全労連社会保障闘争本部ニュース

NO.106

全労連社会保障闘争本部発行

2020年5月22日

参議院委員会年金改革法審議

26日参考人質疑が与党から提案される

21日、参議院厚生労働委員会における年金改革法の審議の2回目が行われ、4時間半、野党が質問を行いました。また、委員会では参考人質疑を行うことが確認され、26日午前中に参考人質疑が行われます。また、与党から26日午後に対政府質疑1時間30分、対総理質疑1時間30分を行うことが提案され、28日にも委員会採決が予測されます。この予定で行くと審議時間はわずか、参考人質疑を入れて12時間弱（11時間45分）に過ぎません。この間の質疑で問題になった年金積立金の運用課題、低額な基礎年金の問題などについて、政府答弁は今後検討するなどとして問題を先送りする答弁を繰り返しています。参考人質疑に日本共産党は年金者組合の参考人を立てましたが、与党から拒否されました。参考人メンバーを見ても年金受給者・労働者の立場から発言するメンバーとはおもえません。新型コロナウイルス感染症対策のため、国会傍聴ができませんが、私たちの怒りと徹底審議を求める声を議員にFAXで送る取り組みを強めてください。

21日質疑の概要

21日の午前の審議では、維新の東徹議員は年金の75歳繰り上げ支給で額面が1.84倍になるといっても手取りでは1.6倍に減少してしまう。増やすべきではないかとし、自分の手取りでいくらになるかネットで計算できるようにしてほしい、年金機構の加入逃れ立ち入り調査の範囲拡大について、機構の体制ではできないと指摘し、国税と一緒にして歳入庁設置を提示しました。

被用者年金拡大の保険料免除を

続いて質問に立った日本共産党の倉林明子議員は、短時間労働者への適用拡大と、75歳までの支給繰り上げについて質問しました。コロナの影響で社会保険料が払えず、倒産、廃業する中小企業が増えている中で、保険料負担は労働者にも、中小企業にも重くのしかかっている。短時間労働者への適用拡大は日本共産党も求めてきたが、このタイミングで行うのは最悪だ。免除、引き下げが必要だと述べました。

非正規で働く高齢者は多い

年金受給年齢75歳への引き上げについて、現行でも繰り上げ受給者の割合は1%しかおらず、年金支給開始年齢65歳への引き上げが完了するのは2030年度。コロナの下で非正規労働者が大きな影

響を受けているが、高齢者の多くが非正規で働いており、清掃、物流など感染リスクが高い職場で働いている。看護師や教師、重労働の現場では65まで働くのは無理との声も上がっている。むしろ高齢者を感染から守るために、働かなくてもすむように、60歳からの減額なしの特別年金支給制度こそが必要だと述べました。加藤厚労大臣は、受給開始年齢と繰り上げは関係ないとのべ、60歳からの減額なしの特別支給についても認めない考えを示しました。倉林議員は「今、働きたくても働けない高齢者に対してこそ選択肢を増やすべきだ」と60歳からの特別年金の必要性を強調しました。

経済見通しが不十分

午前中の最後に質問に立った立憲民主党の石橋通宏議員は、昨年の財政検証について、経済前提が楽観的過ぎると指摘。さらに「女性単身世帯が増えているのに、モデル年金世帯だけで試算している」「所得代替率も、分母が男性一人の手取り月収で、分子が2人モデルの名目月収。こんな計算では『50%維持した』といわれても安心できない。名目で一人に合わせて計算すれば36%まで落ち込み、女性単身ではもっと低くなる」などと批判しました。「高齢者の貧困率と生活保護の推計も出したうえで、高齢者の実態に合わせた年金議論が必要だ」と強調しました。短時間労働者への適用拡大について、企業規模要件の撤廃と副業・兼業の際の労働時間の合算を求めました。今回土業が加わったが、社会保険の強制適用事業所5人以下個人事業所16業種では、農林水産業のほか、ホテル、旅館、理容、娯楽、スポーツ保養所などのレジャー産業など多くの労働者が適用されないと述べ、さらなる拡大を求めました。基礎年金を引き上げるために拠出期間45年への延長を求めましたが、高橋年金局長は45年にする効果は認めつつ、1兆円の国庫負担増を理由に「できない」と答弁しました。石橋議員は、45年にすれば少しでも基礎年金の引き上げ効果があることがわかっているにもかかわらず、これで高齢者の生活が守れるのか、本当に国民に安心してくれと言える内容かと批判しました。

ポストコロナ後に財政検証を求める

午後からの質疑では立憲・国民・新緑風会・社民会派足立信也議員が、法改正の財政検証の前提がポストコロナ後に変わる可能性がある。現状でもTFP（全要素生産性＝Total Factor Productivityの略称。経済成長（GDP成長）を生み出す要因のひとつで、資本や労働といった量的な生産要素の増加以外の質的な成長要因のこと）は低下傾向にある、今後の財政検証を5年後とすることなく適宜行うべきと指摘しました。また足立議員は基礎年金についても政府の姿勢を正し「基礎年金の議論は、16年マクロ経済スライドの議論で止まってしまった。基礎年金部分を充実しろというのが世論だ。基礎年金は所得再分配機能が極めて大きく社会保障の根幹だ」と改善に向けての議論をすべきと主張。これに対して加藤厚労大臣は「年金だけで老後の生活を賄うものではない」としながら「マクロ経済スライド調整の下で比例部分と基礎部分が乖離してきた」と現状の問題を認め、加藤年金局長は年金部会での議論を答弁し「多様な就労を反映させる、就労期間の延長を年金に反映させるなど基礎年金に反映させるとしている」としながら「基礎年金の拠出期間を45年に延長することが、効果が一番あるとされている。1兆円の財源が必要であるなかで安定的な財源の確保が必要。有効な解決策の議論が今年には至ってなくて法改正に盛り込まなかった」と報告しました。

立憲・国民・新緑風会・社民会派・芳賀道也議員も「マクロ経済スライドの影響で2040年には基礎年金が10.2ポイントも下がる」とマクロ経済スライドの逆進性を指摘し、基礎年金を充実させる施策をとるべきと指摘しました。

メリットのない繰り下げ受給

また芳賀議員は「昨年8月の財政検証被用者適用拡大で年金保険料を払う人が増えることによって所得代替率5ポイント改善するとされたが、今回50人以上としたことによって規模拡大65万人にとどま

り 0.3 ポイントしか改善しない」と指摘。大臣もこれを認め「企業規模要件は撤廃することが必要だが、中小企業の経営に配慮した。確実に実施していきたい」と述べるにとどまりました。芳賀議員は「75 歳まで繰り下げをすれば、65 歳で受け取るより 84%多く受け取れると宣伝されているしかし、86 歳まで生きなければならない。ほとんどの人にとって働く場の補償もない。こうした状況を見殺しした制度設計となっている」と年金受給の繰り下げについて質すと、大臣は「自ら選んでもらうために選択肢を拡大したもの。社会保険料や税負担増で（実質そんなに多く受け取れないと）の話もあった。トータルで自己責任も含めて選択するよう周知したい」と答弁しました。

感染症病床は減少している

行政評価局は改善に向けて対応を求めている

何の対応もせずに、公立公的病院の削減を行うことは許されない

感染症病床は、感染症法により国地方公共団体の責務として、「感染症患者が良質かつ適切な医療を受けられるよう、必要な措置を講ずるよう努めなければならない」（感染症法）と定め、基本指針で「医療提供体制の整備等の感染症対策に必要な整備な基盤を整備する責務を負う」（基本指針）としています。

しかし、1996 年から 2018 年までに病床数は、7,834 床も減らされています（次ページ表）。

厚労省は感染症病床の減は「感染症の患者の減によるもの」であり、必要数は満たしているとしていますが、2017 年総務省行政評価局の調査でも「基準数での患者等の受入れを危惧する指定医療機関が 23%あり、これを踏まえると受入れ可能な総病床数が基準を下回る都道府県が 75%ある」という驚くべき実態が明らかになりました。

さらに指定医療機関であっても「感染管理の観点から改善が必要とみられる事例がある」として「院内感染防止措置等が十分でない」と重要な指摘もしています。

公立・公的医療機関の再編統合のリストに 感染症指定病院が 24 病院含まれている

こうした調査結果をふまえて行政評価局は「指定医療機関における受入れ・診療体制・医療施設・設備の状況等の実態を把握し、改善にむけて的確に対応」するよう厚労省に勧告しました。

しかし勧告から 2 年以上経過した現在でも厚労省は「まだ調査の途中でまともではありません」（日本共産党・小池晃質問）などと回答し、何の対応もしてきませんでした。

感染症対策という国の危機管理にかかわる重要な課題を後回しにしてきた結果、新型コロナ感染をここまで拡大し、医療崩壊を招いたといえます。

公立・公的医療機関の再編統合のリストに 感染症指定病院が 24 病院が含まれています。再編統合計画を今すぐに中止・撤回し、国民の命と安全を最優先する医療体制の構築に舵を切るべきです。

	感染症病床数	人口 10 万人 対病床数
1996 年	9,716	7.7
1999 年	3,321	2.6
2002 年	1,854	1.5
2005 年	1,799	1.4
2008 年	1,785	1.4
2011 年	1,793	1.4
2014 年	1,778	1.4
2017 年	1,876	1.5
2018 年	1,882	1.5

■ 感染症指定医療機関（2017 年 4 月）

区分	機関数	感染症 病床数	
特定	4	10	成田赤十字、国立国際医セン、常滑市民 りんくう医セン
第1種	52	97	都道府県の区域ごとに1か所 2床
第2種	346	1735	2次医療圏ごとに1か所 その人口に応じた病床数とする ～30万人未満 4床 ～100万人未満 6床 ～200万人未満 8床 ～300万人未満 10床 300万人以上 12床

特定指定病床 は、4都府県4病院10床で(千葉、東京、愛知、大阪)国際空港の周辺部に整備されています。

第一種指定病床(エボラ出血熱・ペストなど日本に現在存在しない病原体に対応する) は、都道府県単位で2床が基準病床数ですが、5県(青森、栃木、千葉、宮崎、鹿児島)では1床のみの指定にとどまっています。

第二種指定病床(SARS・MERSなどに対応する) は、複数の市町村にまたがって医療圏をつくり、人口規模に応じた病床整備が基準となっています。しかし9県では基準病床に達していません。また、31医療圏には指定病床が整備されていません！

今後、発症患者が増加すると、他県からの入院要請を断らざるをえない状況も想定されます！「感染症指定病床」が満床となれば、一般病棟の個室に新型肺炎患者が入院せざるをえない状況となっています。