

東京社保協第2回常任幹事会 資料集



2022年5月19日(木) 東京労働会館5階会議室

- 01～19 中央社保協第10回運営委員会報告
- 20～26 人権としての医療・介護東京実行委員会 資料
- 27 生存権裁判を支える東京連絡会 総会案内
- 28～33 東京高齢期運動連絡会 資料
- 34～35 生活保護受給者マイナンバーカード取得通知(江戸川区)
- 36～38 都立病院の充実を求める連絡会 ニュース
- 39～41 外科医師を守る会 資料
- 42～48 東京社保協第52回総会 討論要約
- 49～57 全世代型社会保障構築会議 資料
- 58～73 財政制度審議会 資料
- 74～78 国会署名提出行動関係
- 79～85 75歳以上医療費窓口2倍化中止関連 資料
- 86～87 後期高齢者医療保険料 資料
- 88～89 子どもの国保料軽減 国会速記録



2021年度中央社保協第10回運営委員会

2022年5月11日（水）13時半～
日本医療労働会館会議室+オンライン会議

【出席確認】

○代表委員

住江（保団連） 山田（民医連） 前田（全労連） 鎌倉（医労連）
窪田（東京） 安達（大阪）

○運営委員

白沢（山崎）（障全協） 日野（新婦人） 中山（宇野）（全商連）
西野（全生連） 藤原（農民連） 民谷（福祉保育労） 村田（全教）
（建交労） 高山（年金者組合） 五十嵐（医労連）

上所（保団連） 梅津（共産党） 大門（国公労連）

小泉（自治労連） 山之内（医療福祉生協連） 久保田（民医連）

沢野（北海道） 高橋（宮城） 川嶋（埼玉） 藤田（千葉）

窪田（東京） 根本（神奈川） 藤牧（石川） 小松（愛知）

寺内（大阪） 楠藤（徳島） 西村（福岡）

○事務局

山口、是枝（事務局）、名嘉（保団連）、山本（民医連）、
寺園（全労連）、林（医労連）

<報告事項>

3月 30日（水）第9回代表委員会

31日（木）いのちくらし社会保障立て直せ行動事務局会議

4月 1日（金）25条共同行動事務局会議

消費税導入33年 全国一斉宣伝行動

4日（月）いのちくらし社会保障立て直せ行動打ち合わせ

地域医療を守る交流集会実行委員会

国保部会

5日（火）介護打合せ

税研集会実行委員会

6日（水）第9回運営委員会

介護・障害者部会

定例国会行動

8日（金）全労連社保闘争本部

9日（土）大阪弁護士会 生活保護シンポジウム

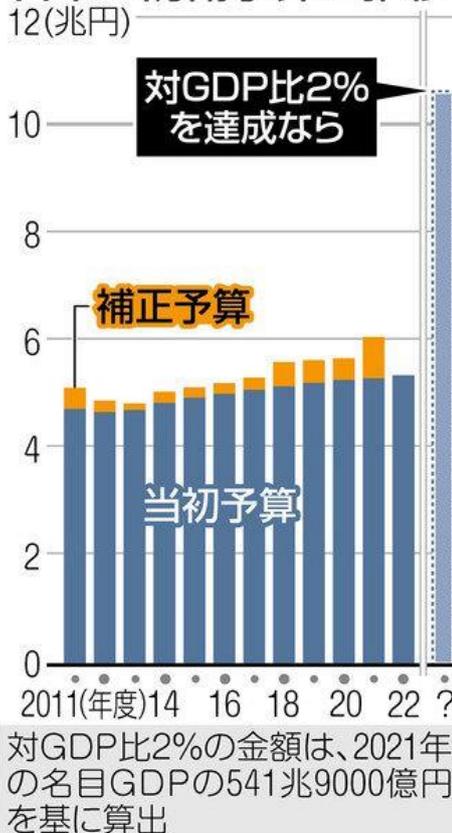
- 12日(火) 社保誌「憲法特集号」打ち合わせ
- 13日(水) 社保誌憲法特集号校正
山梨県社保協学習会
- 14日(木) 社会保障拡充「4」の日宣伝行動
・参加 17人(全労連、日本高齢期運動連絡会、全商連、中央社保協、東京民医連、東京土建、東京医労連、東京地評、東京社保協)
・署名 いのち署名、都立病院 計10筆
・ティッシュ 800個配布
・アピール ①東京社保協、②東京医労連、③東京民医連、④日本高齢期運動連絡会、⑤全労連
- 15日(金) 年金支給日宣伝行動
- 16日(土) 東京社保協総会
- 17日(日) 介護シンポジウム
- 18日(月) 近畿ブロック会議
75歳二倍化中止推進会議
- 19日(火) 社保誌憲法特集号再校
- 20日(水) 定例国会行動
マイナンバー反対連絡会議代表者会議・学習会
- 21日(木) 75歳二倍化中止署名提出国会行動
25条共同行動事務局会議
介護7団体打ち合わせ
- 22日(金) 社保誌憲法特集号責了
- 23日(土) 高知県社保協総会・シンポジウム
- 25日(月) いのちくらし社会保障立て直せ一斉行動・75歳二倍化中止一斉宣伝行動
75歳二倍化中止宮本徹議員・懇談
国保部会
- 26日(火) 次長会議
- 27日(水) 第10回代表委員会
- 28日(木) 国会議員要請・懇談(75歳二倍化中止)
国会議員要請・懇談(介護改善)
いのちくらし社会保障立て直せ一斉行動打ち合わせ
- 5月 1日(日) 第93回メーデー
- 3日(火) 憲法集会
- 9日(月) 国会議員要請・懇談(介護改善)

ロシアのウクライナ侵攻を受け、政府・自民党は防衛費の大幅増を目指し、政府が検討する敵基地攻撃能力の保有を視野に、自民党安全保障調査会は、現在の国内総生産（GDP）比1%程度から2%へ引き上げる案を今後の論点整理としています。2%なら米国と中国に次ぐ規模になり、憲法が掲げる平和主義の理念が一層、形骸化することになります。

岸田文雄首相は4月8日の記者会見で、ウクライナ侵攻を受けた日本の防衛力について「あらゆる選択肢を排除せず検討し、スピード感を持って抜本的に強化していく」と明言。

防衛費を巡っては、1976年に1%枠を超えないとする方針を閣議決定。86年に撤廃されますが、1%程度で推移してきました。安倍政権以降、増額が続き、当初予算で2022年度まで8年続けて過去最大を更新。本年度当初予算で約5兆4000億円となっています。

日本の防衛予算の推移



(3) 総務省「公立病院経営強化ガイドライン」～病院統廃合を軌道修正 (赤旗 5/7 付け抜粋)

総務省は、2007年に「公立病院改革ガイドライン」、15年に「新・公立病院改革ガイドライン」を策定し、公立病院の「赤字解消」や「再編・ネットワーク化」の名による病床削減・病院統廃合の号令を自治体にかけてきました。とくに厚生労働省が16年の「地域医療構想」で高度急性期・急性期病床の20万床削減計画を打ち出して以後は、「新・公立病院改革ガイドライン」と「地域医療構想」を「整合」させながら公立病院の整理・淘汰（とうた）を求めてきました。

注目すべきは公立病院「改革」に向けた方針文書の“第3弾”にあたる「経営強化ガイドライン」が、「改革」の重点を「赤字解消」から「経営強化」に変更したことです。

「再編・ネットワーク化」の文言をなくす代わりに「病院間の役割分担・連携」を強調。「改革」のための国の財政措置も、「複数病院の統合」を前提に施

設整備費などを補助する従来のやり方から、「不採算地区病院」を維持しつつ、基幹病院から医師を派遣したり、救急体制の連携を行ったりする場合も支援対象とするなど、“統廃合ありきではない”やり方に変えるとしています。

軌道修正について総務省は「感染拡大時の公立病院の役割が改めて認識された」と説明しています。背景に、コロナ危機のもとでも病床削減・病院統廃合を進める政府への世論の批判があることは明らかです。

一方で、「経営強化ガイドライン」は引き続き、公立病院の民営化など「経営形態の見直し」や、医療機能の「集約化」の検討を自治体に迫っています。

厚労省は「地域医療構想」を堅持し、400超の公立・公的病院を統廃合の対象として名指ししたリストも撤回しない立場です。高度急性期・急性期病床の20万床削減計画や、病床を減らした病院に消費税収を使って補助金を出す「病床削減給付金」の仕組みも手付かずです。

地域医療構想による急性期病床削減の計画はやめ、拡充に切り換えることこそが求められています。

(自治労連速報参照)

(4) 経済安保法案、参院内閣委員会で可決 11日にも成立 法案の秘密特許制度 産業発展を阻害

岸田内閣が看板政策の一つに据える経済安全保障推進法案は10日午前、参院内閣委員会で採決が行われ、与野党の賛成多数で可決。11日にも参院本会議で可決、成立する見通し。

法案は、重要物資の供給網(サプライチェーン)強化▽基幹インフラの安全確保▽先端技術開発での官民協力▽核や武器開発につながる特許情報を非公開にする制度の新設——の4本柱で構成。安全保障上重要な物資を安定調達するための財政支援といった民間支援と、民間が導入する機器や部品の仕入れ先などを国に報告させる規制の側面があり、どこまで規制の対象にするかは政令や省令で決めるとしています。

法案は、日本を軍事・経済の両面で米国の戦略に組み込むものであり、盛り込まれている秘密特許制度は、「日本の産業発展を阻害する」と指摘されています。「軍事企業の促進、軍、産、学の軍事複合体に道を開くもの」と批判されています。

(5) 国保料自治体3分の2で値上げの恐れ 標準保険料率で共産党が試算 (赤旗 4月25日付けより抜粋)

2022年度の市町村国保料（税）について、都道府県が市町村（東京特別区を含む）に示した「標準保険料率」（保険料の「参考値」）にもとづいて、4人家族のモデル世帯の保険料負担を日本共産党が試算したところ、全国の自治体の3分の2に相当する1110の自治体で値上げとなる恐れがあることが判明しました。

市町村の国保料（税）率は、6月ごろまでに決めるようになっていますが、早いところはずでに決定しています。

23日現在で、すでに22年度の国保料（税）率を決定してホームページで公表している411自治体のうち、48・4％に相当する199自治体が、実際に値上げとなっています。据え置きする自治体の数は170（41・4％）、値下げは42（10・2％）となっています。

（4）後期高齢者医療制度 4．5年度保険料全国平均一人当たり6472円（国保新聞4月10日付け参照）

1人当たり保険料は、40広域連合で増加、7広域連合で減少。制度創設時（平成20・21年度）の5283円と比べ、20・3％増になります。

◆協議事項

（1）当面する取り組みについて

①新しいのち署名「いのち・くらし・社会保障立て直せ一斉行動」

1．4月25日 全国一斉宣伝行動（高齢期運動連絡会速報ニュース参照）

・中央 12時～13時半 新宿駅東口

15団体60人が参加

・Twitter デモ

いのちくらし社会保障立て直せ一斉行動として①12時スタート②17時スタートで実施。

ハッシュタグ（バナー参照）

#後期高齢者の医療費2割化やめて

#コロナ禍で病院を減らさないで

#保健所と保健師をふやして

Twitterデモ

4月25日(月)

①12時スタート ②17時スタート



#後期高齢者の医療費2割化やめて
#コロナ禍で病院を減らさないで
#保健所と保健師をふやして

いのち・暮らし・社会保障立て直せ一斉行動

2. 5月中旬 一斉記者会見行動（中央は、5月16日 案内参照）

中央として各調査の概要等を提供する（別途資料参照）

- ①「いのち・くらし・社会保障立て直せ一斉行動」・5・26署名提出・国会行動について
- ②民医連 コロナ禍の住民生活実態調査から概要
- ③医労連 コロナでの医療現場の実態調査から概要
- ④自治労連 現在の保健所の動向と実態から
- ⑤全労連 ケア労働者の賃金・処遇改善問題
- ⑥社保協 介護何でも相談結果からの実態
- ⑦高齢者の生活実態と75歳以上窓口負担二倍化に対する声（日本高連）

3. 5月26日 第3回署名提出行動～社会保障拡充総決起行動として計画（チラシ参照）

日程・12時～15時半

会場・衆議院第一議員会館大会議室 ※会場確保は10時半から

規模・第一議員会館定数300

オンライン（Zoom、YouTube 視聴）参加呼びかけ500人以上

コロナ感染の見通しが見えない中、参加の判断は各団体にまかせる

主催・いのち・くらし・社会保障立て直せ一斉行動

（全労連、医労連、自治労連、民医連、社保協）

提出署名予定

新しいのち署名

介護改善署名

75歳医療費窓口負担2倍化中止署名

内容

- 10時半 会場準備
- 11時半 受付
- 12時 署名提出行動
開会
国会議員挨拶
議員要請説明
- 13時 行動提起
- 13時10分 議員要請
各自昼食
- 15時 全体報告集会

議員要請報告

15時半 閉会 解散

国会議員要請

地元国会議員への要請

紹介議員の集約、各地の要請状況の把握も

※4月4日現在の紹介議員数 101人1) 4月25日 全国一斉宣伝行動

②75歳以上窓口負担2倍化反対の取り組み

1. 高齢者の生活実態を世論に発信する

「岸田さんこの声聞いてよ」アンケート、高齢者生活実態調査の集約（現在170例集約）

5月16日の全国一斉記者会見で中間報告予定

2. 国会議員への75歳医療費2倍化中止要請を徹底「廃止法案」提出を要請し参議院選挙の政策に押し上げる

4月21日 宮本徹衆議院議員（共産）と懇談

立憲民主党の厚労委員、共闘派議員との懇談強化

保団連 馬淵澄夫衆議院議員、斎藤アレックス衆議院議員（いずれも立民）と懇談 ※別紙参照

28日 中島克仁衆議院議員 吉田統彦衆議院議員（いずれも立民）と懇談

5月12日 長妻昭衆議院議員、山井和則衆議院議員、川田龍平参議院議員（いずれも立民）と懇談予定

※保団連 立憲民主党厚労部会 懇談

連合 懇談（佐保総合政策推進局長）

3. 地域で学習決起集会開催のための体制を確立し集会を行う

各県段階で集会開催体制をつくり、統一学習決起集会をオンライン併用で計画。集会で2倍化10月実施中止をあらためて意思統一する

●2008年の後期高齢廃止法案の闘いを学ぶ動画視聴

●「行動提起」の動画視聴

●意見交換

※長野 4/10 寺尾さん学習会

香川 4/16 高連総会

奈良 4/6 年金執行委員会 4/15 じいばあ宣伝

徳島、京都、千葉、北海道で開催検討中

4. 地元選出議員への署名紹介議員応諾依頼行動を行う
5. 「廃止法案」提出求める取り組みとして、野党各党への申し入れる団体署名を実施する。団体署名を4月中に第一次集約、5月26日までに最終集約を図る→10日現在、高齢期運動連絡会・80、社保協・69、年金者組合50 保険医協会9団体署名 208団体分集約
 - ※社保協分 北海道45、静岡11、愛知6など
6. 5月26日社会保障拡充総決起・いのち署名提出行動に結集する
7. 統一宣伝行動と署名提出行動に結集する

③介護改善のたたかい（部会議題、資料参照）

1. 2022年介護電話相談開催へ（11月11日実施）
 - 開催県の拡大、相談体制（電話数、相談員増）の検討
2. 「介護保険を崩壊させない！集会」（4/17）
 - ・参加者：約100名
 - ・講演：井手英策さん
 - ・シンポジウム：医労連・寺田さん、家族の会・金子さん、21老福連・中島さん、京都・櫻庭さん、コーディネータ：小島さん
3. 介護関係7団体による5-6月に向けての団体署名提出、政党・議員懇談の具体化
 - ◆団体署名10日現在 社保協・262団体署名集約（千葉100、石川76、大阪13、三重12など）
 - ◆参議院議員選挙を迎えるにあたっての政党・国会議員懇談会
 - ・開催日時：2022年5月31日（火）午後2時～午後4時30分
 - ・場所：参議院議員会館会議室
4. 2022アクションプランの議論
 - 11月に介護アクション
 - 2022介護署名は、6月確定を目指して検討し総会で意志統一。11月に署名提出行動予定。
 - 10月の介護全国交流集会を運動の結節点として取り組む。

④国保改善のたたかい（資料参照）

1. 各自治体国保料改定状況についての情報収集と自治体要請・懇談、地域での報告集会等の開催の検討
2. 国会議員との要請、懇談の計画検討
 - 中央団体との共同も強めて取り組む。
 - 国保の課題を国会で取り上げてもらう

厚生労働委員への要請、懇談

宮本徹衆議院議員厚生労働委員会質疑（議事録、国保新聞参照）

3. 学習会の検討 → 全国国保学習交流集会（例年12月に予定）

地域での課題を明らかにするための各県社保協、ブロックレベルでの学習会、交流集会等の検討

→ 労働組合、団体の国保学習会

→ 学習推進のための学習資料の検討、データ配信を基本に、社保誌の連載企画、記事の活用を図る。中央社保協ホームページの活用。

4. 地域での運動推進

・ 国保料の動向について

22年度国保料改定状況について、保険料、短期証・資格書の発行状況等を把握する。フォーマットを示し、回答できる地域から回答を求める。地域の自治体アンケートを参考に（別紙参照）

・ 後期高齢保険料の動向について

各自治体、広域連合からの改定状況についての情報収集を図ります。広域連合との要請・懇談、議会傍聴等に取り組みます。報告集会等の開催を呼びかけます。

5. 全国総会方針 国保部分の検討、意見交換

・ 第3期国保運営方針に向けて、「統一保険料反対」の地域からの運動推進、引き続き、「払える保険料」を求め生活実態を訴える運動を推進する

・ 統一要求を掲げた議会要請、意見書採択運動に取り組みます

・ 新型コロナウイルス感染症の影響により収入が減少した被保険者等の国保料（税）の減免にあたり、20年度、21年度と同様に全額国費の財政支援継続を求めます。

・ 国保料、後期高齢医療保険料改定時の地域での報告交流集会の検討

・ 全国国保学習交流集会（12月？）を実施します。

⑤ 憲法改悪ストップ！ 中央社保協としての当面の取組み

1. 2022年5月(初夏号)社会保障誌での「憲法特集」号発行

・ 通常号に上積みして4450部を印刷

在庫976部（11日現在826部）

・ 憲法特集号「Q&Aパンフ」を抜き刷りで7000部印刷

18日以降に完成予定

各県社保協に50部、加盟団体に20部を送付予定。追加注文書を同封します（一部40-50円予定）。

別途、データ配信もします。

憲法特集号注文組織には一定数を上積みして送付します。

- ・憲法特集号、Q&Aパンフを活用した学習会開催をはじめ、憲法改悪を許さない「9条+25条」を一体とした共同の推進を図ります。
- ・「憲法特集号」を活用したオンライン学習会を、参議院選挙前に検討します。動画として講座後も公開できるように工夫し、わかりやすい内容に努めます。そのための講師との事前の懇談、打ち合わせを検討します。

2. 憲法改悪NO 全国市民アクション、総がかり行動実行委員会が推進する「憲法改悪」を許さない全国署名を加盟団体、各県・地域社保協で推進します

3. 25条共同行動実行委員会/「憲法25条を守り活かそう」オンライン学習会（チラシ案参照）

日時 6月18日（土）13時半～16時

場所 オンライン（メイン会場 全水道会館）

内容（案）

学習講演：ウクライナに暮らす人たちの現状（仮）

～難民支援から見えてくること～

講師 NPO法人 AAR Japan[難民を助ける会]

意見交流

※テーマ案：コロナが改めて明らかにした社会保障制度の諸問題

1. いのち・くらし・健康の実態から

～さまざまな相談活動から実態の報告を踏まえて～

2. 支援を要する人たちを支える社会福祉事業の実態から

～地域医療構想、エッセンシャルワーカーの現状、賃金引上げ等の処遇改善～

3. 拡大する貧困の実態から

～生活困窮者のくらし、シングルマザー問題、女性差別、生活保護制度の問題と実態～

⑥学習運動の推進（再掲）

1. 社会保障入門テキストを活用した「社会保障」学習会の開催呼びかけ

社会保障誌春号で紹介→福岡県歯科保険医協会、新婦人大田支部

群馬民医連、岡山民医連、横浜市社保協連続学習会、京都社保協事務局学習会で検討、実施、

2. 第49回中央社保学校（9月17-18日 千葉市）の成功へ

当面のテンポについて

※4月 企画確定

参加規模の検討 確認

学校参加費の検討 確認

※5月 連休明けにチラシ、参加申込方法の検討（グーグルフォーム、エクセル）、確定

チラシ作成 データ配信と印刷

配布・配信の日程検討 ～各集会、行動等でのチラシ配布も検討

団体要請行動

中央団体 選挙後、8月の総会案内とともに計画予定

千葉県内各団体要請

※8月3日 全国総会→成功への参加呼びかけ

3. 社会保障入門テキストの発行について

1. 入門テキストの補講を、2022 初夏号（5月10日発行）より連載します。

第1回（2022 初夏号）「人々が平和に生きるための社会保障運動」

～神戸大学 井口克郎教授

第2回（2022 夏号）「日本と諸外国の社会保障制度の比較」（仮）

～東北福祉大学 佐藤英仁准教授

第3回（2022 秋号）「参院選後の日本の民主主義」（仮）

～神戸大学 井口克郎教授

2. 入門テキストの version アップ（第2弾）について、テキストチーム会議で検討を深め、2023年初夏号（5月10日発行）での発行を目指します。

3. 第2弾の発行に向けて「フリートーク」を開催します。オンライン開催。

・第1回 5月16日（月） 18:30～20:00 8人参加予定

・第2回 5月24日（火） 18:30～20:00 6人参加予定

⑦生活保護引き下げ反対の取り組み

1. いのとり裁判をはじめ、扶養照会問題、生活保護利用者の国保加入への動き等について、全生連と協議を予定します

2. いのちのとりで裁判（進行一覧、資料参照）

昨年12月に結審していた東京・はっさく訴訟の判決日が6月24日に決定し、生存権裁判を支える東京連絡会は、5月29日に第13回総会を開催します。

現在、佐賀（5月13日）、熊本（5月25日）、東京（6月24日）、宮城（7月27日）、神奈川（10月19日）と判決日が決定していま

す。高裁は、北海道が控訴してから1年3か月ぶりに控訴審第1回口頭弁論が開かれ、京都も大阪高裁で控訴審第1回口頭弁論が行われることになりました。

「いのちのとりで裁判全国アクション」が7月2日（土）に総会を予定。参加を呼び掛けます。

⑧年金引き下げ反対の取り組み

1. 「若者も高齢者も安心できる年金と雇用」を求める署名推進（別途署名データ参照）

年金者組合が取り組む年金署名に各地で共同して取り組みます。

2. 年金裁判支援の取り組み

裁判支援について各地で共同を推進します。（京都社保協・年金裁判ニュース参照）

年金裁判は、2高裁・33地裁で不当判決という状況であり、ひきつづき、各地での裁判闘争に共同し、結集します

3. 全国一斉に提起されている「年金支給日15日宣伝行動」に共同します。

⑨マイナンバー デジタル庁法「自治体標準化システム」問題

1. マイナンバー反対連絡会議 代表者会議・学習会

マイナンバー反対連絡会議は、4月20日に全国代表者会議・学習会を開催し、当面の取り組みについて確認。引き続き、連絡会議と共同します。

(1)各団体での学習活動を継続して行います。次期総会（8月31日）で改めて学習に取り組みます。

(2)当面、現行の署名での署名活動を行い、現在まで集約した署名は通常国会に提出。引き続き、新たな署名を検討します。

(3)月1回程度の街頭宣伝活動を行います。各地方、地域で宣伝ができるように、各団体を通じて、チラシ、リーフレットの配信を行います。

(4)関係省庁などとの交渉を検討します。

(5)マイナンバー制度に反対する団体と、学習会の紹介や参加をはじめ、シンポジウムや情報交換会など共同の取り組みを行います。

2. 自治労連との共同推進 学習の連携

3. 社会保障誌2022夏号でミニ特集を掲載

「デジタル庁法の現状と問題点」 自由法曹団

「自治体標準化システムの進行と問題点」 自治労連

「マイナンバーと健康保険証」 保団連

(2)全国総会方針素案 ～ 秋以降の運動推進に向けて検討

全国代表者会議において社保協運動の現状と重要性が強調されました。

共同の推進、制度改善（国保、介護等）をはじめとした社会保障要求の実現運動、学習運動の強化・推進、社保協体制強化（地域社保協の結成、再建）、県社保協事務局の強化など。

コロナ禍の下、制度要求の実現が緊急の課題ですが、この間の「いのち・くらし」一斉行動等を通して、全世代、全階層の国民的要求の立ち上げが求められているのではないのでしょうか。（別紙 「たたかい全体像一覧」参照）

◆2022年度第65回全国総会方針素案(運動方針)

(はじめに)

コロナ禍の収束が見えず、ロシアのウクライナ侵攻により憲法改悪、軍事増強の声が高まる中、財界、自公政権による社会保障削減政策が加速しています。

税と社会保障の一体改革、全世代型社会保障政策による社会保障の総改悪攻撃の下、2021年から、「いのちまもる緊急行動」（全労連、医療三単産、社保協共同）、2022年は「いのちくらし社会保障立て直せ一斉行動」（全労連、医労連、自治労連、民医連、社保協の5団体共同）と、2回の一斉行動を展開してきました。

「一斉行動」と合わせ、各制度の共同も推進してきました。「共同」の中で、①労働組合、民主団体をつなぐ結節点としての役割～日本高齢期運動連絡会等との共闘推進、

②各県、地域での社保協を通じたの共同の呼びかけと地域での連携強化、

③社保協加盟団体が一斉行動に参画して果たす役割の徹底など、

中央社保協の果たしてきた役割を改めて強化していくことが求められています。

さらに、全世代型社会保障改革とのたたかいをどう組織的に前進させるかも重要な課題です。医療、介護、後期高齢、年金、障害・福祉等の共同がそれぞれの関係団体との中で進められており、全面的な社会保障改悪攻撃の中で社保協に求められる役割の検討、議論が求められています。

(たたかいの基調 素案)

1. 人権としての社会保障、全世代型社会保障政策をストップさせる社会保障共同行動の推進を図ります。～医療、介護、高齢期、25条等の共同の取り組み

2. 医療費窓口負担の軽減と、税制の改革、国庫負担増を求めます。～「一斉行動」の継続を追求

3. 社会保険料負担の軽減を求めます。制度ごとの保険料負担軽減と国庫負担増を要求します～当事者、地域・職場の要求集約を図ります

4. 地域社保協の結成・再建・強化～キャラバン行動、自治体要請を推進し、学習運動に努めます。

(1) 共同行動の前進～全世代、全階層の生活実態と声に即した運動推進を
政府・財界は「全世代型社会保障政策」を掲げ、社会保障と働き方改革を一体のものとして社会保障を総くりに世代間の対立をあおりながら、社会保障改悪を加速させています。憲法25条で規定された国の責任も棚上げにしたまま、自治体、地域住民に「自助、共助」、「自己責任」を押し付けています。

当事者の要求を柱に、社会保障運動は各制度の拡充を国、自治体に対し、その役割、責任を果たすことを求め、さまざまな共同組織や実行委員会等も生まれ、運動を推進してきました。

政府・財界の総攻撃の前にさらに、草の根からの大きな共同を構築していくことが求められており、社会保障運動の結節点としての役割を果たす「社保協運動」の重要性がますます高まっています。

◆全世代、全階層の生活実態と声に即した要求の検討と実現を目指します。

地域医療を守るたたかい、病床削減ストップのたたかいを「一斉行動」を踏まえて共同の発展に社保協の結節点としての役割をふまえて、医療適正化計画の中での医療費削減・抑制策のストップ、世代の分断政策を打ち破るために奮闘します。そのために、全世代、全階層に共通する要求を掲げた社会保障拡充運動を提起します。

※医療費窓口負担の軽減（無料化）を求める要求

・高齢者並びに、現役世代、青年のいのちと暮らしを守る統一的運動として検討

※後期高齢医療費窓口負担2倍化反対の要求

・10月実施強行の場合、自治体で助成制度をどう作らせるかという運動提起の検討。

※子ども医療費無料化、子どもの国保均等割りの拡大推進の中で、子育て世代の要求実現を図る

・子供医療費無料化は各自治体で進んでいる状況もあり、さらにどう推進

させるか。厚労省の22年3月時点の調査を起点に、どう広げるか最新情報の集約が重要。保団連、新婦人との共同推進

・子どもの国保均等割り軽減は、その範囲の拡大等自治体の施策の上積みを求める同時に、自治体の予算措置のペナルティを国にやめさせる要請強化を図ります。

(2) 国保をはじめ、社会保険料の負担軽減と国庫負担の増額を求めます。

当事者要求を前面にして制度改善要求運動を推進します。

- ・医療改善 → 地域医療を守る課題、病院統廃合、ベッド削減反対
- ・子供医療費無料化
- ・統一保険料による国保料の引き上げ阻止し、「払える保険料」への運動と世論構築を進めます。
- ・後期高齢医療制度～75歳医療費窓口負担2倍化10月実施阻止
後期高齢者医療保険料の削減、
- ・介護改善 ～ 介護関係7団体の共同推進と提言の活用
- ・ケア労働アクション「処遇改善、賃金引上げ」
- ・年金 → 最低保障年金 年金裁判
- ・貧困 →
- ・その他 →

(3) 生活保護をめぐるたたかいへの共同強化。

生活保護利用者の要求実現、改善の取り組みと同時に、国民的な最低生活保障の実現（ナショナルミニマム）を掲げた運動構築を目指します。

中央社保協としての役割検討のため、全生連、いのとり裁判共同アクション等との共同を強めます。

(4) 制度ごとの共同推進

- ・介護関係7団体との共同
- ・国保部会を中心として、国保と地域医療を守る運動の関係性を重視し、部会体制強化を図ります。
- ・介護障害者部会の組織的強化について、障全協をはじめ、加盟団体の関わりを検討し、部会体制強化を図ります。

※社保協がかかわる共同組織、実行委員会

地域医療を守る運動交流実行委員会

75歳二倍化を許さない運動推進会議

いのち・暮らし・社会保障立て直せ一斉行動
いのち・暮らしを守る全国集会実行委員会
介護改善7団体共同
全労連介護・ヘルパーネットワーク
全国介護改善要求交流集会実行委員会
「若者も高齢者も安心できる年金制度を」署名推進
滞納処分対策全国会議
憲法25条共同行動実行委員会
福祉共同行動実行委員会
消費税廃止各界連絡会
いのち暮らしを守る税制研究集会実行委員会
マイナンバー反対連絡会議

(5) 社保協に求められる役割について

1. 学習運動の推進

全国的な学習運動 オンライン講座の開催を検討します。当面憲法特集号のオンライン講座を計画します。

2. 全国的な要求や到達点等の把握について、調査活動を地域にいかに戻していくかを重視し、取り組みを強化します。

3. 高齢者医療・福祉の課題と合わせて、現役世代に響くたたかいを検討し、労働組合、職場の中での社保運動の推進、学習会の開催等を要請、検討します。

4. 子育て世代の要求実現運動を関係団体と協議し推進します。

5. 地域・職場での相談活動の役割を樹脂し、強化します。

6. ホームページ並びに、SNSの活用等をさらに充実させます。

(6) 運動推進の中で社保協署名の検討

「一斉行動」の総括等を受けて、関係団体と協議します。
全世代、全階層の生活実態と声に即した要求を検討します。

(7) 県・地域社保協の強化・結成再建

(8) 事務局体制の強化を図ります

1. 国保部会、介護・障害者部会、社会保障誌編集委員会の体制強化、部店補充の検討

2. 各共同行動の役割と任務分担について検討し、積極的な役割を果たします。

◆中央社保協役員体制（案）

※2022年度全国総会（8月3日予定）において交代予定役員

- ①代表委員 東京社保協→専従事務局長死去のため検討中
現在は、事務局長代行が運営委員と兼任
- ②事務局長（専従）日本医労連→7月の日本医労連大会で退任。医労連選出事務局次長と交代予定（7月1日着任予定）
- ③事務局次長（専従）全日本民医連→2月の全国総会で退任。6月までに後任を選出予定
保団連 工藤次長交代 → 当面名嘉事務局長が対応

※専従者は、8月3日の総会で交代予定 引継ぎ期間を7-8月に

- ④運営委員 新婦人 池田亮子さん→日野徹子さんに交代（4月から）

※6月の運営委員会で役員選出要請を確認し加盟団体に発信します。

◆決算、予算について

2021年度決算、2022年度予算案について以下のテンポで検討します。

5月20日 事務局打ち合わせ

24日 次長会議

27日 代表委員会

6月 1日 運営委員会

6月 9日頃 会計監査予定

6月の次長会議、代表委員会で協議し、7月6日の運営委員会で確認

◆総会方針議論のテンポについて

・5月11日 運営委員会 素案検討

・5月24日 次長会議

・5月27日 代表委員会

・6月 1日 運営委員会 第一次案検討

※各ブロック会議で検討

次長会議

・6月29日 代表委員会

・7月 6日 運営委員会 第二次案検討、確認

- ・ 7月27日 代表委員会 最終案確認
- ・ 8月 3日 全国総会

◆ 宣伝行動と署名提出スケジュール

- ・ 全国一斉宣伝行動日
 - 5月14日 社会保障拡充「4」の日宣伝行動
 - 5月25日 いのち署名・社会保障拡充一斉宣伝行動
 - 5月26日 第3回署名提出国会行動
- ※署名提出は5月26日

(3) 報告等

① 加盟団体報告

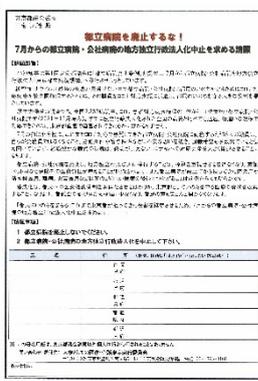
② 次回日程案

- 第11回運営委員会 6月1日(水) 13時半～ ※オンライン併用
- 第12回運営委員会 7月6日(水) 13時半～ ※オンライン併用
- 2022年度全国総会 8月3日(水) ※オンライン併用

2022.4.6 人権としての医療・介護 東京実行委員会 事務局作成

都議会第2回定例会にむけて、第4次請願署名開始しました

第1回定例都議会厚生委員会で第3次署名が不採択とされたので、定例会最終日3月25日を前にして、23日午後には第4次請願を28筆の署名を添えて提出しました。この日はすべての会派を回る時間



がなく、紹介議員には、日本共産党都議になって頂きました。引き続き他の会派にもお願いする予定です。

第4次請願は、都の予定する7月独法化移行の直前で最後の都議会定例会で審議されることとなります。審議日は5月27日あたりになりそうなので、最終集約を5月18日、都議会最終提出日を19日とします。約1カ月の短期間の取り組みとなりますが、「独法化はやめろ！」の都民の意思表示をおおいに示していきましょう。

3月15日、第3次請願審議、都議会包囲行動に370人

私たちが取り組んできた「都立病院を廃止するな！独法化中止」請願（第3次請願）が厚生委員会で審議される3月15日には、370名を超える人々が「都議会包囲大行動」を行い、請願を採択せよとシュプレヒコールをあげました。



請願は、日本共産党、自由を守る会の賛成少数で不採択となりました。さらに第一回定例都議会に小池都知事が提案した「東京都立病院条例を廃止する条例」、都立・公社病院への計上を6月末までとする予算案は、自民・公明党・都ファなどの賛成多数で可決されました。

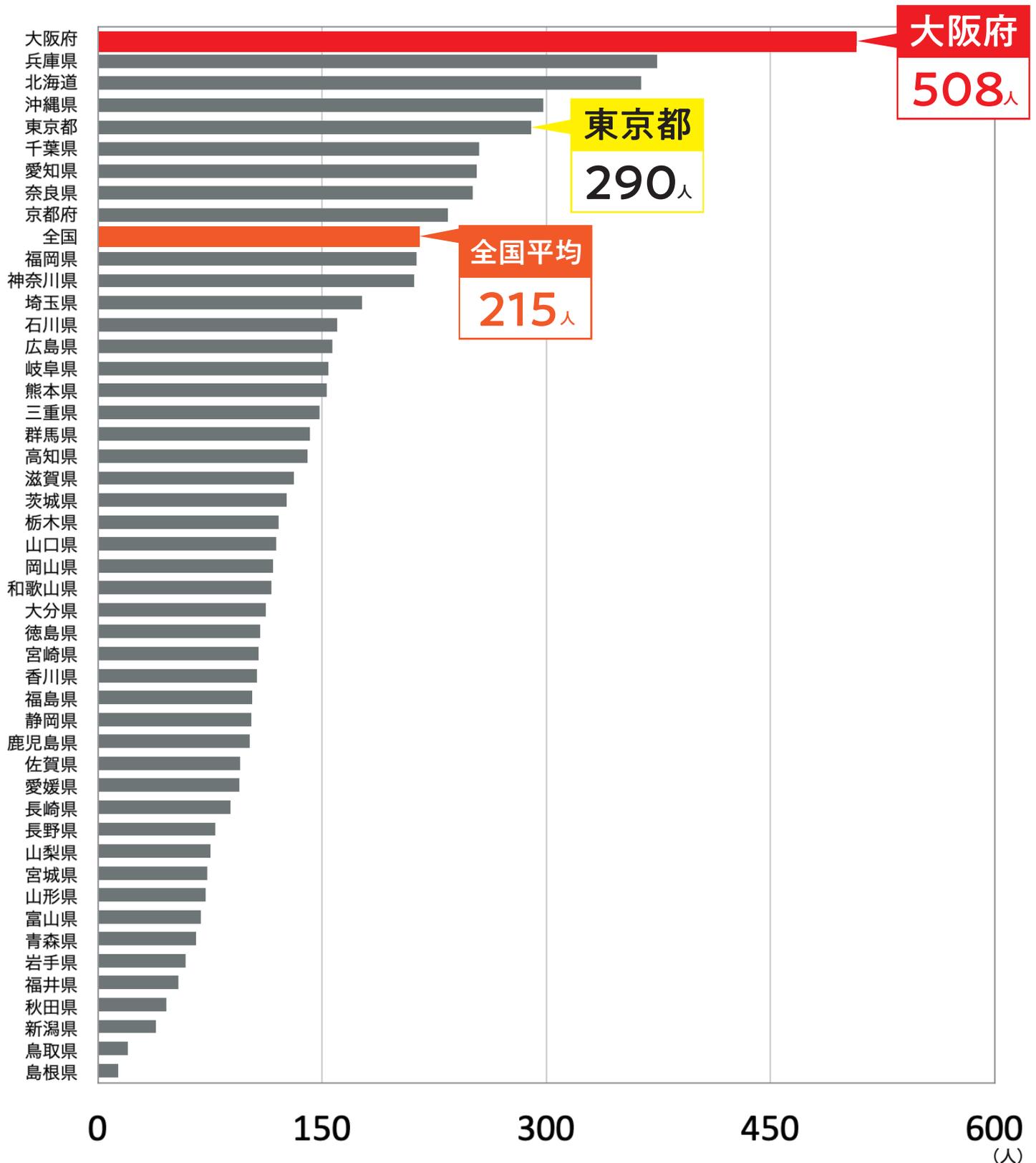
この間の都議会審議の中で、都民にとって都立・公社病院を独法化しなければならない合理的根拠を都側は全く示すことができませんでした。そればかりか、独法化提案の手続き自体が地方自治法違反であったこと、都は国が進める公立・公的病院の再編統合方針に積極的に応え、今後、都立・公社病院の再編・統合や病床機能の転換に筋道をつけたことが鮮明となりました。

コロナ禍の中で大きな役割を果たしている病院を地方独立行政法人に移行させ、約7千人の都職員を減らし、約7千病床を採算優先の運営にしていく提案をした小池都知事、それに同意した都議会会派の



態度は、東京の医療体制を弱体化させ、都として都民のいのちと健康を守る役割を投げ捨てたものとして、後世からも大きく非難されることになるでしょう（3月25日付、実行委員声明参照）。25日夕方には新宿駅西口でこの「暴挙」を伝える宣伝も行いました（左写真）。独法化実施は7月からです。まだまだこの状況が多く都民には知られていません。「都立病院は直営のままで、独法化は中止！」の世論を署名の取り組みとあわせてさらに広げましょう。

人口百万人あたり コロナ死者数 (累計)



死亡者数は厚生労働省オープンデータより3月21日時点。人口は国勢調査より2020年10月時点

都立病院でなくなる！



7月からの都立病院・公社病院の 地方独立行政法人化は中止に！

こんなひどいやり方で都立病院・公社病院を
都直営でなくしてしまっても良いのでしょうか？！

独立行政法人に借金押し付け？

なぜ、都立病院だけでなく公社病院まで地方独立行政法人化するのか。公社病院は、2019年度186億円の負債を抱え債務超過に陥る寸前。都立病院も駒込、松沢、多摩・小児総合はPFIという方式で建て替え、20年の契約で5,000億円以上支払わなければなりません。これらの負担を都から独立行政法人に押し付けられることが危惧されます。



都立・公社だから迅速に コロナ対応できた

知事は「臨機応変な対応が求められるコロナ対応を踏まえ、感染症医療体制のさらなる強化が急務」だから独法化すると言っています。しかし、知事が直接指示できる都立や公社病院だったからこそ全国トップのコロナ対応病床ができたのです。独法化すれば知事は直接指示できなくなってしまいます。

患者負担増、行政的医療縮小、岸田政権がすすめる 公立・公的病院の統廃合を率先して実行？

独法化されると採算優先の運営が迫られます。すでに独法化された東京都健康長寿医療センターでは全床無料から4分の1が差額ベッド(最高27,000円)となりました。保険外での患者・利用者負担が増えることは明らかです。また、都直営だからこそ継続してきた感染症や難病、精神医療など、採算のとりにくい「行政的医療」が縮小・廃止される可能性もあります。独法化は、岸田自公政権が強行している公立・公的病院の統廃合を率先して実行しようとしています。

初めから不透明な独法化

そもそも知事に「提言」してはいけない「都立病院経営委員会の提言」により知事は独法化を決めました。経営委員会には、都が独法化の調査を8千万円で委託した企業の社員が、何故か最初から委員に入っていました。

新型コロナ対応の責任を投げ出すのか？

小池知事はコロナ感染第6波が始まった1月13日に新型コロナ感染症を現在の2類感染症からインフルエンザと同じ5類にするよう政府に申し入れしました。小池都政は都立病院、公社病院の運営を独法化し、新型コロナ対応の責任も投げ出してしまうのでしょうか？

「統廃合はあるのか」の質問 否定せず

「独法化しても将来にわたって病院の統廃合はないのか」との都議会での質問には、小池知事も東京都病院経営本部も否定していません。

都立病院や公社病院が転院を必要とする コロナ患者を受け入れてくれて本当に助かった

東京保険医協会の須田昭夫会長は、新聞のインタビューで次のようにお話しされています。

「昨年1月の新型コロナウイルス第3波で、感染しても入院できないまま亡くなる人が続出しました。コロナ患者を受け入れていない病院の救急外来で感染者が出て、患者を入院させてくれる病院がなかなか見つからず、外来診療がまひした病院も出ました。その時に、都立広尾病院や公社豊島病院などがコロナ専用病床を増やしてくれて、転院が必要な患者さんの流れがスムーズになり、医師からは「本当に助かった」という声が出ました」

さらに、コロナ禍の最中での都立病院・公社病院の独法化は異常。撤回すべきであると訴えました。



都立・公社病院独法化関連議案の各会派の賛否

議案名	×反対 ○賛成									
	自民	都ファ	公明	共産	立憲	東京みらい	維新	自由を守る会	グリーンな東京	生活者ネット
東京都立病院条例を廃止する条例	○	○	○	×	×	○	○	×	×	×
都立・公社病院の独法化を中止を求める請願署名	×	×	×	○	×	×	×	○	○	×

「都立病院廃止条例」と「2022年度予算」の可決に抗議し、 7月からの都立・公社病院の地方独立行政法人化の撤回を求めます

第1回定例都議会に小池都知事は「都立病院廃止条例」を提案し、都議会は、賛成多数でこれを可決、7月から都立・公社病院を地方独立行政法人へ移行することを認めました。しかし、この地方独立行政法人化は検討段階から違法性や利権問題が指摘されています。

私たちは本定例都議会に5万7,511筆の署名を添えて「独法化中止」を求める請願を提出していました。この声に応えることなく、コロナ禍前に策定した「都立病院を廃止し、公社病院とともに地方独立行政法人に移行する方針」を見直す事なく議会で提案した知事とこれに賛成した会派・議員に、私たちは怒りを持って抗議します。

新型コロナウイルス感染が広がる中で都立・公社病院は都民のいのちを守るためにコロナ対応病床を全国トップレベルで確保し、職員をコロナ対応支援に派遣し、都民のいのちと暮らしを守る大きな役割を果たしています。この間の都の広報でも議会論議でも、コロナ禍中で、そうした成果の検証や運営形態を大きく変える必然性に対して合理的な説明はほとんどされていません。

都立・公社病院を廃止し、地方独立行政法人に移行することは、約7千人の都の職員の身分を奪うと同時に、法人は移行された約7千床を含め、採算優先の運営を求められることになります。そうなれば、都直営時に比べて差額ベッド料など保険外での収入増、人件費などの経費減に拍車がかかり、患者にとっては医療費負担が増えることが懸念されます。また都立病院が設立時から担ってきた感染症や精神科医療、難病、災害医療など採算のとりにくい医療の後退、経験によるスキル蓄積の後退につながることは、先に独法化された病院の例を見ても明らかです。

独立行政法人化は、都民へ医療提供体制を弱体化させるばかりか、東京都として都民のいのちを守る責務を放棄することになります。都民の声も都議会の関与が弱まることから、従来に比して届きにくくなります。

私たちは、これまで「都民のいのちをまもる」ために東京都として担ってきた役割を継続させるため、「都立病院廃止条例」の施行を中止し、7月からの都立・公社病院の地方独立行政法人への移行の撤回を求めるものです。そのために、引き続き力を尽くす決意です。

2022年3月25日

人権としての医療・介護東京実行委員会

都立病院を廃止するな！

7月からの都立病院・公社病院の地方独立行政法人化中止を求める請願

【請願趣旨】

小池知事は第1回定例都議会に「都立病院廃止条例」を提案し、7月から都立病院・公社病院を地方独立行政法人「東京都立病院機構」へ移行させようとしています。

新型コロナウイルス感染の終息が見通せない中で都立病院・公社病院は都民のいのちを守るためにコロナ対応病床を最大限確保するとともに、その職員をコロナ対応支援に派遣し、都民のいのちを守る大きな役割を果たしています。

厚生労働省の調査でも、全国2,287病院中、コロナ患者対応病床確保の1位から11位までが都立病院・公社病院です(2021年12月時点)。すでに独立行政法人化された全国の病院と比べても迅速、桁違いな規模で対応できたのは、東京都直営で運営されてきたからにほかなりません。

7月の独法化を機に、これまでコロナ対応で奮闘してきた都立病院・公社病院に勤務する6,838人の職員は、自らが公務員ではなくなること、労働条件や給与保障などに不安な思いを抱き、退職希望も多数出ていると伝え聞いています。経験豊かな職員の退職は、終息が見えないコロナ禍への対応力量を大きく後退させることとなります。

都立病院・公社病院を廃止し、地方独立行政法人に移行することは、採算を重視せざるを得なくなり、差額ベッド料など保険外の医療負担が増えることが懸念されます。また都立病院が設立時から担ってきた感染症や精神科医療、難病、災害医療など採算のとりにくい医療の後退につながることは前例をみても明らかです。

独法化は、都民への医療提供体制を弱体化させるばかりか、東京都としてのいのちを守る医療の責務を放棄することになります。都議会の監視体制も極端に少なくなり、都民の声もほとんど届かなくなります。

「都民のいのちをまもる」これまで東京都が担ってきた役割を継続させるため、7月からの都立病院・公社病院の地方独立行政法人化中止を求めます。

【請願事項】

- 1 都立病院を廃止しないでください。
- 2 都立病院・公社病院の地方独立行政法人化を中止して下さい。

氏 名	住 所 (氏名、住所は「同上」や「〃」としないでください。)
	都 道 県 府

※ この署名用紙は、東京都議会請願以外個人情報を使用されることはありません。

問い合わせ・送付先: 人権としての医療・介護東京実行委員会

〒170-0005 東京都豊島区南大塚2-33-10 東京労働会館6階 電話 03-5395-3165

取扱団体:

医療の後退は歴然

都立病院・公社病院の 地方独立行政法人化は中止に！



前川 喜平

現代教育行政
研究会代表



宇都宮 健児

弁護士
元日弁連会長



宮子 あずさ

看護師
ライター



川嶋 みどり

健和会臨床看
護学研究所長



本田 宏

医師
NPO法人医療制
度研究会副理事長



松元 ヒロ

スタンダップ・
コメディアン

東京都と大阪府の新型コロナ対応病床確保状況(2022年2月16日現在)

東京都 都立・公社14病院で2050床

大阪府 地方独法化の5病院で192床

地方独法化された大阪府では東京都の10分の1しかコロナ病床が確保できず、早い段階から医療崩壊が起きました。

東京都は7月から都立・公社14病院をすべて地方独法化するとしています。都民のいのちを守る病院を地方独法化し、医療を後退させてはなりません。

みんなで声をあげましょう。署名にご協力をお願いします。

人権としての医療・介護東京実行委員会

〒170-0005 東京都豊島区南大塚2-33-10 東京労働会館6階 東京社保協内

電話03-5395-3165 email:syahokyo.tokyo@gmail.com

4/11 日本共産党都議団との懇談 概要

対応：白石都議、窪田事務局

2022. 4. 27 くぼた作成

質問事項

- 1, 公社の手続きはどうか？評議委員会などの開催と議題は？
 - ・公社評議員会では、事業譲渡などについて今年度改めて議論する予定。原議員が公社評議員。
3月末に開催、評議員会は非公開。採算を独法に譲渡して解散

- 2, 法人の大臣認可申請のスケジュールは？
 - ・確認する。法人中期計画は法人が作るので都議会への議案としては7月以降。専決処分となるか、臨時議会開催か？
 - ・5/2に団として総務大臣申請するな要請？

- 3, 国会での論戦計画はあるのか。あるならばそれに呼応した大衆行動を展開すべき
 - ・確認する。総務委員会か？国は定款認可

- 4, 経営委員会に関連して地方自治法違反としているが、何条に違反しているのか？
 - ・経営委員会の地方自治法違反は第二百二条の三に関して。関連して都税調など同じ構造 になっていて都の杜撰さが明らかに。他の自治体でも知事付託は裁判で負けている。

- 5, 公社の続きに、都と国はどういう関与をするのか？
 - ・国は？

団としては、

論戦で①赤字論②制度制約論③コロナ対応論を破綻させ、独法化の危険性を明らかにしてきた。論戦を確信に7月独法化はさせない闘いを運動とともにしていく。現場状況をリアルに知りたい。

生存権裁判を支える東京連絡会

第13回総会開催のお知らせ

日時：5月29日(日) 1時30分～

会場：けんせつプラザ東京

(JR中央線大久保駅3分、山手線新大久保10分)

第1部 記念講演

「生存権裁判と生活保護行政の今」

講師 田川英信さん

いのちの砦全国アクション事務局

第2部 総会

これまでの裁判で原告弁護団は、国が生活保護基準引き下げの根拠としてきた「マイナス4.78%の物価下落、デフレ調整」をことごとく論破して「物価偽装」してきたことを明らかにしましたが、2月8日の第11回口頭弁論では国はこれまでのデフレ調整の目的を「生活保護受給者世帯の可処分所得の実質的増加の調整」としてきましたが

「相対的」という字句を加えることで「一般国民との不均衡の調整のため」とすり替えてきました。この「すり替え」は、3月7日の秋田地方裁判所における不当判決の中でも行われています。

原告弁護団は、この「すり替え」の根拠や過程を今後の裁判の中で詳細に追求していくとともに、原告の日々の生活が本当に「健康で文化的」なのかを示し、裁判官が原告の訴えに向き合うよう働きかけていくことにしています。

コロナウィルス感染の蔓延など諸般の事情で総会を開けませんでした。約3年振りに開きます。万障お繰り合わせの上ご参加下さい。



生存権裁判を支える東京連絡会

(事務局)

東京社会保障推進協議会 (03) (3946) 6823

東京都生活と健康を守る会連合会 (03) (5960) 0266

10月から 単身年収200万円以上または世帯年収320万円以上

75歳以上の医療費窓口負担2倍に!!

2倍化されたら「受診をひかえる」「食費をへらす」

政府は10月からの2倍化実施を決めました。75歳以上の窓口負担は、現在でも東京で平均年8万6千円以上。年収200万円の一般的なケースで、窓口負担が2倍になれば、医療と介護で年収の2割を越えます。私たちの調査には、30%の人が「受診をひかえる」と回答。「食費をへらすしかない」という声も寄せられています。

高齢者の年収は低い、これで暮らせるワケがない!

高齢者の単身無職者の平均年収は150万円余。後期高齢者医療保険料及び窓口負担で約14万円、介護保険料で8万円。これで平均22万円。介護保険を使えば30万円以上に。合計で年収比2割にも。高齢者は年30万円余り貯金を取り崩す。賃貸住宅に住む高齢者は年80万円も支払います。

現役・若者の負担軽減なんて ウソ!

窓口負担2倍化しても、現役世代の軽減額は月で33円。年平均350円。20歳から75歳まで軽減されても総額19,250円。75歳から3か月の負担増分で吹っ飛びます。高齢の家族を支える人にも負担増は大きな痛手です。「若者の負担軽減」を声高に言うのは、高齢者と若者を対立させようという政府のねらいです。



負担増はこれが出発点・・・厚労大臣は「終わりではない」と明言しました。2割負担基準を150万円余にも引下げ、今後は3割に負担増も。現役は「全世代型社会保障」で将来大幅負担増に。

超富裕層と大企業に応分の負担を

大企業は内部留保466.8兆円!

消費税が増やされる一方で、大企業の法人税と超富裕層の所得税は大幅に軽減。大企業の内部留保と超富裕層の巨大資産は増える一方です。内部留保の大半は労働者の稼ぎと減税・優遇税制によるもの。危機に備えるには2割で十分と言われます。応分の負担を求めれば、年46兆円を超える税収増が確保できます。国民がこれだけ苦しんでいるのに、不必要にため込んだ内部留保を社会保障再建に向け支出するのは大企業の社会的な務めではないでしょうか。

許せない!



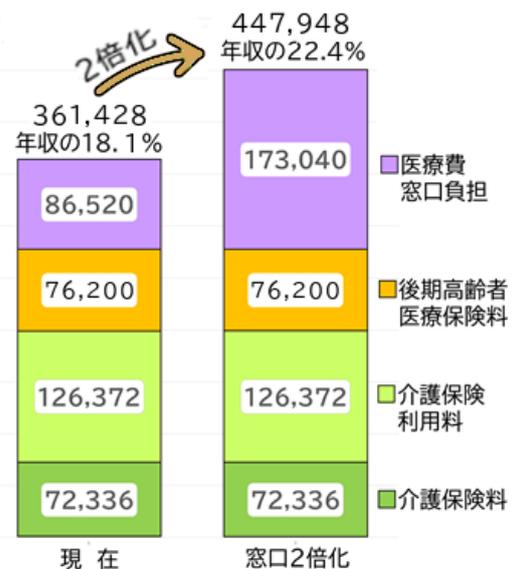
(例) 関節症&高血圧で通院

現在	6万1千円/年
3年間	9万7千円/年
3年過ぎ	12万2千円/年

医療費窓口負担は、無料、低額が世界では当たり前

日本でも1973年から10年間高齢者の窓口負担は無料でした。今は税金や保険料を払い、窓口負担まで。こんな先進国はありません。負担増になれば受診をガマンする人が増えるのは当然。国民の負担が多く、先進国では最低レベルの社会保障。スウェーデンは老後に備えて貯金は不要。日本ではいくら貯めても不安です。

医療・介護関係費が年収の2割超えも



単身世帯年収200万円・医療費平均並みの場合
介護は要支援2と仮定(東京都・日野市の値で試算)

もっと詳しく知りたい方は、こちらをご覧ください。



衆議院議長 殿
参議院議長 殿

高齢者のいのち・健康・人権を脅かす75歳以上医療費 窓口負担2割化中止を求める請願署名



2021年6月4日参議院本会議で、75歳以上医療費窓口負担2割化法が可決されました。この法律が実施されると2022年後半から年収200万円以上の人370万人(後期高齢者医療制度加入者の約20%)が2割負担となります。

国会審議の中で、①2割負担導入による現役世代の負担軽減効果はわずか月額約30円であること、②コロナ禍の今、精神的にも経済的にも疲弊している中での高齢者への負担増は受診控えを招くことが、各種調査で明らかになっているにも関わらず、政府は「健康悪化には結び付かない」としていること、③国会審議を経ずに2割負担増の対象者を政令によって広げることができること、等数多くの問題点があきらかになりました。

コロナ禍でただでさえ高齢者の受診控えが進んでいる中、必要な医療が受けられなくなることを前提にした負担増は高齢者のいのち・健康権・人権の侵害です。応能負担を窓口一部負担にもとめるのではなく、富裕層や大企業に求めるべきです。強制加入の社会保険では、必要な給付は、保険料だけでなく、公的負担と事業主負担で保障すべきです。先進国では、医療費の窓口負担は無料が当たり前です。

75歳以上医療費窓口負担2割化は、高齢者の暮らしといのち、健康、人権を守る上で大きな影響を及ぼします。よって以下の事項を請願します。

《 請願事項 》

1. 高齢者のいのち・健康・人権を脅かす75歳以上医療費窓口負担2割化は中止してください

氏 名	住 所

呼びかけ団体

東京社会保障推進協議会

豊島区南大塚 2-33-10 東京労働会館 6F
TEL 03-5395-3165 FAX 03-3946-6823

東京高齢期運動連絡会

豊島区南大塚 3-43-13 スミヨシビル 3F
TEL 03-5956-8781 FAX 03-5956-8782

取り扱い団体

東京高連ニュース

発行
東京高齢期運動連絡会
電話03(5956)8781
FAX03(5956)8782
em:tdyo.kureiki@gmail.com
発行人：菅谷正見

第31回ゆたかな高齢期をめざす 東京のつどい 第3分科会

高齢者の実態と人権 これからの運動

4月2日(土)午後、
第3分科会を開催し会場
参加者34人、リモート
の参加者は14名でした。
以下の5人の報告者による
充実した報告と活発な
論議で意義ある集いになりました。

●「駅前相談会に寄せられる深刻な事例」

東京ほくと医療生協
組織課長 森松 伸治

○北区の孤立死は218名、
全死者数3625名の6%
(2020年)。北区の自殺者数60名、

うち70代7名、80代8名
(男性1名、女性7名)。

○駅前相談会は8年間で58回開催、相談件数700件。
○相談員は東京ほくと医療生協の医師、看護師、MSW、東京土建、生活と健康守る会、民商、新婦人、法律事務所が毎回参加。
○相談内容は医療15%、労働相談14%。

●「介護なんでも相談に見る高齢期の危機」

中央社保協

施設に入所しても面会が出来なくなり認知症が進んだ。相談できる先がない。
まとめとして、国が責任をもって「介護の社会化」をめざしての抜本的な改革を進め、自治体が責任もって患者の実情を把握し、具体的な施策を行うことが求められている。

●「認知症当事者と家族の現在と改善の道」

東京支部

代表 大野 教子

○現在47都道府県に支部が結成され、会員数約1万名。「介護の社会化」と「認知症になっても安心して暮らせる社会の実現」を求め活動を続けている。

○ひとり暮らし：受診やサービス利用を拒否、本人の不安、近所との関係。経済的な問題

○老老介護：ひとりで背負う介護↓心身ともに疲弊。在宅介護の限界

○男性介護者：家事と介護の両立で疲弊。孤立しがち・自分の時間が持たない。

○独身の子による介護：介護離職、経済的な不安、将来の不安、精神疾患など、家族の介護負担についてくわしく報告されました。

△介護と仕事の両立▽悩んだことがある介護家族は41.7%
△介護保険サービスの利用限度額▽超過は8人に1人。超過金額の平均53,735円。

△認知症の症状への対応で

困っていること

△生活上の困難△現在の気持ち△相談する相手△介護継続への思い

●高齢者の孤立と貧困の背景

東京高齢期運動連絡会
事務局長 菅谷 正見
○高齢化が急速に進んでいる。

かつて「福祉元年」と言われた時代があった。しかし、高齢者は「一人



暮らし」「病気・介護・認知症」「収入」の不安を抱えています。

★一人暮らしが増え、介護の需要が増える。

★介護認定されても、利用できない高齢者がいる。

★労働組合など国民運動で老人医療費・現役労働者医療費窓口無料の時代があった。

★第2臨調1980年

以降、老人医療費が無料から有料に。介護は、原則無料から保険制度に。後期高齢者医療制度が導入される。年金制度改悪続き、実質的に下がり続ける仕組みに。★労働者派遣法等の規制緩和で非正規・低賃金が拡大。背景に戦略的な労組潰しがある。

●「高齢者の人権とこれからの運動」長生きしたい国への転換をめざして」

日本高齢期運動サポートセンター・鐘ヶ江正志

1、長寿を喜べない将来不安をつくりだす日本とその背景について報告されました。

①どんな不安があるか・

M生命保険が20〜70代の1万4100人意識調査。老後「不安」「やや不安」が合計で83・3%に達した。不安の原因は「お金」。また、首都圏・40・50代独自調査では「長生きしたい」42%、「NO」58%。「自分が介護必要になつたとき非常に不安」、「経済的ゆとりが全然ない。」

②国が「基本的人権保障義務・責任」をとらない背景は、政府の自己責任政策、「自助・共助。公助」の社会保障制度が不安をつくっている。これは政府の責任と保障義務の放棄で憲法違反(25条)。自民党憲法改正草案(2012年)で描く未来国家像が背後にある。「家族や社会全体が互いに助け合って国家を形成」。

「家族は互いに助け合わなければならない」。

2、人権を柱に連帯し、すべての人々が祝福できる真の長寿社会をつくる

①長寿は人類の大きな成果、社会の財産(日本高齢者人権宣言)として祝福を。

②高齢者の社会参加と生き方を自己決定できること。日本高齢者人権宣言を学び、「あたりまえの生活」ができるよう活動・運動を

③地域で孤立させないとりくみ……つながりづくり・助け合い。

④国民が安心してくらする社会保障制度確立を求める運動を、十分な生活水準への権利・社会保障の権利、最高水準の健康を享受する権利

今回のテーマは高齢者の実態について共通認識をめざすことで、時宜にかなった企画となりました。75歳以上の高齢者窓口負担2倍化が10月から実施されるといいうのに、まだ知らない高齢者も多い、反対の声も高くなっています。

政府が進める全世代型社会保障は、全世代の社会保障を削減して、高齢者は死ぬまで働かせるという路線です。

収入が足りず暮らして行けない、医療や介護の保険料・利用料を払えない人には社会保障を支えるのではなく、自宅を借金のカタに入らせ、最後は取り上げるリバースモーゲージを強いる。これが現在の日本の姿です。

高齢者の深い不安と怒りを共有する分科会になりました。これらを転換する運動を目指して議論する場をこれからも作っていきます。

東京高連第30回定期総会

新会長に小澤満吉さん みんなでコロナに負けず前進しよう！

長びくコロナの影響で財政危機のなか、東京高齢期運動連絡会は3月28日第30回定期総会を行いました。コロナの厳しい状況の中でも会場に29名、Webから2名、合計31名の参加で総会は成功しました。

参加者からは高齢者をめぐる深刻な実態と運動の課題についての議論や率直な感想・悩みなど出し合われ、充実した討論

が行で東京高連の活動の重要性が確認された総会になりました。

2021年度の運動の特徴と会計報告、22年度の活動方針と予算については、反対もなく確認されました。

新年度の役員については、これまで運動の先頭に立ってきた杉山文一さん(年金者組合)が退任され、小澤満吉さん(年金者組合)を会長に選任

しました。

この他、副会長、常任幹事についても変更がありました。また会計についても辞退の要望がありました。総会までに後任者が確定できませんでしたが、当面現行の体制を維持することになりました。

新年度の活動方針では、75歳以上の医療費窓口負担2倍化を中止させるたたかい、○高齢者人権

宣言の学習と討議を広げる運動、○高齢期の要求実現のための区市町村要請の取り組み、○11月23日24日の日本高齢者大会in京都への参加、○23年2月22日中野ゼロ大ホールでの全体会を中心とした「ゆたかな高齢期をめざす東京のつどい」の実施、○地域ごとに高齢期運動連絡会を組織し、地域の運動を強め東京高齢期運動連絡会につなげること、○役員体制と財政を確立強化することなどに、これから1年間力を合わせて取り組む事を確認しました。

新年度の活動方針では、75歳以上の医療費窓口負担2倍化を中止させるたたかい、○高齢者人権

75歳以上の医療費 窓口負担2倍化中止!

春分の日宣伝

大田社保協では、区内の他団体にも呼びかけ3月日(月)春分の日にJR蒲田駅西口で1時間の宣伝行動を行いました。当日は23名が行動に参加、日本高齢期運動連絡会が作成した横断幕を目立つように広げ各団体から代わるがわるハンドマイクを握り訴えました。

年金者組合作成のポスターや新婦人からは手作りのプラカードなどでアピール、東京高齢期運動連絡会のカラーチラシ100枚と全国保険医団体連合会のミニ署名ティッシュ225個を配布しました。

今年75歳になるという男性は、「我々は、団塊の世代一期生。やっかいもののように言われる。頑張ってる」と署名に応じてくれました。また、若い方でも訴えを聞いて署名に応じてコロナ禍にも

関わらず82筆の署名が集まりました。

大田社保協では、昨年12月に区内の65歳以上の高齢者の1割に当たる署名(16500筆)を集めようと決めましたが目標の

1割に留まっています。今回の宣伝を契機に引き続き、署名・宣伝行動に取り組み7月の参議院選挙の大きな争点に押し上げていきたいと思います。(事務局 長澤)



小金井市議会 「75歳以上患者負担 2割化中止」意見書可決

年金者組合小金井支部は、昨年11月、小金井市議会に「75歳以上医療費窓口負担2割化を中止するよう政府に意見書提出を求める陳情書」を提出しました。署名はコロナ禍のもと短時間で80筆を集めました。昨年12月定例会では継続審議となったため、閉会中の委員会審査を経て3月の市議会で採択され、陳情内容に沿った意見書が可決され政府に送付されました。

「意見書」を大いに宣伝し一層の運動を盛り上げ、政府への全国署名(目標27000筆)に取り組みでいきたいと思っています。

政府への意見書の内容の要旨は以下の通りです。

「年収200万円以上の370万人(後期高齢者医療制度加入者の約20

%)が、医療費の窓口2割負担となる。政府は、①現役世代の負担を軽減するためと言うが僅か月30円の軽減、②受診抑制が起き、病気が一層重くなる、③先々年収に関わりなく2割更に3割化を狙っているなど暮らしを直撃するもの。コロナ禍のもと医療の充実が求められている時だと考え

る。実施は、2022年10月以降となっている。実施により受診控えが懸念され、後日の重症化リスクが増大し、保険給付増による市財政の圧迫が予測される。よって、小金井市議会は、政府に対し、75歳以上医療費窓口負担2割化を中止することを求めるものである」

早速の会費納入 ありがとうございます

長びくコロナ禍のなかで、各団体の協力で、第30回総会を3月28日に無事成功し、総会議案をお届けしましたので、今年もよろしく願います。

会計報告でも明らかのように、東京高連の財政は「非常事態」ですので、会費の納入をお願いしたところ、4月23日までに8団体から早速納入頂きありがとうございます。

各団体の事情もあるとは思いますが、引き続きご協力をお願いします。

75歳医療費2倍化中止を！ 現在署名数64万、21日に提出行動

4月21日、参議院議員会館前で、75歳以上の医療費窓口負担2倍化の中止を求める署名の提出行動が行われました。行動には約150人が参加しました。

署名は累計で64万筆を越えました。集会には保険医協会から多くの医師が参加しました。年金者組合本部委員長の小澤満吉さんなど高齢者、医療関係者が次々にマイクをとって訴えました。立憲民主党と日本共産党から国会議員が激励に駆けつけました。

行動の冒頭に、保険医団体連合会会長の住江憲勇さんがあいさつ。「高齢者の収入は年30万円が中央値。2割負担の範囲は政令でいくらでも下げられる。この時点で止めないと大変なことになる」「高齢者の収入に対する医療費負担の率は現在も現役世代の2倍から5倍。2割負担になれば4倍から10倍になる」「2倍化されれば28%が受診をひかえると回答している。早期診断・早期治癒が阻害される」と訴えました。

東京高齢期運動連絡会の早川明好さんは「現役時代は病気にならなかった。現在81歳、たくさん診療科に通って

る。すき好んで病気になる人はいない。政府は金がないと言うが、なんで軍事費は増やすのか」と述べ、東京高連作成のブックレットを示して「署名はまだまだ広がっていない。真実を知らなければ、だれもが反対する。高齢者の知恵を発揮して分断を乗り越えて広げよう。7月には参議院選もある。まだ時間はある、しかし急がなければならない」と運動の急速な強化を訴えました。

4月21日現在の署名集約数は、64万7039筆。手を尽くし、言葉を尽くして真実を広げ、署名を広げましょう。



年金者組合世田谷支部 暮らしのアンケートで要求集約

年金者組合世田谷支部は、暮らしのアンケートを実施しました。

寄せられたアンケートをまとめて世田谷区に要請し、交渉を行います。

全組合員にアンケート

年金者組合世田谷支部は2月に支部ニュースに同封して全組合員（およそ80名）にアンケート用紙を配布しました。

4月半ば現在すでに122通のアンケートが集まっています。集まった要求の抜粋は支部ニュースの4月号と5月号で組合員に紹介されます。

寄せられる切実な声

医療に関する要求が多く、10月からの高齢者医療費2倍化は中止の声が圧倒的です。老人医療費無料化の要求も出されています。

年金については、諸物

価が上がっているの中、年金引き下げはどう考えてもおかしい、暮らしにいけないという切実な声が寄せられています。

介護については、制度として成り立っていないという厳しい意見が、多く、使い勝手が悪い、利用料や保険料が高いなどの意見も寄せられました。

「補聴器への助成」「特養ホームの増設」「国保料・介護保険料の軽減」「区民検診・がん検診の無料化」は、いずれも10数件の要望が寄せられました。

「コロナで感染しても、在宅で放置されている方が多数いるにも関わらず、病床数や医療スタッフ、保健所が増やされず、政府が逆の方向に向かっていく」との怒りの声が寄せられています。

対区要請の取組

集約された要求を分担してまとめ、4月と5月

の会議で区への要望書を作成します。6月に開かれる支部三役会と支部執行委員会で確認して世田谷区に提出します。

7月末に予定される区からの回答を受けて、8月に学習会を行い8月31日に世田谷区との交渉を行う予定です。

補聴器助成の要求については、基本的に高齢者に限らず難聴者全体を対象にすること、購入費、調整費を含め助成額の上限を設けないことなど年金者組合の方針を決めて、他団体と調整し横並びで要求していく予定です。

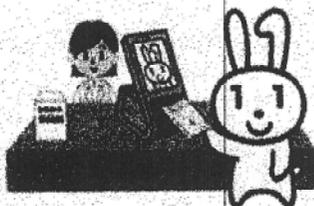
要求まとめ

自治体交渉を

社会保障切り捨てが進む中、要求は切実です。自治体の役割も大きくなっています。地域の生の声を集め、要求に練り上げて区市町村と話し合う自治体要求運動をぜひ全地域で取り組みましょう。

受給者のみなさんへ

令和5年度中から
原則として(予定)



医療機関受診の際に マイナンバーカードを使用します！

現在、医療機関にかかる時は医療券を使用していますが、令和5年度中から医療券の代わりに原則としてマイナンバーカードを使用して、本人確認及び医療扶助資格を確認するよう国が準備を進めています。

つきましては、マイナンバーカードをお持ちでない方は、令和5年3月31日までに取得していただくようお願いします。

マイナンバーカードを取得すると・・・

- ★ マイナポイントを最大20,000円相当付与
(ポイントの対象の申請期限は令和4年9月末まで)
- ※ 上記マイナポイントは収入認定の対象外
- ★ 医療券を取りに来所不要
- ★ 公的身分証明として活用

◎ マイナンバーカード交付申請書

平成28年度に区から送付した「通知カード」にマイナンバーカード交付申請書が付属しています。紛失された方は区民課・各事務所の戸籍住民係で交付申請書を再発行します。その際、下記の本人確認書類を2点以上持参して下さい。

<運転免許証、身体障害者手帳、病院の診察券、預金通帳、生活保護証明等>

◎ マイナンバーカードの申請方法

交付申請書に必要事項を記入し、顔写真を貼って郵送して下さい。約1か月後に「交付通知書」が届きます。

※ 詳しくは「マイナンバーカード交付申請のご案内」をご覧ください、ご不明の点がありましたら担当ケースワーカーにお問い合わせ下さい。

<江戸川区福祉事務所>

生活保護受給者の皆さまへ

マイナンバーカード交付申請のご案内

生活保護を受給している方は、原則としてマイナンバーカードで、生活保護の指定医療機関を受診することになります。
この制度は、令和5年度中から始まる予定です。

まだ申請していない方は、マイナポイント第2弾(裏面参照)対象期間中の申請がおすすめです。

マイナンバー・マイナンバーカードとは

- マイナンバー(個人番号)は、住民票をもつ全ての方に1人1つずつ割り当てられた12桁の番号で、国内のさまざまな行政手続きで個人を識別するため活用されます。
- マイナンバーカードは、マイナンバーや顔写真、氏名、住所、生年月日、性別が記載されたICチップ入りのプラスチックカードで、本人確認書類として利用できます。
- マイナンバーカードの交付率は、全国で41.8%、江戸川区では45.9%(令和4年2月1日現在)となっており、すでに多くの方がマイナンバーカードを持っています。

あるとこんなに便利！

指定医療機関を受診

マイナンバーカードの提示で、指定医療機関を受診できるようになります。

- ※令和5年度中から運用開始予定
- ※これまでどおり、受診前に福祉事務所へ申請する必要があります(緊急時を除く)



健康状態を確認

マイナポータルで、健診情報や薬剤情報が見られるようになります。

※令和5年度中から順次実施予定



公的な本人確認書類に

顔写真付きの公的な本人確認書類として、日常生活や自立に向けた活動などさまざまな場面に利用できます。



コンビニで証明書を取得

住民票の写しや印鑑証明、戸籍などの証明書が、コンビニで取得できます。<江戸川区で取得できる証明書>

- ①住民票の写し
- ②印鑑登録証明書
- ③戸籍の附票の写し
- ④戸籍(全部・個人事項)証明書



マイナンバーカードは持ち歩いて安全

大事な個人情報が入っていません

マイナンバーカードには、生活保護の受給情報などの重要な個人情報は入っていません。



個人情報

「なりすまし」はできません

マイナンバーカードは顔写真付きなので、他人がなりすまして使うことはできません。



デジタル・ガバメント実行計画（抄）令和元年12月20日改定（閣議決定）

7.4 マイナンバーカードの普及とマイナンバーの利活用の促進について（◎内閣府、内閣官房、関係府省）

(1) 各種カード、手帳等との一体化等の推進

安全・安心で利便性の高いデジタル社会の構築に向け、マイナンバーカードを基盤として、既存の各種カード、手帳等との一体化等を別紙4の工程表に沿って推進する。

別紙4 マイナンバーカードを活用した各種カード等のデジタル化等に向けた工程表

		2019年度 (令和元年度)	2020年度 (令和2年度)	2021年度 (令和3年度)	2022年度 (令和4年度) ※ほとんどの住民が 保有(想定)	2023年度～ (令和5年度～)	主担当部局	
		1月～3月						
医療関係	健康保険証	システム開発・医療機関等での導入準備等		本格運用（令和3年3月～） ※概ね全ての医療機関等での導入を目指す（令和5年3月）			厚生労働省 保険局医療介護連携政策課	
	薬剤情報、特定健診情報			薬剤情報のマイナポータル閲覧（令和3年10月～） 特定健診情報のマイナポータル閲覧（令和3年3月～）			厚生労働省 保険局医療介護連携政策課	
	患者の利便性向上	先行事例の実証	モデル事業、実証・モデル事業を踏まえた横展開					厚生労働省 医政局研究開発振興課
	処方箋の電子化、お薬手帳	電子化の検討（電子処方箋ガイドラインの改定等）	電子化に向けた環境整備			環境整備を踏まえた実施		厚生労働省 医薬・生活衛生局総務課
	生活保護受給者の医療扶助の医療券・調剤券	フィジビリティ調査、制度的な検討	地方との協議	環境整備・システム開発		本格運用		厚生労働省 社会・援護局保護課
		マイナンバーカードの利用促進、本人確認利用、メリットの広報周知、受給者の利便性向上						
	介護保険被保険者証	被保険者証そのものの在り方について見直しを行い、保険者等の関係者と合意		合意された内容に基づき、システム開発		本格運用		厚生労働省 老健局介護保険計画課
PHR (Personal Health Record) 健康診断の記録	PHR検討会での検討 ・PHRの検討における留意事項の決定 ・留意事項に基づく各健診等の工程表の検討 ・中間報告（工程表決定）		工程表に基づき各担当部局が環境整備順次、マイナポータル等での閲覧、情報連携できる情報を拡大				厚生労働省健康局健康課 他 文部科学省初等中等教育局 健康教育・食育課	
母子健康手帳			乳幼児健診情報等のマイナポータル閲覧				厚生労働省子ども家庭局 母子保健課	

都立病院の充実を求める

〒170-0005 豊島区南大塚2-33-10

電話 03-6912-1871 FAX 03-6912-1872

メール thei41822@blue.ocn.ne.jp

発行 2022・4・13 118号

連絡会ニュース

第1回都議会定例会で都立病院・公社病院の地方独法化を強行決定

東京都議会第1回定例会は、3月25日に閉会しましたが、この議会の中で小池都政は、議会論戦での質問にまともに答えようとせず、小池知事は答弁にも立たず、答弁した西山病院経営本部長などは、答弁内容をはぐらかし、まともな答弁を行いませんでした。

病院の統廃合はないのかと問われると、小池知事も西山病院経営本部長もこれをはっきり否定しませんでした。西山本部長は、「都立病院でも小児総合医療センターの再編整備など、充実強化してきた」と答弁しました。八王子、清瀬、梅ヶ丘の統廃合で行政的医療を後退させたことへの反省がないこと、独法化後に再編統合があると認めるものであること、独法化は「行政的医療を将来に渡って提供するため」という知事と都が繰り返してきた説明は、都民を欺くものであったことが明らかになりました。「八王子の小児・障がい者医療を考える市民の会」からは「みんな困っている。実態も知らずによくもこんなことが言える」と非難の声が上がっています。



予算特別委員会や厚生委員会では、独法化を知事に提言した都立病院経営委員会は地方自治法に違反していたことや、経営委員会の委員に独法化を推進している監査法人トーマツの社員が入っており、後に東京都から8千万円で独法化の調査委託を受けていた事などが明らかになりました。

そして、独法化されても将来にわたって

連絡会は今回の都議会決定を受け、新型コロナウイルス感染拡大の第7波も予想されている中で、7月からの独法化を中止を求めて、さらに新たに第2回都議会定例会に向けた請願署名運動を提起しました。

都立病院、公社病院の独法化を知らない都民がまだまだ多数です。宣伝、署名活動をさらに広げ、7月からの独法化を阻止するために最後まで頑張りましょう。

「大塚病院を守る会」は連続宣伝で大奮闘

3月14日、大塚駅南口で宣伝を行いました。参加者は会14名、土建のみなさんも10名参加してくれました。署名は特に呼びかけは行いませんでした。それでもテーブルに置いてあった署名25筆が集まりました。特徴はチラシ、ティッシュの受け取りが良いこと、よく読まれていることでした。15日の包囲行動は土建を除き8名の参加



3月25日は大塚病院前で宣伝、8名の参加でした。幟を見て、足を止めチラシを受けとる人、独法化と聞いて大学と同じですね、ガンバってくださいという都立大学職員もいました。チラシはほとんどの人が受けとっていただきました。

「荏原病院の会」は会話がはずむ署名宣伝に

3月26日、荏原病院の医療の充実を求める連絡会は、東急大岡山駅で署名宣伝行動を実施しました。駅前には広い敷地で交番もあり、お巡りさんは私たちのスピーチを聞いていました。

「今日奥沢病院で検査して、6000円と高かった。医療費の安い公立病院をなくしたら駄目です」「まだ寒い日もあるので、気を付けて運動してください」そして「独立行政法人化を許したらいけないですよ」と独法化をよく知っている人もいて、会話がはずむ署名行動となりました。



都立病院を廃止し公社病院とともに独法化することは許せない 引き続き運動し撤回させる！ 3.25新宿駅西口抗議宣伝行動

第1回都議会最終日の3月25日、新宿西口で「連絡会」主催の都立病院廃止決定、独法化中止請願否決に抗議する宣伝行動が行われました。

発言に立ったみなさんは、小池都政の強引なやり方への怒りと、引き続き闘う決意を述べました。

高橋連絡会事務局長

140年の歴史のある都立病院廃止を都議会がきめた、屈辱的な日だ。都立・公社病院のすべてを地方独立行政法人化し、今後懸念されるのはこれ



までと同じようにコロナ対応ができるかだ。小池知事は国以上の医療水準引き下げを行っている。知事の「行政的医療は後退させない」の約束を守るか監視し続けなくてはならない。

署名呼びかけ人 本田宏医師

日本は世界一公的病院が少なく全病院の2割。英・仏はほとんど、独は8割。医療は教育と同じ。国が責任を持たないと余裕がないので感染症が起きた時にベッドの空きがない。独法化で患者の負担が増える。世界で最も少ない公的病院をこれ以上減らしたらダメです。諦めずに「病院増やせ」と声を上げ続けよう。



視力障がい者団体のみなさんも参加

斎藤まりに都議(日本共産党)

コロナ最前線で頑張る6,838人の病院職員大リストが自・公・都ファ・維新の賛成多数で可決された。論戦で3小児病院統廃合を評価、行政的医療切り捨て姿勢が鮮明になった。小池知事は独法化はコロナ対策というが、先に独法化した大阪は医療崩壊、多くの死者が出たではないか。地方自治法違反の病院経営委員会の提言で独法化。阻止する闘いを始めよう。



漢人あきこ都議(グリーンな東京)

なぜ日本では自宅待機の状況が生まれたのか。病院、医師の数が足りないからだ。世界的には水道など、命にかかわるものは再公営化する流れにある。一度失ってしまったのは、取り戻すのが大変になる。命を守るという当たり前のことが反映される政治に変えよう。



革新都政をつくる会 中山事務局長

ウクライナで命が奪われている。新型コロナウイルス感染もいまだに高止まり状態だ。東京都の予算は、史上最高水準の7兆8千兆円。これをどう使うかが問われている。都立病院を廃止するなど言語道断。都民が主人公の都政に。諦めずに頑張ろう。

東京医労連 山崎執行委員

独法化に賛成した都議会議員に怒りをもって抗議する。民間医療機関が頼りにしてきたのが都立・公社病院で、感染者



東京医労連 西坂さん
受け入れの中心的役割を担ってきた。7月からの独法化撤回を求めてたたかう。



墨東病院を守る会 喜入さん

都立病院が独法されるということを知らない都民が多い。40代の患者さん自宅待機で1週間何も食べられず水分もとれずいたところ、保健所の紹介で墨東病院に入院できた。本当に命の砦だ。



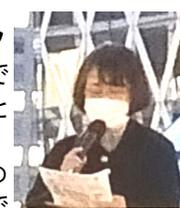
駒込病院を守る会 森松さん

駒込は感染症専門病院だが、がん専門病院でもある。医師・看護師・薬剤師など各職種がチームワークを組んで治療にあたっている。独立行政法人になってこれからもゆとりある医療がこれまで通り提供できるのか、医師も職員も心配している。



大塚病院を守る会 松崎さん

今日の採決結果に怒りでいっぱい。都民の命を守ることが、都の仕事のはずなのに。都民に説明しないで押し進めるのは、そうしないと独法化できないからだろう。やり方が汚い。撤回させるまで頑張る。



広尾病院を守る会 金井さん

小笠原、伊豆大島など島しょ部の医療を担っているのが、広尾病院。昨年コロナ専門病院として、一般診療を大幅に削減してコロナ対応に当たっている。現場は苦勞を強いられ、奮闘する職員のことを考えると独法化は絶対に許せない。



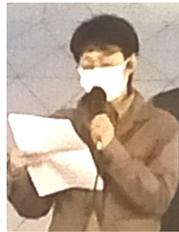
多摩メディカルセンターをよくする会 岡地さん

多摩総合医療センターは245のコロナ病床を用意できた。都立直営だったからできた。13年前に3小児病院の統廃合を強行した。都はこれを評価する答弁を行った。神経病院は、10年後に難病医療センターに生まれかわる計画だが、独法化後に借金でスタートする。本当に大丈夫なのか。3つの病院を守る運動を引き続き続ける。



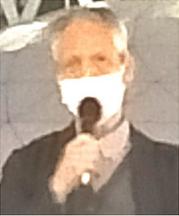
豊島病院を守る会 三母さん

都の要請で一般病床をコロナ病床に変え、全国4位の病床数を確保してきた。本部の検討会議では、経験年数の長い看護師が多くいることが問題のような発言があった。ベテランが多くいることが、病棟の安定運営に繋がっていることは現場が一番知っている。都立は都立のまま、公社は都立に戻して充実させることが求めている。



松沢病院を守る会 中村さん

コロナ禍でクラスターが発生した病院などから多くの精神疾患、認知症のコロナ患者を受け入れてきた。NHKでも特集された。ウクライナでは病院が攻撃された。病院がなくなるということは、命が助からないということだ。松沢病院を都立のままでも守り抜く。



荏原病院を守る会 大島さん

140年の歴史に幕を下ろさせる訳にはいかない。先日も街頭署名を行っていたら「お世話になった、看護師さんにお礼を言いたい」と利用者さんが駆け寄ってきた。地域に支えられている病院と日々実感している。武漢からのコロナ患者を真っ先に受け入れた病院だ。独法化は許せない。諦めずに頑張る。



都立病院の充実を求める

〒170-0005 豊島区南大塚2-33-10

電話 03-6912-1871 FAX 03-6912-1872

メール thei41822@blue.ocn.ne.jp

発行 2022・5・9 119号

連絡会ニュース

連絡会は5.1メーデーでも 5.3憲法集会でも宣伝署名行動

コロナ禍の中で3年にわたる自粛生活で集会ができない状況が続いていましたが、久しぶりにメーデーが代々木公園と井の頭公園で、5.3憲法集会在有明防災公園で開催されました。

連絡会は各集会で宣伝署名行動に取り組み、代々木メーデーでは25名参加で222筆、三多摩メーデーでは136筆、5.3憲法集会では18名参加で143筆の署名を集めました。お疲れ様でした。



代々木メーデーでの宣伝



代々木メーデーでの宣伝



5.3憲法集会での宣伝



5.3憲法集会での宣伝



5.3憲法集会での宣伝



代々木メーデーのデモ出発

タクシー運転手が車下りて署名

4月11日、大塚病院を守る会は病院前宣伝を行いました。みなさん都合が悪く6名のみの参加でした。それでも36筆の新しい署名集めました。タクシーの運転手さん、車を降りてサインする人、夫婦で署名する人、様々でした。



4月25日は巣鴨駅前宣伝行動を実施。暑いこともあって人はいつもより少ない気がしましたが、それでもチラシの受け



取りは良く38筆の署名が寄せられました。参加者は会11名、土建10名でした。

数人が独法化を知らなかった

4月23日、松沢病院を守る会は小田急線の成城学園前駅で宣伝署名行動を行いました。やはり知らなかったという方が数人いて、すぐ署名してくれました。参加18名、署名70筆、カンパ100円。暑いなかお疲れさまでした。



「荏原病院を守る会」の宣伝では対話が広がり署名も増えました

荏原病院の医療の充実を求める連絡会では、5月7日15時から署名宣伝行動を蒲田駅西口で実施しました。いつも活躍する横断幕を見て、荏原病院がなくなるって??と会話する若者が何人かいました。署名をしてくれた訳ではないのですが、宣伝行動に少しは関心を持ってくれたのでは、と思いました。

静岡の伊東市立病院が独法化して、パワハラで大変そうと高齢の女性、荏原病院と連携してお世話になっていると歯科医の男性、荏原が公社でなくなったら大変、と民間病院に勤める看護師など対話しながらの署名は56筆、持ち込み126筆と併せて182筆でした。参加者は19人でした。



荏原病院の医療の充実を求める連絡会の宣伝

差し戻し審の決起集会を開催しました

報告 外科医師を守る会 野田

外科医師えん罪事件で、最高裁が有罪判決を破棄し審理を東京高裁へ差し戻したことをうけて、4月15日、北千住シアター1010で「乳腺外科医師えん罪事件差し戻し審で完全無罪を目指す決起集会」を開催しました。

冒頭の挨拶で、外科医師を守る会の筆頭呼びかけ人である八巻秀人医師は、最高裁弁論での、検察側の「証拠など関係ない、患者さんの被害の訴えが大切なのだ」という主張を聞いて、「正直呆れました。あきれるところが、怒りもこみ上げてきました。」と、検察の態度を非難しました。そして、病室はわいせつ行為をするには無理な状況だったことなどを指摘し、「外科医師とその家族に是非支援をお願いします。」と参加者に呼びかけました。



連帯挨拶に東京民主医療機関連会事務局長の西坂氏は、自身が病院の事務長をしていた時に警察介入の対応をした経験から、「事件が起きた背景より誰がやったかしか興味がない。警察の捜査が科学的に行われていれば、せん妄やDNA、アミラーゼに対する評価も、弁護団が到達した結論と同じものになっていたはずで、被害を受けたという女性にそのことを正確に伝えていれば、今日のような事態にはなっていなかったのではないかと。警察、検察による人権侵害の責任は非常に大きなものがある。」と警察・検察の事故処理の姿勢を批判しました。



この集会のメインとなる講演で、主任弁護人の高野隆氏は、「皆さんのおかげで、これまで弁護団は充実した弁護活動ができた。」と支援者にお礼を述べてから、「最高裁が有罪判決を破棄したということは、我々の言い分を認められた。そのことは喜ばしいが、消してバラ色の判決ではない。高裁へ差し戻したということは、DNA量が信用できるか検証をやり直さないということ。科捜研の鑑定が信用できるかといえば、検証ができないのだから信用できるはずがない。」と最高裁判決を振り返ったうえで、「冤罪から逃れるためには、一番で証拠調べ、二度目は高裁、三度目は差し戻し、3回勝たなければ無罪にならない、こんなことが許されるのか」と刑事裁判が被告に不利な運用になっている点を問題視しました。



そして事件の本質について「DNA 量が信頼できるかできないかは問題ではない。」「触診など舐める以外で DNA が付着する可能性がある。」「そもそも全く事件が起こりえない病室の状況だった。」と論じました。

最後に「我々は最後の力を振り絞って、東京高裁で無罪判決をとらなくてははいけない。それは決してたやすい道ではない。まだイバラの道が続いている。皆さんには引き続きご支援をいただきたい。」と支援者に訴えました。



弁護団の小口弁護士は、「せん妄研究の第一人者である弁護団側証人が、科学的基準に基づいて、せん妄の患者の診療体験も示しながら完璧な証言をした一方で、検察側証人はせん妄の専門家でないと言明し、その差は歴然であった。」ところが、高裁は検察側証人の方を信用したことに「大変ショックであると同時に、裁判所は、きちっと厳しく監視しないと、どんな判決をするかわからない、ということの思い知らされました。」と、高裁の逆転有罪判決を振り返りました。また「検察は国費を潤沢に使えて、専門家のいろいろな協力が得られる一方で、弁護団は限られた資金で一人一人の専門家の先生にお願いしてまわらなければならない。」実情にふれて、「一審では、たくさんの募金をいただいて実験を行うことができた。これからも頑張りますので皆さんの応援を引き続きよろしく申し上げます。」と結びました。



外科医師のご家族からは、「あっという間に6年経ち、裁判が長期化することで、ネット社会ですからいろいろな情報が流れて、外科医師本人も家族も心身ともに痛んでいます。痛みが6年間続いています。是非皆さんのお力添えで、今回の差し戻し審をしっかりと勝ち取りたい。」と現状を話していただきました。

今後の行動提起として、外科医師を守る会から、新たな署名を目標 10 万筆、カンパの目標 1 千万円、外科医師を守る会への入会、事件の学習会開催のお願い、以上 4 点についてお願いをしました。

この集会の会場参加者は 60 名、総額 11 万千円のカンパをいただきました。ありがとうございました。無罪判決を勝ちとるまで引き続きご支援をお願いいたします。



以上

外科医師は無実です

差し戻し審

速やかな審理で、無罪判決を！

2016年5月10日、東京都足立区の柳原病院で、乳腺腫瘍の摘出手術をした外科医師が、この手術を全身麻酔で受けた女性患者から、術後約30分後に「胸を舐められたり、乳房をはだけさせて自慰行為をされた」と訴えられました。外科医師は、一貫して無実を訴えています。

- ・病室は4人部屋で満床。頻繁に人が出入りしていました。外科医師は2回の診察時、いずれもベッドサイドで看護師と会っていますし、2回目には母親に声をかけています。
- ・ベッドは高く固定され、ベッド柵がついていました。床からベッド柵までの高さは約1メートル。身長165センチの外科医師には、女性患者の胸を舐める行為が不可能です。
- ・外科医師が着用していた術着のズボンには、腰の部分を紐で縛って止める仕組みでした。紐を緩めればズボン全体がずり落ちてしまい、自慰行為は不可能です。

2019年2月、一審の東京地裁は無罪判決。女性患者の訴えは、「麻酔覚醒時のせん妄の可能性」が十分にあり、検察が出したDNA定量検査とアミラーゼ鑑定は、女性患者の訴えの信用性を強めるには不十分と判断しました。しかし2020年7月、二審の東京高裁は、事実と科学を否定した「懲役2年・実刑」の有罪判決でした。

2022年2月18日、最高裁は、高裁判決を破棄して、高裁に差し戻す判決を出しました。

最高裁は、せん妄については、二審で検察が呼んだ証人の見解が「医学的に一般的なものではない」と明言。その一方で、DNA定量検査は「信頼性にはなお不明確な部分が残っている」ので、審理を尽くすために差し戻すとなりました。

しかし、DNA定量検査の正確性を検証できないことや証拠にならないことは、一審の法廷で既に審理を尽くされ、判断されたことです。検査・鑑定をした警視庁科学捜査研究所(科捜研)の技官は、残さなければならなかったDNA抽出液を捨てたり、パソコンに残っていたデータを消したりして、第三者による検証を不可能にしました。また、この定量検査・鑑定を記録したワークシートは鉛筆書きで、消しゴムによる書き直しが見られる箇所もありました。刑事裁判は、人の一生を左右します。「科学と呼べない証拠」で裁くことを、絶対に許してはなりません。

そもそも、外科医師のDNAが付着する可能性は、手術前の触診やマーキング、唾液の飛沫等で、何度もありました。DNAの量は犯行の決め手にならないのです。

冤罪で苦しみ続けている外科医師と家族に、1日も早い救済が必要です。診療現場に道理の無い介入を許せば現場は委縮し、それは患者にとっても大きな不利益につながります。全国の医療関係者や市民が、真剣に注目しています。

貴裁判所におかれましては、公正かつ速やかな審理で無罪判決を出されるよう要請します。

氏名	住所

外科医師を守る会 〒270-1166 我孫子市我孫子4-9-103 渡辺誠二宅 気付

外科医師を守る会HP

※せん妄とは脳の機能不全で、注意障害・意識障害を主として、認知障害を伴う病態です。現実と幻覚を同時に見て、それに対して行動し、明確に記憶することがあります。いわゆる「夢」とは違います。医療現場では日常的にあり、せん妄の原因に、全身麻酔があります。



東京社保協第52回総会 討論 要約

2022. 4. 16 けんせつプラザ東京

【会長：吉田章 閉会あいさつ】ウクライナでの悲惨な事態が一刻も早く収束する事願っています。

コロナ感染症の状況ですが、第6波が収まらないうちに先月にはまん延防止等重点措置が解除されました。感染者数は、昨年第5波のピーク時よりもはるかに多くなっています。入院ベッド、重症者用ベッドの稼働率がそれぞれ30%、5%と低いことを根拠に、医療供給体制に余裕があると解除されました。しかし、自宅療養者が47,000人、入院療養調整中の人が54,000人となっています。救急隊員が「入院受入紹介を4回以上」と「現場での待機30分以上」となる救急搬送困難事例が今年に入り6千件、4月4日から10日までの一週間だけでも二千数百件となっています。

コロナ関連での死亡者数は、NHKのコロナサイトによると4月14日までに29,000人、20年が3,500人、21年が15,000人、22年が4月14日までで10,500人と昨年の3倍のペースで死亡しています。オミクロン株はデルタ株よりも軽症だと云われていますが、感染者数が絶対的に多いのが特徴です。コロナベッドを1つ確保するためには一般病床のベッドを4つ削ることになります。診療をされていて、熱が出て入院となると、PCR健査や血液検査など3～4日かかり、やっと入院となりますが、入院できれば良い方です。

コロナでの感染経路は、施設、学校でのクラスターの発生が多く、規制を強化されている飲食店での発症経路は5%程度といわれています。コロナ感染者は、無症状感染者が多く、無症状者から感染しています。有症者だけを相手にしていたのでは片手落ちです。無症状感染者を洗い出して感染を広げないことが重要です。「検査、診断、隔離」が感染症対策の柱です。検査をおろそかにしているのが日本です。世界でも類を見ない、非科学的な検査抑制策を取っています。

8年間続いた安倍政権、その後1年間の菅政権は不祥事の連続でした。財務省職員の自殺、財務省公文書の改ざん、モリ・カケ学園、桜を見る会、統計の粉飾問題、菅首相の息子が関与した総務省の高官接待問題と、枚挙にいとまがありません。日本学術会議への人事介入問題もありました。引き継いだ岸田政権は、改善するのではなく、それらに蓋をしました。経済的には、GDPはほとんど上がらず、大企業の内部留保は484兆円となっています。低賃金の非正規労働者が増え、貧困格差が増大しています。国民の生活は苦しくなっていて、命の危険にさらされています。国民の生活を守って、日本を良くするためには、政権を変えることが必要です。参議院選挙では足掛かりとして一致団結して臨みたいと思います。

【都立病院の拡充を求める連絡会】都立病院の廃止条例が都議会第一回定例会で可決させられてしまいましたが、諦めず7月の独法設立中止をめざして取り組みに踏み出しています。コロナ禍で対応では、都立・公社病院がいかに大きな役割を果たしてきたか、不採算医療に重要な役割を果たしてきたかをご存じのことと存じます。

都立・公社病院の独法化に関する問題点は、病院経営本部内に設けられた権限のない病

院経営委員会の報告に始まり、①「利権」の発生が疑われている問題、②「経営改善」には結び付かない問題、③今後の「統廃合」について言及しなかった問題に集約できます。医療は「人」が行うものです。政府の病床削減政策と東京都の都立・公社病院の独法化の問題点を多くの都民に知らせ、暴挙を止めさせましょう。

【東京医労連】 介護・看護における処遇改善について報告します。コロナ禍の中、何時感染してもおかしくないという状況の中、通常の業務に加えて、感染対策に細心の注意を払いながら懸命の努力で医療・介護を継続しています。外来では、発熱外来を受診する患者さんも増加していますし陽性者も増加しています。新型コロナの変異株の影響で、ワクチン接種後でも罹患するケースも発生しています。病棟では、重症化して転移先が見つからない、新型コロナ感染症以外の患者を受け入れないなど、いのちの選別が強いられる事態が起これ、医療崩壊が現実のものとなった2年間でした。医療従事者の処遇の悪さを政府が認め、今年の診療報酬改定において、地域でコロナ医療などに一定の役担う看護職員を対象に今年の10月以降、3%程度、月額平均1万2千円相当の引き上げのための処遇改善の仕組みが創設されました。対象となる医療機関は、地域でコロナ対策などの一定の役割を担う医療機関とされ、救急搬送件数が年200台などとし、それ以外の医療機関は対象外とされています。しかし、救急搬送200件以上や第3次救急を担う医療機関だけが新型コロナ対応しているのではなく、入院することが出来ないコロナ患者への在宅での対応は訪問看護が担い、地域の医療機関が協力し合い必要な医療を提供しています。対象を限定することの疑問と現場で矛盾を生んでいます。複数の院所を運営する法人では、同一職種であっても、処遇が改善される職員とそうでない職員との矛盾が生じています。

病院の体制については、看護師不足が深刻な状況になっています。看護師が働き続けられる労働条件の改善、人員増による体制の強化なしには改善できません。コロナ禍の中、従来からの少ない人員体制により、ギリギリの看護を強いられている実態があります。看護職種、介護職種の9千円や4千円の少ない賃上げではなく、大幅な桁の違う賃上げが必要です。5月末までに「いのち署名」取り切り、国会に提出します。今度の参議院選挙で、賛同議員を増やして、社会保障を充実させる取り組みに賛同議員を多く誕生させたいと思います。

【北区社保協】 コロナ禍で取り組まれる地域社保協の取り組み、「なんでも相談会」の事例報告です。社保協の加盟団体と法律事務所などの協力で開催しています。コロナ禍で、区内死亡者3千数百人のうち、孤立死が4%から6%に増加しています。年金受給者が86%でした。自死が全体で60人でしたが、70代で7人、80代に8人と高齢者にまで広がっています。家庭内トラブルや孤独感、孤立の相談がコロナ禍で増加しています。なんでも相談会では、1回の相談ですべて解決することではなく、一人で悩まない、まずは聞くことを重視しています。困っている人ほど、悩みは複数あります。一度の相談では話せない、一度では解決しない、何度でも相談に来てほしいと声をかけています。コロナ禍でも、自分のことで立ち上がることができることを伝えています。

【歯科保険医協会】 コロナの流行が始まった時は、アメリカでは危険な職種の一番に数えられていました。しかし、歯科診療所でクラスターが発生した事例は報告されていません。

歯科治療に使う、銀歯はロシアからの輸入に頼っています。金銀パナジウム合金は昨年から値上げされ、3か月ぐらいで約2倍となり、市場価格 30 グラム 12 万円の価格になり、保険からは9万4千円が支払われますが、25%ほどの赤字となり、患者負担が増えることとなります。

マイナンバーカードが保険証として使用できるようになりましたが、マイナンバーカードを使用した際には、初診料で 21 円、再診で 12 円の余分な費用が発生します。カード登録に際してはポイントの付与などで登録促進を図ってきましたが、普及が 42%程度に留まっている現状もあり、限定的ではありますが。マイナ保険証を使用した場合には余分な費用が掛かることとなります。医療機関側でも、カードの読み取り装置と顔認証装置の設置などの導入が必要になり、機器が無料提供されたとしても通信回線などの運用費用が必要であり、オンライン請求していることが前提となっているなどの制約もあります。機器を設置している歯科診療所も 14%程度という状況に止まり、初診、再診にお金がつくようになることで、目先の利益で適用促進を図ろうとしています。マイナンバーカードに保険証を紐づけされることは、国に個人情報、特に健康情報が集中することで、ビッグデータとして活用されることが懸念されます。

【首都圏アスベスト訴訟】 首都圏アスベスト訴訟は、2008 年 5 月 16 日の訴訟開始以来 13 年と 1 日後の 2021 年 5 月 17 日に、最高裁判所は国と建材メーカーの責任を認める判決を出しました。しかし、訴訟以来原告の 70%が志半ばで亡くなられています。アスベストは天然の鉱物繊維です。摩耗に強く、燃えないで高熱に耐える、切れにくく酸アルカリなどの薬品に強いなどの特徴があり、安価でもあり、多くの建設資材に使われています。梁、柱、屋根、壁などの多くのところに使用されています。石綿繊維の特徴は、髪の毛の 5 千分の一と言われるほど非常に細く、飛び散って空中に浮遊しやすく、吸い込むと肺に沈着し、数年から数十年と言われる長い潜伏期間を経て肺がんや中脾腫などの病気を引き起こす、命を奪う危険な鉱物で、静かな時限爆弾とも呼んでいます。石綿が建設資材として輸入させ始めたのが昭和 30 年代です。輸入された石綿の 8 割から 9 割が建設資材として使われています。世界的には、1972 年には WHO、ILO は発がん性物質と認定し、1986 年には ILO において使用中止が採択されています。一方日本では、世界が規制を強める中、使用を禁止したのが 2004 年です。国と建材メーカーは危険を知らながら 18 年もの間製造販売し続けたことが被害を増大させた最大の要因と言えます。国の違法性を認定し、屋内現場の建設作業従事者を救済しました。また、建材メーカーの共同不法行為を認め、市場シェアの高い企業等が共同して被害者に賠償することを命じました。菅首相（当時）は 5 月 18 日、全国の原告代表と面会し謝罪しました。さらに、全国で係争中の訴訟の統一和解、未提訴被害者への給付金制度の創設、石綿被害の防止策や医療体制の確保策、保障のあり方などを継続的に協議することなどの基本合意に調印し、国の給付金を支給する法律が 6 月 9 日に成立し、今春から支給が始まります。課題は、対象が屋内労働者に限られ、屋外労働者については国がその責任を否定したこと、責任期間についても死後 20 年に限定したことです。建材企業は警告表示することなく建設従事者に何も知らせずに使用させさせ続け、被害を拡大させたことへの謝罪と賠償、補償基金への拠出をさせなければなりません。建設アスベストの使用禁止は 2004 年からです。それまでは建築にアスベスト建材が使用されていま

した。解体や改修のピークが2030年と言われています。解体や改修工事の際にアスベストが飛散してしまうと建設従事者だけではなく地域住民や一般の人にも被害を及ぼす危険があります。すべてのアスベスト問題の解決に向けて、「つぐなえ、あやまれ、なくせ、アスベスト被害」をスローガンに運動を展開していきます。

【東京都生活と健康を守る会連合会】生活保護行政と新生存権裁判について報告します。コロナ禍と消費税の引き上げで、失業、倒産、雇止で、収入が無くなった人が増え、生活保護に関心が高まったのがコロナ禍の特徴です。政府からの生活保護が最後のセーフティネットなどの発言を受け、厚生労働省から保護行政の見直しが示され、水際対策や事業で使用していた車の保有や資産の保有による給付制限に対して通達が出されました。また、強引な扶養紹介の中止と稼働年齢者へ「すぐ働け」などの就労の強要など、コロナ禍での強引な指導はやめるようにとの通達が出されました。しかし、リーマンショック後よりも生活保護の申請が少なくなっています。生活保護を受給することを親や兄弟に知られたくない、迷惑をかけたくないなどで躊躇するなど、利用に繋がらないことも多く報告されています。また、小口資金の貸し付けなどで当面凌ごうとすることで、生保の利用に繋がらない事態があります。フードバンクなどの地域での支援事業の利用者が増え、若い女性や母子の利用が増加し、生活が破壊されている状況が広がっています。東京の70歳の単身者の受給額は、8万円弱の生活費と住居費となり、生活保護費の切り下げが利用をより一層困難にしています。生活保護基準の引き下げが利用者にとっての障害になっている実態が浮き彫りになっています。

全国で生存権裁判が1,000名を超える原告でたたかわれています。名古屋、大阪、札幌、京都、金沢、神戸、秋田の7つの各地裁で判決があり、大阪以外ではすべて敗訴となりました。「生保基準の引き下げは、厚生労働大臣の裁量の範囲」であるとして原告の主張を退けています。しかし、大阪地裁では、「厚労省が引下げに利用したデータは偽装の疑いがある」として、原告の主張を認めました。生活保護を受給し易くする運動が重要です。「生活保護は国民の権利です」を周知させる必要があります。

【東京地評】賃金と社会保障は、いのちと生存と権利に関わる制度です。毎年10月に最低賃金は改定されます。東京地評は毎年10月下旬に、「パート、アルバイトの募集賃金調査」を実施し、昨年は3,450件を調査しました。昨年の全職種での全都平均の時給が1,161円で、前年比10円の引上げでした。昨年の最低賃金は、前年比28円の引き上げだったのとは比べて3分の1程度の引き上げに留まり、1,041円を割り込む職種も2件ありました。中央値とか最頻値は1,050円～1,100円となり、これでは暮らせないと思います。特に酷いのは自治体の非正規で働く、会計年度任用職員方々で、1,050円から1,070円程度が多く、自治体からの委託業務で働く人も1,050円から1,060円程度が多く、この方々の賃金をどう上げるかが課題となります。リーマンショック後の2009年、2010年ころは最賃額よりも2割程度高かったのですが、東日本大震災後の2013年頃より最賃額の1割程度の引上げ額に留まり、三多摩では1割にも満たない引上げになっています。2019年の生計費調査では、20代の単身者で時給1,600円から1,700円程度となり、東京でも地方都市でも同程度となり、最低賃金として時給1,500円が必要なが分かります。また、最低生計費ということで、教育や住居費がいかに負担が重いかということで、練馬区に居住する50代の4人家族では

年 960 万円が必要となっていることが分かります。賃貸の住居費が月 12 万円、私大と都立高校の教育費で 13 万円と大きな負担となります。東京 23 区に居住する場合には、年間 1 千万程度が必要となります。

【葛飾社保協】一般会計から国保会計への繰入が無くなると、国保料が 9.6% 値上げされることが報告されました。葛飾社保協単独ではなく、多くの団体との共同の運動にしようと、東京土建、葛飾民商、年金者組合、新日本婦人の会、生活と健康を守る会など 7 団体で協議し、各会派がどのように考えているかを多くの区民に知らせることも重要だと議論し、連名による区議会への請願書の提出を準備しました。3 月の葛飾区の国保運営協議会で 6.2% の値上げが決まりました。区の権限として、国保料を引下げる、引下げないまでも値上げしない、国保法 44 条に基づく減免適用の拡充、所得割は若干引き下げられましたが、均等割 52,000 円が 55,300 円に 3,300 円値上げが問題であることを、区議会要請しました。各会派要請を 2 回にわたり実施しましたが、「国保の被保険者は、区民の 3 分の 1 にしかならないので一般会計からの繰入はバランスを欠く」とのことで、自民党、公明党の議員により否決されました。

【立川社保協】三多摩には 26 市 3 町 1 村があり、様々な方式で自治体要請行動に取り組んでいます。コロナ対策では、ほとんどの自治体で要請行動を実施しています。各地域での PCR 検査の拡大や自治体への情報提供、病床や療養施設の充実強化、ワクチン接種の拡大、事業や生活支援などで、要請を繰り返してきました。三多摩地域は、23 区に比べて保健所が広域となり、八王子市と町田市は市の保健所ですが、それ以外の地域では東京都の保健所が 5 か所と、三多摩地域には 7 つの保健所しかありません。多摩府中保健所は、一つの保健所で 104 万人の住民を抱え、人員体制も不十分で、保健所機能が十分に果たし切れているとは言えない状況です。多摩の保険上は、23 区の保健所以上に困難な助教に陥っています。コロナなどの感染症では、感染者の患者情報は保健所がつかんでいますが、保健所の患者情報が自治体に報告されない実態が明らかとなり、市長会での議論や様々な運動の結果、昨年 7 月より保健所の患者情報が自治体に渡せることになりました。三多摩のすべての自治体で実施されているわけではありませんが、自宅療養者に、保健所からも、自治体からも連絡がこないという状況が改善され、自治体から自宅療養者に生活用品が届くなどの改善が図られています。しかし、未だに自己責任で対応せざるを得ない実態もあり、保健所が足りないことも明らかとなりました。30 万人から 40 万人に一つの保健所が必要です。現在 7 つに減らされてきた保健所を 17 か所程度に増やすことが必要です。日野や府中、西多摩地域での増設や機能強化が求められます。

補聴器の助成問題では、23 区では、15 の区で、伊豆諸島では利島村で実施され、三多摩では三鷹市で 4 月から実施されました。三多摩では、町田市や府中市など多くの自治体で要請しましたが否決され、立川市では継続審査になっています。4 月より実施された三鷹市の予算書に基づく助成の仕組みについては、19 万人の三鷹市で、予算規模は 1 千万円で都から 454 万円、市から 559 万円と、半分くらいが都の助成で賄うことになっています。対象人員は 300 人を想定し、本人所得 210 万円は、介護保険の基準段階の人たちで、高齢者の 7 割ほどを対象になります。19 万人規模の市でも 600 万円の予算で助成ができます。東

京都の、補装具や日常生活給付事業などの包括補助が活用でき、各自治体では高額な補助でなくても助成ができますので、大いに活用して、運動していきたいと思います。

23区は14年、15年連続で、毎年保険料が上がっています。多摩の自治体では、10の自治体でしか値上げを阻止できませんでした。引き続き、運動を強化していきます。

【東京商工団体連合会】消費税が10%に引き上げられ、売上が落ち込んでいます。コロナ禍では、お酒を提供するお店で休業を余儀なくされ、閉店までも検討する事態になっています。「消費税は社会保障のため」と導入されましたが、病床の削減など全くのウソであったことが明らかになっています。1989年に導入され、これまでの税収は447兆円ですが、法人税、法人住人税、法人事業税の法人3税の大企業の減税分326兆円の穴埋めに使われてきました。1千万円の収入、売上という高収入と思われるかもしれませんが、売上を得るためには、仕入れや経費が必要であり、収入・売上から経費を引いた所得はほとんど無くなってしまいます。そして、売上に消費税を転嫁する事もできず、上位企業からは取引を切られることも懸念されます。消費税は預り金ではなく、身銭を切って支払っているのが実態です。収入・売上から経費を引いた所得が少なく、所得税がゼロであっても、収入・売上が1千万円を超えると納付しなければならないのが消費税です。インボイス（適格請求書）制度は、売上1千万円以下の免税事業者であっても、消費税の課税事業者にならないと取引から除外される可能性のある制度です。世界では、コロナ禍の下で77か国が税率の引下げ、消費税減税が実施されています。

【福祉保育労東京地本】民間の福祉施設の労働者を組織している福祉保育労です。民間の福祉施設の状況と国からの処遇改善費9,000円と3%について報告します。障害者福祉施設の現場では、感染して救急搬送の要請をしても入院できず、施設内での療養を迫られています。病院でもない、医療関係者もいない中で、基礎疾患を抱える人も多く、ケアに当たる職員の負担も増え、現場では防護服を着ての仕事となります。薬は病院からもらっても、施設の中では職員が投薬の管理をし、徹夜で見守るなど、大変な状況です。いのちと向き合う仕事している福祉労働者の処遇改善費ですが、9,000円ももらえない状況にあります。

福祉保育労の自治体と事業所へのアンケートでは、77事業所より回答があり、4月以降の賃金ベースアップは7事業所だけ、殆どのところは手当です。処遇改善に伴う国の基準では、賃上げは3分の2で良く、3分の1は非正規やパート職員賃上げに使えることになり、処遇改善名目の9,000円は正規職員には渡らない実態となっています。ベースアップと10月以降の賃金引き上げに向けて、すべての福祉労働者を対象とした賃上げが出来る予算の確保を国や自治体に対して要請していきます。都は国がやることとしていますが、認証保育所は都の施策です。

【東京高齢期運動実行委員会】75歳以上の後期高齢者医療費の窓口負担2倍化、2割化を中止させる取り組みについて報告します。今年10月から75歳以上の年収200万円以上の高齢者医療費の窓口負担が1割から2割に引き上げられることとなります。今後は、150万円まで引き下げられるのではないかと、2割負担は3割負担にさせられるのではないかとともにいわれています。全世帯型社会保障において、高齢者は年金の支給開始年齢の先延ばしや雇用年齢の延長で労働を強要され、現役若者は、底なし沼のような負担増地獄に投げ込ま

れています。医療や介護の負担で、個人生活が破綻しても、ローンを支払い手に入れた持ち家の人には「リバースモーゲージ」という「持ち家を担保」にお金を借りて生活しなさいという状況になっています。

高齢者の生活実態では、年金受給額が180万円程度、国の調査では注意で130万円程度となっています。後期高齢者の医療保険料が年額8万円、医療費の一部負担が国の調査でも平均10万5千円となっています。介護保険料は7万円で年金からの天引き、利用料はピンからキリとなります。医療費の一部負担が2割になると医療と介護の支払いだけで、収入の2割にもなってしまいます。さらに、高齢者中で持ち家でない家賃を支払っている人が25%位居て、年間80万円ぐらいの家賃を支払い、貯金を取り崩しての生活となっています。後期高齢者に、医療費の一部負担の2倍化、2割化が知らされていない実態があります。国民の本気度を知らせることが重要です。署名は、350万目標に対して未だ50万筆しか集まっていません。2割化は高齢者だけの問題ではありません。全世代型の社会保障は、全世代の負担増政策の入り口にすぎません。参議院選挙の争点にしていきましょう。

臨調第1次答申が出されて40年、この間に規制緩和、自己責任論が出されて、制度改悪は40年間で30回以上続いています。財界・政府は、国際競争に勝たなくても儲けられる社会の仕組みを作ろうとしています。技術開発力も、労働者の賃金も、社会保障制度も先進国の中では最悪レベルです。大企業の内部留保は484兆円もあります。社会保障は国民の最大の関心事です。2割負担は参議院選挙の争点に押し上げることが必要です。2008年の時には、後期高齢者医療制度の実施を中止させたこともあります。2割化は10月実施ですが、実施を中止させることが必要です。税金も保険料も払っているのに一部負担金も取られているのは日本とアメリカぐらいです。

第4回全世代型社会保障構築会議 議事次第

日時：令和4年4月26日
10:00～11:30
於：中央合同庁舎4号館12階共用1208会議室

1. 開会
2. 全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理に向けて
3. 閉会

会議資料：

- 資料1 議論の整理(第3回全世代型社会保障構築会議 資料)
- 資料2 これまでの会議における主なご意見

1. 全世代型社会保障の構築に向けて

2. 男女が希望どおり働ける社会づくり・子育て支援

- 男性の育児休業の取得促進に向けて、本年10月に施行する「産後パパ育休制度」の十分な周知と検証が必要。
- 非正規雇用労働者について、育児休業に係る権利を希望に応じて行使できるよう、本年4月に施行する改正育児・介護休業法による労働者への休業の意向確認、雇用環境整備及び有期雇用労働者の取得要件緩和等を徹底することが重要であり、必要に応じて更なる対応を検討。
- 短時間勤務制度についてもキャリア形成に配慮しつつ希望に応じて利用できる環境整備が必要。
- 「新子育て安心プラン」等に基づく保育サービスの基盤整備や放課後児童クラブの整備等を着実に実施。また、短時間労働者等が保育を利用しづらい状況を改善する必要。
- 今通常国会にこども家庭庁の創設に関する法案及び児童福祉法等の改正法案が提出されているが、これらを含め、こどもが健やかに成長できる社会の実現に向け、様々な事情を抱えたこども・妊産婦・家庭をはじめ、子育て支援の強化を検討。

3. 勤労者皆保険の実現

- 働き方の多様化が進む中、勤労者皆保険の実現に向けて取組を進める上で、使用されている勤労者であれば、被用者保険（厚生年金・健康保険）も同じように適用されることを目指すべき。
- まずは、企業規模要件の段階的引下げなどを内容とする令和2年年金制度改正法に基づき、被用者保険の適用拡大を着実に実施する。更に、企業規模要件の撤廃も含めた見直しや非適用業種の見直し等を検討すべき。
- フリーランス・ギグワーカーへの社会保険の適用については、まずは、被用者性等をどう捉えるかの検討を進めるべき。

4. 女性の就労の制約となっている制度の見直し

- 社会保障や税制、企業の諸手当などについても働き方に中立的なものにしていく必要。
- 被用者保険の適用拡大は、いわゆる「130万円の壁」を消失させる効果がある。
- いわゆる「106万円の壁」についても、最低賃金の引上げを図ることにより、ある程度問題解決が図られる状況になりつつある。

5. 家庭における介護の負担軽減

- 圏域ごとの介護ニーズの将来予測を踏まえた介護サービスの基盤整備を着実に実施。
- 男女ともに介護離職を防ぐための対応が必要。
- 認知症を抱える方の家族やヤングケアラーを含め、支援を行う方に対する支援を行う必要。

6. 「地域共生社会」づくり

- 多様な困難に陥っている方に対するソーシャルワーカーによる相談支援や、多機関連携による総合的な支援などにより、地域住民が地域で安心して生活を送ることができるようにすることが重要。
- 今後、独居の困窮者・高齢者等の増加が見込まれる中であって、医療・介護・住まいの在り方を一体として考えていく必要。
- ハードとしての住宅の提供のみならず、地域とつながる居住環境や見守り・相談支援の提供をあわせて行うことも重要。その際、空き地・空き家の活用やまちづくりの視点から各地方自治体において地域の実情に応じた対応を検討することが重要。

7. 医療・介護・福祉サービス

- ICTの活用により、サービスの質の向上、人材配置の効率化などを進めることが重要。
- 電子カルテ情報及び交換方式等の標準化を進めるとともに、健康診断等で得られる個人の医療情報を、自分で管理・活用することができる将来像を見据え、個人・患者の視点に立ったデータ管理の議論も重要。こうした取組は、効率的な医療の提供や、患者の利便性の向上にもつながるとともに、創薬などの研究開発の促進にも資する。
- 医療・介護提供体制改革などの社会保障制度基盤の強化については、「地域完結型」の医療・介護サービス提供体制の構築を進めるとともに、地域医療構想の推進などこれまでの骨太の方針や改革工程表に沿った取組を着実に進める必要。また、コロナ禍で顕在化した課題や得られた教訓も踏まえ、機能分化と連携の視点を一層重視した医療提供体制等の改革を進める必要。

1. 全世代型社会保障の構築に向けて

- 全世代型社会保障は、世代間の対立ではなく、それぞれの世代にとって必要な保障をバランス良く確保していくという視点が大事。
- 負担能力のある高齢者は支え手に回っていただき、現役世代の負担増を抑えていくことが必要ではないか。
- 2040年を見据えた、全世代型社会保障のグランドデザインを示すべきではないか。
- 全世代型社会保障の構築の必要性、重要性、給付と負担の在り方やセーフティネットの構築についての国民的なコンセンサスづくりを積極的に進めていくことが必要。
- 全世代型社会保障の全世代の中に将来世代も含まれることを明示し、将来世代も含めた全世代型の社会保障へと変換を図るべき。
- 世の中に高齢者世代と若者世代があり、我々は全員その全ての世代を当然進んでいく。
- 人口動態は地域ごとに非常に異なるので、全世代型社会保障を検討する際には、地域という軸をきちんと重視していくことが必要。
- 2040年を展望した社会保障改革という切り口での議論は、人口減少、少子化のような議論をする場合には優れたアプローチかもしれないが、忘れてはならないのは新型コロナ禍という大きな危機が既に足元で生じていること。

2. 男女が希望どおり働ける社会づくり・子育て支援

- 労働政策の変化や働き方の変容と整合性のある形で議論すべき。男性の長時間労働により家事参加が難しくなっている労働側の状況を前提として考えなければいけない論点と、長期的に見て、働き方や経済全体の在り方が大きく変わることを視野に入れて論じるべき論点もあるので、どちらの立場から議論しているかを明確に意識して議論することが必要。子ども・子育て支援や働く親の支援、両立支援といった論点が渾然一体となっているが、少なくとも出産や子育てにかかる経済的な負担の問題と、働く親への両立支援の問題は、趣旨や目的が大きく異なるので、何を目指していくかに注意が必要。
- 育児休業制度は、人手不足の中で優秀な人材を確保したい企業は積極的に取り組んでおり、企業が人材戦略として進めるべきこと。
- 育児休業制度及び育児休業給付制度は、労働者の雇用継続を目的として、制度化、拡充されてきた。育児休業制度等の充実は、子育てをする女性が希望どおり働き続けることに貢献。他方、男性の育児休業は、雇用継続よりも子育てを行う機会の確保に主眼が置かれてきた面が強いのではないか。
- 男性の育児休業の取得率が低い。
- 本年10月に施行する「産後パパ育休制度」においては、事前の労使合意により育児休業期間中に就業することが可能とされており、育児休業取得後のキャリアへの影響を懸念する男性の育児休業の取得促進に資すると考えられる。テレワークは子育てと仕事の両立に大変寄与するもの。テレワークを活用した育休中の就業可能性について十分に周知するとともに、制度改正が育休取得率に与える影響について効果検証を行う必要がある。
- 非正規労働者について、育児休業制度の対象となっても取得率が低かったり、そもそも育児休業給付の対象となっていない方がいたりする問題がある。非正規労働者は、保育所の利用調整基準において、フルタイム労働者と比べて不利に扱われている。育児休業のみならず保育との接続まで見据え、非正規労働者が出産・育児に伴い、仕事を断念するか、出産を断念するかという選択を迫られないようにする必要。所得の下支えや、世帯所得の引上げを図り、仕事と子育ての両立につなげることが重要。

2. 男女が希望どおり働ける社会づくり・子育て支援（続き）

- 子育て期の短時間勤務制度について、取得率が低い。また、経済的な支援はない。
- 育児休業給付を雇用保険制度の給付としていることを見直し、より個人としての取得の権利を確立し、非正規雇用者を含めて子育て支援を前面に出した制度に見直していくべき。
- 保育士の不足などを考えても、育児休業を誰もが取得できる社会制度を検討することは重要。
- 保育所やこども園といった施設を使っていないワンオペ育児家庭等、多様化する子育て家庭の状況に応じて、より手厚い支援をしていくことが、児童虐待をはじめ様々な問題の減少のためにも重要。
- 子ども・子育て支援法は、子ども・子育て支援、家族形成支援、両立支援という視点でみたとき、包括的・継続的な支援という意味では労働政策との一元性、財源の一貫性など色々な課題が残っている。社会全体で安定的な財源を確保して包括的に施策を展開できるような一元的な制度をつくることを目指すべき。
- 希望どおり働ける社会とは、労働者が育児休業を取得する、短時間勤務を利用できる、保育所に子供を預けて働くといったことを希望どおりに選択できる社会。そのためには、雇用環境と保育サービスの双方の充実が重要。
- 働いている保護者だけでなく、今は子育てをしているが、その後、復帰していく保護者に対しても、誰もが保育を受けられたり、子育て支援を受けられるような制度に強化していくことを考えていくことが大切。
- 育休取得の機会費用が高い人が育休取得を避けることへの対策として、彼らの機会費用を下げる必要。労働者に育休取得をさせるインセンティブを与えるという視点ももっと考慮されるべき。
- 男性の育児休業の取得促進について、取得率100%を目指すことは一つの方法であるが、それは第一のステップであって、目標は取得日数の男女差解消にある。産後パパ育休制度の実施に当たっては、男性労働者や企業が産後パパ育休制度の利用だけで満足することがないように、育児休業の本体部分の取得を行うよう周知啓発が必要。
- 取組を実現していくためには、事業主に金銭的、非金銭的負担が生じるので、それに対する企業側ないしは経営者側の納得、理解を得ることが重要。
- 子育てに係る総合的な取組をするのであれば、その前提として、男女の育休に係る理念の整理がこれまで以上に求められる。
- 両立支援としての保育、学童サービスは、働く親にとっては子供の出生から小学校中学年ぐらいまでの間、継続的に必要なサービス。現状では出産を機に退職する母親が多いことを考慮すると、就職活動等の就労準備の時期についてもできる限り柔軟に保育が利用できる制度づくりが必要。
- 子育てのために仕事を休む、あるいは労働時間を減らすこと自体への公的な支援については、育休ないし時短を、雇用労働者が使用者との関係で権利として確実に行使できるような法整備と環境整備が必要。また、この場合の所得減少に対する支援、子育てにかかる経済的負担への支援については、この給付を雇用労働者の雇用継続支援から離れて、子育てのための金銭給付としてよりユニバーサルなものとして構想し、あらゆる親に対する所得保障、所得補足の制度として整理する方向性もある。この場合、児童手当等との関係を整理する必要がある。その上で、財源や所得要件も含めた給付要件が議論になる。
- 子供の出生直後については、期間をもっと短く切っても思い切った法整備も検討の余地がある。

3. 勤労者皆保険の実現

- 短時間労働者など一部の労働者を被用者保険の適用除外としている現行制度は、事業主に対して、非正規雇用等を推奨している面がある。格差や貧困をなくすためにははずの社会保障が、使用者に非正規雇用を促して格差・貧困を生んできた面があり、そうした矛盾を直視し、解決を図るべき。
- まずは、企業規模要件の段階的引下げなどを内容とする令和2年年金制度改正法に基づき、被用者保険の適用拡大を着実に実施すべきとともにさらなる見直しが必要。
- 被用者保険の適用拡大を更に進めるため、企業規模要件の50人以下への引下げや非適用業種の見直し等を検討すべき。
- フリーランス・ギグワーカーなど現在の社会保険では包摂できていないような非典型労働者については新しい被保険者類型を考えて、実態にふさわしい適用をしていくことが必要。
- フリーランス・ギグワーカーへの社会保険の適用については、まずは、被用者性や労働者性をどう捉えるかの検討が先決。
- 事業主の雇い方の選択を歪めないよう、フリーランス・ギグワーカーへの目配りが必要。実質的には雇用類似の働き方をしているにもかかわらず、事業主負担を嫌って、フリーランス契約が企業によってあえて選択される事態が起こらないようにする必要。
- 企業規模要件は、2012年の改正法の附則に当分の間の経過措置として位置づけられている。粛々と進めて、その先の議論をすることができればと思う。
- 雇用契約を締結する労働者以外への被用者保険、労働者保険の拡大の可否、適否という論点が、長期的には避けられない重要な論点になる。ギグワーカーなどを念頭に置くと、問題の射程は労災や雇用保険にも及ぶ。

4. 女性の就労の制約となっている制度の見直し

- いわゆる「106万円の壁」、「130万円の壁」の直前で就業調整を行っている実態がある。「壁」の解消に向けた取組が必要。
- 被用者保険の適用拡大は、配偶者の扶養の範囲で働く被扶養者にとって抵抗感が強い「130万円の壁」を消失させる効果がある。
- いわゆる「106万円の壁」や「130万円の壁」については、最低賃金の引上げや被用者保険の適用拡大を図ることにより、ある程度問題解決が図られる状況になりつつある。
- 配偶者控除や企業の配偶者手当については、猶予期間を設けるなどしつつ、廃止の方向に向かうべきではないか。
- 配偶者控除は、単なる廃止ではなく、それに代わる控除の在り方を検討することを議論すべき。
- 配偶者手当は、縮小あるいは対象の見直し、廃止の方向で、労使が検討すべき。労使の問題であり、国や行政が強制できるものではないが、女性の就労の制約となり、働き方に男女差を生じさせてしまうことの問題性は、労使、そして社会がしっかり認識すべき。

5. 家庭における介護の負担軽減

- 在宅高齢者を支えるサービス基盤の整備と更なる機能強化が重要。基盤整備は、介護サービスの提供にとどまらず、住まいと生活の一体的な支援や見守り・相談支援も見据えたものである必要。
- デジタル技術やテクノロジーの活用、高齢者の参画や処遇改善の取組を進めることによる介護人材の確保が重要。
- 介護休業よりも介護休暇などの利用が多い。介護離職は男女ともに生じる問題であり、中高年労働者が介護離職をした場合、再就職が困難であり、生活破綻につながることも指摘されている。介護休業に限らず、介護離職を防ぐための施策が重要。
- 認知症を抱える方の家族やヤングケアラーを含め、支援を行う方に対する支援を行う必要。
- 在宅の高齢者を支えるサービス基盤の整備と更なる機能強化が課題。その際、介護サービスのみならず、日常的に医療が必要な要介護者などを地域で支えるためのリハビリも含めた医療・介護連携体制の強化や、生活の一体的な支援、介護予防や社会参加活動の場の充実などといった地域全体での生活基盤の確保という視点は不可欠。
- 介護離職やヤングケアラーの問題は、介護保険内での処理がむずかしいもの。時間をかけて議論をしないと解決は難しいのでは。

6. 「地域共生社会」づくり

- 人々が生活し、つながりを作るための支援が行われる場としての地域づくりは重要な課題。孤独・孤立対策を更に進める必要。
- 子育て世帯、高齢者、障害者、医療的ケア児等様々な困難を抱える方とその家族を支える地域ネットワークづくりが重要。「人と人」、「組織と組織」のつながりを作ることが重要。
- 一人一人が自分の暮らしがあり、仕事があり、その中で役割を得ながら経済が回っていきけるような地域の社会経済循環の構築と一体的に社会保障制度を捉える視点が重要。
- 社会保障・福祉の制度には、住居が定まっていることが利用の前提となるものがあり、支援が必要な方に給付を届ける観点からも住まいの支援は重要。
- 住まいの支援については、公営住宅、住宅セーフティネット制度や生活困窮者向けの住居確保給付金、生活保護制度における住宅扶助等の既存の住まいの支援制度について、課題、重複の有無、支援の在り方などについて検討することが重要。
- 住宅の提供のみならず、見守りや相談支援の提供をあわせて行う仕組みを考えていくことが極めて重要。空き地、空き家の活用など、まちづくりの視点から検討することも重要。各地方自治体において、地域の実情に応じた仕組みを検討する必要。
- 地域の中で、特にコロナ禍もあって、人と人とのつながりが非常に希薄化。どのようにつながりを作っていくのかが大変重要。
- 地域によって人口規模、年齢構成も異なり、それに伴い必要とされている社会保障関係の行政ニーズも違うが、それを支えていくためのコミュニティや地域の中の様々なつながりについても、その資源の在り方は地域によって違うし、実際にサービスを提供する側の事業者やNPO、それを支えていく専門職の人材確保という意味でも、状況は大きく異なる。
- 地域を基幹として生活を支えるという方向性自体は積極的に推進されるべきであるが、問題は高齢、児童、障害、生活困窮といった各分野においてそれぞれに地域が語られ、それぞれに地域づくりが議論されているように見えること。地域共生社会のイメージも分野を超えて共有できているのか、確認しながら進める必要がある。
- コロナ禍で住居確保給付金の利用件数が増え、住まいを消失するおそれのある人の裾野の広がりが顕在化。住宅手当といった家賃補助的な施策も含めて、普遍的な社会保障政策として検討する必要。生活保護制度の住宅扶助制度の整理も必要。さらに、現金給付と現物給付を組み合わせることが今後必要になってくるのではないかと、この点について議論を深めていく必要。
- 住宅政策を包括的にする場合、利用者の年齢などの基本的な情報を共有し、全世代型社会保障の趣旨との整合性の確認が必要。
- 住宅保障について、公的な支援、給付の対象となる住宅の最低限の質について規定が行われることが必要。
- コロナ禍で顕在化した課題の対応については、失業者や生活困窮者などの施策においても、住居確保給付金も含め、様々な特例措置などが設けられており、アフターコロナの対応が重要な課題。

7. 医療・介護・福祉サービス

- 公的価格検討委員会における費用の見える化を着実に進める。検討にあたっては、医療経済実態調査、介護経営実態調査に加えて、事業報告書の活用も重要。
- バックヤードにおけるデジタルの活用等により人材への依存度を下げることが重要。少ない人材で回る現場を作ることが処遇改善にもつながる。
- 電子カルテ情報及び交換方式等の標準化は、効率的な医療の提供や、患者の利便性向上につながるとともに、創薬などの研究開発にも資する。
- CTスキャン、MRIや健康診断等で得られる個人の医療情報を、自分で管理・活用することができるよう、議論すべき。どこで取られたデータであるか保証された個人のデータを自分が管理でき、自身の希望に応じて医者等に渡して活用してもらうことができるようになれば、重複検査や重複診療の削減、医療費の効率化につながる。
- 新型コロナにより、日頃健康な人もかかりつけ医を持つことの重要性や、地域におけるかかりつけ医機能が有効に発揮されることの意義などが改めて確認された。
- 「地域完結型」の医療・介護サービス提供体制の構築に向けて、包括支援型の地域ケア拠点の計画的整備、多職種連携・多機関連携を機能させるためのデータヘルス・情報連携基盤の実装、地域医療連携推進法人等サービス提供を担う主体の経営基盤の強化・多機能化による「切れ目のない伴走型支援体制」の整備などを進める必要。また、在宅医療の機能強化や、「治療」に特化する高次機能病院群と「治し支える」地域医療を担う病院群を明確に位置付け、在宅を支援する医療機関の役割・位置付けを明確化すること、デジタル技術の活用・医療ITの推進の加速化など、地域医療構想の再構築による医療介護提供体制の見直しを進めるべき。そのため、診療報酬体系・介護報酬体系の見直しを進める必要。
- 効率的で質の高い医療・介護サービス提供体制を整備していくことが重要。そのためには、特に医療提供体制については都道府県のガバナンスを強化していくことが不可欠であり、医療保険制度の見直しまで視野に入れて議論を深めていくことが必要。
- 処遇改善に関して、ICTの活用だけではなく、組織マネジメント改革、タスクシフティング、シニアボランティア人材の活用も必要。何よりも経営の大規模化、共同化を進めることが重要。
- DXについて、事業報告書など、経営情報の見える化も必要。
- デジタル技術の活用は効率的な人材の活用につながることも大事であるが、それ以上に保育や教育のサービスの質の向上につながっていくような体制を作っていくところが重要になってくるのではないかと。
- 患者が持っているパーソナル・レコードだけでなく、地域ヘルスケアにまつわる人たちが記録するヘルスケア・レコードもどうしたら包括的に扱えるかについて議論が必要ではないかと。
- 2024年度は、診療報酬、介護報酬の同時改定、第8次医療計画や新たな医療費適正化計画が開始される年度であり重要。そのためには、計画、診療報酬改定、介護報酬改定の中で、その改革が実施できるような議論を2022年、2023年度に前もって進めておく必要。
- 地域医療構想は2025年を目標としていたので、今後、凄まじく人口が減少していく2040年を目標としてバージョンアップする必要。一方で、これまで2025年を目途に目指してきたはずの改革の動きが鈍るということがあってはならない。
- 都道府県のガバナンスの強化、医療保険の見直し、国保の都道府県化をもう少し徹底しないと地域医療構想のエンジンが育たない。後期高齢者医療制度の都道府県化など、財政責任を含めて医療行政を都道府県に集約化していくこともそれに相当。
- 医療提供体制の分業と連携の重要性と、2024年から勤務医の働き方改革が始まる予定であることを併せて踏まえると、都道府県のガバナンス強化による地域医療構想の一層の進展などに加え、医療資源の一層の集約を促すようなより踏み込んだ施策も検討すべき。

社会保障

財務省

2022年4月13日

目次

1. 新型コロナ感染症への対応
2. 総論
3. 医療
4. 介護・障害
5. 子ども・子育て

新型コロナウイルス感染症に対応する医療提供体制等の強化（主なもの）

○ 新型コロナウイルス感染症（以下「新型コロナ」）について、これまで**医療提供体制等の強化のために主なものだけで16兆円程度の国費による支援**が行われてきた。

緊急包括支援交付金等 6.8兆円

- 緊急包括支援交付金 : 6.0兆円（病床確保支援、医療従事者への慰労金支給、感染拡大防止等支援、ワクチン接種体制支援）
- 病床確保のための緊急支援 : 0.3兆円
- その他国直轄補助金 : 0.5兆円（インフルエンザ流行期に備えた発熱外来体制の構築、感染防止等支援、労災上乗せ保険支援）

診療報酬による対応 0.1兆円（医療費ベース 0.4兆円）

- 予備費[2年4・5・9月、3年8月] : 500億円（新型コロナウイルス感染症の入院患者の特例的評価等）
- 2年度三次補正 : 100億円（小児外来診療・転院患者診療の特例的評価）
- 3年度当初 : 500億円（小児外来診療[⇒4年3月末まで]・外来等感染症対策実施加算[⇒3年9月末まで]等）

福祉医療機構等を通じた資金繰り支援 0.1兆円（貸付枠3.3兆円）

- 資金繰り支援 : 0.1兆円（福祉医療機構への出資金等） 累計の貸付枠3.3兆円（財政融資を活用）

ワクチンの確保・接種 4.7兆円

- ワクチンの確保 : 2.4兆円（ワクチンの購入、流通経費等）
- ワクチンの接種 : 2.3兆円（接種対策費負担金1.0兆円、接種体制確保補助金1.2兆円、針・シリンジ購入等）※緊急包括支援交付金分を除く

治療薬の確保 1.3兆円

- 治療薬の確保 : 1.3兆円（ロナプリーブ、モルヌピラビル、ゼビュディ等の確保）

ワクチン・治療薬の開発、生産支援等 1.3兆円

- 開発、生産支援等 : 1.3兆円（ワクチン生産体制支援、研究開発支援、治験実施支援等）

PCR検査体制の拡充、検疫体制の強化等 0.8兆円

- PCR検査等 : 0.5兆円（PCR等の行政検査、一定の高齢者・妊産婦等への検査、検査キット等の確保等）
- 検疫体制強化 : 0.4兆円

医療用物資の確保 その他システム整備等 0.9兆円

- 2・3年度補正、予備費、4年度当初 : 0.9兆円（医療用マスク・人工呼吸器の購入、生産設備整備、システム整備等）

※令和2・3年度補正予算及び予備費のほか令和3・4年度当初予算を一定の考え方のもと整理したものであり、今後変更がありうる（令和4年3月25日時点）。

3

重層的なセーフティネットによる新型コロナへの対応（主なもの）

○ 新型コロナについて、これまで**雇用・生活支援のために主なものだけで6兆円以上の国費（一般会計）による支援**が行われてきた。

雇用調整助成金の特例措置等 4.1兆円（一般会計分）

- 日額上限及び助成率の引上げ（業況特例・地域特例 : 15,000円/日、最大10/10）
- 短時間労働者（雇用保険被保険者以外）の休業にも給付（緊急雇用安定助成金）
- 休業手当を受け取っていない労働者が直接申請する新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金の創設
- 労働保険特別会計（失業等給付）への任意繰入（1.7兆円）

失業等給付の基本手当の給付延長

- 基本手当の給付日数の延長に関する特例（最大60日延長）

求職者支援制度の特例

- 職業訓練受講給付金の収入要件の緩和（本人 : 月8万円以下⇒シフト制で働く方等は月12万円以下、世帯 : 月25万円以下⇒月40万円以下）
- 同給付金の出席要件の緩和（仕事による欠席をやむを得ない欠席とする、理由によらず欠席を訓練実施日の2割まで認める）
- 訓練対象者に、転職せずに働きながらスキルアップを目指す者を追加
- 求職者支援訓練・公共職業訓練の訓練期間や訓練内容の多様化・柔軟化

緊急小口資金等の特例貸付 2.1兆円

- 緊急かつ一時的な生計維持のため必要とする世帯に緊急小口資金を貸付（最大20万円）
- 収入減少や失業等により生活に困窮し、日常生活の維持が困難となっている世帯に総合支援資金を貸付（月額最大20万円×3か月）
- 償還時において、住民税非課税世帯の償還を免除

生活困窮者自立支援金の支給 0.15兆円

- 特例貸付を借り終えた等の一定の生活困窮世帯に対し、月額最大10万円を3か月支給。再支給（3か月）あり。

住居確保給付金の特例 0.04兆円

- 離職・廃業後2年以内の者に加え、給与等を得る機会が減少し離職や廃業と同程度の状況にある者も対象に追加
- 解雇以外の休業等に伴う収入減少等の場合でも、再支給（3か月）を可能とする
- 職業訓練受講給付金と住居確保給付金の併給を可能とする

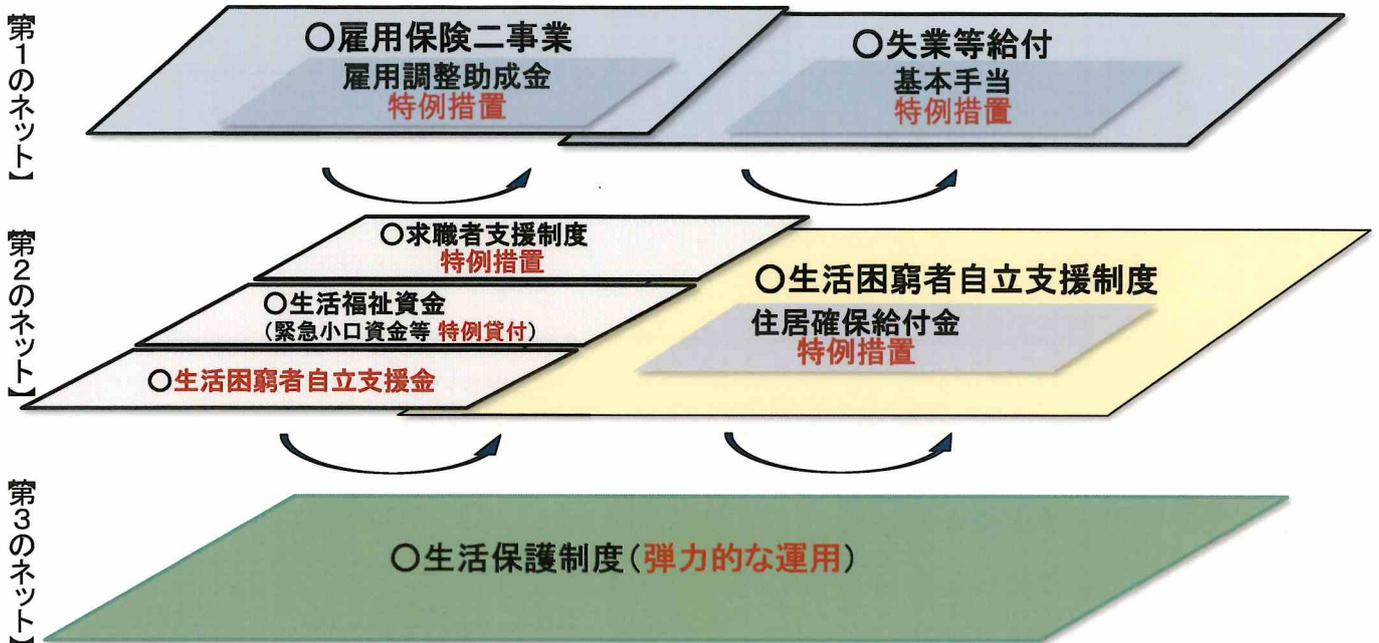
生活保護制度の弾力的運用

- 生活保護の要否判定における扶養照会などの弾力的な運用

14

雇用・生活を支える重層的なセーフティネット

- 雇用や生活支援については、従来より重層的なセーフティネットが整えられてきたが、新型コロナへの対応にあたっては、その各段階において様々な特例措置を講じ、セーフティネット機能を強化してきた。
- 平時においても切れ目のないセーフティネットを整備しておくことは不可欠であり、これらの特例的な時限措置を検証し、財源を確保したうえで、平時の対応につなげることも検討すべきである。



15

緊急小口資金等の特例貸付・生活困窮者自立支援金

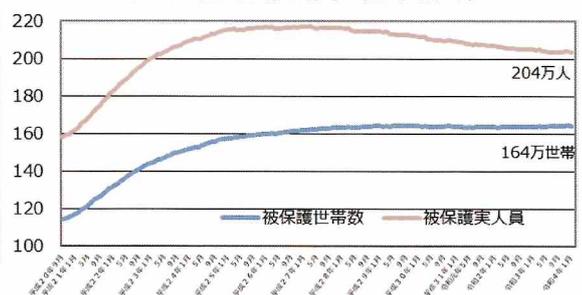
- 償還免除付きの緊急小口資金等の特例貸付については、足元の需要は低下しており、また、生活困窮者自立支援金といった給付措置の創設等もあり、緊急時の対応としての役割は次第に薄れてきている。
- 他方、新型コロナ禍において生活保護受給者数は大きく増加せず、保護が必要と判断される場合に適切に生活保護につながっていたかは検証が必要である。制度の狭間に滞留する方々が増え、これらの方々のために全額国庫負担の特例的対応が講じられることは、結果として国の財政負担を増やしている一面もあることにも留意する必要がある。

◆緊急小口資金等の特例貸付及び生活困窮者自立支援金の経緯

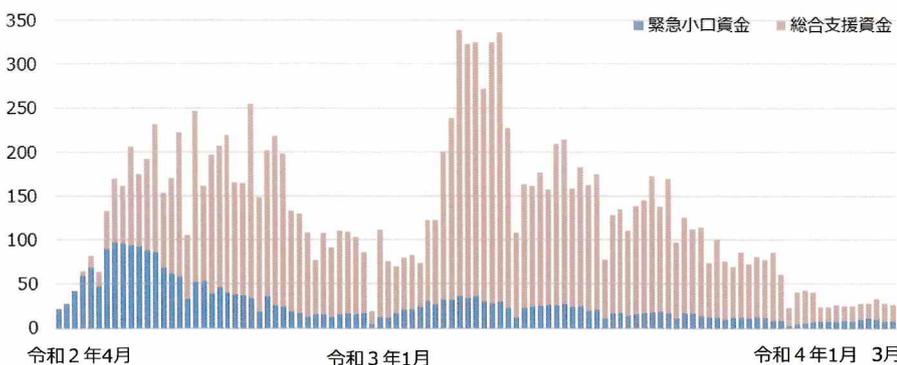
申請月	令和2年 3月	令和2年 7月	令和3年 2月	令和3年 6月	令和3年 7月	令和3年 12月	令和4年 6月
緊急小口資金の特例貸付 (20万円)	開始						
総合支援資金の特例貸付 (20万円×3か月)	開始						
延長貸付 (同上)		開始					
再貸付 (同上)			開始				
生活困窮者自立支援金 (10万円×3か月)					開始		
再支給 (同上)						開始	

※緊急小口資金等の特例貸付の償還は令和5年1月以降開始

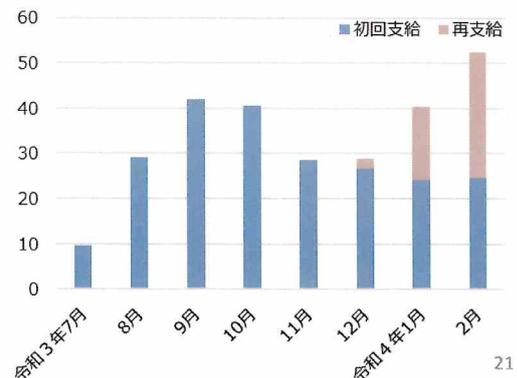
◆生活保護受給者数等の推移 (万人/万世帯)



◆緊急小口資金等の特例貸付の実績 (週当たり貸付決定額、億円)



◆生活困窮者自立支援金の実績 (月当たり支給額、億円)

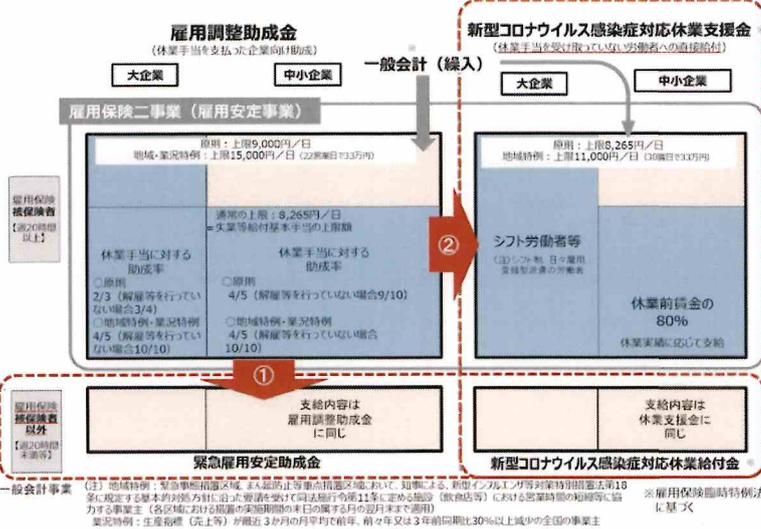


21

雇用・生活を支える重層的なセーフティネット（今後の視点）

- 今後、先に述べたとおり、財源を確保したうえで平時の対応につなげていくことを検討するにあたっては、以下の点に留意しなければならない。
- ① **雇用支援**に関して、**雇用保険被保険者以外を含む非正規労働者への支援の必要性**や事業主が適切な措置を講じない場合の**被保険者等による個人申請の必要性**が認識されるなど、**雇用保険制度の一定の制度的な限界の存在**が認識されたこと
- ② **生活支援**について、
 - イ 償還免除付きの緊急小口資金等の特例貸付など大胆な経済的支援が先行した一方で、長引くコロナ禍のもと、様々な困難を抱える方々の生活を維持していくためには、伴走型の支援や生活保護を含めた適切な給付・サービスにつなげていくことも含めた**相談支援の強化**が求められていること
 - ロ 住居確保給付金が、特例的な対応を通じて多様な年齢層・世帯構成の者に活用され、生活困窮者等の**居住支援の強化**の必要性が認識されたこと

◆雇用調整助成金の特例措置等



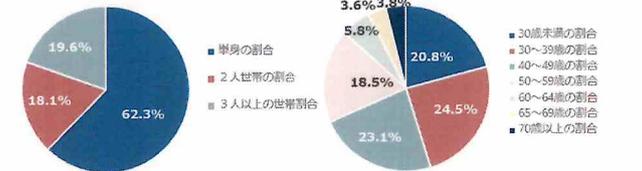
◆緊急小口資金等の特例貸付と相談支援

- ✓ コロナ禍において、特例貸付や住居確保給付金の申請が急増するとともに、生活困窮者自立支援金が創設され、支援現場はその対応に追われた。
- ✓ 特例貸付について、緊急的な対応としての意義は評価すべき一方、福祉的貸付が本来、生活そのものの維持を目的とし、相談支援との密接な連携のもとなされるものであることを踏まえた検討が必要ではないか。
- ✓ 通常は「相談付き貸付」として、相談者と信頼関係を築きながら、貸付ができない場合でもつながりを切らない働きかけなどを行ってきたが、今回の特例貸付では十分にできなかったことに葛藤した。
- ✓ 「貸して終わり」「免除して終わり」ではなく、その人に応じた支援を考えないと社協が貸付を実施する意味はないし、社協の存在価値はないのではないか。

出所: 厚生労働省「秋の行政事業レビュー」提出資料(令和3年11月)
 厚生労働省「生活困窮者自立支援のあり方等に関する論点整理のための検討会ワーキンググループ」論点整理(案)(令和4年4月)

◆住居確保給付金の支給実績 (円グラフ: 令和2年度における内訳)

	R元年度	R2年度	R3年度 (1月末時点)
支給済額(公費)	5.8億円	306.2億円	168.1億円
支給決定件数	0.4万件	14.0万件	6.8万件

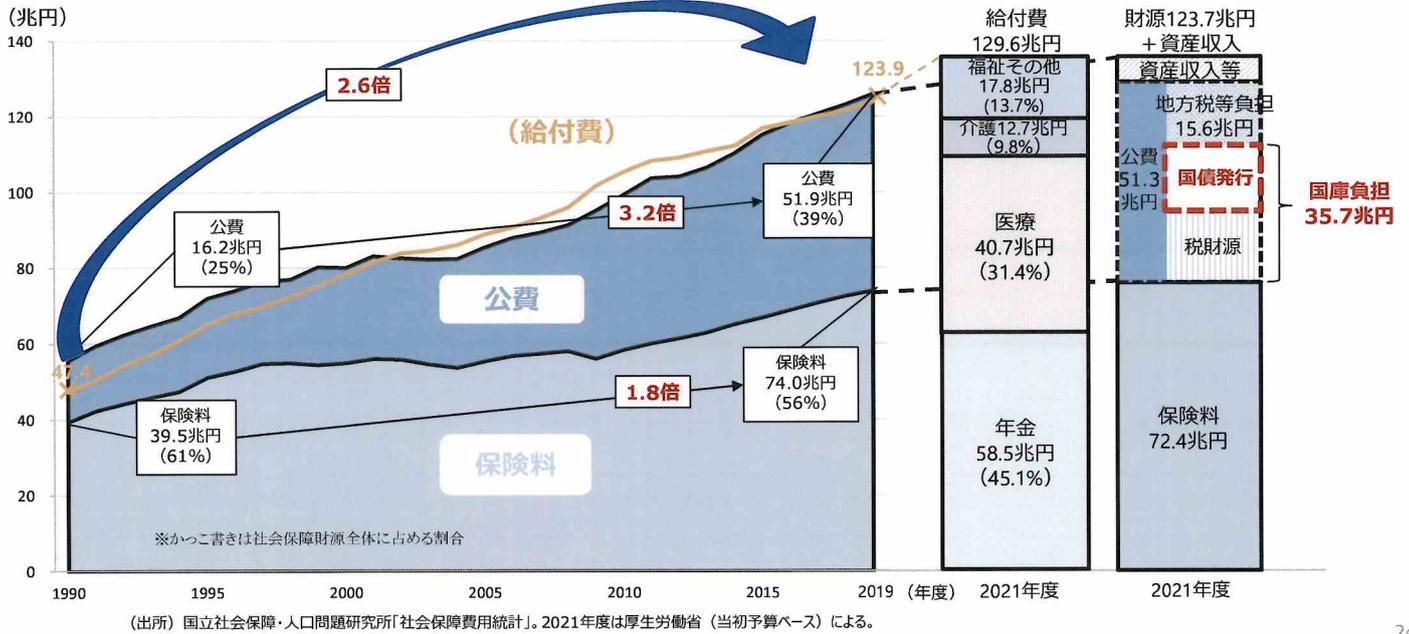


出所: 厚生労働省「生活困窮者自立支援のあり方等に関する論点整理のための検討会ワーキンググループ」提出資料(令和4年2月)

2. 総論

社会保障における受益（給付）と財政の関係

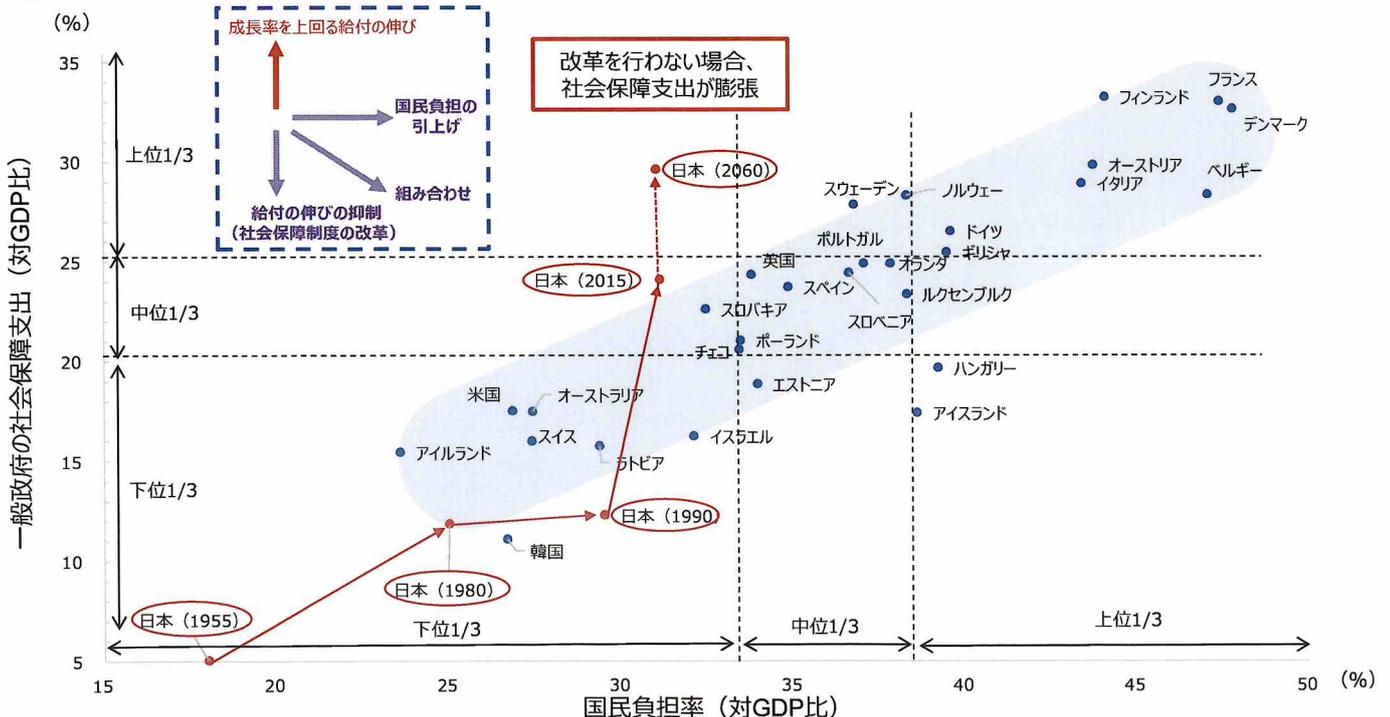
- 我が国の社会保障制度は、受益（給付）と負担の対応関係が本来明確な社会保険方式を採りながら、後期高齢者医療・介護給付費の5割を公費で賄うなど、**公費負担（税財源で賄われる負担）に相当程度依存**している。その結果、近年、公費の比重の大きい後期高齢者医療・介護給付費の増に伴い、公費負担への依存度が著しく増加している。
- その際、本来税財源により賄われるべき公費の財源について特例公債を通じて将来世代へ負担が先送りされているため、**負担増を伴わないままに受益（給付）が先行**する形となっており、受益（給付）と負担の対応関係が断ち切られている。負担の水準の変化をシグナルと捉えて受益の水準をチェックする牽制作用を期待できないまま、受益（給付）の増高が続いている（＝我が国財政悪化の最大の要因）。



24

社会保障における受益（給付）と負担の構造

- 我が国の社会保障の現状は、OECD諸国と比較して、**受益（給付）と負担のバランスが不均衡の「中福祉、低負担」と言うべき状況**になっている。
- 今後、高齢化に伴い1人当たり医療費や要支援・要介護認定率が大幅に上昇すると、支え手を増やし成長への取組を行ってもなお、この不均衡は更に拡大すると見込まれる。**制度の持続可能性を確保するための改革が急務**である。

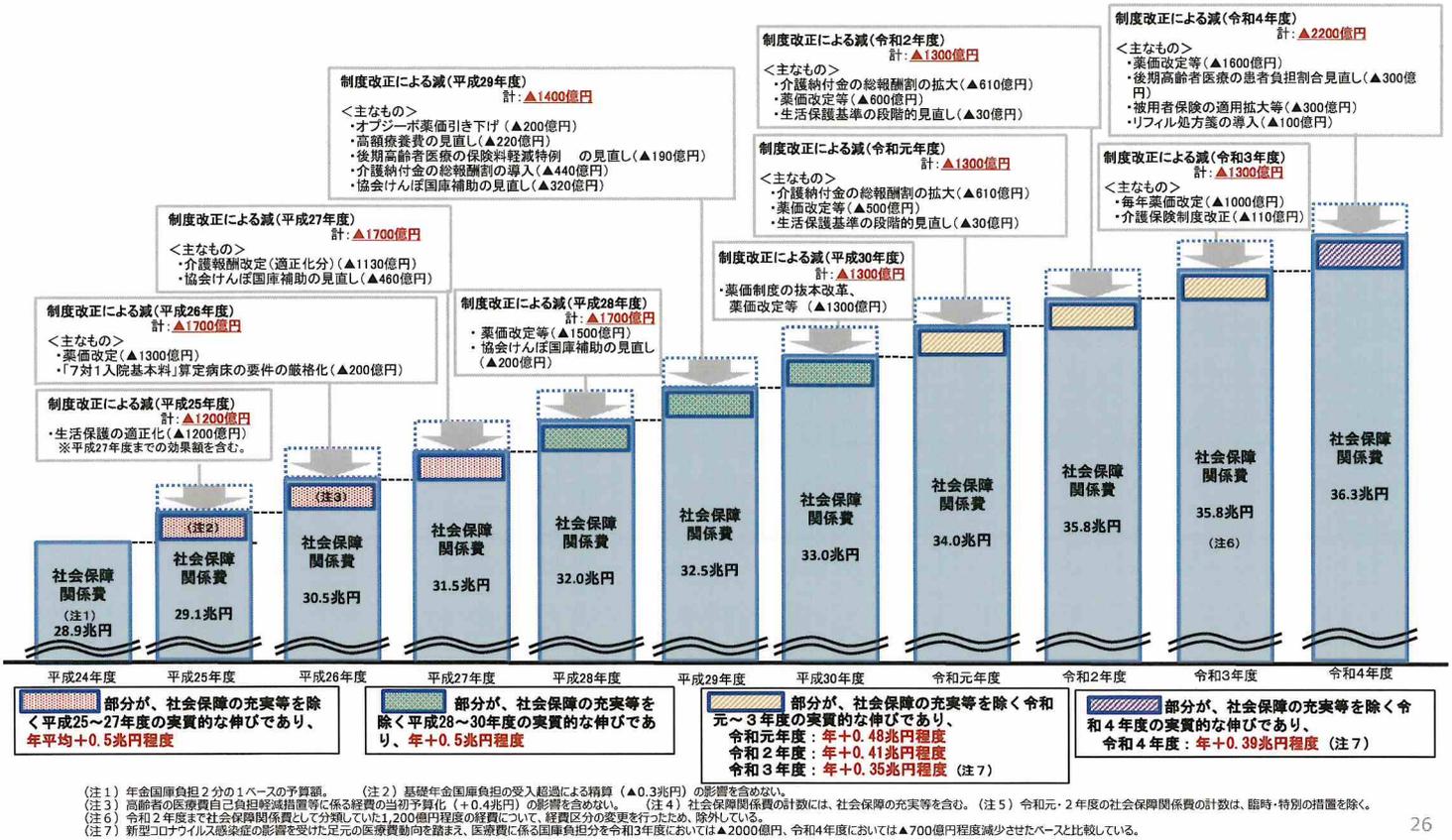


(出所) 国民負担率: OECD "National Accounts", "Revenue Statistics", 内閣府「国民経済計算」等。
 社会保障支出: OECD "National Accounts", 内閣府「国民経済計算」。ただし、1955年の日本の値については国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」における社会保障給付費。
 (注1) 数値は、一般政府（中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの）ベース。(注2) 日本は、2015年度まで実績、諸外国は2015年実績（アイスランド、ニュージーランド、オーストラリアについては2014年実績）。
 (注3) 日本の2060年度は、財政制度等審議会「我が国の財政に関する長期推計（改訂版）」（2018年4月6日 起草検討委員提出資料）より作成。

25

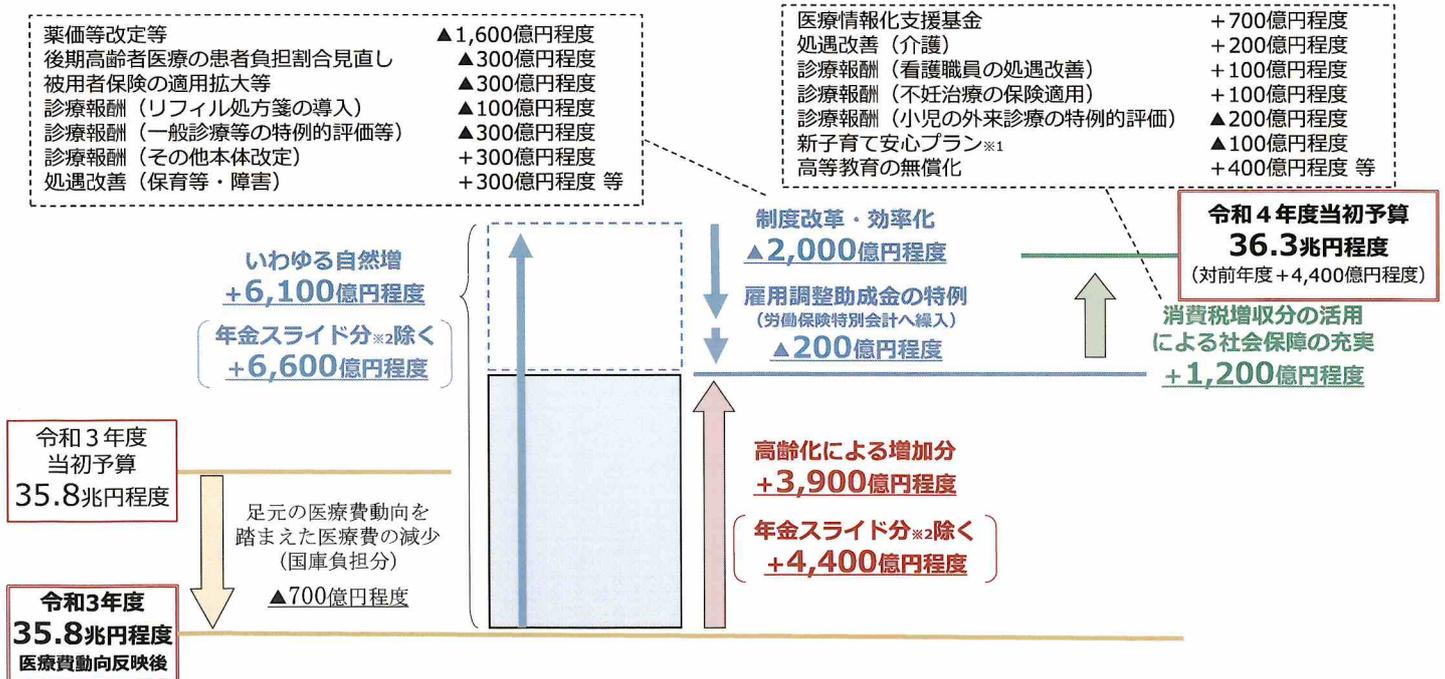
社会保障関係費の伸び

○ 近年は、歳出の規律として、**社会保障関係費について実質的な増加を「高齢化による増加分」に相当する伸びにおさめる努力が続けられている。**



令和4年度社会保障関係費の全体像

- **令和4年度の社会保障関係費(36.3兆円程度)**は、保育等・障害の処遇改善を行いつつ、診療報酬のメリハリある改定や薬価等改定等により、その実質的な伸びについて「**高齢化による増加分におさめる**」という方針を達成。
- 令和3年度社会保障関係費(足元の医療費動向を踏まえ医療費にかかる国庫負担分を減少させたベース: 35.8兆円程度)と比較して、高齢化による増加分+3,900億円程度(対前年度比+3,200億円程度)。このほか、社会保障の充実として、対前年度+1,200億円程度。

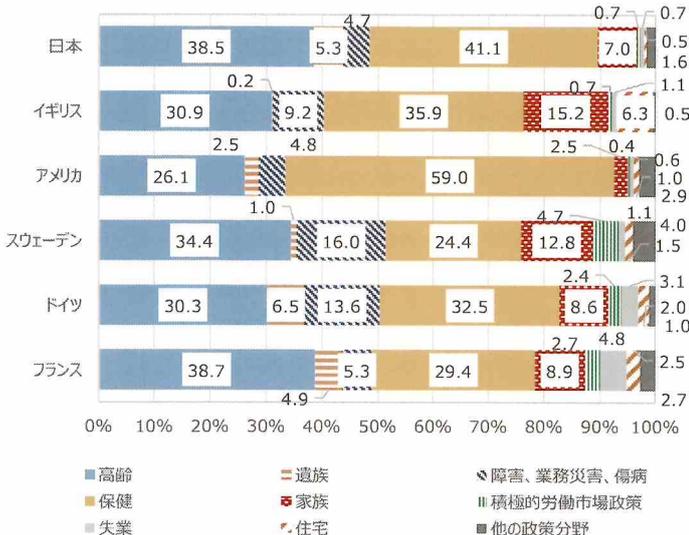


※1 児童手当(特例給付)について、令和4年10月支給分から所得制限を導入することで、別途財源を確保。
 ※2 令和4年度の年金額改定率(現時点での物価上昇率の推計を基にした予算積算上の値)は▲0.4%(▲400億円程度)

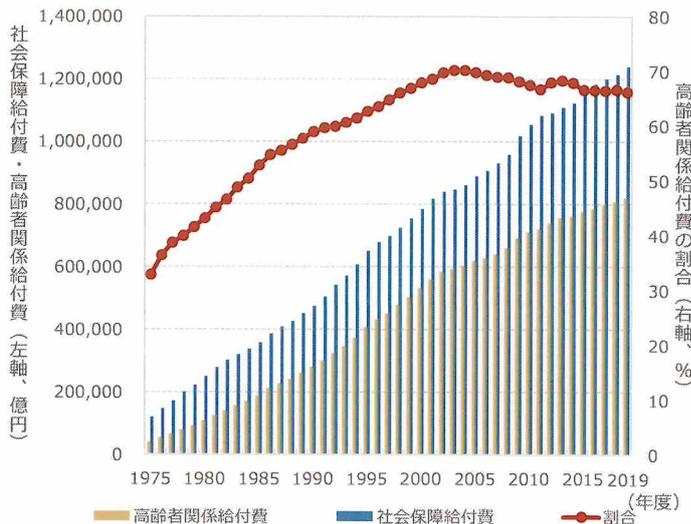
全世代型社会保障の構築

- 若い世代の方々が日々の暮らしに安心感を持ち、将来に対し、夢と希望が持てることが極めて重要であり、その前提があって初めて若い世代の方々が納得して社会保障制度に積極的に参加することができる。
- ところが、現在の社会保障の構造は、現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心となっている。
- 受益と負担の不均衡の解消を図りつつ、こうした構造を是正していくことが重要となるが、このことは、取りも直さず、将来世代も対象となる世代として組み入れたうえで全世代型の社会保障への転換を図ることである。
- このようにして財政健全化と持続可能な社会保障制度の構築の双方を達成していくことが社会保障の持続可能性にとって重要である。

◆政策分野別社会支出の構成割合の国際比較（2017年度）



◆社会保障給付費・高齢者関係給付費の推移



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「令和元年度社会保障費用統計」

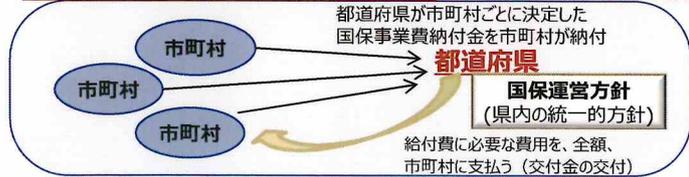
(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「令和元年度社会保障費用統計」

国民健康保険制度の見直し

- 国民健康保険（以下「国保」という。）の都道府県化により、国保の財政運営を担うこととなったことで、都道府県は、医療費の水準及びそれと相関が高い医療提供体制といった住民が享受する受益（給付）と住民の負担である保険料水準の双方を俯瞰する存在となりつつある。都道府県によるガバナンスの発揮を通じて医療費適正化がより実効あるものとなること期待される状況となっている。
- 国保財政における給付と負担の「見える化」を図り、都道府県を給付と負担の相互牽制関係のもとで両者の総合マネジメントを行う主体としていくうえで、都道府県内の国保の保険料水準の統一や法定外繰入等の解消等が重要であり、達成時期を区切るなどその一層の加速化を図るべきである。
- 更には、財政単位の広域化を徹底することで、高額医療費負担金や特別高額医療費共同事業の機能が代替されること等を踏まえ、制度の複雑さを解消し、給付と負担の対応関係をより分かりやすくするための制度の更なる見直しも検討すべきである。その際、年齢構成等により合理的に説明できない医療費の地域差が各都道府県の保険料水準に反映されるよう、普通調整交付金の配分方法も見直すべきである。
- 近年拡充されてきた保険者努力支援制度も聖域ではない。とりわけ予防・健康づくりへの評価については、既に述べたとおり医療費適正化効果以上の公費が投入されているにわらず、更に公費を注ぎ込むこととなかねない。保健事業の支援よりもアウトカムとしての医療費水準の抑制や、エビデンスや費用対効果に照らしてそれに直接的に結びつく取組（長期Doの処方からリフィル処方への切替えなどを含め、都道府県医療費適正化計画における見直し後の「医療の効率的な提供の推進に関し、達成すべき目標」と整合的な取組）、更には都道府県内の国保の保険料水準の統一や法定外繰入等の解消等を評価する仕組みに重点化・簡素化するとともに、そうした見直しにあわせて、規模や交付される公費の使い途についても見直すことが求められる。

◆国保改革による都道府県単位化

都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割（提供体制と双方に責任発揮）



◆国保運営方針等における具体的な統一時期や検討時期等に係る記載

都道府県	運営方針への記載状況等	都道府県	運営方針への記載状況等
北海道	・納付金ベースの統一：R6年度 完全統一：R12年度	静岡県	・到達可能な段階の保険料水準の統一：R9年度 完全統一：段階的に実施
青森県	・納付金ベースの統一：R7年度 完全統一：引き続き協議	三重県	・納付金ベースの統一：R5年度 完全統一：段階的に進める
秋田県	・納付金ベースの統一：R15年度 完全統一：長期的課題	大阪府	・完全統一：H30年度（R5年度まで経過措置あり）
福島県	・完全統一：R11年度（当分の間、例外措置あり）	兵庫県	・納付金ベースの統一：R3年度 完全統一：可能なものから段階的な目標設定を検討
群馬県	・納付金ベースの統一：R6年度 完全統一：今後協議	奈良県	・完全統一：R6年度
埼玉県	・納付金ベースの統一：R6年度 ・市町村毎の収納率を反映した統一：R9年度 完全統一：収納率格差が一定程度まで縮小された時点	和歌山県	・到達可能な段階の保険料水準の統一：R9年度
山梨県	・納付金ベースの統一：R12年度	広島県	・市町村毎の収納率を反映した統一：R6年度 完全統一：収納率が市町村間で均一化したと見なされる段階
長野県	・概ね二次医療圏での医療費指数の統一と応益割額の平準化：R9年度	佐賀県	・完全統一：R9年度（R11年度まで経過措置あり）
		長崎県	・納付金ベースの統一：R6年度
		沖縄県	・完全統一：R6年度 (出所) 厚生労働省資料

◆法定外一般会計繰入額等の推移



(出典) 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ
(注) 法定外一般会計繰入は、決算補填等目的のもの。

◆制度の見直しを検討すべき事業

高額医療費負担金 事業規模3,700億円、国費900億円

高額な医療費（1件80万円超）の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、国と都道府県が高額医療費の1/4ずつを負担

特別高額医療費共同事業 国費60億円

著しく高額な医療費（1件420万円）について、都道府県からの拠出金を財源に全国で費用負担を調整。国は予算の範囲内で一部を負担。

保険者努力支援制度 国費1,500億円 ※特別調整交付金を含む

都道府県・市町村の医療費の適正化、予防健康づくり等の取組状況に応じた支援。国が全額負担。

後期高齢者医療制度の見直し

- 後期高齢者医療制度においては、都道府県内で保険料水準は統一され、法定外繰入等も行われない仕組みとなっているものの、運営主体について、同じ都道府県域において、都道府県とは別の地方公共団体として**広域連合**が設置されている。このため、**医療費適正化計画の策定や地域医療構想の推進をはじめとする医療提供体制の整備の主体と財政運営の責任主体が切り離され、ガバナンスが相対的に曖昧**となっている。都道府県を給付と負担の相互牽制関係のもとで両者の総合マネジメントを行う主体としていくため、後期高齢者医療制度においても、**財政運営の主体を都道府県とすることを検討**すべきである。
- また、後期高齢者医療制度は、保険給付費の負担割合について、後期高齢者の保険料が約1割、現役世代からの後期高齢者支援金が約4割、公費が約5割と支え合いの制度となっている。
- 医療費適正化にむけて後期高齢者の**医療給付費の水準と保険料水準の運動性を高める観点から、介護保険制度も参考と**しつつ、**高齢化に伴う人口構成の変化をより反映**させることを通じて、後期高齢者医療制度における**高齢者の保険料による負担割合を高めていくことが適当**である。
- また、先に述べたとおり都道府県医療費適正化計画に対する保険者協議会の関与を法制上強化し、後期高齢者支援金を拠出する各保険者の意見がより反映されるようにすることが、後期高齢者医療における医療費の適正化に有効と考えられる。同時に、**医療費の適正化に向けた各保険者の取組を評価していくことも重要**であり、**保険者による予防・健康づくりの評価に偏重した後期高齢者支援金の加算・減算制度**について、**後発医薬品の使用促進や多剤・重複投薬の解消、長期Do処方からリフル処方への切替えなど、医療の効率的な提供の推進を重点的に評価するものに見直すことが必要**である。

◆後期高齢者医療制度の概要

運営主体：全市町村が加入する**広域連合**

<対象者数>

75歳以上の高齢者 約1,890万人

<後期高齢者医療費>

18.4兆円(2022年度予算ベース)

↑ 1.4倍

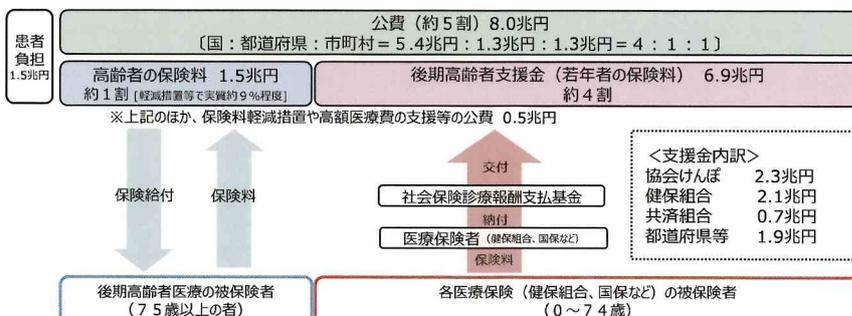
12.7兆円(2010年度実績)

<保険料額(2022・2023年度見込)>

全国平均 約6,470円/月

※ 基礎年金のみを受給されている方は

約1,190円/月



◆後期高齢者医療保険料負担割合、第1号介護保険料割合

後期高齢者医療制度における後期高齢者保険料負担割合の推移

	2008-2009年度	2010-2011年度	2012-2013年度	2014-2015年度	2016-2017年度	2018-2019年度	2020-2021年度	2022-2023年度
後期高齢者保険料負担割合	10%	10.26%	10.51%	10.73%	10.99%	11.18%	11.41%	11.72%

+1.72%

後期高齢者医療の保険料負担割合は、平成20年度の10%を起点として、現役世代人口の減少による後期高齢者支援金の増加分を、現役世代の後期高齢者支援金と後期高齢者の保険料とで折半して負担するよう、2年ごとに設定している。

介護保険制度における第1号保険料負担割合の推移

	2000-2002年度	2003-2005年度	2006-2008年度	2009-2011年度	2012-2014年度	2015-2017年度	2018-2020年度	2021-2023年度
第1号保険料負担割合	17%	18%	19%	20%	21%	22%	23%	23%

+6%

介護保険の第1号保険料負担割合は、第1号被保険者(65歳以上)と第2号被保険者(40~64歳)の1人当たりの平均保険料額が同じになるように、3年ごとに設定している。

67

生活保護受給者の国保等への加入

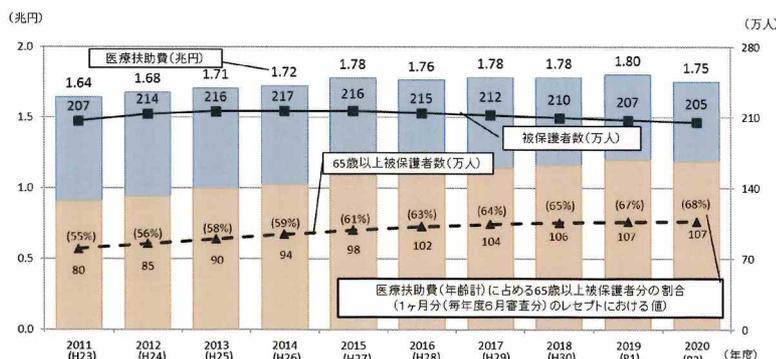
- **生活保護受給者は、現状、国保や後期高齢者医療制度(以下「国保等」という)に加入せず、医療扶助を受けるものとされている。**生活保護受給者が国保等に加入することとすれば、医療扶助費を含む都道府県医療費適正化計画の策定主体であり、地域における医療提供体制の整備に責任を有する**都道府県のガバナンスが医療扶助に及ぶ**。頻回受診・長期入院への対応が強化され、**医療扶助費の適正化につながり得る**。
- そもそも、現行の取扱い、皆保険制度を誇る我が国の社会保障制度にあって、一貫性が取れた対応とは言えない。すなわち、我が国の社会保険制度は、保険というリスク分散により困窮者を含む国民全体を包摂する普遍的な制度を目指しており、保険料を納付できない人などに対しても免除制度を含む各般の対応により皆保険制度を実質的に確保してきた。
生活保護受給者については、介護分野では、65歳以上の方は介護保険の第1号被保険者になり、利用者負担分や保険料について介護扶助等を受けることとされている。年金分野でも、生活保護受給者は国民年金の被保険者になり、さらに同じ医療保険制度の中でも被用者医療保険においては被保険者となる。これらを踏まえると、生活保護受給者が国保等の被保険者とならないのは、整合性がとれない。
- 生活保護受給者の高齢化が進む中、国保等に生じ得る財政悪化の懸念を含め**国が引き続き応分の財政責任を果たすことを当然の前提として、「経済財政運営と改革の基本方針2021」に盛り込まれたとおり、生活保護受給者の国保等への加入について検討を深めるべき**である。
(注) 現行制度では、国保等に加入していた方が生活保護受給者となった場合には、国保等を脱退した上で医療扶助を受け、生活保護受給者でなくなった場合は再び国保等に加入するという扱いになる。

◆高齢者の保険制度別医療費と医療扶助



(出所) 医療保険については、令和元年度医療保険に関する基礎資料
医療扶助については、令和元年度生活保護費負担金事業費実績報告、被保護者調査、医療扶助実態調査をもとに計

◆65歳以上被保護者数の推移



(出所) 生活保護費負担金事業費実績報告、被保護者調査(平成23年度以前は被保護者一斉調査)、医療扶助実態調査

3. 医療

総論

効率的で質の高い医療提供体制の整備

診療報酬・薬価

自律的なガバナンスの強化

全世代型社会保障の構築

全世代型社会保障の構築①（患者負担を含めた保険給付範囲の見直し）

- 全世代型社会保障改革は、現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの我が国の社会保障の構造を見直していく取組である。年齢が上がるほど保険給付範囲が広がる現在の患者負担の仕組みは、「現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心」という構造そのものである。
- そこで、現在9割給付（1割負担）とされている後期高齢者について、本年10月から8割給付（2割負担）を導入することとしているが、この後期高齢者医療制度における患者負担割合の見直しは、現役世代の保険料負担の上昇を抑制し、「負担は現役世代中心」という構造の見直しにもつながるものであり、その着実な施行に努めるべきである。
- 社会保険の原則は、「能力に応じて負担し、必要な時に公平に給付を受ける」ことであり、給付については、年齢に関わらない公平な給付率（患者負担割合）を目指すのが本来の姿であり、今後とも不断の見直しが必要である。まして、我が国においては、高額療養費制度が完備されている。
- 現実の社会保険制度において所得に応じた給付率の差が設けられている点については、多額の公費が投入されていることを踏まえればその重点化の観点から必要であるが、就労への影響の観点も踏まえ、極力金融所得さらには金融資産の保有状況を勘案した制度設計としていくべきである。

① 2割負担の所得基準

課税所得が28万円以上（所得上位30%^{※1}）かつ年収200万円以上^{※2}の方を2割負担の対象（対象者は約370万人^{※3}）

※1 現役並み所得者を除くと23%

※2 単身世帯の場合。複数世帯の場合は、後期高齢者の年収合計が320万円以上。また、収入基準額は、課税所得をもとに年金収入のみの世帯を前提に計算（対象者のほとんどが年金収入であるため、年金収入のみで収入基準額を計算）。収入基準に該当するかどうかは、介護保険同様に「年金収入とその他の合計所得金額」が年収の下限の額を上回るかで判定

※3 対象者数の積算にあたっては、収入基準に該当するかも含めて計算。対象者約370万人が被保険者全体（約1,815万人）に占める割合は、20%。

② 施行日

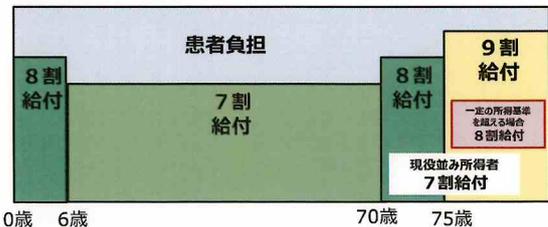
施行に要する準備期間等も考慮し、令和4年10月1日

（参考）財政影響（2022年度満年度）

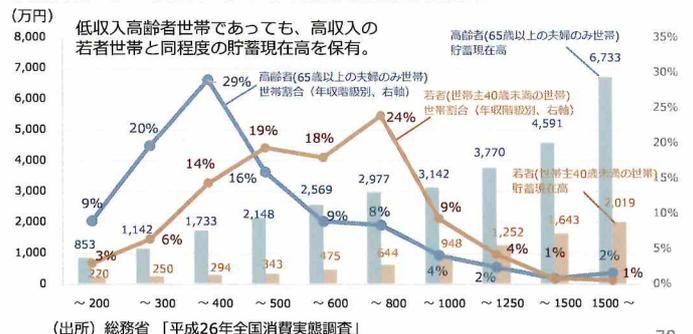
給付費	後期高齢者支援金 (現役世代の負担軽減)	後期高齢者保険料 (高齢者の負担軽減)	公費
▲1,880億円	▲720億円	▲180億円	▲980億円

※ 施行日が2022年度後半であることから、2022年度における実際の財政影響は満年度分として示している上記の財政影響よりも小さくなる。

◆ 医療費の給付割合



◆ 高齢者世帯・若者世帯の年収階級別貯蓄現在高



全世代型社会保障の構築②（能力に応じた保険料負担）

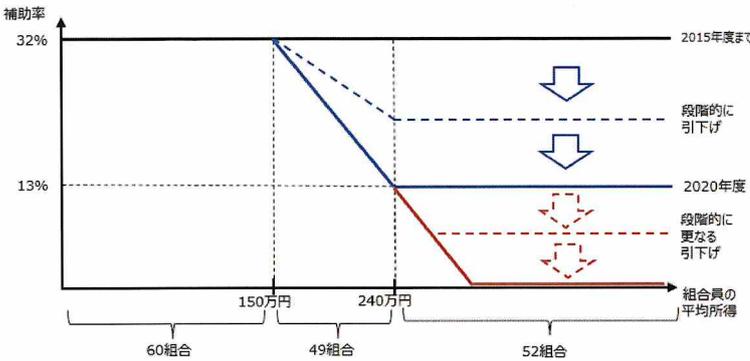
- すべての世代が安心感とあわせて納得感を得られる全世代型の社会保障に転換していくためには、能力に応じた保険料負担を徹底していくべきであり、**保険料負担でこそ、金融所得さらには金融資産の保有状況を勘案した制度設計の徹底が求められる。**
- 後期高齢者医療制度において、介護保険制度も参考として、高齢化に伴う人口構成の変化をより反映させることを通じて、後期高齢者医療制度における高齢者の保険料による負担割合を高めていく先ほど述べた提案も、現役世代の負担抑制に資するものであり、能力に応じた**賦課限度額の引上げ**とあわせて検討すべきである。
- **保険者間の合理的でない保険料負担の差についても解消に努めていくことが重要である。**
 具体的には、「同じ所得・世帯構成であれば保険料水準が同じ」ことを目指して**都道府県内の国保の保険料水準の統一の取組はこの点からも優先度が高いが、あわせて、所得水準の高い国民健康保険組合に対する定率補助を廃止することも検討すべきである。**
 加えて、**健康保険組合の中で保険料率に大きな差が生じているが、能力に応じた保険料負担という考え方に即した制度設計になっているか検証し、対応を検討することも必要である。**

◆全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（令和3年6月参議院）

二〇二二年以降後期高齢者が急増する中、現役世代の負担上昇を抑えながら、国民皆保険制度の維持に向けた持続可能な全世代型の医療保険制度を構築するため、**保険料賦課限度額の引上げなど能力に応じた負担の在り方、保険給付の在り方、医療費財源における保険料、公費、自己負担の適切なバランスの在り方等について、税制も含めた総合的な議論に着手し、必要な法整備等を講ずること。**

◆国保組合の国庫補助の見直し

国保組合について、定率32%の国庫補助に対し、負担能力に応じた負担とするため、組合員の平均所得水準に応じて5年間をかけて段階的な見直しを行ったが、下限として13%の国庫補助が設定されており、更なる見直しが必要。



◆全世代型社会保障検討会議 中間報告(2019年12月)

国民の高齢期における適切な医療の確保を図るためにも地域の実情に応じた医療提供体制の整備等が必要であり、持続可能な効率的な医療提供体制に向けた都道府県の取組を支援することを含め、地方公共団体による保険者機能の適切な発揮・強化等のための取組等を通じて、国と地方が協働して実効性のある社会保障改革を進める基盤を整備する。あわせて、**地域や保険制度、保険者の差異による保険料水準の合理的でない違いについて、その平準化に努めていく。**

◆著しく低い保険料率の健保組合の例（2020年度）

順位	企業名	保険料率 (労使合計)
1	機械器具製造業 A社	4.20%
2	情報通信業 B社	5.70%
3	化学工業・同類似業 C社	5.90%
3	情報通信業 D社	5.90%
5	運輸業 E社	6.00%
5	卸売業 F社	6.00%
5	その他のサービス業 G社	6.00%
8	学術研究、専門・技術サービス業 H社	6.30%
8	学術研究、専門・技術サービス業 I社	6.30%
8	卸売業 J社	6.30%
	協会けんぽ	10.00%

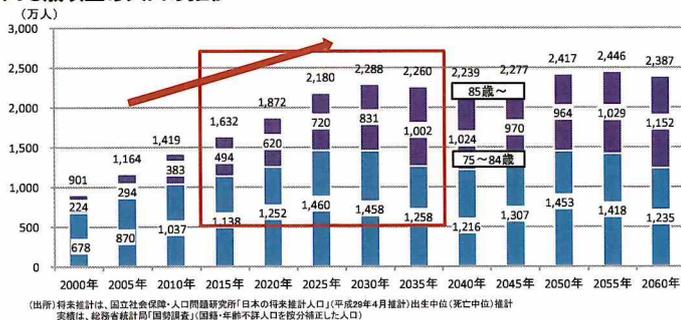
(出所) 厚生労働省データを基に算出

71

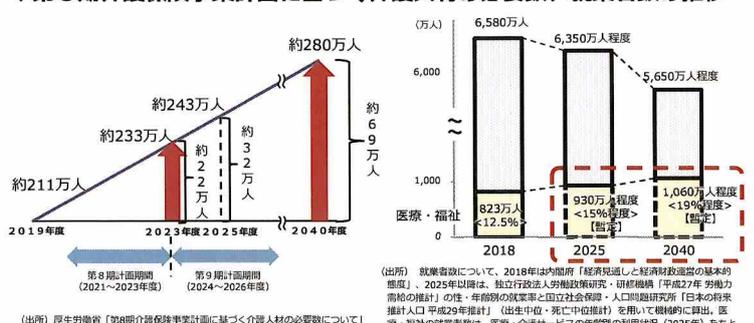
介護サービス提供体制の効率性の向上の必要性

- 今後については、75歳以上の高齢者が2030年頃まで増加し、その後も要介護認定率や1人当たり介護給付費が殊更に高い85歳以上人口が増加していくことが見込まれる。
- **介護需要の増加に応じて、介護人材の必要数も増大するが、現役世代（担い手）が急減する我が国において、介護現場の効率性の向上を図ることなく介護人材を確保していく選択は考えにくい。**
- 典型的な労働集約型産業である介護保険事業においては、人件費のウェイトが高いため、**介護給付費の動向も効率的な人員配置を実現できるかにかかっており、このことが限られた財源のもとで介護の現場で働く方々の処遇改善を実現するうえでも不可欠である。**

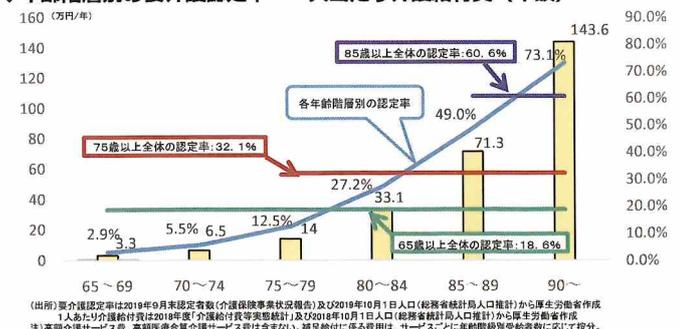
◆75歳以上の人口の推移



◆第8期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数、就業者数の推移



◆年齢階層別の要介護認定率・一人当たり介護給付費（年額）



◆公的価格評価検討委員会 中間整理（抄）（令和3年12月21日）

- ・介護・障害福祉、保育、幼児教育分野も含め、経験・技術に応じた処遇ルールの明確化（賃金体系の整備）やタスクシフト・タスクシェアによる業務の高度化・効率化、各職種の養成課程のあり方、職員配置も含めた勤務環境の改善についても検討すべき。
- ・処遇改善を行うに当たっては、全てを国民の負担に回すのではなく、**既存予算の見直しや高齢化に伴って増加する医療・介護費の中での分配のあり方などを含め、幅広く検討を行うべき。**
- ・今後は、更なる財政措置を講じる前に、医療や介護、保育・幼児教育などの分野において、国民の保険料や税金が効率的に使用され、一部の職種や事業者だけでなく、現場で働く方々に広く行き渡るようになっているかどうか、費用の使途の見える化を通じた透明性の向上が必要。また、**デジタルやICT技術、ロボットの活用により、現場で働く方々の負担軽減と業務の効率化を進めていくことも必要である。**

74

利用者負担の見直し

- 介護保険制度の持続可能性を確保するためには、**利用者負担の更なる見直しをはじめとした介護保険給付の範囲の見直しに引き続き取り組むことも必要**である。
- 利用者負担については、2割・3割負担の導入を進めてきたが、今般の後期高齢者医療における患者負担割合の見直し等を踏まえ、
 - ①介護保険サービスの利用者負担を原則**2割**とすることや2割負担の**対象範囲の拡大**を図ること、
 - ②現役世代との均衡の観点から**現役世代並み所得（3割）等の判断基準を見直すこと**
 について、第9期介護保険事業計画期間に向けて結論を得るべく、**検討していくべき**である。

◆利用者負担のこれまでの経緯

一定所得以上の利用者負担の見直し 【平成27年8月施行】
・保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある 一定以上の所得の方の自己負担割合を2割とする 。
現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し 【平成30年8月施行】
・世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする 。

◆利用者負担の区分

1割負担	下記以外の者 (92%)
2割負担	合計所得金額 160万円以上の者 (5%) (かつ単身で年金収入+その他の合計所得金額280万円以上(夫婦世帯:346万円以上))
3割負担	合計所得金額 220万円以上の者 (4%) (かつ単身で年金収入+その他の合計所得金額340万円以上(夫婦世帯:463万円以上))

(注) %は、要介護(支援)認定者に占める割合(「介護保険事業状況報告」令和3年3月暫定版より)

◆実効的な自己負担率（利用者負担／総費用）の推移



(注1) 実効負担率は、実効負担率 = 利用者負担額 / 費用額、利用者負担額 = 費用額 - 給付費額。

(注2) 医療については、65歳以上の実効負担率。

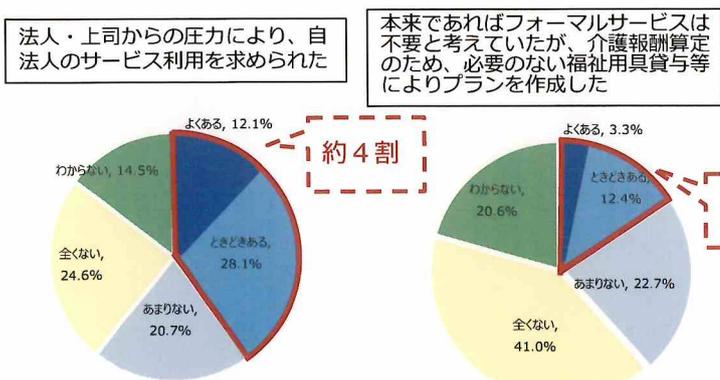
(出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」、「医療保険に関する基礎資料」

78

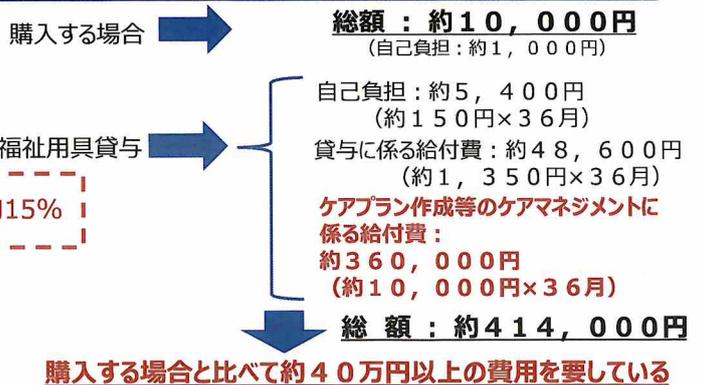
ケアマネジメントの利用者負担の導入等

- **居宅介護支援（ケアマネジメント）については、要介護者等が積極的にサービスを利用できるようにする観点から、利用者負担をとらない例外的取扱いがなされてきた。**
しかしながら、介護保険制度創設から20年を超え、**サービス利用が定着し、他のサービスでは利用者負担があることも踏まえれば、利用者負担を導入することは当然**である。
- そもそも、制度創設時、ケアプラン作成は「高齢者の自立を支援し、適切なサービスを確保するため、…そのニーズを適切に把握したうえで、ケアプランを作成し、実際のサービス利用につなぐもの」とされていたが、その趣旨にそぐわない実情も見られる。具体的には、ケアマネ（居宅介護支援）事業所の約9割が他の介護サービス事業所に併設しており、「法人・上司からの圧力により、自法人のサービス利用を求められた」という経験を見聞きしたケアマネジャーが約4割いるなど、**サービス提供に公正中立性の問題が存在することが窺える**。さらに、ケアマネジャーは、インフォーマルサービスだけでなく、介護保険サービスをケアプランに入れなければ報酬を受け取れないため、「**介護報酬算定のため、必要のない福祉用具貸与等によりプランを作成した**」ケアマネジャーが一定数いることが確認されている。
- 利用者が自己負担を通じてケアプランに関心を持つ仕組みとすることは、ケアマネジャーのサービスのチェックと質の向上にも資することから、**第9期介護保険事業計画期間から、ケアマネジメントに利用者負担を導入すべき**である。
- また、福祉用具の貸与のみを行うケースについては報酬の引下げを行うなど**サービスの内容に応じた報酬体系とすることも、あわせて令和6年度（2024年度）報酬改定において実現すべき**である。

◆ケアマネジャーに聞いた「過去1年間に以下のような経験をしているケアマネジャーについて見たり聞いたりしたことがあるか」



(例) 歩行補助つえを3年間使用する場合（1割負担の者）
販売価格：約1万円 レンタル価格：約1,500円/月



※令和2年度予算執行調査によれば、福祉用具貸与のみのケアプランの割合は6.1%

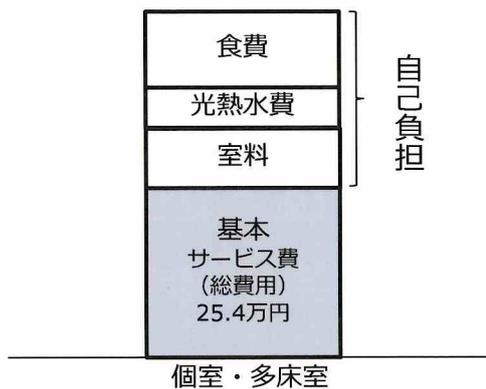
79

多床室の室料負担の見直し

- 制度創設時から、「施設介護については、居宅介護とのバランスや高齢者の自立が図られてきている状況から見て、食費等日常生活費は、利用者本人の負担とすることが考えられる」とされていた（「高齢者介護保険制度の創設について」（1996））。
このため、2005年度に、食費と個室の居住費（室料＋光熱水費）を介護保険給付の対象外とする見直しを実施（多床室は食費と光熱水費のみ給付対象外）し、**2015年度に、特養老人ホームの多床室の室料負担を基本サービス費から除く見直しを行った。**
- しかしながら、**介護老人保健施設・介護医療院・介護療養病床の多床室については、室料相当分が介護保険給付の基本サービス費に含まれたまま**となっている。
- 居宅と施設の公平性を確保し、どの施設であっても公平な居住費（室料＋光熱水費）を求めていく観点から、給付対象となっている**室料相当額について、第9期介護保険事業計画期間から、基本サービス費等から除外する見直しを行うべき**である。

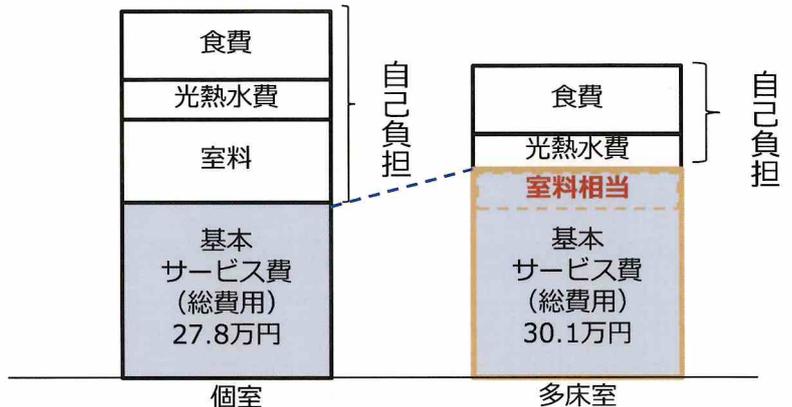
特養老人ホーム

特養は2015年度改定で多床室の室料をサービス費から除外し、個室と多床室の報酬水準は同額。



介護老人保健施設・介護医療院・介護療養病床

老健施設の多床室については、**室料相当額は基本サービス費に含まれたまま**であり、多床室の方が個室よりも基本サービス費が高い。



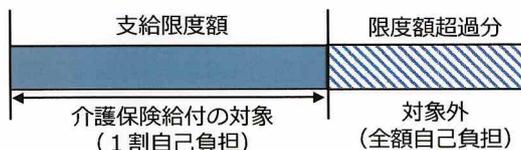
(注) 上記の特養老人ホーム、介護老人保健施設等の基本サービス費は要介護5の者が30日入所した場合の費用（利用者負担含む）

80

区分支給限度額の見直し

- **介護サービスは生活に密接に関連し利用に歯止めが利きにくいこと等から、制度創設時に、「高齢者は介護の必要度に応じて設定された介護給付額の範囲内で、自らの判断と選択により実際に利用したサービスについて保険給付を受けることができることとするのが適当である」（「高齢者介護保険制度の創設について」（1996）」）とされ、要介護度ごとに区分支給限度額が設定された。**
- しかしながら、制度創設以降、**様々な政策上の配慮を理由に、区分支給限度額の対象外に位置付けられている加算が増加している。**
- 制度創設時に企図したように、設定された限度額の範囲内で給付を受けることを徹底すべきであり、居宅における生活の継続の支援を目的とした加算をはじめ、**第9期介護保険事業計画期間に向けて加算の区分支給限度額の例外措置を見直すべき**である。

◆区分支給限度額について



	限度額	限度額に占める平均利用率	限度額を超えている者の割合 (%)
要支援1	50,320円	27.6%	0.4%
要支援2	105,310円	21.5%	0.1%
要介護1	167,650円	42.6%	1.3%
要介護2	197,050円	51.4%	2.7%
要介護3	270,480円	57.0%	2.3%
要介護4	309,380円	61.5%	3.2%
要介護5	362,170円	65.6%	4.3%

(出所) 厚生労働省「介護給付費等実態統計（令和2年1月）」に基づき、厚労省にて作成
(注) 要支援1・2の者の平均利用率及び限度額を超えている者の割合については、総合事業の訪問・通所介護サービスの利用を含まない。また、支給限度額は、介護報酬の1単位を10円として計算。

◆区分支給限度額の対象外となっている主な加算

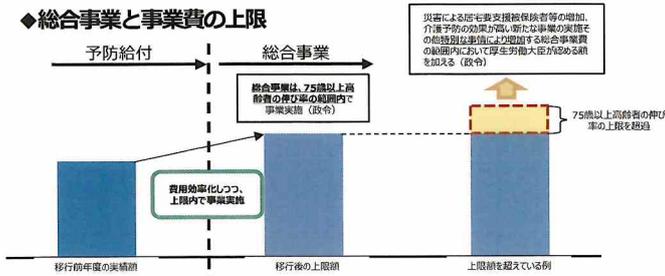
種類	加算等の名称
①居宅における生活の継続の支援を目的とする加算	・総合マネジメント体制強化加算（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護） …居宅介護計画について、随時適切に見直しを行うとともに、日常的に地域住民等との交流を図り、地域の行事や活動等に積極的に参加する場合に算定
	・訪問体制強化加算（小規模多機能型居宅介護） ・看護体制強化加算（看護小規模多機能型居宅介護） …訪問サービスの提供回数が1月当たり延べ200回以上である場合に算定
②交通の便が悪い地域における経営の安定を図ること等を目的とする加算	・特別地域加算（各種サービス） ・中山間地域等における小規模事業所加算（各種サービス） ・中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算（各種サービス）
	・緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算（訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護） ・緊急時施設療養費、特別療養費（介護老人保健施設における短期入所療養介護） ・特定診療費（病院・診療所における短期入所療養介護）
③医療ニーズへの対応に関する加算	

(出所) 介護給付費分科会資料を基に作成 81

地域支援事業（介護予防・日常生活支援総合事業）のあり方の見直し

- 地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業は、各自治体が高齢者の伸び率を勘案した事業費の上限内で事業を実施し、その枠内で交付金を措置する仕組みとしているが、厚労省が定めるガイドライン上、「一定の特殊事情」がある場合には、個別の判断により事業費が上限を超えても交付金の措置を認めることとされている。
- 「一定の特殊事情」の判断要件は、「費用の伸びが一時的に高くなるが、住民主体の取組等が確実に促進され費用の伸びが低減していく見込みである場合」とされているが、相当数の保険者が3年連続で上限を超過するなど要件の形骸化は明らかである。この判断要件が例示にとどまり、例示以外の理由でも申請を認めていたことも明らかになっており、すべての個別協議で上限超過が認められてきた。
- そのため令和3年度は、例示の取扱いをやめガイドラインに記載がある判断事由のみを認める見直しを行った。また、令和4年度は、高齢者の伸び率を勘案した事業費上限内で総合事業サービスを実施する、という制度根幹を市町村に徹底させるべく、判断事由の見直しとともに、費用低減計画の実施による取組を推進する。こうした取組を厳正にフォローアップしつつ、第9期介護保険事業計画に向けて、更に実効性を確保すべく、法制上の措置を含め検討すべきである。

◆総合事業と事業費の上限



◆総合事業サービスの適正な実施

・総合事業サービス：地域の実情に応じた効果的なサービス提供を通じて、事業の費用の伸びを75歳以上高齢者の伸び率程度に抑えることで、制度の持続可能性を確保しながら地域のニーズに合ったサービス提供を目的とする制度であり、自治体は、事業実施の大前提である制度趣旨に沿った対応を徹底する。

- 一時的な費用上昇により、上限内での実施が困難な場合（判断事由）
- ・災害による一時的な影響、一時的な足下のサービス担い手不足など
- ・事業費の上限超過は、災害による要支援者の増加や、新たに事業費内で介護予防事業を実施する際に設備整備で一時的に費用上昇する場合に対する、**例外的な取扱いであり、上限超過が続く状況は認められない。**

- ・費用低減計画として、一時的に費用が上限を超過する場合であることを数値・ファクトで記載し、事業の現状分析に基づいた費用低減額・低減時期の明確化、抜本的な見直し方策など、具体的・定量的な計画がなければ上限超過は認められない。
- ・自治体は、当該年度内に費用低減計画に基づいた事業費削減に向けた取組を実施し、次年度から事業費の上限内での適正なサービス実施を行うよう徹底。

◆令和2年度個別協議の要因

※保険者数は、令和2年度当初・変更交付申請で個別協議を行った394保険者の理由の内訳

ガイドラインに記載のない単なる事業量や利用者数の増加等も「その他」として申請可能となっており、これらも全て上限超過が認められている

上限超過の理由（以下の理由に該当する箇所には○を付け、具体的な内容を記載すること）	人数
介護予防に効果的なプログラムを新たに導入等【777保険者】	
介護予防や生活支援サービスの供給体制が近隣市町村と比較して著しく不足等【39保険者】	
小規模市町村で通いの場の新たな整備等【19保険者】	
その他【259保険者】	

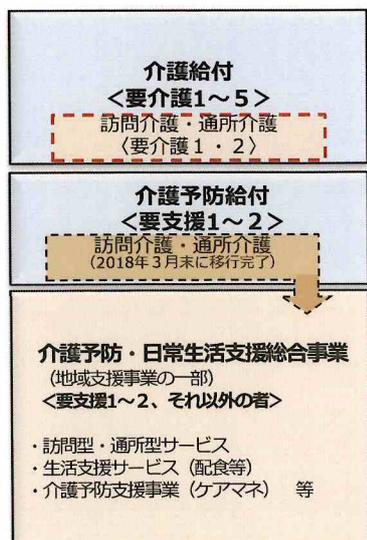
- 費用低減計画が未達な場合
- ・個別協議にて認められた費用低減計画を実施したが、R4年度末等に計画通りに事業費削減が達成できないことが判明した場合、厚労省から直接の指示・指導を実施する（事業費の削減や一般財源等の対応を実施）
 - ・自治体には、当該年度内から事業費削減等の成果を求め、それでも事業費を上限超過する場合は、当該年度内の削減困難な事業費超過分を認めるが、次年度以降は個別協議を認めない。

事業費内での適正な実施を徹底する

軽度者へのサービスの地域支援事業への移行等

- 要支援者に対する訪問介護、通所介護については、地域の実情に応じた多様な主体による効果的・効率的なサービス提供を行う観点から、地域支援事業へ移行したところ（2018年3月末に移行完了）。
- 要介護1・2への訪問介護・通所介護についても、生活援助型サービスをはじめとして、全国一律の基準ではなく地域の実情に合わせた多様な人材・多様な資源を活用したサービス提供を可能にすることが効果的・効率的である。
- 先に述べた地域支援事業のあり方の見直しに取り組みつつ、第9期介護保険事業計画期間に向けて、要介護1・2への訪問介護・通所介護についても地域支援事業への移行を検討し、生活援助型サービスをはじめとして、全国一律の基準ではなく地域の実情に合わせた多様な人材・多様な資源を活用したサービス提供を可能にすべきである。

◆介護給付と地域支援事業



サービスの種類・内容・人員基準・単価等が全国一律

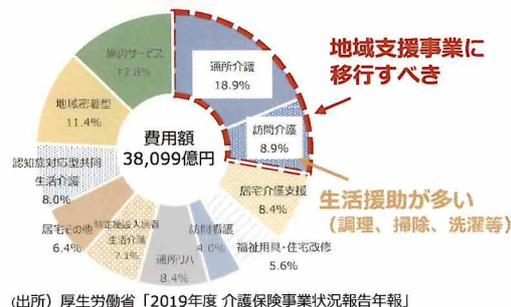
- (例)
- ・介護職員2人以上
 - ・1人あたり3㎡以上

地域の実情に応じ、住民主体の取組など効果的・効率的なサービス提供を実施

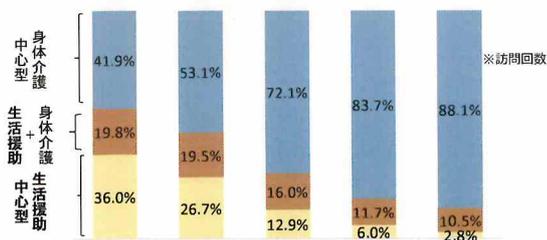
- (例)
- ・人員基準なし（ボランティア可）
 - ・面積制限なし

(注) いずれも、財源構成は、国25%、都道府県12.5%、市町村12.5%、1号保険料23%、2号保険料27%。

◆要介護1・2への介護費用



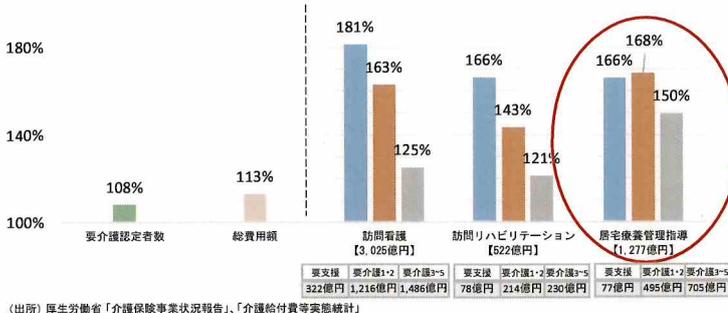
◆訪問介護サービスの提供状況



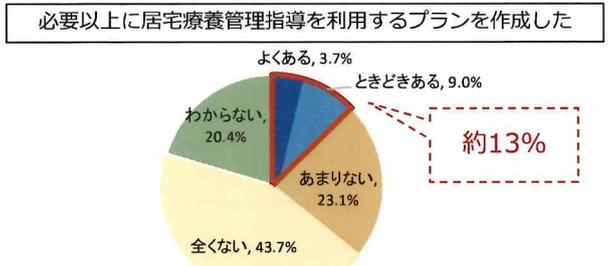
軽度者に対する居宅療養管理指導サービス等の給付の適正化

- 近年、居宅療養管理指導・訪問看護・訪問リハビリテーションといった医療系の居宅系サービス費用が、総費用や要介護者数の伸びを大きく上回って増加している。
- 居宅療養管理指導等のサービスは、原則、「通院が困難な利用者」に対して給付することとされているが、近年、軽度者（要支援1・2、要介護1・2）の費用の伸びが顕著な状況であり、実態として「通院が困難な利用者」へのサービス提供となっているか、把握を行う必要がある。
- 例えば、居宅療養管理指導については、薬局の薬剤師による軽度者へのサービス費用が大きく増加しているが、「必要以上に居宅療養管理指導を利用するプランを作成した」ケアマネジャーが一定数いることが確認されており、「少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、居宅療養管理指導費は算定できない」と算定要件が明確化されたことも踏まえ、第9期介護保険事業計画を待つことなく算定要件を満たす請求のみが適切に行われるようにすべきである。

◆居宅管理指導サービス費用等の伸び率（平成27年度～令和元年度）



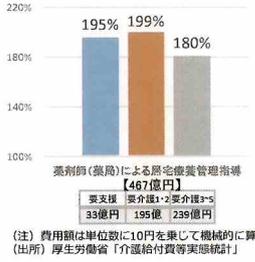
◆ケアマネジャーに聞いた「過去1年間に以下のような経験をしているケアマネジャーについて見たり聞いたりしたことがあるか」



【指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準】
注1 在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、…1月に2回（薬局の薬剤師にあっては、4回）を限度として所定単位数を算定する。

【指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について】
6 居宅療養管理指導費
(1) 通院が困難な利用者について
居宅療養管理指導費は、在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、定期的に訪問して指導等を行った場合の評価であり、継続的な指導等の必要のないものや通院が可能なものに対して算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができるものなどは、通院は容易であると考えられるため、居宅療養管理指導費は算定できない（やむを得ない事情がある場合を除く。）。

◆薬局の薬剤師による居宅療養管理指導



◆居宅療養管理指導の事業所数と費用額の推移



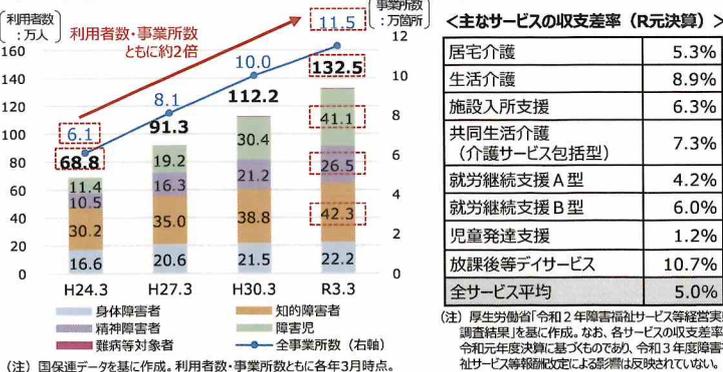
障害福祉サービス等予算・利用者数の推移

- 障害福祉サービス等の予算額は直近10年間で約2倍に増加しており、サービスの利用者数や事業所数も約2倍に増加。予算額の過去10年間平均の伸び率は、社会保障関係費全体に比して約3倍であり、著しく高い伸びを示している。（社会保障関係費全体の平均伸び率 2.5% ⇔ 障害福祉サービス等予算額の平均伸び率 7.9%）
- 総費用額の伸びを分析すると、利用者数の伸び率は、利用者1人当たり総費用額の伸び率に比べて高くなっており、利用者数の増加が予算額の増加に大きく寄与していると考えられる。利用者数の増加については、高齢化による影響は限定的であり、65歳未満の利用者数の増加の影響が大きくなっている。
- 今後もサービス供給・需要の伸びが見込まれる中で、障害者が真に必要なサービスを効率的・重点的に提供していくためには、サービスの利用者が急増している要因分析やサービスの提供実態の把握を行った上で、制度の持続可能性を確保していくことが重要である。

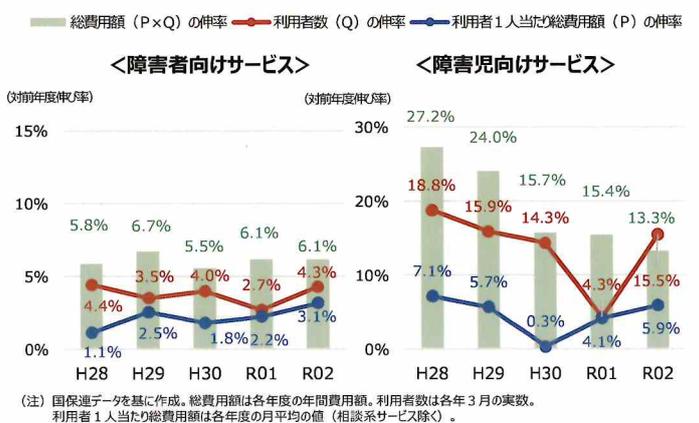
◆障害福祉サービス等予算額の推移（当初予算）



◆障害福祉サービス等の利用者数・事業所数の推移



◆障害福祉サービス等の総費用額の伸びの分析



◆年齢別 利用者数の推移

年齢層	H28.3	R3.3	増加人数 (増加率)
65歳以上	8.5万人	11.3万人	+2.8万人 (+33.5%)
18歳以上65歳未満	67.3万人	80.7万人	+13.4万人 (+19.9%)
18歳未満	22.3万人	40.5万人	+18.2万人 (+81.4%)
利用者数 合計	98.1万人	132.5万人	+34.4万人 (+35.1%)

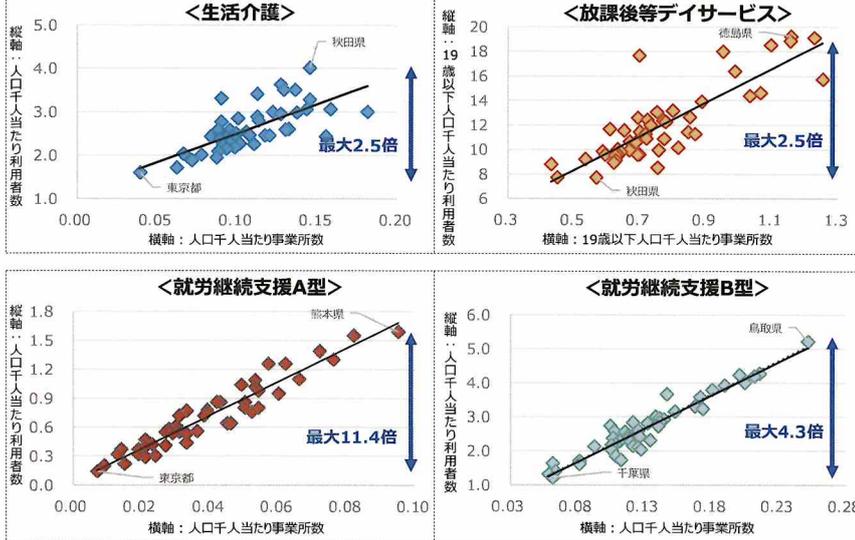
（注）国連データを基に作成。

障害福祉サービス等における地域差

- サービス別の人口当たりの利用者数には大きな地域差がある。当該地域差は、人口当たりの事業所数の地域差と相関が見られ、**事業所数の増加が利用者数の増加につながっている可能性**がある。
- 各自治体は3年に1度、各年度のサービス見込み量を定めた**障害福祉計画・障害児福祉計画**を作成する必要があるが、多くの自治体では、必ずしも**地域の障害者・障害児の状態やニーズに基づいたものになっていない可能性**がある。
- 障害者等が真に必要とするサービスを身近な地域で受けられるよう、各自治体が**地域の障害者等の状態やニーズを適切に把握した上でサービス見込み量を設定し、地域の実態を踏まえた事業所の指定**を行うことにより、サービスの質を確保するとともに、サービスの供給が計画的かつ効率的に行われるようにすべき。
- 障害者総合支援法の見直しの間接整理において、**障害児通所支援**について、より狭い圏域でも必要量を見込むとともに、都道府県等による事業所の指定において市町村の意見申出を可能とする方向で検討することされており、**その他の障害福祉サービス等についても同様の方向で検討を進めるべきである**。

(注) 就労継続支援A型・B型、生活介護、施設入所支援、放課後等デイサービス、児童発達支援、障害児入所施設の各サービスについては、障害福祉計画・障害児福祉計画で定められたサービスの見込み量を上回る場合、当該サービスに係る事業所の新規指定を行わないことができる仕組み（総量規制）が設けられているが、政令市、中核市以外の一般市町村は、都道府県等による事業者の指定に関与できない仕組みとなっている。

◆都道府県別・サービス別 人口千人当たりの利用者数と事業所数の関係



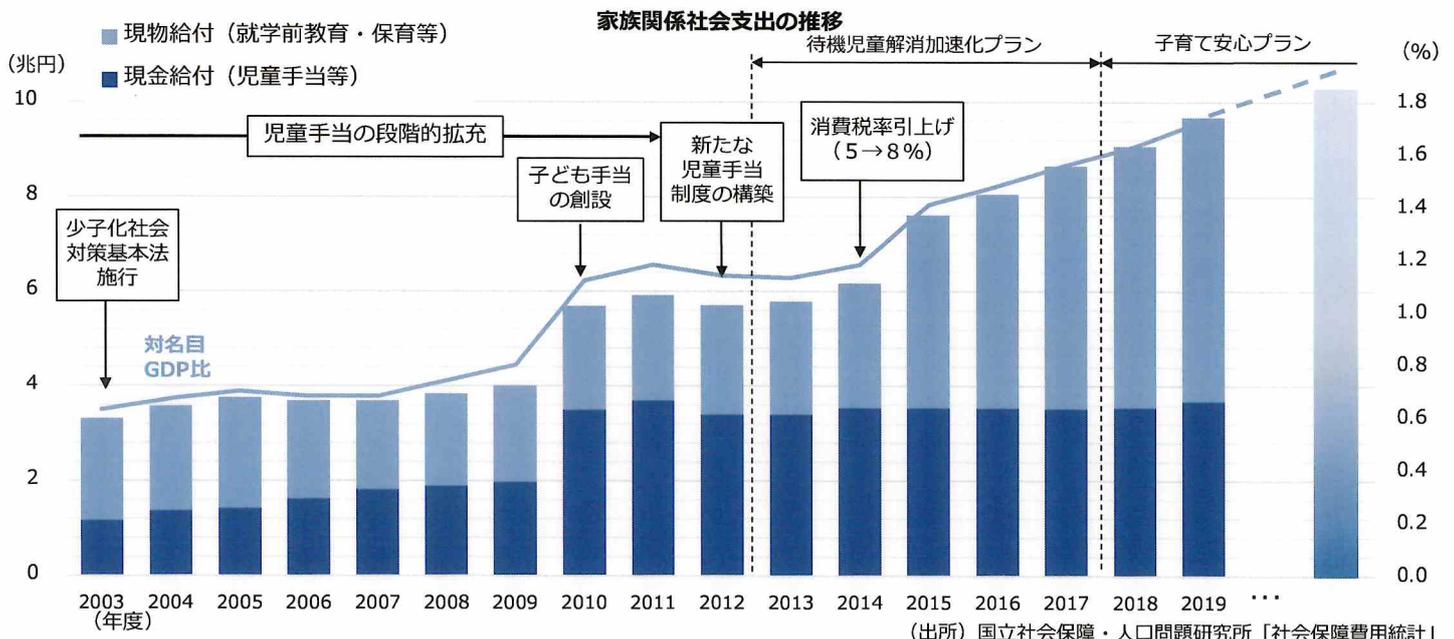
(注) 利用者数・事業所数は令和2年10月時点の国保連データ、人口は総務省統計局「人口推計(令和2年10月1日現在)」に基づき作成。

障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて 中間整理 (抄) (令和3年12月16日社会保障審議会障害者部会)

- 障害児支援について
 - 障害児通所支援
 - 検討の方向性 (障害児通所支援の事業所指定の在り方)
 - (略) 都道府県の障害児福祉計画及びその積み上げの基となる市町村の障害児福祉計画において、保護者や子どもが居宅からより容易に移動することが可能な区域での事業所配置を意識し、より狭い圏域でも必要量を見込んでいく方向で、具体的な方法を検討する必要がある。
 - これにより、広域でのサービス全体の必要量に達しない限り総量規制の対象とならず、事業所指定を検討する者との意見交換等を行っていく現状を、より狭い圏域でも必要量に達している場合でも近隣の他の圏域での事業所指定の検討を促すなど、地域偏在やサービス不足・過剰をできる限り解消するよう検討する必要がある。
 - また、重症心身障害や医療的ケア等の支援が行き届きにくいニーズについては、障害児通所支援の全体の必要量とは別に、医療的ケアスコアの高い子どもの受け入れを含め、そのニーズを十分見込み、整備を促していく方向で検討する必要がある。
- 引き続き検討する論点について
 - 制度の持続可能性の確保について
 - 検討の方向性 (障害福祉サービス等の事業者の指定)
 - 地域ごとの障害福祉サービス等のニーズを適切に踏まえた事業所の整備が進むよう、事業者の指定に市町村が関与することが有益と考えられる場合もあることから、都道府県知事の行う指定障害福祉サービス事業者等の指定において、市町村が意見を申し出ることを可能とし、都道府県は当該指定に当たり事業の適正な運営を確保するために必要と認める条件を付することができることとする仕組みの導入を検討する必要がある。

子ども・子育て支援の推移

- 主に子ども・子育て支援のための公的支出である「**家族関係社会支出**」を見ると、2003年以降、児童手当の段階的拡充や待機児童解消加速化プラン等による保育の受け皿拡大により、**大きく増加してきた**。2019年10月からは、3～5歳児等の幼児教育・保育が無償化された。
- 子ども・子育て支援の取組は重要であるが、**真に子どもや子育て世帯のためになる支援となっているか**といった観点から「**使い道**」の精査を行っていくとともに、**安定的な財源確保策について検討する必要がある**。

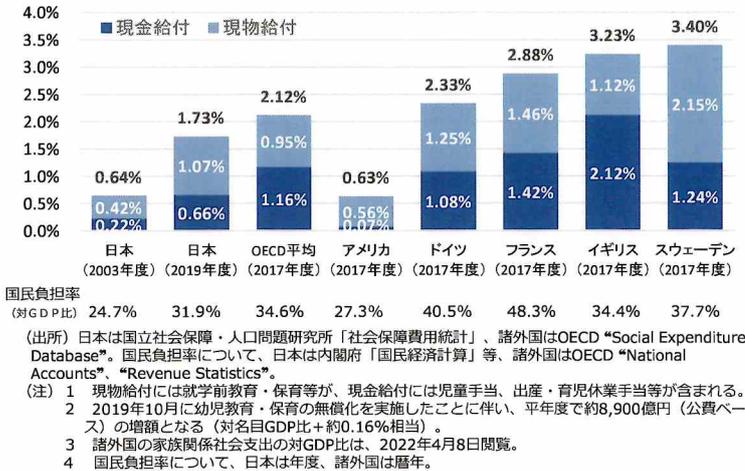


※ 「家族関係社会支出」とは、家族を支援するために支出される現金給付及び現物給付（サービス）であり、就学前教育・保育（現物給付）や、児童手当（現金給付）等が含まれる。
 ※ 2019年10月に幼児教育・保育の無償化を実施したことに伴い、平年度で約8,900億円（公費ベース）の増額となる（対名目GDP比+約0.16%相当）。

家族関係社会支出の国際比較

- 我が国の家族関係社会支出の対GDP比は、欧州諸国と比べて低水準との指摘があるが、国民負担率などの違いもあり、単純に比較はできないことに留意が必要である。
- 具体的には、負担面まで俯瞰して見ると、2015年の内閣府の分析では、我が国の子育て世帯は他の世帯と比較して受益が大きく、特に世帯年収が高額でない世帯はネット受益とされている。
- 子ども・子育て支援の国際比較を行うに当たっては、このように子育て世帯の受益だけではなく負担面まで含めた上で、再分配が十分であるかといった視点も含め、分析を充実させていくことが望ましい。

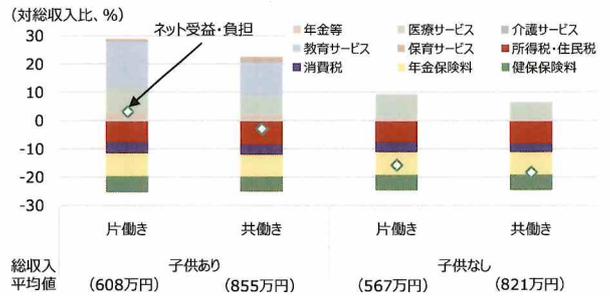
◆家族関係社会支出の国際比較（対GDP比）



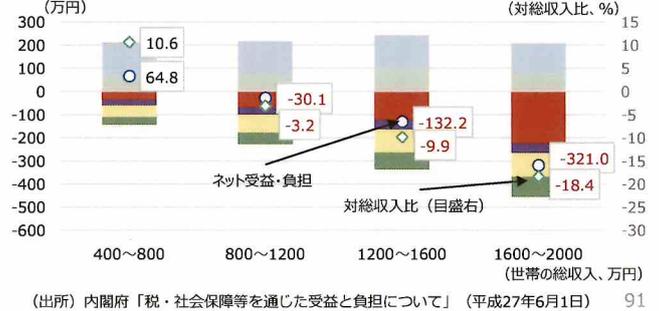
◆少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）（抄）

我が国の家族関係社会支出の対GDP比は、少子化社会対策基本法が施行された2003年以降、児童手当の段階的拡充や、保育の受け皿拡大により、徐々に増加してきたが、2017年度で1.58%となっている。国民負担率などの違いもあり、単純に比較はできないが、フランス（2015年度2.93%）、スウェーデン（2015年度3.54%）、ドイツ（2015年度2.28%）など出生率の回復を実現した欧州諸国と比べて低水準となっており、現金給付及び現物給付を通じた家族政策全体の財政的な規模が小さいことが指摘されている。

◆世帯類型別の受益と負担（2015年）



◆40代男性・配偶者あり（共働き）・子供2人世帯 収入階層別の受益と負担（2015年）



参議院議員会館報告者/団体()名前()

室番号	氏名	会派	選出	対応者	旧いのち 署名応	紹介 議員
-----	----	----	----	-----	-------------	----------

40 39

416	有田 芳生	立憲	比例	議員・秘書	応諾	応諾
813	石垣 のりこ	立憲	宮城	議員・秘書	応諾	応諾
513	市田 忠義	共産	比例	議員・秘書	応諾	応諾
609	伊藤 岳	共産	埼玉	議員・秘書	応諾	応諾
321	井上 哲士	共産	比例	議員・秘書	応諾	応諾
519	伊波 洋一	沖縄	沖縄	議員・秘書	応諾	応諾
1002	岩渕 友	共産	比例	議員・秘書	応諾	応諾
901	打越 さく良	無	新潟	議員・秘書	応諾	応諾
815	嘉田 由紀子	碧水	滋賀	議員・秘書	応諾	応諾
710	紙 智子	共産	比例	議員・秘書	応諾	応諾
715	木戸口 英司	立憲	岩手	議員・秘書	応諾	応諾
314	木村 英子	れ新	比例	議員・秘書	応諾	応諾
509	吉良 よし子	共産	東京	議員・秘書	応諾	応諾
1021	倉林 明子	共産	京都	議員・秘書	応諾	応諾
1208	小池 晃	共産	比例	議員・秘書	応諾	応諾
724	杉尾 秀哉	立憲	長野	議員・秘書	応諾	応諾
1203	大門 実紀史	共産	比例	議員・秘書	応諾	応諾
712	高良 鉄美	沖縄	沖縄	議員・秘書	応諾	応諾
408	武田 良介	共産	比例	議員・秘書	応諾	応諾
1106	田名部 匡代	立憲	青森	議員・秘書	応諾	応諾
908	田村 智子	共産	比例	議員・秘書	応諾	応諾
204	寺田 静	無	秋田	議員・秘書	応諾	応諾
701	徳永 エリ	立憲	北海道	議員・秘書	応諾	応諾
709	ながえ 孝子	碧水	愛媛	議員・秘書	応諾	応諾
323	野田 国義	立憲	福岡	議員・秘書	応諾	応諾
917	芳賀 道也	国民	山形	議員・秘書	応諾	応諾
818	羽田 次郎	立憲	長野	議員・秘書		応諾
920	鉢呂 吉雄	立憲	北海道	議員・秘書	応諾	応諾
1111	福島 みずほ	社民	比例	議員・秘書	応諾	応諾
302	船後 靖彦	れ新	比例	議員・秘書	応諾	応諾
508	川田 龍平	立憲	比例	議員・秘書	応諾	応諾
810	舟山 康江	国民	山形	議員・秘書	応諾	応諾
320	真山 勇一	立憲	神奈川	議員・秘書	応諾	応諾
206	宮口 治子	立憲	広島	議員・秘書		応諾
322	宮沢 由佳	立憲	山梨	議員・秘書	応諾	応諾
304	森 ゆうこ	立憲	新潟	議員・秘書	応諾	応諾
1123	山下 芳生	共産	比例	議員・秘書	応諾	応諾
817	山添 拓	共産	東京	議員・秘書	応諾	応諾
702	横沢 高德	立憲	岩手	議員・秘書	応諾	応諾

242

応諾
賛同

40

3

39

0

衆議院議員

会館	室番号	氏名	会派	選挙区	対応者	旧いのち署名	紹介議員			
							い	75歳	介護	
							55	64	0	3
2	512	石川 香織	立民	北海道11	議員・秘書	応諾	応諾			
2	801	神谷 裕	立民	(比) 北海道	議員・秘書	応諾	応諾			
1	324	松木けんこう	立民	北海道2	議員・秘書	応諾	応諾			
2	516	道下 大樹	立民	北海道1	議員・秘書	応諾	応諾			
1	605	小沢 一郎	立民	(比) 東北	議員・秘書	応諾	応諾			
1	1014	寺田 学	立民	(比) 東北	議員・秘書	応諾	応諾			
2	202	緑川 貴士	立民	秋田2	議員・秘書	応諾	応諾			
1	711	岡本 あき子	立民	(比) 東北	議員・秘書	応諾	応諾			
1	313	鎌田 さゆり	立民	宮城2	議員・秘書		応諾			
2	904	高橋 千鶴子	共産	(比) 東北	議員・秘書	応諾	応諾			
1	808	小熊 慎司	立民	福島4	議員・秘書	応諾	応諾			
2	201	青山 大人	立民	(比) 北関東	議員・秘書	応諾	応諾			
1	708	福田 昭夫	立民	栃木2	議員・秘書		応諾			
2	905	塩川 鉄也	共産	(比) 北関東	議員・秘書	応諾	応諾			
1	1119	奥野 総一郎	立民	千葉9	議員・秘書	応諾	応諾			
2	1013	青柳 陽一郎	立民	(比) 南関東	議員・秘書		応諾			
1	424	阿部 知子	立民	神奈川12	議員・秘書	応諾	応諾			
2	803	浅川 義治	維新	(比) 南関東	議員・秘書		賛同			
2	608	篠原 豪	立民	神奈川1	議員・秘書	応諾	応諾			
1	401	山崎 誠	立民	(比) 南関東	議員・秘書	応諾	応諾			
1	408	笠 浩史	立民	神奈川9	議員・秘書	応諾	応諾			
2	1012	早稲田 ゆき	立民	神奈川4	議員・秘書	応諾	応諾			
2	802	菊田 真紀子	立民	新潟4	議員・秘書	応諾	応諾			
1	407	斎藤 洋明	自民	新潟3	議員・秘書	応諾	応諾			
2	724	米山 隆一	立民	新潟5	議員・秘書		応諾			
1	403	務台 俊介	自民	(比) 北陸信越	議員・秘書	応諾	賛同			
1	719	篠原 孝	立民	(比) 北陸信越	議員・秘書	応諾	応諾			
1	806	下条 みつ	立民	長野2	議員・秘書	応諾	応諾			
1	517	大河原まさこ	立民	(比) 東京	議員・秘書	応諾	応諾			
2	621	笠井 亮	共産	(比) 東京	議員・秘書	応諾	応諾			
1	1219	宮本 徹	共産	(比) 東京	議員・秘書	応諾	応諾			
1	624	源馬 謙太郎	立民	静岡8	議員・秘書	応諾	応諾			
1	712	田中 健	国民	(比) 東海	議員・秘書		応諾		応諾	
2	222	伊藤 忠彦	自民	愛知8	議員・秘書		応諾			
1	1124	神田 憲次	自民	愛知5	議員・秘書		応諾			
2	402	近藤 昭一	立民	愛知3	議員・秘書	応諾	応諾			
2	909	重徳 和彦	立民	愛知12	議員・秘書	応諾	応諾			
2	701	中川 貴元	自民	(比) 東海	議員・秘書		応諾			
1	1007	長坂 康正	自民	愛知9	議員・秘書		応諾			
1	305	牧 義夫	立民	(比) 東海	議員・秘書	応諾	応諾		応諾	
1	1106	本村 伸子	共産	(比) 東海	議員・秘書	応諾	応諾			
2	322	吉田 統彦	立民	(比) 東海	議員・秘書	応諾	応諾			

2	405	斎藤アレックス	国民	(比) 近畿	議員・秘書		応諾		
2	609	徳永 久志	立民	(比) 近畿	議員・秘書		応諾		
2	519	北神 圭朗	有志	京都4	議員・秘書		応諾		
2	620	穀田 恵二	共産	(比) 近畿	議員・秘書	応諾	応諾		
2	417	大石 晃子	れ新	(比) 近畿	議員・秘書		応諾		
1	1108	宮本 岳志	共産	(比) 近畿	議員・秘書		応諾		
2	409	櫻井 周	立民	(比) 近畿	議員・秘書	応諾	応諾		
1	1217	馬淵 澄夫	立民	奈良1	議員・秘書	応諾	応諾		
2	911	岸本 周平	国民	和歌山1	議員・秘書		応諾		
2	1217	柚木 道義	立民	(比) 中国	議員・秘書	応諾	応諾		
1	1022	佐藤 公治	立民	広島6	議員・秘書	応諾	応諾		
1	1213	寺田 稔	自民	広島5	議員・秘書		賛同		
2	213	仁木 博文	有志	徳島1	議員・秘書		応諾		
2	1005	小川 淳也	立民	香川1	議員・秘書	応諾	応諾		
2	720	白石 洋一	立民	(比) 四国	議員・秘書	応諾	応諾		応諾
2	1004	稲富 修二	立民	(比) 九州	議員・秘書	応諾	応諾		
2	712	田村 貴昭	共産	(比) 九州	議員・秘書	応諾	応諾		
1	606	末次 精一	立民	(比) 九州	議員・秘書		応諾		
2	1209	岩屋 毅	自民	大分3	議員・秘書	応諾	応諾		
2	707	吉良 州司	有志	大分1	議員・秘書	応諾	応諾		
2	505	吉川 元	立民	(比) 九州	議員・秘書		応諾		
1	1015	渡辺 創	立民	宮崎1	議員・秘書		応諾		
1	1107	赤嶺 政賢	共産	沖縄1	議員・秘書	応諾	応諾		
2	711	新垣 邦男	立民	沖縄2	議員・秘書		応諾		
1	1017	志位 和夫	共産	(比) 南関東	議員・秘書	応諾	応諾		

紹介 64
賛同 3

2022年通常国会 東京選出議員働きかけ一覧

参議院議員

会館	部屋	議員名	会派	選挙区	いのち	75歳	介護
	509	吉良 よし子	共産	東京	応諾	応諾	
	620	朝日 健太郎	自民	東京			
	605	小川 敏夫	無	東京			
	612	音喜多 駿	維新	東京			
	706	塩村 あやか	立憲	東京			
	413	武見 敬三	自民	東京			
	517	竹谷 とし子	公明	東京			
	904	中川 雅治	自民	東京			
	902	丸川 珠代	自民	東京			
	806	山口 那津男	公明	東京			
	411	蓮舫	立憲	東京			
	817	山添 拓	共産	東京	応諾	応諾	

衆議院議員

1	517	大河原まさこ	立民	(比)東京	応諾	応諾	
2	621	笠井 亮	共産	(比)東京	応諾	応諾	
2	1122	伊藤 俊輔	立民	(比)東京	応諾		
1	1216	鈴木 庸介	立民	(比)東京			
2	416	櫛渕 万里	れ新	(比)東京			
1	510	長島 昭久	自民	(比)東京			
1	513	小野 泰輔	維新	(比)東京			
1	609	海江田 万里	無	(比)東京			
1	813	石原 宏高	自民	(比)東京			
1	1011	松本 洋平	自民	(比)東京			
1	1105	越智 隆雄	自民	(比)東京			
2	310	高木 啓	自民	(比)東京			
2	321	阿部 司	維新	(比)東京			
2	503	河西 宏一	公明	(比)東京			
2	523	若宮 健嗣	自民	(比)東京			
2	1023	高木 陽介	公明	(比)東京			
1	1219	宮本 徹	共産	(比)東京	応諾	応諾	
2	917	山田 美樹	自民	東京1			
2	1215	鈴木 隼人	自民	東京10			
2	622	下村 博文	自民	東京11			
1	1005	岡本 三成	公明	東京12			
1	1020	土田 慎	自民	東京13			
1	709	松島 みどり	自民	東京14			
2	611	柿沢 未途	自民	東京15			
2	510	大西 英男	自民	東京16			
1	1115	平沢 勝栄	自民	東京17			
1	512	菅 直人	立民	東京18			
2	1008	末松 義規	立民	東京19			
1	522	辻 清人	自民	東京2			
1	915	木原 誠二	自民	東京20			
2	1007	小田原 潔	自民	東京21			
2	524	伊藤 達也	自民	東京22			
1	814	小倉 将信	自民	東京23			
2	1205	萩生田 光一	自民	東京24			
1	317	井上 信治	自民	東京25			
2	709	松原 仁	立民	東京3	応諾		
1	914	平 将明	自民	東京4			
1	802	手塚 仁雄	立民	東京5			
2	606	落合 貴之	立民	東京6			
2	706	長妻 昭	立民	東京7			
2	607	吉田 はるみ	立民	東京8			
1	1013	山岸 一生	立民	東京9			

計		54		7	5	0
---	--	----	--	---	---	---



医療・介護・保健所を直ちに拡充！国民負担の軽減を！

新しいのち & 介護請願採択めざす 5.26国会行動

新型コロナウイルスの感染拡大は、医療をはじめとした社会保障・福祉体制の脆弱さを明らかにしました。いのちと健康、くらしを守り、新たな感染症や大規模災害などに備えるため医療・介護・保健所など社会保障を直ちに拡充することを求めます。

新しいのち署名は紹介議員が100人以上になり、大きな運動になっています。これまで私たちが集めてきた署名を提出し、国会での採択をめざします。



5月26日(木) 12:00～15:30

●会場 衆議院第一議員会館大会議室
(11:30から通行証を配布します)

Zoom



YouTube



<http://bit.ly/3x6ubwE>

<http://bit.ly/3JeaV2A>

タイムテーブル(案)

- 12時～ 署名提出・議員あいさつ
- 13時～ 行動提起
- 13時10分～ 国会議員要請・昼食
- 15時～ 全体報告集会 議員要請報告・決意表明
- 15時半 終了・解散



☞ 地元国会議員に現場実態を訴えて紹介議員になってもらいましょう。
(アポを取ってお願いに行きましょう)
☞ 目標に達するまで署名を集めましょう

主催：中央社保協/全労連/全日本民医連/自治労連/日本医労連

連絡先 03-5842-5611(全労連) 文京区湯島2-4-4 平和と労働センター・全労連会館4階

医療費2倍化中止せよ 10月実施決定撤回せよ

【速報】2022/04/26
東京高齢期運動連絡会
tokyo.koureiki@gmail.com
豊島区南大塚3-43-13
スミヨシビル3F
03-5956-8781

4/21参院会館前で署名提出行動 150人参加 署名累計 647,039 筆

4月21日参議院議員会館前で、75歳以上の医療費窓口負担2倍化中止を求める署名の提出行動が行われ、150人が参加しました。

行動は、中央社会保障推進協議会・日本高齢期運動連絡会・全日本年金者組合・医療団体連絡会議が呼びかけました。提出した2倍化中止署名は、累計で64万7039筆に達しました。



各団体から発言

冒頭あいさつに立った保険医団体連合会の住江憲勇さんは、窓口2倍化の範囲は政令で低収入の人にまで広げられる。この時点で止めなければならない。高齢者の所得に占める医療費の率は、現役世代の2~5倍。窓口2倍化すれば4~10倍の負担になる。2倍化されれば28%の人が受診を控える。重症化の原因になると指摘。所得再分配の視点を欠く岸田政権を批判。世論を広げ2倍化中止に追い込もうと訴えました。

東京高齢期運動連絡会の早川明好さんは、真実を知らせば誰もが2倍化に反対する。分断を乗り越えてたたかおう。7月には参議院選挙もある。と運動の強化を訴えました。

日本医労連の鎌倉幸孝さんは、公的病院の現場の窮状を訴え、コロナ下での公的医療切り捨ては許せないと訴えました。

愛知県保険医協会の板津慶幸さんは、老人医療費無料のとき、早期のがんが多く見つかった。今は手遅れで来る人が多い。窓口2倍化されたら、医療はさらに遠のく、と訴え、愛知の医師会との懇談で

自己負担問題では同じ考えだと言われたことを紹介しました。

東京保険医協会の中村洋一さんは、高齢者は診療科も多い。良い新薬ができるが薬は高い。懐具合で薬が使えなくていいのか。介護の自己負担も重く医療費が上がれば大変なことになると述べました。

中央社会保障推進協議会の是枝一成さんは、電話相談には、死にたい、消えてしまいたいという声が寄せられる。介護している夫が亡くなれば楽になると思ってしまうという辛い声も。昨年8月1日からの介護保険補足給付の見直しによる負担増が低所得者に襲いかかっている。と訴えました。

年金者組合都本部の小澤満吉さん・全日本民医連の久保田直生さんが高齢者の実態、現場の状況を踏まえて発言しました。

立憲・共産から国会議員

吉田統彦衆議院議員(立憲)、下条みつ衆議院議員(立憲)、石垣のり子参議院議員(立憲)、宮本徹衆議院議員(共産)、田村智子参議院議員(共産)が駆けつけて連帯、激励のあいさつを行い、集まった署名を受け取りました。

75歳以上の医療費窓口負担2倍化中止の署名をさらに大きく広げましょう

コロナと物価高の中、負担増やめよ 国の責任で社会保障の充実を！ 4/25新宿東口アルタ前宣伝行動 汗ばむ陽ざしの中15団体60人参加

気温が26度を越える夏のような陽ざしの中、新宿駅東口アルタ前に全日本教職員組合の大型宣伝カーをつけ、15団体60人が参加して、宣伝を行いました。

75歳以上の窓口負担2倍化中止・医師、看護師、医療技術職員、介護職員等の増員と待遇改善・公立、公的病院の切り捨て反対・保健所の増設・年金引き下げ中止などを訴えました。

次々に怒りの訴え

保険医団体連合会の住江憲勇さんが冒頭の訴えを行いました。

全労連副議長の前田博史さんは、世代間分断をあおる自公政権を厳しく批判。消費税は社会保障のためと言うが、10%になって社会保障は守られてきたでしょうか、と訴え、国は真綿で国民の首を絞めるように社会保障を削ってきた。ぜひ止めさせましょうと呼びかけました。

東京高齢期運動連絡会の菅谷正見さんは、コロナ禍、物価高騰の中での75歳以上の医療費窓口負担2倍化にストップをかけようと訴えました。

日本医療労働組合連合会の森田進さんは、ベッドは増やせても、医師や看護師は簡単に増やせない。医療を充実させる政治を、と署名への協力を訴えました。

年金者組合東京都本部の小澤満吉さんは、支給される物は減らされ、負担はふやされる。逆転した政



治にもっと怒ろう、声をあげよう。若い人と一緒に7月の参議院選挙で変えようと呼びかけました。

自治労連の小泉治さんは、まずロシアのウクライナ侵略を糾弾。公務員が減らされ、公立公的病院が減らされ、公務員が過酷な労働を強いられている実態を告発しました。

全国生活と健康を守る会連合会の西野武さんは、全国の生活と健康を守る会の「ウクライナ侵略やめろ」の運動を紹介。生活保護基準は諸制度の基準となっている。その切り下げは対象者の生活を直撃すると共に、暮らしを支える多くの制度に影響すると述べました。続いて新生存権裁判の原告がマイクを取り裁判への支援を訴えました。

民主医療機関連合会の久保田直生さんは、緊急困難事例調査について報告。コロナの中、職を失って医療をガマンし重症化するなど悲惨な事例が多くある、金がなければ医療にかからせないという残酷な制度、胸がつぶれる思いだと述べ、戦後まもなく生まれ今の日本を築き上げた高齢者から医療を取り上げるのか。こんな野蛮なことやめさせよう。と訴えました。

最後に日本高齢期運動連絡会の武市和彦さんがまとめのあいさつを行い、宣伝行動を終了しました。

「岸田さんこの声聞いてよ」アンケート結果のまとめ

2022.516

日本高齢期運動連絡会

1,75歳以上医療費窓口負担2割化を10月実施と決定 ～将来3割に～

現在、75歳以上の高齢者医療費窓口負担は原則1割で、年収383万円以上（単身世帯）の人は3割負担（約130万人、約7%）です。政府はこうした仕組みを変更し、「単身世帯で年収200万円以上、夫婦とも75歳以上の世帯で年収320万円以上」を対象に、窓口負担を1割から2割に引き上げようとしています。75歳以上となる1,815万人のうち約370万人、約23%が対象となります。法律では2割化の開始時期は10月から2割負担に引き上げる方針です。高齢者の保険料負担については、恒久制度による保険料軽減措置に加えて、予算措置による保険料軽減特例が実施されてきましたが、それでも10%を超える保険料負担率（2020～21年度は11.41%）となっています。その保険料の軽減特例も廃止されました。いまの制度は、高齢者を標的とした医療費抑制をねらい、「健康の自己責任」と「受益者負担」を制度の根幹に据えています。こうした制度の欠陥は放置したまま、窓口負担を2割化することを認めることはできません。経団連は、「原則2割を基本」とするよう繰り返し主張しています。いま2割化を許すことは、その先の「原則2割」、近い将来の「原則3割」へと段階的に負担増を進めていく突破口にされる恐れがあります。わたしたちは、高齢者のいのち、人権を守るため、10月実施の中止をもとめて運動をすすめています。

2,「岸田さんこの声聞いてよ」アンケートの目的

コロナ禍の中で、ここ数年高齢者の生活実態は大変厳しくなっています。この状況の中で75歳以上医療費窓口負担2割化が実施されれば、受診抑制が起これ、必要な医療を受けられない事態が進むと考えられます。今回のアンケートでは、岸田首相へ直接高齢者の声を届けるとともに、この間の日常生活の中で経験したことにお答えいただきました。

3,アンケート回収数等

回収数 1,665件 回収地域 全国18県 対象者 65歳以上の高齢者
各県医療機関窓口、地域の生協組合員組織、老人クラブ等にアンケート用紙を配布し回収しました。

4,アンケート結果のまとめ

この一年間のご自分の生活の中で経験されたことで多かった答えは、①新しい服、靴などを買うのを控えた(62%)、②家族・友人との外食を控えた(60%)、③趣味・レジャーを減らした(59%)、④交際費を切り詰めた(46%)、⑤食費を切り詰めた(40%)と続き、切り詰めてもどうにか生活できる項目とともに、高齢者にとって大切な社会とのつながりに必要な経費を削っている方がいました。「美容院にはもう何年も行っていません。自分でカットしている」と答えた方もいました。また、電気代の削減のため、冷暖房の使用を控えたと答えた方も(39%)いらっしゃいました。

「医者にかかるのを控えた」と答えた方は 20%いました。コロナ禍の中での受診控えもすすんでいることが浮き彫りになりました。

深刻なのは、国保料・税の支払いや、電話・通信費の支払いが滞ったと答えた方が(7.3%)、金融機関に借金した方も 7.4%、家賃・住宅ローンの支払いが滞った方も 4.2%いて、現在の収入だけでは生活を維持することが困難な方が一定数いることです。

憲法で保障されている、健康で文化的な最低限度の生活からほど遠い状況に高齢者の生活におかれていることがこのアンケートから見えます。

5、自由記載欄の中から 生活実態に関する記載を集めてみました

非耐久消費財の支出をぎりぎりまで切り詰めて生活している方が多くいます。家電製品の故障の際の購入、補聴器の購入まで対応できない状況の方が数多くいます。そんな中で、75歳医療費的口負担 2 割化になると、これ以上何を切り詰めるのか、将来の生活への不安が多く寄せられました。

詳しくは別紙参照ください。

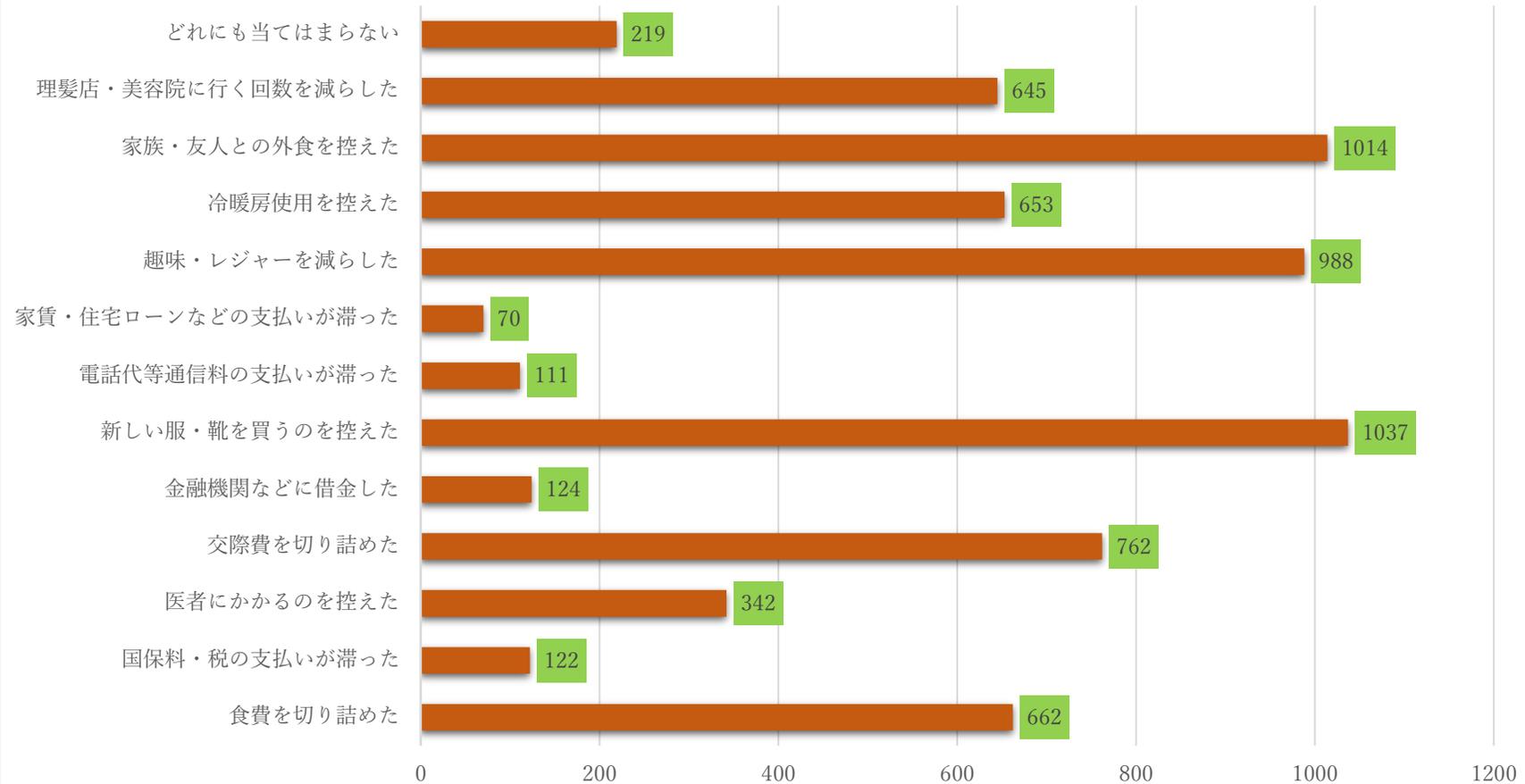
6、まとめ

- ・ コロナ禍の中での厳しい生活実態がアンケートで明らかになりました。
- ・ 厚生労働大臣が先の国会答弁の中で、「高齢者にはまだ生活に余裕がある」かのような答弁をし、75歳医療費窓口負担 2 割化を強行しましたが、実際の高齢者の生活実態はアンケート結果のとおり、様々な節約対策をしながら生きている方が多くいることが明らかになり、国会での厚生労働大臣の答弁の内容とは大きく違っています。
- ・ フレイルの要因の重要な要素である、社会とのつながりが、コロナ禍の中で経済的な理由からも発生していることは高齢者の健康維持の観点から見逃すことはできません。
- ・ 20%の方が医療機関への受診を控えていると回答している。この上に、75歳医療費窓口負担 2 割化が実施されると、高齢者の受診抑制が起こることが大いに懸念されます。
- ・ 岸田内閣は、10月実施の75歳医療費窓口負担 2 割化の実施は中止にすべきです。
- ・ 誰でも病気にかかる可能性があり、医療には負担（支払い）能力と関係なく必要性が生じます。自己責任や助け合いで解決できる問題ではありません。したがって、所得の多寡にかかわらずすべての国民が平等に医療サービス給付を受けられるようにすることが、社会保障の本来のあり方です。それと、高齢者の人権、いのちを守る闘いでもあります。高齢者への給付が多すぎるかのように描き、世代間対立をあおって負担を肩代わりさせあうのではなく、「負担（支払い）能力に応じた負担」は、医療費窓口負担ではなく、税と社会保険料に求めるべきです。
- ・ わたしたちは、75歳以上の方を対象にした、高齢者生活実態調査を実施し、現在分析を進めています。5月末までには一次調査をまとめ、結果を公表する予定です。

～「岸田さんこの声聞いてよ」アンケート結果より～ **高齢者の厳しい生活実査隊 削れる支出は削ったもうこれ以上は限界**

6割の方が社会とのつながり(外食・趣味レジャー)、非耐久消費財(衣服・靴等)の経費を削減。2割の方が医者にかかるのを控えたと回答

この一年間のあなたの暮らして経験されたことは(複数回答) 回答数1665件



●「再分配が大事」

馬淵澄夫衆議院議員（立憲、奈良1区）と懇談

保団連は4月21日、馬淵澄夫衆議院議員（立憲、奈良1区）と懇談しました。懇談には、住江憲勇保団連会長、宇佐美宏保団連副会長が参加しました。

馬淵議員は、開口一番、「昨年の衆議院選挙後、党の国対委員長という重責を拝命することとなった。この立場からみなさんの要請に応えていきたい」と発言。

住江先生は、先ごろ、立憲民主党の厚生労働部会で、75歳以上の窓口負担2割化の実施を食い止めるための提案を行ったことを報告。あわせて、所得再分配の必要性を強調しました。

馬淵議員は、「岸田政権は分配を強調するが、再分配について決して言わない。再分配の仕方でも幸福度は違う。私は再分配が大事なことを泉健太代表にいつも申している。消費税減税も強く訴えたい」と応じました。また、75歳以上の窓口負担実施阻止に向けては、「厚労部会の中島克仁、吉田統彦衆議院議員がしっかりやってくれると思う」と応じました。また、2割化中止署名の紹介議員も引き受けました。

●「社会保障を拡充し、無償で提供するベーシック・サービス」を提起

斎藤アレックス衆議院議員（国民、比例近畿（滋賀1区））

保団連は4月21日、斎藤アレックス衆議院議員（国民、比例近畿（滋賀1区））と懇談しました。懇談には、名嘉圭太事務局長、前谷かおる事務局次長が参加しました。

名嘉事務局長は、斎藤議員が「保険でより良い歯科医療を求める請願署名」の紹介議員となったことにお礼を言い、新型コロナウイルス感染拡大の中で受診控えが起こっていること、そんな中で75歳窓口負担2割負担が実施されると、受診抑制がさらに広がる懸念があることを指摘。国民民主党としても、少なくとも、実施延期にご尽力いただくことを求めました。

斎藤議員は、医療をはじめとした公的サービスを拡充し、サービスそのものを無料で受けられる「ベーシック・サービス」という自身の考え方を披露。税金についても富裕層への課税、労働者の賃金向上による好循環をつくることを提起しました。

前谷次長から、入院、外来の感染対策向上加算の算定要件、施設基準を緩和し、あわせて点数を引き上げるなど、2022年度診療報酬の改善にご尽力いただくことを求め、斎藤議員は、「75歳の窓口負担の問題とあわせ、党の厚労部会に問い合わせる」と応じました。

あわせて、斎藤議員は、「友人に歯科技工士がいる」と歯科技工問題に関心を示し、保団連・保険で良い歯科医療を全国連絡会による「歯科技工問題を考える国会内集会」について紹介すると、「ぜひ参加したい」と応じました。また、地元・滋賀協会との懇談ができることを「楽しみにしている」と笑顔で応えました。

受診抑制の懸念を共有

75歳以上の窓口負担2割化

連合の佐保局長と懇談



連合の佐保氏(右)と懇談する保団連の住江会長(中)、名嘉事務局長(左)

保団連は3月23日、東京都内の連合会館で日本労働組合総連合会(連合)の佐保昌一総合政策推進局長・中央執行委員と75歳以上の窓口負担2割化をテーマに懇談。10月からの2割化実施による受診抑制への懸念など問題意識を共有した。保団連から住江憲勇会長、名嘉圭太事務局長が参加し、保団連が作成した診療報酬関連書籍を基に、地域医療の現状などについて意見交換。今後も懇談を継続していくことを確認した。

佐保氏「実施後の検証必要」

10月からの75歳以上の窓口負担2割化を巡り、住江会長は、参院厚労委での佐保氏が▽受診抑制の懸念▽単身200万円という収入水準の妥当性▽国費による対応の検討が必要と陳述した点は重要であり、保団連と問題意識を共有するものだと述べた。佐保氏は、「2割化実施後の受診抑制の

佐保氏との懇談は昨年4月に続き2度目。佐保氏は前回の懇談後の5月、「75歳以上の医療費窓口負担2割化」を含む法案審議が行われた参議院厚生労働委員会に参考人として出席し、受診抑制の懸念を指摘した。

住江会長「コロナ禍で格差拡大」

国民生活の状況について、住江会長は「コロナ禍で格差の拡大、労働分配率の低下、賃金水準の低迷が政府資料でも明らかにされているが、政府は依然として成長重視、新自由主義路線を推進し、さらなる負担増と給付削減を狙っている」と批判。佐保氏は「賃金が上がらず、負担が増えていくのは間違いない」と応じ、社会保障費の負担について、「年齢に関係なく、負担できる人には負担してもらおうことが連合

の基本的な考え方だ」と述べた。佐保氏は、「無医村などで医療を受けられない人がいる一方、東京など都市部では医療機関が多く、医療機関同士が共倒れにならないようにするためにも、適切な数の医療機関の整備が必要で診療所の数も問題にならないを得ない」と問題提起し、「医療提供体制を整備することで患者負担の軽減につながるのではないかと自身の考えを述べた。

地域医療巡り懇談を継続

中医協委員でもある佐保氏との懇談に際し、保団連が今次診療報酬改定に向けて作成した「点数表改定のポイント」(医科)、「2022年改定の要点と解説(歯科)」を贈呈し、保団連、協会・医



ワクチン接種後に署名を高村 忠範

今こそ消費税減税を

各界連が宣伝

消費税が1989年に導入されて33年が経過した。保団連も加盟する消費税廃止各界連絡会は4月1日、東京・新宿で街頭宣伝を行った。保団連の住江憲勇会長はじめ、中小業者や労働組合の代表らが「消費税の減税」「インボイス制度中止」を訴えた。

は、労働者の賃金はOECD加盟国の中で日本だけが下がっていることを指摘し、コロナ禍と物価高の中、政府は減税の決断をすべきと訴えた。

全国商工団体連合会の太田義郎会長は、インボイス制度について、「これまで免税とされてきた事業者にも納税を迫る地獄のような制度」と述べ、消費税5%への減税、インボイス制度の中止を訴えた。このほか農業者や市民などの各界からの訴えが続いた。

4月1日、1989年に消費税が導入されて

インボイス制度は中止に

保団連の住江会長は、取の推進だ」と指摘。「40年間の新自由主義のうした政治・経済・財政運営では国民生活は成り立たない。夏には参院選『新しい資本主義』成長もある。消費税減税を」と分配」などというが、一人一人の国民が声を上げよう」と訴えた。

「社会保障のため」として導入、増税されてきたにもかかわらず、社会保障改悪が連続し、昨年には、消費税を財源にして病床削減を支援する制度の枠組みも作られてきたことも大きな矛盾だ。各界連では、コロナ禍と諸物価高騰のいま緊急に消費税減税が必要だとし、全国で署名・宣伝行動やパレードの実施を呼び掛けた。

主張

石綿(アスベスト)は、絶縁性、不燃性、耐熱性、耐食性に優れ、安価で加工しやすい天然鉱物として明治以降2006年まで広く使用されてきた。1970年代から80年代には毎年30万トン前後輸入され、建材、自動車部品、家庭用品等にまで広がった。

石綿は、吸い込むと肺がんや石綿肺、中皮腫等を発症し、闘病の壮絶さは筆舌に尽くし難い。潜伏期間は15~50年と長く、被害者に曝露証明が求められたこと

アスベスト問題の真の解決を目指して

の予防と健康管理の必要性が認識され、73年に初の石綿による労災が認定された。77年に労働省(当時)は石綿肺、肺がん、中皮腫の労災認定基準を策定。80年代には石綿の危険性が大

置が「複合的ストック災害」として注目された。05年「ボタシヨック」が起こり、06年には石綿被害者救済法、石綿関連4法が成立したが、石綿使用全面禁止は12年まで放置された。21年建設現場の労働者やその家

かし国、加害企業による賠償は不誠実、不十分で、アスベスト被害者は、つらく苦しい闘病生活の中、訴訟による解決を強いられる。被害者は、製造工場や建設現場の労働者やその家

族、石綿使用建物と周辺で働く人々など広範にわたる。各地で裁判が続いている。国、加害企業の責任の明確化と一刻も早い被害者への格差と隙間のない補償と救済が求められる。

今後、石綿含有建物の改修・解体工事が20年~40年をピークに増加すると言われ、石綿被害者の増加が確実視されている。震災や災害復興対応策も喫緊の課題で、検診・検査体制の確立、健康被害の防止、石綿関連法規制の抜本的改正、補償制度の確立、診断と治療法の進歩、国民への問題の周知を急がなければならない。

「40年間の新自由主義の推進で国民生活、社会保障が破壊されてきた」と訴えた。新しい資本主義「成長と分配」などというが、一人一人の国民が声を上げよう」と訴えた。

「40年間の新自由主義の推進で国民生活、社会保障が破壊されてきた」と訴えた。新しい資本主義「成長と分配」などというが、一人一人の国民が声を上げよう」と訴えた。

「40年間の新自由主義の推進で国民生活、社会保障が破壊されてきた」と訴えた。新しい資本主義「成長と分配」などというが、一人一人の国民が声を上げよう」と訴えた。

後期保険料月額6472円 4・5年度

前期比1.8%、114円増と伸び抑制

コロナ禍、受診控え影響も

厚労省は1日、後期高齢者医療制度の4・5年度保険料が全国平均で1人あたりの月額6472円となり、2・3年度比1・8%（114円）増えると公表した。近年ではやや落ち着いた伸び。賦課限度額や保険料負担率の引き上げにより増加するが、1人あたり医療費が約1・9%の伸びで、新型コロナウイルス感染症の影響や一定以上所得者の一部負担割合の見直しもあり、給付費の伸びが抑えられると厚労省はみている。2・3年度の1人あたりの給付費が見込みほど伸びなかったため、2878億円の剰余金が保険料上昇抑制に活用される。

一定以上に2割負担導入も

剰余金2878億円を活用も効果

厚労省は、4・5年度（第8期）の1人あたり給付費を年間約88・5万円とした。2・3年度第7期の実績見込み（約86・7万円）から約1・9%増えるが、第7期の料率改定時に積算した約88・6万円よりは約0・1%低下している。4年度の加入者数は3・9%（71万人）増の1888万人で、給付費総額を2・4%増の18兆4168億円と見込んでいる。保険料設定は、現役世

代人口減少に伴い負担率を前期比0・31%増の11・72%に見直したほか、賦課限度額を2万円増の66万円に引き上げるなど前提条件の変更があった。また、4年度診療報酬改定（△0・94%）に加え、一定以上所得者の一部負担を2割に引き上げている。第7期は新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えなどで給付費実績が見込みを下回り、各広域連合で剰余金が発生。そのうち

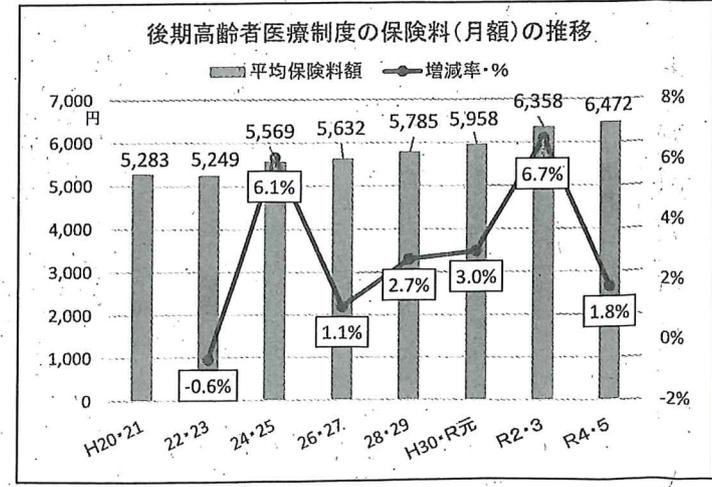
3%増）、徳島県の5万6044円（1・9%増）、高知県の5万5000円（2・2%増）などが続いた。16の広域連合が5万円以上に設定し、前期比3増。西日本に多くなっている。

前期比の伸び率は大分県が14・0%増と最も高く、鳥取県の11・7%増、岩手県の7・6%増、熊本県の6・7%増の順で高い。引き上げが31広域連合、維持が11広域連合、引き下げが5広域連合だった。

均等割額1%増に5広域連合は低下
今期の均一保険料率は全国平均で均等割額が年額4万7777円と、790円、1・7%増加した。所得割率は9・34%で0・22%上昇している。均等割額の最高は鹿児島県の5万6900円（3・3%増）。福岡県の5万6435円（1・



全国で最高だった。北海道の10・98%（増減なし）、鹿児島県の10・88%（0・50%増）、福岡県の10・54%（0・23%増）と続く。10%以上は11広域連合で前期から2増加。
伸び率は大分県の1・23%増（10・32%）が最も高く、鳥取県の1・03%増（9・10%）、福井県の0・80%増（9・70%）、東京都の0・77%増（9・49%）の順。上昇が27広域連合、横ばいが12広域連合、低下が8、前期比377円、4



都道府県	均一保険料率(年額・円、率)				1人あたり平均保険料・月額(円)				年金収入別保険料月額	
	2・3年度		4・5年度		2・3年度		4・5年度(見込み)		78万円	186万円
	均等割額	所得割率	均等割額	所得割率	額	増減 円 %	額	増減 円 %		
全 国	46,987	9.12	47,777	9.34	6,358	6,472	114	1.8%	1,194	4,559
北 海 道	52,048	10.98	51,892	10.98	5,995	6,014	19	0.3%	1,292	5,175
青 森 県	44,400	8.30	44,400	8.80	4,165	4,267	102	2.4%	1,108	4,267
岩 手 県	38,000	7.36	40,900	7.36	3,941	4,269	328	8.3%	1,017	3,725
宮 城 県	42,240	7.97	44,640	8.62	5,324	5,687	363	6.8%	1,108	4,225
秋 田 県	43,100	8.38	44,310	8.27	3,975	4,097	122	3.1%	1,100	4,117

5%増だった。全国平均の1・35倍に拡大している。市区町村の一般財源による特別対策219億円、決算剰余金187億円を活用するが、年額だと10万4842円になる。次いで神奈川県が7886円（28円、0・4%増）、愛知県の7593円（45円、0・6%増）、大阪府の7305円（19

後期高齢者医療制度の4・5年度保険料率

	均一保険料率(年額・円、率)				1人あたり平均保険料・月額(円)				年金収入別保険料月額	
	2・3年度		4・5年度		2・3年度		4・5年度(見込み)		78万円	186万円
	均等割額	所得割率	均等割額	所得割率	額	増減 円 %	額	増減 円 %		
全	46,987	9.12	47,777	9.34	6,358	6,472	114	1.8%	1,194	4,559
北海道	52,048	10.98	51,892	10.98	5,995	6,014	19	0.3%	1,292	5,175
青森	44,400	8.30	44,400	8.80	4,165	4,267	102	2.4%	1,108	4,267
岩手	38,000	7.36	40,900	7.36	3,941	4,269	328	8.3%	1,017	3,725
宮城	42,240	7.97	44,640	8.62	5,324	5,687	363	6.8%	1,108	4,225
秋田	43,100	8.38	44,310	8.27	3,975	4,097	122	3.1%	1,100	4,117
山形	43,100	8.68	43,100	8.80	4,535	4,613	78	1.7%	1,078	4,216
福島	43,300	8.23	44,300	8.48	4,732	4,922	190	4.0%	1,100	4,175
茨城	46,000	8.50	46,000	8.50	5,798	5,842	44	0.8%	1,150	4,250
栃木	43,200	8.54	43,200	8.54	5,377	5,352	-25	-0.5%	1,075	4,142
群馬	43,600	8.60	45,700	8.89	5,368	5,499	131	2.4%	1,142	4,342
埼玉	41,700	7.96	44,170	8.38	6,260	6,564	304	4.9%	1,100	4,142
千葉	43,400	8.39	43,400	8.39	6,633	6,648	15	0.2%	1,083	4,108
東京	44,100	8.72	46,400	9.49	8,360	8,737	377	4.5%	1,160	4,543
神奈川	43,800	8.74	43,100	8.78	7,858	7,886	28	0.4%	1,078	4,210
新潟	40,400	7.84	40,400	7.84	4,474	4,552	78	1.7%	1,008	3,833
富山	46,800	8.82	46,800	8.82	5,695	5,684	-11	-0.2%	1,167	4,375
石川	47,520	9.33	48,500	9.53	5,900	6,036	136	2.3%	1,213	4,642
福山	47,800	8.90	49,700	9.70	5,810	6,230	420	7.2%	1,243	4,738
山梨	40,490	7.86	40,980	8.30	4,934	5,109	175	3.5%	1,024	3,990
長野	40,907	8.43	40,907	8.43	5,227	5,260	33	0.6%	1,017	4,017
岐阜	44,411	8.55	46,023	8.90	5,645	5,840	195	3.5%	1,150	4,358
静岡	42,100	8.07	42,500	8.29	5,808	5,897	89	1.5%	1,058	4,050
愛知	48,765	9.64	49,398	9.57	7,638	7,593	-45	-0.6%	1,233	4,683
三重	44,589	8.99	44,589	8.99	5,753	5,689	-64	-1.1%	1,115	4,330
滋賀	45,512	8.70	46,160	8.70	6,161	6,168	7	0.1%	1,154	4,316
京都	53,110	9.98	53,420	10.46	7,001	7,202	201	2.9%	1,336	5,102
大阪	54,111	10.52	54,461	11.12	7,286	7,305	19	0.3%	1,362	5,327
兵庫	51,371	10.49	50,147	10.28	7,243	6,960	-283	-3.9%	1,254	4,916
奈良	48,100	9.41	50,500	9.93	6,947	7,096	149	2.1%	1,258	4,825
和歌山	50,304	9.51	50,317	9.33	5,376	5,393	17	0.3%	1,258	4,662
鳥取	42,480	8.07	47,436	9.10	4,614	5,097	483	10.5%	1,183	4,475
島根	50,640	9.55	50,880	9.35	5,265	5,347	82	1.6%	1,272	4,691
岡山	46,600	9.17	47,500	9.50	5,790	5,917	127	2.2%	1,183	4,592
広島	46,451	8.84	45,840	8.67	6,254	6,198	-56	-0.9%	1,146	4,294
山口	53,847	10.48	53,417	10.34	6,362	6,252	-110	-1.7%	1,335	5,069
徳島	55,000	10.28	56,044	10.47	5,583	5,718	135	2.4%	1,401	5,214
香川	49,800	9.78	50,800	9.80	6,122	6,326	204	3.3%	1,267	4,812
愛媛	47,720	9.02	49,140	9.09	5,047	5,262	215	4.3%	1,229	4,547
高松	54,316	10.49	55,500	10.50	5,620	5,729	109	1.9%	1,383	5,200
福岡	55,687	10.77	56,435	10.54	6,765	6,811	46	0.7%	1,410	5,249
佐賀	52,300	10.06	54,100	10.23	5,579	5,783	204	3.7%	1,350	5,058
長崎	47,200	8.98	49,400	9.03	4,954	5,249	295	6.0%	1,233	4,542
熊本	50,600	9.95	54,000	10.26	5,216	5,518	302	5.8%	1,350	5,067
大分	47,000	9.06	53,600	10.32	4,964	5,257	293	5.9%	1,340	5,071
宮崎	48,400	9.08	48,400	9.08	4,648	4,718	70	1.5%	1,210	4,514
鹿児島	55,100	10.38	56,900	10.88	5,108	5,350	242	4.7%	1,417	5,358
沖縄	48,440	8.88	48,440	8.88	6,316	6,346	30	0.5%	1,211	4,460

・5%増だった。全国平均の1・35倍に拡大している。市区町村の一般財源による特別対策219億円、決算剰余金187億円を活用するが、年額だと10万4842円になる。次いで神奈川県7886円(28円・0・4%増)、愛知県の7593円(45円・0・6%減)、大阪府の7305円(19%増)、岩手県の4269円(328円・8・3%増)の順で高い。

一方、全国でも最低なのは秋田県の4097円(122円・3・1%増)で、全国平均の0・63倍。東京都と比較すると0・47倍となり、差額は255円増の4640円に拡大した。青森県の4266円(102円・2・4%増)、岩手県の4269円(328円・8・3%増)、新潟県の4375円(328円・8・3%増)、新潟県の4552円(78円・1・7%増)なども低かった。

1人あたり保険料(月額)の伸びは鳥取県(5097円)の483円、10・5%増が額、増加率ともに最も高かった。2桁増の広域連合は14から1に減少した。

伸び率は岩手県の8・3%増、福井県の7・2%増、宮城県の6・8%増と続いた。金額だと鳥取県に次いで宮城県の363円、岩手県の328円も高かった。

低下した8広域連合の中では、兵庫県283円、3・9%減、山口県110円、1・7%減などの下げ幅が大きかった。

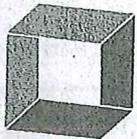
同省の試算によると、平均的な保険料率では、給与収入や年金収入が約1140万円(給与所得140万円)の被保険者で限度額に当たる。年収400万円の間所得層は、限度額を据え置く保険料額は年32・7万円となるが、3万円の賦課限度額を引き上げて年32・5万円に抑制される。

国保担当者必携書籍のご案内

国保担当者 ハンドブック2021

2022年版6月末発行予定

国保担当者 ハンドブック 2021



- 改訂25版
 - A5判/960頁1色
 - 令和3年6月発行
- 国保制度の概要や国庫補助金等を詳しく解説。法律条文等を用いた構成で、国保行政の事業運営機構、国保制度の沿革についても掲載しています。国保事務に携わるすべての方に必携の一冊。

定価 4,620円
(本体 4,200円+税)

運営協議会委員のための 国民健康保険必携2021

2022年版6月末発行予定

国民健康保険必携 2021



- 改訂27版
- A5判/210頁1色
- 令和3年6月発行

国保制度の概要や国民健康保険運営協議会のしくみを詳しく解説しています。事業年報等の資料を用いて、国保事業の動きについても説明しています。委員の方だけでなく、新任職員の方にも必携の一冊。

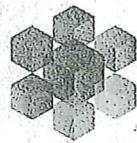
定価 3,080円
(本体 2,800円+税)

後期高齢者医療 担当者ハンドブック

2022年版6月末発行予定

後期高齢者医療制度 担当者ハンドブック 2021

一冊の解説と事例の解説



社会保険出版社



株式会社 社会保険出版社
http://www.shaho-net.co.jp

東京都千代田区神田猿樂町1-5-18 〒101-0064
大阪支局 TEL.06 (6245) 0806 / 九州支局 TEL.092 (413) 7407

●ご注文いただきました製品
●監修者の所属・肩書きは

から、粘って粘って粘って、何回も何回も何回も交渉し続けたら、十四日を超えてサービスが支給される、こういうふうになっていくわけですから、でも、そこまで頑張らないと、諦めちゃって、実際は本当に困っているという話はたくさん聞かれますね。

ですから、先ほど周知をするというお話がありましたけれども、もうちょっと本当に利用者の皆さんに寄り添った対応、そして障害のある家族と子供たちに寄り添った対応になるように、明確な国としては原則をこう示しているわけですから、周知をしていただきたいと思うんですけども、いかがですか。

○田原政府参考人 お答えいたします。

先ほど申し上げましたように、障害児が必要なサービスを受けられるように、一人一人の状況を勘案して、適切な支給量が決定されるように、自治体に周知をしてまいりますけれども、いろいろと今御指摘のような具体的な事例がございましたら、そういう情報提供をいただいたときには、どのような対応が可能なのか、検討してまいりますと考えております。

○宮本（徹）委員 もちろん、個別の問題も解決するための対応をお願いしたいと思うんですけども、やはり、一つ一つ起きていくことへの対応というのも自治体全体に対して広くしっかり周知指導を徹底していただきたいと思っております。

続きまして、国民健康保険料の負担軽減についてお伺いをしたいと思います。
健保組合だとか協会けんぽに比べて大変保険料

が高いわけですね。納めるのが大変という話は、恐らくこの部屋にいる厚生労働委員の皆さん誰もがそういう相談を受けてきたんじゃないかと思えます。

資料四ページ目と五ページ目を見ていただきたいと思いますが、これはS市のケースでございます。

二〇一四年に低所得者世帯向けの減免を実施したところ、その後、所得百万円から二百万円までの階層の収納率が八五%から九四%に向上したということでございます。さらに、二〇一八年度に十八歳までの均等割の三割減免を実施したところ、四人、五人以上の世帯の収納率が大幅に向上した、こういう結果が出ております。

ちょっと大臣にお伺いしたいと思います。この国民健康保険料、国民健康保険税の子育て世帯の減免を独自に行っている自治体で結果として多人数世帯の収納率の向上につながっている、このことについてはどう評価されているでしょうか。

○後藤国務大臣 まず、国民健康保険制度では、全ての世帯員がひとしく給付を受ける権利があるために、世帯の人数に応じた応分の保険料を負担することが基本であります。市町村は、災害や失業などで収入が減少した方々に、条例を定めて、申請に基づいて保険料を減免することが可能であります。

ただ、こうした保険料の減免の仕組みは、相互扶助により運営される制度の理念に鑑みますと、保険者が個々の事情を勘案して行うものでありまして、例えば今御指摘のような子育て世代といっ

た特定の対象者にあらかじめ画一的な基準を設けて減免を行うことは、これは制度のたてつけ上好ましいものではないかというふうには考えておりません。

○宮本（徹）委員 子育て世帯に一律に減免するのは制度のたてつけ上好ましいものとは考えていないという答弁を聞いて驚いたんですけども、今年の四月から国は何をやっていますか。今年四月から、子育て世帯の負担軽減として、未就学児の国民健康保険料の均等割を半額に軽減する制度が始まっているじゃないですか。自治体に対しては好ましくないと言っていることを、国はこの四月からスタートしているわけですよ。私はこれは大変な矛盾だと思いますよ。大変な矛盾だと思いますよ。

何でそんな、私がしゃべっている間に手を挙げられているので。（後藤国務大臣「いえいえ」と呼ぶ）いや、いいですよ。どうぞ。どうぞ答弁ください。

○後藤国務大臣 済みません。ちょっと、大変な矛盾だと言われたので、つい手を挙げてしまいました。発言を遮ることになったとすれば陳謝いたしますけれども。

未就学児の均等割保険料の軽減制度については、全国一律の制度として、公費を投入して被保険者間の公平性を確保した上で保険料の負担軽減を図ったものであります。先ほど申し上げたのは、市町村が独自の判断においてその保険料を減免していくということが保険の制度のたてつけとしてどうか。

ですから、どこの市町村かは私はよく分からな

いんですけれども、そういうような取扱いをしているということそのものについて若干コメントをさせていただいたということでありまして、個別にそれぞれの市町村がやるということと、一律に公費を投入して国全体で国が施策として行うということは、やはり保険原理上は違うと思います。

○宮本（徹）委員 いやいやいやいや、これは、保険者はそれぞれの自治体が行っているわけですから、保険者の判断でそれはやればいいことなわけですよ。

国が税金を投入して子育て世代の負担軽減をやるのはいいけれども、地方自治体が一般会計から繰り入れて子供の均等割の軽減をするのは好ましくないというのは、この答弁は、先ほどの大臣の答弁を聞いても全く理解できないですよ。恐らく、この委員会にいる人も、今の大臣の答弁で納得した人なんて一人もいないと思いますよ。うんと横を向いています、じゃ、大臣の今の答弁で納得した方、いらっしゃいますか。誰もいらっしゃらないじゃないですか。

私は、やはり、今、政府は、一般会計から繰り入れて子供の国保税の均等割を減免するのは、解消すべき赤字の繰入れだということを言っているわけですが、自治体の子育て支援の足を引っ張るのはやめるべきだと私は思いますよ。そういう自治体はどんどん広がっているわけですから、自治体の足を引っ張るようなことは、答弁もやめてください。

○後藤国務大臣 国民保険料については、同じ医療費水準や所得水準の被保険者であれば、全国同

じ基準で受益に応じた公平な保険料を設定することが必要ということで、国民健康保険料に関する基準は従うべき基準として定めておりまして、国の基準を超えて、独自に一律の保険料軽減を条例で定めることはできない仕組みとしているということも制度上申し上げているということです。

○宮本（徹）委員 いやいや、そういうことを言っていて、自治体に対して、こういう独自の子育て支援策をやめろというのはやめた方がいいですよ、本当に。そのことを強く申し上げておきたいと思っています。

その上で、次の問題に移ります。男女の賃金格差は正についてです。

予算委員会で、女性活躍推進法の枠組みを使って、男女賃金格差について公表の義務づけ、格差是正の義務づけについて議論させていただきました。今日は、その後の検討状況についてお伺いしたいと思います。

まず、昨年公表されました男女間賃金格差是正のための賃金透明化ツールに関するOECD報告書がござります。今日、資料を配っておりますが、その中では、賃金格差報告又は同一賃金監査を義務づけている国が半数というふうになっております。OECD報告書では、それぞれの効果についても分析をされております。

この点、大臣、どう受け止められるでしょうか。

○後藤国務大臣 御指摘の男女間賃金格差是正のための賃金透明化ツールに関するOECD報告書につきましても、OECD諸国において進められている男女間賃金格差の是正に向けた取組につ

て、その概要と効果分析等が報告されているものと承知しております。

こうしたOECD諸国の取組、それから、我が国において依然として男女間賃金格差が大きい状況も踏まえて、男女間賃金格差の改善に向けて、女性活躍推進法のスキームが更に実効あるものとなるように、男女間賃金格差そのものの開示を充実する制度の見直しについて具体的に検討しているところであり、速やかに着手もしてまいりたいというふうに思っています。

○宮本（徹）委員 このOECDの報告書の中でも、賃金格差報告の公表を義務づければ、賃金格差が縮まる効果があると。さらに、男女同一賃金であることを示すことを義務づければ、より賃金格差是正の効果があるということが示されているわけですよ。

有価証券報告書では、金融庁が男女別平均賃金の公表を義務づける、こういう方向を示されています。ただ、有価証券報告書を出しているのは、国内企業でいえば四千二百余り。海外ではどうなっているかといいますが、資料の九ページ目につけておりますが、イギリスでは従業員二百五十人以上、フランスでは従業員五十人以上が男女の賃金格差の公表が義務づけられるということになっております。有価証券報告書では、上場企業ということになりますから、極めて対象が狭いわけですね。

例えば、男女活躍推進法に基づく三百人以上の企業でいえば、一万七千三百社程度あるわけでございます。実効ある男女賃金格差の是正を進める