

(神奈川社保学校 2017年4月23日)

社会保障解体を招く「我が事・丸ごと」地域共生社会の本質

立教大学：芝田英昭

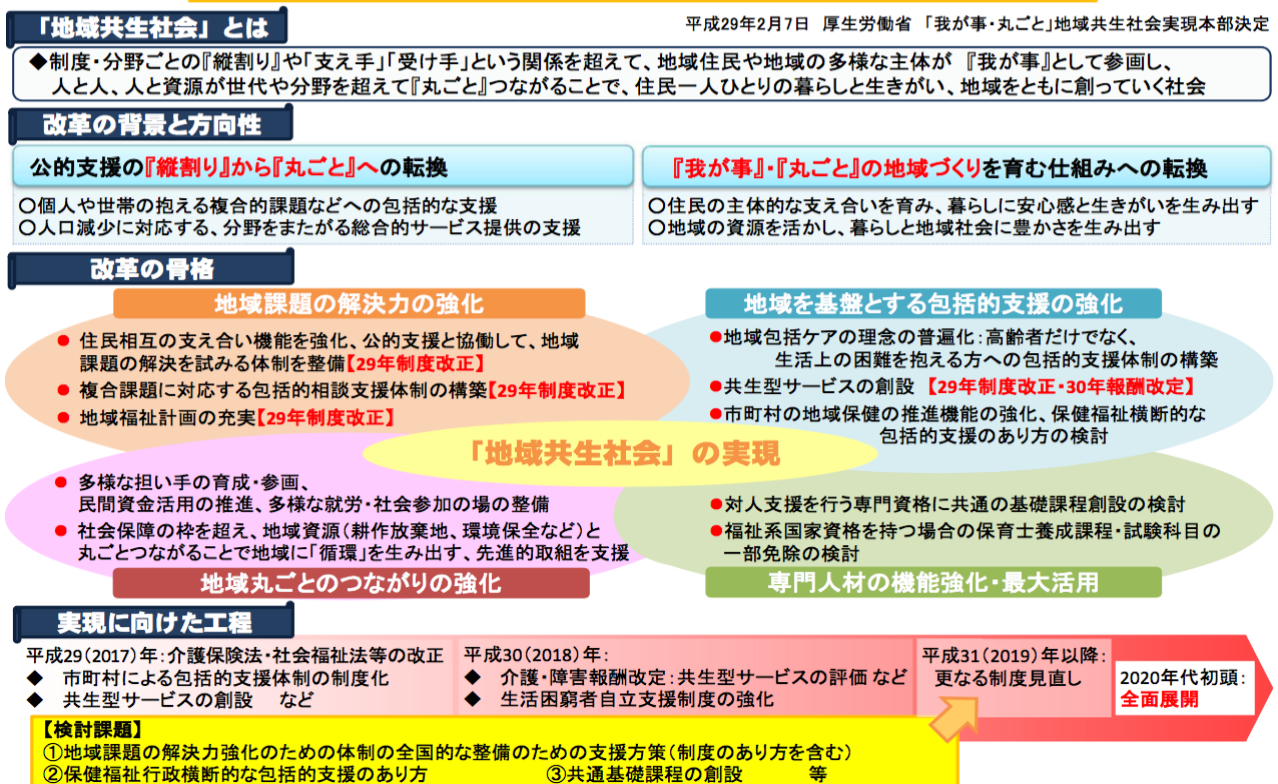
はじめに…地域共生社会が事の始まり

・2016年7月15日、『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部（以下「実現本部」）が、第一回会合で、2020年代初頭までに実現すべき地域共生社会のあり方を、「地域包括ケアの深化・地域共生社会の実現」[厚生労働省（2016）]との文書で示した。

・2017年2月7日実現本部は、『地域共生社会』の実現に向けて（当面の改革工程）」（資料1）[厚生労働省（2017）]をとりまとめた。

資料1 「地域共生社会」の実現にむけての改革工程

「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）【概要】



出典：厚生労働省（2017）「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部「『地域共生社会』の実現に向けて（当面の改革工程）【概要】」、2017年2月7日。

・改革工程が閣議決定された同日、「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案（以下「介護保険法等改正法案」）」が閣

議決定され同日衆議院に提出、同法案は、改革工程に忠実に沿うもの。

・改革工程が目指すのは、介護保険法の改正だけに止まらない。今回の介護保険法等改正法案は、介護保険法、健康保険法、児童福祉法、医療法、社会福祉法、老人福祉法、地域保健法、生活保護法、地域再生法、子ども・子育て支援法等を含む 31 法の改正。

・実現本部は、「地域共生社会」の名の下に、地域に生起するあらゆる課題・問題を地域住民が自助・共助を基本に解決して行くとしている。

・この方向性は、生存権を公的責任のもと具現化した社会保障制度の基盤を揺るがす重大な誤謬を犯しかねない。

1.自己負担増を強いる医療保険制度等改定案

1)医療保険制度改定案の概要と問題点

・厚生労働省は、2016年11月30日社会保障審議会医療保険部会に2017年度における医療保険制度改革の素案を示した。

・高額療養費制度の上限引き上げ、後期高齢者医療制度における保険料軽減特例措置の廃止、子ども医療費助成制度の罰則措置の一定軽減等である。

・これらの改革は政府の既定方針として、2017年度予算に反映された。また、2017年度予算は、2017年1月20日第193回国会において麻生財務大臣が2017年度予算案説明を行い、2017年3月27日政府案通り可決・成立している。

・現在、70歳以上人口は2,437万人で総人口の約2割を占める。その内高額療養費の影響を受ける70歳以上の住民税非課税人口は約1,400万人と言われ、彼らが69歳以下と同水準の負担に引き上げられる(表1)。

・租税における「最低生活費非課税原則」に鑑みれば、住民税非課税は、最低の生活を行うには厳しい世帯であり、この層の負担増は益々高齢者の貧困を深化させる。

・後期高齢者医療制度では、約916万人が保険料算定定額部分の特例措置廃止で、従来の軽減幅に戻され、2倍から9倍の保険料になるとの試算もある。

・収入が264万円を超える後期高齢者の所得比例部分の保険料は、5割軽減特例措置を2017年度で廃止する。

・療養病床入院中の65歳以上の人は、居住費が現行日額320円から日額370

円に増額される。2016年から入院給食も増額されており、合計で1月5万2,500円の負担となる。

表1 高額療養費制度の見直し

69歳以下	区分(年収)	窓口負担	限度額(月単位)	
	1160万～	3割	252,600 + 1% <140,100>	
	770～1160万		167,400 + 1% <93,000>	
	370～770万		80,100 + 1% <44,400>	
	～370万		57,600 <44,400>	
住民税非課税		35,400 <24,600>		

70歳以上	区分(年収)	窓口負担	外来	限度額(月単位)
	現役並み 370万～	3割	44,400円	80,100円 + 1% <44,400>
	一般	70-74歳 2割(※) 75歳以上 1割	12,000円	44,400円
	住民税非課税		8,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000円	

注：〈〉内は、年4回以上利用で、4回目以降の負担額。

出典：厚生労働省「高額療養費制度の見直しについて」、社会保障審議会医療保険部会、2016年11月30日。

・子ども医療費助成に関しては、国保財政に対する一定の罰則措置（国庫負担の削減）を軽減する案（2018年4月1日施行）であるが、極めて不十分である。

・生まれ育った自治体によって子ども医療費負担に相違が存在することは、世帯の所得により医療へのアクセスに支障をきたすことであり、法の下での平等（憲法14条）や生存権保障（憲法25条）侵すものと考えられる。

・すべての子どもは、親の所得に左右されることなく適宜医療機関にアクセスできるのが世界的な潮流¹であることから、早急に国の制度として「子ども医療費無料化」を確立すべきである。

・かかりつけ医以外の受診の際の追加の定額負担、あるいは市販品類似薬の保険外し等に関しては引き続き検討となり、2017年通常国会には提案されないが、2017～18年中に結論を得て2018年以降に改正を行う方針が打ち出されている²。

2)自己負担（増）は、受診・サービス利用抑制につながる

・2017年度における医療保険制度等改定は、自己負担等（或いは、一部負担、窓口負担）の増額が目白押しである。勿論、政府の論理からすれば一部の高所得階層に対する自己負担増だとして、“応能負担原則”を踏襲する方向性だと主

張するかもしれない。

・そもそも社会保険における自己負担の存在は許されるのか。

・医療保険等におけるサービス受給時の自己負担の存在・増額に受診抑制効果があることはよく知られているが、幾つかの研究でその実態を検証したい。

* 非営利団体「日本医療政策機構」は、医療に関する世論調査を毎年行っている。例えば、「日本の医療に関する 2008 年世論調査」[日本医療政策機構(2008)、pp.21・22]では、「過去 12 ヶ月以内に、費用がかかるという理由で、医療受けることを控えたことがありますか(下線筆者)」との問いに対して、「薬を処方してもらわなかったことがある」は、高所得・高資産層(年間世帯収入 800 万円以上かつ純金融資産 2,000 万円以上)で 2%、中間層(高所得・高資産層、低所得・低資産層、以外)で 11%、低所得・低資産層(年間世帯収入 300 万円未満かつ純金融資産 300 万円未満)で 16%、であった[日本医療政策機構(2008)、p.22]。

・「具合が悪いところがあるのに医療機関に行かなかったことがある」は、高所得・高資産層で 18%、中間層で 29%、低所得・低資産層で 39%、であった[日本医療政策機構(2008)、p.22]。

・同機構は、「経済力により受診抑制の実態に差があること、とくに所得・資産が低くなるほど、より受診を控える傾向にあることが明らかになり、経済力により医療へのアクセスに『格差』が生じている実態が改めて明らかとなった」[日本医療政策機構(2008)、p.21]としている。

・2008 年調査からは、医療受診における自己負担の存在が受診抑制、特に低所得・低資産層に顕著であったことが明らかとなった。

・自己負担増が医療受診行動にどのような影響を及ぼしたのかに関しては、以下の 2 つの有益な研究が存在する。1 つは、吉田あつし、伊藤正一の論文「健康保険制度の改正が受診行動に与えた影響」[吉田あつし、伊藤正一(2000)、pp.101-121] である。もう 1 つは、畝博の調査「医療費の自己負担増による高血圧症患者と糖尿病患者の受診行動の変化」[畝博(2004)、pp.1-19] である。

* 吉田と伊藤は、1997 年 9 月実施の健康保険制度改正により、被用者本人自己負担の 1 割が 2 割への増加、扶養家族の薬剤等の一部負担の導入が、若人(老人医療制度の適用を受けない医療保険組合員とその家族)の外来の受診行動に

どのように影響を与えたのかを調査・分析している。

・吉田らは、「医療機関に1年間で一度も行かない確率については、改正により『本人』、『家族』ともにほぼ同程度上昇し、年齢が高くなるほどこの確率が大きくなっている」[吉田あつし、伊藤正一(2000)、p.117]、「診療日数については、『本人』はほとんどの年齢層で同程度に減少したが、『家族』については高い年齢層ほど大きな影響を受け、特に『61歳-69歳』層にもっとも大きな抑制効果をもった」[吉田あつし、伊藤正一(2000)、p.117]とし、自己負担増が受診抑制に繋がったことを明らかにした。

* 畝は、1997年9月実施の健康保険制度改正により、被用者本人自己負担1割が2割への増加が、高血圧症患者と糖尿病患者の受診行動に与えた影響について実証研究を行っている。

・畝は、「定率1割から2割への自己負担増は高血圧症および糖尿病の患者の受診行動に影響を与えており、その影響は糖尿病患者により顕著であった」[畝博(2004)、pp.2-3]とし、当時2003年に実施が予定された健康保険被用者本人3割負担への負担増に対し、「このような医療費の自己負担増は高血圧症や糖尿病などの慢性疾患の受診を抑制し、その結果、脳血管疾患や腎不全などの重篤な合併症を引き起こし、結果として、より多くの医療費が必要となり、社会のコストが増大する可能性がある」[畝博(2004)、p.16]との見解を示している。

・社会保険における“自己負担”が、受診・サービス利用抑制につながるのは、前記の通りであるが、世界的には負担が無いかあっても僅かである。

・例えば、社会保険の祖国と言われるドイツは、介護保険に関してはサービス利用に際しての自己負担は存在しない。医療保険では、外来診療初診時に10ユーロ(四半期毎、1ユーロ=約125円2017年1月現在)、入院診療1日10ユーロ(年間28日まで)、薬剤処方10%(5～10ユーロの範囲内)の低額負担であり、一般的に患者の年間負担上限は世帯年間実質所得の2%以内と定められている。また、重症慢性疾患患者(連邦共同委員会のガイドラインによる)の年間負担上限は世帯年間実質所得の1%以内である。

・社会保険は、私的保険とは違い国民に加入を強制することから、当然保険料

を支払えない加入者を抱える。従って、低所得者等の保険料部分をカバーする国庫負担・公費負担が存在する。

・社会保険に守られる労働者や国民がいることで、企業は労働者が抱える社会問題である疾病・介護・失業等に対して、予想を超える個別的費用支出を回避できることから、応分の保険料支払いを求められる（リスク分散）。

・この国庫負担・公費負担や企業負担を“社会保険における社会扶養原理（＝人権原理）”と呼ぶ。当然、社会保険においては、労働者・国民のうち支払い可能な人が、保険料を納付することとなる。

・社会保険財政を支えるために、企業の保険料、労働者・国民の保険料、国庫負担・公費負担が存在することから、社会保険によるサービス給付時に労働者・国民から再度自己負担を要求することは、受診抑制・サービス利用抑制のそしりを免れないし、ましてや費用の二重徴収と言わざるを得ない。

・この観点から自己負担を考察すれば、自己負担の増額に問題があるというよりも、そもそも社会保険においては、利用時の自己負担はあってはならないと考える。

2. 「我が事・丸ごと」地域共生社会の本質を見抜く

1) 地域共生社会は社会保障概念を矮小化

・改革工程本文 9 ページの内で「社会保障」の単語は、2 度しか使用されていないし、ほとんどが社会保障を「公的な支援制度」、「公的支援」、「保健福祉」、「福祉分野、保健・医療」、「保健、医療、福祉」と言い換えている。

・実現本部は「社会保障」が必要となった背景を、「戦後、高度成長期を経て今日に至るまで、工業化に伴う人々の都市部への移動、個人主義化や核家族化、共働き世帯の増加などの社会の変化の過程において、地域や家庭が果たしてきた役割の一部を代替する必要性が高まってきた。これに応える形で、疾病や障害・介護、出産・子育てなど、人生における支援が必要となる典型的な要因を想定し、高齢者、障害者、子どもなどの対象者ごとに、公的な支援制度が整備（下線筆者）」[厚生労働省（2017）、p.1] されたとしている。

・社会保障は、地域や家庭が果たしてきた役割の代替なのであろうか。我々が生きている現代社会（資本主義社会）は、生産手段を所有しているもの以外は、

賃金労働者であり自らが持てる労働力を売ることによって初めて生活（労働力の再生産）ができる。

・賃金は、労働力の価値に対しての対価であることから、個々人が抱える生活問題（生活過程に起こる社会問題。具体的には、失業、保育、介護、疾病、障害などから生起する生活困難等）全てを個人で解決できるだけの金額は支払われない。

・労働者が生活問題を抱えれば、いともたやすく人が人らしく生きるレベル（健康で文化的な生活）を下回ってしまい、生存権が侵害されることとなる。

・社会保障は生活問題を緩和・解決するための制度・政策であり、そのことを通して生存権を保障する機能を有しているのである。

・改革工程には、この観点がかく欠落している、というよりは意図的に歪曲したと捉えるべきである。

・社会保障（改革工程では公的な支援制度等としている）を、家庭や地域の役割の代替制度だとすることで、地域課題解決の責任を地域住民や個人にすり替えることが可能となるからであろう。

2) 自助・共助を強調する地域共生社会の先にある憲法改正

・実現本部が言う「地域共生社会」とは、当面の改革工程では「地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域とともに創っていく社会」[厚生労働省（2017）、p.2]としている。

・理念的には同意できる部分もあるが、その実態は国や自治体の責任を曖昧にし、地域住民に地域生活課題解決の責任を丸ごと丸投げする方向性とも受け取れる。

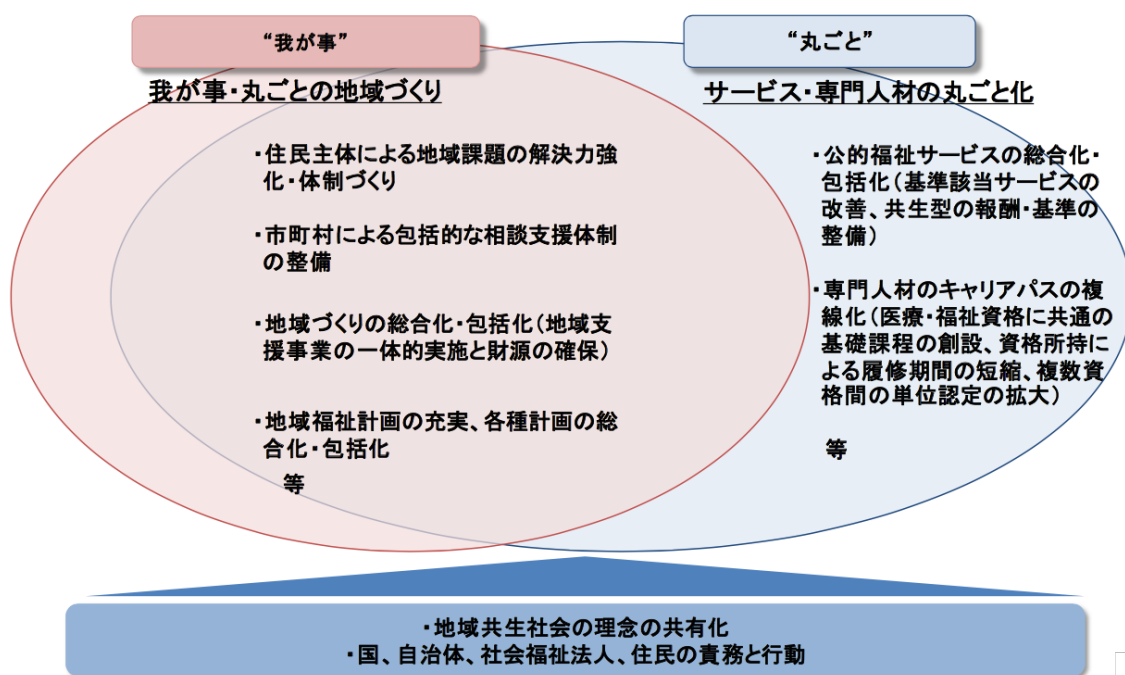
・介護保険法等改正法案の中の社会福祉法改正案では、4条（地域福祉の推進）に新たに2項が加えられた。同項は、「地域住民等は、地域福祉の推進に当たっては、福祉サービスを必要とする地域住民及びその世帯が抱える福祉、介護、介護予防、保健医療、住まい、就労及び教育に関する課題、福祉サービスを必要とする地域住民の地域社会からの孤立その他の福祉サービスを必要とする地域住民が日常生活を営み、あらゆる分野の活動に参加する機会が確保される

上での各般の課題（地域生活課題）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（下線筆者）」としている。確かに、地域住民が抱える課題は、多岐にわたり「福祉領域」に限定するのは困難であろう。

・福祉にとどまらず、住まい、就労、教育、孤立や参加までを包摂した課題を、地域住民自らが解決を図れとしているが、国は 2017 年度予算において、社会保障自然増分 6400 億円（概算要求）を 4997 億円に圧縮している事実に鑑みれば、社会保障予算削減とセットでの地域共生社会の提案であることは極めて矛盾している。

・実現本部が示した地域共生社会実現イメージ図（資料 2）によると、「我が事・丸ごとの地域づくり」では、「市町村による包括的な相談支援体制の整備」としているが、後述するように、介護保険法改正案では、この体制の根幹はあくまでも民間の地区社協等に委託するとなっていることから、国や自治体の責任が不明確であることは否めない。

資料 2 「地域共生社会」実現の全体的イメージ



出典：厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部「地域包括ケアの深化・地域共生社会の実現」（2016）、p.5、2016年7月15日。

・国家が上意下達的に自治体の責任を曖昧にして地域住民に丸投げすれば、地域間格差が拡大し、ますます地域が疲弊するのではなかろうか。また、地域共生社会の実現は、地域住民に共助を強制するだけでなく、その先にある憲法改正への布石と見るべき。

・2012年4月27日に決定された自由民主党の「日本国憲法改正草案」[自由民主党(2012)]前文は、「日本国民は、国と郷土を誇りと気概を持って自ら守り、基本的人権を尊重するとともに、和を尊び、家族や社会全体が互いに助け合って国家を形成する（下線筆者）」[自由民主党(2012) p.1]とし、自助・互助を謳っており、この点こそが、地域共生社会とも共通する「精神」である。

3)総合的相談窓口の設置

・「地域の住民が抱える課題について、分野を超え『丸ごと』の相談を受け止める場」[厚生労働省(2017)、p.5]を設置するとし、住民が抱える課題は、「福祉分野だけではなく、保健・医療、権利擁護、雇用・就労、産業、教育、住まいなど（下線筆者）」[厚生労働省(2017)、p.5]であるとしている。

・住民の抱える課題の相談窓口一元化を、先ず2017年度全国100カ所でモデル事業として実施し、法改正を通じて2018年度より全国で実施するとしている。相談窓口の一元化それ自体は、住民の利便性や抱える課題の複合化を考えれば必要であろう。

・相談を担う体制は、「例えば、地区社協、市町村社協の地区担当、地域包括支援センター、相談支援事業所、地域子育て支援拠点、利用者支援事業、社会福祉法人、NPO法人等」[政府(2017)、p.4]としていることから、自治体が公的責任に則り独自に総合的相談窓口を設置するのではなく、社協等に委託するとみられ、これまで自治体が直接行ってきた福祉関係の相談や様々な行政サービスも外部化・縮小が懸念される。

4)共生型サービスの創設は、介護保険法と障害者総合支援法の一元化の第一歩となる

・介護保険法等改正法案は、「高齢者と障害者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付け

る」[政府（2017）、p.1]とし、児童福祉法上の指定事業者（居宅サービス等の種類に該当する障害児通所支援に係るものに限定）、または障害者総合支援法上の指定事業者（居宅サービス等の種類に該当する障害福祉サービスに係るものに限定）から、介護保険法の訪問介護・通所介護等の居宅サービス事業に申請があった場合、当該事業に照らして、都道府県または市町村が「共生型サービス事業者」に指定するとしている。

- ・確かに、介護保険には65歳問題が存在し、障害者が64歳までは障害者総合支援法上のサービスを利用しているが、65歳を境に多くが介護保険優先の名の下に、介護保険指定事業者へのサービスに移行することを求められている。

- ・その意味では、共生型サービスであれば、同じ事業所からのサービスを継続できる優位点は存在する。

- ・障害者にとって64歳までのサービス量は、65歳からの介護保険適用で激減し、自己負担も増えているのが実情である。この点の改善がないまま、同一事業所でサービスが受けられるメリットを強調しても、当事者の納得は得られない。

- ・共生型サービス導入の狙いは、介護保険法と障害者総合支援法の統合であり、その第一歩であるとするべきである。共生型サービスの導入で、サービス供給面において両法の統合を図り、その利便性を誇張して、一気に統合への道筋をつけると見るべきである。

- ・両法が統合されれば、国民全てが被保険者となり、障害者も含めて総て国民が保険料の支払いを求められるであろう。また、統合された介護保険から障害者がサービスを利用する場合も、介護保険法上の自己負担が求められることになる。

- ・障害当事者抜きでこのような流れが作り出されるのは、民主党政権時の歴史的基本合意や障害者の権利に関する条約の「前文(O)障害者が、政策及び計画（障害者に直接関連する政策及び計画を含む）に係る意思決定の過程に積極的に関与する機会を有すべきである」に反すると言わざるを得ない。

5)地域共生社会と国民監視国家の親和性

- ・2013年に「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（以下「マイナンバー法」）」が成立した（2013年5月24日）。

- ・2015年10月5日に施行され、同年10月よりマイナンバーの通知がなされた。

- ・2016年年明けから自治体においてマイナンバー・カード（任意）の交付が始まったが、交付の際「顔認証システム」での本人確認が行われた。この顔認証データは、マイナンバー交付以外には使用しないとしているが、破棄されない限り住民の膨大な顔認証データが、自治体に蓄積されることとなる。

- ・「刑事訴訟法等の一部を改正する法律（以下「刑事訴訟法改正法」）」が2016年5月24日に可決・成立し、取り調べの可視化（部分的な録音・録画）、司法取引（合意制度等）の導入、通信傍受（盗聴）の拡大、等が盛り込まれた。捜査当局による盗聴は、国民的批判の下、対象犯罪を薬物、銃器、組織的殺人など、暴力団関係の組織犯罪4類型に限定し、通信事業者の常時立会いを義務付けすることで1999年に成立した。

- ・2016年改正法は、盗聴対象を組織犯罪4類型から、窃盗、詐欺、恐喝、逮捕監禁、傷害等の一般犯罪を含む広範囲に拡大し、実質的に一般市民を盗聴対象とした。また、通信事業者の立会い義務を外したことで、国家が常時国民を監視できることとなった。

- ・2017年3月21日には、犯罪を計画段階で処罰する「共謀罪」の趣旨を盛り込んだ組織犯罪賞罰法改正法が閣議決定され、4月6日より衆議院本会議で審議入り。

- ・一連の流れから見えてくるのは、国民が国家から常時監視されていることで、民主的な政治的発言や行動・活動をしにくくする狙いが透けて見えてくる。

- ・国家が監視しているだけでは、国民を完全には統制できないことから、一段進んだ形態として、「住民相互の監視システムと密告」装置を構築させようとしている。それが、まさしく「現代版隣組制度」としての「地域共生社会」。

- ・地域生活課題を我が事・丸ごと関わる住民が「国民」であり、関われない・関わらない人は「非国民」とのそしりを免れない。

おわりに…共同の力と繰り出し梯子理論

- ・シドニー・ウェッブが1911年に著した『防貧策』は、同書において、「この理論（「繰り出し梯子」理論：extension ladder）のもと、新たな支援方法を常

に追求し、困難な事例に対しても愛情に溢れたケアを心がけ、宗教的背景をもつ民間部門が、公的機関だけによって実施される比較的低水準のサービスを上回るサービスを実践・実施することで、結果的に公的サービスにおける健康で文化的な水準を押し上げる効果がある」(Webb, S. & B. [1911] p.252) と指摘している。

- ・この「繰り出し梯子理論」には、現代にも通じる示唆がある。
- ・地域における住民共同の運動・実践が、公的サービス（社会保障やその他の公共サービスも含む）を上回る内容を有することがしばしばある。
- ・この住民共同の運動・実践が、私的サービスを公的サービスに昇華させられる流れが、あたかも繰り出し梯子が伸びるように見えることから、そう命名された。
- ・介護保険における訪問介護事業は、1956年に長野県で制定された「家庭養護婦派遣事業」を端緒として、その後大阪市など革新自治体に広がり、結果的に1963年老人福祉法12条に「老人家庭奉仕事業」として法定され、2000年施行の介護保険法では、8条2項に明記された。
- ・保育運動においても、同様の状況があった。1960年代の高度経済成長に伴い女性労働者の増大の中、労働と保育の両立を求めて、「ポストの数ほど保育所を」を合言葉に大きな運度が広がり、結果的に公的保育所（認可保育所等）の増設につながった。
- ・現在政府が言う「地域共生社会」は、社会保障等の公的サービスを縮小したところに、その代替として地域住民に地域課題解決責任を押し付けるものであり、住民共同の運動・実践とは全く異なるものである。
- ・住民共同の運動・実践は、その目的に公的責任の強化、あるいはその実践を公的制度に押し上げる狙いがあるが、「地域共生社会」は、そもそも公的責任を捨象し住民の自助・共助（助け合い）に変質させることが狙いであることを鑑みれば、ますます住民共同の運動・実践が必要になってきたと言えるのではなからうか。

*** 引用参考文献：(アルファベット順)**

- ・厚生労働省（2016）「地域包括ケアの深化・地域共生社会の実現」、我が事・丸ごと地域共生社会実現本部第一回会合、2016年7月15日。
- ・厚生労働省（2017）「『地域共生社会』の実現に向けて（当面の改革工程）【概要】」、我が事・丸ごと地域共生社会実現本部、2017年2月7日。
- ・日本医療政策機構（2008）「日本の医療に関する2008年世論調査」、2008年8月。
- ・日本医療政策機構（2013）「2013年日本の医療に関する年世論調査」、2013年7月。
- ・政府（2017）「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案のポイント」、2017年2月7日。
- ・畝博（2002）「医療費の自己負担増による高血圧症患者と糖尿病患者の受診行動の変化」、2003年度厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業研究報告書、2002年3月。
- ・Webb, Sidney. & Beatrice. [1911], *The Prevention of Destitution*, Longmans, Green & Co.
- ・吉田あつし、伊藤正一（2000）「健康保健制度の改正が受診行動に与えた影響」、『医療経済研究』Vol.7、医療経済研究機構。