

政務活動報告書

令和5年7月5日

[会派名： 日本共産党]

| | | | |
|-------|---------------------------|-------|---------|
| 代表者氏名 | 三原 淳子 印 | 記録者氏名 | 藤川 美広 印 |
| 活動者氏名 | 三原 淳子 藤川 美広 | | |
| 活動日 | 令和5年5月11日(木)～令和5年5月12日(金) | | |
| 活動先 | オンライン受講 (ZOOM) | | |
| 活動目的 | 第62回市町村議会議員研修会参加 | | |

概要

◆1日目：令和5年5月11日(木) 10:00～12:00

第1講義

自治体をめぐる状況と自治体政策の焦点、統一地方選挙結果を踏まえて

講師 中山 徹 (奈良女子大学教授)

◆2日目：令和5年5月12日(金) 10:00～15:00

第2講義

全世代型社会保障構築政策と地域医療構造の再編

講師 寺尾 正之 (日本医療総合研究所・研究・研修委員)

第3講義

全世代型社会保障と介護保険制度改革

講師 林 泰則 (全日本民主医療機関連合会・事務局次長)

<詳細別紙>



4月に行われた統一地方選挙では、これまでの既存政党が議席を減らし、維新の会が議席を増やした。地方政治が変わる条件は、東京都杉並区の事例からも、20代、30代の世代が選挙に行くことだ。若い世代が投票に行くのは、変革や政治への期待感からなるもので、選挙に行っても変わらないと感じる場合は投票率も低い。なんだかおかしいなと感じながらもどうしていいかわからない。今のままでいいと感じる人もいるだろう。

<地方政治を変えるための3要件>

- ① 政策について、原因がどこにあるのか、どうすれば変えられるのか。
- ② 主体は、どのような政治勢力がのびれば、新たな政策が実行できるのか。
- ③ 方法、政策と主体を女性、若者にどう伝えるか。

<地方政治の政策的争点>

20年間の少子化・子育て支援の失敗。合計特殊出生率の目標と実態の乖離。人口が減少し30代の出産世代が減少、今後も人口は減り続ける。打開するためには、雇用の安定と賃金の上昇が必要だ。国の政策の見直しをすべき。同時に各地方自治体の実情に応じた政策、学校給食費無償化、保育士の確保、学童保育の充実、こども医療費無料化など。兵庫県明石市は少子化対策を重点的に進め、人口が増え、合計特殊出生率は1.56となった。

学校統廃合については、子どもの減少に合わせて統廃合を進めるのではなく、世界水準に合わせ少人数学級の実現に踏み出すべきだ。子どもの減少に合わせて学級人数基準の見直しをすることは、追加の財政負担もなく教育環境の改善になる。子どもにとっても教員にとっても環境が改善される。

<地方政治を変革する主体>

地方政治は国策の影響を受ける、同時に地方独自の問題もある。国政と地方政治の両者を視野に入れた取組が必要だ。大型公共事業の推進の一方で福祉・医療・教育の削減、公共性の放棄、市民の意見を聞かない姿勢。これらを変革するべきと考える者がそれぞれバラバラでは力を発揮できない。国政では野党がバラバラでは地方政治を変えることは困難。地方における野党共闘は国政と同じではないが、大きくは変わらない。

<新たな構造への対応>

大阪では維新が地域政策（大阪都構想、万博、カジノ）を示し、他地域では身を切る改革を掲げ具体的政策はない。大阪以外でこれ以上の進展が進むかは不明。維新が支持を受けているのは政治を変える政党と思われているからだが、政策はこれまでの自民党政治の強行で

あり本質は変わらない。

<地域を変えるのは地域の人>

地域政治をより住民のための政治に変えていくためには、国と地域の双方に働きかける必要がある。地域に働きかけることができるのは地域の人だけで、地方議員の役割は大きい。市民の声を基に必要な地方政策を具体的に提案できるように学び、行動していく。

三原 淳子

1、全世代型社会保障構築政策のポイントと自治体への影響

～全世代型の社会保障という言葉で進める政策は、世代間の対立を招きかねない危険性～

- ① 社会保障制度は常に私たちの生活と関連している。社会保障制度は高齢者のためだけにあるわけではなく、全ての世代に関わる。このまま高齢者関係の給付を削っていくと、その負担を担うのは誰なのか。家族や地域という私的なケアに頼らざるを得ないのではないか。公的サービスは負担と給付を直接関連付けないことによって成り立つという特性を持っている。
- ② 全世代型の社会保障という言葉で進める政策は、世代間の対立を招きかねない危険性がある。
- ③ 「高齢者向けの制度から財源として、子育てにもってくればいい」という考え方があるが、高齢期の社会保障を守るためにも、子ども・子育て政策・財源の充実を進めていかなければならない。「全世代型の社会保障への転換は、世代間の財源の取り合いをするのではなく、それぞれ必要な財源を確保することによって達成を図っていく必要がある」
- ④ 社会保障における能力に応じた負担という考え方は、財源の調達面に限るのであり、生活リスクに直面してニーズが顕在化し給付を受ける段階で、自己負担率に差を設けることは、社会保障の理念にそぐわない。

2、新たな地域医療構想が目指す医療提供体制の再編「医療の提供量の適正化」をめざす

- ① 2014年10月から「病床機能報告制度」が開始
一般病床・療養病床がある病院・有床診療所から報告された入院医療に関するデータを活用し、1617年に地域医療構想が策定され、病床再編・病院統合の具体的方策が検討・実施されている。
- ② 2022年から「外来機能報告制度」が開始
一般病床・療養病床がある病院や有床診療所は、自院の外来医療データを毎年度都道府県に報告することが義務付けられた。
- ③ 経団連「今後の医療・介護制度改革に向けて」（2021年10月12日）
2024年度に医療・介護の制度に大きな影響を与える中期的な計画が新たな始期を迎える。これに間に合うように制度改革を実行し、計画に反映すべき。
医療提供体制の効率化など「医療費そのものの伸びの抑制に優先的に取り組む」
- ④ 全世代型社会保障構築会議「議論の中間整理」（2022年5月17日）
地域医療構想について、第8次医療計画策定とあわせて、病院のみならず「かかりつ

け医機能」や在宅医療等を対象に取り込み、2040年に向けたバージョンアップを図る。

<厚生労働省が示した方針>

2040年頃を想定し、かかりつけ医機能を担う医療機関を含む外来医療に焦点を当てた「新たな地域医療構想」を各都道府県が2025年度に策定し、2026年度から稼働させる。高度急性期・急性期病床は2015～21年度に約6万1千床減少。今後も25年度までに両病床をさらに17万床減らす計画。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

- ① 患者を総合的・継続的に幅広く診る「かかりつけ医機能」を備えた「かかりつけ医」の役割はますます重要となる。1人の医師による対応から複数の医師が連携することまでかかりつけ医機能が発揮される様々な形について評価する仕組みが必要である。
かかりつけ医を決めるのは患者の権利であって、義務ではない。医療費抑制を目的とした制度化や法制化ではなく、患者が必要な時に必要な医療が受けられる医療へのアクセスを十分に確保し、医療の質向上の観点から検討すべきではないか。
- ② 財務省などは、複数の疾患を持っている高齢者が、一人の医師の受診で済めば医療費を抑えることができるという発想だが、それぞれの疾患の診療内容は変わらず、抑制できるのは初再診料くらいではないか。また、お薬手帳を確認すれば、重複処方することもない。
- ③ 財務省は、「レセプトデータ等を基にかかりつけ医機能の発揮の実態を『見える化』」し、地域ごとの外来「医療の提供量の適正化」を図ることを提言。
仮に、財務省が提言した、かかりつけ医の認定制や登録制が導入されるならば、開業医の選別と淘汰が進み、いずれは二次医療圏単位で、診療科ごとに外来医療を担う医師配置や人口当たりの医師数の定数管理にもつながっていきかねない懸念がある。

公立病院経営強化プランを策定

- ① 都道府県は公立病院経営強化プランを策定。各公立病院は2022年度中に経営強化プランを策定して、23年度にそれを都道府県で集約・検討し、第8次医療計画に反映させる
- ② この経営強化プランの特徴点は、病院の統合を含む「再編・ネットワーク化」を、病院間の役割分担と連携強化に主眼を置き換えたこと
・「再編・ネットワーク化」の文言が消え、代わりに「機能分化・連携強化」という目標ができた
・具体的には、①公立病院の役割機能を明確化・最適化し連携を強化する、②地域の中に基幹病院を設定し、そこに急性期機能を集約する。医師・看護師もそこに集中させる
・地域の中における基幹病院以外の公立病院は、回復機能や初期救急を担わせる

・広域における基幹病院一本化方針は、医療機能と医師の集約化を進めることになり、現在議論が起きている医師の偏在は、さらに強まるように思われる。

- ③ 住民や公立病院からの反発も大きく、コロナ禍における地域医療の実態からも、公立病院の統廃合をめざした再編・ネットワーク化をこのまま継続するということは難しいというのが総務省の判断
⇒住民の運動や自治体の声・要求を無視できなかったことも反映している。根本から転換はしていないが、軌道を見直したといえる。

改定感染症法の特徴点

- ① 公立・公的病院、地域医療支援病院、特定機能病院に感染症医療の提供を義務付ける
・民間医療機関には感染症医療への協力を求め、都道府県との事前協定の締結に向けた協議に応じる義務を課す
- ② 感染流行時、協定に沿って対応できていない場合、都道府県が勧告・指示、病院名の公表をできるようにする⇒病床はあっても医療従事者の人手不足で患者の受入れが進まないなどの問題は深刻な状況のまま。「医療を守るのはベッドでなく人」

感染症法上「5類」へ移行—「コロナウイルス感染症 2019」

- ① 外来診療は、どう変わる
- ・5類移行後は、「発熱外来」（全国で約4万2,000の医療機関）が無くなるため、季節性インフルエンザ同様、自分でどの医療機関に行くか選ぶことになる
⇒院内感染対策を実施している医療機関を選ぶことになるが、「かかりつけ患者」以外にも受け入れる医療機関と、「かかりつけ患者」に限定する医療機関がある
 - ・5類移行後の外来診療は、全国の約6万4,000の医療機関で受け入れる体制を目指す
⇒季節性インフルエンザの検査をシーズン中に1人でも行った医療機関の数
 - ・今までコロナ患者を診療してこなかった医療機関が、突然、対応を依頼されても混乱すると考えられる。インフルエンザに準じた対策に加えて、患者同士の距離や動線の確保、換気、消毒などの対策をとってもらうなど、公的支援も行って協力する医療機関を段階的に増やすことが必要。
- ② 入院医療は、どう変わる
- ・5類移行後は、全国に約8,300あるすべての病院・有床診療所で受け入れる体制を目指す。特に、高齢者の退院に向けたリハビリなどの支援を行う「地域包括ケア病棟」での受け入れを積極的に推進する方針。
 - ・新型コロナ入院患者を受け入れる病床を確保した医療機関を補助するための「病床確保料」は、大学病院など特定医療機関の一般病床は1日1床当たりの上限は7万4,000円だったが、5類に移行後、9月末をめぐりに3万7,000円に半減する。
 - ・コロナ病床を確保する際に、周囲で使用を控えていた「休止病床」にも病床確保料が

支払われてきたが、病床確保料が支払われる「休止病床」の範囲を半分に減らす。

・防護服やマスクなど感染対策のための消耗品や検査、コロナの重症患者に対応する集中治療室の運用など、病院には日常の診療を行う以上の負担がかかるので、引き続き、国が公的支援する仕組みを維持する必要がある。

2024年度は6年ぶりの診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬のトリプル改定

① 『『治す医療』を担う医療機関と、『治し、支える医療』を担う医療機関の役割分担を明確化する』（社会保障審議会・医療部会の「医療提供体制の改革に関する意見」22年12月28日）

⇒「治す医療」とは急性期機能としており、既に2022年度診療報酬改定で一定の方向が示された。「治し、支える医療」はそれ以外の回復期、慢性期機能への再編と捉えられる。

② 2024年度改定のテーマは、「治し・支える医療」になる見通し

・慢性期や在宅医療などの課題では、医療と介護両方を必要とする人に対して、必要なサービスが途切れることなく提供できる仕組みが求められている。

・医療には『生活者の視点』、介護には『医療の視点』を入れた見直しを進めていく方向

・要介護者や高齢者に対する医療・介護給付を見直す6年に1度の機会とされている

③ 2024年度改定の背景

・2025年に向けて地域医療構想を推進するとともに、医療介護総合確保促進会議による「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」が取りまとめられる

・2024年度から医師の働き方改革が実施される・医療DX（デジタルトランスフォーメーション）の取組みが進められている

④ 厚生労働省では現在、同時改定に向けた意見交換会を行っている。取り扱うテーマとして9項目を示した

・訪問看護など医療・介護が重なり合う領域、医療・介護の連携の部分を中心に見直ししていく方向

・増加する認知症への対応や人生の最終段階における医療・介護の在り方、訪問看護などがテーマに挙がっている

・特養で実施されている多床室の室料徴収を老健施設、介護医療院にも広げることは、介護報酬改定で検討される。

3、医療DXのねらいと現状、背景

健康保険証を廃止し、マイナカードによる資格確認（電子資格確認）を基本とする

① マイナンバー法でマイナカードの取得は任意原則（申請主義）である。そのためマイナカード取得しない被保険者（国民）、マイナカードは取得しているが保険証登録を行っていない被保険者（国民）は多く存在する

- ② 健康保険証の交付義務は、国民皆保険制度の根幹である
 - ・法令上、保険者には被保険者証の交付義務（健康保険法施行規則第 47 条）、保険医療機関等には「療養の給付」（健康保険法第 63 条）の際に、被保険者の資格確認が義務付けられている
 - ・健康保険証が廃止されると「無保険扱い」が発生し得る。医療アクセスが妨げられる事態になる
- ③ 「交付義務」から「申請主義」へ大転換することは、被保険者（国民）に大きな不利益をもたらす
 - ・「マイナ保険証」はマイナカードを申請・取得し、保険証登録をしなければならない
 - ・「マイナ保険証」による「資格確認を受けることができない状況にあるとき」は、保険者に「資格確認書」の交付を申請しなくてはならない
 - ・申請漏れなどで無保険者をつくってしまう、皆保険制度からこぼれ落ちる国民が生み出され得る（要介護高齢者、在宅高齢患者など）
- ④ 「保険料滞納世帯主等」となると、特別療養費の対象となる。従来の資格証明書や短期保険証がなくなり、償還払いのハードルが下がる懸念がある
 - ・従来の自治体窓口での分納相談などがより厳しくなるとともに、国保加入世帯の生活を全く見ようとしない行政がさらに形成されることにもつながる。

マイナ保険証のここが危ない

- ① マイナンバーカードの IC チップ内には「本人確認機能」である「利用者証明用電子証明書」が備わっている。この電子証明書の発行番号は、マイナンバーそのものを使わないので特定個人情報（利活用範囲が制限されている）には該当しない。このため、マイナンバーカード（IC チップ内の電子証明書の発行番号）を健康保険証として利用している
 - ・また、IC チップ内には、「空き領域」があり、「民間も含めて幅広い利用が可能」とされている。あらゆる個人情報を集めることができ、マイナンバーカードが「情報の中央集権化」が可能なツールとなる。
- ② 役所から交付されたマイナカードは、そのままでは保険証として利用はできない。事前に自分で政府が運営する「マイナポータル」にアクセスして、「健康保険証としての利用申し込み」の登録を行う
 - ・登録するにはマイナンバーカードの電子証明書パスワード（4 桁の暗証番号）が必要で、原則本人が管理しなくてはならない
 - ・パスワードを忘れてたり、何回か間違えたりすると使えなくなってしまう（政府は 2 回目以降の「暗証番号の入力なし」を認める方針を示す）
- ③ マイナンバーカードを保険証として登録するマイナポータルは、2017 年に開設された政府が運営するウェブサイト

・マイナポータルから自分の医療情報を過去にさかのぼって見られるのがメリットだと宣伝されているが、本人のカルテ（診療録・診療記録）と情報共有はされていない。医療情報が共有されるのはレセプト（ひと月の診療にかかった費用をまとめたもの）情報なので、例えば、5年前にガンで手術をした経過が、別の医療機関でわかるようにはなっていない

・過去に処方された薬の医薬品名や用法・用量が見られるのは3年分の情報だけ（紙の「お薬手帳」のほうがずっと便利）

- ④ 健康保険証は期限が切れる前に、申請しなくても自動的に新しい保険証が自宅に送付される。ところがマイナ保険証は、期限切れの前に役所などの窓口に行って手続きしないと使えなくなる。定期的な更新手続きによる手間が増大するだけでなく、手続き完了までの間、本人確認ができなくなる。その場合、原則、医療費は全額自己負担となってしまうことになる

・マイナカードの電子証明書の発行番号には有効期限があり、期限が切れると、たとえば保険料を納めていても保険証として使えなくなる。電子証明書は5年（自身の誕生日）ごとに更新しなくてはならない。また、マイナンバーカード自体も10年（自身の誕生日）ごと、未成年者は5年（自身の誕生日）ごとに更新する必要がある（政府は「代理申請・代理交付」の要件を緩める方針を示す）

⇒申請が急増したのは、2022年9月末、22年12月末、23年2月末の3回・マイナ保険証を紛失したときは、デジタル庁コールセンターに連絡した上で、最寄りの警察署に遺失物届出を提出する。役所に再発行の申請を行うが、手数料として1,000円がかかる

- ⑤ 医療機関に受診した際、健康保険証は月初めに一度、受付に出すだけで済みますが、マイナ保険証は受診のたびに、受付にある専用機器（顔認証付きカードリーダー）に自らカードを置いて、本人確認方法を選ぶ。「顔認証を行う」を選んだ場合、自身の顔を撮影して本人確認が行われ、「情報提供の同意」（診療・薬情報、特定健診情報）の2つの画面にタッチしなくてはならない

・高齢者など不慣れな人や認知症の人、障害がある人が、自力でマイナ保険証を使うのは困難で、医療機関の職員に手助けを求めた場合、本人以外がマイナ保険証と接触するのは避けられない

・オンラインでしか本人確認ができないシステムは、大規模な災害やシステム障害によるトラブルに巻き込まれた場合、大きな混乱が発生することになる。

デジタル化はあくまで手段—マイナンバーカードとマイナポータル利用を前提とした急激な医療DXではなく、まず医療DXのグランドデザインを十分に議論すべき

- ① 医療情報のデジタル化と利活用ばかりが先行し、国民・患者が置き去りにされている
- ・医療情報は利活用の仕方によっては、個人に対する不当な差別、偏見その他の不利益が生じる懸念や不安が大きくなる可能性がある

・医療情報の利活用がなぜ必要となるのか、国民・患者にはどのようなメリットがあるのか、またどのようなリスクがあり、それにはどういった対策がなされているのかについて、しっかりと説明し、合意を得ていくことが重要となる

- ② 医療情報の利活用は、データ保護という信頼の上に成り立っている。情報を受け取り、集積する側（企業や国など）が、何に利用しているのか、誰が監督するのか、透明性を確保することが不可欠

⇒自分のデータの使われ方をコントロールできる権利など、国民・患者のプライバシー権、人権を守る仕組みが求められる

⇒個人情報保護委員会の年次報告では、2017～21年度の5年間で少なくとも約3万5000人分のマイナンバーに関連する情報の紛失、漏えいがあった

- ③ 医療情報が十分に保護されたうえで、幅広い治療結果のデータを連携

- ・分析して、効果的な治療に役立てることで、高度で良質な医療が普遍的に提供される
- ・組織、人、技術の3つの側面から個人情報・人権を守り、国民・患者の信頼感、安心
- ・安全を確保することが必要
- ・医療をどのようにより良い方向に向かわせるのか、医療の将来ビジョンを示すべきである

以上のことから、自己責任や家族・地域の助け合いでは解決しないからこそ、社会保障の政策と制度がつけられてきた。社会保障を自己責任や家族・地域の助け合いに置き換えることは、公的責任を曖昧にすることになる。「公助」＝「お上が助けてあげよう」という発想「日本国憲法に生存権が規定されて以降、日本の社会保障制度は大きく発展し、さまざまな仕組みが整備されてきた」

個人の一生のなかで、誰もが経験する幼年期や高齢期等に共通するリスクをあらかじめ防ぐのが社会保障の役割であり、社会保障は「生涯型」で、次世代の人たちに安心な社会を受け渡すことが重要である。

国民のいのち・健康を守るためにも、国民皆保険の基本的理念である「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」ことが必要である。土台となるのは、「国の社会保障支出」と「所得再分配機能」の抜本強化である。

地域社会の持続性を確保し、地域に住む人々が安心して暮らすために、医療・介護・福祉・公衆衛生は、住民の生活を支える基本インフラの役割を担っており、いのちと健康を守る“地域の砦”である。地域医療は面で支えられているが、医療体制に余力がないと「感染症有事」には備えられない。効率一辺倒ではなく、感染拡大がいつ起きても対応できるように、地域の実情を踏まえた「余力と備え」のある医療・介護・福祉・公衆衛生体制を整備しておくことが必要。人によってつくられた政策は変えられる。理不尽な政策は変える、改善する。地域や現場で起こっている「事実の重み」、当事者のリアルな声を的確にどのように伝え、声を上げる人の裾野をどう広げるかが大切であると学んだ。

藤川 美広

第3講義 全世代型社会保障と介護保険制度改革

－介護保険制度をめぐる動向と今後の課題

全日本民医連事務局次長 中央社保協介護障害部会部員 林 泰則

介護保険制度の目的と特徴

【第一条（目的）】この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

■ 「措置」（老人福祉法）から「契約」（社会保険方式）へ

- サービスを受ける「権利が明確」になる（…権利性の担保）
- サービスの自由な「選択が可能」になる（…選択の自由）
- 競争を通して「質の向上」を図ることができる（…質の確保）

■ 「地方分権の試金石」

＝「住民のニーズに応え、地域の間で切磋琢磨することで、介護サービスの基盤が充実していくことが期待される。制度をどのように運営し、また魅力あるものにしていくか、市町村の取り組みが注目されるところであり、まさに地方分権の試金石と言えよう」

平成12年（2000年）版「厚生白書」

他方で、深刻な介護困難が生じている現実

- 経済的な事情で必要な介護サービスを利用できない・減らさざるを得ないケースが後を絶たない…「保険あって介護なし」「カネの切れ目が介護の切れ目」
- 家族の介護を理由とする「介護離職」は高止まり
- 事業所では…慢性化する人手不足と経営難

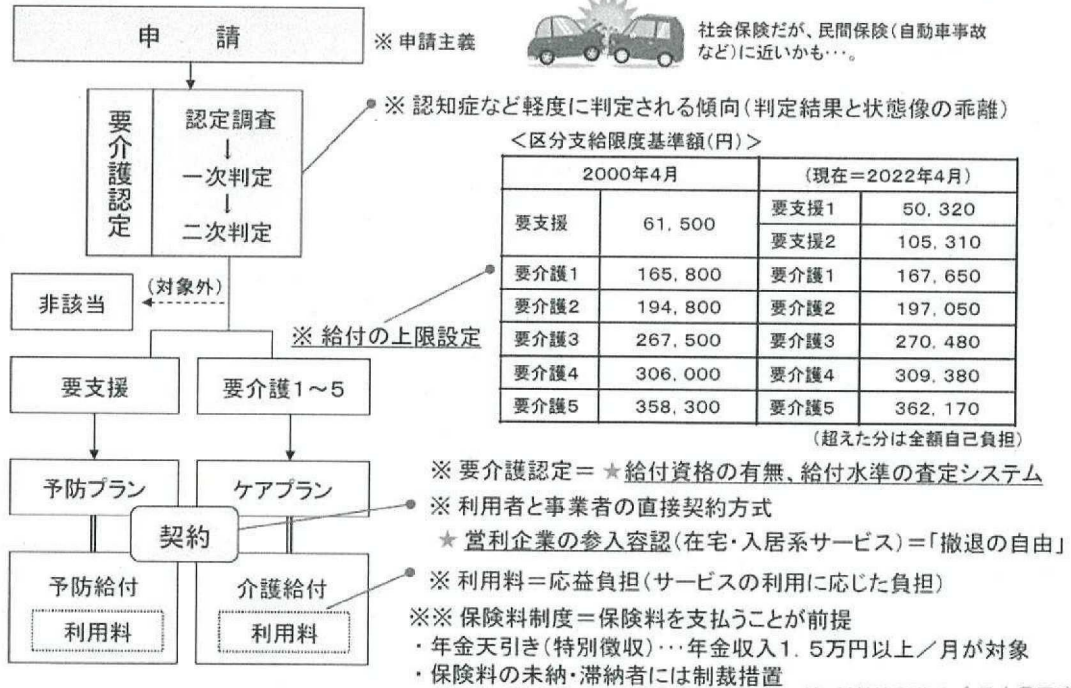
なぜこんな事態になってしまったのか。

- ① 利用者、事業者にとって、「構造的欠陥」とも言うべき、サービス利用を抑制する様々な仕組みを組み込んで設計され、
- ② 制度の施行後は、相次ぐ制度の見直し（改悪）が重ねられたことによって、こうした「構造的欠陥」が増幅し続けてきた。

介護保険のしくみ…サービス利用に至るまで



利用までの流れ(2000年4月時)



Y-HAYASHI @ 全日本民医連

介護保険の制度設計-収支均等原則の徹底追求

- 「収支相当原則」を中心とした「保険原理」を強化…徹底した「コスト管理」
 - ・「収入」=介護保険料と給付費を「均等」させることを常に追求
 - ・「支出」=介護給付費⇒「制度の持続可能性の確保」
- 介護給付費(支出)…できるだけ抑制!(=様々な給付抑制「装置」の組み込み)
 - ・応益負担(サービス利用に応じた利用料)、要介護認定・給付の上限設定など
- 介護保険料(収入)…確実に徴収、未納・滞納は許さない!
 - ・原則年金からの天引き…「特別徴収」(年金収入月1万5000円以上)
 - ・未納・滞納に対して、給付の減額などのペナルティ措置(罰則)の実施
- ※ 未納・滞納者=年金天引きとならない「普通徴収」者(1万5000円未満)
- 介護給付費と介護保険料が直接連動する財政の仕組みを導入
 - ・「介護サービスを拡充⇒保険料上昇」「保険料引き下げ⇒介護サービス縮小」
 - ・介護を充実させるか・保険料を引き下げるか=二者択一が常に強いられる制度
- 社会保険ではあるが、「社会原理」よりも「保険原理」を重視するしくみ
 - ・「社会原理」=責任主体としての国と資本、低所得者等の負担軽減、必要な給付が保障される必要充足原則

利用者負担の見直し—利用料、居住費・食費（補足給付）

■ 利用料負担

● 2015年8月より（2014年法「改正」）年金280万円（単身）⇒1割から2割へ

● 2018年8月より（2017年法「改正」）現役並所得者（単身で年金344万円以上）⇒2割から3割へ

■ 施設等での居住費・食費負担

● 居住費・食費負担の自己負担化（2005年10月～）

・「補足給付」導入（市町村民税非課税世帯を対象にした負担軽減制度）

● 補足給付の見直し（2014年8月～）

・資産要件の導入（一定額の貯金があれば対象外—単身で1000万円以上）

・配偶者要件の導入（世帯分離しても配偶者課税であれば対象外）

● 補足給付の見直し（2021年8月～）

・資産要件の見直し（所得段階に応じ、500万、550万、600万に引き下げ）

・食費の引き上げ（施設—第3段階②）：月2万2000円の引き上げ、など）

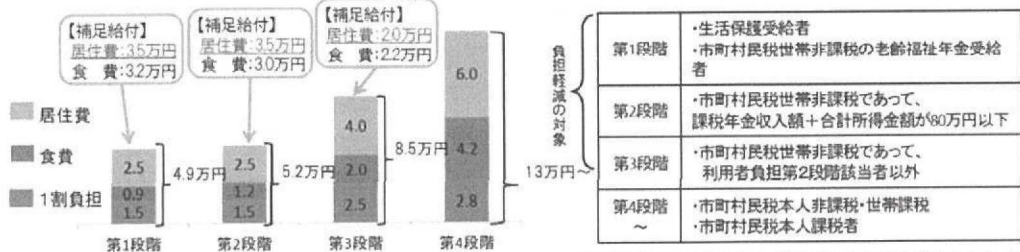
■ 高額介護サービス費の基準額引き上げ（2021年9月～）

・「一般」：37,200円→44,400円

補足給付の見直し①（2015年8月）—資産要件などの導入

- 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。
- 福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。

<現在の補足給付と施設利用者負担> ※ ユニット型個室の例



(※) 認定者数：121万人、給付費：3165億円[平成29年度]

<要件の見直し>

- ① 預貯金等 → 一定額超の預貯金等（単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超）がある場合には、対象外。→本人の申告で判定。金融機関への照会、不正受給に対するペナルティ（加算金）を設ける
- ② 配偶者の所得 → 施設入所に際して世帯分離が行われることが多いが、配偶者の所得は、世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外
- ③ 非課税年金収入 → 補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金（遺族年金・障害年金）も勘案する

①、②：平成27年8月施行、③：平成28年8月施行

補足給付の見直し②（2021年8月）－資産要件・食費の見直し

【1】資産要件の見直し

| 補足給付段階 | 資産要件 | | | |
|--------|----------|----------|--|---|
| | 現行 | 見直し案 | | |
| 第1段階 | 1000万円以下 | 1000万円以下 | → (基準額超え) → 補足給付の対象外 <貯金を取り崩して入所継続> | |
| 第2段階 | | 650万円以下 | | |
| 第3段階 | | 第3段階① | 550万円以下 | → (基準額内) → 補足給付の対象 <収入によっては食費の負担増> |
| | | 第3段階② | 500万円以下 | |

【2-1】食費の見直し＝施設(特養多床室の場合)の居住費・食費・利用料・介護保険料の負担合計月額

| 補足給付段階 | 収入要件 | | | 利用者数(2019・3) | |
|--------|-------------------------|-------|---------------------|-----------------------|--------|
| | 現行 | 見直し案 | 負担月額 | | |
| 第1段階 | 生活保護被保護者等 | 現行どおり | 2.6万円(変更なし) | 3.1万人 | |
| 第2段階 | 世帯全員が市町村民税非課税本人年収80万円以下 | 現行どおり | 4.0万円(変更なし) | 17.5万人 | |
| 第3段階 | 世帯全員が市町村民税非課税本人年収80万円超 | 第3段階① | ①本人年金収入80万円超120万円以下 | 5.9万円(変更なし) | 31.4万人 |
| | | 第3段階② | ②本人年金収入120万円超 | 5.9万円～8.2万円(食費+2.2万円) | |

【2-2】食費の見直し＝短期入所(ショートステイ)

| 補足給付段階 | 現行 | 見直し後 | | 受給者数 |
|--------|------|-------|-------------|-------|
| 第1段階 | 300円 | 第1段階 | 300円 現行どおり | 0.6万人 |
| 第2段階 | 390円 | 第2段階 | 600円 +210円 | 2.8万人 |
| 第3段階 | 650円 | 第3段階① | 1000円 +350円 | 5.7万人 |
| | | 第3段階② | 1300円 +650円 | |

特養入所対象の見直し(2015年)－原則中重度(要介護3以上)に限定

<特例入所の要件(勘案事項) ⇒ 判定手続きにおいては、市町村の適切な関与が必要

- ① 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること
- ② 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること
- ③ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること
- ④ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること

★ 「指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針について」の一部改正について(2023年4月7日)「①～④に掲げる、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由がある状況などが考えられること」

介護保険が直面している「3つの危機」

① 制度の機能不全(=保険あって介護なし)【サービス】

必要なサービスを利用できない(利用させない)

- ・利用料負担が困難で、必要なサービスを利用できない、減らさざるを得ない

・費用負担が可能でも利用できない（特養の入所制限、総合事業など）

・「介護の社会化」⇒「介護の再家族化」「介護の市場化」

② 現在も、さらに将来も見込まれる深刻な人手不足【ヒト】

・「負のスパイラル」から抜け出せない“人手不足→業務の過密化・労働環境の悪化→離職→人手不足”

・介護の担い手を確保できず、事業（制度）を続けることが困難に

・政府の対策では、人手不足の根本的な解消は困難（不十分な処遇改善など）

③ 介護保険料の高騰による支払い困難＝財政破綻のおそれ【おカネ】

・高齢化の進展→介護需要・介護給付費の増加→介護保険料の引き上げ2000年（介護保険開始時）：2,911円→第8期（2021年～）：6,014円

・増大する介護給付費に対応して保険料を引き上げることが困難に（年金引き下げなど、高齢者の経済状況の悪化、保険料の引き上げは限界）

「利用者＝生活の危機事業者＝事業継続の危機介護従事者＝働き続けることの危機！！」

また、コロナ禍は、政府によるこれまでの給付削減一辺倒の制度改革が、いかに介護サービス基盤を脆弱なものにしてきたかを浮き彫りにした。

● 施設内の陽性者が入院できず留め置き（施設内療養）に。必要な治療を受けられずに死亡に至るケースが多発

● 多くの職員が感染・濃厚接触で出勤できず厳しい勤務体制、疲弊する職員、ケアの質を落とさざるを得ない事態に

● 在宅では、医療逼迫で119番が繋がらず、担当ケアマネジャーが消防署に駆け込んで対応したケースあり

● 利用控えや大規模クラスターによる深刻な減収、物価高騰が加わり、このまま事業を存続できるか不安視する声

★ ウイルス感染による「コロナ禍」、政府の無責任・成り行き任せの対策による「コロナ対策禍」

そんな中で、利用者や事業者をさらに苦しめる「介護改定」が発表された。

● 被保険者範囲・受給権者範囲＝被保険者の年齢（現在40歳以上）の引き下げ

● 補足給付に関する給付の在り方＝補足給付（施設等の居住費・食費の負担軽減制度）の資産要件に不動産を追加、マイナンバーの活用

● 多床室の室料負担＝特養で実施されている多床室の室料徴収を他の施設（老健施設、介護医療院）に拡大

● ケアマネジメントに関する給付の在り方＝ケアマネジメントへの自己負担導入

● 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方＝要介護1、2の生活援助等を総合事業に移行

● 「一定以上所得」「現役並み所得」の判断基準＝基準額を引き下げて利用料2割負担、

3 割負担の対象者を拡大

- 1号保険料負担の在り方＝高所得高齢者の介護保険料引き上げ

「新しい資本主義」と全世代型社会保障改革－「検討会議」から「構築会議」へ－

■ 「新しい資本主義」とは何か

- 2021年総裁選・首相就任時

- ・「新しい資本主義」の構築を提唱－小泉構造改革以降の新自由主義的政策の転換を図る
- ・分配を重視、成長と分配の好循環を実現、所得倍增計画・金融所得課税等を検討する↓

- 「骨太方針2022」（2022年6月）

- ・“まず成長”－アベノミクス「3本の矢」を一言一句違えずに盛り込む

- ・社会保障…① 全世代型社会保障② 社会保障分野における経済・財政一体改革の推進

- 新しい資本主義実現会議「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画」（2022年6月）

※ 「新しい資本主義実現会議」＝成長戦略会議（菅政権）を廃止、その後継組織

* 成長の果実が適切に分配され、次の成長への投資に回らなければ更なる成長は生まれない

* 分配は「コスト」ではなく、経済成長への「投資」。人（＝人的資源）への「投資」を重視

★ 「新しい資本主義」

＝新自由主義批判を意識しつつ、新自由主義を補完し、社会課題をテコにさらに強化を図るエセ「脱」新自由主義（新自由主義が生み出してきた困難・矛盾を新自由主義の強化で突破する）

- 「全世代型社会保障構築会議」（2021年12月）を設置

- 「新しい資本主義実現会議」のもとに設置

⇒ 社会保障制度改革が経済成長戦略の課題に（企業負担の軽減、社会保障の「産業化」）

- 既存の機構（審議会など）で検討課題に挙がっていないことを持ち込む役割

…高所得高齢者の保険料引き上げ（介護保険、国保、後期高齢医療）

全日本民医連・緊急影響調査結果

（1） 利用料の新たな引き上げが実施されれば、施設入所や在宅サービス利用の継続に深刻な困難が生じる利用者・家族が出現することが予測される。利用者の身体的・精神的状態の悪化、家族の介護負担・経済負担の増大など、本人・世帯の生活の質の後退をもたらすことになる。

（2） 調査時点で「負担可能」と回答していても、加齢とともに利用するサービスを増やしたり、施設に入所することになった際、利用料の負担が今までどおり続けられるのかどうか、多くの方が将来に強い不安を抱いている。

(3) 利用料が2割になっても、様々な事情により「施設を退所できない」「在宅サービスの利用を減らせない」方が相当数おり、食費や外出の機会を減らすなど本人・家族の生活を切り詰めることで利用料を捻出し、入所・利用を継続すると回答している。利用サービスの増減などの外見では測れない、「顕在化しない困難」が広がることが予測される。

これらのことから、介護保険の立て直しは急務であり、これ以上の制度の後退を決して許してはならない状況であることが分かる。

「介護する人、受ける人がともに大切にされる制度へ」

【1】<負担増・サービス削減の見直し中止>

介護保険の利用に新たな困難をもたらす利用料の引き上げ、要介護1・2の生活援助などの保険はずし、ケアプランの有料化、貸与の福祉用具を購入に変更するなどの見直しを行わないこと

【2】<処遇改善・職員体制の強化>

全額公費により、すべての介護従事者の給与を全産業平均水準まで早急に引き上げること、介護従事者を大幅に増やし、一人夜勤の解消、人員配置基準の引き上げを行うこと

【3】<コロナ対策強化>

利用者が安心して介護を受けることができ、介護事業所・従事者が不安なく介護を提供できるよう、新型コロナウイルス感染症対策を強化すること

【4】<介護保険の抜本の見直し・国庫負担の引き上げ>

介護保険料、利用料、食費・居住費などの負担軽減など、介護報酬の改善など、介護保険制度の抜本的な見直しを行うこと。介護保険財政における国庫負担の割合を大幅に引き上げること。

高齢化の進展に伴い、介護の需要は今後いっそう増大していきます。いま必要なのは、創設時に立ち返った介護保険制度の立て直し＝「再設計」です。憲法25条を土台にすえ、介護が必要な時に必要なサービスが保障される「必要充足の原則」を貫いた「本来の社会保険」へと転換し、いのちと健康を守ることが最も重要であると学んだ。

藤川 美広