するといっているが、その多くはサ高住である。各種サービスが付いていると思っただけの話で、最低限安否確認さえあればサービス付き高齢者向け住宅と表号することができるだけの話で、それでごまかそうとしている。これでは介護離職ゼロにはならない。

また、介護職離職も削減すると言い、介護職員再就職準備金20万円を出すということも

決定したが、これもまやかしである。賃金を永遠に上げていくという方策ではなく、実態的に再就職して5年間以上勤めたらこの20万円を返さなくていいということである。単純に5年間、60ヶ月で20万円を割るとその間だけ3,333円給料を月々上げたことになるが、5年過ぎたらゼロになるので、長期的な賃上げではない。また4年11カ月で辞めた人は20万円を返さなければいけない。

障害者総合支援法の見直し案が出されていて、将来的に介護保険と合体させていくとか、応益負担も議論している。民主党政権下において歴史的合意と言われたあの合意は何だったのか。応能負担に戻すという問題など、すべてを反故にしているのが安倍政権である。

10. 非正規社員の拡大

労働者の働く環境が極めて悪くなっている。先ほど、国立社会保障・人口問題研究所の資料を示したが、若い人で6割は病院に行きたいけれども時間が無くて病院に行かなかった。それはなぜかというのがこの資料である。現在全労働者の4割が非正規労働者である。非正規の多くがパートタイムで、1時間800円とか900円で働いている。病院に行かなければいけない状態であっても1時間で済むわけではない。待ち時間を含めれば最低半日、3〜4時間を要する。その間の給料が入らない。病院に行くべきなのに時間がなかったというのは、まさにこの非正規労働者が極めて増えてきていることに大きな問題がある。非正規労働者が4割を超えたのは2014年が初めてである。では、小さな子供を抱えて、子供の育児や学校の費用を稼がなければいけない若年労働者の場合はどうなのか。厚生労働省の規定でいくと、16歳から35歳を若年労働者といっているが、この若年労働者の非正規率というのは55%近くある。実に半分以上が実は非正規である。

11. 大企業は適正な法人税を納付すべき

そういう中で、大企業は内部留保を増やしてきている。1997年から2013年までの大企業の内部留保と民間の平均賃金のグラフでは、これが完全にクロスしている。大企業の内部留保は右肩上がりですごい増えていき、14年では300兆円を超えている。ところが賃金は完全に下がってきている。企業は売り上げを伸ばしても内部留保に回し、結果的には賃金を上げていない。参議院調査室の吉田博光氏が、同室が毎月出している雑誌「経済のプリズム」の昨年11月号で、法人税を引き下げたらどうなるかという論文を掲載している。現在30数%ある法人税を実質的に29%までにすることについて、「企業の3分の2が法人実効税率を下げるべきだと考えているものの、その使い道として最も可能性の高いものは内部留保である」と書いている。そして、「今後法人税率が引き下げられて企業のキャッシュフローが増加するような状況になったとしても、これが賃上げにつながるのか確定的なことはいえない」と言っている。つまり安倍首相は「大企業は内部留保を減らして賃金に回すだろう」と言っているが、どんどんどんどん増えている。ちなみに2016年の我が国の国家予算は96兆円である。資本金1億円以上の大企業だけで約300兆円の内部留保がある。まともに税金を払えば社会保障のお金が足りないということにはならない。まともにお金を払わないことに非常に大きな問題あると思う。そういう中で世界の富める者と貧しき者の格差は広がっている。

1 2. 世界で所得格差拡大

クレディ・スイスというスイスの金融大手の報告書の中で、世界の上位 1%の富裕層の保有率は 2000 年で 48.9%である。たった 1%の富裕層が、世界の富の約 5 割を持っている。2015 年は 5 割を超えている。また、100 万ドル（約 1 億 2000 万円）以上の資産を保有しているのは、全世界で 2000 年で 1370 万人、2015 年に 3370 万人。米国が 1565 万人で断トツでトップであるが、何と日本は第 3 位である。アメリカ、イギリス、日本の順で、日本では 212 万人いる。2015 年の資産額が 5000 万ドル（約 60 億円）これは世界で 12 万 3800 人いるが、日本人も 2467 人いる。

我が国における富裕層の世帯数と資産ゼロの世帯数であるが、現在富裕層は 100 万世帯を超えた。これは 50 世帯に 1 世帯が富裕層で、ここでいう富裕層とは純金融資産が 1 億円以上の世帯である。一方資産ゼロが 3 世帯に 1 世帯。資産ゼロとは預貯金等一切なく、収入だけで生活している世帯である。富裕層の資産総額は 241 兆円である。この人たちがもっと税金を払えば日本のいわゆる国債残高も増えていかないだろうと思う。「所得税実質負担率」を示したが、所得が 1 億円を超えると途端に実質的な所得税の負担率が減っている。大金持ちほど税金を払わなくて済む。また「資本金階層別の法人税実質負担率」も同様に 10 億円を超えると負担率は下がる。大企業ほど税金を払わない図式である。

1 3. 社会保障の世界的動向

チリのバシチェ政権の下で、昨年 12 月に法律を可決成立されているが、私立大学を含めて、すべての大学の授業料を今年から無料にすることになった。

また、私が 20 年来研究しているニュージーランドでは、今年の 7 月から 13 歳未満の子どもの医療費を完全無料にしている。日本は世界で第 3 位の経済大国である。しかし日本はまだすべての児童を国の制度としての医療費の無料制度化はしていない。各自治体の予算措置である。経済的にそれほど豊かでないニュージーランドでできていることが、我が国ではできていない。それすらできないというのは非常におかしいと思っている。

非常に大きな、雑ばくな話になってしまい、皆さんの仕事に有益な話にならなかったかもしれないが、これで私の話を終わらせていただく。