

『住民と自治』(通巻661号)5月号付録 2018年5月1日発行 自治体研究社

とちぎの地域と自治

とちぎ地域・自治研究所 所報 第184号

〒3210218 壬生町落合 1-15-5 ポラーノ・どんぶり103号 TEL/FAX 0282(83)5060

メール: support@tochigi-jichiken.jp ホームページ: http://tochigi-jichiken.jp

郵便振替 00170-7-251641 とちぎ地域・自治研究所

○「我が事・丸ごと」地域共生社会のねらいと地域・自治体の課題(上) 芝田英昭 ----- 2



とちぎ地域・自治研究所第17回定期総会

■ と き 2018年6月10日(日) 13:30~

○ 記念講演 (13:30~15:30)

「TPP・FTA、自由貿易協定でどうなる日本の食と農業」

講師: 小倉正行氏 (フリーライター、食べ物通信編集顧問、農政ジャーナリストの会会員)

○ 第17回定期総会 (15:40~16:30)

■ ところ 宇都宮市総合コミュニティーセンター1階集会室

第41回自治体政策セミナーinさいたま

「安倍政権下の地方自治・地方財政・地方公務員制度—その行方と展望をさぐる」

■ と き 5月26日(土) 13:00~27日(日) 正午

■ ところ さいたま共済会館 (〒330-0064 さいたま市浦和区岸町7-5-14)

1日目 (13:00~17:30)

- ・ 講義① 公務公共サービスの産業化、「地方創生」政策下の地方自治体の現状と課題
奈良女子大学大学院教授 中山 徹
- ・ 講義② 安倍政権下の地方財政と政策分析 立命館大学教授 平岡和久

2日目 (9:00~正午)

- ・ 講義③ 会計年度任用職員制度の創設と地方公務員の「働き方」 明治大学教授 黒田兼一

主催 自治体問題研究所 参加申込み等詳細は、下記ホームページで

本稿は、講演者が当日の講演内容を全面的に書き直して作成したものです。

https://www.jichiken.jp/events/jichitai_seisaku_seminor_41/

とちぎ地域・自治フォーラム(2018.2.4)

「我が事・丸ごと」地域共生社会のねらいと地域・自治体の課題(上)

立教大学：芝田英昭

目次

はじめに

1. 自己負担増を強いる医療保険制度等改定
 - 1) 医療保険制度改定案の概要と問題点
 - 2) 社会保険における自己負担(増)は、受診・サービス利用抑制につながる
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
 - 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
 - 3) 総合的相談窓口の設置
 - 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(以上、本号)
 - 5) 療養病床の介護医療院への転換(以下、次号)
 - 6) 3割負担の導入と介護納付金への総報酬割制の導入
 - 7) 地域共生社会と国民監視国家の親和性

おわりに

はじめに

2016年7月15日、厚生労働省に設置された「『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部(以下「実現本部」)」が、第一回会合を開き、その場に厚生労働省は、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(2016a)]との文書で示した。また、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。厚生労働省は、この改革工程に従って2017年以降、介護保険制度や医療保険制度等の改定が行なわれている。

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

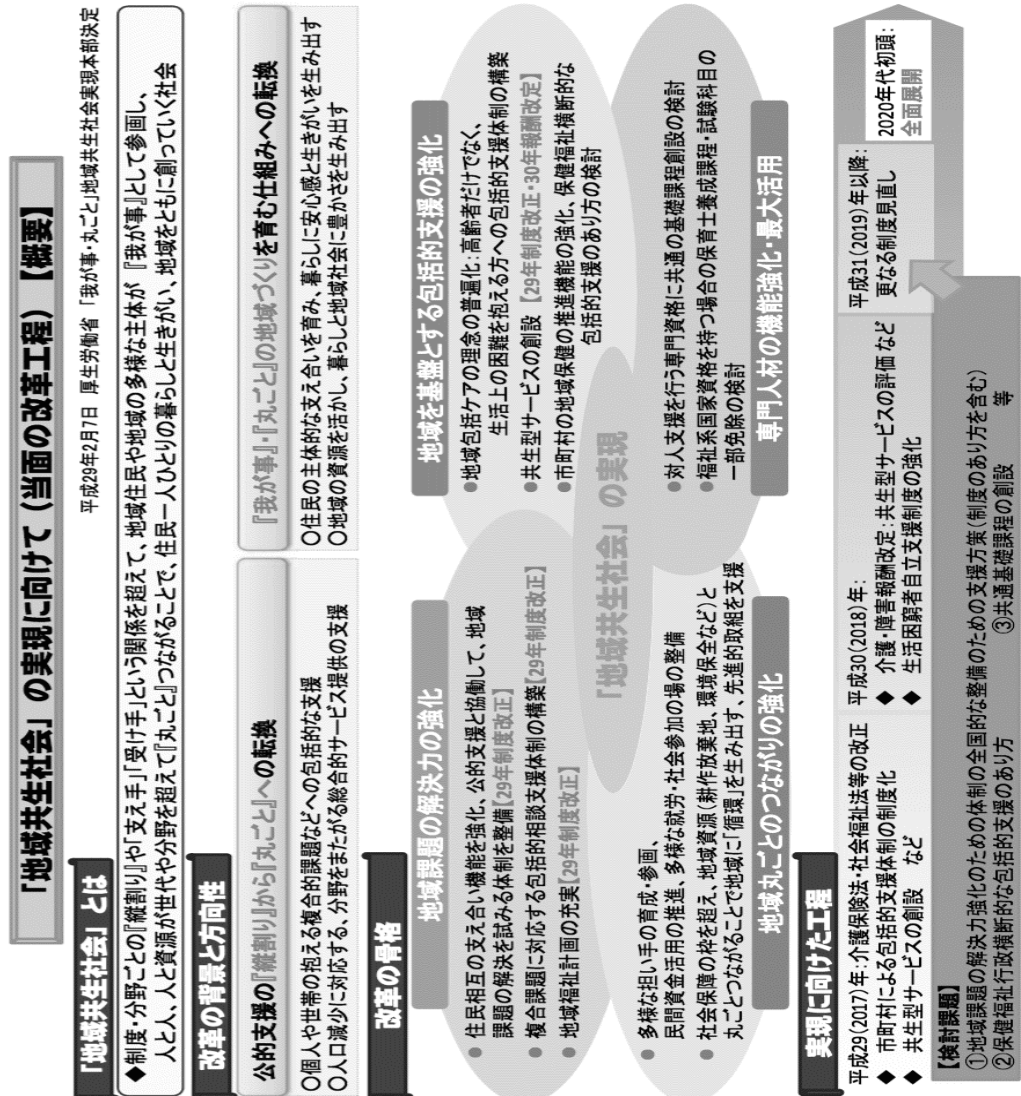
保険法等改正法案)」が閣議決定され同日衆議院に提出されたが、同法案の中身は、改革工程に忠実に沿うものである事は言うまでもない¹⁾。同改正法案は、2017年5月26日参議院本会議にて可決・成立した。

さて、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法の改正であり、多岐に渡る。地域は、高齢者だけではなく、各世代が様々な生活課題を抱える「場」であることから、多様な課題解決として多くの法改正を内包するのは、ある意味当然なのかもしれない。

実現本部は、「地域共生社会」の名の下に、診抑制の装置として機能している事、さら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が、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。本稿では、医療保険における自己負担が、受

に実現本部の「地域共生社会」が社会保障を崩壊させ、監視国家へ変貌する危険性を孕んでいる事、地域共生社会と「地域社会」での住民共同の運動・実践」との本質的な違い等に関して私論を展開したい。

資料1 「地域共生社会」の実現にむけての改革工程



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。

1. 自己負担増を強いる医療保険制度等改定

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ると理解され、この層の負担増は益々高齢者の貧困を深化させるものである。

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(9割、8.5割、5割、2割軽減)廃止で、従来の軽減幅に戻され、数倍の保険料になる可能性があり、かなり大幅な負担増になる。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年度で廃止された。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。※は、2014年4月1日迄に70歳に達している人は、1割負担。
 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 生存権保障（憲法25条）侵すものと考えら
 に対する一定の罰則措置（国庫負担の削減）れる。すべての子どもは、親の所得に左右
 を軽減する案（2018年4月1日施行）であ されることなく適宜医療機関にアクセスで
 るが、極めて不十分である²。見直しは、 けるのが世界的な潮流³（表2）であるこ
 未就学時まで限定でその部分の罰則を軽減 ことから、早急に国の制度として「子ども医
 するが、そもそも子ども医療費は、ある自 療費無料化」を確立すべきである。
 治体では中学まで外来・入院ともに無料、 また、かかりつけ医以外の受診の際の追
 別の自治体では入院は無料だが外来は一定 加の定額負担、あるいは市販品類似薬の保
 負担がある等、自治体によって相違がある。 険外し等に関しては引き続き検討となり、
 生まれ育った自治体によって子ども医療 2017年通常国会には提案されないが、
 費負担に相違が存在することは、世帯の所 2018年中に結論を得て2018年以降に改正
 得により医療へのアクセスに支障をきたす を行う方針が打ち出されている⁴。
 ことであり、法の下の平等（憲法14条）や

表2 主要国の医療保障制度と自己負担

国	ドイツ	フランス	スウェーデン	イギリス
制度類型	社会保険方式	社会保険方式	税方式による公 営保健・医療サ ービス *広域自治体 (ランスティン グが運営)	税方式による国 営国民保健サー ビス
自己負担	<ul style="list-style-type: none"> ・外来： <u>2013年より自 己負担撤廃</u>（そ れ以前は、四半 期毎に10ユー ロの負担が求め られた） ・入院： 入院診療1日10 ユーロ（年間28 日まで）。ただ し、<u>18歳未満は 無料</u>。 ・薬剤： 10%（5～10ユ ーロの範囲内） ただし<u>18歳未 満は無料</u>。 	<ul style="list-style-type: none"> ・外来：30% ・入院：20% ・薬剤：35% 自己負担分を補 填する「補足疾 病保険」が発達 しており、 <u>ほと んど自己負担 はカバーされ る</u> 。国民の約8 割が加入。ただ し、外来診療負 担金（1回1ユ ーロ、年間50 回まで）、入院 定額負担金（1 日18ユーロ） は、補足疾病保 険からの補填が 禁じられてい	<ul style="list-style-type: none"> ・外来： ランスティン グが独自に設定。 法律により、患 者の年間自己負 担上限は、 1,100 クローナ と定められてい る。ただし、<u>20 歳未満は無料</u>。 ・入院： 日額上限100ク ローナの範囲内 でランスティン グが独自に設 定。ただし、<u>20 歳（ランスティ ングによっては 18歳）未満は無 料</u>。 	<u>原則自己負担な し</u>

		る。	・薬剤： 全国一律の自 己負担額	
--	--	----	------------------------	--

出典：厚生労働省「OECD加盟国の医療費の状況」(www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkvoku/ 最終閲覧日 2017年9月20日)より筆者作成。

2) 社会保険における自己負担(増)は、受診・サービス利用抑制につながる

実現本部文書「地域包括ケアの深化・地域共生社会の実現」では、「2035年の保健医療システムの構築」[厚生労働省(2016a) p.1]を指し、『地域医療構想』の策定支援。『構想』と整合的な医療費適正化計画の策定前倒し[厚生労働省(2016a) P.1]をする、と冒頭に記載している。この点からも、地域共生社会構築の前提には「医療費適正化」が存在すると言える。また、医療費適正化は、供給面でのコントロールとして地域医療構想の策定であり、それに沿った病床削減・転換であることは当然であるが、1970年代以降の医療保険サイドの改革は、患者自己負担(患者窓口負担、一部負担)増加による医療費適正化という流れもある。

患者自己負担は、被用者本人に限って見てみても、1961年の皆保険体制以降、基本的には患者自己負担はなかったが、1973年に一部定額負担、1984年に1割負担、1997年に2割負担、2003年に3割負担(被用者家族も基本3割となった)と大幅に増額されていった。

地域共生社会実現の基本となる今次の医療保険制度改革も自己負担等(或いは、一部負担、窓口負担)の増額が主である。勿論、政府は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している⁵。しかし、筆者は、そもそも社会保険における自己負担の存在自体に懐疑的である。

さて、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。

我が国の医療実態を調査し、医療政策等を提案している非営利団体「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、2008年1月に実施された同年8月に公表された「日本の医療に関する2008年世論調査」⁶[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、医療を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]。また、「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]。この結果から、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。

また、同機構が 2013 年 7 月に公表した「2013 年日本の医療に関する世論調査」（日本医療政策機構が、2012 年 12 月～2013 年 1 月、全国無作為抽出の男女 1,650 人に対して訪問留置で実施した世論調査。有効回答率は、61.4%。）では、「過去 12 ヶ月以内に、具合が悪いのに医療を受けること控えたことがありますか」との問いに、26%が「ある」と回答している〔日本医療政策機構(2013)p. 7〕。

前記両調査、特に 2008 年調査からは、医療受診における自己負担の存在には受診抑制があり、またそれが低所得・低資産層に顕著であったことが明らかとなった。

さて、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（2002）pp. 1-19〕である。

この 2 つの調査研究は、年代的には若干古いが、患者自己負担が 1 割から 2 割へと倍加した 1997 年 9 月を画期としていることと、受診抑制に関して吉田らの研究では年齢階層別の差異、畝の研究では疾病別の差異を扱い、この点は、それ以後の研究ではあまり見られない特徴と言える。また、本節の狙いは、患者自己負担の増加が、受診行動にどう影響を及ぼすかであることから、少し古い調査であることが現時点でその傾向を否定する要因にはならないし、また、日本医療政策機構の 2008・2013 年調査結果がその点を補強するものと考えられる。

さて、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被保険者とその家族）の外来の受診行動にどのように影響を与えたのかを、レセプトを用い統計的な分析を行っている。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』ともにはほぼ同程度上昇し、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（2002）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、前述の通りであるが、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。また、医療保険では、外来は2013年より無料、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、私的保険とは異なり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。また、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费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。つまり、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られる。

では、なぜ我が国では社会保険における自己負担の存在が当然視されているのか。2012年版『厚生労働白書』は、「もし一部負担がなければ、不安に駆られた患者側は、安心を得るために医学的・客観的に必要な回数以上に受診（過剰受診）してしまう可能性がある」[厚生労働省（2012）p.42]、『『モラルハザード』ともいえる事態を回避するための工夫の一つが、患者の一部負担の導入である」[厚生労働省（2012）p.42]としていることから、過剰受診やモラルハザードが要因の医療費増を回避することが目的と考える。

しかし、最新の研究では、例えば子どもの外来通院費の助成拡大が、結果的に入院を減らす効果があったことが報告されている[毎日新聞2017年9月5日付]。慶応大学准教授の後藤励と京都大学大学院経済研究科大学院生の加藤弘陸は、2012・13年に全国の977病院に1390市区町村から入院した6～18歳の延36万6566人分の患者データを入院費との関連で分析した。その結果、低所得地域（2012年の市町村の一人当たり課税対象所得が中央値275万5000円よりも上の自治体を「高所得地域」、下を「低所得地域」とした）は助成対象年齢を引きあげた所で、全体的に入院が少なくなった、としている。また、助成対象を12歳から15歳に引き上げると、入院数が5%減少する関連性も発見したとしている。

後藤らは、「低所得地域では家計が苦しく病院に行けなかったり、慢性的な病気にか

かりやすかったりした患者が、医療費助成で外来診療を利用しやすくなり、結果として入院が減った可能性がある」[毎日新聞 2017年9月5日付]と指摘している。この調査からは、過剰受診やモラルハザードの問題よりも、医療費助成により実質的無料化により、必要な外来が受診でき、結果的

に入院治療を回避できていたことが窺え、医療費適正化の観点からでも、「自己負担増」ではなく「自己負担無料化」が一定の効果性があることが理解できる。そろそろ我が国においても過剰受診を恐れるのではなく、適切な治療が受けられる意味でも「自己負担無料化」を真剣に議論すべき、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

筆者は、実現本部の「社会保障」概念理解が意図的かそうでないかは別にして、極めて偏向していることに驚きを禁じ得ない。まず、改革工程本文中に、「社会保障」の単語は4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」と言い換えていることである。

例えば、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。また、この文章は、改革工程の最初に記述されており、実現本部が社会保障をどう理解したのかを示していると解するべきである。

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）できる。ただ、賃金は、労働力の価値に対する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、障害などから生じる生活困難等）全てを個人で解決できるだけの金額は支払われない。したがって、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。つまり、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、この観点が全く欠落している、というよりは意図的に歪曲したと捉えるべきである。つまり、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らう。

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、いかなるものであろうか。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、地域をともに創っていく社会」[厚生労働省(2017) p. 2] としている。確かに理念的には同意できるが、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の中の社会福祉法改正法では、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。ただ、同項の主語が「地域住民等」で、地域住民が関係機関と連携し解決を図るようになるとして、自治体や公的団体の役割を副次的に捉え、

地域住民を主体化しているが、地域における地域力には相当の格差がある中で責任の丸投げは、結果的には生活問題の解決にはつながらず、地域住民の主体性と美名の下に、生活問題が解決されず放置される可能性がある。

実現本部が示した地域共生社会実現イメージ図によると、「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」を行うとしているが、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。

地域生活課題に関しては、地域住民が自ら共同の運動の一環として取り組むことは重要であるが、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ではなかろうか。

ちなみに、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。この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、法成立を受けて 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。

しかし、この相談を担う体制は、「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。いわば、公助の縮小を共助 (住民同士の助け合い) にすり替えるといっても過言ではない。

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。

しかし、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態である。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。また、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 (報酬は、それぞれ別で支出される)、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。

少なくとも、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な基本合意⁸や障害者の権利に関する条約の「前文 (0) 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 わざるを得ない。
する機会を有すべきである」に反すると言

***注:**

1 この点の詳細は、以下の論文を参照されたい。芝田英昭 (2017)「高齢者を直撃する社会保障解体-医療・介護改革の本質を読み解く」、pp. 16-24、『月刊保団連』No. 1239、全国保険医団体連合会、2017年4月1日。

2 子ども医療費を独自に助成している自治体に対して国が実施している国民健康保険国庫負担の軽減(罰則)について、未就学児までを対象にした医療費助成分については、2018年4月から国保の減額措置を廃止する方針を2016年12月22日までに都道府県に事務連絡した。厚生労働省(2016)『『ニッポン一億総活躍プラン』に基づく子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置に関する検討結果について』、保国発1222第1号、2016年12月22日。

3 ニュージーランドは、2008年に7歳以下についてGP受診費無料制度を実施し、2016年7月より同制度対象年齢を13歳以下の子どもに拡大した。芝田英昭(2015)「ニュージーランド社会保障の概要と課題」『立教大学コミュニティ福祉研究所紀要』第3号、立教大学、pp. 99-211を参照されたい。

4 この点は、財務省が2016年末に明らかにした「改訂社会保障改革工程表」に記載されている。

5 2017年4月12日、衆議院厚生労働委員会において、安倍首相に対する質疑が行われた。首相は、自己負担増に関して「制度の持続可能性を高めるため負担能力に応じた負担を実現する観点から行った」と述べている。法研編集部(2017)「持続可能性を高めるための介護保険制度の基盤強化」、『週刊社会保障』NO. 2921、p. 14、株式会社法研。

6 日本医療政策機構が、2008年1月、全国無作為抽出の男女4,000人に対して郵送返送方式で実施した世論調査。有効回答率は、27%。

7 この点に関しては、以下を参照されたい。中村正文(1968)『社会保障概論』日本評論社、大野吉輝(1991)『社会サービスの経済学』勁草書房、相澤與一(1991)『社会保障の基本原理』未来社、神田敏史・長友薫輝(2017)『新しい国保のしくみと財政』自治体研究社。ただし、研究者によって同様の原理を別の文言で表記している。中村は、「扶養原理」、大野は「扶助原理」、相澤は「扶助の原理」、神田・長友は「社会原理」としている。

8 2009年8月に実施された第45回衆議院総選挙において、民主党が圧勝し、自民党から民主党へ政権交代され、明けて2010年1月7日、障害者自立支援法訴訟原告団・弁護士団と厚生労働省との間で、「障害者自立支援法訴訟の基本合意書」が取り交わされた。基本合意書には、「遅くとも平成25年(2013年)8月までに、障害者自立支援法を廃止し新たな総合的な福祉法制を実施する。そこにおいては、障害者福祉施策の充実は、憲法に基づく障害者の基本的人権の行使を支援するものであることを基本とする」と記載された。