

# 東京社保協第8回常任幹事会 資料集

2023年12月28日(木) 東京労働会館5階会議室

権利

- 01～04 中央社保協第5回運営委員会報告
- 05～07 介護をよくする東京の会 対都懇談要望書
- 08～09 消費税をなくす会チラシ
- 10～23 第3期東京都国民健康保険運営方針に対する意見、資料
- 24～27 2024年報酬改定資料
- 28～30 東京都保健医療計画関連資料
- 31～35 いのちのとりで裁判ニュースなど
- 36～38 保険証廃止中止請願結果
- 39～40 後期高齢者医療保険料引き下げ陳情結果と資料
- 41 介護給付準備基金関連資料
- 42～43 第9期介護保険制度についての学習会チラシ
- 44～55 第9期介護保険事業計画に向けた取り組み学習資料
- 56～57 11/11 介護・認知症なんでも電話相談会結果について
- 58～60 国民健康保険制度改善要望と交流集会アピール
- 61 国保パンフ学習会チラシ
- 62 マイナ保険証関連資料
- 63～64 中央社保協2023年度全国代表者会議案内
- 65 報酬改定率に抗議する談話 東京保険医協会 (当日追加資料)
- 66 2024キックオフチラシ (当日追加資料)



# 2023年度中央社保協 第5回運営委員会報告

2023年12月6日（水）14時00分～ 全日本民医連8階会議室・オンライン

【出席確認】下線欠席

## ○運営委員

白沢<山崎>（障全協）、日野（新婦人）、今井〈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）、廣岡（年金者組合）  
五十嵐（医労連）、曾根（保団連）、梅津（共産党）、中本（国公労連）  
青池・檜山（自治労連）、大島（医療福祉生協連）、久保田（民医連）建交労

沢野（北海道）、高橋（宮城）、段（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）  
日高（鹿児島）

## ○事務局

林・大嶋（事務局）、上所（保団連）、山本（民医連）、香月（全労連）

## <報告事項>

---

- 別紙 活動日誌参照

## <報告事項>

---

<トピックス>

- 各委員からの特徴的な報告

## <報告・相談事項>

---

### 1. 共闘関連

- ① 緊急オンラインシンポ「このままでは保険詐欺になる 介護保険は崖っぷち」
  - 2023年11月21日（火）開催
  - 介護7団体の枠組みで配信関係を中央社保協で担うことへ  
1000名を超える同時視聴、12/4現在3294を超える視聴あり
- ② 地域医療守る運動学習交流集会
  - 事務局団体：日本医労連・自治労連・中央社保協
  - 2023年11月23日（木・祝）開催・東京ビックサイト  
現地・オンラインで197名の参加
- ③ 子ども医療全国ネット オンラインシンポジウム  
2023年12月2日（土）13：30～15：30
- ④ 高齢者厚労省前年末座り込み行動  
2023年12月11日（月）～13日（水）

2. 「軍事費の拡大ではなく社会保障の拡充を求める請願署名」第1回提出行動  
 日程：2023年11月2日（木）12：00～13：00  
 会場：衆議院第2議員会館 多目的室  
 ※ 臨時国会に9万7690筆を提出
3. 「健康保険証の存続を求める」国会内集会
- 医団連との共催
    - 2023年11月16日（木）11：00～13：00  
 現地・オンラインで300名参加
    - 臨時国会に29万筆を超える署名、合計で100万筆を超える署名を提出  
 11月25日にデモも実施
4. 各種部会
- ① 国保部会
- 「安心できる国保のために」発行と活用
  - 12月5日（火）厚生労働省交渉
  - 第2回国保改善運動学習交流集会
    - 2023年12月17日（日）10：00～16：30
    - けんせつプラザ東京・オンライン併用
  - 日本共産党政策委員会との懇談
- ② 介護・障害者部会
- 「介護保険制度の改善、介護従事者の処遇改善を求める請願署名」
    - 12月4日に6万5000筆を超える署名を提出
  - 11月11日（土）介護・認知症なんでも無料電話相談
    - 30都道府県・42ヵ所・78回線➡340件の相談が寄せられる
  - 介護提言の活用に向けて
  - 1月24日（水）介護第9期事業計画学習会（東京との共催）

#### <協議事項>

---

- 2023年度代表者会議に向けて
1. 2024年2月12日（月・祝） 全労連会館2階ホール  
 ※ 事務局の方から直接依頼していくこととした。  
 オンライン（五十嵐、溝口）、受付（ ）（ ）  
 司会（ ）（ ）、議運【 】【 】  
 13：00～ 受付開始  
 13：30～ 開会あいさつ【住江代表委員】・事務連絡

- 13:45～ 国会報告（日本共産党国会議員団）
- 14:05～ 連帯の挨拶
- 14:15～ 基調報告・質疑応答（林事務局長）
- 14:45～ 休憩（発言通告はこの時間帯までに提出）
- 15:00～ 全体討論（1本5分程度）議運が発言通告用紙を調整
- 16:05～ 休憩
- 16:15～ 討論のまとめ（林事務局長）
- 16:20～ アピール採択【安達代表委員】
- 16:25～ 閉会あいさつ【山田代表委員】・事務連絡

## 2. 2/13（火）国会行動を調整

- 代表者会議の翌日に通常国会への国会議員要請を進める
  - ➡地元選出の国会議員へ実態を伝えるとともに紹介議員を訴える場をつくる。
  - ➡全国代表者会議アピールを全国国会議員へ届ける

## 3. 全国代表者会議の基調報告

- 健康保険証問題や生活保護裁判、診療報酬改悪へのたたかいなど各地の経験や全国的な到達などを踏まえ追記・修文していくことを確認した。
- 今回出された意見を踏まえ、12月11日の週に運営委員会に送信することとした。
- 最終的に基調報告を1月10日の運営委員会で確認し印刷作業に入る。

## 今後の予定

---

12月7日	木	隔月刊「社会保障」編集委員会
12月8日	金	いのちまもる総行動まとめ
12月11日	月	四国ブロック会議 中国ブロック会議
12月12日	火	介護7団体打ち合わせ 九州・沖縄ブロック会議
12月13日	水	北信越ブロック会議
12月14日	木	巣鴨宣伝
12月16日	土	埼玉社保協創立30周年
12月17日	日	第2回国保改善運動学習交流集会
12月19日	火	東海ブロック会議 関東甲ブロック会議
12月21日	木	地域医療守る運動学習交流集会振り返り
12月22日	金	北海道・東北ブロック会議 滞納処分対策全国会議事務局



12月25日 月 25日宣伝  
12月27日 水 第6回代表委員会  
1月10日 水 第7回介護・障害者部会  
第6回運営委員会  
1月11日 木 日生協賀詞交歓会  
1月14日 日 巣鴨宣伝  
1月24日 水 第7回代表委員会  
1月25日 木 近畿ブロック会議  
25日宣伝

◆2023年度運営委員会日程（第一水曜日を基本）

次回の運営委員会 2024年1月10日（水）13時30分～

- 会場参加とオンラインの併用（日本医療労働会館2階会議室）

2024年 月 日

東京都知事 小池百合子 殿

介護をよくする東京の会

事務局団体 東京社会保障推進協議会

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

## 東京都における介護に関する要望書

日頃よりの都政に対するご尽力に感謝申し上げます。

介護をよくする東京の会は、介護従事者や介護制度利用者と家族、地域住民などから構成され、介護の実態調査や介護保険制度の充実、制度改善などを求める団体として活動しております。

制度創設から23年を経た介護保険制度に関して、都民の介護を支えるために東京都として実施して頂きたいことを要望書としてまとめました。まとめるにあたって、「都民生活要求大運動実行委員会」での予算要望の回答などを踏まえて重点要望項目としました。改めて都としてどの様に考えておられるのか、実現に向けてどの様にすればよいのかご教示いただきたく、本要望書を提出し、意見交換させて頂ければと存じます。

### 重点要望項目

#### 1, 介護事業所への新型コロナ感染症による減収・感染対策支援

全ての介護事業所に対しクラスター対応に伴う休業や利用者減少などに対する減収、感染対策にかかる費用を補助してください。

感染症法上の位置づけが5類となっても、事業所では感染拡大を防ぐため、クラスターが発生すると一定期間、新規の利用者の受入中止を余儀なくされます。また、入所施設では、職員が感染することで体制がひっ迫し、入所者のケアを維持するために他の事業所をやむを得ず休業して人員体制を確保することもあり、法人全体の経営に影響を及ぼしています。介護事業所に対しては、感染予防のためのかかり増し経費はありますが、上記のように新規受け入れ中止、人員を確保できないことによる減収を補てんする仕組みが無く、経営に深刻な影響が出ています。新たな減収補填の制度の創設を求めます。

## 2, 介護入所施設における一人夜勤解消にむけて

グループホーム、小規模多機能型居宅介護サービス、看護小規模多機能型居宅介護サービスなどでは、夜間の勤務者が1名となる「1人夜勤」が容認されており、都内グループホームの2割で行われています。1人夜勤では、休憩時間であっても利用者の状況によってすぐに対応しなければならない「手待ち時間」となっており、労働基準法違反（休憩の不付与）が横行しています。国は、夜勤職員配置加算で対応しているとしていますが、人員を増やせる水準にありません。また、複数ユニットの場合でも建物の構造上、ユニット間を行き来できないこともあり、一方のユニットの夜勤者が休憩に入り仮眠をすれば、実質どちらかは誰も職員がいない状況になってしまうこともあります。

都は事業者などから様々な声を聞いているとしているが、まずは都として都内介護施設における夜勤実態について調査を行い、1人夜勤の実態があり、どのような状況になっているかを把握してください。また、都として1人夜勤状態にならないよう、都として支援してください。さらに1人夜勤の解消をするために夜勤体制の最低基準は複数体制とすることを国に求めてください。

## 3, 介護職員の処遇改善・介護職員の確保について

東京都の緊急提言を歓迎します。現状では、介護職員は全産業の平均給与額と比べ約7万円の差があります。早急に賃金格差の解消を図り、その際、利用者負担が増えない制度の構築を都として国に要望してください。

処遇改善加算取得で賃金が一定引きあがったとしても、物価高騰に伴う賃上げが社会情勢となっている中で、そもそも低すぎるとされている介護職への処遇改善はそれを上回るものでなければ意味がありません。最低賃金も引きあがり、特に東京都の最賃は1,113円で他地域よりもさらに賃金が人材確保に与える影響は大きいことは明らかです。処遇改善が前進しなければ、介護人材確保ができず、必要な介護サービスも当然を提供できず、これまで以上に利用者が介護を受けられない状況になっていきます。国の処遇改善策を待っているだけでなく、都として独自の施策を検討してください。千葉県「流山市介護職員処遇改善事業」なども参考にして、東京都も先行して、介護職員の処遇改善をはかる施策を実施してください。

## 4, 介護支援専門員不足について

東京都の緊急提言を歓迎します。現状では、地域によっては利用者家族が居宅介護支援事業所を探してまわっているにもかかわらず、介護支援専門員がすぐに見つからない状況が発生しています。都として「介護支援専門員をはじめ

とした介護人材対策の強化に向けて検討を行っていく予定」としてはいますが、その実効ある具体化を急いでください。

また、都内の主任介護支援専門員の数は多いにもかかわらず、都は更新研修を年に2回しか行っていません。機会が少なく、実施している他県へ更新研修に行く事もあります。埼玉県は年に4回行います。東京都の主任介護支援専門員の更新研修の日程については、先日、配慮していく考えとお答えいただきましたが、どのような配慮、考えかを教えてください。

#### 5、ハラスメント対策・複数訪問について

訪問看護・介護現場での患者・利用者・家族からのハラスメント対策として複数訪問が必要な場合があります。利用者や家族の同意がない場合は、現在の診療報酬・介護報酬では複数訪問が困難など、事業者の努力だけではカバーできません。埼玉県や兵庫県の助成制度等を参考にするなど、都として独自の助成制度をつくってください。先日、内部で検討していきたいとお答えいただきましたが、検討内容を教えてください。

# 消費税導入から35年 減税するなら消費税、インボイスは廃止！

## 消費税は社会保障のため？ 政府の説明は大ウソ

消費税が5%から8%に引き上げられた時、2%分に当たる5兆円が公共事業にばらまかれました。10%に引き上げられた時増収分のうち5兆円が国の借金返済に充てられました。消費税が全額、社会保障に使われているような政府の説明は大ウソです。

社会保障は消費税導入以降も削減や縮小が行われてきました。

## 消費税10%でも社会保障は改悪の連続！

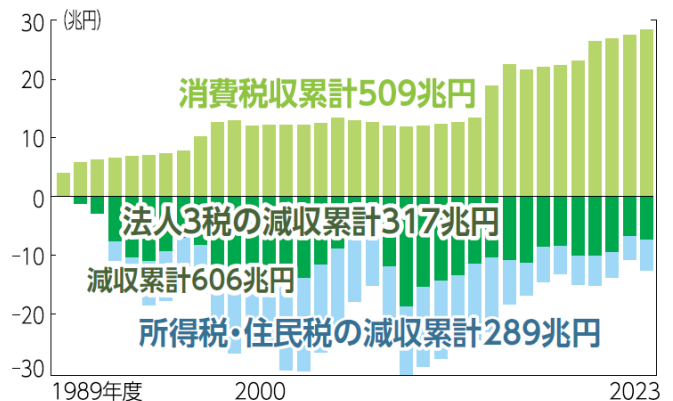
	消費税導入以前 (1988年度)	現在 (2020年度) (食料品等は8%)
<b>消費税率</b>	0%	10%
<b>医療</b>		
サラリーマン本人の窓口負担	1割	3割
高齢者の窓口負担(外来)	定額(800円)	1~3割
国民健康保険料・税(1人の平均)	56,372円	90,233円
<b>年金</b>		
厚生年金の支給開始年齢	60歳	65歳
国民年金保険料(月額)	7,700円	16,610円
<b>その他</b>		
介護保険料(65歳以上)	なし	5,869円
障がい者福祉の自己負担	応能負担(9割は無料)	定額1割負担

## 消費税が優遇税制の穴埋めに

消費税導入以降、法人税や所得税の減税が行われてきました。

消費税は34年間で509兆円もの増収となる一方で、法人税や所得税は606兆円の減収となっています。大企業や富裕層への優遇税制のために消費税収が回され、穴埋めに使われてきました。これでは社会保障予算の拡充は望めません。

## 消費税、法人3税、所得税・住民税の推移



法人3税(法人税、法人住民税、法人事業税)は89年度に対する減収額、所得税・住民税は91年度に対する減収額

「赤旗」2023年7月20日付より

## 税金の集め方・使い道を正して 消費税に頼らない税制の実現を

消費税の減税、廃止は可能です。税の専門家の試算では、所得税や法人税を負担能力に応じた集め方にすることで51兆円の財源確保ができることも示されています。

税金の集め方・使い道を変えれば消費税減税は実現できます。政治の決断を求める声を一緒に上げましょう。

## 世界では108カ国・地域で消費税(付加価値税)を減税



## インボイスで負担増 アンケートに悲痛な声

消費税のインボイス制度が中小業者、フリーランス、国民全体の負担増加につながっています。制度開始から2カ月、問題点も次々と明らかになっています。

インボイスに登録しない免税事業者に対して、値引き強要や取引停止などが行われています。免税業者バッシングも起きています。インボイスに登録すれば新たな消費税負担が生じ、登録しなければ取引から排除されることに、多くの事業者が悩みを抱えています。

「業務委託」となっている高齢者にも、インボイスを求めるケースも出ています。年金だけで生活ができず働かざるを得ない人も、インボイス登録すれば新たに消費税の課税事業者になります。

企業の経理担当者にも負担が押し付けられています。1人当たり12時間程度の事務作業の増加につながるなどの調査結果も出されています。

## 制度廃止を求めて声を上げ続けよう

インボイス制度は税率変更を伴わない消費税増税策であり、国民・事業者に税負担を押し付け合わせる制度です。

制度開始以降、害悪が明らかになり、「インボイス廃止！」の世論はますます高まっています。

中小業者の廃業を招き、地域経済を衰退させるインボイスは廃止するしかありません。

## 消費税廃止各界連絡会

〒171-8575 東京都豊島区

目白2-36-13 全商連会館内

TEL : 03-3987-4391 FAX : 03-3988-0820



## 各界連アンケートに寄せられた インボイスの影響

### クライアントが減った

受注先からインボイス登録していない場合は契約を見直すと言われ、仕方なくインボイス登録した。売り上げに消費税がかかるので手元に残る額が大幅に減少する。

経理処理が大変。特にT番号の照合は面倒。しかも違う業者が出てくるパターンもある。

弊社は設計業を営んでおり、正直に申し上げると価格に転嫁できる業種。

ただ、金額が膨らむ事は否めず懐を痛める事（価格を下げる）を努力している。

各界連ではインボイスの影響や消費税減税を求めるWEBアンケートに取り組んでいます。あなたの声をお寄せください。



ありえん君

# パブコメ作成例

## 「東京都国民健康保険運営方針改定案への意見」

**個人の場合** 住所（都内か都外か、都内の場合は区市町村名まで）  
**法人の場合** 法人名・所在地（区市町村名まで）・業種

国民皆保険制度の基本は、「医療は、人間のいのちや健康に関わる極めて重要なニーズであって、専門性が高く、いつ、どのようなときに、どのような治療が必要になるか、予測も判断も困難であり、人間が生涯にわたって尊厳ある生存を維持するために必要不可欠なものである。したがって、医療の必要性以外の経済力、居住地、障害、性別、性的指向・性自認、年齢、国籍などによってアクセスを阻害されてはならず、いつでも、どこでも、誰でも、安全で質の高い医療にアクセスする権利が基本的人権として平等に保障されている」ことが求められ、国民皆保険制度の最後の『砦』が国民健康保険（以後、「国保」と略す）になります。

現在、諸物価高騰の中、高すぎる国保料（税）が低所得者層を苦しめています。

国保は、保険的方法を活かしながらも、国や東京都、自治体の「公」としての責任（公費負担）で運営されています。国保が単なる保険ではなく「社会保険」と言われる所以がここにあります。

国民健康保険制度は社会保険であることから以下の修正を求めるものです。

- ① 国保制度は、国と東京都、自治体などが運営に責任を負う社会保険制度です。「相互扶助を基本」とすることは、国保料(税)の際限のない引き上げを招くことになり、削除を求めます。社会保険としての国保制度は、「相互扶助及び公費負担」により運営されるべきものであり、公費負担の拡大、特に国、都の負担増が求められます。
- ② 国保料(税)は、生活費非課税に基づく応能負担が原則です。現在の国保料(税)は均等割の負担分が大きく、生活費非課税に基づく応能負担の原則に反しています。  
均等割を減額し、生活費非課税に基づく応能負担の賦課にすることが必要です。そして、国保料(税)の賦課に使用している「旧ただし書き方式」は直ちに廃止し、住民税方式に改めることを求めます。  
また、被用者保険には無い「均等割」は、子育て世代の国保料(税)負担を重くしている要因となっています。子どもの均等割の対象年齢の引き上げと均等割の減額率の引き上げを求めます。
- ③ 国保加入者の多くは、高齢者、ひとり親家庭の子育て世帯、非正規労働者、年金生活者、無職者などとなり、諸物価高騰の中、苦しい生活を余儀なくされています。  
国保料(税)の引き上げを中止するとともに、これ以上の引き上げにならないように国の負担を求めるとともに、東京都及び区市町村が負担する制度に改めることを求めます。
- ④ 東京都の国保料(税)は、法定減免世帯が 45.7%、滞納世帯が約 36 万世帯で 18.2%（共に 2021(令和3)年度）にもなっています。  
法定減免の利用世帯が 4 割を大きく超え、法定減免を利用しても国保料(税)の滞納率が 2 割に迫ろうとしていることは、高すぎる国保料(税)に問題があると言わなければなりません。制度的な欠陥があるのではないのでしょうか。高すぎる国保料(税)を引き下げるとともに、法的減免制度をより拡充させ、滞納しないで済む国保制度を求めます。

**【件名】第3期東京都国民健康保険運営方針案への意見**

**【法人名・所在地・業種】東京社会保障推進協議会・東京都豊島区・任意団体**

**【意見】以下に記載**

**【第2章 国民健康保険の意義と保険者が果たすべき役割】〈1p:ページ〉**

- ①「被保険者間の相互扶助を基本とした社会保険制度」は、「被保険者間の相互扶助のしくみを取り入れた社会保障制度」と変更。

理由)「相互扶助を基本」は民間保険も同じであり、助け合いの制度ではなく、国民健康保険の被保険者だれもが必要な医療を受けられるために国や自治体が、その責任を果たす役割を明確化させる必要があります。国民健康保険法は、第1条で「この法律は、国民健康保険事業の健全な運営を確保し、もつて社会保障及び国民保健の向上に寄与することを目的とする」と明記しています。

- ②「保険給付費に見合った保険料(税)率を設定し」の前に「被保険者の負担能力とともに」を挿入。

理由)原文のみでは限りなく保険料が高騰することになります。また、保険給付費のみに着目すると公費の投入が後景に迫いやられ、社会保障制度としての機能を失い、事業の健全な運営も困難になりかねません。

**【第3章 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し】〈4~14p〉**

- ③被保険者の概況 (5) 所得の状況の項

被保険者一人当たりの所得は平均値ではなく、中央値を使用すべきではないでしょうか。

理由) 貧富の格差が拡大、両極化している現状では平均値を代表値として扱うのは問題があります。一人当たりの医療費も同様に考えられます。この章で示されている各状況について、中央値で示すか現記載に加える方が実態を捉える事になると考えます。

- ④5 財政収支の改善に係る基本的な考え方の項

「一般会計からの法定外繰入を行うことは、給付と負担の関係が不明確となるほか、国保加入者以外の住民にも負担を求めることになる。」は削除。

理由) 一般会計からの法定外繰入は、法律上は禁止されていません。毎年の保険料

(税)負担増以下の所得増しか望めない被保険者は、年々保険料支払いが困難になる中で保険料(税)値上げで対応しようとするれば、国民健康保険法の目的を達成できなくなることは、記載にある国保の状況からしても明白です。国保財政の収支均衡のためには、法定の公費負担を増やす以外にはありません。東京都も含めて多くの自治体はその様に国に要望をだしているはずです。

「給付と負担の関係が不明確」を強調するなら、今後政府が進めようとしている子ども施策の財源確保のために公的医療保険の保険料への上乗せ徴収は認められないと記載すべきです。



⑤ 6 赤字解消・削減の取組（2）削減目標（区市町村）の項

「医療費適正化や収納率向上の取組を進める」の前に「保険料（税）の減免制度の拡充や法定公費負担を増やすとともに」を挿入。

理由）被保険者に長期的にも大きな影響を与えることになるため。

⑥（3）削減目標（都全体）の項

「35区市町村」「18区市町村」の根拠を記載すべき。

理由）どうしてこの様な方針としたのか、数値目標を掲げるだけでなく、分析結果と根拠を示し説明責任を果たすべきです。

⑦ 7 財政安定化基金の設置・運用（4）財政調整事業についての項

決算剰余金が発生した場合に財政調整事業への積立をすることが適切なのか説明が必要。

理由）剰余金発生の要因が保険料（税）である場合は、その分は「徴収し過ぎ」として積立ではなく、保険料（税）として還元すべきではないでしょうか。その旨を記載すべきです。

**【第4章 区市町村における保険料（税）の標準的な算定方法に関する事項】〈18～23P〉**

⑧ 2 給付金及び標準保険料率の基本的な考え方の項

なぜ、保険料水準の統一をしなければならないのか、医療費指数反映係数 $\alpha = 0$ としてゆく過程における保険料（税）がどの様になるのかを示すべき。

理由）どうしてこの様な方針としたのか、根拠を示し説明責任を果たすべきです。

本運営方針は、国が都道府県に対して、そのための策定要領を示し、都道府県に、保険料（税）水準を統一すること、その期限を明記することを求めたことに沿って策定されていると思われます。しかし、これは技術的助言で、都道府県の判断で策定できます。都は、その地域特性や国保加入者の特徴に鑑みて実態にあった方針を示すべきです。

⑨ 4 標準的な保険料（税）算定方式（2）応能割と応益割の賦課割合の項

均等割の軽減を加える。

理由）均等割の負担が低所得層への重荷になっており、その実態を踏まえる必要があります。応能割合を引き上げると同時に少なくとも子どもの均等割の軽減をさらに充実させることを記載すべきです。

**【第5章 区市町村における保険料（税）の徴収の適正な実施に関する事項】〈24～27P〉**

⑩ 1 区市町村の状況（2）滞納世帯等の状況の項

滞納世帯数や割合が記載されているだけで、滞納世帯の実態や調査した結果を記載した上で、収納対策の方針を記載すべきです。

理由）この項以降で収納率の向上に対する行政側からの対策のみが記載されている

が、加入者の実態を踏まえない方針は一方的であり、数値目標達成に向けた強権的なものになりかねません。また、収納率の向上にとっても現場の対応を困難にするだけです。東京都として都内の滞納世帯の実態を記載すべきですし、調査していないのであれば把握した上で、収納対策方針はもとより、持続可能な制度構築の方針を示すべきです。

⑪ 3 収納向上対策の推進 (1) 区市町村の取組の項

「国民健康保険制度は被保険者間の相互扶助による社会保険制度」と記載されているが「被保険者間の相互扶助による」は削除。

理由) 国民健康保険法に規定されておらず、誤解を招く表現です。国民健康保険は、保険的手法を活用しながら、国、都、自治体(区市町村)負担と加入者の保険料(税)負担により運営されるものとされています。記載するなら「国民健康保険制度は社会保障制度」と記載すべきです。

**【第7章 医療費の適正化の取組に関する事項】<36~43P>**

⑫ 2 特定健康診査・特定保健指導の実施 (3) 特定健診・特定保健指導の推進の項

イ 都の取組 として 「実施率等が向上した区市町村に対して交付金を」「実施率が低迷する区市町村に対しては、実地検査での助言等を行う」と記載されていますが、実施率向上だけに着目して交付金による支援をするだけではなく、区市町村が地域の健康課題として捉えた保健事業、健康保持事業などにも着目して都はその実施費用支援をすべきではないでしょうか。その旨を記載してください。

⑬ 5 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進 (1) 後発医薬品使用促進の取組の実施状況の項

後発医薬品は供給不足が続いており、当分の間改善される見通しが無い状況です。その中で後発品使用促進だけを強調し、数量シェア目標を追求することは不適切であり、加入者に適切な薬剤提供が安定的に行われるための観点から、情勢を踏まえた方針にすべきです。ましてや供給不足に起因する薬剤費用負担を加入者に転嫁する国の案には不同意の意思表示をすべきです。その旨を記載してください。

**【第9章 区市町村が担う事務の広域的及び効率的な運営の推進に関する事項】<46P>**

⑭ 1 事務の標準化 (1) オンライン資格確認の普及に向けた取組の項

マイナンバーカード保険証を保有していない方全てに資格確認書を交付しているのは、暫定的・特別な措置であり、基本は資格確認書の取得は被保険者の申請によることとなります。被保険者証の廃止に伴い、国保被保険者が申請しない、もしくはできなければ、被保険者たる資格を証明するものがないということになります。これでは、被保険者の受療の機会を従前より後退させることになり兼ねません。国保は国民皆保険制度の根幹をなすものであることから、被保険者の受療権を確保するのが、とりわけ保険者としての義務ではないでしょうか。マイナンバーカ

ード保険証の使用については、資格情報紐づけ誤りという、あってはならない事象が発生し、負担割合が更新されていない事態等も未だ続いており、加入者や医療機関が混乱に巻き込まれています。従って国の方針のみの現記載は、保険者としてあまりにも他人任せで、自らの責務について何ら述べていません。被保険者の申請如何にかかわらず、従来と同様に保険資格を証するものを保険者として加入者全員にもれなく交付する方針を記載すべきです。

同様に短期被保険者証の廃止に伴う「特別療養費の支給に変更する旨の事前通知」の発行についても、受療権を少なくとも従前より後退させないという方針を記載すべきです。

また、「国に提案等を行っていく」のは、被保険者の受療権を確実に確保するための方途、すなわち保険証がもれなく加入者の手元に届き、マイナンバーカード保険証使用時には読み取り機器のトラブル等があったとしても現行と同様に受療できる機会を保障することではないでしょうか。以上の旨を記載すべきです。

### 運営方針全般に対する意見

⑮今、東京都に求められているのは、真に医療を必要としている人が、いつでも安心して受療できる環境をつくりながら、国保制度を国民皆保険制度の要として運営していくことです。そうした観点から方針の記載を見直すべきです。

具体的には、払うことができる保険料（せめて協会けんぽ並み）にすること、一部負担金や保険料の減免制度を拡充することです。また、新型コロナウイルス感染症の拡大の中で、感染拡大防止と加入者・家族の受診機会が確保されるように、資格証明書の発行の停止と保険証の発行、新型コロナウイルス感染症による収入減による保険料（税）の減免（全額免除）、傷病手当金の支給、一部負担金減免などが実施されました。被保険者世帯の大幅な収入減は、コロナ禍でなくとも起こり得ることです。その点では、こうした措置を恒常化し、拡大するべきと考えます。

そのために東京都は、引き続き国に対して国保への抜本的な財政支出を求めるとともに、国保財政運営の責任主体である東京都が積極的に財政支出すべきです。すべての被保険者の健康的な生活を確保し、福祉を促進するため、責任を果たすことを明記した運営方針となることを要望し、その旨の記載を求めます。

⑯運営方針の意見提出について、フォーマットに合わせた記載が求められており、それに合わせて意見を記載するために時間と苦労が強いられます。東京都が意見集約をするのには便利かもしれませんが、都民にとっては意見を自由に気軽に述べられないようにしていると思えません。

また、このフォーマットでは、方針案記載文について逐一修正や加筆等の意見を記載しなければならなくなり、また方針案に記載されていない事については意見を述べられないことにもなります。この様なフォーマットを押し付けるのではなく、自由な記載方法でも意見を述べられるようにしてください。

## 市区町村議会から国・東京都・地元自治体に請願・陳情しよう

国民健康保険は2018（平成30）年度の制度改革により、都道府県は区市町村とともに国民健康保険の保険者となり、財政運営の責任主体となりました。

区市町村は、資格管理や保険給付、保険料（税）率の決定、賦課・徴収、保険事業等の地域におけるきめ細かい事業を引き続き担うこととされ、東京都と都内の区市町村が一体となって、財政運営及び区市町村が担う保険事業の広域化・効率化を推進していくため、都内の国保の統一的な方針として、東京都国民健康保険運営協議会方針が定められ、今回の国保運営方針は、2024（令和6）年度から2029（令和10）年度3月までの6年間の国保運営に関する方針となります。

### 第3期運営方針の問題点

「被保険者間の相互扶助を基本とした社会保険制度」であり、「国民皆保険の基礎をなすもの」と定義しています。しかし、「被保険者間の相互扶助を基本」とした場合に、国保財源が厳しくなればなるほど、被保険者間の相互扶助としての「国保料(税)」が引き上げられることとなります。

全国知事会も求めているように、「1兆円規模の国の財政支援」がなければ、保険料の引き上げは止められません。また、区市町村からの財政支援（法定外繰入）が国の指導により無くされようとする中、更なる保険料負担が強いられることとなります。また、一般会計からの決算補填を目的とした繰入（2021年度は57区市町村で実施）は、26年度には35区市町村に、29年度には18区市町村に削減することを目標としています。

東京都62区市町村の国保加入者の規模は、最大の世田谷区で約18万人、最小の青ヶ島村では37人と被保険者に大きな差があり、大学病院や総合病院が集中する都心部と三多摩、伊豆七島や小笠原村などの離島部では、医療資源に大きな差が生じています。

保険料水準の統一を進めるとして、「納付金ベースの統一」を目標に掲げ、年度目標も設定し、2030年度までの統一を目指しています。

### 被保険者の声を現実の運営に反映させよう（市区町村議会の同意が必要）

東京都の国保運営方針が決定されても、実施主体は区市町村にあります。区市町村議会の承認が得られなければ、運営方針を遂行することはできません。

- ① 地域格差が大きく、医療資源にも大きな差異のある東京都において、納付金ベースの統一ではなく、東京都や市区町村の法定外繰入の増額で、保険料（税）の引き下げを議会請願しよう。
- ② 国保への国からの財政支援を求める意見書を国に提出する議会請願に取り組もう。
- ③ 子育て支援は未就学児だけではなく、義務教育の世代や18歳までの均等割の軽減が求められます。均等割の軽減率の拡大、対象年齢の拡大を議会請願しよう。
- ④ 国保料(税)の確定と徴収の権限は、区市町村にあり、それぞれの議会での議決が必要です。国保料(税)の値上げではなく、国と都の負担による引き下げを議会請願しよう。

## 保険料水準の統一を図るため解決すべき課題（その1）

都道府県に料税率を決定する権限は法令上ないなかで、運営方針で市町村の料税率をしばるためには、料税率決定権限をもつ全ての市町村、市町村議会、市町村運営協議会での判断＝議決（住民意思の反映）が必要。そうした議決による全市町村の合意形成が図られていない。

- 運営方針を定めた国民健康保険法第82条の2第6項では「運営方針を定め又はこれを変更しようとするときは（中略）の市町村の意見を聴かなければならない」とし同8項で「市町村は運営方針を踏まえた国民健康保険の事務の実施に努めるものとする。」としているが、この条文だけで、保険料水準の統一は法的には困難ではないか。
- **料税率決定に関する国保法第76条、81条、地方税法703条に規定はない。**
- 同法第82条の3で都道府県の示す「標準保険料率」について定めているが、そこには都道府県が示すとしているだけであり、ガイドライン<sup>30</sup>で市町村は「参考」にするとしているにとどまる。

## 保険料水準の統一を図るため解決すべき課題（その2）

住民に身近な市町村が担う「医療費適正化」や「収納率向上」、「資格適用の適正化」といった保険者機能喪失し、国保財政を一層厳しくする。

- 加速化プランでは、国保の財政基盤強化にむけた「歳出抑制策」について、都道府県に「医療費適正化計画」「地域医療計画」へ関与や、IT等を活用し、広域的に医療費適正化対策を講ずること求めている。
- しかし、医療費適正化事業とされる健康づくりや保健事業は、住民に身近な市町村が実施主体となるもの。医療費水準の保険料水準への反映がないなかで都道府県からの事務費補助だけで積極的に事業が展開できるのかは疑問。むしろ保険料があがる医療費水準の低い市町村での事業停滞の可能性もある。
- 収納率が高い市町村は保険料水準が上昇するため、収納率向上対策の低下が危惧される。
- 多くの市町村は「財政上の構造的な問題」を抱える国保事業<sup>31</sup>の安定的継続的な運営をめざして努力しているが、保険料水準の統一は、財政責任を回避する

## 保険料水準の統一を図るため解決すべき課題（その3）

保険料水準統一は、市町村自治・住民自治・保険者自治を破壊させるもの。  
公的医療保険制度における民主的な運営を否定する。

- 国民健康保険の事務のうち国民健康保険法第119条の2に規定されている法定受託事務以外の事務は自治事務であり市町村が権限を持つ。
- 保険料決定を定めた国保法第76条・82条、法第82条に規定する保健事業、法第44条、第77条の医療機関窓口負担や保険料減免、法第58条の出産葬祭に係る給付や傷病手当金等の付加給付、法第75条の一般会計繰入金は自治事務であり市町村議会を通じ住民、被保険者の意見が反映される。
- しかし「保険料水準の統一」は、それら全ての事務は統一基準に沿った対応となり、その水準決定も、県議会も含め市町村議会、住民・被保険者の関与はなく、連携会議と都道府県の裁量となる。
- 後期高齢者医療制度も広域連合議会を通じ間接的に住民・被保険者の関与<sup>32</sup>はあるが、市町村自治、住民自治、保険者自治が失われてる。

## 保険料水準の統一を図るため解決すべき課題（その4）

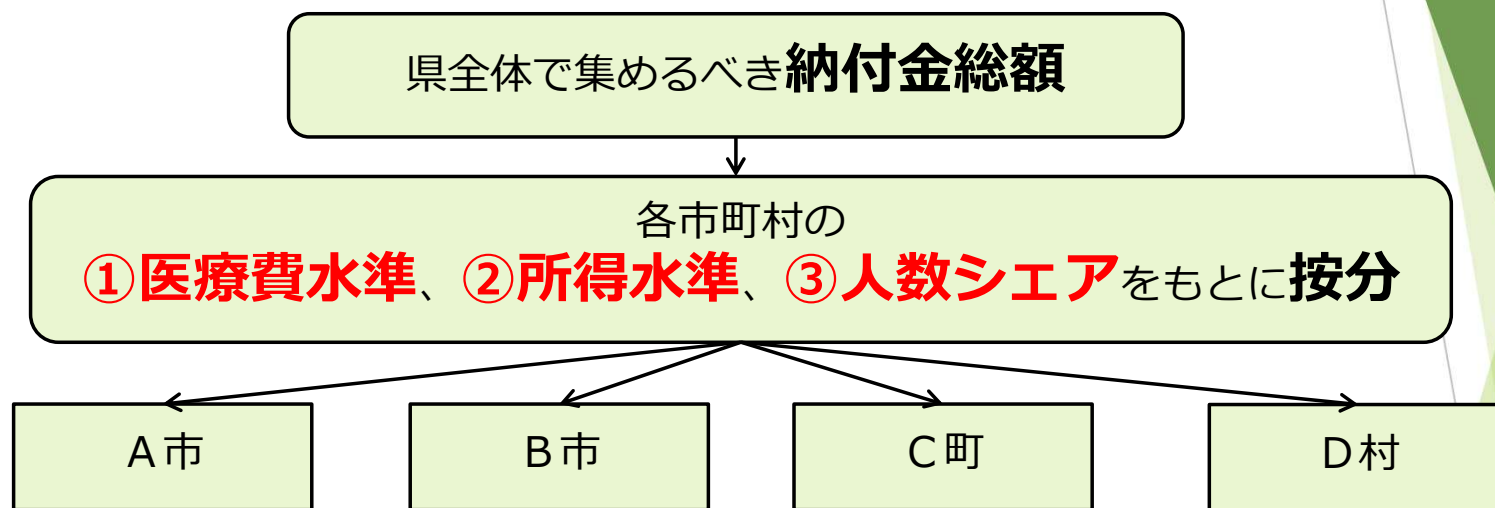
### 市町村が財政運営を担う現在の国民健康保険制度では 保険料率完全統一はできない

- 保険料率を決める都道府県は全被保険者の所得データを確実に把握する必要があるが、現在の標準保険料率算定に際し活用するデータは前々年のものであり、必要額以上に料率が高くあるいは低く設定され、膨大な剰余金発生や歳入欠陥がこれまで以上に生じる可能性が生まれる。
- また、決算補填等目的以外の法定外繰入れの解消が必要になるが、その中にもある「地方単独事業の実施による財政負担増補填」の解消のためには、市町村が独自に実施している福祉施策（こども、障害者、ひとり親）の都道府県内完全統一が必要となるが、国保制度を理由とする施策統一は困難。
- 市町村は決算剰余金が生じた場合、地方財政法を踏まえ基金造成を図ることになるが、保険料水準を変更する基金活用が困難。市町村財産を都道府県が没収することは法的には難しい。

33



# 保険料水準の統一（ $\alpha = 1$ から0）による納付金の変化



- ☑ 「①医療費水準」が高い市町村ほど、納付金が高くなる。
- ☑ 「②所得水準」が高い市町村ほど、納付金が高くなる。
- ☑ 「③人数シェア」が高い市町村ほど、納付金が高くなる。

## 保険料水準の統一をさせない運動をどう構築するか

- 1 保険料負担が重くなることを住民・労働者へ知らせ運動を地域・職場からすすめていく。
- 2 問題点を明らかにし課題の共有に向け市町村と懇談  
⇒ 運営方針に従わない方向の追及も。
- 3 市町村長、市町村議会への請願・陳情、署名の展開。
- 4 市長会、町村会へ要請・懇談し、都道府県を動かす運動の広がりを作っていく。
- 5 都道府県知事、議会へ請願・陳情、署名の展開。
- 6 全国知事会、市長会、町村会、対政府への取組み。

# 納付金ベースの統一に向けた工程表(案)

\*東京都国民健康保険運営方針(改定案)より

事項	年度	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11	R 12~
【参考】都運営方針		●改定	← 対象期間 →					●改定	次期運営方針
保険料水準の平準化									<b>納付金ベースの統一</b>
●医療費指数反映係数 (α) α = 1 ⇒ α = 0	医療費水準を反映	α = 1	0.83	0.66	0.5	0.33	0.16	0	0
		αを段階的に引き下げ							医療費水準を反映しない
		○影響の検証							
●区市町村ごとの個別事情による納付金額調整 (c ⇒ d) 区市町村毎の算定 ⇒ 都全体の共同負担 ※一部項目は継続協議	区市町村ごとに加減算	R 6年度から共同負担							原則、都全体で共同負担
		● 審査支払手数料 ● 高額医療費負担金、特別高額医療費共同事業負担金 ● 国特別調整交付金(都道府県分) ※子ども分等							
		その他の項目について引き続き検討				共同負担等			
		● 都費補助(地方単独事業の医療費波及分)等							
●納付金ベースの統一後(準統一・完全統一)に向けた検討								●準統一に向けた諸条件の課題整理、検討 ・賦課方式、賦課限度額、保健事業、収納率、法定外繰入 等	

※ αの引き下げ等納付金の算定方法を変更することにより、影響を受ける区市町村が想定されるため、αを段階的に引き下げるとともに、納付金ベースの統一までの間、都繰入金を活用した経過措置を実施

令和6年度納付金仮算定に反映した各区市町村の所得水準及び医療費水準の状況

No.	区市町村名	所得金額(医療分)		医療費指数 ※都平均を1とした場合
		1人当たり額	指数 ※都平均を1とした場合	
1	千代田区	1,358,989	1.674	1.095
2	中央区	1,063,689	1.310	0.963
3	港区	1,107,512	1.364	0.951
4	新宿区	786,336	0.969	0.993
5	文京区	998,242	1.230	0.995
6	台東区	855,297	1.053	1.041
7	墨田区	771,180	0.950	1.050
8	江東区	782,355	0.964	1.078
9	品川区	934,711	1.151	1.057
10	目黒区	1,065,649	1.313	0.985
11	大田区	840,126	1.035	1.087
12	世田谷区	985,304	1.214	0.941
13	渋谷区	1,097,909	1.352	0.966
14	中野区	829,062	1.021	0.979
15	杉並区	913,368	1.125	0.946
16	豊島区	776,043	0.956	0.953
17	北区	723,037	0.891	1.057
18	荒川区	721,041	0.888	1.066
19	板橋区	725,902	0.894	1.042
20	練馬区	802,430	0.988	0.979
21	足立区	672,748	0.829	1.058
22	葛飾区	675,412	0.832	1.033
23	江戸川区	707,204	0.871	1.045

※ 所得金額(医療分)は、令和3年度～令和5年度の平均所得(8月末時点における4月1日現在の賦課限度額控除後基準総所得金額)

※ 医療費指数は、全国を1とした場合の令和2年度～令和4年度までの3年平均を、都を1として算出

No.	区市町村名	所得金額(医療分)		医療費指数 ※都平均を1とした場合
		1人当たり額	指数 ※都平均を1とした場合	
24	八王子市	686,590	0.846	0.972
25	立川市	722,736	0.890	0.966
26	武蔵野市	1,003,705	1.236	0.929
27	三鷹市	886,667	1.092	0.988
28	青梅市	660,994	0.814	0.938
29	府中市	802,551	0.989	0.985
30	昭島市	685,516	0.844	0.992
31	調布市	848,059	1.045	0.978
32	町田市	728,292	0.897	0.989
33	小金井市	883,047	1.088	0.955
34	小平市	761,827	0.938	0.966
35	日野市	740,064	0.912	0.958
36	東村山市	699,488	0.862	1.025
37	国分寺市	853,808	1.052	0.914
38	国立市	797,793	0.983	0.923
39	福生市	651,374	0.802	0.928
40	狛江市	825,754	1.017	0.968
41	東大和市	687,885	0.847	0.957
42	清瀬市	712,888	0.878	1.037
43	東久留米市	736,945	0.908	0.956
44	武蔵村山市	638,856	0.787	1.038
45	多摩市	737,895	0.909	0.967
46	稲城市	823,755	1.015	0.936
47	羽村市	683,230	0.842	0.982
48	あきる野市	682,820	0.841	0.937
49	西東京市	788,729	0.971	0.956
50	瑞穂町	698,508	0.860	0.901
51	日の出町	629,252	0.775	0.980
52	檜原村	635,927	0.783	0.909
53	奥多摩町	582,733	0.718	1.113
54	大島町	702,980	0.866	1.031
55	利島村	854,846	1.053	0.684
56	新島村	684,321	0.843	1.012
57	神津島村	902,487	1.112	0.840
58	三宅村	690,856	0.851	1.052
59	御蔵島村	951,147	1.172	1.027
60	八丈町	672,953	0.829	0.836
61	青ヶ島村	1,057,824	1.303	1.073
62	小笠原村	897,681	1.106	0.768
東京都		811,873	1.000	1.000
特別区		837,115	1.031	1.015
市町村		755,857	0.931	0.969

## 診療報酬改定について

12月20日の予算大臣折衝を踏まえ、令和6年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

### 1. 診療報酬 +0.88% (国費800億円程度 (令和6年度予算額。以下同じ))

※1 うち、※2～4を除く改定分 +0.46%

各科改定率	医科 +0.52%
	歯科 +0.57%
	調剤 +0.16%

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分 (+0.28%程度) を含む。

※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種 (上記※1を除く) について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%

※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ (1食当たり30円) の対応 (うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円) +0.06%

※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%

(注) 令和6年6月施行

### 2. 薬価等

①薬価 ▲0.97% (国費▲1,200億円程度)

②材料価格 ▲0.02% (国費▲20億円程度)

合計 ▲1.00% (国費▲1,200億円程度)

- ※ イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。
- ※ 急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む。(対象：約 2000 品目程度)
- ※ イノベーションの更なる評価等を行うため、後述の長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

(注) 令和 6 年 4 月施行 (ただし、材料価格は令和 6 年 6 月施行))

### 3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

上記のほか、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- ・ 医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- ・ 調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、令和 6 年度に 2.5%、令和 7 年度に 2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

### 4. 医療制度改革

長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後 5 年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が 50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の 4 分の 3 までを保険給付の対象とすることとし、令和 6 年 10 月より施行する。

また、薬剤自己負担の見直し項目である「薬剤定額一部負担」「薬剤の種類に応じた自己負担の設定」「市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し」について、引き続き検討を行う。

## 介護報酬改定について

12月20日の予算大臣折衝を踏まえ、令和6年度の介護報酬改定は、以下のとおりとなった。

改定率            + 1. 5 9 %

(内訳)

介護職員の処遇改善分            + 0. 9 8 % (令和6年6月施行)

その他の改定率 (※)            + 0. 6 1 %

※賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準

また、改定率の外枠として、処遇改善加算の一本化による賃上げ効果や、光熱水費の基準費用額の増額による介護施設の増収効果として+0. 4 5%相当の改定が見込まれ、合計すると+2. 0 4%相当の改定となる。

## 障害福祉サービス等報酬改定について

12月20日の予算大臣折衝を踏まえ、令和6年度の障害福祉サービス等報酬改定は、以下のとおりとなった。

改定率            + 1. 1 2 %

なお、改定率の外枠で処遇改善加算の一本化の効果等があり、それを合わせれば改定率+ 1. 5 %を上回る水準となる。



# 東京都地域医療構想の状況

## 集計結果（都全域）

### ① 2025年に向けた対応方針確認票

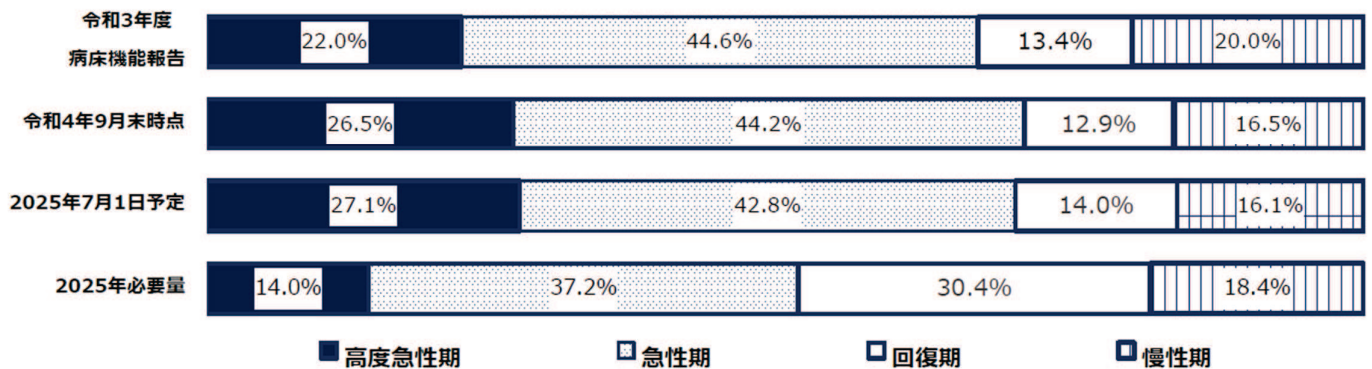
#### ◆ 機能別病床数の状況

(床)

病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
令和3年度病床機能報告	22,042	44,699	13,384	20,037	100,162
令和4年9月末時点	22,867	38,176	11,128	14,224	86,395
2025年7月1日予定 (A)	23,603	37,319	12,183	14,066	87,171
2025年の必要量 (B)	15,888	42,275	34,628	20,973	113,764
<b>(A) - (B)</b>	<b>7,715</b>	<b>△4,956</b>	<b>△22,445</b>	<b>△6,907</b>	<b>△26,593</b>

※病院のみ

※令和4年9月末時点と2025年7月1日予定 (A) は、確認票 (R4.12.22までに回答のあったもの) より集計



2023.1.16 東京都地域医療構想調整会議 資料より

## 第8次東京都保健医療計画（第7次改定）改定の視点

### 改定の視点

#### 視点1 4つの基本目標に基づく、現行計画での各疾病・事業等の取組を拡充・深化

- ◆ 進展する高齢化等に伴う、
  - ・医療ニーズの質・量の変化に対応できる医療提供体制の確保
  - ・医療機能の分化・連携の更なる取組の推進 等
- ◆ 新型コロナや近年の大規模災害等を踏まえた医療提供継続・維持のための対策
- ◆ 医療DXの推進、疾病・事業の特性に合ったデジタル化の推進やオンライン診療の活用等

#### 視点2 「新興感染症等の感染拡大時における医療」を6事業目として追加

- ◆ 新興感染症発生・まん延時における医療提供体制の確保
- ◆ 「感染症予防計画」の改定内容を反映

#### 視点3 「医師確保計画」、「外来医療計画」及び「周産期医療体制整備計画」の一体化

- ◆ 医療法に基づき令和2年3月策定した「医師確保計画」、「外来医療計画」を保健医療計画に一体化
- ◆ 「周産期医療体制整備計画」を保健医療計画に一体化

#### 視点4 福祉施策と保健医療施策の一体的推進

- ◆ 福祉局と保健医療局が所管する関連計画間での整合性の確保
  - ・「高齢者保健福祉計画」、「障害者・障害児施策推進計画」、「健康推進プラン21」、「感染症予防計画」、「がん対策推進計画」、「歯科保健推進計画」、「循環器病対策推進計画」等の改定内容を反映



# 東京都保健医療計画（第七次改定） 目次構成⑤

## <現行計画>

## <変更案>

### 第2部 計画の進め方

### 第2部 計画の進め方

#### 第4章 計画の推進主体の役割

#### 第4章 計画の推進主体の役割

##### 第1節 行政の果たすべき役割

##### 第1節 行政の果たすべき役割

- 1 区市町村・東京都・国の役割
- 2 東京都の保健所・研究機関の役割

- 1 区市町村・東京都・国の役割
- 2 **保健所の役割**
- 3 **東京都の試験研究機関の役割**

保健所と試験研究機関を分けて記載

##### 第2節 医療提供施設の果たすべき役割等

##### 第2節 医療提供施設の果たすべき役割等

- 1 医療機能の分化・連携の方向性
- 2 果たすべき役割

- 1 医療機能の分化・連携の方向性
- 2 果たすべき役割

病院の種類別に項目名を変更

##### (1) 新公立病院改革プラン策定病院

##### (1) 公立病院

- ア 都立病院
- イ 区市町村立病院

- ア 都立病院 ((地独)都立病院機構が開設する病院)
- イ 区市町村立病院

##### (2) 公的医療機関等2025プラン策定病院

##### (2) 公的医療機関等

- ア 特定機能病院
- イ 地域医療支援病院
- ウ 公社病院
- エ 公的医療機関等2025プラン策定対象病院

(地独)都立病院機構への移行により、公社病院を削除

- ア 特定機能病院
- イ 地域医療支援病院

(特定機能病院、地域医療支援病院、公社病院を除く。)

(特定機能病院、地域医療支援病院を除く。)

##### (3) 民間病院、診療所、薬局等

##### (3) 民間病院、診療所、薬局等

- ア 民間病院
- イ 一般診療所・歯科診療所
- ウ 薬局
- エ 訪問看護ステーション

項目名を整理

- ア 民間病院 (公立・公的医療機関等以外の病院)
- イ 一般診療所・歯科診療所
- ウ 薬局
- エ 訪問看護ステーション

## 東京都保健医療計画の改定について

資料3

### 東京都保健医療計画について

- ◆ 医療法第30条の4に基づく「医療計画」を含むものであり、東京都の保健医療施策の方向性を明らかにする基本的かつ総合的な計画  
【現行第7次計画の計画期間】 平成30年度～令和5年度の6年間  
 >今年度は、現行計画最終年に当たることから、改定を実施  
 【第8次計画の計画期間】 令和6年度～令和11年度の6年間
- ◆ 令和3年医療法改正により、第8次計画から記載事項に「新興感染症拡大時における医療」が追加され、5疾病・6事業<sup>\*</sup>等を記載  
<sup>\*</sup>5疾病:がん・脳卒中・心血管疾患・糖尿病・精神疾患、6事業:救急・災害・新興感染症・へき地・周産期・小児(小児救急を含む。)医療

### 改定スケジュール

	令和5年度												
	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
医療審議会									● 骨子案報告			● 諮問	● 答申
保健医療計画推進協議会						● 基本理念・基本目標、章立て検討		● 計画骨子案の検討、現行計画の進捗状況評価		● 計画素案検討			
改定部会				● 7/31第2回基本理念・目標、章立て検討	● 疾病・事業ごとの検討(第3～6回)		● 第7回計画骨子案検討		● 第8回・9回計画素案検討				
各疾病・事業の協議会等(除く6事業目)				● 課題・骨子案・指標等検討									
【6事業目:新興感染症等】感染症予防医療対策審議会					● 諮問(7/27)						● 中間のまとめ(案)審議		● 答申
連携協議会 連携協議会予防計画協議部会						● 改定概要説明部会設置	● 部会での素案協議		● 協議会での中間まとめ(案)協議				
国の動き	● 3/31医療計画作成指針、疾病・事業及び在宅医療指針を通知		● 5/26疾病・事業及び在宅医療指針(新興感染症)を通知										

# 新型コロナウイルス感染症対策に係わる 各医療機関の病床確保状況と使用率等の報告

厚生労働省 2021.12.1現在

- 全国2,287病院のうち、  
コロナ病床確保数1～11位までが都立病院、公社病院

順位	病院名	確保病床数	全病床数に占める割合(%)	順位	病院名	確保病床数	全病床数に占める割合(%)
1	都立多摩総合	245	32.4	8	公社多摩南部	130	46.9
2	都立広尾	240	56.9	9	公社東部	130	43.3
3	公社荏原	240	52.7	10	公社多摩北部	130	39.6
4	公社豊島	240	57.3	11	都立大塚	120	28.7
5	都立駒込	181	22.6		都立小児総合	74	13.2
6	都立墨東	140	19.2		都立松沢	40	4.5
7	公社大久保	130	42.8		都立神経	8	2.7

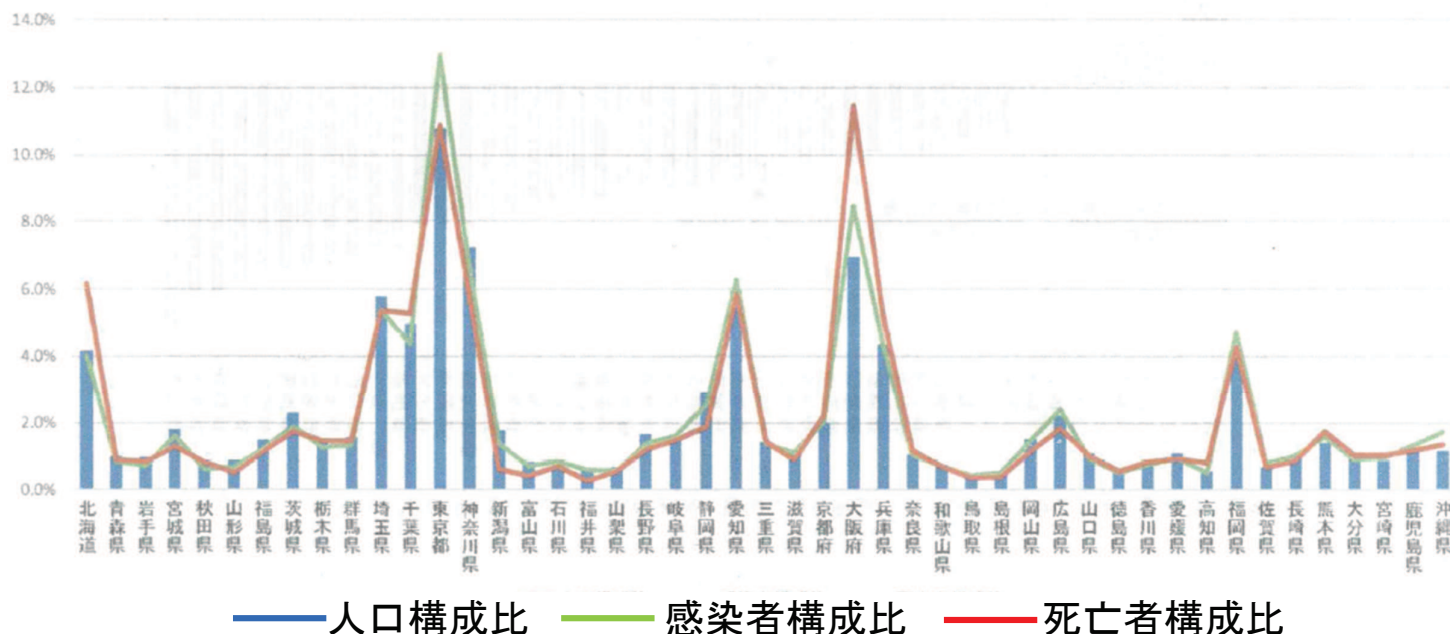
- 地方独立行政法人 大阪府病院機構のコロナ病床確保状況

病 院 名	確保病床 (%)	全病床	
大阪はびきの医療センター	40	9.4	426
大阪母子医療センター	31	8.3	375
大阪国際がんセンター	0	0	500
大阪精神医療センター	12	2.5	473
大阪急性期・総合医療センター	78	9.1	865

大阪では独法化後2年で6割の  
看護師が退職  
=人員とスキル不足

## 新型コロナウイルス感染者・死亡者の 都道府県別構成比と人口構成比 ～2023.5.5

図表2 新型コロナウイルス感染者・死亡者の都道府県別構成比と人口構成比(2023年5月5日までの合計数)  
資料: 感染者・死亡数は厚生労働省発表資料。人口は、2020年1月1日時点での住民基本台帳人口。







# 名古屋高裁は逆転完全勝訴

## 一連の裁判で、初めて国家賠償を認める！



### 名古屋地裁判決を取消した画期的な判決

11月30日、名古屋高等裁判所は、愛知県内の生活保護利用者13名が国と自治体を被告として提起した裁判で、名古屋地裁判決を取消し、原告側の「逆転完全勝訴」判決を言い渡しました。

自治体に保護費減額処分を命じるだけでなく、一連の裁判で初めて国に慰謝料（国家賠償）の支払いを命じる画期的な判決でした。

### 厚生労働大臣に「少なくとも重大な過失」あり

判決は、厚生労働大臣には「少なくとも重大な過失」があり、「客観的に合理的な根拠のない手法等を積み重ね、あえて生活扶助基準の減額率を大きくしているもので、違法性が大きい」として、その悪質さを指弾しています。

さらに健康で文化的な最低限度の生活を示し、「元々余裕のある生活ではなかったところを、生活扶助費の減額分だけ更に余裕のない生活を、…少なくとも9年以上という長期間にわたり強いられてきた」と原告らの苦境に寄り添う人間味あふれた判断を示しました。

### 原告は「感無量」「やっと勝てた」

判決後に開いた記者会見で、原告の安藤美代子さん（72）は、「最近、25年使っていた冷蔵庫が壊れたが、電気代も高騰していて買えない」と苦しい生活状況を語り、今回の判決は、「感無量。判決を機に制度を元に戻してほしい」と話しました。澤村彰さん（57）は「判決は嬉しかったが、やっと勝てたという思い。この判決で、おかしいことはおかしいと言うことが広まることを願う。生活保護は最低限の生活のベースラインなので、これを機に国民みんなの生活が豊かになってほしい」と話しました。

### 弁護団は「裁判官の気持ちがあらわれた判決」

弁護団長の内河恵一弁護士は、「裁判官の気持ちがあらわれた人間らしい判決だ。司法の役割を果たしてくれた」としみじみと語りました。

※全国の判決、当会の動きは、いのちのとりで裁判全国アクション HP に掲載しています。どうぞご覧ください。<https://inochinotoride.org/>

# 12.1 早期全面解決を求める緊急集会

## 勝訴相次ぐ裁判の早期解決をめざして

名古屋高裁判決の翌日 12 月 1 日、東京都内の弁護士会館に 70 人の原告や支援者、弁護士が集い、オンラインで 300 人以上が参加し集会を開催しました。集会の後は、厚労省前での宣伝、厚労省保護課への要請、記者会見を行いました。



(集会で勝訴報告をする愛知訴訟原告団、弁護団ら)

集会では冒頭、愛知訴訟の弁護団事務局長・森弘典弁護士が名古屋判決の意義に関する基調報告を行い、ゆがみ調整とデフレ調整が「国民に秘し、隠して独自の計算方法によって行われたことが司法に断罪された。(これからは)密室で勝手な計算方法で行われることがないようにしていくことが課題」と語りました。

## 愛知の原告は「やっと肩の荷がおりた」

原告の安藤美代子さんは「やっと肩の荷がおりました。前の日は、明日大丈夫か、今までのことが報われるのかと眠れませんでした。でも、判決を聞いて涙が出ました」と話しました。

## 亡き原告の思いを引き継いで

引き続き各地の原告によるリレートークを行いました。神奈川の原告は、前月に亡くなった女性のことを紹介しました。もともと学校の先生でしたが、薬害により B 型肝炎を発症し、生活保護を利用するに至ります。生活で唯一の楽しみは「エッセイの会」に通うことでしたが、生

活保護基準引下げで行けなくなっていました。この裁判に原告として加わり活動していたものの、B 型肝炎からがんになり、他界してしまいました。まだ 50 代の若さでした。

オンラインで参加した富山の原告は、妻の遺影をかかげながら発言しました。もともと妻だけが原告でしたが、今は妻の遺志を継いで原告になった経緯を話しました。さらに、自らもがんと診断され余命一年半と言われるなかで、日本社会の底が抜けるのを止めるのが使命と思い活動していることを語りました。



(神奈川の原告らのリレートーク)

## 「12.1 緊急集会アピール」公表

優生保護法訴訟弁護団の関哉直人弁護士や作家の雨宮処凛さんなどから連帯のスピーチがありました。その後、事務局長である小久保哲郎弁護士から、全国の原告らの心が一つになっていることに触れ、この裁判は「人間の尊厳を回復していくたたかいができています」とし、今後の行動提起を公表しました。

最後には「私たちは、国に対し、上告等を断念し、2013 年の引き下げ前の生活保護基準に直ちに直すことを求めます。誰もが人間らしい生活をおくることのできる国にすることを求めます」と盛り込んだ「12.1 緊急集会アピール」を全会一致で採択しました。

## 厚生労働省前で上告断念アピール

緊急集会に続いて、集会参加者が厚生労働省前で上告を断念するようアピールを行いました。



# 上告断念を求め 国会議員要請

12月1日の緊急集会後には、厚生労働省保護課への  
上告断念の要請、記者会見を実施しました。12月4日  
から集中的に国会議員会館を回って、「上告するな、武見  
厚労大臣は発言を取り消せ、国会で政治的な課題に」と  
厚生労働委員に要請しました。

## 参議院厚生労働委員への要請（12月4日）

首都圏の原告・支援者・弁護士 12人が参加して、参議院厚生労働委員の議員室を回って、要請書を渡してきました。日本共産党の倉林明子議員、れいわ新選組の天島大輔議員、国民民主党の芳賀道也議員、また社民党の大椿ゆうこ議員の政策秘書らが熱心に説明を聞いてくれました。また、立憲民主党の打越さく良議員ご本人同席のもと、厚生労働省官僚から武見厚労大臣発言について説明を聞くことができました。

## 衆議院厚生労働委員への要請（12月5、7日）

5日は愛知や埼玉・神奈川の原告・支援者・弁護士 12人が参加して、衆議院厚生労働委員の議員室を回りました。前日に続いて社民党の大椿ゆうこ議員が対応してくれました。立憲民主党の厚労部会役員の場で小川淳也議員、中島克仁議員、大河原雅子議員、早稲田ゆき議員、大西健介議員らが説明を聞いてくれました。

7日は北海道、埼玉や東京、神奈川からの 16人が参加し、引き続き議員室を回りました。立憲民主党の早稲田ゆき議員、小川淳也議員らが耳を傾けてくれました。また立憲民主党の会合に招かれ、裁判についてレクチャーをしました。

### 名古屋高裁判決を厚生労働委員会での質問いただいた議員

大椿ゆうこ議員（社民党）、倉林明子議員（日本共産党）、衆議院厚生労働委員会、早稲田ゆき議員（立憲民主党）宮本徹（日本共産党）、打越さく良議員（立憲民主党）、大椿ゆうこ議員（社民党）、船後靖彦議員（れいわ新選組）

# 武見厚労大臣の発言に抗議

## フェイク発言を撤回させる



（厚生労働省の前でアピール行動）

名古屋高裁判決翌日の会見で、武見厚労大臣が、「当時は九州の一部などで不正受給が多々あった」などと根拠のないフェイク発言を行なったことに、多くの生活保護利用者、支援者が傷つきました。

## ただちに問題指摘、厚労省へ申入れ、記者会見

12月4日、直ちに「武見厚労大臣の発言に抗議し、発言撤回と上告断念を求める要請書」を発表しました。

武見大臣は、国会での質問に対し、発言は基準引下げの理由として述べたものではないとの釈明に終始しましたが、12月8日の閣議後会見において、発言の一部（「九州の一部で」）の部分を撤回しました。

武見大臣発言のいい加減さがよりいっそう明らかとなったと言え、ひきつづきこの発言の問題性を発信していきます。

## 国と自治体が最高裁に上告

12月13日（木）、生活保護の引き下げを取消し、国に賠償を命じた名古屋高裁判決を不服として、国と自治体は最高裁判所に上告しました。

すでに大阪訴訟が最高裁第三小法廷に継続されており、最高裁でのたたかいも本格化してきます。これまでの原告勝訴判決に確信をもち、着実に一步一步歩いていきましょう。引き続きのご支援をお願いいたします。

# まさかの那覇地裁 「先祖返り」判決

## 原告側勝訴判決が圧倒する流れのなか…

2023年12月14日、那覇地裁で原告らの請求を棄却する不当判決が言い渡されました。

昨年5月の熊本地裁判決以降、原告側勝訴判決が圧倒する流れの中、「広範な裁量論」をふりかざし国側の主張を丸のみした判決です。

## 傍聴席から「え?」「は?」

判決が言い渡された途端、傍聴席から一斉に「え?」「は?」という疑問の声や、ため息が漏れました。那覇地裁近くの公園で、原告側の関係者らが、悔しさをにじませながら「不当判決」「司法の責任を放棄」と書かれた旗を掲げました。

## 原告は「裁判が希望ただけに失望した」

原告の50代男性は「公園で『不当判決』の文字を見てびっくりした。目の前が真っ暗になった」と、衝撃を受けた様子で話しました。80代女性は最近の物価高を踏まえ「生活が厳しく、裁判が希望ただけに失望した」と話しました。

## 弁護士は「裁量を幅広く認める前提だと、なんでもありになる」と批判

判決を受け、大井琢弁護士団は「非常に残念だ。(厚労相の)裁量を幅広く認める前提だと、なんでもありになる」と憤りました。

## 支援する会は「生存権に真っ向から反する判決」

判決後の集会で、沖縄憲法25条を守るネットワークの高田清恵会長は「憲法の生存権に真っ向から反する判決だ」と批判しました。

# 12.1 緊急集会で 公表した行動提起

## この裁判を通じて何を獲得するのか

- 2年後の2025(令和7)年度の基準引下げ、級地統合による都市部の引下げを阻止する
- 下位10%との比較を止め、社会参加費用も含めた需要の積み上げによる新たな検証手法を開発させる
- 生活保護基準部会による検証を経ることをルール化し、当事者・弁護士を委員にいれさせる
- 夏季加算を創設させ、平成25年改定前の基準に戻す
- 権利としての生活保護(生活保障法)を実現する

## そのために何をするのか

- ・全国各地で街宣行動・議員要請(週末)や裁判所前宣伝(早朝)
- ・東京で
  - 12月4日13~16時 議員要請(参議院議員会館)
  - 12月5日10~13時 議員要請(衆議院第1議員会館)
  - 12月7日13~16時 議員要請(衆議院第2議員会館)
  - 12月14日14~18時 反貧困ネットワーク厚労省協議(衆院第1多目的ホール)
- ・2024年5~6月(予定)
  - 日比谷野外音楽堂大集会+パレード
- ・2024年秋まで
  - 全国29地域で弁護士会と連携したシンポ開催
- ・2024年10月3日
  - 第66回日弁連人権擁護大会・第1シンポジウム
  - 「今こそ、生活保障法の制定を!~地域から創る、すべての人の“生存権”が保障される社会」



## <いのちのとりで裁判全国アクションへ入会・更新をお願いいたします>

HPより入会・更新手続きの上、年度会費をお振り込みください。

年度会費：(個人)1口500円、(団体)1口1000円

〈口座〉○ゆうちょ銀行 記号番号14070-49720311 口座名義 いのちのとりで裁判全国アクション

○他金融機関からの振り込みの場合 【店名】408(読み ヨンゼロハチ) 【店番】408

【預金種目】普通預金 【口座番号】4972031

HPをご覧になれない方は

- ①個人or団体の口数、②名前(所属)
- ③住所④電話⑤FAX⑥メールアドレスをご記入の上、いのちのとりで裁判全国アクション事務局まで FAX(06-6363-3320)してください。

# 新生存権裁判東京

## みなさんの街頭宣伝署名協力をお願いします



**街頭宣伝をやります！**

雨天中止

署名の訴え、チラシや宣伝ティッシュの配布を行います  
地下鉄丸ノ内線、茗荷谷駅前に集合ください。

原告の方には交通費がです。

ひとりではなくみんなのために  
みんなはひとりのために

### 「公正な審理を求める要請書」

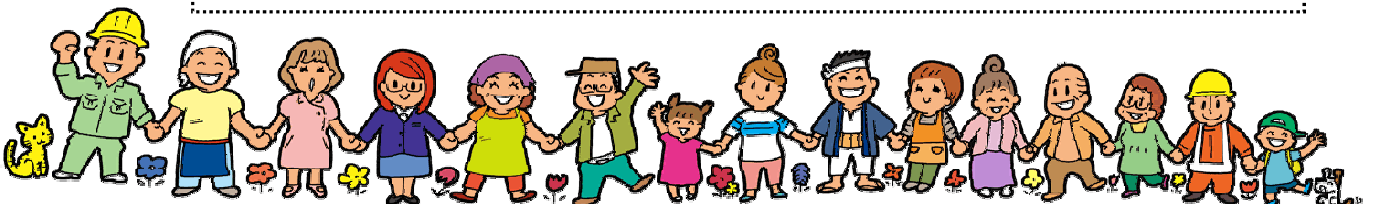
現在までの累計**3万3,521筆**です

新生存権裁判東京は2023年12月12日に結審しました。

**判決日は6月13日**です。

それまでが勝利判決に向けた正念場となります。新生存権裁判の勝利のためにも、多くの方のご協力をお願い致します。

**判決までに5万筆の署名にご協力を！**



主催：生存権裁判を支える東京連絡会

連絡先：〒170-0005 豊島区南大塚3-51-2大塚齊藤ビル1階（都生連）

Tel.03-5960-0266 Fax03-5960-0268



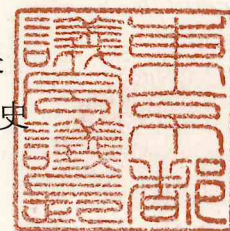


令和 5年12月20日

東京社会保障推進協議会

会長 吉田 章 様

東京都議会 議長  
宇田川 聡 史



請願 審査の結果について (通知)

あなたの提出されました 請願 は、下記のとおり決定したのでお知らせします。

記

1 対象となる 請願

(1) 受理年月日

令和 5年 9月26日

(2) 番号及び件名

5第 12号

現行の健康保険証の廃止を中止することに関する請願

2 決定年月日

令和 5年12月20日

3 決定結果

別紙文書表の願意の欄に記載のとおりです。

件名	現行の健康保険証の廃止を中止することに関する請願		
番号 付託委員会	5第 12号 厚生 委員会付託		
受理年月日	令和 5年 9月 26日	郵便番号	170-0005
住所・氏名	豊島区南大塚二丁目33-10 6階 東京社会保障推進協議会 会長 吉田 章		
紹介議員	別 記		
<p>(願 意)</p> <p>都において、次のことを実現していただきたい。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 現行の国民健康保険証の交付を継続すること。</li> <li>2 都議会において、現行の健康保険証の廃止を中止することを求める意見書を国に提出すること。</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>不採択</b></p> <p>(理 由)</p> <p>第211回国会において、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（マイナンバー法）等の一部改正法が成立したことにより、現行の健康保険証が令和6年秋に廃止されることになった。これにより、任意であるマイナンバーカードの取得が事実上義務化されることにもなった。マイナンバーカードを取得していない者には申請により資格確認書が交付され、現行の短期被保険者証や被保険者資格証明書も廃止されることになった。健康保険証の交付は、従来の保険者の義務ではなくなり、被保険者の申請によることとなり、何らかの理由で申請できない者の受療権が大きく毀損されるばかりか、日本の国民皆保険制度そのものも危うくなりかねない。</p> <p>また、健康保険証とマイナンバーカードの一体化により、医療機関ではオンライン資格確認が義務化され、対応できなければ、閉院・廃業を迫られる事態となっている。そうなれば、高齢になっても奮闘している近所のかかりつけ開業医がいなくなりかねず、生活に最も身近な地域医療の提供体制が後退することにもなる。</p> <p>このように、現行の健康保険証の廃止は、医療提供体制も受療の機会も後退させる結果を招くことになる。</p> <p>また、健康保険証とマイナンバーカードの一体化により、他人の情報の誤登録、保険</p>			

証の変更や一部負担割合が更新されないことや、資格確認機器や回線のトラブルなどが多発しているため、医療現場には命や健康にも関わる多大な負担がかかり、混乱が続いている。厚生労働省は、トラブルに備えて現行の健康保険証の携行を勧める始末で、一体化に向けたずさんな計画が露呈している。

さらに、高齢者介護施設においても、入所者が自ら管理することに不安があるため、ほとんどの入所者の健康保険証を施設側で預かり、厳重に管理している現状からしても、マイナンバーカード保険証の管理や更新手続はとてもできないとの懸念が示されている。現行の健康保険証の廃止は、混乱を招き、人手不足の医療現場や介護現場に更なる負担を負わせることにしかならない。

医療や介護の給付削減が続けられている中で、現行の健康保険証とほぼ同じ機能の資格確認書を交付するために毎年241億円超の費用が生じることは、とても許容できない。河野デジタル大臣は「自分の情報が正しいか、マイナポータルで確認してほしい」と、更なる個人情報漏えいに対して全く危機感を持っていない国会答弁をしている。直ちに運用を中止して情報の総点検をするべきである。個人情報に対する認識がこの程度の政府に、とても機微情報の扱いを委ねるわけにはいかない。

上記の様々な問題点や懸念からしても、都は、現行の国民健康保険証の交付を継続する必要がある。また、都議会は、現行の健康保険証の廃止を中止することを求める意見書を国に提出すべきである。

別 記

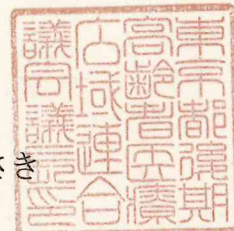
受 理 番 号	紹	介	議	員
5 第 1 2 号	漢人あきこ君	大山とも子君		池川 友一君
	あぜ上三和子君	尾崎あや子君		斉藤まりこ君
	米倉 春奈君	アオヤギ有希子君		原 のり子君
	藤田りょうこ君	福手ゆう子君		白石たみお君
	和泉なおみ君	清水とし子君		曾根はじめ君
	とくとめ道信君	原田あきら君		里吉 ゆみ君
	原 純子君			



5 東広議第 47 号  
令和 5 年 12 月 8 日

東京都社会保障推進協議会  
会長 吉田 章 様

東京都後期高齢者医療広域連合議会  
議長 しおの目 まさき



### 陳情の議決結果について

あなたの提出されました下記陳情は、令和 5 年 11 月 24 日の本会議において、不採択と決定しましたのでお知らせします。

### 記

- 1 陳情第 1 号  
高すぎる保険料の引き下げに関する陳情

### 【担当】

東京都後期高齢者医療広域連合議会  
書記 秋山・渡邊 電話：03-3222-4474

東京都後期高齢者医療広域連合議会 議員一覧 2023年10月～

番号	氏名	ふりがな	所属	備考
1	瓜生 正高	うりう まさたか	中央区議会	
2	鈴木 たかや	すずき たかや	港区議会	
3	ひやま 真一	ひやま しんいち	新宿区議会	
4	白石 英行	しらいし ひでゆき	文京区議会	
5	高森 喜美子	たかもり きみこ	台東区議会	
6	山本 香代子	やまもと かよこ	江東区議会	
7	渡辺 ゆういち	わたなべ ゆういち	品川区議会	
8	しおの目 まさき	しおのめ まさき	大田区議会	
9	岡本 のぶ子	おかもと のぶこ	世田谷区議会	
10	丸山 高司	まるやま たかし	渋谷区議会	
11	酒井 たくや	さかい たくや	中野区議会	
12	くすやま 美紀	くすやま みき	杉並区議会	
13	池田 裕一	いけだ ゆういち	豊島区議会	
14	大沢 たかし	おおさわ たかし	北区議会	
15	しば 佳代子	しば かよこ	板橋区議会	
16	工藤 てつや	くどう てつや	足立区議会	
17			葛飾区議会	欠員
18	富永 純子	とみなが じゅんこ	八王子市議会	
19	福島 正美	ふくしま まさみ	立川市議会	
20	落合 勝利	おちあい しょうり	武蔵野市議会	
21	赤松 大一	あかまつ だいいち	三鷹市議会	
22	友野 和子	ともの かずこ	清瀬市議会	
23	関根 光浩	せきね みつひろ	東久留米市議会	
24	鈴木 明	すずき あきら	武蔵村山市議会	
25	小林 憲一	こばやし けんいち	多摩市議会	
26	鈴木 誠	すずき まこと	稲城市議会	
27	中嶋 勝	なかじま まさる	羽村市議会	
28	増崎 俊宏	ますざき としひろ	あきる野市議会	
29	中川 清志	なかがわ きよし	西東京市議会	
30	山崎 栄	やまざき さかえ	瑞穂町議会	
31	中村 佳一	なかむら かいち	大島町議会	

自治体調査

介護給付準備基金繰入状況

行政区	ほぼ繰入	繰入割合	行政区	ほぼ繰入	繰入割合
千代田区		33.2%	町田市		約60%
中央区		未定	小金井市	○	85.3%
港区		7.6%	小平市	○	100.0%
新宿区	○	96.1%	日野市		4.6%
文京区	○	100.0%	東村山市		59.5%
台東区	○	100.0%	国分寺市	○	100.0%
墨田区		58.6%	国立市		70.6%
江東区	○	100.0%	福生市		33.5%
品川区		54.3%	狛江市	○	100.0%
目黒区		61.0%	東大和市	○	100.0%
大田区		約50%	清瀬市		75.3%
世田谷区		61.4%	東久留米市		69.9%
渋谷区		未定	武蔵村山市		-
中野区		11.7%	多摩市		65.1%
杉並区	○	100.0%	稲城市		33.4%
豊島区	○	100.0%	羽村市		-
北区		62.4%	あきる野市		49.4%
荒川区		50.4%	西東京市	○	100.0%
板橋区		未公表	瑞穂町		5.2%
練馬区		58.5%	日の出町		45.2%
足立区	○	101.3%	檜原村		0.0%
葛飾区	○	100.0%	奥多摩町		3.2%
江戸川区	○	87.3%	大島町	○	548.0%
八王子市		0.0%	利島村		-
立川市	○	100.0%	新島村		-
武蔵野市		68.4%	神津島村		0.0%
三鷹市		70.7%	三宅村		21.1%
青梅市		56.0%	御蔵島村		-
府中市	○	100.0%	八丈町		0.0%
昭島市		74.5%	青ヶ島村		-
調布市		79.6%	小笠原村		-
回答 52/62自治体		うち	ほぼ繰入	18	自治体

\* 青字は未回答自治体。数字は決算資料からの参照

# 介護をよくする東京の会 学習会

## 介護 保険

第9期事業計画  
総合事業  
保険料

を縦横に語る

お話し 日下部 雅喜さん（大阪社保協）

2024年は、3年ごとの介護保険制度を見直す年となっています。見直しの度に制度が改悪され、保険料・利用料が値上げをされてきたのが実態です。

事業計画が第9期でどう変わっていくのか？それを分析していく上での観点、今回狙われている改悪・値上げはどのような内容なのか？お話頂き、これ以上の改悪を許さない運動の基盤をしっかりとつくっていきましょう。

□開催日時

**1月24日**（水曜日） **18～19時半**（予定）

□場 所

**東京労働会館地下中会議室** と **オンライン** 併用  
豊島区南大塚2-33-10（JR大塚駅 または 地下鉄新大塚駅 徒歩7分）

□参加申し込みは裏面より

□資料代

**500円**（会場参加の方のみ）

連絡先

介護をよくする東京の会

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 F A X 03-3846-6823 Email : careforwell@gmail

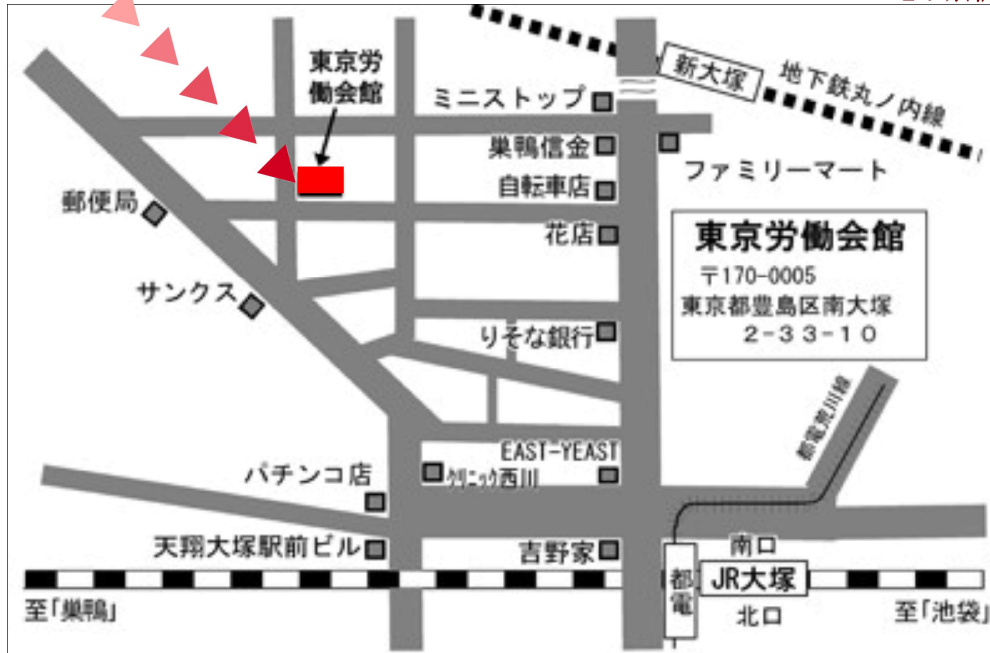
# 介護保険学習会 参加申込書

締め切りは2024年1月22日です。

この申込書をFAXするか下記オンラインでお申し込みください。  
会場の都合で事前申込としています。お問い合わせは裏面連絡先へ。

会場の中会議室は、東京労働会館地階です！

JR大塚駅 または  
地下鉄新大塚駅 徒歩7分



申込日 月 日

お名前 ( )

ご所属 ( )

連絡先 ( )

\*オンライン参加の方はメールアドレスを記入ください

メール ( @ )

※必要事項を記入してFAXで申し込んでください。FAX 03-3946-6823

オンライン申し込みは、下記URL または こちらから ➡

<https://forms.gle/wNQeNcdwxKuuRfbMA>





# 第9期事業計画に 向けた取り組み 介護保険料と総合事業

大阪社会保障推進協議会  
日下部雅喜

1

市区町村介護保険事業計画

老人福祉計画も  
一体的に作成

保険給付の円滑な実施のため、**3年間を1期とする介護保険事業計画**を策定

- 区域(日常生活圏域)の設定
- 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み(区域毎)
- 各年度における必要定員総数(区域毎)  
※認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、  
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標
- その他の事項



保険料  
の設定

平成 30年度 (2018)	令和 元年度 (2019)	令和 2年度 (2020)	令和 3年度 (2021)	令和 4年度 (2022)	令和 5年度 (2023)	令和 6年度 (2024)	令和 7年度 (2025)	令和 8年度 (2026)	
			<2025年までの中長期的な見通し>						
			第7期計画 2018~2020			第8期計画 2021~2023			第9期計画 2024~2026

# 第9期計画策定のスケジュール

## ○策定委員会（「審議会」・「協議会」）

2022年～調査 2023年春～検討開始

2023年末or2024年初 「計画素案」  
パブリックコメントを経て「計画」

## ○市区町村議会

2024年

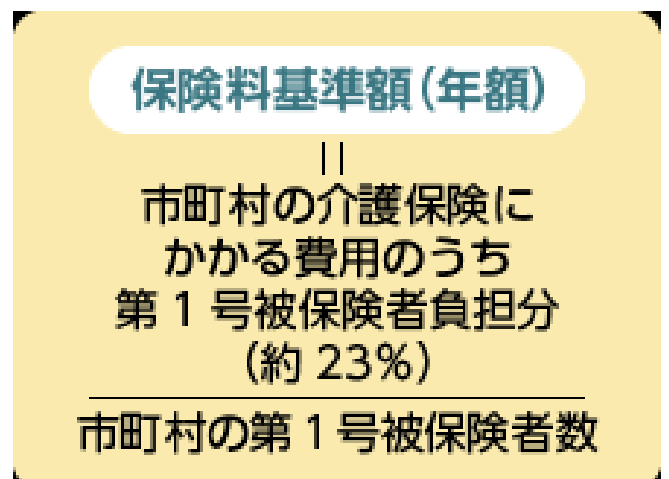
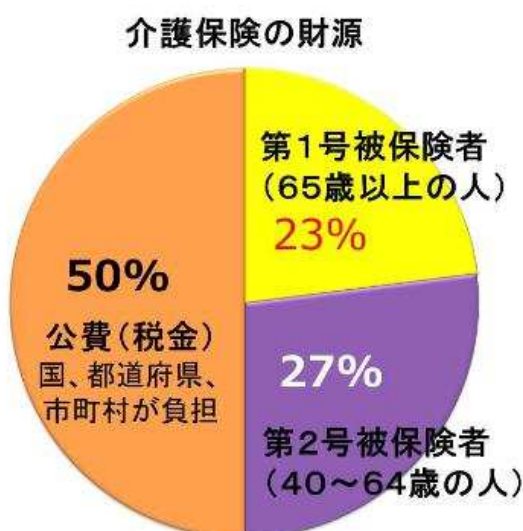
2月～3月議会 介護保険条例改正

4月介護保険料改定・第9期計画スタート

3

## 第1号被保険者の介護保険料

1 保険料算定の仕組み 介護保険制度は、国、地方自治体、40歳以上の市民のそれぞれの負担によって、社会全体で高齢者の介護を支える社会保険制度であり、第8期の計画期間(2021～2023年度)は、保険給付費・地域支援事業費のうち第1号被保険者(65歳以上の方)の負担割合が約23%となります



# 上がり続ける介護保険料

全国平均基準月額

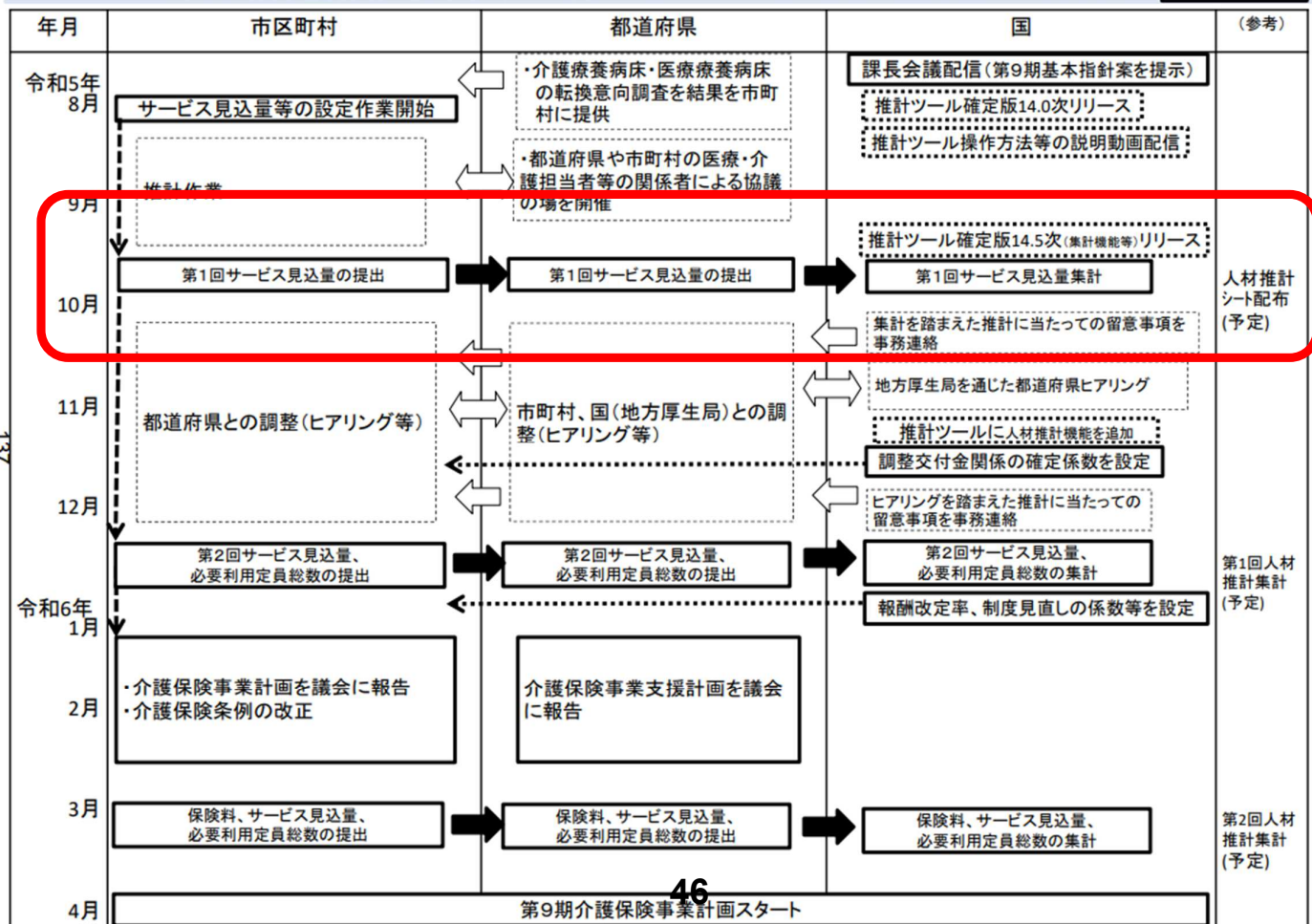
第1期(2000~02年)	2,911円
第2期(2003~05年)	3,293円 (+13.1%)
第3期(2006~08年)	4,090円 (+24.2%)
第4期(2009~11年)	4,160円 (+1.7%)
第5期(2012~14年)	4,972円 (+19.5%)
第6期(2015~17年)	5,514円 (+11.0%)
第7期(2018~20年)	5,869円 (+6.4%)
第8期(2021~23年)	6,014円 (+2.5%)

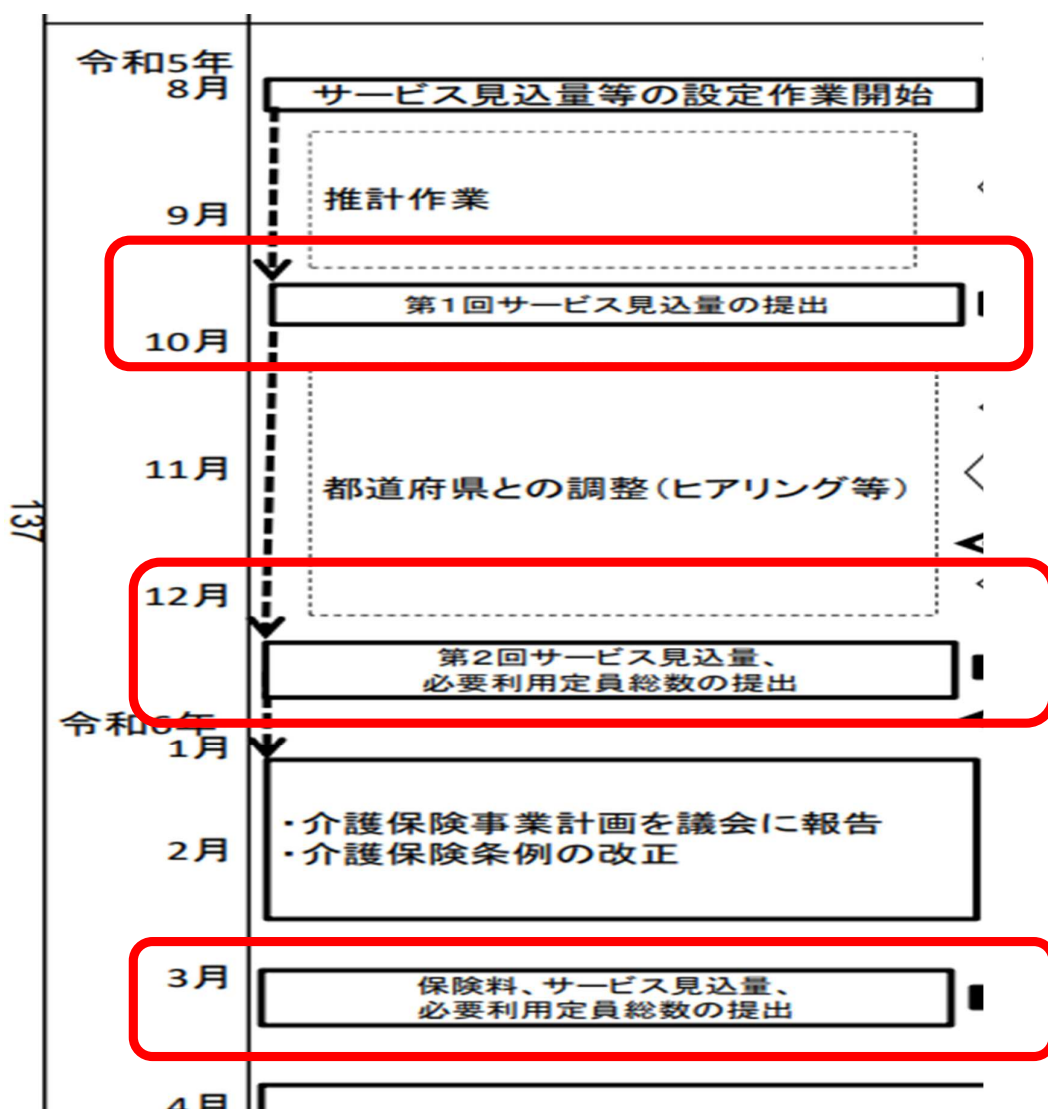
全国平均 第1期2,911円⇒第8期6,014円 2.07倍に

全国介護保険担当課長会議 資料 2023年7月31日

## 第9期介護保険事業計画の作成に向けたスケジュール (R5. 7. 31)

参考資料3





## 大阪府の第9期介護保険料試算額

2023年10月時点 (単位: 円)

	第8期保険料	第9期試算額	増減額	増減率	基金の取り扱い	準備基金額
大阪市	8,094	9,230	1,136	14.0%	基金全額取崩し	8,013,519,000
堺市	6,790	7,855	1,065	15.7%	※基金取崩さず	3,200,000,000
岸和田市	6,375	6,645	270	4.2%	※基金取崩さず	2,286,608,245
豊中市	6,367	6,795	428	6.7%	基金82%取崩し	2,020,000,000
池田市	5,960	6,681	721	12.1%	基金70%取崩し	1,070,756,352
吹田市	5,980	6,069	89	1.5%	基金83%取崩し	3,000,000,000
泉大津市	5,876	7,219	1,343	22.9%	※基金取崩さず	400,000,000
高槻市	5,600	5,753	153	2.7%	基金全額取崩し	2,560,810,000
貝塚市	6,169	6,585	416	6.7%	※基金取崩さず	722,866,414
守口市	6,748	7,444	696	10.3%	基金の記載無し	0
枚方市	5,902	5,928	26	0.4%	基金全額取崩し	2,064,976,887
茨木市	5,990	6,216	226	3.8%	基金の記載無し	0
八尾市	6,556	7,639	1,083	16.5%	※基金取崩さず	380,000,000
泉佐野市	6,650	6,446	-204	-3.1%	基金91%取崩し	437,981,578
富田林市	6,730	6,557	-173	-2.6%	基金全額取崩し	846,044,000
寝屋川市	6,390	7,039	649	10.2%	基金の記載無し	0
河内長野市	5,840	5,895	55	0.9%	基金全額取崩し	1,314,385,621
松原市	6,550	7,407	857	13.1%	基金の記載無し	0
大東市	6,420	7,158	738	11.5%	※基金取崩さず	1,468,580,212
和泉市	6,159	6,255	96	1.6%	基金全額取崩し	548,397,000
箕面市	5,400	5,736	336	6.2%	基金全額取崩し	820,806,408
柏原市	6,102	6,424	322	5.3%	基金69%取崩し	572,099,345

# 国の第1号介護保険料基準

段階	主な要件	基準額に対する乗率	被保険者数
第1段階	非課税世帯で本人の年金収入等80万円以下	基準額×0.5	609万人 (17.0%)
第2段階	非課税世帯で本人の年金収入等80万円超120万円以下	基準額×0.75	296万人 (8.3%)
第3段階	非課税世帯で本人の年金収入等120万円超	基準額×0.75	271万人 (7.6%)
第4段階	課税世帯で本人非課税・年金収入等80万円以下	基準額×0.9	446万人 (12.5%)
第5段階	課税世帯で本人非課税・年金収入等80万円超	基準額×1.0	480万人 (13.4%)
第6段階	本人課税で合計所得120万円未満	基準額×1.2	521万人 (14.5%)
第7段階	本人課税で合計所得120万円以上210万円未満	基準額×1.3	463万人 (12.9%)
第8段階	本人課税で合計所得210万円以上320万円未満	基準額×1.5	238万人 (6.6%)
第9段階	本人が課税で合計所得320万円以上	基準額×1.7	255万人 (7.1%)

被保険者数は「令和2年度介護保険事業状況報告年報」

## 消費税10%化に伴う 公費投入による介護保険料軽減

町村民税非課税世帯全体を対象として実施（65歳以上の約3割）

基準額に対する割合	軽減後（公費軽減分）	人数（15年推計）
第1段階 0.50	⇒ 0.30(▲0.20)	650万人
第2段階 0.75	⇒ 0.50(▲0.25)	240万人
第3段階 0.75	⇒ 0.70(▲0.05)	240万人

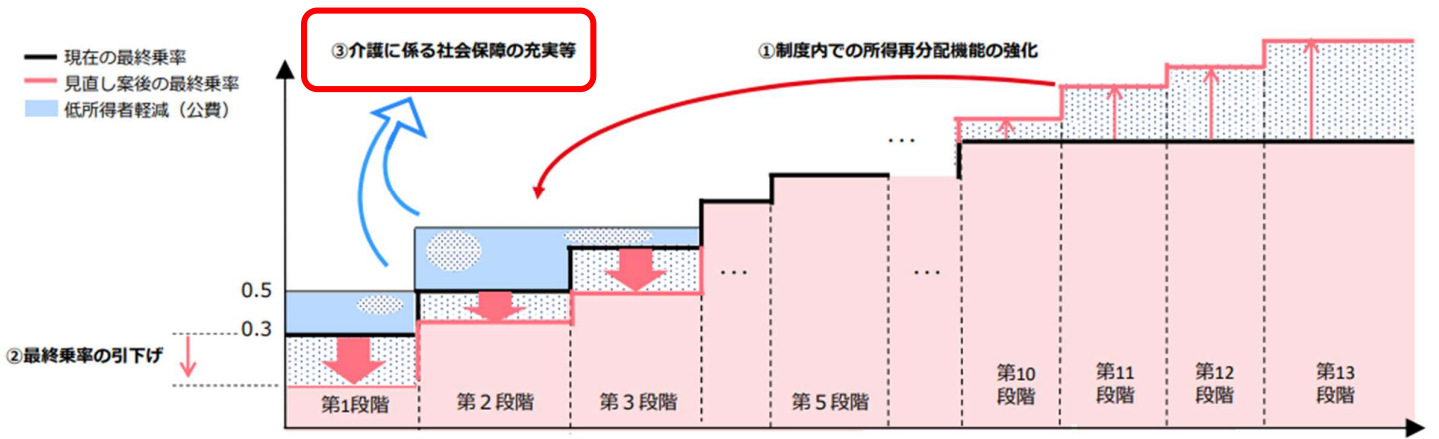
実施時所要見込額 約1400億円（公費ベース※）

※公費負担割合 国1/2、都道府県1/4 市町村1/4



**第1号保険料に関する見直しの方向性（案）**

- 介護保険制度の持続可能性を確保するためには、団塊の世代が75歳以上となる2025年、その後高齢者人口がピークを迎える2040年頃にかけての介護給付費の増加を見据え、1号被保険者間での所得再分配機能を強化し、低所得者の保険料上昇を抑制する必要。
- 昨年の全世代型社会保障構築会議報告書でも、「『全世代型社会保障』は、年齢に関わりなく、全ての国民が、その能力に応じて負担し、支え合うことによって、（中略）必要な保障がバランスよく提供されることを目指すものである。」とされている。また、昨年の部会意見書でも、「既に多くの保険者で9段階を超える多段階の保険料設定がなされていることも踏まえ、標準段階の多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げ等について検討し、「具体的な段階数、乗率、低所得者軽減に充当されている公費と保険料の多段階化の役割分担等について（中略）早急に結論を得ることが適当」とされている。
- ・ 高所得者に係る標準段階の多段階化、乗率設定については、既に9段階を超える多段階の保険料設定を行っている保険者の実態等を考慮して、段階数・乗率を設定することとしてはどうか。
- ・ 低所得者に係る乗率設定については、多段階化によって生じた保険料財源を所得再分配機能の強化に活用し、介護給付費が増加する中でも低所得者の保険料上昇を抑制する観点から、最終乗率（低所得者が実際に負担する乗率）を設定することとしてはどうか。
- ・ 低所得者軽減に活用されている公費と保険料の多段階化の役割分担等については、保険料の多段階化によって制度内での対応が強まることを踏まえ、公費の一部を介護に係る社会保障の充実に活用することを検討し、年末までの予算編成過程において調整することとしてはどうか  
 ※ 社会保障と税の一体改革における「社会保障の充実」として、1号保険料の低所得者軽減のほか、介護職員の処遇改善等を公費で実施。



**保険料に関する4つの要求案**

**その1** 現在の介護保険料の仕組みでは限界。国庫負担増で保険料引下げをすること。低所得者軽減に充当されている公費削減は行わないこと。

**その2** 当面、市町村の一般財源投入して保険料引下げをおこなうこと。

**その3** 保険料の余りを貯め込み（基金）している自治体は、全額保険料引下げにまわすこと。

**その4** 低所得者に対する介護保険料減免制度を拡充すること。

# 介護保険財政の特徴と準備基金

高齢者の保険料を3年間管理するのが基金

介護保険財政の仕組み 第8期(居宅サービスの場合)

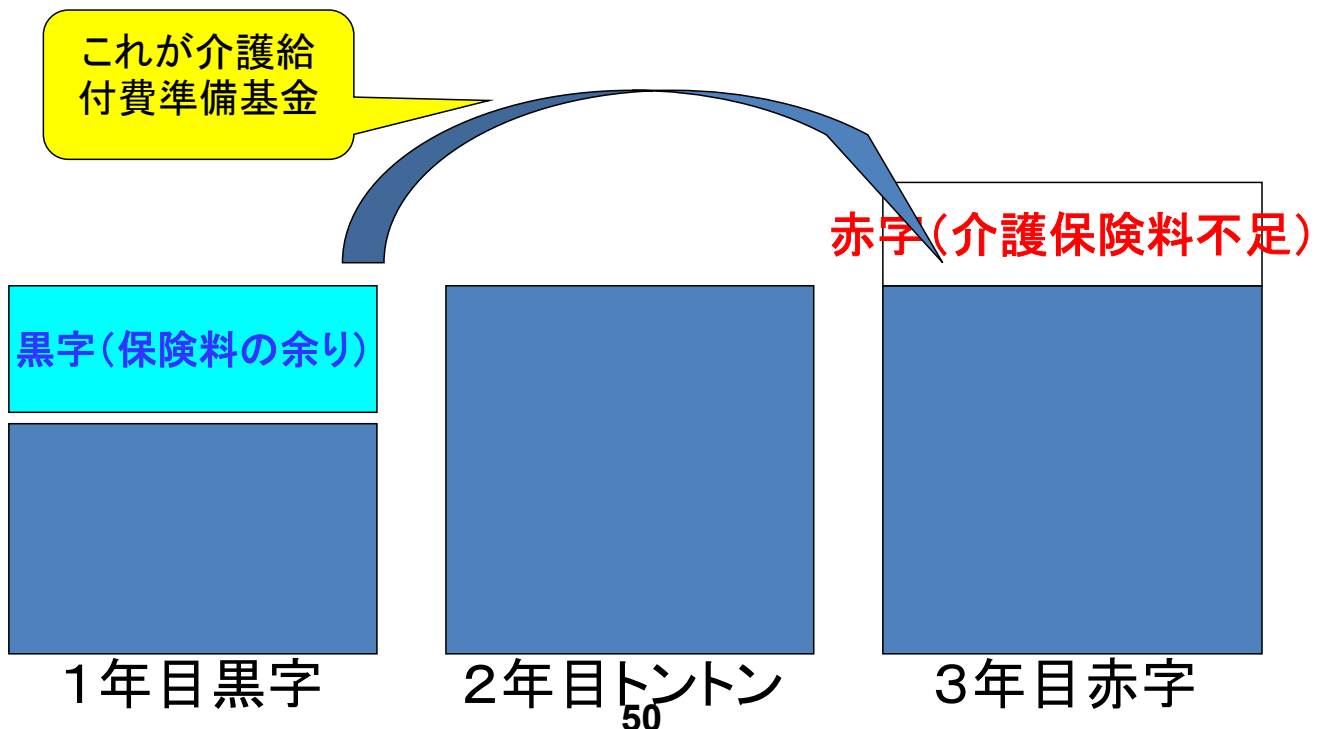
85歳以上 保険料 <u>23%</u>	40歳～64歳 保険料 27%	調整 交付 金 5%	国庫負 担金 20%	府 12.5 %	市 12.5 %
----------------------------	-----------------------	---------------------	------------------	----------------	----------------

3年間繰り越して調整する  
(=準備基金)

単年度で精算し  
繰り越さない

## 中期財政運営(3年ごと)

余った介護保険料は翌年以降の給付費へ



# 基金残高発生＝保険料が高すぎた

3年間で過不足のない保険料設定が原則

介護保険法では、市町村に介護保険事業に要する費用に充てるために保険料を徴収することを義務付け（法第129条第1項）

市町村が定める保険料は「おおむね三年を通じ財政の均衡を保つことができるものでなければならない」（介護保険法第129条第3項）とされている。

「財政の均衡」＝歳入・歳出が3年間で均衡するという原則

介護保険料が3年間で「余る」という事態

⇒保険料設定が高すぎたということ

15

## 一部の市町村で貯め込み常態化

○一部の市町村では、保険料が余っても次期計画に繰入れず基金として貯め込み続けるということが常態化。

○厚生労働省もその姿勢を後退

「介護給付費準備基金の剰余額は次期計画期間に歳入として繰り入れ、保険料上昇抑制に充てることが一つの考え方である」「介護給付費準備基金の適正な水準は保険者が決定するもの」と市町村が基金を貯めこむことも容認するような表現に変えた。（平成29年7月3日全国介護保険担当課長会議資料）



# 全国市町村の介護保険は「黒字」

全国の基金残高合計は、第5期末(2014年度)に3024億4683万円で介護保険事業の歳入額と比較して3.1%だった基金残高が第7期末(2020年度)には7947億8111万円歳入額比で6.9%と2倍以上に積み上がっている。

## 介護給付費準備基金の状況

(単位：千円)

年度	事業計画の期	準備基金残高合計	歳入額合計	基金残高／歳入額	保険者数	基金保有保険者数	基金保有保険者の割合
2002年度	第1期末	194,395,947	5,047,969,472	3.90%	2863	2089	73.0%
2005年度	第2期末	166,256,523	6,231,256,607	2.70%	1681	1401	83.3%
2008年度	第3期末	404,964,779	7,235,052,075	5.60%	1646	1534	93.2%
2011年度	第4期末	284,815,391	8,209,330,308	3.50%	1580	1452	91.9%
2014年度	第5期末	302,446,832	9,614,155,369	3.10%	1579	1428	90.4%
2017年度	第6期末	578,642,406	10,688,936,902	5.40%	1578	1467	93.0%
2020年度	第7期末	794,781,115	11,558,427,862	6.90%	1571	1442	91.8%
2021年度	第8期1年目	913,732,214	11,855,006,884	7.70%	1571	1426	90.8%

厚生労働省「介護保険事業状況報告」から作成

17

## 「赤字」で都道府県から借金する市町村は減少

財政安定化基金の貸付状況を各計画期間末年度ごとに見ていくと、第1期末(2002年度)は735保険者、403億7千万円、第2期末(2005年度)は、423保険者、391億8千300万円にのぼったものの、それ以降は貸し付けを受ける保険者は減少し、第7期末(2020年度)では8保険者2億2千100万円にまで減少し、2001年度・2022年度では貸付を受ける保険者はゼロとなっている。

### 財政安定化基金貸付状況 (各計画期間末年度末累計)

年度	期	保険者数	貸付を受けた保険者数	貸付保険者割合 (%)	貸付額(単位：百万円)
2002年度	第1期末	2863	735	25.6%	403億70
2005年度	第2期末	1681	423	25.2%	391億83
2008年度	第3期末	1646	57	3.5%	22億00
2011年度	第4期末	1580	138	8.7%	98億14
2014年度	第5期末	1579	125	7.9%	75億69
2017年度	第6期末	1578	23	1.5%	5億51
2020年度	第7期末	1571	8	0.5%	2億28
2021年度	第8期1年目	1571	0	0.0%	0
2022年度	第8期2年目	1571	0	0.0%	0

厚生労働省「<sup>52</sup>介護保険事業状況報告」から作成

18

## ①わが自治体の介護保険を知ること

第9期介護保険事業計画の検討状況（特に介護保険料算出根拠）

今後の推計・見通し

②当面下げるために必要なことの要求化

③本質的な改善は国庫負担増。低所得者軽減の公費削減には反対

19

**利用者数で見た総合事業の実施状況**（厚生労働省調査から）  
 総合事業移行後7年が経過しましたが、「多様なサービス」は増えてはいるものの、利用者数で見ると依然として「従来相当サービス」（従来の基準・報酬のホームヘルパー、デイサービス）が多数を占めています。

総合事業の訪問型サービスの利用者数（全国計）

2022年3月時点

	従前相当サービス		サービスA（基準を緩和したサービス）		サービスB（住民主体によるサービス）		サービスC（短期集中サービス）	
	実人数	比率	実人数	比率	実人数	比率	実人数	比率
訪問型サービス	303,532	75.1%	83,655	20.7%	12,224	3.0%	2,713	0.7%
通所型サービス	512,670	80.1%	95,789	15.0%	18,987	3.0%	12,847	2.0%

令和3年度 介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和3年度実施分）に関する調査結果の数値で計算 ※「比率」は各サービス利用者実人員の合計数に対する比率である

# 介護保険制度の見直しに関する意見

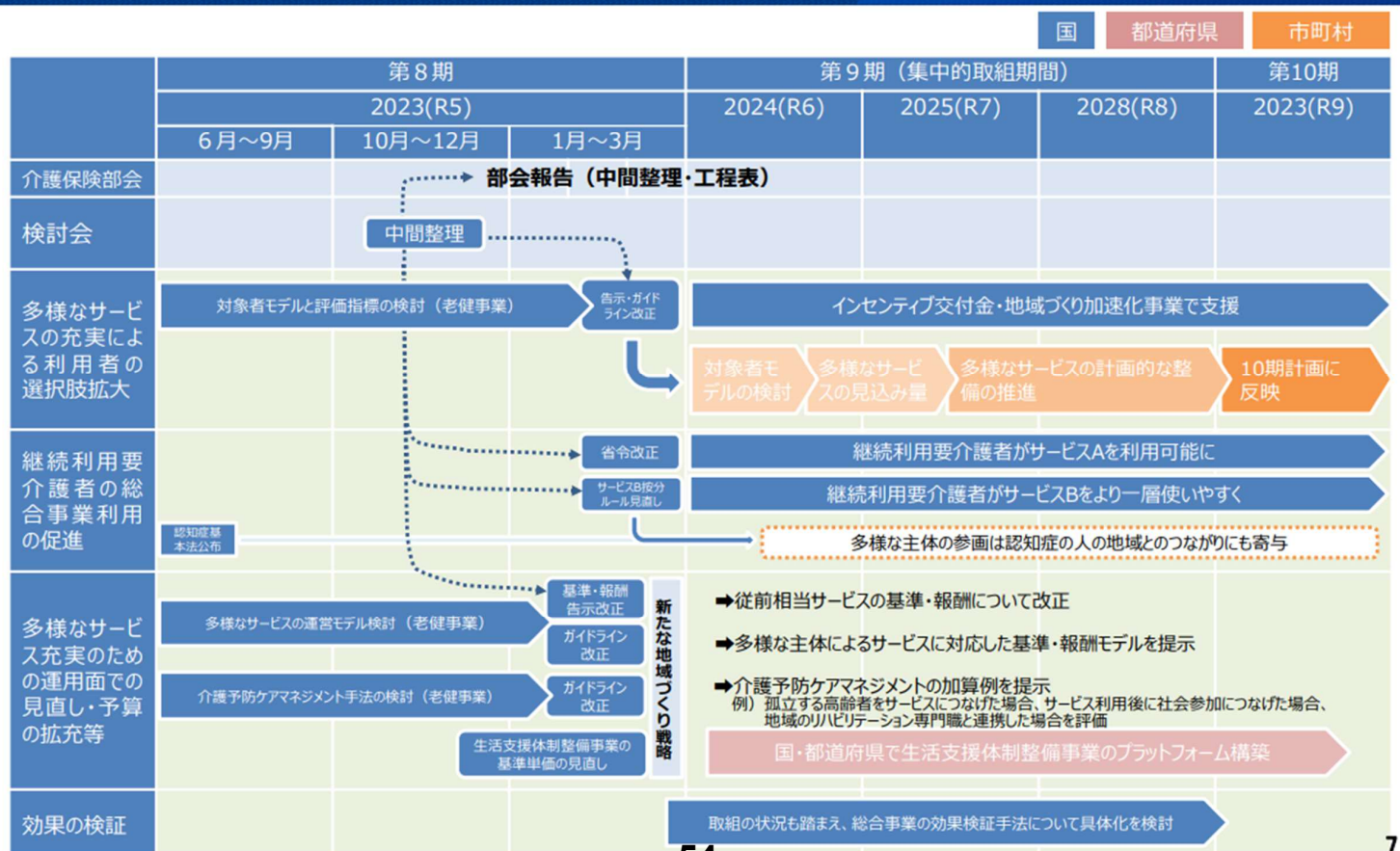
(2023年12月20日社会保障審議会介護保険部会)

(総合事業の多様なサービスの在り方)

○ 介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）は、既存の介護サービス事業者に加えて、住民主体の取組を含む、多様な主体によって介護予防や日常生活支援のサービスを総合的に実施できるようにすることで、市町村が地域の実情に応じたサービス提供を行えるようにすることを目的とした事業である。平成26年法改正から一定期間が経過しており、総合事業の実施状況等について検証を行いながら、地域における受け皿整備や活性化を図っていくことが必要である。

○この観点から、従前相当サービスやそれ以外のサービスの事業内容・効果について実態把握・整理を行うとともに、担い手の確保や前回制度見直しの内容の適切な推進も含め、**総合事業を充実化していくための包括的な方策の検討を早急に開始するとともに、自治体と連携しながら、第9期介護保険事業計画期間を通じて、工程表を作成しつつ、集中的に取り組んでいくことが適当である。**

## 総合事業の充実に向けた工程表（案）



# 2023年度大阪社保協 自治体キャラバン 要望項目

総合事業(介護予防・生活支援総合事業)について

利用者のサービス選択権を保障し、サービスについて、すべての要支援認定者が「従来(介護予防訪問介護・介護予防通所介護)相当サービス」を利用できるようにすること。

また、新規・更新者とも要介護(要支援)認定を勧奨し、認定申請を抑制しないこと。

23

大阪社保協介護保険対策委員会／編

日下部雅喜  
雨田 信幸

## ”次期“介護保険改悪と 障害者65歳問題



「高齢者人口がピークを迎える 2040 年ごろ」に向け、人手不足と介護費用増加の危機感を煽り、負担増と給付抑制のために「次の介護保険見直し」に着手する政府に対して、地域からの介護保障運動の課題を考える。  
また障害者の 65 歳「介護保険優先原則」の根本問題から、安心して使える社会保障制度の在り方を問いかける。

55  
日本機関紙出版センター

24

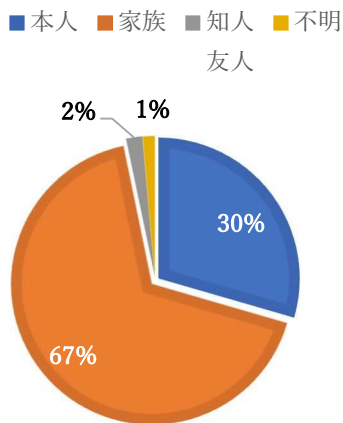


# 11月11日「介護の日」 「介護・認知症なんでも無料電話相談」の結果について

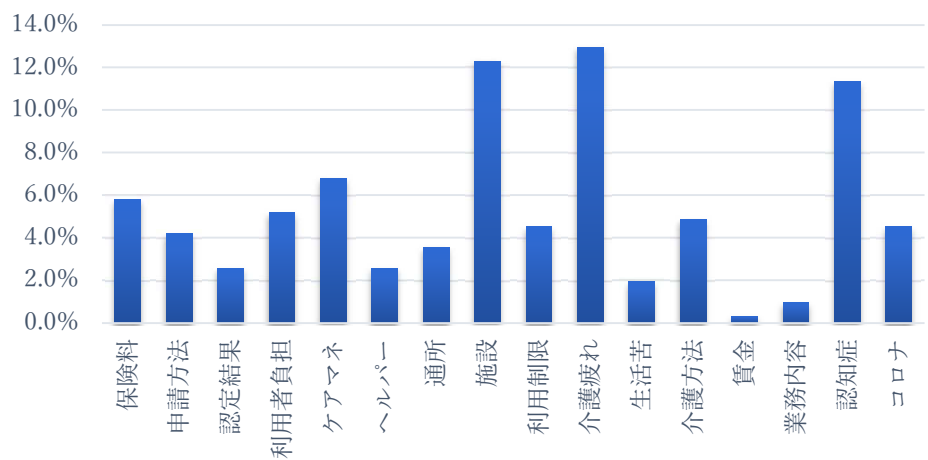
中央社会保障推進協議会  
事務局次長 大嶋 祐介

11月11日(土)「介護の日」に、全国を対象に中央社会保障推進協議会は「公益社団法人認知症のひとと家族の会」との共同で、今年で13回目となる「介護・認知症なんでも無料電話相談」を全国30都道府県42会場で相談窓口を設けて、340件の相談を受けることができました。介護の介護改悪がすすみ介護の人員不足がすすみ介護サービスの抑制や制限が、一層介護利用者や家族、介護従事者が苦しめられる状況となり介護疲れの相談や施設への不満として相談が多く寄せられました。

## 相談者の内訳2023



## 電話相談内容の内訳



### ■ 2か月に10分の面会しかできない

相談できる専門職がないことからの混乱。夫が病気になり入院したが期限が迫り、退院するように言われている。特養入居申請したが、すぐ入居できず老健も空いていない。妻である自分は家で夫を介護したい。そばにいたいと希望しているが、退院をせかされて困ってしまい、空床のあったケアハウスにとりあえず入所することとなった。しかし2か月に1回10分間しか面会できず、ここにこのまま入居させるのが夫や自分にとって良いことなのかどうか分からない。

### ■ お金がかかり介護保険サービスが使えない

高額な医療制度を利用しているため、お金がなくて介護保険サービスが使えない。少し収入が増えても課税になってしまい、いろいろな社会保障費が一気に増えた。生活保護を勧められるが、扶養照会されると思うと踏み切れない。介護保険料分納もできない。

### ■ 介護疲れが大きく、どう介護したらよいか

夜間、夫がすぐ起きてきて眠れない。介護疲れが大きくなっている。デイケアを週3回利用している。妄想、幻視等があり、介護拒否の際腕や指をひねられる。たまに殴られる。思わず叩き返すこともある。主人にこんなことをしてと落ち込んでしまう。どう介護したらよいか。

### ■ 職員が走り回っていて話もできない。

老人ホームの介護棟に入居している。入居時は大きな会社で1:1.5の介護体制と聞いていた。経営会社が変わり内容が激変。職員が8人やめたが補充がない。聞くと国が減らして良いと言ったから、とのこと。認

知症の入居者も多く、職員が走り回っていて話もできない。これでは嫌なので、ほかの施設を探しているところ。短歌や俳句が好きで作っているが、職員とゆっくり楽しむ時間は全くない。施設長は5つの施設の長を兼ねていて話をする事もない。“囲む会”でかろうじて話をしている。法人はどんどん施設を増やしているようだがこれではダメでしょう。

#### ■ 相談できてよかった

父を1年前に看取り、母は現在施設入所。要介護1，短期記憶低下。相談者（娘）は一人暮らし、うつ病あり。母のそばで一緒に暮らしたいが病気があり、こんな状態ではままならない。苦しくなって夜も辛くて眠れない。母をどうこうすることはできない。先に逝ってしまおうかと考えてしまう。姉妹からは、うつがあり、厄介者扱いされている。いろいろな相談窓口があるが、なかなかつながらない。相談できてよかった。

#### まとめ

介護保険制度は施行23年が経過しました。しかし、必要なサービスを利用できない実態が広がっており、家族介護を理由とした介護離職も高止まりです。介護事業所では、深刻な人手不足と、低い介護報酬のもとでの経営難が続いており、コロナ禍と物価高騰はこうした事態をいっそう加速させています。

私たちは、この電話相談に寄せられた「苦悩」や「叫び」ともいえる相談内容を真正面からとらえて、国民が本当に願う「介護の社会化」が実現できるよう、介護保険制度の抜本的な改革を求めていきます。



2023年12月5日

厚生労働大臣 武見 敬三 殿

## 国民健康保険制度の改善を求める要望

中央社会保障推進協議会

代表委員 住江 憲勇

山田 智

秋山 正臣

鎌倉 幸孝

安達 哲郎

窪田 光

1984年国保法改正により、それまでの国保財政への国庫負担率、総医療費の45%（給付費の約60%）を給付費の50%に変え、総医療費38.5%に当たる国庫負担率を大幅に縮減してきました。この国庫負担率引き下げが、地方自治体の国保財政を直撃し、その後の度重なる国保料（税）の引上げの原因になっています。その結果、支払えない被保険者を増加させています。一般会計からの法定外繰入の解消、子どもの均等割保険料の軽減、医療費助成の実施に伴う国庫負担減額措置、資格証明書の発行、保険料水準の統一、健康保険証の廃止問題など、国保加入者と市町村に重大な影響を及ぼす課題が山積みです。

つきましては、国民健康保険制度の改善のために、以下の事項の実現を要望します。

### 記

#### 1. 国保料（税）の引き下げ

- ①国保への国庫負担を医療給付費の45%に戻し、国保料（税）を引き下げること。
- ②国保に1兆円の公費を投入し、協会けんぽ並みの保険料（税）にすること。
- ③保険料（税）は応能負担を原則とし、均等割・平等割保険料（税）は廃止すること。
- ④所得割保険料（税）を、所得から基礎控除（43万円）のみを差し引いて算定する「旧ただし書き方式」を改め、扶養・配偶者控除、ひとり親・障害者控除などを差し引いた「住民税方式」に改めること。

#### 2. 保険料（税）軽減・減免制度の拡充

- ①国の軽減制度（7割・5割・2割）の対象範囲と軽減割合を拡大すること。
- ②18歳までの子どもの均等割保険料（税）は免除すること。

- ③収入減少に伴う保険料（税）減免制度の要件を大幅に緩和すること。
  - ④市町村独自の減免制度を実施するに当たって、一般会計からの法定外繰入を認めること。
  - ⑤低所得世帯向け減免、子どもの均等割減免などは、「決算補填等目的以外の法定外繰り入れ」とし、「削減・解消すべき赤字」とみなさないこと。
3. 医療費助成の実施に伴う国庫負担減額措置について
- ①子ども・障害者・ひとり親家庭などに対して、現物給付による医療費助成を行った場合の国保の国庫負担減額措置を完全に廃止すること。
4. 都道府県単位化と国保運営方針について
- ①保険料（税）の算定は、市町村ごとの設定を基本とし、都道府県単位の保険料水準の統一を求めないこと。統一を理由にした保険料減免制度の廃止を行わないこと。
  - ②市町村の自治権を尊重し、法定外繰り入れ解消のための赤字解消年次計画を明記させるのではなく、法定外繰り入れを継続、充実させること。
  - ③保険者努力支援制度での法定外繰入に対するマイナス評価は止めること。
5. マイナ保険証について
- ①健康保険証の廃止を中止し、現行の健康保険証を存続すること。
6. 傷病手当金・出産手当金について
- ①加入する医療保険制度の違いにより、保険給付内容が異なる事態を解消するため、すべての加入者を対象にした「傷病手当金」「出産手当金」を法定給付とすること。
7. 保険証の取り上げ、不当な差し押さえの中止
- ①資格証明書の発行を止めること。また、生活を脅かす不当な差し押さえは行わないこと。
  - ②保険料（税）を払えない加入者の生活実態把握に努め、納付が困難と判断した場合は、滞納処分の執行停止などを迅速に行うこと。
8. 一部負担金の減免制度の改善
- ①一部負担金減免は、恒常的な低所得世帯を対象に含めるなど減免基準を改善するとともに、保険料（税）滞納世帯への利用制限を行わないこと。
  - ②行政や医療機関の窓口以案内ポスター、チラシを置くなどして周知すること。

以上



## 第2回国保改善運動学習交流集会アピール（案）

2023年12月17日（日）

中央社会保障推進協議会 国保部会

7月16日に開催した第1回国保改善運動学習交流集会では、来年度第3期都道府県国民健康保険運営方針改定にあたり、中央社保協国保部会として国庫負担の大幅引き上げや、自治体独自の公費繰り入れ拡充などによる国保料（税）の引き下げ、保険料水準の統一反対、保険証の存続、一部負担金減免の拡充などを求めるために行動提起を行いました。

中央社保協国保部会では、厚生労働省に対して、7月25日・12月5日に国保料（税）の引き下げや保険料（税）の算定は、市町村ごとの設定を基本とし、都道府県単位の保険料水準の統一を求めず、統一を理由にした国保料（税）の引き上げ保険料減免制度の廃止を行わないことなどについて要請行動を行いました。

厚生労働省は、国庫負担を増やすことは認めず、保険料水準の統一を口実に給付と負担のバランスが崩れるという理由で市町村独自の減免制度の廃止や法定外繰入の解消などを強行に打ち出してきました。この背景には政府や財務省の社会保障制度に対する国庫負担を削減していく方針が示されていることが原因です。

要請のなかで厚生労働省は、自治体からの反対の声が広がればそれをもとに財務省とやりあえるという趣旨の発言もありました。市町村が声を上げるためにも私たちの願いを各地での署名運動、請願書・要請書の提出、不服審査請求運動、自治体キャラバン要請行動などの運動で届けましょう。

また、重くのしかかる国保料（税）の課題は、年金生活の高齢者や農林水産業を含む自営業者だけではなく、非正規雇用の拡大のもと、若い世代や雇用者の問題ともなっています。国保制度の改善を国民的な課題として運動を展開していくためには、全世代・全階層のものとしてとらえることが必要です。そのためにも「安心できる国保のために」パンフを全国で活用し大いに学習活動をすすめてみましょう。

### ■ 具体的な運動

- ① 国に対して払える国保料に引き下げるため国庫負担を抜本的に増やすこと、都道府県単位の保険料水準の統一を求めないこと、統一を理由にした国保料（税）の引き上げや保険料減免制度の廃止を行わないこと、一部負担金減免の拡充などを求める意見書採択の運動をすすめてみましょう。
- ② 「安心できる国保のために」パンフを活用し、改めて全世代・全階層で国保について学習を進めていきましょう。教材として使えるように中央社保協国保部会として、2024年1月15日（月）にオンライン併用での学習会します。全国からの参加を大いに広げましょう。

以上

# 安心できる国保のために

2024年1月15日(月) 11:00~12:00

会場：日本医療労働会館・オンライン：ZOOM

<https://zoom.us/j/97751145930?pwd=cW80bUwwa3I4SXBpbkNKNVvONIN6UT09>

ID: 977 5114 5930 パスコード: 514423

◎お手元に「**安心できる国保のために**」をご用意ください。

◎教材として活用できるように終了後にYouTubeにもアップ

1984年国保法改正により、それまでの国保財政への国庫負担率、総医療費の45%（給付費の約60%）を給付費の50%に変え、総医療費38.5%に当たる国庫負担率を大幅に縮減してきました。この国庫負担率引き下げが、地方自治体の国保財政を直撃し、その後の度重なる国保料（税）の引上げの原因になっています。

現在、重くのしかかる国保料（税）の課題は、低収入となる非正規雇用の拡大とともに、農林水産業を含む自営業者や年金生活をしている高齢者だけの問題ではなく、若い世代や雇用者の当事者としての問題となっています。国保制度の改善を国民的な課題として運動を展開していくためには、この問題を全世代・全階層のものとしてとらえることが必要となるため、「安心できる国保のために」を全国で活用し大いに学習活動をすすめましょう。

今回の講師 藤田まつ子さん  
社会保障推進千葉県協議会事務局長  
中央社保協 運営委員・国保部会部員



📌 「**安心できる国保のために**」注文できます  
◎1部50円（送料別）

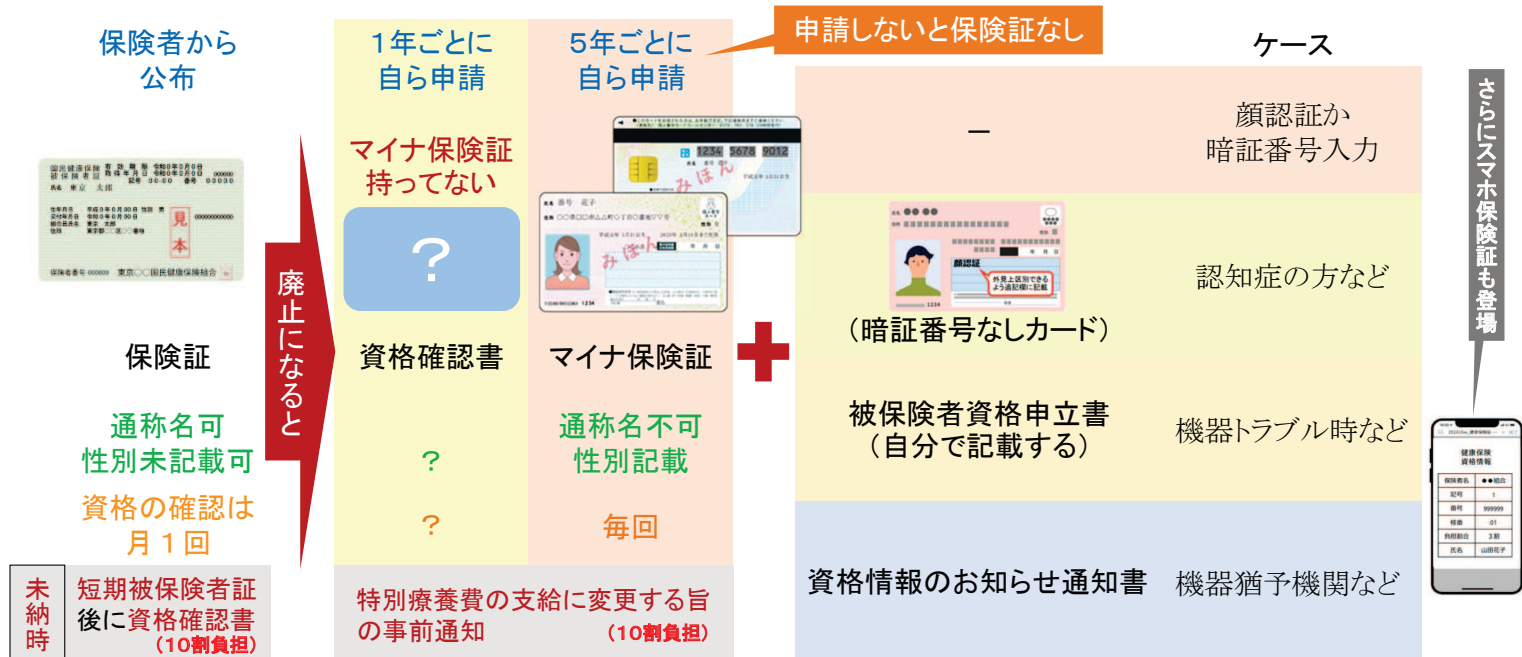
📌 中央社保協のホームページまたは下記URLより受付中  
<https://forms.office.com/r/nXJRK2W39C>

主催：中央社会保障推進協議会 国保部会

お問い合わせ [k25@shahokyo.jp](mailto:k25@shahokyo.jp)

# 現行保険証が廃止されるとどうなる？

…保険資格確認方法が5通りに、従来の保険証を残せば良いだけ！



## 現行保険証廃止は、人権侵害への道

- 医療機関へのオンライン資格確認システム義務付け
  - …従わないと保険医資格はく奪＝最も身近な地域医療を破壊させる
- 組合国保、組織の団結に影響する
- 保険証の取得はすべて本人の申請制となる
  - …窓口10割負担。国民皆保険制度の瓦解へ



3割の場合	初診	初診 4月～	再診
マイナ	6円	6円	0円
現行	12円	18円	6円

2023年度補正予算で医療機関にマイナ保険証の利用促進をさせる

- 医療・介護の機微な個人情報プロファイリング(人物像を収集・分析)
  - …健康の自己責任化。さらに商用利用や選別に活用
- 「社会保障個人会計」導入により社会保障費削減へ
- マイナカード(身分証明書)携帯の常態化、さらなるの個人情報収集
- 顔認証の普及によるマイナカードの廃止
  - …人権侵害の差別・選別。国家による国民監視へ

「社会保障個人会計」による情報提供内容

【資格の部】

- 被保険者資格、受給資格

【給付の部】

- 年金の給付額（当年度、実績累計、生涯給付見込額）（受給権が発生していない者はその時点における給付見込み額）
- 医療の給付額（当年度、実績累計）
- 介護の給付額（当年度、実績累計）
- 雇用の給付額（当年度、実績累計）
- トータル給付額（当年度、実績累計）

【負担の部】

- 年金の保険料（当年度、実績累計、生涯本人負担額）
- 医療の保険料と自己負担（当年度、実績累計）
- 介護の保険料と自己負担（当年度、実績累計）
- 雇用の保険料（当年度、実績累計）
- トータルの負担額（当年度、実績累計）

各位

中央社会保障推進協議会  
代表委員 住江 憲勇  
山田 智  
秋山 正臣  
鎌倉 幸孝  
安達 克郎  
窪田 光

## 中央社保協 2023年度全国代表者会議へのご案内 【第2報】

日々の社会保障を守り推進する活動に敬意を表します。

中央社保協2023年度全国代表者会議のご案内です。

「人権としての社会保障」の実現に向けて、来年の通常国会での社会保障・社会福祉分野での共同を進め、憲法改悪をねらう政治の転換を、中央、地域からの運動を結集させ奮闘していきましょう。

下記の通りに2023年度全国代表者会議を開催します。また、翌日2月13日には通常国会に向けて国会議員要請行動を行います。

### 記

- 開催日時：2024年2月12日（月・祝）13：00～16：30
- 開催形式：対面形式・オンライン併用（ZOOM）
  - 会場：全労連会館2階ホール（現地参加をご検討ください。）
  - 参加登録フォーム（代表者の登録と人数）  
<https://forms.office.com/r/126rG5JN7G>  
※ 2024年1月19日（金）までに登録をお願いします。
  - 中央団体や各県・地域社保協のニュースなどの資料を下記日程までにお寄せください  
[k25@shahokyo.jp](mailto:k25@shahokyo.jp) へ、2024年1月10日（水）までにお寄せください。
- スケジュール（予定）

13：00～	受付開始
13：30～	開会あいさつ
13：45～	国会報告
14：05～	連帯の挨拶
14：15～	基調報告・質疑応答
14：45～	休憩
15：00～	全体討論
16：05～	休憩
16：15～	討論のまとめ
16：20～	アピール採択
16：25～	閉会あいさつ





#### 4. 全体討論での発言通告用紙の提出について

##### ■ 全体討論での発言をされる方

発言時間は5分でお願いします。

別紙の発言通告用紙・発言通告フォームよりお申込みください。

発言通告フォーム➔ <https://forms.office.com/r/04LZx8ay1f>

◇ 発言通告用紙は下記メールにお送りください。

[kikaku@shahokyo.jp](mailto:kikaku@shahokyo.jp)

※ 発言通告用紙・発言通告フォームへの登録

**2024年2月10日（土）12時までに登録してください。**



#### 5. 国会議員要請行動について

■ 日時：2024年2月13日（火）12：00より意思統一、その後要請行動へ

■ 場所：衆議院第2議員会館第5会議室（予定）

◇ すべての国会議員に向けて請願署名への紹介議員への要請行動を行います。

◇ 地元出身の国会議員に向けて要請行動を組んでいただければと考えております。

- 要請行動の際、現地の取り組みや実態などを訴えていただければと思います。
- 参加が難しい地域については事務局の方で行動を行います。

以上



## 2024 年度診療報酬改定率に抗議する談話

### 「実質プラス 0.18%では国民医療を守れない。診療報酬の十分な引き上げを求める」

2024 年度の診療報酬改定については、12 月 20 日の予算大臣折衝で改定率を全体でマイナス 0.12%とすることで合意し、22 日に閣議決定された。自民党政権下で 6 回連続のマイナス改定となった。

「本体」プラス 0.88%、「薬価」「材料」でマイナス 1.00%、全体で 0.12%のマイナス改定である。「医科」分についてはプラス 0.52%にとどまった。医療従事者の賃上げ対応に 0.89%分（内訳：40 歳未満の勤務医と事務職等 0.28%、看護職・病院薬剤師・その他の医療関係職種 0.61%）、低所得者の入院時の食事基準額として 0.06%分を充てる一方、「生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化」をマイナス 0.25%とする。

新型コロナパンデミックは、これまでのわが国の医療提供体制が機能不全に陥ってしまったことを明らかにした。コロナ禍を経験して国民の多くが安心して医療機関にかかることができる地域医療の整備・拡充を望んでいた。しかし、財務省の財政制度等審議会が 11 月 20 日にとりまとめた 2024 年度予算編成の建議では、診療報酬改定についてマイナス改定とすることが適当であると結論付けた。同建議は内部留保をため込む輸出大企業や超富裕層への優遇税制には一切言及せず、一方で「診療報酬をプラス改定すると保険料が増加、現役世代の所得が減少する」とし、医療者と国民を分断することを狙っている。また、恣意的な数値を用いて診療所を標的とし、「初・再診料の引き下げにより報酬単価を 5.5%（改定率で約マイナス 1.00%）程度引き下げるべきである」とし、病院と診療所を対立する構図に持ち込もうとしている。

「本体」プラス改定となったことのみを強調するメディアも多いが、医療従事者の賃上げ対応分と入院時の食事基準の対応分を除くと、用途が限定されない本体財源は僅かプラス 0.18%にすぎない。物価高騰や未だ続く感染症対策に対応するためには全く不十分である。しかも、中医協では外来管理加算の廃止や特定疾患療養管理料、生活習慣病管理料等の算定要件の厳格化、リフィル処方等の活用等が議論されており、外来を中心とする診療所・中小病院では実質マイナス改定となることが懸念される。

入院時の食事基準額については、引き上げの財源を患者負担とした上で、低所得者の負担を緩和する対応となった。その他、長期収載品と後発品の差額分も患者負担（選定療養費）とされたが、断じて容認できない。長期収載品の薬価を引き下げ、後発品との差額を減少するなどにより、保険給付を堅持しなければならない。

そもそも診療報酬は 2000 年以降、累計で 10%以上引き下げられてきた。医療費抑制により医師数が不足、医療従事者の確保もままならない状態となり、医療提供体制は脆弱化している。全ての患者・国民が安心して適切な医療を受けられる体制の充実は、日本国憲法に定められた国の責務であるはずだ。医療資源は必要不可欠な社会保障である。

中医協では、今後も 2024 年 2 月上旬の診療報酬改定の諮問答申に向け、審議が続く。協会は、診療報酬の連続マイナス改定に強く抗議するとともに、国民のいのちと健康を守る立場から基本診療料を中心とする診療報酬の十分な引き上げと患者窓口負担の大幅な軽減を求める。



# どうする東京 変えよう都政! 2024キックオフ ひろげよう市民と野党の共闘

2024/1/24 (水) 開場 ◆ 18:30  
開会 ◆ 19:00

なかのZERO大ホール JR 中野駅  
徒歩8分

主催 ■ 2024年東京都知事選挙を市民と野党の共闘でたたかう都民集会実行委員会  
FAX: 03-3943-6533 email: info@yobikakeninkaigi.tokyo

連帯挨拶 宇都宮健児  
2020年東京都知事選候補者

小池都政を変える市民◎リレートーク  
爆発させよう都民の怒り

「都政の主人公は私」各分野で活動する団体・個人からのアピール

東京の野党各党の決意表明

立憲民主党・日本共産党・社民党・新社会党・緑の党・生活者ネット  
\*れいわ新選組(要請中)

行動提起

小池都政が誕生して7年半が経ちました。果たしてこの7年半の間に、都民の暮らしは改善されたのでしょうか。東京のまちは住みやすく、地球に優しい都市に変わったのでしょうか。都政が「都民の声が届く」身近な自治体に生まれ変わったのでしょうか。その答えをみなさんと考えていきたい思います。

インフルエンザ・コロナ対策にご協力ください。  
会場での手話通訳あり  
当日はオンライン【ZOOM ウェブナビ】で配信  
ミーティング ID: 833 9792 7574 66 スコードを設定する: 0124



参加費無料