

人口「自然減」最大83万人

17年連続 75歳以上200万人台

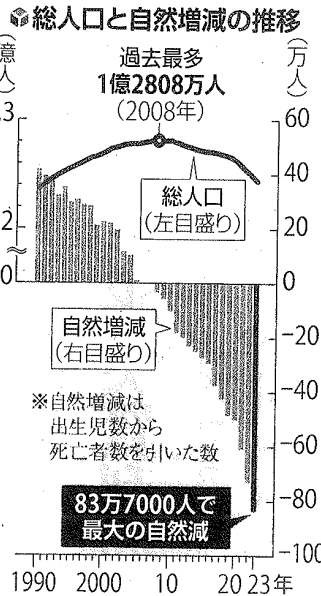
2024.4.13 読売

総務省は12日、2023年10月1日時点の日本の総人口推計（外国人含む）を発表した。前年比59万5000人（0・48％）減の1億2433万2000人で、13年連続で減少した。出生児数が死亡者数を下回る「自然減」は17年連続で、減少幅は過去最大の83万7000人だった。75歳以上の人口が初めて2000万人を超えた一方、15歳未満は過去最少を更新した。

総人口1億2435万人

日本の総人口は、08年に過去最多の1億2808万人となった後、減少傾向が続いている。

23年の出生児数は75万8000人（前年比4万2000人減）、死亡者数は159万5000人（同6万



5000人増)だった。年齢別では、働き手の中心となる15〜64歳の生産年齢人口は7395万2000人（同25万6000人減）で、人口に占める割合は過去最低だった前年とほぼ横ばいの59・5％。15歳未満は比較可能な1950年以降最も少ない1417万3000人（同32万9000人減）で、全体の11・4％だった。

65歳以上の高齢者は3622万7000人で、人口に占める割合は29・1％と過去最高を更新した。人数は前年比9000人減と戦

が死亡者数を下回る「自然減」の状態だが、他の道府県などからの転入者が転出者を上回る「社会増」が大きく、東京一極集中の傾向が顕著に表れた。

前年からの減少率は38道府県で拡大し、15県で1％を超えた。減少率が最も大きかったのは、秋田県の1・75％。青森県1・66％、岩手県1・47％などが続き、東北地方の減少率の大きさが目立った。

入国者数は前年比165万4000人増の325万人で、出国者数の300万人を上回った。

各都道府県の人口と増減率

都道府県	人口 (万人)	増減率 (%)
北海道	509.2	-0.93
青森	118.4	-1.66
岩手	116.3	-1.47
宮城	226.4	-0.68
秋田	91.4	-1.75
山形	102.6	-1.42
福島	176.7	-1.31
茨城	282.5	-0.53
栃木	189.7	-0.6
群馬	190.2	-0.6
埼玉	733.1	-0.08
千葉	625.7	-0.15
東京	1408.6	0.34
神奈川	922.9	-0.04
新潟	212.6	-1.22
富山	100.7	-0.96
石川	110.9	-0.78
福井	74.4	-1.12
山梨	79.6	-0.75
長野	200.4	-0.8
岐阜	193.1	-0.75
静岡	355.5	-0.75
愛知	747.7	-0.25
三重	172.7	-0.88
滋賀	140.7	-0.16
京都	253.5	-0.57
大阪	876.3	-0.22
兵庫	537	-0.6
奈良	129.6	-0.79
和歌山	89.2	-1.27
鳥取	53.7	-1.14
島根	65	-1.27
岡山	184.7	-0.84
広島	273.8	-0.78
山口	129.8	-1.21
徳島	69.5	-1.27
香川	92.6	-0.91
愛媛	129.1	-1.16
高知	66.6	-1.37
福岡	510.3	-0.26
佐賀	79.5	-0.74
長崎	126.7	-1.25
熊本	170.9	-0.55
大分	109.6	-0.95
宮崎	104.2	-0.96
鹿児島	154.9	-0.89
沖縄	146.8	-0.02

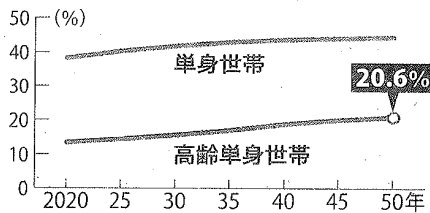
高齢単身世帯2割超

2050年、国推計 未婚者増で

2024.4.13 毎日

国立社会保障・人口問題研究所は12日、世帯数の将来推計を発表した。2050年には65歳以上の高齢単身世帯が1084万世帯に上り、全世帯の20.6%に達する。5軒に1軒が高齢者の1人暮らし世帯となる。未婚化の影響で単身世帯は2330万世帯と44.3%を占める。1世帯当たりの平均人数は1.92人ととまり、2人を割り込む結果となった。

総世帯数に占める単身世帯と高齢単身世帯の割合



夫婦と子どもがいる世帯は20年の1401万世帯から50年には1130万世帯に減少する。1980年代

99.5万世帯、ひとり親と子どもの世帯は503万世帯から485万世帯にそれぞれ減少する。高齢者が世帯主の世帯は、20年の2097万世帯から50年には2404万世帯になり、307万世帯増える。75歳以上では、425万世帯多い1491万世帯に急増する。今後、身寄りのない1人暮らしの高齢者が増える見込み。住宅確保や見守り支援の整備が急務となる。

【神足俊輔】国者数を上回っていたが、その後は回復。2年連続の社会増となった。総人口の年齢別では、将来を担う15歳未満が32万9000人減の1417万3000人で、75年以降減少を続けている。全体に占める割合は過去最低の11.4%だった。65歳以上は3622万7000人で9000人減った。65歳以上の減少は50年以降で初めて。全体に占める割合は29.1%で過去最高だった。

4面に「焦点」

推計は5年ごとで、20年の国勢調査を基に実施。「単身」「夫婦のみ」「夫婦と子ども」「ひとり親と子ども」「その他」の5類型で将来の世帯数を推計した。世帯総数は30年に5773万世帯でピークを迎え、50年には5261万世帯と

なる。単身世帯は20年の2115万世帯から36年に2453万世帯まで増加。その後は減少に転じ、50年には2330万世帯になる。高齢単身世帯は20年の738万世帯（全体の13.2%）から50年には1.47倍に増加する。このうち、未婚者の割合は男性で33.7%から59.7%に、女性は11.9%から30.2%に急

増する。高齢単身世帯が増えるのは、30年後に70歳代になる団塊ジュニアらの世代の未婚率が過去に比べて高いことが影響している。65歳以上の高齢者人口に占める単身世帯の割合は、男性で20年の16.4%から50年には26.1%に、女性は23.6%から29.3%にそれぞれ上がる。

日本人83万人減

昨年推計 75歳以上、200万人超

総務省が12日公表した2023年10月1日時点の人口推計によると、外国人を含む総人口は1億2435万2000人で、前年より59万5000人減った。減少幅は21年に次ぐ過去2番目の大きさで、マイナスは

13年連続。日本人は83万7000人減の1億2119万3000人で、比較可能な1950年以降で最大の落ち込みだった。総人口のうち75歳以上は71万3000人増の2007万8000人で、第1次

ベビーブーム世代（1947〜49年生まれ）が加わったことで初めて2000万人を超えた。日本人は10年の1億2638万2000人をピークに13年連続で減少。減少幅も12年連続で拡大している。一方、外国人は24万3000人増の315万9000人で過去最多を更新した。新型コロナウイルスの影響で21年は出国者数が入

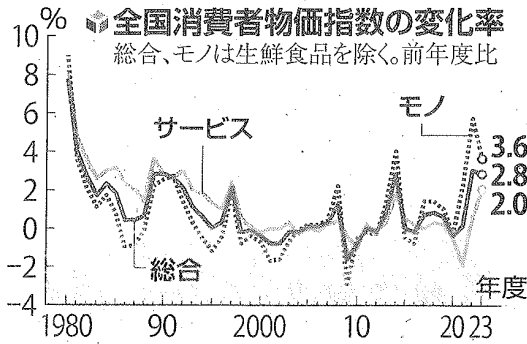
【安部志帆子】全都道府県が自然減となった一方、岐阜、静岡両県は外国人が増えたことなどで社会減から社会増に転じた。

物価 昨年度 2.8% 上昇

円安影響 訪日客増 宿泊料 25.5%

2024.4.20 読売

総務省が19日発表した2023年度平均の全国消費者物価指数(20年=100)は、値動きの大きい生鮮食品を除く総合が105.9で、前年度に比べて2.8



%上昇した。円安や原材料価格の高騰などを背景に食料品や日用品など幅広く値上がりしたことで、3年連続の上昇となった。上昇率は22年度の3.0%から0.2%へ縮小したが、上昇品目数は調査対象の522品目の9割弱の456品目で、22年度(421品目)より増えた。モノの上昇率は3.6%で、前年度の5.7%より縮小した。「生鮮食品を除く食料」は7.5%と、1975年度(11.4%)以来の48年ぶりの高水準を記録した。鶏卵などの「乳卵類」は15.2%、アイスク

リームなどの「菓子類」は10.4%、洗濯用洗剤などの「家具・家事用品」は7.0%だった。サービスの上昇率は、企業が人件費の上昇分を価格に転嫁したことなどで2.0%となり、前年度の0.5%を上回った。訪日客の増加などで需要が高まった「宿泊料」は25.5%と大幅な上昇となった。一方、政府による電気・ガス代への負担軽減策による押し下げ効果により、「光熱・水道」は9.1%低下した。同時に発表された24年3月の指数は、生鮮食品を除く総合が106.8で、前年同月比2.6%上昇した。上昇は31か月連続で、上昇幅は2月より0.2%へ縮小した。

5%を上回った。訪日客の増加などで需要が高まった「宿泊料」は25.5%と大幅な上昇となった。一方、政府による電気・ガス代への負担軽減策による押し下げ効果により、「光熱・水道」は9.1%低下した。同時に発表された24年3月の指数は、生鮮食品を除く総合が106.8で、前年同月比2.6%上昇した。上昇は31か月連続で、上昇幅は2月より0.2%へ縮小した。

実質賃金減 最長並ぶ

23か月連続 2月、マイナス1.3%

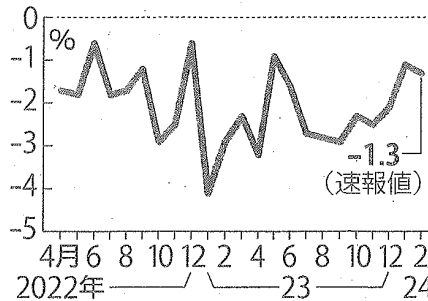
厚生労働省は8日午前、2月の毎月勤労統計調査（速報）を発表した。労働者1人あたりの平均賃金を示す現金給与総額（名目賃金）に物価変動を反映させた実質賃金は前年同月比1・3%減で、過去最長に並ぶ23か月連続の減少となっ

た。1月の実質賃金は同1・1%減（確定値）で、減少率も拡大した。名目賃金は、同1・8%増の28万2265円だった。また、名目賃金のうち基本給や残業代などに限定した「きまって支給する給

与」は、同2・0%増の27万7479円となった。伸び率が2%を超えるのは1995年2月以来で、賃上げの機運の高まりなどを反映しているとみられる。ただ、実質賃金は、消費者物価指数の上昇率が同3・3%となった影響で前年

同月を下回り、現在の調査方法となった90年以降で最長だった2007年9月と09年7月の23か月連続減少に並んだ。

●実質賃金の前年同月比減少率



賃金2.1%増 29年ぶり伸び率 昨年の厚労省調査

厚生労働省が27日発表した2023年の賃金構造基本統計調査によると、フルタイムで働く人の賃金（月額）は平均で31万8300円と、前年比2.1%増加しました。賃上げ機運の高まりを背景に、2年連続で過去最高を更新。伸び率は2.6%だった1994年以来、29年ぶりの大きさでした。

企業規模別に見ると、従業員数が10～99人の小企業は3.3%、100～999人の中企業は2.8%、それぞれ増加しました。いずれも20代、60代の伸びが目立ちました。人手不足で人材の獲得競争が激化する中、労働力を確保するため、活力のある若手や経験豊富な高齢者層の待遇改善に重点を置いたようです。

一方、1000人以上の大企業は0.7%減少。人手を確保するため、賃金水準が比較的低い非正規労働者や未経験者の採用を進めたとみられます。

調査は従業員10人以上の企業を対象に、昨年6月分の賃金などについて集計しました。2024.3.29 赤堀

倒産3割増 9000件超

昨年度 物価高・人手不足響く

2024.4.9 読売

東京商工リサーチは8

日、2023年度の全国倒産件数が前年度比31・6%増の9053件だったと発表した。9000件を超えるのは14年度以来9年ぶり。新型コロナ対策として中小企業の資金繰りを支えた実質無利子・無担保の「ゼロゼロ融資」の返済が7月から本格化したことに加え、物価高や人手不足も

響いた。

負債額1000万円以上の倒産を集計した。負債総額は6・0%増の2兆4630億円で、2年連続で増加した。負債1億円未満の小規模倒産が7割以上と大半を占めた。

産業別では、2年続けて全10分野で前年度を上回った。飲食や宿泊など「サービス業他」が34・9%増の

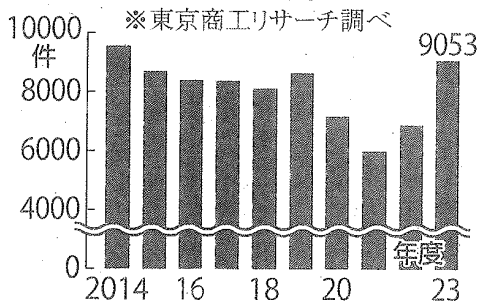
3028件と最多で、建設

業が39・5%増の1777件、卸売業が27・0%増の1048件と続いた。資材高や仕入れコストの増加が重しとなった。

倒産の原因では、人手不足関連が2・4倍の191件、物価高関連は73・6%増の684件。ゼロゼロ融資利用後の倒産は14・3%増の622件だった。

倒産件数の推移

※東京商工リサーチ調べ



日本銀行のマイナス金利政策解除を受け、貸出金利の上昇も懸念される。東京商工リサーチは「物価高や人件費アップで企業の収益は悪化しており、夏場以降に一段と倒産が増加する可能性がある」と指摘している。

新感染症備え「診療義務」

改正法施行 病床確保 6割どまり

2024.4.1 読売

新たな感染症危機に備え、医療機関に医療提供を義務づけることを柱とする改正感染症法が4月1日に完全施行される。病床や発熱外来が不足した新型コロナナウイルス禍の教訓を踏まえ、医療体制を事前に確保する仕組みが整うが、義務化対象外の医療機関の協力

取りつけには課題もある。改正法は、国や自治体、健康保険組合などが開設する「公的医療機関等」などに医療提供を義務づけ、都道府県知事は、具体的な提供内容として①病床②外来診療③自宅療養者への医療などを通知する。義務化の対象外の医療機関は、

合意の上で知事と協定を結ぶ。医療機関が通知や協定に従わない場合、知事は警告や指示ができる。一方、確保見込みの病床は昨年12月15日時点で3万3723床と、政府が今年9月までの目標とする5万1000床の6割強にとどまる。新型コロナ流行時は、

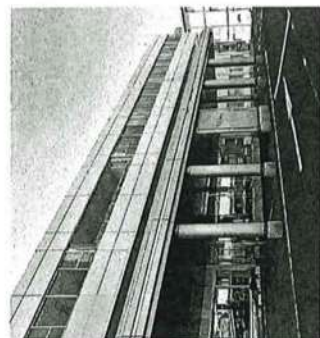
◆4月1日に施行される改正感染症法の主な規定
患者受け入れに伴う他の診療の縮小で大幅減収となったケースが多く、義務化対象外の医療機関には減収に

医療体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> 公的医療機関などに医療提供を義務化 義務化対象外の医療機関も合意に基づいて知事と医療提供に関する協定締結
医療人材の派遣	<ul style="list-style-type: none"> 知事が他の知事に医師や看護師の派遣を要請
物資の確保	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省が検査キットやマスクなどの増産や輸入増を事業者に要請

対する懸念が根強い。厚生労働省は、国による財政支援について「感染症の特性や状況を踏まえて検討する」としており、引き続き協力を呼びかける考えだ。改正法ではこのほか、都道府県をまたいだ医療人材の派遣や、マスクなどの物資を確保するための規定なども盛り込まれている。

「地域包括医療病棟」移行なるか

2024.3.28 毎日



65歳以上の高齢者が3人に1人になるなど、高齢化とともに人口減少が進む「2040年問題」。4月以降の診療報酬と介護報酬の同時改定では、この問題を見据え、医療と介護分野の連携強化策が打ち出された。高齢者の救急搬送に対応する「地域包括医療病棟」を新設したり、介護施設の入所者を急変時に受け入れる協力病院との連携を義務化したりする。

診療・介護報酬同時改定 連携強化

●軽症の救急搬送急増

神奈川県横須賀市の「衣笠病院」1号棟・同病院提供1は、198床を抱える地域の中核病院だ。救急告示病院として救急病棟を設ける一方で、入院患者の在宅復帰に向けた治療やリハビリテーションにあたる地域包括ケア病棟なども整備されている。

搬送される月60件に上る患者の多くは65歳以上だ。心臓や脳の疾患など集中治療が必要な患者はほほおらず、誤嚥性肺炎や尿路感染など軽症患者が多い。

高齢の軽症患者は大抵、基礎疾患の治療やリハビリが必要で、入院が長期化しがちだ。衣笠病院では救急搬送されてきた軽症患者について症状に応じて救急病棟と地域包括ケア病棟で受け入れている。救急病棟で受け入れても早めに地域包括ケア病棟などに移行しリハビリを始める。

二つある地域包括ケア病棟の一つには、救急患者を受け入れるために同病棟の国の基準（患者13人に1人）よりも看護師を多く配置している。早めのリハビリを促し在宅復帰を目指す方針を取る。

新設が決まった「地域包括医療病棟」は衣笠病院のような取り組みを理想としている。新病棟では地域の中小病院を念頭に、理学療法士や言語聴覚士のリハビリ職を2人以上、常勤で置くことを求める。治療からリハビリ、退院支援までを一貫して提供するのが狙いだ。診療報酬改定では、入院料を1日3万5000円と地域包括ケア病棟よりも高く設定した。

消防庁によると、高齢者の搬送件数は22年に388万人に上り、10年前よりも100万人以上増加している。中には軽症患者にもかかわらず、大病院に搬送されるケースも見受けられる。今後高齢の軽症患者は増える見込みだ。厚生労働省は、救急病棟は中重症患者を受け入れ、新病棟では軽症の高齢患者を担うという役割分担を進めたい考えだ。

課題もある。新病棟の基準では地域包括ケア病棟よりも看護師の配置基準を患者10人に1人と手厚くしたが、看護師は慢性的な人員不足だ。

武蔵正樹理事は「地方では看護師を募集しても応募が来ない。診療報酬も飛びつくような高さでもない。地域包括ケア病棟からの移行について、当面は様子を見る病院が多くなるのではないかと予測する。衣笠病院も新病棟への移行は「検討中」だという。

●運営に厳しい新要件

一方、介護報酬改定では、

特別養護老人ホーム（特養）など高齢者施設に協力医療機関との連携を義務付けた点が注目される。

介護保険の運営基準では、入所者の急変や入院に対応するため、協力医療機関を定めるよう求めていたが、これまで協力医療機関に求める具体的な要件が設けられていなかった。だが、入所者の緊急時に入院させる▽施設からの相談態勢を常時確保▽診療の求めがあれば常時対応する—という要件が設けられた。

この要件について、医療機関の少ない地方の介護事業者を中心に、不安を訴える声が上がっている。岩手県宮古市の特養「ふれあい荘」の松本勝徳施設長は「理念は理解するが、正直不安だと漏らす。

宮古市内には入院が可能な病院は四つしかなく、精神科病院などを除くと、協力医療機関になれるのは県立宮古病院のみ。市内にある全ての高齢者施設は県立宮古病院を協力医療機関にせざるを得ない。ふれあい荘だけでも入所者は約80人を超える。「医師不足の中、入所者情報を共有するのは病院側の負担にならないか」との不安も募る。

特養などの事業者で作る「全国老人福祉施設協議会」の事務担当者は「地域によって病院の数や種類はさまざままで、この要件で全ての施設が協定を結ぶのは実現不可能だ」と指摘し、市町村や地元医師会が仲介に入る必要があるとする。

【村田拓也、宇多川はるか】

コロナ貸付金

連絡なし・滞納26.8%

— 返済開始1年 —

「返したいが……」

新型コロナウイルスの感染拡大期に、困窮者の生活を支えるため、国が行った特別貸付の制度で、貸付金の返済が低調だ。返済開始から1年たったが、生活の立て直しに時間がまだ必要な世帯も多い。継続的な支援が求められている。
(板垣茂良)

2024.4.9 読売新聞

円の手取り月給から、4160円を返済に充ててきた。ところが、父親が亡くなり、それまでの入院費や葬式代の負担が重くのしかかったため、返済がさらに苦しくなった。今も自身の通院は続いており、医療費もかかる。申請に対する回答はまだなく、口座からの引き落としが続く。返済残額は約4万円。「本当は返済を続けたい。でも、体調を考えると……」とうつむいた。

「体調不安から長時間働くことは難しく、生活は苦しい」
長野県東御市の看護師の女性(51)は今年2月、貸付金の返済猶予を求める申請書類を理由を書き込み、県社会福祉協議会(県社協)に出した。女性は2020年春、東御市社協を通じて、県社協から

10万円の貸し付けを受けた。介護施設で働いているが、その頃、子宮頸がんの後遺症で入院。退院後、新型コロナウイルスの感染拡大防止を理由に、職場から2週間の出勤自粛を求められた。非常勤のため、収入が大幅に減り、高校生だった長男との生活費を賄うために借りをした。
昨年1月から毎月、約15万

■ 苦しい生活

20年3月と22年9月に行われた特別貸付制度には、一時金の「緊急小口資金」と、生活再建のための「総合支援資金」があった。休業などに伴い収入が減った場合、1世帯あたり、合わせて最大200万円を無利子で借りられた。厚生労働省のまとめによると、貸付総額は約882万件、総額は約1兆4431億円に上る。返済は昨年1月から順次始まり、2年または10年を期限に完済する必要がある。

■ 困窮者と接する試み

全社協は、返済が低調な背景について、「消費者金融などからも借金をしている」収入がコロナ禍前に戻っていない」といった事情があるとみている。担当者は「借金だけでなく、健康面の不安など様々な課題を抱える困窮者には、寄り添いながら支援を続

継続的な支援必要

ただ、全国社会福祉協議会(全社協)が、昨年9月末までに返済開始の対象となった約260万件を分析したところ、「返済中」は29.9%にとどまり、「連絡なし・滞納」が26.8%だった。住民税非課税などの条件を満たし、全額の返済が免除されたのは37.6%だった。

ける必要がある」と話す。暮らしに困っている人たちの接点を作る試みも始まっている。東御市社協は3月2日、社会福祉士や司法書士らによる「なんでも相談会」を開いた。気軽に足を運んでもらえるように市文化会館を会場に、米やお菓子などの無料配布、ピアニストらによる演奏会も行った。約170人が訪れ、自らの借金の悩みを打ち明ける人もいたという。市社協の社会福祉士、佐藤もも子さんは「支援が必要な人ほど助けられることに負い目を感じ、声を上げることができない傾向がある」と指摘する。困窮者が相談に来るのを待つのではなく、つながるための積極的な取り組みを続けたいという。

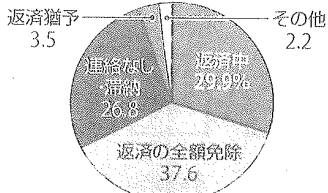
が結果的に、多重債務に陥る恐れも指摘されている。愛知県半田市は、弁護士や市社協と連携し、支援力を入れる。窓口は、困窮者を対象にした相談支援事業を行う市だ。主な課題が借金の場合、消費者問題に詳しい弁護士らが、毎月の返済を無理のない金額にしてもらったり、利息をカットしてもらったりする債務整理の相談に乗る。市社協は家計の改善を後押しする。家計簿の作成や、支出を減らすために安い家賃の住宅への住み替えを助言し、収支改善につなげる。現在は、5世帯ほどがこうした支援を受けている。

■ 家計改善後押し

市内では約1200人が計約1億5700万円を借りた。返済は、34年頃まで続く見込みだ。市社協の岡本弘安さんは「長期的に困窮者に伴走して支えたい」と話す。

◆ 特別貸付の返済状況

(件数。2023年9月末現在。全国社会福祉協議会の調査結果を基に作成。「その他」は全額の返済完了、返済の一部免除など)



◆ 特別貸付の種類(2022年9月末終了)

※2人以上の世帯が3回に分けて借りた場合の合計額

	緊急小口資金	総合支援資金
貸付上限	20万円	180万円※
貸付利率	無利子	
返済期限	2年	10年



東御市社協が開いた「なんでも相談会」には、子どもを連れた夫婦や高齢者が訪れた(3月2日、長野県東御市で)

生活保護の申請件数からも、困窮者の置かれた厳しい現状がうかがえる。

厚生労働省によると、2023年の申請件数は約25万5000件と、データとして比較可能な13年以降で最多だった。前年より7.6%多く、20年から4年連続で増えた。同省の担当者は「コロナ禍に加え、物価上昇の影響が背景にあるのではないかと指摘する。

23年12月時点で、約164万5200世帯が受給する。世帯の類型別では、高齢の単身世帯が約84万1300世帯と最も多い。ほかに、障害者などの世帯は約41万2600世帯、母子世帯は約6万5400世帯だった。

22年度の調査によると、受給理由では、「預貯金などの減少・喪失」(46%)が最多で、「けがや病氣」(19%)が続いた。「失業」は6%だった。

生活保護申請 4年連続増

元日の能登半島地震から3か月。甚大な被害が出た石川県奥能登2市2町の4公立病院は、入院患者の大半を県南部などに転院させ、運用病床数を従来の4割未満に縮小している。看護師も計約60人が3月末までに退職した。元の体制に戻る見通しが立たない中、地震をきっかけに、病院統合も含め、地域医療の将来像を見直す議論が加速する可能性もある。(医療部 東礼奈、加納昭彦)

スキャナ SCANNER

奥能登医療復旧見えず

4公立病院
2024.4.1 読売



①退職した垣内さん(奥)と、引き継ぎの確認をする上野総看護師長。「心苦しい」と話す垣内さん(左)。「そんなふうに思わなくていい」と声をかけた(3月21日、珠洲市総合病院) ②入院患者が転院し、病床が空いたままの病室(3月25日、能登町の公立宇出津総合病院)

能登半島地震の避難生活に伴う持病の悪化やストレスなどによる「災害関連死」の認定審査は、4月下旬以降に本格化する見通しだ。

災害関連死の認定は通常、被災した市町村が行うが、今回の地震では市町村から業務負担の軽減を求める声が上がっており、県が合同審査会を設け、認定作業を進める方針だ。

県のまとめでは、関連死の疑いのある死者数は1月22日の発表を最後に、15人(珠洲市、能登町各6人、輪島市3人)のままで。ただ、3月29日時点で、七尾市に28件、珠洲市、能登町に約20件ずつなど、市町村には被災者から相談が寄せられているという。

災害関連死が200人を超えた熊本地震でも、発生3か月時

関連死 認定本格化へ

点では、疑い例も含め26人しか公表されていなかった。今回の地震でも、認定作業が進めば、増加する可能性はある。

一方、被災者にとっては生活再建を考慮する時期になり、「うつや不眠などを訴える人が出てきている」と、石川県こころの健康センターの角田雅彦所長は話す。

長引く避難生活で疲労が蓄積し無気力になったり、現実的な課題に直面してストレスを感じたりしやすくなるという。「これから心の不調を訴える人が増える恐れがある。関連死を増やさぬためにも被災者への心のケアを継続していかねばならない」と語る。同センターでは、震災に関する心の悩みの電話相談も実施している。(金沢支局 北村友啓、医療部 鈴木恵介)

2次避難

「介護が必要な親を抱え、連方」に2次避難するしかない。30年以上勤めた病院を離れるのは心苦しいのですが……」

珠洲市総合病院を2月に退職した看護師の垣内真由美さん(55)がつらい胸中を語った。

同病院では3月末までに、勤務していた看護師の2割弱に当たる22人が退職した。上野有子・総看護師長によると、「子どもが小さく、避難所生活を続けられない」「夫が職を失った」「住む場所がない」など、被災に伴い地元を離れる決断をしたケースが目立つ。

上野総看護師長も自宅が損壊、3か月間病院に寝泊まりしながら看護に当たってきた。

1300人余りの看護師がいた輪島市の市立輪島病院でも19人、穴水町の公立穴水総合病院で11人、能登町の公立宇出津総合病院で7人が退職した。奥能登の地域医療の中核を担う4病院で、地震後に離職した看護師数は計59人。石川県によると、例年30人程度が年度末に退職するが、今回は約2倍に跳ね上がっている。

大半転院

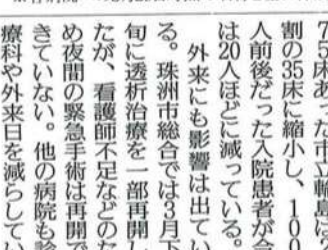
地震後、断水や設備の損壊、職員の被災などの影響もあり、4公立病院は診療

3月末までに退職した看護師数と運用可能な病床数

市立輪島病院	珠洲市総合病院
133人のうち 19人 175床→35床	125人のうち 22人 163床→40床

公立穴水総合病院	公立宇出津総合病院
78人のうち11人 100床→60床	81人のうち7人 100床→60床

※各病院への3月29日時点の取材を基に作成



看護師退職2倍・病床36%に縮小

体制を大幅に縮小。大半の入院患者が、安全に治療が継続できる金沢市などの病院に転院した。

本来の4病院の病床数は合計538床だが、3月末時点で運用可能な病床数は36%の計195床。特に1

75床あった市立輪島は2割の35床に縮小し、100人前後だった入院患者が今は20人ほどに減っている。外来にも影響は出ている。珠洲市総合では3月下旬に透析治療を一部再開したが、看護師不足などのため夜間の緊急手術は再開できていない。他の病院も診療科や外来日を減らしている。

診療所も、地元医師会に所属する28か所のうち、少なくとも6か所が休診または診療制限中だ。

被災地での看護師の大量離職を受け、県は、県看護協会を通じて全国に応援看護師を募集。50人超の応募があったが、派遣される期間が限られており、恒久的な補充にはならない。珠洲市総合の石井和公事務局長は「今は患者が減っているからなんとか対応できているが、県南部などに転院した患者が戻って来たら人手が足りなくなる。元の体制への復旧は見通せない」と話す。

公立宇出津総合の長谷川啓名誉院長は「4病院はかかりつけ医の拠点を縮小し、機能を集約した大きな病院を作るべきだ。地震による人口流出もあり、この議論が早まるだろう」と語る。一方、市立輪島の河崎国幸事務部長は「地震により、あまりにも急激に人口減が進めば、新病院構想自体が立ち消えになる恐れもあるのでは……」と懸念する。

地域医療に詳しい今村知明・奈良県立医大教授(医療政策)は「人口減を見据えた病院の再編・統合は全国共通の課題だ。大きな災害がそうした議論を急がせる可能性がある。病院の復旧では、地域の将来人口を見据えた適正規模や周辺施設との役割分担を考える必要がある」と指摘する。

統合議論

機能を集約した大きな病院を作るべきだ。地震による人口流出もあり、この議論が早まるだろう」と語る。一方、市立輪島の河崎国幸事務部長は「地震により、あまりにも急激に人口減が進めば、新病院構想自体が立ち消えになる恐れもあるのでは……」と懸念する。

地域医療に詳しい今村知明・奈良県立医大教授(医療政策)は「人口減を見据えた病院の再編・統合は全国共通の課題だ。大きな災害がそうした議論を急がせる可能性がある。病院の復旧では、地域の将来人口を見据えた適正規模や周辺施設との役割分担を考える必要がある」と指摘する。

現行の地域医療構想をどう評価し、 新たな構想に何を期待するか？



二木 立

日本福祉大学名誉教授

にきりゅう：1947年生まれ。72年東京医歯大卒。日本福祉大学教授・学長などを経て2018年4月より現職。著書に『医療経済・政策学の探究』『2020年代初頭の医療・社会保障』（いずれも勁草書房）など

浅沼一成医政局長は9月27日のインタビューで、2040年に向けての新たな地域医療構想の検討を始めると宣言し、全世代型社会保障構築会議の議論では、従来の地域医療構想にかかりつけ医機能や在宅医療などの課題を盛り込んでバージョンアップする必要があると指摘されていると述べました（『社会保険旬報』10月21日号、24頁）。

本稿では、2015年に始まった、2025年を目標年次とする現行の地域医療構想の9年間を振り返りながら、新たな地域医療構想の予想とそれへの期待を述べます。ただし、検討の対象は「病院」に限定し、地域医療構想に含まれる「在宅等」は除きます。

「2025年の必要病床数」の虚実

地域医療構想が一般紙でも大きく取り上げられたのは、2015年6月に政府の社会保障制度改革推進本部「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」の第1次報告が「2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）を発表したときでした。この推計では、現状（2013年）の病床数134.7万床（医療施設調査）に対して、2025年の必要病床数は115～119万床程度とされました。そのため多くの新聞が2025年に向けて病床が20万床削減されると報じ、病院経営者の間に不安が広がりました。

しかし、実はこの「推計結果」でも、「現状」の数値としては、2014年の「病床機能報告制度」の123.4万床も併記されており、これと比べると病床数の必要削減数は8～4万床にとどまりました。

その後、2017年に全都道府県の地域医療構想がまとまり、全国の2025年の必要病床数は119.1万

床に確定しました。これと123.4万床との差はわずか4.3万床にすぎません。この程度の差は、非稼働病床の取り消しと介護療養病床の介護医療院への転換・非病院化により、簡単に達成できる数字でした。

実際に、2021年の病床機能報告制度による病床数は121.0万床であり、2025年の必要病床数119.1万床との差はわずか1.9万床にすぎず、2025年の目標はほぼ達成されると見込めます（『令和5年版厚生労働白書』、295頁）。

回復期病床は不足していない

ただし、これは病床総数についての話であり、病床機能別にみると、高度急性期病床と急性期病床は過剰で、回復期病床は大幅に不足しているとの主張もあります。2022年と2025年の差は、それぞれ+2.7万床、+13.3万床、-17.6万床です。

しかし、現実には急性期病床と「報告」されている病床には実質的に回復期の機能を果たしている病床が相当含まれることはよく知られており、急性期と回復期を峻別することに意味はないと思います。

一般には「回復期」には「回復期リハビリテーション病棟」とすべての「地域包括ケア病棟」が含まれていると思われていますが、それは誤解です。「病床機能報告制度」には「地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を果たしている場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択する」と明記されています。

私は、2040年に向けての新たな地域医療構想を検討する際は、急性期と回復期、場合によっては慢性期の区別の見直しが不可欠に思います。

コロナ禍の反省をふまえれば、「今後の新興感染

症発生・蔓延時における医療」を確保するためにも、高度急性期・急性期病床の大幅削減はすべきでないと考えます。

公立・公的病院再編計画の挫折

厚生労働省による強引な病床削減計画も挫折しました。同省は2019年9月に、今後再編統合を検討すべき公立病院・公的病院として424病院を公表しましたが、自治体病院・自治体関係者の猛反対を受け、すぐに棚上げしました。

しかも翌年突発したコロナ感染爆発で、再編統合の対象とされた病院を含め、自治体病院の多くが積極的役割を果たしました。吉田学医政局長(当時)は2020年6月9日の衆議院厚生労働委員会で、以下のように答弁しました。①厚生省が2019年9月再編統合の検討を迫った全国424の公立・公的病院のうち、把握できているだけで72病院が新型コロナウイルス患者の入院を受け入れた。②新型コロナ対策として設置した医療機関の状況把握システムに登録している病院(6922病院)のうち、コロナ患者を受け入れた病院は922あり、そのうち637(69.1%)が公立・公的病院。

高市早苗総務相(当時)も同年6月25日の「全世代型社会保障検討会議」で、公立病院は新型コロナの感染症患者の受け入れで非常に大きな役割を果たしていると強調し、こうした役割をふまえて地域医療構想の実現に向けた議論を進める必要があると主張しました(「キャリアブレインニュースマネジメント」、6月25日)。

このような自治体病院の復権(リハビリテーション)からも、今後、高度急性期・急性期病床の大幅削減は困難になったと言えます。

病床削減で医療費は削減できない

地域医療構想が始まってから、経済界や一部の経済学者は、病院病床削減により医療費が大幅に削減できると主張しました。例えば、2019年10月28日の経済財政諮問会議で新浪剛史民間議員は「無駄なベッドの削減は増加する医療費の抑制のために非常に重要」と発言しました。それに先立ち土居文朗慶應義塾大学教授も「計画通りに病床数を削減できれば、入院医療費を3兆円削減できる」と試算しま

した(「読売新聞」、2019年9月28日朝刊)。

しかし、病院統合・病床削減のモデルケースと言われた山形県酒田市の県立病院と市立病院の統合(日本海ヘルスネット)により、医療機能は向上した反面、医療費(医業収益)も大幅に増加したことが示されました(2019年2月22日の第19回地域医療構想に関するワーキンググループ資料1-4)。

同様の事例はその後相次ぎ、民間病院の側からは、以下のような批判もなされています。公的病院の合併により出現した「巨大公的病院、急性期の病院の幾つかは、病床が減少したにもかかわらず合併前の繰入金が増加している。つまり、病院自体の効率性とサステナビリティという視点で問題がある。(中略)さらに公的医療機関、巨大医療機関が高次救急の名の下に近隣の[民間病院の]二次救急の存続を危うくする事例もある」(2023年5月25日第12回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループでの伊藤伸一構成員の発言)。

今後の新たな地域医療構想は、医療費抑制という(隠れた)呪縛から解放されて検討することが期待されます。

「余裕」のある地域医療構想を

私は、コロナ感染爆発を通して、「地域医療構想」が2025年の必要病床を推計する際、高度急性期病床の病床利用率を75%、(一般)急性期病床のそれを78%に設定したことは、結果的にきわめて適切だったことを発見しました。実は私は、2015年にこの数字をみたときは、現実の数値よりずいぶん低いと感じたのですが、コロナ危機をふまえると、この程度の病床利用率の「余裕」があれば、危機が突発しても十分に対応できると思いいたりました(以上、『コロナ危機後の医療・社会保障』勁草書房刊、2020年、19頁)。

コロナ禍中には、医療には「余裕」が必要なことは、病院関係者や著名な厚生労働省OB(武田俊彦氏等)だけでなく、有力政治家(河野太郎議員等)も主張しました。

新たな地域医療構想でも上記の病床利用率は維持されると思いますが、今後の診療報酬改定では、この病床利用率でも病院が健全経営を続けられる点数が設定されることを期待します。

今年度診療報酬改定をどう読むか？(上)

—— 職員の賃上げと地域包括医療病棟



二木 立

日本福祉大学名誉教授

にき りゅう: 1947年生まれ。72年東京医歯大卒。日本福祉大学教授・学長などを経て2018年4月より現職。著書に『医療経済・政策学の探究』『2020年代初頭の医療・社会保障』(いずれも勁草書房)など

本年度の診療報酬改定は、介護報酬、障害福祉サービス等との6年ぶりの同時改定で、眞鍋馨保険局医療課長が明言したように「目の前の課題と中長期的な課題の双方に対応」し、しかも「『触っていないところがない』ほど多岐にわたる改定」となりました(m3.comインタビュー[全5回]。3月4~13日配信)。

本連載では、本改定の特徴と問題点・今後の見通しを2回にわけて、複眼的に検討します。今回は、本改定の最重要課題である職員の賃上げに資する措置と、入院医療で新設された「地域包括医療病棟入院料」について検討します。

病院は増収減益、診療所は減収減益？

今回の診療報酬改定は、「本体」改定率が0.88%増、「薬価等」改定率が1.00%減で、「全体」改定率は0.12%減になるとされています。

「本体」の0.88%引き上げは、本年の消費者物価増(内閣府予測2.5%)と全産業の賃上げ見通し(厚生労働省予測3.95%)を考慮すると、きわめて不十分です。コロナ禍中は、医療機関には「余裕」が必要なことが医療関係者、厚労省や有力政治家の間の共通認識になりましたが、前回改定に続き、今回もそれは実現しませんでした。

しかも「本体」部分の大半は、職員の賃上げ分に充当しなければならず、医療機関の経営改善(収支差増)にはほとんどつながらないと思います。私は、病院の多くは「増収減益」、診療所の多くは「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%減)の直撃を受け、「減収減益」になる可能性が大きいと思います。

勤務医の賃金引上げを40歳未満に限定

2年前の改定が急性期大病院の看護師に限定した賃上げにとどまったのと異なり、今回の改定が、他の国家資格保持医療専門職、福祉関係の専門職、事務職員等の賃金引上げ分を明示したのは、公平だと言えます。しかし、24年度に2.5%、25年度に2.0%のベースアップが実現したとしても、他産業との比較では低いままで、これが新たな人材獲得策にはなりえず、せいぜい人材流出防止策にとどまると思います。

賃金引上げ措置で最大の問題は、医師のうち賃金上がるのは40歳未満の勤務医に限定されていることです。『令和2(2020)年医師・歯科医師・薬剤師統計』によれば、病院・診療所の医師総数32万3700人のうち、40歳未満は9万7800人です。仮に40歳未満の医師がすべて勤務医であるとすると、賃上げ対象の勤務医は全医師の30.2%にすぎません。

働き盛りを含む40歳以上の勤務医は賃金上がらないだけでなく、本年度から始まる「働き方改革」による労働時間制限で手取り収入が減る可能性が大きいと思います。診療所開業医の多くも、上述したように医業所得が減る可能性が高いといえます。そのために、今回改定は7割もの医師の勤労意欲(モチベーション)を低下させる危険があります。

そもそも診療報酬の配分は、医療機関の裁量のはずですから、今回の診療報酬改定は行き過ぎた官僚統制とも言えます。しかし、現在の国民世論やマスコミの論調を考慮すれば、賃上げの大義名分がなければ診療報酬本体の引上げは政治的に不可能だったと思います。

新病棟の理念と施設基準は妥当

入院医療関連の改定で最大の「目玉」は、地域包括医療病棟入院料の新設で、多くの病院関係者の関心もこれに集中しています。

この病棟は、施設基準面では、既存の急性期一般病棟入院料4(10対1看護。平均在院日数21日以内)にリハビリテーション・栄養・口腔管理機能を付加した病棟といえます。私は地域で高齢の救急患者等を受け入れ、在宅復帰をめざしてリハビリテーション・栄養・口腔管理を一体的・包括的に提供するという地域包括医療病棟の理念・目標には賛成ですし、施設基準も概ね妥当だと思います。

実は、厚労省と中医協の支払側委員は、昨年中、軽症・中等度の高齢患者の急性期病院への集中を防ぐために、地域包括ケア病棟の活用を主張していました。それに対して診療側は、看護体制が13対1の地域包括ケア病棟で救急患者を受け入れるのは困難と繰り返し主張しました。その結果、厚労省は昨年12月15日の中医協総会で、「高齢者の救急患者等に対応する入院医療」を行う病棟を新たに類型化することを提案し、2月14日の中医協答申で「地域包括医療病棟」の新設となりました。

地域包括医療病棟は急性期病床

地域包括医療病棟を「回復期病床」と見なし、これにより「2025年の医療機能別必要病床数」の「回復期病床」の目標値(37.5万床)が一気に達成できるとの(私からみた)穿った見方もあります。

しかし私は逆に、医療政策的に見れば、地域包括医療病棟の新設は、(一般)急性期病床を減らし、回復期病床を増やすという「地域医療構想」の破綻を意味すると理解しています。

眞鍋課長もm3.comのインタビュー(Vol.3)で、地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟の機能や包括範囲は異なることを強調し、「地域包括医療病棟は、より高齢者救急に特化しており、ポストアキュートではなく、アキュートを診る」「より急性期の医療が可能」と説明しています。

私は、現行の「病床機能報告制度」における、病床機能の4区分を見直し、(一般)急性期病床と回復期病床、及び軽症救急医療機能を有する慢性期病床を統合した新たな病床類型を検討する必要があると

考えています(『病院の将来とかかりつけ医機能』勁草書房、2024年、26頁)。

新病棟は小さく産んで大きく育てる

3月5日発表の「令和6年度診療報酬改定 II-2」の「地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制のイメージ」図は、厚労省も急性期・回復期の区分にこだわらず、両者を急性期一般病棟入院料1(7対1看護)、地域包括医療病棟(10対1看護)、地域包括ケア病棟(13対1看護)の3類型に集約することを考えていると読み取れます。

ただし、地域包括医療病棟の施設基準は、急性期一般病棟(1-7)と地域包括ケア病棟の両方にとってハードルが高く、すぐに転換が進むとは考えにくいと思います。

私は、厚労省は将来的に軽症・中等症の急性期病床の診療報酬を包括払いをベースにしたものに変えることをめざしており、地域包括医療病棟の施設基準を相当高く設定したのは「小さく産んで大きく育て」ようとしているからだと推測します。これは2000年度に新設された回復期リハビリテーション病棟と同じです。同病棟も高い施設基準のために新設当初は伸び悩みましたが、その後は質も担保されながら急増しました。

「看護補助体制充実加算」に介護福祉士

私が地域包括医療病棟でもう1つ注目しているのは、同病棟と療養病床でのみ算定できる「看護補助体制充実加算」(新設)の施設基準に「介護福祉士の資格を有する者」が含まれたことです。療養病床の看護補助体制充実加算の施設基準にこれが含まれることは想定内でしたが、急性期病床である地域包括医療病棟にも含まれたことは想定外で、厚労省が日本看護協会の反対を押し切ってよく導入したと驚いています。

これにより、看護補助者のレベルがアップすることと併せて、介護福祉士と看護補助者の賃金水準が最低限、介護保険施設の介護職員並みに上がると期待できます。他面、「看護補助体制充実加算」算定病院が拡大すれば、看護師の法定2大業務のうち「療養上の世話」の比重はさらに小さくなり、ますます「診療の補助」偏重になるように思います。

財政審

高額薬に「費用対効果」

医療費抑制 評価制度拡充提案

2024.4.17 読売

財務省は16日に開いた財政制度等審議会（財務相の諮問機関）の分科会で、医療費の伸びを抑えるために医薬品の費用対効果を価格に反映させる評価制度の拡充を提案した。高齢化や医療の高度化を背景に2024年度予算ベースの医療費

は48・9兆円と、00年度の1・6倍に上る。出席した委員からは、英国などと同様に制度の本格適用を求め、意見も出た。近年は、がん治療薬「オプジーボ」など高い効果が

見込まれるものの、高額な薬が相次いで登場している。公的医療保険では、患者の毎月の自己負担額に上限が設けられ、こうした薬の代金の大半は保険で賄われている。

政府は医薬品や医療機器の価格が効果に見合うかを評価する「費用対効果評価制度」を19年に導入した。




財務省はこの日の分科会で、現行の評価制度を拡充し、効果の割に価格が高すぎる医薬品は保険外とする判断に用いるべきだと主張した。英国などではこうした仕組みが導入されており、より効果の高い薬の利便を促す狙いがある。委員からは「諸外国と同様に費用対効果の評価について本

格適用が必要だ。製薬企業の国際競争力向上の強化にもつながる」などの意見が出たという。

分科会では、都市部に開業医が集中するなど、地域や病院・診療所間で医師が偏在している問題も議論された。

分科会の増田寛也会長代理は、終了後の記者会見で「（費用対効果は）日本が抱えている特異な状況を踏まえて、今後の薬価改定などに反映させていくべきだ。改革が必要だ」と強調した。

医療費の抑制策を巡る主な論点

論点	財政審で出た主な意見
 公的医療保険制度	費用対効果を評価する制度の適用対象が限られている 保険が適用される医薬品の範囲が広い 「費用対効果が低いと医療除外が必要」 ↓ 効果が低いと医療除外も
 医療機関	地域や病院・診療所間で医師が偏在 「規制的手法などにより是正を」
 患者	患者負担が軽く、コストを抑制する動機付けが働きにくい 「市販品類似薬の保険給付の見直し」

ジェネリック 不信再び

「ジェネリックでいいですか？」

東京都の会社員男性(46)

は、脂質異常症の治療薬を5年間服用している。薬局の薬剤師からは毎回、ジェネリック医薬品(後発薬)を薦められるが、「嫌です」と断っている。

シリーズ ●●● 薬

不足の裏側 II

脂質異常症は動脈硬化を引き起こし、脳梗塞や心筋梗塞につながる。先発薬で治療を開始すると、男性の検査結果は

「正常」に収まった。後発薬に切り替え

た場合、十分な効果が出る

か信じられず

にいたのだ。

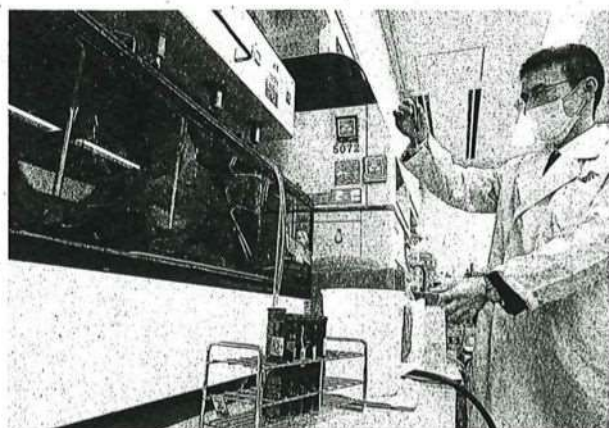
後発薬は、先発薬の特許

が切れた後に、発売される。先発薬と

同じ有効成分

医療ルネサンス

No.8223



薬の溶け具合を分析する吉田さん。ピーカーの溶液の中で羽根が回転していた(3月、国立医薬品食品衛生研究所で)

で作られ、効果や安全性は変わらないとされるが、信頼確保は長年の課題だ。

膨張する医療費を抑制す

るため、政府は1990年代から、開発費が低く安価な後発薬の使用を進めてきた。当初は飲み薬が溶けず

に排せつされた事例もあり、医師から「本当に先発薬と同じ効果があるのか」と疑いの声が上がった。特許切れ時にゾロゾロと多く

発売されるため、「ゾロ」と揶揄されてきた。

後発薬の品質を確保しようとして、政府は2000年代初頭にかけて、メーカーの製造方法や品質検査に問題がないかを実地で確認する仕組みを法令で定めた。

08年度からは、国立医薬品食品衛生研究所(川崎市)などが、年間数百品目の後発薬について、溶け具合や成分量が基準に合致するか分析している。21年度までに延べ約8600品目を調べ、「不適合」は0.2%にあたる20品目だった。

同研究所薬品部第1室長の吉田寛幸さんは「流通しているほとんどの後発薬の品質に問題はない」と感触を語る。

厚生労働省によると、後発薬の使用割合は10年間で倍近くに伸び、23年9月時点で80%を超えている。だが小林化工(福井県)では

20年、爪水虫などの治療薬に睡眠導入剤の成分が混入し、2人が死亡する品質不正が発覚。その後も後発薬業界では不祥事が続き、不信が再燃している。

不正を調べた報告書は背景について、法令順守の意識の低さや、「軍隊のような組織」で部下から問題を伝えにくい風土があると指摘した。工場への立ち入り検査は都道府県が担うが、体制が不十分で、担当職員の技能が低いケースもあると指摘する専門家もいる。

厚生省は24年度、全ての後発薬メーカーに新たな自主点検を求める。企業に承認通りに製造や品質検査を行っているか報告してもらい、不正が疑われた場合は抜き打ち検査を行う。

薬の製造に詳しい熊本保健科学大特命教授の蛭田修さんは「企業内で風土改善と業務の透明性向上を進め、不正が起きにくい仕組みを作ることが大事だ。行政の検査能力も強化しなければならぬ」と話す。

医療・健康情報はインターネットサイト「ヨミドクター」(https://yomidr.yomiuri.co.jp)で

ワクチン接種4.3億回

2024.4.2

無料終了 2.4億回分を廃棄

政府による新型コロナウイルスワクチンの無料接種が先月末で終了した。首相官邸が今月1日に公表したデータによると、総接種回数は約4億3620万回に上ったが、新たな変異株への対応や接種の伸び悩みなどにより、結果的に2億4000万回分程度が廃棄されることになる。

政府は2021年2月に接種を開始し、高齢者らが最多で7回接種を受けた。メーカーと購入契約を結んだのは9億2840万回分。途中で約2億回分の契約をキャンセルしたほか、海外に約4000万回分を提供した。昨夏以降に政府が購入したワクチン計4640万回のうち、接種されなかった約1800万回分は、有効期限内であっても廃棄される。

一方、首相官邸の公表データに基づきメーカー別の接種回数を読売新聞が集計したところ、米ファイザー社製が最多の約3億4280万回（約79%）を占め、米モデルナ社製が約9290万回（約21%）と続いた。

国が製薬企業と購入契約を結んだ新型コロナウイルス



海外に提供
約4000万回

英アストラゼネカ社製や米ノババックス社製、第二三共製のワクチンは、それぞれ0.1%を下回った。

第二三共製は昨年末に国産ワクチン第1号として実用化され、政府は140万回分を購入したが、接種さ

れたのは約7万回にとどまった。

今秋以降には、65歳以上の高齢者と重度の基礎疾患を持つ60〜64歳の人を対象の定期接種が予定されており、最大7000円の自己負担となる。これ以外は任意接種で原則全額自費となる見込みだ。

読売

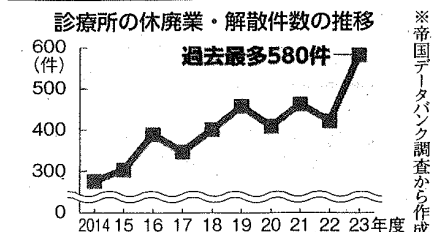
23年度

診療所休廃業最多580件

報酬削減が追い打ちへ

2024.4.21 赤旗

診療所の休廃業や解散が2023年度は過去最多の580件に達した。こうした実態が民間信用調査会社「帝国データバンク」の調査で分かった。経営者の高齢化や後継者の不在が背景にあると指摘している。岸田政権は診療所を狙い撃ちした報酬削減を6月から強行しようとしており、窮状に追い打ちをかけている。



前の約2・4倍です。診療所を営む医師の年齢は65〜77歳ごろが多く、「高齢化が顕著だ」としたうえで、「事業を断念するケースは今後さらに増加すると予想される」「診療所は相次いで姿を消してい

く」と懸念しています。休廃業や解散は歯科医院の110件などを含み、医療機関全体で709件でした。どちらも過去最多です。倒産も過去最多で、全体で55件となりました。

岸田政権は6月から、診療所が対象となる生活習慣病向けの診療報酬を整理再編し、大幅減収を押し付けようという計画。報酬全体は24年度改定で実質6回連続の引き下げです。また、24年度に同時改定された訪問介護の基本報酬も引き下げています。独立行政法人「福祉医療機構」の調査では、4割強の訪問介護事業所が赤字に陥っており、報酬削減の影響が危惧されます。

不妊治療を支援 企業26.5%止まり

厚生労働省が公表した不妊治療に関するアンケート調査によると、不妊治療を受ける従業員への支援制度がある企業は26.5%にとどまることが分かった。仕事との両立が困難で退職した人も一定数おり、企業の支援態勢が不十分な現状が浮き彫りとなった。

厚労省調査

2024.4.21 読売

企業が設ける支援制度は「不妊治療に利用できる休暇制度」が47.8%と最も多く、「勤務時間などの柔軟性を高める制度」が19.4%で続いた。一方、95.7%の企業は、資料配布や研修などの啓発を実施せず、不妊治療中の従業員の相談窓口などがない企業も78.9%と多かった。

また、不妊治療を受けたことがある人のうち10.9%が、仕事と両立できずに退職したと回答した。両立できず退職や雇用形態の変更などを選んだ理由で最多だったのは「日程調整が難しい」の49.3%だった。

不妊治療は2022年に保険が適用されて以降利用者が増えており、厚労省は企業などに理解増進を呼びかけた。企業への調査は昨年7〜8月、従業員10人以上の6000社を対象に行い、1859社が回答した。労働者への調査は昨年8月、男女2000人に実施した。

医療機関 6.2% 診療体制縮小

勤務医の残業時間を規制する

「医師の働き方改革」が1日、

スタートした。これに先立ち、

厚生労働省は、全国の医療機関

の6.2%にあたる457施設

が、診療体制の縮小を見込んで

いるとする調査結果をまとめ

た。うち132施設は、自院の

体制縮小が地域の医療提供体制

に影響すると答えた。

調査は昨年10月から、大学病

院を除く病院や、分娩を取り扱

う産科の有床診療所を対象に実

施し、先月13日までに7326

施設から回答があった。体制縮

小を見込む457施設のうち49

施設では、大学病院などから派

遣されている医師の引き揚げを

2024.4.1 読者9711

医師の働き方改革 開始

要因として挙げた。

調査結果が示された厚生労働省の

検討会では、委員から「診療体

制の縮小によって、いろいろな

悪影響が起きる可能性がある。

地域医療に与える影響について

引き続き調査してほしい」との

意見が出された。

医師の働き方改革は2019

年4月に施行された働き方改

革関連法に基づくもので、勤

務医の残業時間は原則として

年960時間が上限となる。

ただし、地域医療を担う病院

の勤務医らは、例外的に年1

860時間が上限となっている。

記者の目

宇多川 はるか
くらし科学環境部



2024.3.13 毎日

「訪問介護の基本報酬引き下げ」

ケア労働に正当な対価を

要介護状態になっても、住み慣れた地域で必要なケアを受けながら最期まで――。地域包括ケアシステム」と呼ばれるこの構想を、厚生労働省は介護政策の根幹に据えてきた。そんな「在宅」でのケアを軸とする構想と逆行するような判断がされた。2024年度から改定される介護報酬の引き上げ分を各サービスにどう振り分けるかが1月に決まったが、訪問介護の基本報酬は引き下げられたのだ。

介護報酬は、事業者が介護保険で提供するサービスの公定価格で、3年に1度見直される。事業者の主な収入源になるため、深刻な人材難と物価高騰による経営難に苦しむ介護業界はこれまで、改定率の大幅アップを求めてきた。

23年末に決まった介護報酬全体の改定率は1・59%の引き上げ。他の産業は23年の春闘で3・6%の賃上げだった中、1%台は業界の期待を下回ったが「診療報酬の改定率(0・88%)を初めて上回っ



要介護者の自宅を訪問し、昼食と夕食の2食分を用意するヘルパー―神奈川県内

た」と評価する声もあった。波紋を広げたのは配分方針だ。基本報酬は、特養など施設系はアップされ、訪問介護は減額された。この方針に、酷暑の日も、酷暑の日も、自転車や車を走らせて介護を必要とする人たちの家々を回ってきたヘルパーを中心に、落胆と怒りの声が広がっている。こうした声の背景にあるのは、引き下げが経営に直結して事業存続を危うくするという危機感だけだろうか。ケア労働の尊厳も問われているのではないかと思う。

厚生省は引き下げた理由として主に次の2点を挙げる。一つは経営実態調査の結果だ。施設系が初の赤字になったのに対し、訪問介護の収支

差率は7・8%で黒字を維持した。ただし、黒字といっても人材が確保できずに人件費が減少したという側面がある。

根拠の経営調査精度には疑問符

調査の精度にも疑問符がつく。調査対象の中には、サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)で訪問介護をする事業者も含まれる。集合住宅内で一定の高齢者を囲い込めるサ高住と、一軒一軒を回る訪問介護を一緒にすれば、利益率は押し上げられる。

一方、廃業を考えざるを得ないような厳しい運営を迫られている小規模事業所も少なくない。調査に答える余裕が

なく、結果に反映されていないとの指摘もある。

厚生省が示したもう一つの理由は、処遇改善加算を今回、訪問介護で優遇させたことだ。この加算は、事業所が経験に応じた昇給制度を整えるなど、一定の要件を満たせば得られる。訪問介護は全サービスで最も高い最大24・5%の加算率になった。

小規模な事業者が報われない可能性

全体の約1割にあたる約3000の事業所は加算を取得していなかったが、その主な要因が事務が煩雑で負担が重かったことだと、厚生省は事務手続きの簡素化を図った。ただ、特に小規模の事業所は、そもそも申請の要件を満たせないなど、事務の簡素化だけでは救われない状況もある。また、高い加算率を取ってきたとしても、ベースとなる基本報酬が減額されることで、結果として減収が見込まれる事業所もある。

武見敬三厚労相は国会で「訪問介護は全体としてプラス改定だ」と述べた。だが、厚生省が掲げるいすれの理由も、有効求人倍率15倍余りという超人材難にあえぐ現場の前では、説得力に欠ける。「私たちの誇りを傷つけ、更なる人材不足を招くことは明らか」。これが、日本ホームヘルパー協会の受け止め方だ。

「喉仏をみて、ゴクンとするのを見てからなんです、次の一杯は。むせないように、上半身の起こし方の角度も大切」。取材した神奈川県内の73歳の女性ヘルパーは、寝たきりになった90代の女性の介護の様子を語ってくれた。少しでも間違えば誤えんになり、命に関わります。とにかくよく観察して、根気よく、気配り目配り」。約1時間かけて、おかゆを食べさせる。たとえ相手が話すことができなくても、「きょうは暖かいですね」「少しお茶でも飲みましょうか」と声をかけ続けながら手を動かす。2時間のホームヘルプを終えて、訪問先の家の扉を閉める時、「きょうも無事に終わってよかった」と思うという。

一口のおかゆをあげるために、目を凝らし、心を研ぎ澄まし、相手と向き合う。本当に頭が下がる。そうしたケア労働の報酬が他の産業より低い現状を踏まえれば、加算という条件付きの賃上げの前に、基本報酬を引き上げる必要があったのではないか。

抗議の声を受け、厚生省の担当者は「事業所にヒアリングしたい。小規模事業所の悩みをどう把握するか検討したい」と話した。聞き取った結果をもとに、配分の軌道修正を検討してほしい。

高齢期の暮らし どう変わる

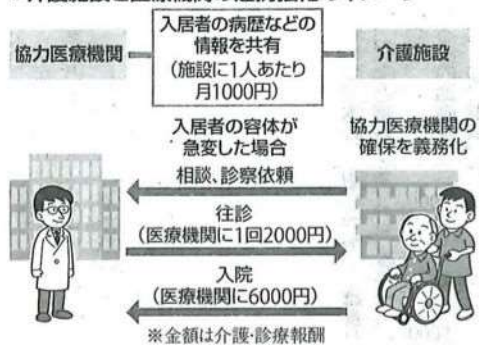
新年度スタート

新年度がスタートし、高齢期の暮らしにかかわる社会保障の制度が変わった。特別養護老人ホーム（特養）などの介護施設で、入居者が医療を受けやすい体制作りが進むほか、所得の多い高齢者の介護保険料が引き上げられた。一方、公的年金は支給額が増える。見直しのポイントを紹介する。（野島正徳）

介護報酬の改定で、特養などの介護施設には、入居者が誤嚥性肺炎や尿路感染症などで容体が急変した場合、すぐに医師を派遣してくれる医療機関の確保が

介護報酬 介護保険サービスの公定価格で、事業者がサービスを受け取る。税金と40歳以上が納める保険料、利用者の自己負担（原則1割）と賄われ、原則3年ごとに見直される。

介護施設と医療機関の連携強化のイメージ



介護施設と医療機関の連携強化

2024.4.2 読売

義務付けられた。施設の看護師らが電話で医師に対応を相談できたり、症状が悪化した際にスムーズに入院させてくれたりする協力も含まれている。



連携している病院の医師の指示で、入居者に点滴をする施設の看護師（東京都大田区の特養「好日苑」で）

の下、ベッドで安静にしているうちに3〜4割の人は心身の機能が低下するといふ。施設内で普段のケアを受けながら、往診によって療養できるように支えることで、入居者の生活の質をたつのが、この連携の狙いだ。

※2024年度の主な制度変更

- 介護保険**
- 介護施設に医療機関との連携強化を義務付け
 - 福祉用具の一部を原則1割負担で購入可能に
 - 所得の多い高齢者の保険料引き上げ
 - 在宅介護の看取り対応を拡充
- 公的年金**
- 支給額を前年度より2.7%引き上げ
 - 従業員数51人以上の企業の短時間労働者も厚生年金の対象に

所得120万円以上 介護保険料増

介護保険制度の改正で、年間の合計所得が420万円以上ある高齢者の介護保険料が引き上げられた。対象になるのは、高齢者全体の4%（145万人）に当たる。

一方、世帯全員が住民税非課税などの低所得者（1323万人）の保険料は引き下げた。高所得者の保険料を引き上げた増額分を穴埋めする。収入に応じて保険料を納める「応能負担」

東京都大田区の特養「好日苑」は義務化の前から、近くの大森山王病院と「相談、往診、入院」の連携体制をとっている。「治療中も、顔なじみの職員から食事やトイレなどの介助を受けるための、入居者が穏やかな気持ちで過ごせる」（施設の幹部）という。

改定では、こうした連携を後押しするため、報酬の加算（上乗せ）も行う。協力先の医療機関と、入居者の病歴などの情報を共有する会議を定期的に開いた場合、入居者1人あたり月1000円（2025年度以降は月500円）を加算する。入居者の利用料もその分増える。自己負担1割の人の場合、月額1000円（同50円）増となる。

また、6月に改定される診療報酬でも新たな加算ができる。医師が施設で診察した場合に1回2000円、往診後に入院を受け入れると6000円が医療機関側に支払われる。利用者は1〜3割を自己負担する。

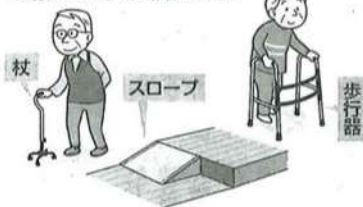
杖など3種類 購入も可能に

介護保険で在宅生活を支える福祉用具のうち、杖とスロープ、歩行器の3種類の利用について、レンタルが購入かを選べるようになった。

福祉用具は原則、レンタル（13種類）で、要介護状態が変化し、体に合わなくなった場合、スムーズに交換できる。利用者は毎月、レンタル費用の原則1割を自己負担する。

ただ、3種類は比較的、安価で、レンタル期間が長

購入もできる福祉用具



自宅での看取り サービス手厚く

介護報酬の改定では、住み慣れた自宅で最期を迎えたいという高齢者の願いに応えるサービスを広げる。訪問入浴や特養の短期入所（ショートステイ）で利用者の看取り期に、医師や看護師らと連携して手厚いケアをした場合、640円（1回または1日）を加算する。利用者は1割負担の場合、64円の負担増となる。

の強化を図る狙いがある。65歳以上の保険料は、各市区町村が基準額を定めて、所得が多い人ほど高くなるように決めている。

厚生労働省が示す標準の設定は従来、所得の区分が9段階あり、個人々の保険料は所得に応じ、基準額の0.3〜1.7倍になって

いた。24年度からは、新たに4段階を設けて13段階とし、例えば「420万円以上520万円未満」で基準額の1.9倍、「720万円以上」で2.4倍にした。

保険料は3年に1度見直される。各市区町村は24、26年度の基準額を決めた。

25、23年度の全国平均は6014円だったが、介護費用の増加を受け、上昇するとみられる。厚生労働省が集計し、5月に公表する予定だ。新たな保険料の支払いは多くの場合、6月に支給される公的年金（4、5月分）から天引きされる形で始まる。

後期高齢者の徴収額を試算

子育て支援金 年収250万円 で 月額550円

2024.4.17 朝日

少子化対策の財源として、医療保険料とあわせて徴収する「支援金」をめぐり、政府は16日、75歳以上が入る後期高齢者医療制度について、加入者1人あたりの年収別の試算額を追加で明らかにした。総額1兆円を集める2028年度時点で、年収250万円の場合、月額550円の負担を見込む。

後期高齢者医療制度における支援金の年収別試算額

年収	月額
80万円	50円
160万円	100円
180万円	200円
200万円	350円
250万円	550円
300万円	750円

(2028年度見込み)

同日の衆院特別委員会で、野党の求めに応じて示した。加入者1人あたりの見込み額は、年収250万円 で 月額550円、300万円 で 750円。

こども家庭庁は、年収250万円以上にあたるのは年金収入のみの加入者の1割にとどまるとして、低所得者向けの軽減措置を踏まえ、これまでの年収200万円までの試算を出していた。年収80万円 で 月額50円、160万円 で 100円、180万円 で 200円、200万円 で 350円。制度全体では平均350円という。

(川野由起)

介護保険料 6500円以上が半数

74自治体調査 6割超が引き上げ

2024.4.10 朝日

4月に3年ぶりに改定された65歳以上の介護保険料について、全国の主要74自治体を調べたところ、半数近くが月額6500円以上となることとなった。6割超の自治体が保険料を引き上げ、増額幅が最大の大阪市は月1千円超の負担増となる。高齢化や単身世帯の増加で、保険料負担は今後、一層重くなると見込まれる。

▼3面11右肩上がり

65歳以上の介護保険料は自治体が3年ごとに見直す。多くの自治体は2024～26年度の保険料について、3月に議会ですべて集計した。

条例を改正している。政令指定市と県庁所在地市、東京23区の計74市区の状況を朝日新聞が取材し、集計した。

その結果、保険料の基準額(月額)を引き上げたのは48自治体で、全体の65%を占めた。23自治体は据え置き、3自治体は引き下げた。増額幅が最も大きかったのは大阪市で、前年度より月1155円増えた。次いで千葉市が900円増、福岡市が674円増。前年度比で月500円以上引き上げたのは8自治体あった。基準額が最も高くなるのも大阪市で、月9249円。

堺市の7417円、京都市の7160円が続き、6500円以上となるのは36自治体で、49%を占めた。3年前の前回改定で、月6千円以上となった自治体は78%だったが、今回は86%まで拡大した。保険料負担は、制度が始まった00年度は全国平均で月2911円だった。その後、利用者は増え続け、約3.6兆円だった総費用は20年余りで約4倍に。これに伴い保険料負担も、23年度までに当初の約2倍の月6014円に増えた。4月改定の状況について厚生労働省が集計中だが、全国平均はさらに膨らむとみられる。(吉備彩日、中村増三郎)

前年度比	増額	減額
1155		
627		
360		
308		
674		
239		
650		
0		
120		
276		
50		
100		
372		
150		
0		
25		
900		
78		
41		
0		
200		
0		
653		
145		
0		
200		
0		
0		
0		
0		
0		
0		
0		
0		
0		
0		
400		
0		
0		
280		
150		
93		
0		
0		
254		
0		
0		
0		
0		
94		
-233		
0		
-635		
0		
460		
440		
460		
150		
-10		
70		
200		
210		
600		
430		
400		
155		
200		
380		
176		
100		
541		
400		
0		
0		
210		
87		
200		
200		

基準額の月額(24～26年度)	前年度比
大阪市	9249円
堺市	7417
京都市	7160
名古屋市	6950
福岡市	6899
新潟市	6880
相模原市	6650
岡山市	6640
横浜市	6620
川崎市	6591
北九州市	6590
神戸市	6580
さいたま市	6406
広島市	6400
熊本市	6400
静岡市	6350
千葉市	6300
仙台市	6079
浜松市	5900
札幌市	5773
岐阜市	6900
那覇市	6876
大分市	6852
青森市	6824
長崎市	6800
和歌山市	6800
徳島市	6680
松山市	6650
高松市	6633
富山市	6600
福井市	6600
金沢市	6590
松江市	6554
福島市	6500
甲府市	6482
津市	6456
前橋市	6450
宮崎市	6300
盛岡市	6267
鹿児島市	6241
秋田市	6232
奈良市	6220
水戸市	6100
鳥取市	6100
佐賀市	5960
高知市	5936
山形市	5800
宇都宮市	5735
大津市	5715
長野市	5670
山口市	5510
荒川区	6920
台東区	6900
葛飾区	6860
足立区	6750
練馬区	6670
新宿区	6600
墨田区	6600
大田区	6600
板橋区	6520
品川区	6500
港区	6400
杉並区	6400
中央区	6300
北区	6290
世田谷区	6290
中野区	6266
江東区	6200
目黒区	6200
豊島区	6200
渋谷区	6170
文京区	6107
江戸川区	6100
千代田区	5600

4月からの65歳以上の介護保険料

政令指定市 県庁所在地(指定市以外) 東京23区

は月額6500円以上の自治体

知りたい介護保険

① 社会保障制度を深掘りして解説する「知りたい」。最初のシリーズは、介護保険制度を取り上げます。

年齢を重ねるうちに身体や認知機能が衰え、食事や入浴、トイレなど身の回りの手助けが必要になることがあります。こうした高齢者が、自宅や特別養護老人ホーム(特養)などの施設で、介護職員から介助を受けられる仕組みが介護保険制度です。できるだけ自立した生活を送れるように支える狙いがあります。

制度がスタートしたのは2000年4月です。高齢化が進む中、親を介護する子ども世代の心身の負担は大きくな

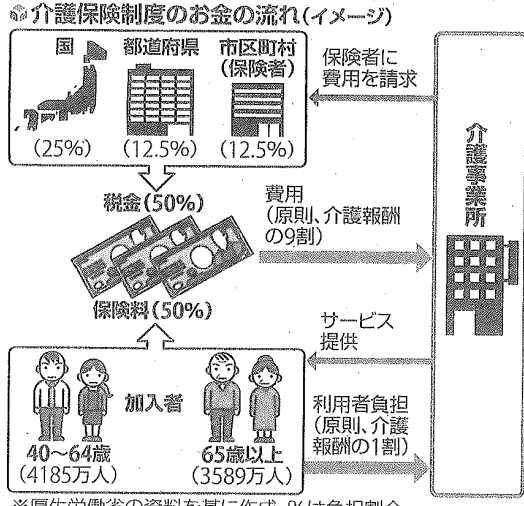
2024.4.9 読者

家族の負担軽減へ 制度創設

お年寄り 社会全体で支える

つていました。核家族化で子どもと離れて暮らす高齢者も増え、家族頼みの介護は難しくなりました。家族の負担を軽減し、「介護を社会全体で支えよう」というのが、創設の目的です。

もともと、特養やヘルパー



※厚生労働省の資料を基に作成。%は負担割合。人数は2022年3月末時点

といった公的なサービスは、制度の創設前からありましたが、利用できるのは、自治体から支援が必要だと判断された人だけでした。税金で賄われる財源は限られていたため、サービスの量が十分ではなく、利用者は選ぶことができませんでした。

国は、利用者が自らサービスを選択できるようにする代わり、負担を求める介護保険制度を作りました。40歳以上(加入者)から保険料を集めることで財源を増やしました。サービスを提供する事業者に支払うお金(介護報酬)を、利用者の自己負担(原則1割)と保険料や税金で賄う仕組みです。自己負担分を除き、保険料と税金の割合は半々です。

介護保険を運営するのは各市区町村(保険者)です。高齢者人口の割合など地域の状況やニーズを踏まえて、必要なサービスの量を確保する役割があります。利用者数などから、サービスにかかる全体の費用を見積もり、65歳以上の保険料の額も決めます。

40~64歳の人の保険料は、勤務先の健康保険組合や国民健康保険など、加入する医療保険ごとに決まります。

こうして集めた財源を元手に、国や自治体がサービスの民間参入を促しました。その結果、通所介護などの事業所が各地で増え、利用者の選択肢が広がったことが、制度の大きな意義と言えます。

サービスを利用できるのは原則として、65歳以上の高齢者です。市区町村から、介護が必要な状態だと認定されることが条件です。

40歳になったら保険料を納めてもらうのは、自身の親が高齢で介護を必要とする状態になる可能性が高くなる世代だからです。親の介護をサービスに任せることで安心して働くことができます。介護保険は、高齢者本人だけでなく、現役世代を支えています。

40~64歳の人も、若年性認知症や末期がんなど16種類の病気が原因で、介護が必要になればサービスを使えます。

高齢化がさらに進み、制度が始まった00年度に約184万人だった利用者は、約590万人(21年度)になりました。介護費用は24年度は14.2兆円と、当初の約4倍に膨らむ見通しです。65歳以上の保険料(全国平均)も、当初の約2倍の月額6,014円(23年度)に上昇し、24年度には、さらに高くなるでしょう。制度をどう支えるのか大きな課題です。(野島正徳)

知りたい！ 介護保険

高齢化で、介護を必要とする人が増える中、サービスにかかる費用をどう賄っていくかが、課題になっています。来年には、590万人の「団塊の世代」が75歳以上の後期高齢者となり、サービスのニーズはさらに膨らむ見通しです。年齢が上がるほど、介護が必要な状態になりやすくなるからです。

厚生労働省によると、2022年3月末時点で、市区町村から介護が必要だと認定された「要介護認定者」は、65歳以上の高齢者全体では、およそ5人に1人ですが、75歳以上になると、3人に1人ほどになります。

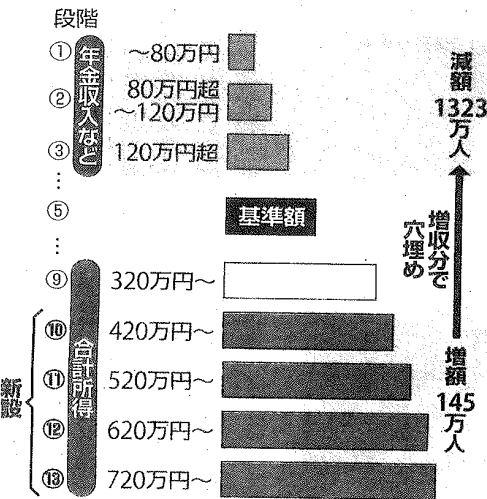
一方、税金や保険料を負担

2

サービス利用時の負担見直し

2024.4.16 読売

高齢者の介護保険料(月額)見直しのイメージ



する現役世代は減り続けています。今後サービスを安定して提供していくには、制度の見直しが欠かせません。

今年度は、3年に1度の改正があり、一定以上の所得のある高齢者の保険料が引き上げられました。対象は、年間合計所得が420万円以上の人(145万人)です。

65歳以上の保険料は、各市区町村が基準額を定め、所得が多い人ほど高くしています。厚労省が示す標準の設定

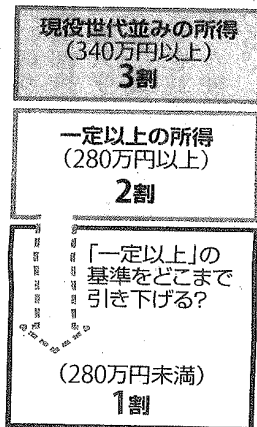
「2割負担」拡大範囲が焦点

は従来、所得の区分が9段階でしたが、今年度から、その上に新たに4段階を設けました。経済的に支払い能力のある高齢者には、より多くを納めてもらう「応能負担」を強化する狙いです。

この引き上げによる増収分を活用し、低所得者(1323万人)の保険料を引き下げます。介護費用の増加で保険料の上昇が避けられない中、低所得者の負担を軽くして納め

自己負担2割の対象拡大のイメージ

※厚生労働省の資料から。金額は年金を含む所得。単身者のケース



やすくし、引き続き支え手になってもらう。そうして制度の安定につながる考えです。

一方、今年度からの実施を見送った改革案もあります。サービスを利用した際の自己負担の引き上げです。

00年の制度創設以来、自己負担は一律1割でした。65歳以上については、15年から、年金などを含む所得が一定以上(単身で年収280万円以上)の人(2割負担)になりました。18年からは、所得が現役世代並み(同340万円以上など)の人は3割負担になっています。23割を負担しているのは、利用者の8%ほどです。

こうした見直しは、保険料の引き上げと同じで「応能負担」の考え方によるものです。利用者負担を増やせば、その分、税金や保険料で賄う費用を抑えることができます。

厚労省は昨年末、「2割負担」の適用となる所得の基準を引き下げて、2割負担の対象を増やす案をまとめ、与党と調整しました。しかし、物価が高騰する中、公的年金が主な収入の高齢者世帯に、負担増を求めるのは厳しいとの判断から、27年度の見直しまで結論を先送りしました。

「自己負担が増えると、サービスの利用をためらう人が出てくる」(日本介護支援専門員協会)と心配する声もあります。制度の安定だけでなく、高齢者の暮らしへの配慮が欠かせません。厚労省は来年夏以降、議論を本格化させる予定です。(野島正徳)

子育て支援金審議

「次元の異なる少子化対策」の実現に向けた子ども・子育て支援法などの改正案は3日、衆院特別委員会で実質審議入りした。政府は公的医療保険料に上乗せして徴収する「支援金」や歳出改革で財源を捻出する方針だが、「国民の実質負担は生じない」と説明しており、整合性が問われている。

（政治部 阿部雄太、谷口京子）



「子ども政策に関する特別委で法案審議が本格化した初日、支援金制度を巡る政府の説明が実態と乖離していないかどうか議論が集中した。

「歳出改革と賃上げで負担軽減効果を生じさせ、その範囲内で制度を構築する」加藤少子化相はこうした答弁を繰り返して、「実質負担ゼロ」とする従来の立場を崩さなかった。支援金制度は企業や個人が支払う公的医療保険料に上乗せして徴収する仕組みだ。2026年度から開始

「実質負担ゼロ」攻防激化



衆院地域活性化・子ども・デジタル特別委員会で答弁する加藤少子化相（3日、国会）

財源確保不透明さ残る

少子化対策の財源は安定的に確保できるかどうか不透明な部分が残る。政府は2028年度までに年3・6兆円のうち、支援金以外に社会保障の歳出改革で約1・1兆円、予算の組み替えて約1・5兆円を捻出する方針を示している。

歳出改革を巡っては、28年度までに実施を検討する工程表を

取りまとめ、昨年12月に閣議決定した。介護保険サービスの利用料を2割負担する対象者の拡大や、金融所得のある高齢者を念頭に置いた医療・介護の保険料負担の引き上げなど、国民の負担増につながる項目も明記した。

「歳出改革が十分にできず、財源が賸れない事態は想定してない」と危惧する。

政府 歳出改革で軽減 ■ 野党 事実上の増税

少子化対策の財源に充てる「支援金」の1人あたりの平均負担額

被用者保険	800円
協会けんぽ (中小企業の従業員と家族)	700円
健康保険組合 (大企業の従業員と家族)	850円
共済組合 (公務員や教職員と家族)	950円
被保険者で平均的な収入の場合に想定される主な例	
①共働きで専業主婦と子ども2人 →月850円×2人=1700円	
②社員の夫と専業主婦と子ども2人 →月850円×1人=850円	
国民健康保険 (自営業者と家族)	600円
後期高齢者医療制度 (75歳以上の高齢者)	350円

※2028年度以降の被保険者1人あたりの月額。国保は1世帯あたり

■ 粗い試算

者全体で計算した額だが、野党は精緻な試算を公表するよう要求していたが、「数字が独り歩きする」と国民の誤解を招きかねない（政府関係者）と慎重な意見が根強く、審議入り直前になってようやく公表した。

政府によると、会社員や公務員らが加入する「被用者保険」の場合、扶養家族人も入るのかどうか重ねて

■ 主な具体策と実施時期

	2024年度	25年度	26年度	27年度	28年度
児童手当の拡充		所得制限撤廃 支給期間を「中学生まで」から「高校生年代まで」に延長 第3子以降の支給額を月3万円に増額 (24年10月分から適用、支給は同年12月から)			
出生後休業支援給付			育児休業の給付額を手取り8割相当から10割相当に引き上げ(25年4月から)		
育児時短就業給付				時短勤務中の賃金の1割に相当する給付金を支給(同)	
妊婦のための支援給付					妊娠・出産時に10万円相当の給付を制度化(同)
子ども誰でも通園制度					親の就労の有無にかかわらず保育施設が利用可能に(26年4月から)

と認めると、一定の所得は審議が成り立たない」と

反発した。

政府が支援金制度を創設するのは、子育て世帯への給付を抜本的に拡充するためだ。

児童手当は今年10月分から所得制限を撤廃し、高校生年代までに対象を延長する。親の就労の有無にかかわらず利用可能になることも誰でも通園制度も開始し、安心して出産や子育てができる環境を整備する。

少子化対策の重要性については与野党に認識の隔たりはなく、野党は財源に関する政府の説明に照準を合わせ、追及を強める方針だ。政府に対し、与党内でも不満がくすぶっている。自民の閣僚経験者は「国民に向かつて少子化対策に協力を得るため、負担をお願すべきだった。つじつま合わせにも限界がある」と語る。

（自民党中堅）この声が漏れる。

政府は少子化対策と並行し、防衛力強化に伴う財源の確保も迫られている。法人、所得、たばこの3税を段階的に増税し、27年度に1兆円強を確保する計画だが、増税の開始時期は固まっていない。政府高官は「政治と力ネ」の問題が一区切りついたとしても、今度は負担増を巡る議論に国民の関心が集まるだろう。かじ取りを誤れば、政権への逆風がさらに強まりかねない」と危惧する。

年金支給額 実質目減り

マクロ経済スライド実施

公的年金の2024年度の支給額は、前年度よりも2・7%引き上げられた。物価や現役世代の賃金が上昇しているのに合わせた改定で、プラス改定は2年連続となった。

厚生労働省の試算によると、国民年金（基礎年金、満額）は69歳以上で月6万7808円（前年度比1758円増）、68歳以下で月6万8000円（同1750円増）となる。

◆公的年金は増額でも、実質は目減り
※厚生労働省の資料を基に作成



2024.4.2 読売

厚生年金は、平均的な年収の会社員で40年間加入した夫と、専業主婦の妻の2人分で月23万483円（同6001円増）となる。年金は4、5月分が6月14日に支給される。支給額は、物価や賃金の変動に応じて毎年度、見直される。物価が上昇した場合、その分を増やすことで、実質的な価値（モノやサービスの購買力）を維持させるためだ。

今回は、23年の物価変動率が3・2%、賃金変動率が（20〜22年度の平均値などから算出）が3・1%と、どちらもプラスだったが、賃金が物価ほど伸びていないため、賃金変動に合わせて改定することになった。年金制度は、現役世代が賃金の中から納める保険料で

支えられており、支給額は、現役世代の負担能力に合わせる必要があるためだ。その上で、将来の年金財政の安定に向け、支給額の伸びを抑える仕組み「マクロ経済スライド」が実施された。現役世代の減少や高

齢者の平均余命の伸びなどから算出する「調整率」は今回0・4%で、これを賃金変動率から差し引き、2・7%となった。プラス改定だが、物価や賃金の上昇に追いつかず、実質的には目減りしている。

厚生年金の加入対象を拡大

パートやアルバイトなどの短時間労働者（週20時間以上）について、厚生年金や健康保険の加入対象が拡大する。

短時間労働者が厚生年金に加入すると、将来受け取る年金が国民年金よりも多くなり、老後の生活資金が手厚くなる。

現在は、「月収8万8000円以上」で、勤務先が従業員数「101人以上」などの基準を満たす場合、対象となっている。今年10月からは、従業員数が「51人以上」の勤務先に広がる。

この改正は保険料を納める支え手を増やし、制度の安定につながる狙いもある。厚生省の推計では、今回の対象拡大で、新たに約20万人の加入が見込まれる。

保険証残そう！国会内集会

2024年2月15日（木）衆議院第1議員会館大会議



現行の健康保険証を残すよう求める集会在開かれた一東京都千代田区内で2月15日

「窓口負担増で敬遠」のリスク

●異例、大臣呼びかけ

「会議を打ち合わせ、日々送られてくるメールなどで、マイナ保険証の意義、メリットについて案内し、積極的な利用を呼びかけてほしい」

武見敬三厚労相は2月29日、職員向けに流したメッセージ動画で強調した。厚労相自らこのような呼びかけをするのは異例で、低迷する利用率に危機感を抱いた結果だ。

利用率は2月時点で4.99%。昨年4月時点で6.3%よりも低くなる始末だ。国家公務員の利用率ですら4.36%（昨年1月時点）。省庁別で最も高いのは総務省で6.26%、最低は防衛省の2.5%だった。厚労省は5.98%と、かろうじて国民全体の利用率を上回った。

現行の健康保険証が12月に切り替わるのを前に、政府はマイナンバーカードと一体化したマイナ保険証の普及に躍起だ。個人情報を守って他人にひも付ける誤りが低迷の背

メリットを感じられず、使おうと思えない」。マイナンバーカードと一体化した「マイナ保険証」を巡って、利用促進の旗振り役である厚生労働省で職員からこんなささやきが漏れる。国民全体の利用率は5%程度に低迷しており、中央省庁の職員もほぼ同水準。利用率を向上させようと、6月改定の新たな診療報酬ではマイナ保険証の利用促進に向けた項目が初めて設けられた。ただ、診療報酬特有の意外な「落とし穴」もある。

診療・介護報酬同時改定 田「マイナ保険証」促進

景にあるとみられ、政府を拳ばて総点検を実施した。

さらに、今年1月からは利用率を上げた医療機関に対し、補助金を支払う支援策も始めた。昨年10月と比較して利用率が2%以上がれば件数当たり20円を補助する。50%以上アップすれば補助単価は120円に跳ね上がる。

加えて都道府県ごとの競争意識をあおろうと、それぞれの利用率を公表した。ただ、最も高い鹿児島県でも8.96%（2月時点）と2桁にも届かない。東京など多くの都道府県は4〜5%程度にとどまる。

2月14日に改定内容が固まった診療報酬では、利用促進に向けて新たな支援策が登場した。これまでは初診時にマイナ保険証を利用すると診療料に20円、利用しないと40円が上乗せされていた。ただ、これでは患者に従来の保険証を使ってもらった方が医療機関の報酬が多くなる。厚労省はこの施策が利用の増えない一因と見ていた。

診療報酬改定では方針転換し、マイナ保険証で診察して医療情報を活用したり、利用促進のポスターを院内に掲示したりすれば初診時に80円を加算できる「医療DX推進体制整備加算」を新設した。医療機関の態勢整備を促すことで、マイナ保険証のメリットである過去の処方歴や特定健診情報などを最大限診察に生かせるようにしたいと考えた。

ただ、診療報酬特有の矛盾

もはらむ。診療報酬を上げれば医療機関は増収となり、設備投資に回せる一方で、患者の窓口負担は増える。窓口負担の増加を嫌がる患者は、こうした医療機関を敬遠するリスクが生じかねない。

今回の改定では、医療従事者の賃上げに向け、俸上げされるメニューは多い。診察時にどちらかが必ず算定される初診料は30円、再診料は20円上がる。医療機関が賃上げ計画をすればさらに60円、20円をそれぞれ上げることができるとも負担増に変わりはしない。

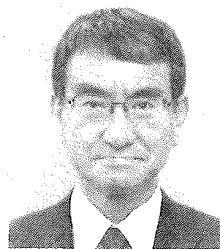
●「メリット感じない」

厚労省の審議会で日本医師会の猪口雄二副会長は「患者さんへ（マイナ保険証の利用促進に向けた）声かけをどんどんしているが、患者さんのメリットが今それほどないのて説明が大変だ」と愚痴をこぼした。厚労省の中堅職員も「あまりメリットを感じられず、マイナ保険証を使おうと思わない。周囲の人も使っていない」と声を潜める。

マイナ保険証の仕組みに詳しい一般財団法人「医療情報システム開発センター」の山本隆一理事長は「問題は今年12月に現行の健康保険証を廃止することだ。本来なら（マイナ保険証の）利点をどうも、自然に切り替わっていくように進めるべきだ」と注文を付けた。【村田和也】

―田は28日に掲載します

低迷マイナ保険証



使えぬ医療機関の「通報」促す

マイナンバーカードと健康保険証を一体化した「マイナ保険証」の利用が伸び悩んでいることを受け、河野太郎デジタル相が自民党所属国会議員に対し、マイナ保険証の利用ができない医療機関を国のマイナンバー総合窓口へ連絡するよう、支援者へ呼びかけることを要請する文書を出していたことがわかった。

自民党所属議員を通じて事実上の通報を促すことで、医療機関に圧力をかける手法だと批判を呼びそうだ。

関係者によると、文書は河野氏の事務所が作成し、19日までに自民党所属の国会議員に配布したという。議員の支持者たちが医療機関を受診する際にマイナ保険証の利用を働きかけるよう求め、マイナ保険証の利用を受け付けていないかったり、マイナ保険証利用者に紙の保険証の

河野デジタル相 自民議員に要請文書

提示を求めたりする医療機関がある場合は窓口へ連絡するよう呼びかける内容で、厚生労働省が必要に応じて事実確認する可能性もあるとの記述もある。

2024.4.20
マイナ保険証の利用率は今年3月時点で5・47%にとどまる。武見敬三厚労相は患者への呼びかけなどで利用を増やした医療機関に最大20万円を支給する方針を打ち出している。

河野氏は昨年12月の記者会見でも、「現在、マイナカードの保険証利用ができない医療機関があるという声がコールセンターなどに寄せられている」と説明。「総合フリーダイヤルにご連絡を頂くと、厚生労働省に情報を提供し、厚生労働省から事実関係の確認を行う」と説明。同様の内容をX（旧ツイッター）にも投稿していた。

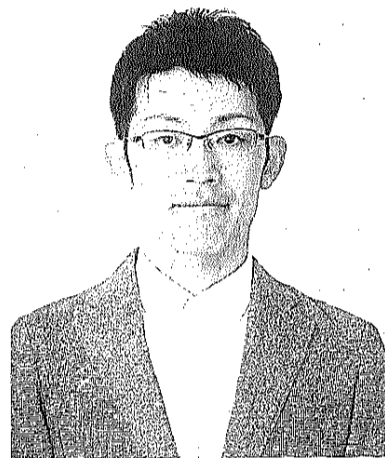
論点

生活保護費 引き下げ

生活保護費の引き下げは憲法25条や生活保護法に反するとして、全国で行われている「いのちのとりで」訴訟で、行政の敗訴が相次いでいる。あるべき生活保護費の基準とは。 【聞き手・須藤孝】

桜井 啓太

立命館大准教授



さくらい・けいた

専門は社会学、社会福祉学。著書に「子育て罰『親子に冷たい日本』を変えるには」（共著、光文社新書）「自立へ追い立てられる社会」（共編著、インパクト出版会）「<自立支援>の社会保障を問う」（法律文化社）など。



100円ずつ手渡されていた事情 23年11月21日、大澤孝二撮影

時代遅れ価値観一掃を

行政訴訟では、行政側が圧倒的に有利で、原告の勝率は1割程度と言われている。「いのちのとりで」訴訟で勝率が5割を超えているのは異例だ。名古屋高裁判決では国家賠償も認められた。国家賠償まで認められることはさらにまれで、驚異的だ。国の行為の違法性だけでなく、背後にある故意、重大な過失も認められたことになる。判決文からは行政への厳しい警告を感じる。

名古屋高裁の判決文には、人人が3度の食事ができているというだけでは、当面は飢餓や命の危険がなく、生命が維持できているというにすぎず、到底健康で文化的な最低限度の生活であるといえないし、健康であるためには、基本的な栄養バランスのとれるような食事を行うことが可能であることが必要であり、文化的といえるためには、孤立せずに親族間や地域において対人関係を持ったり、当然ながら警況は許されないとともに、自分なりに何らかの楽しみとすることを行うことが可能であることが必要であったといえる。

憲法25条1項にある「健康で文化的な最低限度の生活」は、少なくとも現代においては「単に食べればよい」という程度の低いものではないと示した。さらに25条2項の国の責務にもふれているのがポイントだ。人間には「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」がある。そして、その「向上

及び増進に努めなければならない」のが本来の国の責務だとした。その責務を忘れて安易に、また違法に引き下げたことへの強い非難と警告を感じる。

生活保護は最低生活を保障する制度だが、「最低」という言葉を巡って誤解がある。「生活保護を受ける人は、社会の最底辺であるべきだ。だから可能な限り低い水準でよい、食えさえすればいい」。このような考え方は、最低保障ではない。劣等処遇という時代遅れの価値観だ。最低生活保障の「最低」とは、「誰もこれ以上は下に落ちてはならない」というこの社会全体の理念であって宣言だ。社会の底が抜けないためのくさびだ。判決はこのことを再確認した。

訴訟で問われている基準引き下げのものは、生活保護給付水準を10%引き下げるとした、2012年衆院選での自民党公約だ。厚生労働省も含めて関係者は、自民党公約との直接の関係は否定するが、本当は「1割削減ありき」で引き下げたと分かっている。ただ、自民党はこの公約を掲げた衆院選で大勝した。世論は支持したといえるかもしれない。世論や国民感情からまったく自由な、真に中立的な生活保護費の基準はない。だからこそ、私たちは有権者の責任と社会像が問われているのではないだろうか。

生活保護費の基準は、どんな人でもこれ以上、下に落ちてはならないという理念だから、国民全体の

の問題だ。困窮のリスクは誰にでもあるのに、不正受給や保護の長期化ばかりが取り上げられる。不正受給は1割以下だ。保護を受ける期間も、1年だけ必要な人も、20年必要な人も、死ぬまで使う人も、結果的に一生使わない人もいる。でも、そんなことはたいしたことではない。大切なことは、その制度によって社会の誰一人としてそれ（最低）よりも下、貧困に落ちない、社会から貧困を駆逐することができると、そういう社会を実現できているかどうかだ。自民党の公約はだれかがするを言っていると言って分断をおおること自体が目だったのではないかと感じる。

同じ社会の一員を、足を引っ張る厄介者として仮想敵にすることは社会の土台を切り崩すことだ。最低限を引き下げて本当に貧しくなるのは実是我々の社会の方だ。私は大学を卒業してから10年間、生活保護の現場で働いてきた。基準の引き下げが行われた13年は生活保護ケースワーカーをしていた時期に重なる。行政機構の最末端、ヒラのケースワーカーとはいえ、自分自身、保護の引き下げ行為に行政側として関わり、実際に引き下げ決定の通知を担当世帯の方に配り、保護の決定処理をしていた。その意味でこの訴訟について考える時は加害側の一端に立っていたという事実を痛みを感じる。

「オピニオン」係 opinion@mainichi.co.jp

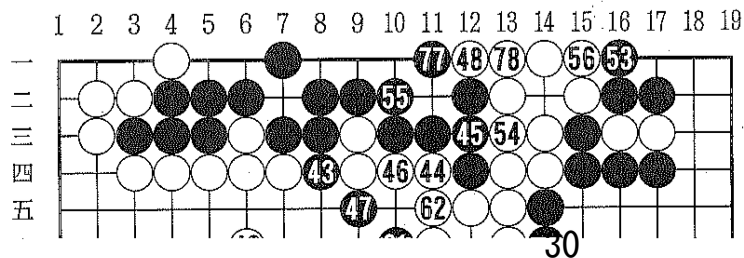
八段 本木 克弥

第79期 本因坊戦 トーナメント

【第4局の5】138-191 (38は再掲)

先番 八段 志田 達哉

完全に勝敗定まる



13目半 各3時

