

# いのち・暮らし・社会保障立て直せ一斉行動学習会 (全労連会議室)

長友 薫輝 (佛教大学社会福祉学部) 2022年8月10日

## 本日のメニュー

- ① コロナ禍における社会保障 (特に医療・介護政策) の現状を共有する。
- ② 厚生労働省をはじめ政府による政策動向を把握する。  
\* 「政府」は複数で、かつ多様。
- ③ 各全国組織や地域組織の発信で実態を提起し、政策をつくり、健康権保障、受療権保障、生存権保障を。

## 長友 薫輝（佛教大学社会福祉学部）

○1975年宮崎県生まれ。大阪市にて育つ。2004年、龍谷大学大学院社会学研究科社会福祉学専攻博士後期課程単位取得、同年から津市立三重短期大学専任講師、助教授、准教授、教授を経て、佛教大学社会福祉学部准教授。社会福祉士。

○三重県国民健康保険運営協議会委員、三重県ひきこもり支援推進協議会会長、三重県地域福祉推進会議委員、三重県障がい者自立支援協議会会長、三重県障がい者差別解消支援協議会会長、松阪市地域包括ケア推進会議会長など。

○日本医療総合研究所副理事長、自治体問題研究所理事、総合社会福祉研究所理事、日本医療福祉政策学会幹事などを務めている。

○専攻は社会保障論・地域医療論・地域福祉論。

2021年11月 長友薫輝 編著  
『感染症に備える医療・公衆衛生』自治体研究社



2022年4月 最新刊 日本医療総合研究所編  
『コロナ禍で見た保健・医療・介護の今後』新日本出版社



## コロナ禍は、ほぼ「人災」

- ①感染の波は何度も来る（歴史から学ぶ）
- ②感染をコントロールするのが政府の役割。いつの時代も。
- ③現場の努力、人々の自己責任、助け合いに依存している状態。
- ④「自宅療養」というあいまいな用語規定、数字の操作などが散見。

## コロナ禍となってからも、ミスリードが継続

- ① コロナ禍での失政と世論の批判が、7年8カ月に及ぶ安倍内閣を追い詰めた。
- ② 安倍内閣を継承を強調した菅内閣の発足。
- ③ オリンピック開催を最優先。新型コロナ対策でのミスリードが重なり、第3波、第4波、第5波が襲った。
  - \* 日本に住む人々の命だけでなく、地域社会の持続性を奪う。

## コロナ禍となってからも、ミスリードが継続

- ④ 自民党総裁選挙・総選挙を前に、東京五輪を強行開催し第5波。菅首相は退陣。
- ⑤ 総裁選において、岸田候補は当初アベノミクス批判、新自由主義批判を前面に立てたが、安倍・麻生両派の「支持」を得るために批判的姿勢を弱める。

## 岸田政権の「新しい資本主義」とは？

- ①本当に新自由主義的政策からの転換を図るもの？
- ②「新自由主義的考え方が生んだ様々な弊害」の事実は認めるが・・・
- ③「新自由主義的考え方」そのもの、そして「アベノミクス」の根本的な見直しについては語らず。
- ④政策の意思決定メンバー・仕組みは、基本的に変わらず。

## 岸田政権においてさしあたり注目すべき点

- ①新しい資本主義実現会議の創設
- ②成長と分配の好循環
- ③人生100年時代の不安解消
- ④勤労者皆保険
- ⑤看護・介護、保育などの収入増、公的価格評価検討委員会の設置

## 新しい資本主義実現に向けた論点 (第1回新しい資本主義実現会議資料から転載)

- これまでの政府の取組により、経済面での成果が生み出される一方、
- いまだ低い潜在成長率や、コロナ禍で顕在化したデジタル対応の遅れ、
- 非正規・女性の困窮などの課題、さらには気候変動など経済社会の持続可能性の確保、テクノロジーを巡る国際競争の激化といった新たな構造的課題を踏まえ、
- 我が国が目指していく新しい資本主義の姿は如何にあるべきか。

### ①新しい資本主義実現会議 有識者構成員

- 翁 百合 株式会社日本総合研究所理事長 川邊 健太郎 Zホールディングス株式会社代表取締役社長
- 櫻田 謙悟 経済同友会代表幹事
- 澤田 拓子 塩野義製薬株式会社取締役副社長兼ヘルスケア戦略本部長
- 渋谷 健 シブサワ・アンド・カンパニー株式会社代表取締役
- 諏訪 貴子 ギヤ精機株式会社代表取締役社長 十倉 雅和 日本経済団体連合会会長
- 富山 和彦 株式会社経営共創基盤グループ会長 平野 未来 株式会社シナモン代表取締役社長CEO
- 松尾 豊 東京大学大学院工学系研究科教授 三村 明夫 日本商工会議所会頭
- 村上 由美子 MPower Partners GP, Limited. ゼネラル・パートナー
- 米良 はるか READYFOR株式会社代表取締役CEO
- 柳川 範之 東京大学大学院経済学研究科教授
- 芳野 友子 日本労働組合総連合会会長

## 「新しい資本主義実現会議」設置にともない、 成長戦略会議は廃止

■ 未来成長会議 → 成長戦略会議 → 新しい資本主義会議

・未来投資会議に代わる組織、成長戦略の具体化

・委員は、**新自由主義者プラスデジタル系財界人**

竹中平蔵（未来、成長の各会議）の存在、利権と政商

## 菅政権のねらいは岸田政権でも継続している

### ■ 経済・財政諮問会議

- ・デジタル化、規制改革による経済活性化、社会保障改革等による  
財政健全化（有識者議員）

### ■ 規制改革会議

- ・新型コロナウイルス感染症拡大防止及び新たな生活様式に向けた規制改革
- ・デジタル時代に向けた、規制全般のデジタルトランスフォーメーション
- ・地方を含めた経済活性化・成長路線への回復に向けた規制改革

## DX（デジタル・トランスフォーメーション）の推進など

- ・デジタル庁の設置（2021年9月1日発足）
- ・民間からの登用を促進（すでに人事交流が安倍政権から活発となっている）
- ・政府主導による医療分野におけるデジタル化の動向

### 医療分野でのデジタル化

- コロナ禍で、開業医の受診などが断られたケースが相次ぐ。
- 「フリーアクセスが阻害された」という認識（特に財務省サイドから）。
- これは、デジタル化が進んでいないことによるものではないか、という指摘。
- さらには、「かかりつけ医」を制度化する必要があるのではという提起へ。

## コロナ禍における医療・公衆衛生・介護・社会福祉

- ① コロナ禍（ほぼ人災）にもかかわらず、コロナ前の政策を継続または加速。なぜ？
- ② コロナ禍を援用して、「惨事便乗型」の対応
- ③ 非公表で非科学的なデータを根拠に政策展開

## 公的医療費抑制策の展開（1980年代～現在）

- ① 医療費抑制をあらゆる手段で展開
- ② 近年では「予防」を重点に行うなどの手段も加わる。
- ③ 最近では、デジタル化を進展させて、医療・介護の部分的市場化が医療費抑制に合わせて企図されているのが特徴

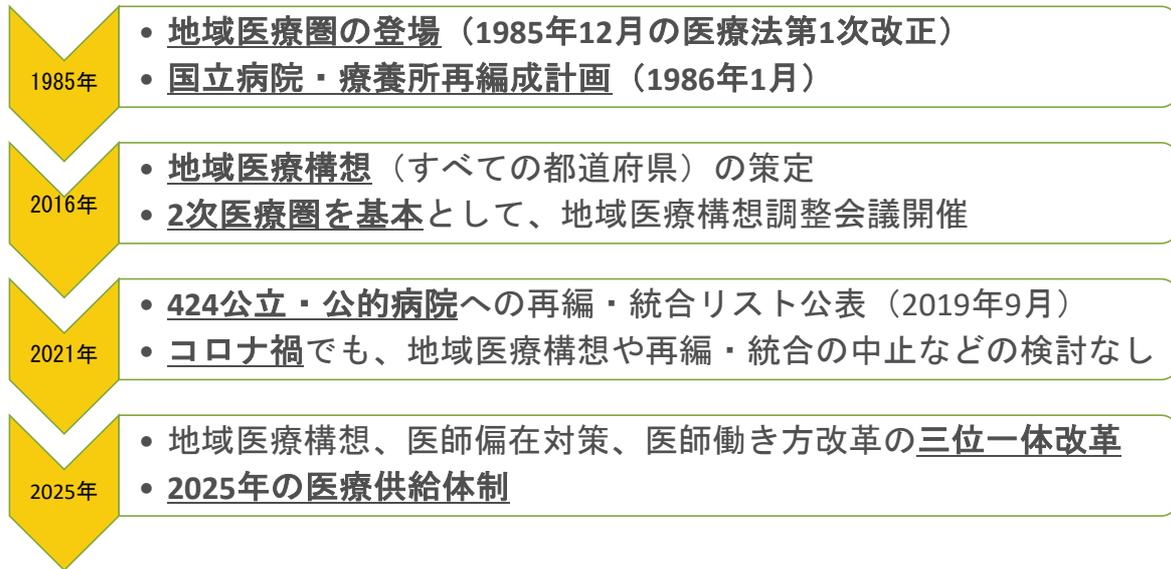
## 公的医療費抑制策

- ①1980年代から続く医療費抑制策
- ②「医療費亡国論」の継続
- ③介護保険が出来たのも医療費抑制策
- ④地域医療構想以降、新たなステージに入っている。

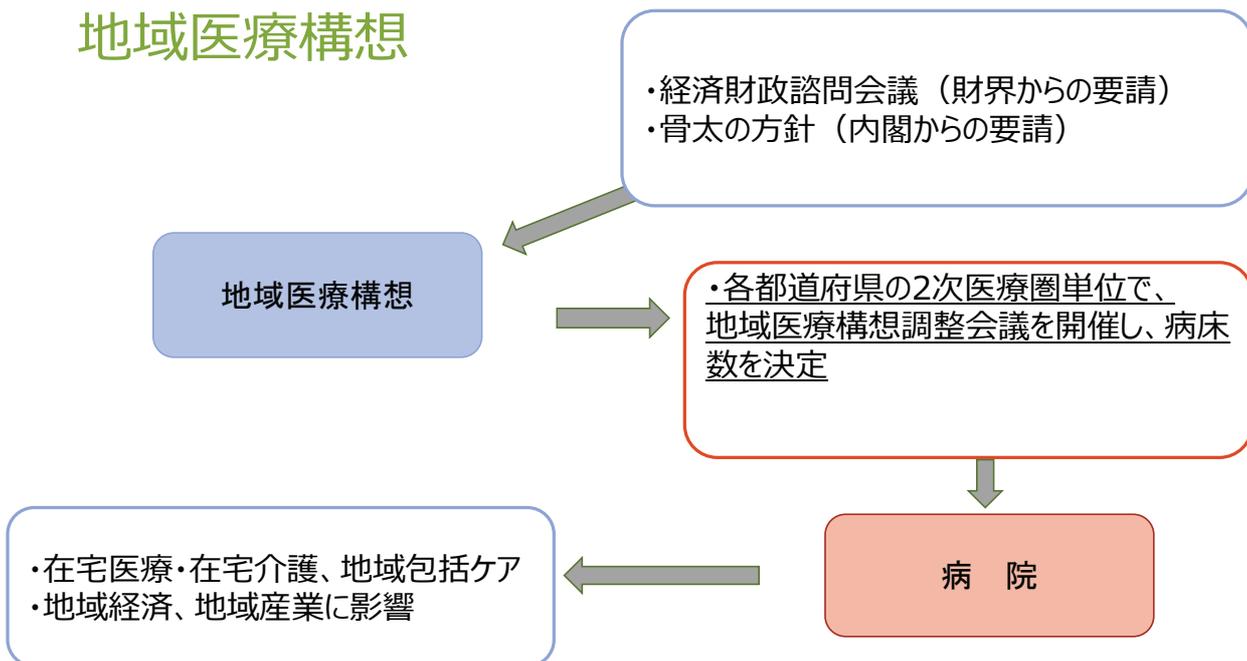
## 地域医療構想とは？

- ①2025年の医療供給体制の姿を描くもの
- ②地域ごとに病床数を管理する
- ③地域で働く医療従事者等に影響が生じる
- ④在宅医療・在宅介護など地域包括ケアシステムの構築にも連動する

## 地域医療構想までの経緯（1985年から2025年）



## 地域医療構想



## 地域医療構想の影響

「必要病床数」は「医師需給推計」「看護師需給推計」に連動している。病床数の削減という話にとどまらない。

① 入院ができなくなる、という影響にとどまらない点が重要。

② 医師や看護師といった人員体制にまで影響が及ぶ。



## 地域医療構想、医師偏在対策、医師・医療従事者働き方改革の「三位一体改革」

① そもそも医師数が絶対的に不足している事実を認めていない。  
人口減少で過剰になる？

② 医師数の絶対的不足を認めないため、常に長時間労働である提供体制。医学部入学試験における不正の主因。長時間労働を前提としている現場の問題。

③ タスクシフトの議論がなされているが、本質的な問題には着手していない。

## 医療から介護、介護から地域・自治体へ

- ①公的医療費抑制策の一環。医療から介護、介護から地域・自治体へ、というシフト。
- ②医師の働き方改革などの「三位一体の改革」のタスクシフトとの連動。
- ③より安価な労働力へ、専門職の業務をできれば無償の労働力で代替する。
- ④地域包括ケアシステム、そして地域共生社会という用語で、地域に担わせる。

## 地域医療構想と地域包括ケアシステムの連動

- ①地域包括ケアシステムを構築するためには病院が必要。在宅医療・在宅介護の充実を図る上では欠かせない。
- ②病院の統廃合、機能分化などを進めると、当然のことながら在宅で生活している地域住民、医療・介護等で働く人々に影響を与える。

## 入院医療を抑制し、次のステップは外来医療の抑制

- 入院医療を抑制し、次のステップは外来医療の抑制。
- 入院医療の抑制は具体的には地域医療構想を手段に、公立・公的病院の再編・統廃合、民間病院に対しても同様の手法で病床数を抑制する。

## 政府への信用度が低いのが日本の特徴

- ①マイナンバーの活用をはじめデジタル化が進展しない理由
- ②行政のデジタル化への理解不足など
- ③情報漏洩の可能性、安全性の追求
- ④税と社会保障による「所得再分配機能」が弱くなっている。

## 全世代型社会保障改革の進展（2019年～現在）

- ①全世代型社会保障改革は岸田政権においても継続
- ②全世代型とはどういう意味なのか？を把握する。
- ③どのように社会保障を変える意図を持っているのかを理解する。

## 社会保障とは・・・ 自助・共助・公助ではない

- ① 2020年12月15日閣議決定されたものが  
「全世代型社会保障改革の方針」（最終報告）  
1年以上かけて検討した内容
- ②「菅内閣が目指す社会像は、『自助・共助・公助』、そして『絆』である」

## 公助 = 社会保障 ではない

- ①公助はこれまで存在しなかった用語
- ②そもそも、「お上が助けてあげよう」という発想
- ③生存権、健康権、受療権という憲法の視点で

## 自己責任などでは解決しないから社会保障

- ①自己責任や相互扶助では解決できないからこそ、つくられてきたのが社会保障の制度と政策。
- ②社会保障を自己責任や相互扶助（自助や共助）に置き換えることは歴史的逆行。
- ③自己責任を強調する政策主体によって、歴史的な積み重ねが崩されていく。
- ④自己責任を強調するような政策主体は自らの仕事を放棄しているともいえる。

## 全世代型社会保障改革のねらい

①人口減少、労働力人口の減少への対策、労働力確保のために

②「人生100年時代」「生涯現役社会」などと称するのは、なぜか？

## 全世代型社会保障改革の「4ヶ条」

①「  
！」

②「  
！」

③「  
！」

④「  
！」

## 全世代型社会保障構築会議「議論の中間整理」 2022年5月17日

① 社会保障の担い手確保→「未来への投資」子育て・若者世代への支援→仕事と子育ての両立

② 勤労者皆保険→働き方に「中立」な社会保障→社会保険の適用拡大、女性就労の制約撤廃（130万円の壁、106万円の壁）

③ 介護の負担軽減→介護休業制度、認知症の総合的施策、ヤングケアラー

## 全世代型社会保障構築会議「議論の中間整理」 2022年5月17日

④ 地域共生社会づくり→「互助」機能の強化

⑤ 地域完結型の医療・介護提供体制→都道府県のカバナーズ強化、医療保険改革、地域医療構想、社会保障全体のDX

## 「骨太の方針2022」における記載に向けて各省庁の取り組み

- ①毎年6月に出されるのが政府の方針で、いわゆる「骨太の方針」である。
- ②正式名称は「経済財政運営と改革の基本方針」
- ③財務省主導ではない政府方針を示すために小泉政権から開始

## 「骨太の方針2022」における記載に向けて各省庁の取り組み

- ①「経済財政諮問会議」の議論等をふまえて、「骨太の方針」がまとめられ、閣議決定する。
- ②「骨太の方針」はそのあとの予算編成や法改正の指針となるもの。
- ③財務省主導ではない政府方針を示すために小泉政権が開始。

## 財政制度審議会財政制度分科会（4月）での提案 「骨太の方針2022」（6月）への記載をめざす

例えば、財務省は「かかりつけ医」制度について、以下の具体的提案

- ①「かかりつけ医」制度の明確化
- ②「定額の報酬も活用して評価」することとし、診療報酬を原則包括払い
- ③認定を受けた「かかりつけ医」に対して、利用希望の被保険者による「事前登録・医療情報登録」を促す仕組みを導入
- ④登録した特定の「かかりつけ医」以外に受診する患者には、「登録をしておらず医療機関側に必要な情報がない」といった理由で、ペナルティ的な形で、定額負担を求める

## 財務省サイドから「かかりつけ医」の制度整備に向けて（5月）

- ①財務省主計局で医療・介護の予算を担当する一松旬主計官（厚生労働係第1担当）は新型コロナ感染拡大の経験も踏まえ、有事にも全ての患者が医療にアクセスしやすい環境を整えるため、「かかりつけ医」の制度整備を具体的に検討していくべきだと強調した。
- ②▽地域の医師・医療機関等との協力▽休日・夜間対応▽在宅医療の推進—、かかりつけ医機能の要件を法制上明確化した上で、かかりつけ医認定制度や、患者が選べる形での事前登録・医療情報登録制度などを整えていくべきだとした。

## 財務省サイドから「社会保障費」に関して（5月）

- ① 社会保障給付費を対GDP比などの指標で管理すると、必要な医療・介護サービスを適切に提供できなくなるとの懸念は、医療界に根強くある。
- ② 一松氏は、人道的観点からも医療・介護サービス提供の必要性に一定の理解は示しつつも、安全・安心面の観点で見れば、教育、公共事業のインフラ補修、防災などの分野も重要性が劣るわけではないと指摘。
- ③ 「社会保障予算に限って、マクロ指標による財政管理が必要でないという主張は、全体で財政規律が設けられている中で、（論理的な）飛躍がある」と語った。

## 財務省サイドから「社会保障費」に関して（5月）

- ① 近年、社会保障関係費の国費負担分の伸びは「高齢化による増加分」に収める方針が続いている。
- ② 一松氏は「実際には医療費で言えば、毎年度の1人当たり医療費の伸びを一定程度取り込んだ規律になっており、医療の高度化や経済成長にも一定程度配慮したものになっている」と説明。
- ③ 当初予算でこうした伸びを認めていること自体が「他の歳出分野とは異なる破格の取り扱い」だと強調した。

## 財務省サイドから「医療費抑制」に関して（5月）

①今後の適正化に向けては「例えば地域医療構想の推進を必須事項とし、後発医薬品の使用促進のみならず、地域フォーミュラーの策定、多剤・重複投薬の解消、長期Do処方からリフィル処方への切り替え、公立病院における費用構造の改善など、医療の効率的な提供の推進に資する取り組みを充実・強化していくことが基本」だと訴えた。

②適正化見直しの方向性を盛り込んだ昨年の「骨太の方針2021」も踏まえ、24年度以降の第4次適正化計画の策定に向け、根拠法である高齢者医療確保法の必要な改正を図っていくべきだとの姿勢を見せた。（メディアアクセス、2022年5月25日）

## 財政制度等審議会財政制度分科会「歴史の転換点における財政運営」建議（2022年5月22日）

- ①総論、社会保障給付費の規律の必要性
- ②効率的で質の高い医療提供体制の整備
- ③診療報酬、薬価
- ④自律的なガバナンスの発揮・強化（保険者機能の発揮、強化など）
- ⑤医療分野における全世代型社会保障の構築

## 財政制度等審議会財政制度分科会「歴史の転換点における財政運営」建議（2022年5月22日）②

「建議」では、保健医療支出の伸びが経済成長率と乖離しないよう求めるとともに、給付費の水準を抑制する手段として、前ページの②の「効率的で質の高い医療提供体制の整備」の構築を挙げている。

しかし、これでは「手段と目的の倒錯」であり、「医療や社会保障の権利、必要な療養の給付の否定であり、日本国憲法25条が定める国の責任の放棄」（\*）といえよう。

\* 吉中丈志「コロナ禍で逼迫した入院医療の立て直しのために」『月刊保団連』No.1377、2022年7月

長友薫輝「国民健康保険と全世代型社会保障改革」『国民医療』2022年夏号より

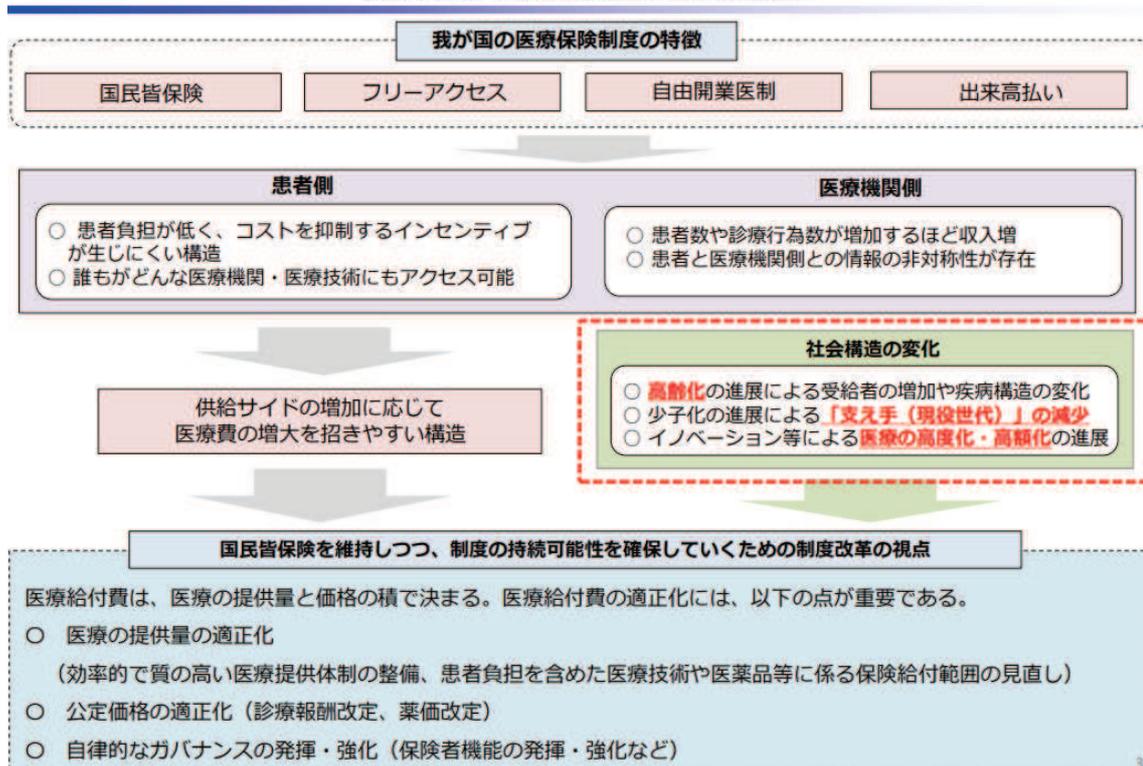
## 「かかりつけ医」の制度化を通じて医療費抑制（財務省）①

①財務省は、「かかりつけ医」の制度化を通じて、「レセプトデータ等を基にかかりつけ医機能の発揮の実態を『見える化』し、地域ごとの「医療の提供量の適正化」を図る方針を示している。

②次ページの資料は・・・

財政制度等審議会・財政制度分科会 2022年4月13日資料

## 我が国の医療保険制度の特徴と課題



## 「かかりつけ医」の制度化を通じて医療費抑制（財務省）②

①医療費抑制を目的に、「かかりつけ医」の制度化と「かかりつけ医」以外を受診した場合の定額負担の導入を一体で提案した。

②「段階を踏んで検討していくべき」として、経済財政諮問会議が6月にまとめる「骨太方針2022」への反映を目指している。

## 「かかりつけ医」の制度化を通じて医療費抑制（財務省）③

- 財務省の「かかりつけ医」の定義とは・・・

▽地域の医師、医療機関等との協力、▽休日や夜間も患者に対応できる体制、▽在宅医療の推進—の3つの機能を示しこれらの機能を備えた医療機関を「かかりつけ医」として認定する制度を設けるとしている。

## 「かかりつけ医」の制度化を通じた医療費抑制（財務省）④

①認定を受けた「かかりつけ医による診療」は、「定額の報酬も活用して評価」することとし、診療報酬を原則包括払いとする方向である。これに類似しているのが、2008年に新設された「後期高齢者診療料」（2010年度改定で廃止された）で、慢性疾患の継続的管理、月600点の包括払い、主病に対する特定の医師を患者が指定するものであった。

②認定を受けた「かかりつけ医」に対して、利用希望の被保険者による「事前登録・医療情報登録」を促す仕組みを導入することである。診療科や疾病ごとに複数の「かかりつけ医」がいる患者も多くいるが、特定の「かかりつけ医」を選んで登録する方向である。被保険者の参加は任意とされているが、長期かつ頻繁に受診が必要になる高齢者を中心に参加することが考えられる。

## 「かかりつけ医」の制度化を通じた医療費抑制（財務省）⑤

①登録した特定の「かかりつけ医」以外に受診する患者には、「登録をしておらず医療機関側に必要な情報がない」といった理由で、ペナルティ的な形で、定額負担を求めることである。患者の受診抑制、重症化につながり、国民の健康水準が低下することになりかねない。

②今年10月から「大病院における紹介状なし患者の受診」の定額負担の金額が引き上げられる予定だが、対象を一般的な外来受診にも広げ、診療報酬から一部控除した分を患者負担に転嫁するという保険給付の範囲を縮小させる仕組みの適用拡大を目指す。

## 「かかりつけ医」について（厚生労働省）

・厚生労働省は・・・

「かかりつけ医機能の強化」について、

「日本医師会・四病院団体協議会合同提言、地域における実践事例等を踏まえ」、「好事例の横展開」を図り、「国民の理解を深める」

（2020年12月11日、医療計画の見直し等に関する検討会）

## 「かかりつけ医」について（日本医師会の見解）

財務省の「かかりつけ医の制度化」に対する中川俊男会長の発言

2022年4月27日定例記者会見

- ①「医療費抑制のために国民の受診の門戸を狭めるようなことであれば認められない」
- ②「かかりつけ医機能は地域でさまざまな形で発揮され、患者とかかりつけ医の信頼
- ③関係を絶対的な基礎として日本の医療を守ってきた。そのような日本の財産を制度化ということで、一刀両断に切り捨てられるといったことになってはならない」

## 「骨太の方針2022」（2022年6月7日閣議決定）

各省庁からの提案や「議論の中間整理」などを受けて、政府から今年六月に出されたいわゆる「骨太の方針2022」には、

- ①「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と記載された。
- ②地域医療連携推進法人の有効活用、都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進。
- ③医療費適正化計画の在り方の見直しや都道府県のガバナンスの強化など関連する医療保険制度等の改革。

## 「骨太の方針2022」の医療に関する主な4点

- ①勤労者皆保険の実現
- ②都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制度上の措置を含め  
地域医療構想を推進
- ③医療費適正化計画の見直し
- ④都道府県のガバナンスの強化など関連する医療保険制度等の改革

## 「骨太の方針2022」による生活保護の医療扶助を国保・ 後期高齢者医療制度へ参入させる案について

「骨太の方針2022」の上記④の「医療保険制度等の改革」には注記が付言されており、

「中長期的課題として、現在広域連合による事務処理が行われている後期高齢者医療制度の在り方、生活保護受給者の国保及び後期高齢者医療制度への加入を含めた医療扶助の在り方の検討を深めることなどを含む」としている。

## 財政審からの提案でもある医療扶助の国保等への参入案

財政制度等審議会財政制度分科会（4月13日）によれば、「生活保護受給者の国保等への加入は、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ことで、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る可能性がある」としている。

長友薫輝「国民健康保険と全世代型社会保障改革」『国民医療』No.355、2022年夏号 所収

## 2018年度からの公的医療費抑制策は都道府県が管制塔の役割を担っている

①政府は都道府県の「ガバナンス強化」という名目で、都道府県に対して、医療供給量の調整のみならず、医療費管理を徹底させることにより、公的医療費抑制の新たな展開を目指している。

②2018年度からのさまざまな計画は3年ないし6年で見直し、次の計画へ。2024年度から新たな展開となる。

## 「公立病院経営強化ガイドライン」（総務省） 2022年3月29日

- ①総務省は「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」をまとめ、各自治体に通知。
- ②自治体が所管する公立病院において、地域医療構想を踏まえた役割・機能の最適化や他の医療機関との連携強化策などを盛り込んだ「公立病院経営強化プラン」を2022年度または2023年度中に策定することなどを求めている。プランの期間は策定した年度または次年度から、2027年度までを標準としている。
- ③全国知事会からの働きかけなど、地方からの政策提言による影響

## 地域医療構想及び医師確保計画に関するWG (2022年3月2日) 厚労省

- ①地域医療構想など医療提供体制改革の進め方を確認
- ②地域医療構想は、民間・公立・公的病院の医療機能の見直しの具体的対応方針策定や検証を行うことを求める。再検証要請対象の病院に対しても今後2年間での回答を促す。
- ③今後は、**民間医療機関に対しても厚労省が提供するデータをもとに議論を加速させる。**
- ④その際、2024～2029年度の第8次医療計画に合わせた検討が必要となるため、調整会議には2023年度までの議論を求める。その際、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が「地域の実情を踏まえ、主体的に取り組みを進めるものである」ことを明確にする。具体的には「重点支援区域の選定」を進める。公立病院には「公立病院経営強化ガイドライン」を踏まえて「経営強化プラン」の策定を求める。検討状況は、都道府県が定期的に公表。

## 第8次医療計画に関する検討会 (2022年3月4日、5月25日) 厚労省

- ①第8次医療計画の策定および地域医療構想の検討と取り組みの進め方を議論
- ②マンパワーの確保だけでは対応できない、DXが重要、2次医療圏はこのままでよいかなどの意見
- ③5月25日検討会では、医療圏、基準病床数、指標について

## 在宅医療及び医療・介護の連携に関するWG (2022年3月9日) 厚労省

- ①第8次医療計画策定に向けた在宅医療の基盤整備等を議論
- ②外来患者数は2025年をピークに減少するが、在宅患者数は2025年以降も増加を続ける地域が多い
- ③将来の需要の設定、在宅医療を提供する医療機関のグループ化・介護との連携などが論点

## 介護保険部会（2022年3月24日）

①2024年度の次期介護保険制度の改定に向けた議論を開始。

②これまで挙げられた課題が議論に

被保険者範囲・受給者範囲、多床室の室料負担、ケアマネジメント給付の在り方及び利用者負担の導入、軽度者への生活援助サービスのあり方、現役並所得・一定以上所得の判断基準、利用者負担の原則2割など、介護人材確保も

## 介護保険部会（2022年5月16日、5月30日）

- 地域包括システムの更なる深化・推進について
  - （1）在宅・施設を通じた介護サービスの基盤整備、住まいと生活の一体的な支援
  - （2）医療と介護の連携強化、自立支援・重度化防止の取組の推進
  - （3）認知症施策、家族を含めた相談支援体制
  - （4）地域における介護予防や社会参加活動の充実
  - （5）保険者機能の強化
- 5月30日
  - （1）地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について
  - （2）介護分野における文書負担等の軽減に係る議論の進め方について

## 医療・介護・社会福祉は 地域経済、地域の雇用の拠点

①地方において医療・介護・社会福祉は地域経済、地域の雇用の拠点という視点が欠かせない。

② 医療は地域の重要な産業の1つ。雇用面での貢献も大きい。公共事業よりも。

\* 平成22年版『厚生労働白書』

## 地域住民の健康権、生存権を保障する

①地域の社会保障の水準を議論するためには、住民参加の手立てを講じる。

②地域住民の健康権保障、受療権保障の実現に向けて

③日々現場で奮闘する専門職による権利保障、ソーシャルアクションが重要な局面

## 憲法25条（生存権保障）

- ①すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。
- ②すべての生活部面について、社会福祉、社会保障および公衆衛生の向上および増進に努めなければならない。

→貧困を救済する恩恵的権利ではなく、  
理不尽な政策や社会の仕組みを変えることができる主体的権利

## 政策は自然現象ではない

- ①政策は人為的。
- ②つまり、政策は人の手によってつくられたもの。
- ③政策は変えられる。
- ④理不尽な政策は変える、改善する。

## 熊本地裁判決（2022年5月25日）

①生活保護基準引き下げに対する全国29都道府県での争訟運動

②大阪地裁に続く、原告勝訴判決2例目

③引き下げの決定過程、根拠について

非科学的であり、不透明かつ数字を操作との判決内容。

## 政府はなぜ生活保護基準を引き下げたのか？

①生活保護基準は私たちの生活のスタンダード

大事にしなければならない基準であることを自覚したい。

②生活保護基準（毎年4月改定）

→ 人事院勧告（毎年7月から8月改定）

→ 地域別最低賃金（毎年10月改定）

→ 春闘（毎年1月から3月労使交渉による協議）

## 地域で社会福祉・社会保障づくりを進める

- ① 国の計画や方針に住民を当てはめるのは本末転倒。
  
  - ② 例えば、地域の医療需要や介護需要など、住民の生活問題を科学的に分析・把握する。
  
  - ③ 多くの人々の努力によってつくられてきた、診療所や保育所、作業所をはじめ、医療・介護・社会福祉の施設やサービス  
→ よりよいものとする努力を共同で積み重ねていく。
-