

新春社会保障講演会

講演録

日本の社会保障をめぐる

情勢と私たちの課題

講師：横山壽一 佛教大学教授

日時 2018年 **2月4日**(日) 午後**1時**～**3時**

場所 近江町交流フラザ4階集会室(金沢市武蔵)

★主催：石川県社会保障推進協議会／後援 医療・福祉問題研究会
金沢市京町24-14 ☎076-253-1636. Fax076-253-1459

2018年新春社会保障講演会「講演録」作成に当たって

2018年度は憲法9条の明文改憲、憲法13条・25条の解体の道を許すか、それとも憲法を守り生かす道を築くかが問われる歴史の分岐点になります。2018年度の「日本の社会保障制度はどのようにされようとしているのか」「私達の課題はなんなのか」、学び討論したく、横山壽一さんをお招きし新春社会保障講演会を2018年2月4日開催しました。

2018年は、2025年にむけた医療・介護提供体制の大改革の年で、診療報酬・介護報酬の同時改定、第7期介護事業計画、第7次医療計画（医療費適正化計画・地域医療構想）、新「総合事業」の全面展開、国保の都道府県単位化、新専門医制度が一気に全面展開されます。

2018年は医療・介護の大転換期

- ◇診療報酬・介護報酬の同時改定
- ◇第7次医療計画（医療費適正化計画 地域医療構想）確定
- ◇第7期介護事業計画確定
- ◇新「総合事業」の展開
- ◇国保の都道府県単位化の開始

この「医療・介護の大転換」をどうとらえ、どう対応するか、多くの方に参考にしていただくために、横山先生に無理をお願いして、この講演録を作成しました。是非、ご活用ください。

2018年2月27日

石川県社会保障推進協議会 寺越 博之

日本の社会保障をめぐる情勢と 私たちの課題

2018年2月4日新春社会保障講演会

横山壽一（佛教大学）

はじめに

みなさんこんにちは。大きなテーマを頂きましたので、医療介護など様々な分野での最近の動きを中心に、社会保障をめぐる動きの全体像がわかるように話したいと思いますので、駆け足になるかもしれません。

憲法改正をめぐる動向

今年は憲法をめぐる大きな対抗になることは必至です。安倍政権はいよいよ本丸の憲法改正に手を付け始めました。選挙で三分の二を占めたということでの強さは無視できない状況です。ただし、この選挙も圧倒的な国民的支持を受けたかといえば決してそうではありません。小選挙区制は大きな歪みを持っていますし、今回の選挙は冒頭解散で施政方針演説もせずに選挙をし、森友・加計問題も徹底して隠蔽を図り、北朝鮮問題を利用して危機意識を煽り、しかも直前になってから幼児教育の無償化を打ち出して選挙を戦うという手段に出ました。選挙公約の中には憲法改正を盛り込んでいましたが街頭演説ではほとんどふれないうままやり過ごしましたので、掠め取った三分の二といえます。しかも国会で真正面から憲法改正を語るのではなく、追及されると自民党総裁としての見解は読売新聞に書いてあるから読めというような国民を愚弄した答弁をする始末です。これは、憲法改正を正面から打ち出したら国民からの強い批判にあうことを安倍政権も十分に意識しているからにはほかなりません。九条一項二項を残して三項に自衛隊を書き加えるということも、自民党内部で合意を得ているわけではありません。

怖いのは、安倍の「無知」・「無恥」というふたつの「むち」です。こういう人たちが憲法を

変えようとしていることの怖さを見ておく必要があります。適菜収『安倍でもわかる政治思想入門』（KKベストセラーズ、二〇一六年）という本の中で、安倍の演説を取り上げつつ、彼がいかに憲法の三権分立の原理を理解していないかを明らかにしています。それによると、安倍が「憲法が権力を縛るためのものだったのは王権の時代。その考え方は古い」と述べていることは無理解の最たるものとしています。また、安法制の際に「憲法解釈の基本的論理は全く変わっていない」とし、最近では「九条二項を残せば、自衛隊を書き加えても縛りがかかる」「国会は発議するだけで、決めるのは国民だ。国会が国民に聞いてもらうことすらしないのは責任の放棄ではないのか」といった耳を疑うような主張を繰り返しています。そもそも国民から憲法改正への要請が沸きあがってきているわけでもないのにそれを発議すること自体がまちがっています。安倍の出身校の成蹊大学後輩一同の抗議声明では、「あなたの安全保障関連法案における、学問を愚弄し、民主主義を否定する態度に怒りを覚え、また政治学を学んだとはにわかには信じがたい無知さに同窓生としては恥ずかしさを禁じえません」（二〇一五年九月一三日）としています。強気にみえる答弁のなかに、無責任で不正確な発言が見て取れます。

憲法が壊されるときは福祉も壊される

我々社会保障に関わるものとしては、平和が

壊されるときには福祉も壊される、そして福祉が壊されるときは平和が壊されるということを、歴史の教訓として捉えてきました。したがって、社会保障関係者は、九条改正に最も敏感に反応しなければなりません。

安保法制、通信傍受法、秘密保護法、共謀罪、Jアラートなど、一連の戦時体制の準備といってよい動きがあります。これと並行して自助・互助・共助・公助で社会保障を解体し、一億総活躍社会と地域共生社会で総動員を図ろうとしています。地域共生社会は、国民の相互監視体制を作っていこうとする側面をももっています。社会保障の変質と平和が壊される自体とはセットで進められています。

憲法九条と二五条は一体であり、「平和的生存権」と九条の世界史的意味を改めて捉え直さなければなりません。鉄筆編『日本国憲法・九条に込められた魂』（鉄筆文庫、二〇一六年）という本のなかに、元衆議院議員平野三郎が、故幣原喜重郎から戦争放棄条項等の生まれた事情を聴取した内容を、憲法調査会事務局が印刷した文書を再録しています。彼は天皇制を維持する立場に立っていましたが、原爆が登場したことによって世界が大きく変わった、軍備を競い合っていけば破滅しかない、これを止めるためには、誰かが戦争放棄を言い出さないと悪循環を断ち切る事はできない、それができるのは今（当時）は日本しかないと考えて決断したのだという趣旨のことを述べています。軍備を放棄するということは今は狂気の沙汰と思われるかも知れないが、今はその狂気が必要とされているのだ、とも言っています。この思いが世界史の扉を大きく開いていくきっかけを作ったわけです。トランプが小型核兵器を開発する、日本はそれを無条件で評価するということが報じられていますが、これは再び軍備競争を激化させるものに他なりません。改めて勇気をもって戦争をしないということを宣言することには大き

な意味がある、九条にはそうした役割があるということです。

安倍の社会保障改革は二五条を蔑ろにする内容を盛り込んでいます。自助・互助・共助・公助という議論は文字通り二五条をないがしろにするものですし、「我が事・丸ごと地域共生社会」は国の責任を放棄して住民に地域課題の解決を押し付けるものです。さらに医療費の地域差半減を求め、介護の地域差を問題にしています。最近ではデータを駆使して地域差を見える化し、地域に「改善」を強要する動きが強まっていますが、こうした地域の管理はその先には個人々の管理へとストレートにつながっていくものだということが、このデータの活用の仕方からもわかります。そうすると憲法二五条だけでなく一三条も否定するような状況になっていきます。憲法への無知と無恥が暴走を生むということを踏まえ、それを食い止めていく必要があります。

同時に、憲法を変えるなどというだけでなく、憲法のもつ可能性を生き生きと語ることが大事だと思います。憲法がどれほど我々の生活を豊かにする力を持っているかをしっかり語っていき、同時に憲法をないがしろにした結果が現在の社会保障の劣化であることも伝えていく必要があると思います。こうしたことを念頭に置きながら、安倍社会保障改革の構図と現局面をみていきます。

安倍社会保障改革の基本的枠組み

まず、改革の基本的枠組みとして抑えておくべきは、二〇一二年の社会保障改革プログラム法です。税・社会保障一体改革を具体的にどう進めていくかを予め定めた法律です。これによって現在その具体化が図られており、少子化対策、医療制度、介護保険制度、年金制度などの再編を含んでいます。これを受けて作られたのが首相を本部長とする「社会保障制度改革推進本部」と、「社会保障制度改革推進会議（有識者

会議)」です。これがプログラム法に基づく中身を提起し、具体化を進めている部隊です。

もう一つは二〇一六年～二〇二〇年を期間とする経済・財政一体改革です。経済再生と財政再生を二つの柱にしており、経済再生関連の検討項目として七〇近くの項目が掲げられていますが、そのうち四四項目を占めているのが社会保障歳出改革であり、その三分の二が医療と介護です。これらの改革項目を検討するのは、経済財政諮問会議の下部組織である「経済・財政一体改革推進委員会」です。ここは社会保障改革を主題とする委員会ではありませんから、経済・財政の再生という視点から社会保障改革に切り込んでいくかたちで動いています。この委員会のもとに、社会保障WG、非社会保障WG、制度・地方行財政WGというワーキングが作られています。

大きな枠組みは社会保障改革プログラム法ですが、ここに経済・財政一体改革に関わるいろいろな課題がぶら下がっています。一つは「日本再興戦略」という成長戦略です。「未来投資会議」が議論を主導しており、その柱は「生産性革命」、「人づくり革命」です。つまり人口減少時代に差し掛かっているなかで、人口減少が経済成長の隘路になるという問題をどう打破していくかを最大の課題にし、その打破をこの二つに求めています。もう一つは、アベノミクス第二ステージとして提起されている「ニッポン一億総活躍プラン」です。これは、一方では成長戦略の人づくり革命とセットとなっているところの働き方改革、他方では地域社会に人々の役割を動員していくという地域共生社会、という二つの柱をもっています。これらは「一億総活躍国民会議」で議論が進められています。さらに昨年には、人づくり革命の具体化として「人生百年時代構想」というのが提起され、「人生百年構想会議」というものまでできてきています。これは生涯学習を含めて具体化が図られていま

す。この構想の文科省版として、各大学にこの百年構想の具体化を図れということで予算がばらまかれているようです。

社会保障改革の大きな構図と具体的手法

ここでひとまず大きな構図をまとめておきますと、次のようになります。第一に、自助・共助で社会保障を縮減し、生活保護を切り下げるというもの。第二に歳出改革において社会保障の予算削減は不可欠だとして、自然増を年間五千億円に抑えるという目標を立てていること。第三に、成長戦略で社会保障を市場へ放出する、あるいは市場に置き換えていくというもの。AI・ロボットを介護現場に導入していくこともその一環です。第四に、一億総活躍で、労働市場への動員と地域社会への動員を図っていくことです。

具体的手法としては次の七点に整理されます。

第一に、都道府県による医療・介護のコントロールです。来年度から、第三期医療費適正化計画、地域医療構想、第七期地域医療計画、医療介護総合確保計画という各種計画がスタートします。同時に来年度から国民健康保険の都道府県による管理運営が始まります。これらすべてが、医療費目標に合わせて目標設定が行われ、医療・介護の抑制へ向けて制度運営が進められようとしているということです。したがって、都道府県がきわめて重要な役割を果たしていくことになります。

第二に、医療・介護の見える化と地域差データによる見直しの強要です。これはお金をかけて膨大なデータベース、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）が作られ、国保データベース（KDB）、介護保険総合データベース（介護保険レセプトデータの統合）ができてきています。これらを、社会保障制度改革推進本部のもとに置かれた組織である「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」が分析し、地域医療の目標設定を行っています。

第三に、予防・健康づくりによる制度利用の抑制と産業化です。徹底した自己責任論による予防健康づくりであり、保険者と企業との連携による健康管理としてデータヘルス計画を進めています。個々人の検診データ（場合によっては遺伝子分析まで）に基づいて、個々人の健康管理をやっていくわけです。さらに、経済界・医療団体・自治体・保険者を含めた広範な組織として「日本健康会議」が設置されました。健康・予防に向けた国民運動を展開するとともに、制度を利用しない・させない機運も作り上げることに一役買っています。介護では経済産業省が保険外サービスの開発・普及を強めていまして、これらを活用したかたちで各地域では介護卒業という動きも出てきています。和光市、桑名市などでは総合事業にも回さないで、保険外のサービスにまわしていくということを行っています。各地域ではヘルスケア産業が生活支援・健康管理を進めていく動きがでてきて、それに向けて保険者・個人へのインセンティブ付与も進められています。自治体がこうした取り組みをすれば給付金が出るという仕組みも作られています。

第四に、報酬改定による誘導と抑制です。今年度は診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス等報酬が改訂されます。全体として報酬改訂でサービス利用を誘導していく動きがあります。診療報酬では費用対効果分析によって、割の合わないものを見直していくという動きも強まっています。

第五に、全世代型社会保障への転換による高齢者切り捨てです。選挙前に政府は保育・教育・現役世代への手厚い保障ということを出しました。消費税増税分の社会保障四分野へのリンクを見直したいということを出して、全世代型社会保障を打ち出しました。今の社会

保障は高齢者に偏っていると、これを変えていくということを言っています。これは人づくり革命とセットになっていると同時に、高齢関係の負担増・給付減で現役世代への予算配分にまわしていくということでもあります。

第六に、地域共生社会を用いた地域・住民への丸投げです。我が事・丸ごとを強制する共生社会論というものがすさまじい勢いで広がっています。法律の中にまで住民責任論を盛り込むという異常事態にまでなっています。

第七に、生活保護切り下げ・締め付けによる全般的切り下げと底抜けです。しかもこの手法は、まやかしの水準均衡によってナショナル・ミニマムを破壊する動きとして出てきています。

以上のようなことが同時並行で出てきているので、なかなかつかみにくい状況ではあります。以下では、それぞれの具体的状況を挙げて整理していますが、時間との関係で全部は触れられませんので、重要どころだけ述べていきます。

医療費適正化計画と地域医療構想

医療・介護の改革が最も重要な柱となっています。自助・共助・公助ということがこれまでも言われてきましたが、今や社会保険は公助でもなく「共助」として位置づけられています。共助論を活用しながら社会保障を掘り崩していくという戦略の核に、医療・介護が位置づけられています。

なかでも医療は、「川上・川下改革」と言われるように、病床削減をして、医療を介護や地域に押し流していくという流れがあります。全体として医療費を徹底して削減していく取り組みとセットとして進められています。医療費削減を取り組ませる仕組みが「医療費適正化計画」であり、すでに動き出しています。第三期は二〇一八年度から二三年度までの六年間の計画として策定されています。この計画の中に新たに医療費目標を書き込むことになりました。医療

費の算定式と推計試算は国の示す所定の方式で実施することになっており、入院医療費、入院外・歯科医療費それぞれに推計する事になっていますが、そのなかの入院医療費は地域医療構想の入院患者数の推計から機能別に推計することとなっています。ですから、地域医療構想と医療費適正化計画とは連動するわけです。適正化の取り組みとしては、入院外医療費の地域差半減による効果、具体的には糖尿病の重症化予防、多剤処方患者への対応、重複投薬への対応等を具体的に取り組みとして進め、同時にそれによってどれだけの医療費削減効果が得られるかを具体的に示しなさいということになっています。

さらに、計画終了時点で目標が達成できなかった場合は、高齢者医療確保法一四条の発動、つまり診療報酬をその地域について見直すという仕組みを設けています。これが医療費適正化計画の核になります。特に入院医療費にかかわるものが地域医療構想ですが、これはすでに二〇一六年度中に全都道府県で策定済みです。このとき専門調査会が示した第一次案の中に、あまりに実態とかけ離れた数値が出てきました。例えば富山県では病床数が三割過剰だという数値が示されました。各地で多くの批判も出てきましたが、結果的に全都道府県が作った地域医療構想は、ほぼこの時の数字に収まっています。調査会の数字はかなりのプレッシャーになったと考えられます。ただ、それを具体的にどう進めていくのかについてはまだ決まっています。それを進めていくのが、この「地域医療調整会議」です。そこでは病床数をどう減らしていくのが大問題になっています。診療報酬で誘導していくことが考えられますが、もうひとつは強権的な手法も設けられています。先程の調査会は、「調整会議」での議論の進め方も示しています。例えば、非稼働病床を有する医療機関が確認された場合、調整会議は当該医療機関を呼

び出して再稼働の計画を説明させ、その上で病床を維持すべきかどうかを協議することになっています。この協議がまとまらない場合には、都道府県知事は医療法上の役割を発揮する、つまり四機能分類で過剰とみなされている病床をさらに増やそうとする医療機関に対して見直しを求める、それに従わない医療機関の名前を公表する、さらには地域医療支援病院などの指定を取り消す、県からの補助制度から外す、というものです。公立病院に対しては見直しを「指示することができる」となっていますが、経済財政諮問会議は、知事にもっと強い権限を与えよ、民間医療機関にも指示できるようにせよ、とっています。まだそこまでは実現していません。

新公立病院改革プラン・公的医療機関等プラン ・地域医療計画

こうした動きとセットででてきているのが、新公立病院改革プランです。公立病院改革プランはすでに何年も前に作られて、病院の再編が進められたのですが、一昨年に新プランが示され、公立病院改革は地域医療構想と連動させて進められるべきだとうたわれました。実際にこの動きは強まっており、病床削減のときに知事が真っ先に「病床削減を求める」というように、再編統合を進めていく動きがすでに全国で始まっています。しかもこうしたやりかたを厚労省が「好事例」として紹介しています。

これに加えて、昨年出された「公的医療機関等二〇二五プラン」は、日赤、厚生連、厚生連を含めて地域医療構想の中に組み入れて再編を図ることを求めています。調整会議でこれらを含めて議論するよう求めています。毎年四回程度の調整会議を開催しつつ、地域医療構想の達成を目指すこととされています。厚労省はさらに、構想区域ごとに会議が何回開催されているか、非稼働病棟について議論されているか、新

公立病院改革プランや公的医療機関等二〇二五プランを取り上げて議論されているかということまですべてチェックをして一覧表にしています。各都道府県は大変なプレッシャーです。

もうひとつ、地域医療計画の策定が二〇一八年度に第七期を迎えます。この計画も介護保険計画とセットで、地域医療構想を実現するための施策を書き込むことになっています。ですからこれも医療適正化計画に盛り込まれる医療費削減目標と連動します。結局のところこれらの計画が連携して地域医療構想を実現するという仕組みになっています。さらにそれを強力に推進していく手段のひとつとして、国保の都道府県による管理運営があります。

国保の都道府県による管理運営

二〇一八年度からの国民健康保険は、次のように運営されることになっています。まず、都道府県が市町村に対して「納付金」の金額を提示します。同時に都道府県は市町村に保険料率を決めるにあたって参考となる標準保険料率を提示します。標準保険料率を参考に、市町村が国保料を決定し徴収します。徴収した保険料等を財源に市町村は都道府県に提示された「納付金」全額を納付します。

「納付金」の算定は、市町村ごとの被保険者数、所得水準、医療費水準を反映させて提示することになっています。医療費反映指数と所得水準反映指数に用いる数値は都道府県が定めることになっていますが、将来的には統一保険料化されることとなっています。医療費が納付金を左右するということが、市町村も都道府県とともに医療費抑制に取り組んでいくということになります。それをさらに推進していくための道具立てとして、「保険者努力支援制度」が創設されます。これは都道府県が医療費適正化に向けて取り組むことを支援する制度で、取り組みをして成果を挙げたところは都道府県化にあた

って行われた公費投入を充当されることになっています。それぞれの評価に合わせてこの資金を配分することで、その保険者機能を強化する方法です。例えば重症化予防の取り組み、収納率の向上は一〇〇点、個人へのインセンティブ提供は七〇点などと点数化して評価します。点数によって公費からの支援額金の配分を決めていくわけです。交付金を増やせば「納付金」を下げられることから、都道府県、市町村は医療費適正化へ積極的に取り組むよう仕向けられるということです。都道府県は医療提供（供給）と費用（需要）の両面に責任を持ち、自ら自主的・自立的に医療費を抑制・調整する役割を担うこととなります。国はインセンティブだけ与えておけば、あとは都道府県が必死になって医療抑制に励む、これは究極の医療費抑制策です。

医療・介護の見える化と地域差データによる見直しの強要

データベースとして、NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）があります。これには、二〇〇九年四月～二〇一四年五月診療分のレセプトデータ約八〇億五二〇〇万件、さらに二〇〇八年度～二〇一二年度実施分の特定健診等データ約一億二〇〇〇万件が含まれています。KDB（国保データベース）は、健診・保健指導情報、医療情報、介護情報を含み、DPCデータは、それを提供する一五八五病院のデータを含んでいます。

介護保険総合データベースは、要介護認定データを中核としつつ、介護保険レセプトデータとの統合を行い、総合データベースが構築されています。さらに、実験段階ではありますが、専門調査会の医療・介護情報WGの取り組みとして、産業医科大学松田晋哉研究室が医療介護総合データベースを作成しています。

どんな形で示されているかといえば、地域別（都道府県・二次医療圏）疾病別医療費の三要

素として、一人当たり医療費を受療率、人口一人当たり日数、一日当たり診療費にわけて分析します。また、患者の受療行動の地域差として、医療機関への受診、後発医薬品、患者当たりの算定回数を分析することになっています。どんな形で示されるかについて、専門調査会の示したデータの一例ですが、糖尿病、七五歳以上・男女の外来医療費（一人当たり医療費、受療率、診療費）について、一人当たり医療費の最も高い広島県と熊本県の二次医療県別状況というのが分析されています。この医療費の相違の原因がどこにあるのかを分析することが可能とされています。さらに、同一月内に糖尿病の記載のあるレセプトの同一医療機関における受診日数ごとの患者に係る医療費の割合を都道府県別に出しています。また、全疾患・七五歳以上・男女計の在宅患者訪問診療料の患者一人当たり算定回数、これと医療費の動きをセットで示しています。ここが他の地域と比べて多いので、医療費を押し上げる要因になっている、ということがわかるような分析を示します。

さらに、医療介護総合データベースを活用した「医療・介護レセプト連結分析」等の一例として次のようなものがあります。要支援一・二女性の外来医療費、これは要介護度別の傷病状況も可能とされています。また、脳梗塞のために急性期病院で入院治療を受けた患者の入院前後六か月の介護サービス利用状況ですが、これによって入院一か月前に五三%が介護サービスを利用、入院後三〇%が肺炎を罹患、約二〇%が認知症、発症後経過とともに介護サービス利用者が増加している、という状況が示されています。特定健診と医療費の連結分析のなかでは、二〇一〇年度特定健診結果によって二〇一一年度医療費がどう変化したかの分析もなされています。日常生活圏域ニーズ調査の結果を用いたハイリスクグループの抽出も実験的に行われています。

ここまで聞くと、個人は特定できないことになっていますが、匿名化されたデータでも小規模な自治体であれば、透析患者が何人かいてその人々が全体の医療費を押し上げているということがわかるわけです。それを使ってどうするのか。これはもう個人を対象に管理をする直前まで来ているということになります。

介護保険総合データベースの活用事例では、地域包括ケア「見える化」がすすめられていますが、人口構造と認定率、要介護度別サービス種類別利用率の推移、母集団に占める認知症リスク高齢者の割合、母集団に占める転倒リスク高齢者の割合などが分析されています。ここでも都道府県別介護の地域差が焦点となっており、第一号被保険者一人当たり介護費、要介護認定率、要介護認定率と六五歳就業率、六五歳以上単身世帯率との相関関係などが示されています。

データを蓄積して具体的な状況をつかんでいく事自体は問題ではありません。それはそもそも技術の革新が、人々を苦しめるような方法で使われてきたので、それに反対する動きは起こってききましたが、それは資本主義の発展とともに幾度も遭遇してきたことです。機械や技術そのものが問題ではありません。マルクスの『資本論』では、資本主義的充用、つまり機械や技術の使い方の問題だとされています。このデータ分析も、それ自体が問題なのではなく、それをどのように活用するのかが問題です。医療費抑制のために人々が医療を受けられなくする、受けにくくする方向で使われるのだとすればそれはとんでもないことです。しかし全体として、目的が医療費抑制ですから、そのためにデータを活用するということが出発点になっているので、そこは大変危険なことといえます。いわばデータ至上主義といいますか、データをもとに見直しを迫るやり方というのは問題です。地域差については、一番医療費が少ないところと一番高いところとでは、年齢構成も違いますから、

それを補正した上で比較はします。その上でなお高いのはどこかに原因があるはずだから見直しをせよという論法になっています。しかし医療費水準は、それまでの地域の歴史的背景や取り組みによって異なっています。自然的条件も作用してきます。それを考慮しないで医療費の地域差半減を求めるのは、自治を否定することにつながります。

予防・健康づくりによる制度利用抑制と産業化

データヘルス計画というものが、厚労省と経産省が一緒になって、産業化とセットで進められています。民間事業者と連携した個別健康指導・健康管理として「データヘルス見本市」というものが行われ、保険者と民間事業者のマッチングが進められています。前述のように国民運動として健康管理をやっていくわけですから、職場での健康管理を進めていくために、保険者・個人へのインセンティブを与えるような仕組みを設けています。

保険外サービスの開発と制度利用の制限・抑制については、健康の自己責任による制度利用制限とヘルスケア産業の育成が焦点です。できるだけ制度を使わない・使わせないようにするけれども、介護や医療のニーズそのものが無くなるわけではないので、それを市場でカバーする。そのための保険外サービスを市場で育成していくということです。社会保障を削ればその分ニーズは市場に流れていきます。市場が拡大していけば、こんどはそれが制度を縮小させていくことに使われます。ですから、成長戦略と社会保障改革とは二正面作戦というか、相互に促進しあう関係になっているのです。

次に、健康経営という点に触れます。これは企業にも意識の転換を求めています。これまで企業にとって健康管理はコストとして認識されてきましたが、この認識を転換させようということで、ソーシャル・インパクト・ボンド（S

I B）というものが動き出しています。これは、民間資金を活用して革新的な社会課題解決型の事業を実施し、その事業成果つまり社会的コストの効率化部分を支払いの原資とするというものです。具体的には、神戸市と八王子市で事業に着手していますが、糖尿病患者の重症化予防を三菱など大手の会社が資金を提供して取り組み、それで削減できた費用を企業に還元するというものです。市場ベースですべてやってくれという話になっているのです。

診療報酬改定による誘導と抑制

診療報酬改定でどういうことが取り上げられたかの詳細については時間の関係で省略しますが、主なポイントだけ触れていきます。

第一に、地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進です。地域医療構想に盛り込まれた病診の機能分化の促進に関わりますが、特に入院医療の機能分化の推進で七対一看護が見直されています。あとは、外来診療や在宅医療・訪問看護を全体として強めていくことになっています。

第二に、新しいニーズへの対応として、情報通信機器を活用した診療、主に遠隔医療について点数化を図ることになりました。さらにデータ収集・利活用およびアウトカムに着目した評価ということで、特に介護での成功報酬として具体化されています。

第三に、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進として、チーム医療の推進や業務の効率化・合理化、が掲げられています。

第四に、効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化ということで、薬価制度の抜本改革や後発医薬品の使用促進が図られました。医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価については先程述べた通りです。外来医療の機能分化というのは、紹介状のない患者の自己負担をさらに引き上げるということがなさ

れています。

全体として診療報酬の改定は、今回はマイナスにはなっていないけれども、ほとんどひきあげられてもいません。さまざまな困難な状況を抱える医療制度を改善するには程遠い中身だと言っていると思います。全体として機能分化の促進という点で特徴づけられる内容です。さらに成長戦略も絡んで、新しい技術への拙速な対応も目立つ内容だといえます。

介護報酬の改定

介護報酬については+0・五四%ということで、地域包括ケアシステムの推進が大きな柱となっています。そのなかでは療養型病床群の廃止に伴って介護医療院が創設されることになり、それに対する介護報酬の設定がなされました。また、地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進として、共生型サービスの単位設定がなされました。障害者向けサービス事業所が介護保険事業を提供できるようにしたということです。

最も注目を集めたのが、自立支援・重度化予防に資する質の高い介護サービスという点ですが、リハビリや通所介護などで自立度が高まればそれに対して点数をつけるというバーセルインデックスを活用したアウトカム評価が導入されます。どこまで具体化されたかはわかりませんが、要は自立度を高めていく、「介護からの卒業」に向けて努力した事業所は評価しましょうということです。成功報酬をどうするのかということは、介護保険導入時から議論されてきたことですが、これがどう使われるかが問題です。取り組んで自立度が高まったり要介護度が軽くなったりできる人だけが対象になる、あるいはそういう人を選んで受け入れる、利用者を選別することにならないかという懸念が指摘されています。

それから、多様な人材の確保ということで、生活援助の担い手の拡大ということが謳われて

います。介護者というより生活援助中心型に従事する者という位置づけです。厚労省はすそ野を広げるといっていますが、逆に介護従事者への評価を下げってしまう、あるいは介護従事者の間に格差を作り出すことになりかねない面があります。

それ以外のところでも、全体として適正化・重点化ということがうたわれています。全体として在宅移行・地域移行を促進していくことや、それに伴った重度化対応、医療介護院への転換促進、成功報酬による自立促進が特徴となっています。もう一つ注目すべきは介護ロボットの導入にかかわってですが、見守り機器を導入した時に夜間職員の配置加算の要件を緩和するということが盛り込まれています。ロボットがいれば人は少なくてもいいですよ、ということですが、今後これが広まっていくだろうと思われま

全世代型社会保障への転換による高齢者切り捨て

先程も触れましたが、高齢者中心から全世代型へということがうたわれてきています。全世代型ということそれ自体は問題ではありません。社会保障はそもそも全世代型であるべきです。問題なのは、前提にある高齢者優遇論が誤りだということです。高齢人口が増加している状況に比べてみると、高齢者向けの社会保障予算は伸び悩んでおり、むしろ削減されています。そうした状況下で高齢者の貧困率は二割に達しています。そのなかで高齢者優遇論を根拠に切り捨てるのは間違っています。医療・介護偏重に見えるのは、他の福祉サービス等のレベルの低さと立ち遅れによるもので、医療・介護がそもそも高いレベルにあるわけではないということです。しかも現役世代への施策が立ち遅れてきたことが原因ですし、保育の質もひどいレベルです。どの世代も所得の再分配機能がきわめて

不十分であって、これをむしろ強化しなければならない。しかし、社会保障が生活改善を図るのではなく逆に困難をもたらしている、これを「逆機能」と呼びますが、この状況を変えない限りは全世代型社会保障にはならないといえます。『世界』二〇一八年二月号に「座談会・全世代型社会保障とは何か」が掲載されていて、宮本太郎さん・大沢真理さん・武川正吾さんがこの問題について発言していますので、ぜひお読みください。

地域共生社会を用いた地域・住民への丸投げ

二〇一七年五月の「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」のなかで、社会福祉法が改正されました。これにより第四条の二として、次のような文が盛り込まれました。

「地域住民等は、地域福祉の推進に当たって、福祉サービスを必要とする地域住民及びその世帯が抱える福祉、介護、介護予防、保健医療、住まい、就労及び教育に関する課題、福祉サービスを必要とする地域住民の地域福祉からの孤立その他の福祉サービスを必要とする地域住民が日常生活を営み、あらゆる分野の活動に参加する機会が確保されるうえでの各般の課題（以下「地域課題」）を把握し、地域生活課題の解決に資する支援を行う関係機関（以下「支援関係機関」）との連携等によりその解決を図るよう特に留意するものとする。」

この条文の主語は「住民」です。住民が地域課題に取り組めということです。では行政はどこに出てくるかといえば、それは「支援関係機関」です。行政とも協力しながらやってください、ということですが、とんでもないことです。

そもそも何が問題かといえば、第一に地域課題の解決の責任を地域住民等に求めることが誤りだということです。住民が地域課題に関わることは当然あることですが、それは自由意志に

よるもので、住民が地域に責任をもつことはできません。地域課題の解決の第一義的責任は自治体にあるということです。社会福祉制度は、地域の生活課題に対応する社会制度ですが、そもそも自助・互助では解決できないがゆえに社会の責任で解決にあたることを目的として、制度として作られたものです。

第二に、「共生社会」を「助け合い」や「つながり」として理解することも誤りです。共生社会は、多様な存在を相互に認めあい、それぞれが尊厳ある暮らしを保障される社会です。それぞれの尊厳ある暮らしを保障するのは、助け合いやつながりではなく、社会の責任、具体的には社会福祉をはじめとする社会制度であり、その責任は国と自治体にあります。「助け合い」や「つながり」だけに「共生」を求めるのは、古い共同体的な理解で、個人の尊厳と対立するものです。住民に求められるのは、違いを認め合う意識、多様性を尊重する意識、そのことを具体的に保障するための社会的条件を整えることを自治体に求めるソーシャル・アクションといえます。

第三に、地域課題を「我が事」として捉えることを法律で定めて強制する誤りです。社会福祉法第四条二は、常軌を逸した規定であり異常なものです。地域住民が地域課題とどうかかわるかは、それぞれの主体的な判断と対応によるもので、それを国が法律で定めて「義務」として規定するのは誤りです。それは共生社会ではなく「強制社会」です。住民が自発的に集まり、地域課題に共同で取り組むようお互いに働きかけて、意識を高め合っていく取り組み自体は重要ですが、あくまで自発的な行為としてそれぞれの自主性を尊重すべきものです。

第四に、「縦割り」や「制度のはざま」を根拠に「丸ごと」への転換を唱える誤りです。高齢・児童・障害・低所得層などの「社会層」ごとに成立・発展してきた福祉の専門分野を「縦割

り」とは言いません。「縦割り」とは、行政のセクショナリズム、担当分野のこと以外には対応しようせず、住民の立場で積極的に問題解決をする姿勢をもたず、もっぱら自分たちの利益や都合を優先させる姿勢のことを指します。指摘されている複合的なニーズを有するケースは、専門分野の積極的な対応と他分野との連携で解決すべき問題です。「制度のはざま」の問題は、文字通り制度の問題であり、制度自体の改善によって解決すべき問題といえます。「丸ごと」は福祉人材の包括化＝専門資格の兼務も求めています。福祉人材の不足を「兼務」で対応するのは邪道で、それぞれの専門職の確保と、積極的な連携を実現していくなかで解決していくのが本筋です。少ない人材で対応しようとする「生産性」なるものを、福祉の分野に持ち込むこと自体誤りといえます。

「我が事・丸ごと」共生社会論にどう対応するか

これまで述べてきたように、行政の責任を追求するのは当然のことですが、住民の自主的な活動を広げ、地域の問題・課題を発見して、その解決を行政に迫ることが重要だと思います。住民と行政の役割を明確にするためにも、自主的な活動を広げ、問題・課題を発見して行政に積極的に問題解決を迫る運動を作り出す必要があります。その中で、地域住民に問題解決を委ねることの無責任さを明らかにし、自主的な活動は、行政の補完や尻ぬぐいではないことを明確にすることが重要です。さしあたりは住民が自主的に動いて解決していくけれども、その事自体が関わっている人たちだけでなく地域全体がそれを必要とするのであれば、それは最終的には制度を作って解決していくべきことです。たまたま関わった人だけがいい思いをして、それ以外の人は放っておかれるというのではそもそも福祉とは異なるということです。自主的な

取り組み自体が間違っているとか不必要だというわけではありません。ですが、それで自己完結的に取り組んでいると、それは結果的に尻拭いになってしまうということです。それを契機にして行政に問題解決を迫っていくということをセットにして取り組んでいくことが何よりも重要だと思います。

生活保護切り下げ・締め付けによる全般的切り下げと底抜け

生活保護基準の見直しのなかで、特に都市部の単身高齢者の基準が大きく引き下げられていること、多人数世帯や子どものいる世帯の基準がやはり大きく引き下げられていることが問題です。二〇一三年以降、住宅扶助や冬季加算の引き下げが続いてきていたなかで、さらに今回の引き下げです。その影響はかなり深刻で、文字通り最低生活を壊してしまっています。さらに、生活保護に連動する多くの減額・免除の制度への影響もあります。これまで対象だった人々が対象外となり、減免措置を受けられなくなって、相当大きな規模になっています。

問題は、生活保護基準と一般所得世帯（第一・十分位層、所得の低い方から一〇％）の世帯と比較するという「検証」方法です。生活保護の補足率は日本では約二割とされています。つまり、本来は生活保護基準以下だが生活保護を受けていない人たちが多数存在しているため、「所得の低い方から十％」のなかには、生活保護基準以下の所得の人々が含まれているのです。その人々と受給者とを比べれば、それは生活保護基準の方が高くなるのは当然のことです。このままではどこまでも切り下げられていってしまうこととなります。この方式を「水準均衡方式」といいますが、全然「均衡」になっていません。

そもそも最低生活保障の水準自体を明確にしないまま来ているために、基準額の下でどのよ

うに生活が営まれているのかということを含く顧みないということです。生活保護を受けていても最低生活が保障されないという「底抜け」の社会を作り出しています。生活保護は社会保障の底を支える制度ですから、制度全体として社会保障が揺らいでいることと結びついているわけです。社会保障を壊す動きをここに見ることができます。

安倍社会保障改革へどう対抗していくか

ひとつは、皆さんも取り組んでいると思いますが、三千万人の「安倍九条改憲NO！ 憲法を生かす全国統一署名」が重要です。昨日も京都で署名集めに回っている人たちに出会いました。五人くらいでグループを組んで、ハンドマイクをもって「署名集めに回っています！」といいながら一軒ずつ回っていました。安保法制のときは一五〇〇万くらいだったのでしょうか。ですからその倍の規模です。ぜひとも三千万人署名に真剣に取り組んでいただきたい。そしてその活動を憲法について対話をする機会としてほしいと思います。その際、九条だけでなく、二五条を語る、平和と福祉は一体であることを対話し広げることが必要だと思います。これは社会保障と憲法を守るということを実践していく決定的な力になると思います。

冒頭にも言いましたが、その際に、憲法が保障する中身に沿って取り組んでいけば、どれだけ大きな可能性があるか、生活を変える可能性があるかを語って欲しいと思います。憲法九条、十三条、二五条というのは人類の歴史的な到達点です。それを踏まえた社会保障を目指せば、すぐにでもとは言いませんが、貧困も、格差も、生活不安もない社会の実現が可能だということを書いてほしいと思います。個人の自己決定を尊重し、多様な生き方を保障する社会を実現していく、そのことも憲法に書かれているということも是非、語って欲しいと思います。

もうひとつ、憲法二四条について触れておきます。大学の同僚の若尾典子さんが「自民党改憲草案二四条の「狙い」を問う」という論文のなかで書いています（本田由紀・伊藤公雄編著『国家がなぜ家族に干渉するのか』青弓社、二〇一七年）が、「家庭内の両性の平等」原則は、世界の憲法史上初めて書かれたものなのだそうです。九条と二四条は、天皇制と家父長制という、戦争を推し進めた時代の日本の規範を打破するものだということです。ぜひ、このことも覚えておいていただければと思います。

最後に、財源問題についても触れておきます。今の税財政の歪み、富裕層を優遇する形で変質されてきた所得税や法人税の歪みを正すことで社会保障の財源を確保することは可能だということ、積極的に提起して頂きたいと思います。これについては、岡崎祐司・福祉国家構想研究会編『老後不安社会からの転換』（大月書店、二〇一七年）を参照してください。アベノミクスで経済成長が進めばやがて社会保障の財源が確保できるだろうというような話では決してないということです。ジム・ロジャーズという投資家が二〇一七年一月三日付『週刊現代』でインタビューに答えたなかで、「アベノミクスは、将来日本経済を破綻させる」と言っています。つまり、人為的に金をジャブジャブつぎ込んで株価を無理やり引き上げているような、こんな状況がいつまでも続くはずがない、すぐに破綻することはないだろうが、二〇年後には日本経済を破綻させた張本人として安倍が断罪されるだろう、それを防ぐ解決法は安倍政権を退陣させることだ、と言っています。アベノミクスに期待をかけるのではなく、生活を守り、格差のない平等な社会を目指す改革こそが最も確かな財源確保の途でもあるということをあらためて指摘し、話を終えたいと思います。ご清聴ありがとうございました。



