

シリーズ「岩手の再生」第4集

岩手の地域課題から社会保障を考える

貧困・高齢者・国保税・医療・社会福祉

沼田崇子・菅野道生・一条哲也

井上博夫・小野寺けい子・佐藤嘉夫



NPO 法人岩手地域総合研究所・岩手県社会保障推進協議会

シリーズ「岩手の再生」第4集

岩手の地域課題から社会保障を考える

貧困・高齢者・国保税・医療・社会福祉

沼田崇子・菅野道生・一条哲也

井上博夫・小野寺けい子・佐藤嘉夫



NPO法人岩手地域総合研究所・岩手県社会保障推進協議会

表紙写真

施設のちょっとした風景

グループホームさくらの家で暮らしているSさん。

念願だった沿岸への里帰り。友人、家族、介護スタッフに囲まれ、最高の笑顔です。

『岩手の地域課題から社会保障を考える』

目 次

発刊にあたって

岩手地域総合研究所理事長 井上 博夫1

I 連続講座・社保学校（第1回）

講座 「子どもへの影響から貧困を考える」

全国公的扶助研究会副会長 沼田 崇子3

活動報告

「国保・就学援助に関する自治体要請から学ぶもの」

岩手県生活と健康を守る会事務局長

川口 義治21

II 連続講座・社保学校（第2回）

活動報告・1

「介護サービスを利用して思うこと」

介護サービス利用者 浅沼 静子35

活動報告・2

「介護保険事業所の現状について」

ある介護事業所経営者38

活動報告・3

「介護予防・日常生活支援総合事業の課題について」

地域包括支援センター川久保

主任介護支援専門員 尾形 京子42

講座 「高齢者の地域生活の課題」

岩手県立大学講師 菅野 道生48

III 連続講座・社保学校（第3回）

講座・1

「国民健康保険制度改革について」

岩手県健康国保課主任主査 一条 哲也64

講座・2

「国民健康保険税は何でこんなに高くなるの?!」

岩手大学名誉教授 井上 博夫78

IV 連続講座・社保学校（第4回）

講座 「医療・介護のいつせい改悪の中身は？」

～医療現場の実態から～

川久保病院小児科医師 小野寺けい子98

活動報告

「無料低額診療の現状と課題」

盛岡医療生協川久保病院

医療相談員 高橋 希114

V 連続講座・社保学校（第5回）

講座 「社会保障・社会福祉とは何か

～歴史、原理、政策、運動の4つの視点から～

岩手県立大学名誉教授 佐藤 嘉夫130

<著者紹介>163

ブックレット「岩手の地域課題から社会保障を考える」 の発刊にあたって



岩手地域総合研究所 理事長
岩手県社会保障推進協議会 常任理事
井上 博夫

2017年度は、NPO 法人岩手地域総合研究所による連続講座「岩手の再生」と岩手県社会保障推進協議会による「岩手県社会保障学校」の合同開催としました。統一テーマは「岩手の地域課題から社会保障を考える」。今日の岩手がかかえる課題に沿って5回にわたって行われた連続講座をまとめたのが、このブックレットです。

また、今回の講座では、「地域課題から考える」という趣旨に従い、講演と併せて社会保障の各分野で活躍されている方々の活動報告や、岩手県の担当者からのお話もいただき議論を深めていきました。

取り上げたテーマは次の5つです。

第1回は「子供への影響から貧困を考える」。

講演では、子どもをめぐる状況を概観したのち、岩手の実態に即して貧困が子どもたちに与える影響が紹介され、子どもの貧困＝親の貧困であり、その現状を変えていく必要が述べられました。

活動報告では、岩手県生活と健康を守る会の国保・就学援助に関する自治体要請について、紹介されました。

第2回は「高齢者の地域生活の課題」と題して、3人の方から活動報告をいただきました。一つ目は、介護サービス利用者の立場から「介護サービスを利用して思うこと」を、2つ目は、介護事業所を経営している立場から「介護保険事業所の現状について」、3つ目は、地域包括支援センタ

一職員から「介護予防・日常生活支援総合事業の課題について」です。これらの活動報告を受けて、「高齢者の地域生活の課題」と題して講演いただきました。

第3回は「国民健康保険税」。

まず、岩手県の国保担当者の方から「国民健康保険制度改革について」と題して、岩手県における国保税改革について説明いただいた後、「国民健康保険税は何でこんなに高くなるの?!」と題した講演を受け、国保制度改革を直前にして、どう対応すべきかを中心に意見交換が行われました。

第4回は「医療・介護のいっせい改悪の中身は？」

高齢化や医療の高度化に伴う社会保障費の自然増が毎年圧縮され、病床数の削減や様々な負担増が生じている現状が指摘されるとともに、患者さんのリアルな実態を紹介するなかで「憲法を生かした社会保障充実」が主張されました。また、「無料低額診療の現状と課題」について活動報告されました。

第5回は「社会保障・社会福祉とは何か ～ 歴史、原理、政策、運動の4つの視点から～」と題して、連続講座のまとめとしての講演が行われました。

いずれの回も、岩手の現実に即した具体的な問題提起がなされており、岩手における社会保障の推進に生かしていただけると願っています。

2017年度連続講座「岩手の再生」・岩手県社会保障学校 第1回講座

子どもへの影響から貧困を考える

全国公的扶助研究会副会長 沼田崇子

はじめに

連続講座の口火切りを担当させていただきます。2回目以降は研究者の方々と医師という講師陣ですが、私は研究者でもなく、何かの資格を有している者でもありません。あえていえば福祉の実践者といえますか、対人援助の実践者です。ですから、研究や考察を深めたものではなく、実践の中で気づいたこと、気になったことを話し、みなさんの今後の考えや行動の材料にしたいと思っています。

この講義の依頼は、子どもの貧困というテーマでしたが、私は、主に生活保護を中心とする生活問題や貧困問題に長く関わっておりますので、貧困問題を理解するひとつの入口として、子どもの問題から話を進めます。



1 公的扶助研究会とは

私は、全国公的扶助研究会に属しています。同研究会は、限られた分野では名が知れておりますが、岩手では知名度が低い状況です。

全国公的扶助研究会とは、全国の生活保護のケースワーカーなど各福祉分野を含めた行政機関の職員、医療機関や福祉施設、当事者団体、その当事者を支援する団体等の人達が、貧困問題と向き合い公的扶助実践がどうかを交流し、良くするためにどうしたらいいだろうと考えながら、できることに取り組むという自主的な任意団体の研究会です。

沿革は次のとおりです。昭和38年、全国の生活保護ケースワーカーが自主的研究集会を開催しました。生活保護制度は、何回も適正化という名前で引き締めが行われてきました。第一次適正化、第二次適正化と国の引

き締めがあったとき、現場のケースワーカー達が悶々としながら働いていたために、悶々としているのではなく、みんなはどう思っているか交流しようということで取り組まれたのが、昭和 38（1963）年の箱根での自主的研究集会でした。それを受けて 1965 年に公的扶助研究会全国連絡会を結成しました。当時は組合活動も盛んで、各地で自主的な研究会がつけられ、独自に取り組まれている元気いっぱいの時代だったのです。都道府県毎にある研究会を、全国連絡会という形で交流の場を作っていこう、経験交流していこうとスタートしました。

活動を重ね、機関誌なども発行しながらやってきたのですが、不幸なことに 1993 年、福祉川柳問題が発生しました。当時、福祉事務所の現場が大変厳しく、生活保護の仕事に従事している職員が、生活保護制度を利用している方に対して、いい感情だけではなく、嫌な感情も生じる状況でした。福祉事務所内部の気持ちの消化だったのですが、ある福祉事務所の忘年会で、余興としてその思いを川柳にして出し合いました。それが、なぜか機関誌に載ってしまい、全国的に配布され、当事者の方々も含めて多くのご批判をいただきました。そこで振り返ったことは、研究会の組織的運営が不十分であったこと、人に関わる仕事をしている福祉事務所職員は、公務員であり、人事異動により福祉的な見方や人と向き合う準備ができていない職員ばかりとは言えない職員体制の実態があること、現に福祉制度を利用する人たちに向かう職員としてどうあるべきかなどの組織的反省と、あるべき姿の議論を重ねました。その結果、1995 年に全国公的扶助研究会として再建した団体です。

全国公的扶助研究会では、全国セミナーを年 1 回開催しております。今年も、盛岡市で 11 月 10 日～12 日の間、記念すべき第 50 回セミナーを開催します。盛岡市では 25 年ぶり 2 回目の開催です。東日本大震災発生以降、東京以北での開催が今回初めてになりますので、全国的に期待されているところです。

2 子どもをめぐる状況

本題に入ります。まず、本日の切り口が子ども達ですので、子ども達をめぐる状況を調査統計から確認します。国で実施している国民生活基礎調査から確認します。

相対的貧困率は、2012 年が 16.1%、2015 年は 15.6%です。いずれも 6

人に1人が貧困という状況です。その中で、18歳未満の子どもの貧困率を見ますと、2015年13.9%、7人に1人となります。さらに、相対的貧困率の内訳を見ますと、ひとり親家庭の貧困率は50.8%と半分を占めています。先進国の中では、ひとり親家庭の相対的貧困率は最悪の状況と評されています。ひとり親家庭の貧困率は50.8%ですが、大人が2人以上いる家庭の貧困率は10.7%ですので、大人2人以上いる家庭とひとり親家庭とを比較すると5倍の差になる状況です。子どものいる現役世代の貧困率もありますので、詳しくは厚労省のホームページなどに、国民生活基礎調査の結果が掲載されておりますので、ご覧いただければと思います。

子どもをめぐる状況

○相対的貧困率	2012年	2015年	
・18歳未満の子どもの貧困率	16.3%	13.9%	
	(6人に1人)	(7人に1人)	
・ひとり親家庭の貧困率	54.6%	50.8%	
	=先進国で最悪の状況と評されている=		5倍
・大人が2人以上いる家庭の貧困率	12.4%	10.7%	
・現役世代の貧困率	15.1%	12.9%	
○就学援助率	2012年	2014年	
	1,552,023人(15.64%)	1,495,485人(15.38%)	
・要保護児童生徒数	152,947人(1.46%)	143,351人(1.47%)	
・準要保護児童生徒数	1,399,076人(14.10%)	1,352,134人(13.91%)	
	=子どもの相対的貧困率に追いついた数字=		

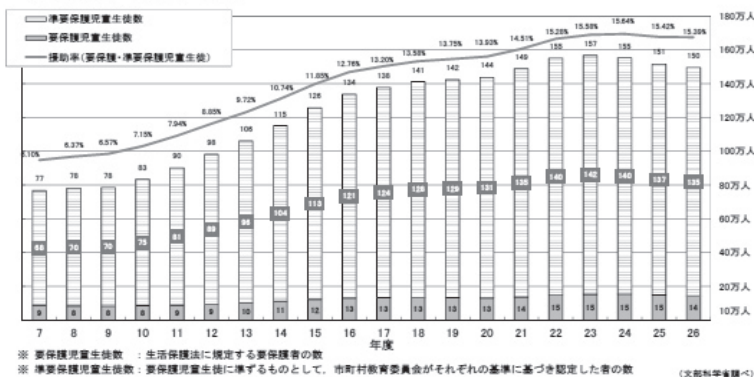
もう一つ、子どもをめぐる状況を見る目安として、文部科学省が毎年実施している就学援助実施状況等調査があります。2014年度の結果で確認します。就学援助実施状況等調査は、生活保護制度を利用している要保護児童生徒分と、各自治体によって若干幅はありますが、生活保護基準の1.1倍ぐらいから1.3倍ぐらいの基準内に入る準要保護児童生徒分を分けて集計を取っております。合わせた数が2014年度で15.38%です。就学援助

の適用の変化も、文科省の調査結果ではどんどん援助率が上がってきています。子どもの相対的貧困率に就学援助率が近づいてきておりました。そして、18歳未満の子どもの貧困率の数字に就学援助率が達したのが、2014年の15.38%。「追いついてしまった」のです。それをどう評価するかというのは、私の後で川口さんが就学援助のことも触れるようですので、お譲りしたいと思います。

就学援助の状況

要保護及び準要保護児童生徒数の推移 (H7～26)

- 平成26年度要保護及び準要保護児童生徒数(就学援助対象人数)は、1,495,485人(対前年度▲19,030人)で3年連続減少。
- 平成26年度就学援助率は、15.39%(対前年度▲0.03ポイント)で2年連続減少。
- 就学援助対象人数や就学援助率の主な減少要因は、児童生徒数全体の減少、経済状況の変化が挙げられている。(市町村へのアンケートより)

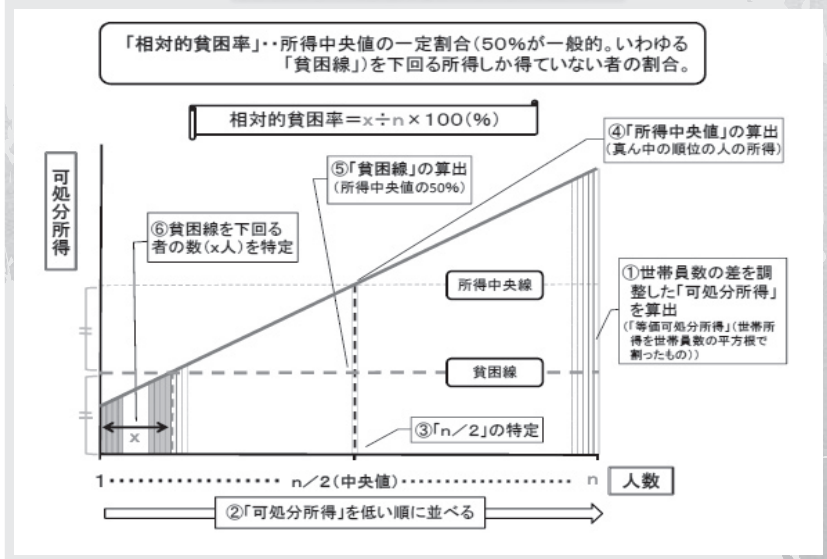


相対的貧困率とはどのようなものでしょうか。厚労省のホームページのQ&Aに載っておりますので、詳細は見ていただければ良いと思います。

大雑把な言い方をすると、可処分所得の低い人から高い人まで並べ、真ん中の中央値を取ります。その中央値の半分の可処分所得のラインを貧困線とし、貧困線以下の所得の割合を表したものを相対的貧困率と言います。その部分に、どれほどの人がどのように分布しているかが大事な問題です。所得の低いほうと高いほうを比べたときに、低いほうに多くの方が分布し、高い方にはかなりわずかな人が分布しています。貧困線以下に当たる部分にかなりの人が入ってきます。そのような状態を見ますと、「99%の貧乏

人と 1%の大金持ち」と言われるイメージが重なってきます。現在の日本国民の所得状況を、なんとなくお分かりいただければと思います。

相対的貧困率とは



3 貧困の影響

本日のテーマが子どもへの影響ということですので、貧困をどう捉えるかという議論は別の機会に譲ることとし、貧困の影響をキーワードで表してみました。

「生活の制約」が出る、「教育機会の少なさ」、そのことによる「学力の低下や学歴の低さ」、「進学・就職の不利」が生じる、すると「生涯賃金の格差」が生じる。一方で、いろいろ思うようにならない「ストレス」、ストレスだけではないと思うのですが、「不適切な養育」、さらには「児童虐待」「家庭内の不和」「配偶者間の暴力」「離婚」。貧困から生じてくるキーワードとして挙げてみました。

子どもたちはそのような中で自尊心が不足したり欠如したりしますし、居場所がない、安心感がないということにもなります。子どもが成長するにあたって、安心感、安心基地を持ってないと、いろんな挑戦ができません。

いとか成長できないとか言われていますが、影響が出てくるのではないかと思います。

そして、貧困の世代間連鎖の問題があります。私は 1970 年代に就職しました。その頃、すでに貧困の世代間継承という言葉が使われていました。連鎖というよりは継承と表現されていた記憶があります。当時から、子どもたちへの影響が次の世代もその次の世代も、2 世代、3 世代にわたって貧困が続いていくということが取り沙汰されていました。それから 40 年以上経ったのに、いまだに取り上げられている。私の記憶では、1970 年代後半は、子ども達を自立させるためにどう生活力を形成するかということも議論になって、当時北星学園大学の白石久一先生を中心に、懸命に研究され、提言していただいた記憶にあります。それがいまだに解消されずにむしろ拡大しているということ、考えていかなければならないと思っています。さらには、最終的に日本経済と社会保障の将来にマイナス影響があると言っている方々もいらっしゃいますが、私も同様に思うところです。

4 影響の具体例

私は現場にいる者ですので、影響の具体例を紹介いたします。

(1) 身体面、健康面の影響

ひとつは身体面、健康面での影響を目の当たりにすることがあります。食事は成長期だから栄養バランス良く取りましょと、親子料理教室や母親教室が開催され、あるいは学校の保健委員会などで議論され、保健だよりで留意事項をお知らせするなどが取り組まれています。しかし、お金が無いと、まずは腹いっぱいになるために炭水化物中心の食事になります。これは子ども達だけでなく大人も含めてです。学校給食が結構普及しておりますが、なかには 3 食取ることが困難なため学校給食だけが食事という子ども岩手県内におります。スクールソーシャルワーカーのネットワーク会議や生活困窮者支援に関わる会合で、岩手県どこでもそのような家庭がある話題が出てきます。

食事のバランスが悪ければ肥満の子、逆にすごく痩せの子、それから疲れやすいとか飽きやすいという子ども達が学校生活でも見られます。「なんであの子は集中しないんでしょうね」と先生がおっしゃるのです。「ご

家庭は大丈夫なんですかね」と言うと、「いやお母さんはブランドまがいの物をいつも持っているし、今流行りのデザインの服も着ている」というのです。でも、大丈夫かなと思って、保健の先生などと相談して関わってもらおうと、食事が十分に取れていないということが分かったりします。「どうして？」という反応は必ずと言って良いほど出てきます。「我が家は困っています」とみなさんは言わない。特に、児童生徒がいる親は、「うちの子ができない」とか「うちができない」ということは絶対しゃべりたくないですものから、相当上手に関わっていかないと本当のところ（困っているところ）に辿り着かないのです。

また、医療の面でも、多少の病気では受診できない。「風邪だから大丈夫」とか、「腹痛いのは何日かご飯食べないで寝てれば治るから」というのです。昭和の初期の時代ならともかく、今どきそんなふうにする親が実際にいるのです。結局悪化して、肺炎がひどくなって入院すると、かえって医療費がかかるのです。一番わかりやすいのは虫歯です。歯科検診で治療の指導が出されても治療しない場合に、関わっていくと経済的困窮が背景にあることがあります。このようなことは、目の前のこととしても、後々のこととしても、成長面への大きな影響があります。

（２） 集団生活面の影響

集団生活面での影響も出てきます。絵本や児童書、おもちゃをなかなか用意できない、遊びが非常に限られている、あるいは衣類を買ってもらえない、学用品を買えない、習い事ができない、中学・高校、小学校高学年でスポーツ少年団に参加させたい（したい）けどできない、クラブ活動の選択のときに、遠征費がかかる、ユニフォームや道具代がかかることで、クラブ活動の選択が制限される。

新たに購入しなくてもいいのですが、困窮状態にある方は人との繋がりもなかなか取れていなかったりするものですから、貰うことも含めて入手困難な場合が多くあります。

また、少し上の年齢になり、中学・高校になってくると友達同士で遊びに行こうとなっても、お金がかかるところに行けない状況となります。子どもはお金がないから行けないなんて友達には言えないので、いろんな理由を挙げます。親が病気だからとか、おばあさんとかおじいさんが死にそうだから行って来なきゃならないとか。子どもながらに必死になって嘘

(言い訳)を考えて対処します。気の毒と思うことがあります。本当は行きたいのですが行けない現実があるのです。中にはどうしても行きたくて、親の財布からちょろまかしたという話も出てきます。本当に胸が痛くなることを、私は時々聞きます。

このような経緯から、仲間に加われないとか、いつも同じ物を着ているとか、それが高じていじめになるとか、非行に走るとかの事例もあります。さらには、このような中でどんどん孤立していく子どもが生まれます。加えて、子ども時期の経験が不足することによって、年齢が進んだときに、うまく他者や集団と行動や会話などが取れないなどということも出てくることが見られます。

(3) 学習面の影響

学習面では、先程、進学のことにも触れました。他に、勉強できるスペースがない、環境がない、部屋だけでなく専用の机がない(専用の机があったから勉強するかというのはまた別な議論ですが)などの学習環境の問題があります。兄弟がいたりすると、上の子たちは勉強したくてもうるさくて勉強できないなどもあります。

私事ですが、今年 26 歳になった息子が中学校 1 年生の時に、学校の先生から「勉強についていきたかったら学習塾にやってください、なぜ学習塾にやらないのですか」と言われましたので、「学校で教えられないのですか」と問い返し、その後少し険悪なムードになったことを覚えています。「勉強は先生が教えるのではないのですか」と私が言いました。今は「学習塾に通わないと進学できません」「それなりの高校に行けません」など言われますが、そういうところには通えない家庭もあります。

参考書や問題集も学校で指定するものが結構ありますが、なかなか買えない家庭もあります。上の子と同じ物だったらいいのですが、どんどん変わっていく学習内容や指導要領ですから、問題集も上の子のものが使えないとか、逆に、先生が「みんなと同じ物を使ってもらわないと困ります」と言います。そんなことを言われても買えない家庭はあります。また、進学費用を工面できないことで、高校まではなんとか行くけれど、技術を身に付けたいとか資格を取りたいと希望しても、進学できないこともあります。

「低所得世帯で育った子どもは教育を受ける機会が少なくなってしまう

う」という表現は、日本財団の子どもの貧困対策チームが出した「子どもの貧困の社会的損失推計」の中で表現していたものです。まさにそのとおりと思い引用しました。

(4) 家庭生活面の影響

家庭生活面の影響では、親が仕事に追われて子どもにかまえないということは起こりがちです。親も自分のことでいっぱいだと思います。そのいっぱいな状態を大人の範囲で止めていればいいのですが、他の大人に言えず、弱い自分の子どもに向かって吐いてしまうことがあり、子どもは親からガミガミ言われることが起こります。私は地方公務員でしたが、子育てを振り返ると、一生懸命仕事をして、保育園の時間まで迎えに行き、逆算して寝る時間まで早く早くと言って過ごしていました。仕事で大変疲れていると、普段「早くやってね」と言う言葉が、その日に限って「何でやれないのよ」と感情的になり、ご飯も食べさせないで子どもを怒って泣かせてしまったこともあります。私の例で申し訳ないのですが、余裕が無いということはそのようなことで、それが延々と続くのだと思うのです。だから、子どもから見ればガミガミ言われることになるわけです。

また、親子間の対話の時間が少ないことも挙げられます。食事の時間も一緒にないという事例は、厚生労働省の子どもの健康調査の中に、「孤食」（一人で食べる）や「子ども達だけで食べる」割合がじりじりと増えていると出ています。仕事の時間が短くなれば収入が減るので少しでも長く働こうと、用意した食事を子ども達だけで食べる、ある一定の年齢になれば電子レンジで温めて食べる、ということから食事の時間も一緒ではないという状況が生じます。食事以外でも、家事を複数こなしながら生活していると子どもと話す時間がない、親子のコミュニケーションが取りにくい状況となります。現在、ひとり親家庭の場合に、「時間の貧困」という言葉が使われるようになってきていますが、ひとり親家庭だけでなく、困窮している家庭では「時間の貧困」というものが見えてきていると感じます。

子どもたちはその中でどう感じて育つのでしょうか。親が忙しく、忙しく、やっていますから、親自身の人間関係が狭い状況です。それを見て育つ子ども達も、いろんな体験ができませんので、子どもの人間関係も経験も狭くなるという傾向があります。さらには、そういう中で育った子どもは、『忙しくて子どもとろくに会話しない、言葉を交わすときは怒るか小

言を言う大人』が自分の大人モデルになってしまうことがあります。少し余裕があって、祖父母との関係を持つことができたり、子供会などで地域の方々と関わったり、スポ少などに参加して自分の親以外の大人と活動の中で触れる機会があれば、「うちの親はこうだけど、違う大人もいるんだな」と知ることができ、あるいは監督やコーチなどから違う大人もいることを学べると思います。そのような機会が少なくなると、大人モデルが少ない中で育つことになり、身近だった親がモデルとなります。どの子にとっても身近だった親がベストなのですが、時として、大人になったときの自分のスタイルが、嫌だなと思っていた親と同じことをやってしまっ落ちて込むというようなこともあります。大人になった子ども達と出会ったときにその話を聞かされ、とても考えさせられる機会がありました。

私が生活保護のケースワーカーとして関わった中で、担当が外れても、子ども達から、高校に入ったと事務所に電話をもらったり、盛岡駅や今なくなったバスセンターのあたりで「沼田さん」と声を掛けられたりすることがあります。子ども達は成長した姿なので私は誰に声を掛けられたのか分からないことがほとんどです。「誰だろう、こんな格好いい青年知らないけど…」などと思っていると「〇〇です」と言って、「今〇〇高校に行ってます」と話してくれます。脇に女子がいて、「彼女？」と聞くと、「へっへっへ」といった反応が返ることもあります。一人で会った時に、私の挨拶程度だけに対して、立ち止まって、「実はね…」と子どもの頃の気持ちを教えてもらうことがあります。話を聞き、私は当時そこまで言葉を掛けられなかった自分を情けなく思う気持ちと、時を経ても声を掛けてもらえる存在として認めてもらっていたことを嬉しく感じる気持ちと半々を抱きます。このような関わりから、子ども達の思いを聞くことができました。

5 子どもの貧困は親の貧困

これまでの流れでおわかりと思いますが、子どもの貧困というものは子どもだけが貧困になるのではなく、子どもが属している家庭が貧困なのです。要は大人の貧困です。今度は、大人にシフトして見てみましょう。

(1) 働き方（働かせ方）の変化

昔は子沢山の貧乏と言われたのですが、今は子どもの数が非常に少なく

なっています。子沢山の家庭はありますが、全体的には子どもの数が少ないので、子沢山の貧乏というのは稀となります。そうすると、子どもに掛けられる費用や手間や労力は増えたはずなのに、子ども達に既に話したような状況があるのは、なぜなのだろうと考えてみました。

大人の世界で起きていることの一つは、働き方というか働かされ方が変化していると考えます。なかなか正規雇用されない状況は、広がってきています。全般的な賃金の低下傾向もあります。特に、若い世代の所得状況は、統計などで明らかなおり低い状況です。晩婚化と言われ、どこまでが子育て世代かという概念が少し違って来るかもしれませんが、20歳代、30歳代の所得は低い状況です。ですから若い人達に聞くと、「将来の夢なんか持てないですよ」「夢なんか持っていたら生きてられませんよ」と言われます。

私は、現在、生活困窮者自立支援法に基づく仕事をしています。相談に来られる人達の年代を見ると、40歳代が一番多くて、50歳代、30歳代と続くのですが、20歳前後の人達も結構来られます。特に悪いことした訳でもなく、普通にあるいは一生懸命勉強して学校を卒業したけれども就職できない、あるいは1度は就職したのですが、会社の人員整理にあって次の仕事が見つからない、見つかってもそれだけではアパートで一人で暮らせないという相談があります。若い世代は本当に厳しい経済状況に置かれていますから、出会いがあって子どもが生まれると、2人で働いてもなかなか大変ということは、現実的に厳しい話として挙げられます。

(2) 公的負担と給付の問題

大人の貧困は何故なのかという二つ目は、現在、公的負担と給付のバランスの悪いことが挙げられると思います。税金や社会保険料の負担はじりじりと増えてきています。今日の切り口の子どもから見ると、子ども手当を創設するときに扶養控除の廃止がなされたのですが、その後、児童手当に戻った時（それも所得制限付きの児童手当だった）に、結局扶養控除は復活しなかったと私は記憶しています。子育てが終わってからなのでちょっと記憶が怪しいかもしれませんが、間違っていたら後で教えてください。

住民税についても、低所得でも10%標準にしながら計算しています。ですから税制を改正してきた背景の中で、低所得世帯に対して非常に厳しい変化がどんどん起きてきている。国民年金保険料もどんどん額が大きくな

っています。そういう負担が増えています。

一方で、手当や年金は給付額の据え置きや、はっきり反対と言えない程度でじりじりと下げていくなどの実態が起きています。児童手当がありますと言ってもなかなか収入が上がらない中で、あるいは税制上の控除が改善されない・適切に復活しないなかで、収支バランスがどんどん悪くなっていくことは、このようなことを並べて見ればおわかりいただけると思います。これは、世の中の仕組み、社会保障と税制の関係をしっかり見ていく必要があること、個々人のせいではないことをお分かりいただければ良いと思います。

(3) 離婚の増加

離婚の増加は必ずどこでも取り上げられるものです。

ひとり親家庭の増加は、先に見たように、ひとり親家庭の貧困率から、生活が厳しい家庭が2世帯に1世帯あるということになります。離別前に2人で稼いでいるか否かはともかく、ひとり親世帯になると住宅コストの1人当たりが高くなることは当然おわかりだと思います。このように様々な面でコスト高が生じます。

母子家庭の就業率は8割を超えています。日本のひとり親は世界的に見ても頑張っています。国会審議を聞いているとき、「児童扶養手当をもらって働かないのはけしからん」と言った議員があったのですが、「あんた何を勉強しているんだ」と、テレビに向かって言ってしまいました。母子家庭は働いています。しかし、子どもが小さいと労働時間の制約があります。また、子どもがいるというだけで正規雇用ではなく非正規雇用になってしまう現実。両方の求人を出しているところでも、子どもの年齢を聞いて、本人は「正規雇用で働きたい、育児協力者もあります」と言っても、非正規雇用になってしまう事実は盛岡でもあります。そうすると、ひとつの非正規雇用だけでは収入が足りないので、ダブルワーク、トリプルワークをして収入を得ようとします。だから、子どもが一人でご飯を食べざるを得ない状態が起きます。

母子家庭の課題は長年取り上げられてきましたが、父子家庭も大変です。女性も自己主張ができるようになってきましたので、「貴方の方が収入高いのだからあなたが子どもを引き取ればいいんじゃない」「私は私の生き方をしたい」という選択もできるようになってきました。女性支援をして

いるときにそのような女性が、数は少なかったのですがおりました。他には、跡取り問題や親権の関係で男性の方が子どもを手放せないこともあります。そういう様々な事情で父子家庭が増えてもいます。

一方、男性が子育てのために時間を割くことの理解は、まだまだ進んでいません。これは父子家庭に限らないと思います。両親が揃っていたとしても男女の育児時間や役割の割合を見れば明らかです。イクメンだ、イクボスだ、ワークライフバランスだと言われていますが、雇用先での子育て理解はまだまだ広がっていません。実際に職場で実践されるには理解が不足しています。そのため、男性陣も父子家庭になったために転職せざるを得ない事例はあります。当然のように収入は減ります。男性も「子育て中です」と言うと、なかなか正規雇用の仕事に就けない状況です。また、今までは女性に頼っていた分の家庭内の役割を全部引き受けることになる。あるいは、社会的な理解がない中で精神的負担を負うことになる。ひとり親になったときの精神的負担の大きさは、もしかしたら男性の方が大きいのではないかと、相談を受けていて感じるところです。

子どもの貧困を取り上げている物を読むと、早い段階で、離婚、ひとり親増大ということが出てきます。ひとり親の貧困率の高さを考え合わせると、問題が見えやすいということから、離婚率の高さを要因の一番に挙げる傾向があるのでしょうか。

大人の貧困を今日は3点からしか見ていませんが、生活しづらい状況が広がっていると思います。私は、働かされ方の問題が要素として大きいと思います。男女を問わず、ひとり一人いろんな特性があり生きづらさを抱えた人もあると思うのですが、そういう特性のあるなしに関わらず、ひとりの人間が、まず自分で自立できるという仕組みがないと、大人の貧困は広がると思います。このことについて、最後のところで私の考えを述べたいと思います。

6 教育費負担の大きさ

子どもの問題を考えるときに、日本の教育費負担の大きさがあります。ここでは、文部科学省の調査結果を引用しました。これは年額を表しています。文部科学省で調べている調査以外にも色々掛かっているのではないかと思います。みなさんどう思いますか。

中学校公立で月4万円位を毎月負担することは、前述のような収入が多

くないところでは、大きい額だと私は思います。保育園ではなく幼稚園を利用した場合、公立で月 2 万円位、私立ですと倍の月 4 万円位。私立中学校は岩手には少ないですが、私立高校で月 8 万円。結構月々に掛かることはおわかりいただけると思います。

2010 年から高校授業料は負担が軽減されました。しかし、それだけではない諸々のお金が結構掛かりますので、考えていかなければならないと思います。

教育費負担の大きさ

公立／年額	学校教育費＋給食費	校外活動費	合計	私立の場合
幼稚園	15.0万円	8.1万円	23.0万円 (月1.9万円)	2.1倍
小学校	9.7万円	20.9万円	30.6万円 (月2.5万円)	4.7倍
中学校	16.8万円	28.3万円	45.0万円 (月3.8万円)	2.9倍
高校(全日制)	23.1万円	15.6万円	38.6万円 (月3.2万円)	2.5倍

※文部科学省「子供の学習費調査」：学校教育費・給食費・校外活動費(習い事、塾含)

高校については、2010年度から公立高校の原則無償化(私立高校生等への就学支援金制度)が実施され、授業料負担は軽減。

7 子どもの貧困対策への着手

子どもの貧困、子どもの貧困と取り上げられていますが、国なり県が何をやり始めているかを簡単に触れます。

子どもの貧困対策の推進に関する法律を 2013 年(平成 25 年)に成立させました。国がやっていることは、子育て世代に現金給付するとか、子育て教育関連の費用負担を軽くするとか、子育て教育関連のサービスを充実させるとかを挙げてはいます。子どもの貧困対策推進法ができ、それに基づく子どもの貧困対策に関する大綱を翌年作りました。その中身を見ると、

数値目標はないのです。願いというか、想い、決意表明はあるようですが、具体的にどう進めるのかというものが無い。子育て教育関連のサービスを充実させる点については、人的サービスに重点を置いた内容は記載してあります。しかし、その程度だけかと私は思っています。みなさんが読んでみたときどう思うか、また違う意見があったらいただきたいと思っています。

みなさんは、子どもの『未来応援国民運動』を知っていますか。国で掲げている運動です。中身は、官民共同で寄付を集め、子どもを支援する団体や意欲・能力のある子どもに援助するというものです。官民共同で寄付を集める・・・。「国は責任持たないのか」と私は思いました。自治体や民間団体は、子どもの貧困状態が身近な問題ですから、子どもの学習支援や居場所づくり、食事提供などの取り組みを始めています。盛岡市は、市の事業として子どもの学習支援を行っています。居場所づくりや食事提供は「子ども食堂」という名前で広がっていることはご存知だと思います。子ども食堂は、食事提供する中で様々な課題が見えてくるため、それに対応するサービスの提供も必要となってくる傾向が強くなります。見えてきた課題に対応しようとすると、人的にも財政的にも大変負担増になる実態が盛岡市内の実践を見ても全国の実践を見ても明らかになってきており、様々な関係団体・者との連携が必要なことが明らかになってきています。

8 課題

課題とすれば、経済的負担を軽減する政策の取り組みがないと思います。お金がなくてできないことがたくさんあるわけです。大切な見方として私が思うことを挙げてみました。これまで年越し派遣村の取り組みなどで、非正規だ、派遣切りだ、と大人の貧困にすごく着目されてきたのですが、子どもの貧困を前面に出すことで、大人の貧困の解消に向けた取り組みが少し焦点はずしをされて薄らいでいないだろうかと思えます。私は、子どもの貧困という言葉を聞くたびに、すんなりと受け入れられない気持ちになるのですが、大人の貧困も一緒に見ていく必要があるのではないかと思います。

最近、若い人たちと話をすると、次のような言葉が実際に出てきます。「子どもがいると経済的に損する」は盛岡で聞いた話です。「子どもの数が多いほど家計が圧迫される、だからつぐらない」という人もいました。

正規雇用になりたいと思って頑張っているけど、なかなか実現されない若い人たちの言葉を聞いていると、私は否定も批判もできないと思います。貧困問題自体も少子化に影響しているのではないかと思います。

おわりに

子どもの貧困の社会的損失推計でいくと、このまま子どもの貧困を放置すると 42.9 兆円の社会的損失になるとの試算がありました。すごいことだと思います。子どもの貧困状態を放置することは、大人の貧困状態の放置による社会的損失と合せると、とても大きな損失となるのではないのでしょうか。贅沢はできなくても、少しの楽しみを持ちながら生活できる程度の収入があったら、少しは税金が納められると思います。少しずつでも数多く集まれば、それなりの収入になると思われます。物を消費するなど経済活動もできます。そういう大人の分も含めて考えたときに、放置するとどれくらい損失になるのだらうと思います。そして、そのような事態は、実際に生活を営む地域にとってどういう影響を及ぼすのだらうと、今回のテーマをいただきながら考えたところです。

最後に私の思いをお話します。

私は、長年、生活問題と向き合ってきてつくづく思うことがあります。すでに途中で触れたことと重複しますが、「今の日本は、いつでも誰でも貧困に陥ることができます」と言える、もろい仕組みの状態であるということ。みなさんにも理解していただきたいと思います。

現在の社会保障制度は、高度経済成長期の雇用形態や生活形態をベースにつくられています。終身雇用制の時代、一家の主が生計中心者で、年功序列型賃金、親も子も一家の主の収入に属して暮らすという形態のときに、基本的な仕組みができた社会保障制度と思います。ところが、現在は雇用形態が変わったことは既に触れましたし、働き手が 2 人、3 人いて借金が無かったらなんとか暮らせるぐらいの低収入の現実を、私は目の当たりにしています。

なぜもろいのか。まずは、年金だけでは暮らせない年金額があります。年金というものは、人が働いて収入を得たら暮らせるけど、年取って働けなくなったから老齢年金で暮らす、何かしらの障害を負って働くことだけでは暮らせないから障害年金を利用する、生計中心者のパートナーが亡くなったから遺族年金で暮らすという制度です。本来、年金で暮らせれば問

題はないのです。厚生年金加入や共済年金加入で長く働いた方々ならば年金で暮らせると思います。しかし、岩手県は農業者が多い県です。自営の方々を含めて月 65,000 円位で暮らせるかということが大きな問題です。NHKTV の朝の深読みという番組をたまたま見たのですが、月 27 万円がないと暮らせないと書いていました。私が受給予定の年金額では暮らせない金額です。そのような年金の現状があります。

加えて、年金の受給年齢が引き上げになっています。しかし、多くの会社では 60 歳定年です。60 歳過ぎても希望をするならば雇うことで、一応定年制は引き上げているとしています。現実には、再雇用、再任用という場合に、給与額は現役のときの半分などの実態です。そんな状態ですので、年金の受給年齢の引き上げは、現役を退いた途端に貧乏人になる、下手すると無収入になるという状況です。

それから、失業すると雇用保険の失業給付を受給できるのですが、働いていたときの 6 割程度の金額になります。非正規雇用だと賃金が低いので失業給付では暮らせない、あるいは自分の都合で辞めたら 3 か月は支給制限されるなどとなりますので、失業給付は当てにできない事態が起きます。なんとか生活できる収入はあるが、国保税、国民年金保険料、介護保険料、その他に医療費や介護サービス利用料、障害福祉サービス利用料などの負担は支出できないという生活状態の方々もいます。

もっと怖いことは、お金が足りないと簡単に利用できる大きな口を開けた借金の世界が待っている現実です。カードローンで 50 万円まで借りられる、何件も借りられるという事実です。以前にお会いした人の例です。現在は、貸す方も情報を共有するシステムがあり、一定金額になると貸さないのですが、タイムラグがあることを知っていて、一気に短時間に、窓口で 50 万円と 30 万円と数か所で借入れ、もう一件借りると今日必要なお金ができるはずだったのに、最後のところにデータが回って借りられなかったというのです。切羽詰まって借金しないと支払いがたまって住居を追い出されるとか、元気なうちは良いと思って国民健康保険料を払っていないが、子どもが病気になり病院に連れて行ったら入院が必要だと言われ、その日に前述の行動を考え付き、7 社目とかでアウトだったと言っていました。簡単に借金できる世界があることは、事例を挙げたらきりがありません。もろい社会です。

生活保護は最後のセーフティーネットです。国は、盛んに、利用してい

る人数や世帯数、金額について報道します。しかし、これまでに話したようなところでカバーできていれば、生活保護制度を利用しなくても済むわけですが、そこがもろいために最後の受け皿に集中していく状態になっていることをご理解いただければと思います。

実態をよく知って、よく考えて、一人ひとりが、大きな贅沢はできないけれども少しの楽しみを持ちながら暮らし続けることができる一歩を、みなさんと踏み出せたら良いと思います。

活動報告

国保・就学援助に関する自治体要請から学ぶもの

岩手県生活と健康を守る会事務局長 川口義治

はじめに

川口です。今沼田さんの話を聞きながら感じているのは、日本の今の社会保障のあり方がもう非常に大きな意味で曲がり角にきているなというふうに思います。今日は保険医協会の方が来られていますが、被災地の医療のアンケートをずっと保険医協会がこの間取っていただいて、私も文章で書いてある生の声を読むと、ここの中にも

差別が行われています。どういうことかということ、医療費や介護の利用料が12月31日まで今無料なのですが、ところが国の施策によって、これはあくまで国民健康保険の後期高齢の加入者だけなのです。協会けんぽの方はすぐ一般と同じになって、当然有料になりました。そうしますと、私もずっと山田町に通って高齢者の人たちの話し合いに参画するのですが、同じように家は流され、土地も流されてしまった高齢者の人、その人は息子さんの協会けんぽに入っていて、「自分は山田に暮らしている、どうして同じような状況なのに国保加入の方だけが無料で、協会けんぽの扶養になっている私は有料でおかしいじゃないですか」と、そこで争いが始まるのです。平等でやってほしいと。有料だったら有料、そうでなければそうでないというようなことで、川口さんどう思うと聞かれる。どう思うって私が決めたわけじゃないからなんとも言いようがなかったのですが、これだって私は分断だというふうに思います。

いみじくも、今、沼田さんの話をずっと聞きながら感じることは、これは大学教育まで含めて、医療や介護や住宅も必要でしょうし、幼児教育、保育の関係、それを全部給付をすれば、無償にしていけば問題は解決します。ところがどんどんこの間の社会保障運動というのは、私も医療を中心



にして 36 年かかわってきましたが、全部医療法改定、改定。改定というのは改悪、改悪でしょ。結果的に自己負担が増え、保険料が増えていく、そういう仕組みの中で今があるのです。それに慣らされているものだから、まだあなたよりも私のほうがまだいいとか、あとで触れますが、就学援助については生活保護基準の、例えば滝沢市であれば 1.3 倍という形でやっておりますが、これも所得制限があるのです。所得制限があるというのは、ある意味差別なのです。

なぜかという、貧しい人たちは助けてやらなきゃいけないと、従って表現は悪いけど、人間、人権みな平等ということではないのです。要するに裕福な人たちは税金を納めますが、自分たちは享受されないじゃない、ただ取られるだけだよと、これも豊かな人と貧しい人たちの分断だというふうに思います。従って無差別、平等でなければいけない、お金があるなしに関係なく、医療だとか教育だとか、当然子育ても含めて、それがあり様ではないかなというのが私の結論です。そうすると非常にシンプルでわかりやすくなります。

今ほとんど社会保障に関係する分野で働いておられる人、毎回 2 年に 1 回制度は変わる、3 年に 1 回変わる、5 年に 1 回変わる、沼田さんも今度保護基準がこんなに変わりましたとか、こういうプロでもわからない状況というのが現実なのです。卑近な例で言いますと、住民税非課税の人たちに給付金あげますよというのが役所であるじゃないですか。役所の人に聞いたら、国はやるのはいいんだけど、結果、事務手数料というのがだいたい 2 割かかるといいます。これも例えば 10 万円ということになれば、2 万円は事務手数料で行っちゃうというのが今の現実なのです。無駄なお金といえばそれもひとつの無駄なお金だなというふうに思っています。

だけど今言ったようなことと、あと生活保障、働きの問題、これも今から私たちの社会保障運動の立脚点にしていこうと、従って私の考えというのは、今言ったように収入のあるなしに関係なく無償にしていきますよという、そうなれば間違いなく安心感が出ます。だとすると年金額はどのくらいあればいいのかとか、こういうことを総合的に、医療は医療だけとか、介護は介護だけで生活保護は生活保護だけの運動でない方針を全体的に我々自身が考えていかなきゃいけない時期に入ったのではないかなということなのです。

それは国民的な運動にしていけない限りは、言葉だけではどうしようも

ないというふうに私は思い、やはりそれは自分たちが今住んでいるところから運動を起こしていかなくやいけないというふうに、4年ぐらい前から私はそう思ってきました。

1 市民と共に行政や議会に働きかける運動を起こしましょう

私は滝沢市に住んでおります。年金のことですが、私は67歳、いろんなことをやりましたから結果的に10年ぐらいブランクがあります。年金40年で満額でしょ。私は31年何か月、厚生年金ですよ、年間134万円です。これに介護保険料が7万円、国保税が7万9000円です。私は平均よりもちょっと低いのです。厚生年金で岩手の平均はだいたい15万円ぐらいですからね。40年間働いてね。15万円ですら安心できるかという、安心もできない。20万円あれば安心か、27万円あれば安心か、どこまで行っても、50万円あれば安心かもしれませんが、そういう人あまりいないでしょうし、そうするとやはり生活をしていくベースのところを安心できる状況につくらなければ、いくらあっても安心できないということが結論だと思えます。

(1) 子どもの医療費助成制度拡充運動

それで私が今ささやかな実践ということをやっているのが、ひとつは市民とともに行政や議会に働きかける運動を起こしましょうということで、子どもの医療費の助成拡充の運動で、国保・医療・介護を良くする滝沢の会が、医師・歯科医師・大学関係者・学童保育・保育園・子育て中の人に呼びかけて、2016年1月末に会を立ち上げて、中卒まで医療費助成を求める署名運動を展開して、7月14日、3,856の署名を持参して市長要請を行いました。小学校卒業までやってなかったのは滝沢市だけなのです。結果として今年2017年8月から小学校卒業まで通院医療助成が実施されました。ただしこれは所得制限ありなのです。所得制限ありというのは対象者の2割なのです。

話はあちこち飛びますが、医療費だとか介護の利用料は普通は1割だけど、あなたは収入があるから2割ですよというような人もだいたい2割なのです。従って、収入のある人っていうのが、いっぱい金持ちかということ、そうとばかりは言えないと思いますが、そういう人たちが2割、そして底辺の2割、あとの6割が中間的というような構図に今なっているのではな

いかなど、大雑把になのですが、そういうふうに思います。

結果は所得制限はありながらも通院は OK になったと、市長もこれだけ署名を集められて、いろんなことをやられたら何とかしなきゃいけないなという感じに間違いなくなりましたので、今年度から実施ということになりました。

(2) 就学援助、入学支度金支給日改善を求める要請

それから就学援助、入学支度金の支給日の改善を求める要請ということで、これも今年挙げました。滝沢市は就学援助の入学支度金、みなさん入学支度金って入学は4月でしょう。それを33市町村がある中で、3つか4つか2月とか3月支給をやっていないのです。みんな7月支給をやっているのです。「おかしいじゃない」と言ったら、「普通だったらおかしいですよ」と役所の人も言うわけです。いろんな理由は付けますけど、所得がはっきりする、課税対象がはっきりする世帯が6月なり7月にならなければ確定しないからというようなことですが、「そんなのはどうだってやりようあるじゃない、みなしでやればいいじゃない」と言うと、「もっともです」ということになります。

だからちょっと考えたらおかしいことがたくさんあります。それは言わなければだめなのです。どうしたって役所の職員の人たちというのは、この頃なんとなくエネルギーがないような感じしちやっていますが、自らがこうしよう、ああしようなんて言っても、仕事の量もきついかもしれない、非常にそういう面で力がない、言わなければだめなのです。市民団体として声を挙げていけば、それなりに検討しますというようなことでやれるかなというふうに思います。

(3) 恒常的低所得者を対象に国保の保険料、医療費減免制度創設に関する要請

それからもうひとつ、恒常的低所得者を対象に国保の保険料だとか、医療費の減免制度創設に関する要請についてです。国保というのはサラリーマン以外の自営業といいましょうか、それから非正規の方々、あと高齢者の人たちが国保に加入しますが、絶対に低所得者が圧倒的に多いのです。極端に言えば、盛岡でいいますと、国保の加入世帯が37,839世帯、人でいけば58,392人、うち所得ゼロ世帯というのが12,520世帯、つまり33%

は所得ゼロなのです。つまり所得税が課せられない、結論からいえば、基本的にはだいたい住民税非課税みたいなことになりますから、圧倒的低所得です。

それからもうひとつ参考までに言いますね。今、生活保護の利用者というのは、全国では216万人と言われていています。捕捉率は約2割、本来であれば生活保護を利用しなきゃ困るのに、実際生活保護を利用しているのはその2割です。そうしますと盛岡は今年度、利用者は3,710世帯、4,766人が利用されています。そのうち20歳未満というのは663人です。13.6%。これも単純に捕捉率を5倍にしちゃうと、3,315人ぐらいになるわけです。これは生活保護の利用すれすれ、あるいはそれ以下とか、こういうような形になりますので、かなりの割合が非常に苦しい生活を余儀なくされていますよということなのです。

お話しできる時間が少なくなってきましたが、たまたま保険医協会から借りていた新聞を読んでいましたら、慶応義塾大学の井手さんという人が、おもしろい調査をしていたのです。この分断社会が象徴的です。

どれぐらいあなたは自由を感じますかということで、自由だと感じる人は58か国中52番目ですから、ほとんど自分は自由じゃないというような認識です。

自分の人生は自分で決められますかというのが60か国中59番目、つまり自分の人生は思うようにはいかないよというような思いでいる。そして政府を信頼していますかという、みなさんどうですか、政府を信頼しているわけじゃないよな、56か国中42位です。だから結果、社会保障をこんなにむちゃくちゃにされていくことによって、そういうふうな政策をどんどんやったもので、結果自分のことは自分で守らなきゃいけないよというのがもう頭に定着してしまっている。従って人間も政府も信じられないという社会に今なってしまうている。従ってこの社会保障を充実させていく、人間の生活ベースをきちんと整えていくというのは、人間復興の課題でもある。それは自分の今いる場所から始めましょうねということなのです。

それで話は戻りますが、災害だとか何とかにあった場合には減免の制度があるのですが、国保の恒常的低所得者、いつも生活保護ぎりぎりだよとか、生活保護以下の恒常的な低所得者の人は、減免の対象にならないのです。そういう人たちが一番必要なにもかかわらず、市町村ではそういう条例をつくっていないということなのです。それを早くやらないと、国保

税滞納で、何十万も滞納しちゃってどんどん督促きますから、今資格証明書あまり出していませんが、短期保険証をどんどん出しているというのが実態です。

2 行政担当者と要請内容を共有することが大事

最後に書いていますが、行政担当者と要請内容を共有することが大事であると思います。2016年の厚労省の交渉に私も参加しました。「生活保護の基準以下の収入しかないような世帯だとかは役所が一番わかっているのですから、そういう人にはもう免除しなさいよ」と要請した。それにもかかわらず、そういう人にも負担の公平だとか、大変貧しい人でも一生懸命納めている人がいるじゃないか、それが負担の公平だと言う。それに対して、「そういう人にはもう免除しなさいよと、機械的にわかるのだから、そういうようなことをなぜやらないの、あなたたち厚労省の職員は本来であればそれを生きがいに行っているんじゃないの」と追及すると、「確かにあなたのおっしゃるような考えを持っている厚労省の職員は結構いますよ」ということになる。ですから、市民のところから声を挙げ、市町村のところを動かしていきながら国にもというようなやり方をやっていくことによって、道は開かれていくのではないかと思います。終わります。

質疑応答

Q 生健会の者ですが、沼田さんのお話が大変実践の裏付けがあるお話だということで、しみじみと現実を考えさせられたという感じがいたします。公的扶助の研究会ということで非常に視野を広く取られて活動されていると思いますので、ひとつ資本主義国はたくさんあるわけですが、例えばOECDの参加国みたいなのもいいのですが、世界の資本主義国の中での社会保障制度というふうに考えた場合の、公的研究会の中での日本の位置付けというのは、どんなふうに話し合われているものなのかなと思って、部分的に見ますと、例えばイギリスにも私立大学はありますが、私立大学といえども入学する人の負担は全然ないよとか、私立大学だから負担だということではないというふうなものもありますが、そういうふうなことを含めて何か私たちにこれからの運動にとって示唆するものがあればお聞きしたいと思います。

A (沼田) 研究会のメンバーの中には現場のワーカーから研究者になっている者もいますので、それぞれのテーマで韓国をテーマにしている者もあれば、ヨーロッパをテーマにしている者もあるということですが、研究会全体としてそれを現場のワーカーまで含めてやっていると言われると、ここで答えできるくらいのことは実践していません。全体的に見て、ここ10年ぐらいの変化は、韓国よりも日本の方がひどい制度になっているとか、おっしゃったように資本主義国の中でも、教育に関しては費用がかからない仕組みを取り、その代わりに税金はしっかりと徴収するというようなことは、調査研究しているメンバーからの話として聞いています。しかし、ご質問には私は答えられません。ごめんなさい。

私自身もさつき川口さんがおっしゃったように、日本のこれからを担う人たちには20年、大学まで無償にしたら日本は良くなると10年以上前から喋っていたような気がします。そのお金はどこから出すのだと、今の与党のみなさんはおっしゃると思うのです。私は、税金は働きに応じて徴収するべきと考えます。その代りに負担する分が無ければ楽だろうと思います。日本の場合は、さつき言ったように社会保障制度が不十分なので、社会保険料を払ったほかに、利用料も払って、なおかつ何かのときのために個人貯蓄もしなければならぬという状況です。そのために余計に楽では

ないと思っております。しかし、世界との比較はできません。申し訳ないです。

A (佐藤副理事長) 高校までの話はいろいろ出ている、今度の選挙でも自民党は無償化するとか言っていますから、高校まではかなり無償化に近づいてきたというふうに考えると、高等教育の問題です。文科省の教育白書の後ろの方に出ておりますが、例えば世界の中で高等教育費にかかる総費用のうち家計、要するに学生とか、学生の親が負担するのは何割かというのが出ています。日本は最低で49%、アメリカはその次で43%、だいたいヨーロッパは、だいたい10%から20%ぐらいですね。それはどこから持ってくるかということは別にして、その仕組みの違いですね。だから日本とアメリカはちょっと異質だということですね。

あと社会福祉とか社会保障の形ということで、どういう形というのはいろいろ研究者の間ではいろいろ言われていて、どういうタイプになるかということで、今沼田さんから話があったように、イギリスがご承知のように医療が社会保険ではないわけですね。保険という仕組みはありますが、実質的には保険という仕組みではなくて、医療サービスを国が全部管理しているわけです。ナショナルヘルスサービスというふうに、イギリスがそういうものであって、イギリスに近いのが北欧ということで、北欧はイギリスに近い形です。保険はありますが、例えば全部国民が同じ国民健康保険に入っている。

例えば一つの例を挙げると、私たちは病気で休むと、協会けんぽとか自治体、公務員の共済組合に入っている場合に、例えば休業補償とか療養給付とかいろいろ休んだときの給付金がありますが、北欧では、自営業の人でも診断書を持って行くと自分が商売を休んだときに、ちゃんと休業給付が受けられるのです。これが川口さんがさっきから言っている平等主義という話ですね。そういうふうに国が中心になってやっている。

それに対してアメリカはどちらかというと、自己責任というか、要するに市場という、ご承知のようにオバマケアも含めて、民間保険に個人が入るとということが基本なのです。低所得者向けのもありますが、基本的には自分のことは自分で責任を持ちなさいという、それに対してやや中間的なのがドイツとか、大陸のところは中間的なものがいろいろあって、そういうタイプがいくつかあるというふうに言われていて、細かい話はまた別の

機会にしますが、だからそういう確かに違いというのはあるのです。

どうしても社会保障はお金の問題と関係していますが、お金の問題と形の問題ですね。だから自由という、公費にすると自由がなくなるのではないかという議論をずっとしてきて、日本の場合はだんだんアメリカ寄りになっていって、介護保険も国が、市町村がやっていたら自由ないじゃない、保育所だってそうじゃない、入りたいところに入りたいんでしょ、みんな自分のやりたいようにやりたいんでしょ、じゃあ国や自治体の関与はどんどん少なくしようねという話がずっと80年代から続いているわけですね。結果的には市場をとおしてビジネス化していくという方向でやっているわけですが、日本の場合はそういう事情だったということです。

その辺の話はおもしろい話がいっぱいあるのですが、さっきの井手さんというのはよく知っていて、井手英策というのですが、まだ若いのです、40代半ばぐらいなのですが、非常におもしろいことを言っている人で、分断というものを超えて、もうちょっとみんなで仲良く対立しないようにして、うまくいく方法はないかということで提案をしている人なのですが、いろいろ本いっぱい出ていますので関心のある方読んでください。民進党の前原代表のブレーンというふうに言われている人です。

Q 生活保護の窓口というか、そのことがちょっとよくわからないので知りたいのですが、生活保護を受けるということ自体に、これだけは受けたくないという恥ずかしいと思う感情があったりとか、せっかくなら窓口に行ってもあれやこれやと言われて結局は受けられない、だからこそさっき川口さんがおっしゃったように、本来は受けるべき所得なのに捕捉率が2割だというのはあるのですが、窓口でもできるだけ受けさせないように、先ほどの沼田さんのお話でいえば、人と向き合う準備のないような人が窓口にいたりということもあり得ると思うのですが、でも専門家というか、ちょっとわかった人と伴走して行けば、そこで本人が行けばなかなか受けられないんだけど、ある人が手助けをして、ちゃんと知識のある人が助けてあげると、意外と窓口でも受けられるなんていう話を聞くのですが、今岩手の盛岡とか主なところで、そういう伴走してあげられるような人というのは、どういう機関とか、支援するネットワークとかができていっているのか、いろいろなところがあったような気がするのですが、なんかあまり聞かなくて、そこが助けてあげられるような制度なり仕組みが広げられないのかな

とも思うのですが、ちょっと実際の窓口の場面がよくわからないので具体的に教えてもらいたいと思います。

A (沼田) 役所が生活保護の仕事をやっているのですが、役所に行くこと自体がそもそもすごくハードルがあるのだらうと思います。生活保護申請に同行同伴する機関というのは、初めは川口さんのところ、「生活と健康を守る会」が非常に頑張りました。私がワーカーをやっているときにおいになって、「なんだこんなに簡単に申請できるのか」と何回か言われた記憶がありますが、その当時の盛岡市は大変厳しかったのを覚えています。

私が所属する生活困窮者自立相談支援機関も、生活に困ったというご相談の方が多く、お話を聞き、生活保護以外に解決策がないということになれば、同行申請します。この仕事は、盛岡市の場合、NPO 法人が受託しています。全国的に見れば相談の1割位が生活保護につながり結果となっています。ここ2年間の実績を見ると、盛岡市の場合は3割位をつないでいる状況です。別の言い方をすれば、それだけ困っている人が盛岡市にいるということだと思います。

全国的な動きで見れば、「生活と健康を守る会」のほかには、弁護士・司法書士の方々が同伴して申請するという動きもあります。それから、岩手ではあまりホームレスの問題が大きくない関係で、ホームレスの支援団体や若者の支援団体が多く育っていないのですが、全国的に見れば、そういう団体も生活保護の同行支援をやっております。

実は、生活保護は億万長者の方も申請はできるのです。申請の権利はどなたにもあります。福祉事務所の窓口で申請を拒否することができない制度です。「あなた貯金そんなに持っていたら…」と言われても、「申請します」と言えば拒否できないのです。ただし、制度を説明する中で、明らかに生活保護に該当しない状態として、納得されて帰るのか、渋々帰るのかはよくわかりませんが申請せずに帰る方もいます。申請は拒否できないことをよく知っている福祉事務所の職員が、ちゃんといるかどうかは別問題です。先程言ったように、よくわからないままに仕事をしている場合がありますので。

岩手の場合、申請しようと思って窓口に行ったらけれども申請しなかった、あるいは困っていることが解決できないけど申請しないで帰ってきたということの最大の理由は、車の保有です。これが一番多いです。生活保護

の場合、原則として車の保有を認めていません。原則としてというのは、例えば障害があるとか障害があるお子さんがいて、通院とか通学に日常的に使わざるを得ないというような場合は、昔から車の使用は認められています。それから、最近では、岩手の場合、通常の公的交通機関で移動することになると、仕事ができないという地域がありますが、その場合は保有を認めています。ただ認める車の範囲というのもあり、高級車ではなく軽自動車だったり、6年以上経って処分価値のない車など一定の条件があります。今、中古販売が盛んですので6年以上たっても結構な金額で売れることがあるのですが、一応6年を目安にはしているはずですが。仕事に就くためにも車が必要なので、求職中も半年の範囲ならば積極的に処分の指導はしていない現状です。これは盛岡市も同じですし、盛岡がそうだとすることはだいたいほかのところも同じだと思っています。ただ、そのところを丁寧に説明しないので、母子家庭なり父子家庭の方が働きながら子どもを保育園に送り迎えすることを考えると、車がダメというだけで生活保護利用を諦めます。「原則的には処分していただきます」との言い方だけをすると、「困っているけども申請はしません」となります。窓口で丁寧に説明できるかできないかということが課題です。

それから、受けたくないという気持ちの部分は、生活保護が権利としての制度となっていないくて、生活保護制度を利用すると一段低い市民になってしまう感覚があるためです。私が出会った方の中には、これまで町内会の会合などに参加していたが、生活保護を利用することになったから参加しないということがありました。「生活保護を受けるところまで落ちたくない」という言葉がよくあるのですが、利用している人が中にいたら本当に傷つける言葉なのでごめんなさい、生活保護制度に対しての理解がまだまだ広まらない事実があり、利用者には厳しいと思っています。

生活困窮者支援の仕事をしていて次のようなことがあります。仕事探しをしているが仕事がない。雇用保険の失業給付までに待機期間が3か月ある。この間の生活をどうするか。借金しても今を凌ぐことはできるのですが、仕事に就いたときに借金というマイナスからのスタートとなる。借金ゼロのところになるまでにどれくらいかかるのだろうと考える。借金よりは短期間でも生活保護を利用することを提案する。求職活動するために車がないと非常に不利なので、一定期間ならば積極的に処分指導されないの申請しましょうと制度の丁寧な説明をして理解いただく。このような生

生活保護へのつなげ方が結構あります。盛岡市の福祉事務所の窓口に行くと、「貸付利用は考えなかったのですか」と言われることがある。「いやいやそれはないでしょう」と、利用者さんを前にしない別な場所で、協議することがあります。生活保護制度の理解が足りないと思います。

A (川口) 沼田さんのおっしゃられました実際の運用の仕方、実際は生活保護を利用しに窓口に行くと、持ち金が5万円か4万円、3万円になったら来てくださいとかいうようなのも現実あるのです。それから、どうしても生活保護を活用しよう、利用しようという人は、様々な心の病を持っているとか、仕事がなかなかできないとか、いろいろ困難があるのです。単純に年金が足りなくてとても生活やっていけない、年金5万円しかないよ、アパート暮らしやっているけどとてもやっていけないからということになれば、一人暮らしなら、盛岡の場合だったら2万円ぐらいの生活保護費はすぐ出ます。これは分かりやすくしているのですが、しかし今言ったようにいろいろ困難あるのに、いわゆる稼働年齢で働くことできるじゃないですかと言われる。それに車の問題でも、クラウンとは言わないけど、車は資産活用だから、それは処分してくださいということになる。ところが働くということにすれば、1万5千円でも2万円でもパートでもいいから働くということになれば車の使用は認められるのです。それが事実だという状況ですね。

A (佐藤副理事長) 今のお話でもそうですが、もともとの原理的などころに戻しますと、なんで役所にお問い合わせをしたり、けんかしたりしに行くわけではないのに、なんで誰か付き添いがいなくちゃいけないのかという、原理的にはこういうことです。もちろん沼田さんや生健会のことを否定しているのではない、そういう意味ではないのです。原理的な仕組みに問題があるのです。

このときに今沼田さんからいろいろ説明があった職員の対応の仕方は、本当は簡単とか適当とかはやっちゃいけないことになっているわけです。法的な制度的な、ちゃんといろんなもので縛りがかかっているから、だから一応申請すれば受け付けられる。申請は電話でもいいということに一応なっているのです。申請の意思がある、私申請しますというふうに、だから拒否できない。

一番の問題は手続きすること自体をためらってしまう。生活保護がどんなものかがよくわからない。みなさんそうでしょ、たぶん生活保護を必要としている人たちはもっとわからない。なんとなくもらえるみたいだけど、どういうものかよくわからない。なぜかといったら、どこでも教わらないし、説明したものがいないからです。役所に行くとみんなからお金を取る必要のあるチラシはいっぱい置いてあるでしょ。生活保護のチラシは役所の窓口には置いていないので、これがひとつ大きな問題なのです。

例えばドイツでもそうですが、ヨーロッパでは役所の窓口に必要な生活保護の申請の紙が置いてあります。かつてはイギリスでは郵便局の窓口には置いてあって、ハガキで申し込みができたのです。そうすると役所から通知があって、正式な調査が始まるわけです。だから申請するところまではもっと簡単にできなくちゃいけない。そういう生活保護に対して特別な制度だよというふうに関心しているのは、先進国で日本とアメリカぐらいなのです。もうちょっとそこをなんとか、普通のことなのだよというふうにしていければと思います。

A (川口) 県庁の地域福祉課、生活保護の担当者の人と話をするので。「あなたわかるじゃない、岩手で車がなければ社会的な生活ができないというふうになるんだよ」と言うと、「わかります」と、「じゃああなたがやれることは何」と聞いたら、そういう事例というか、車が絶対に必要なのに結果的にはそれを理由に生活保護を受けられないという事例をとにかく集めて、厚労省のほうに、こうだからああだからということで、どんどん送ってはいるようです。「そうやっていますよ」と言っていました。

ただ今おっしゃられたような形で **OK** ですというのは、ある意味弾力的運用でやったのかどうかわかりませんが、要は「知らなかったよ」という感じで、「聞かなかったよ」ということで、そうであればあるかもしれないと思います。沼田さん、現場ではどうでしたか？

A (沼田) 生活保護の運用上、生活するために車を持っていいですと、正面切って言っていないです。仕事をするために必要と認められた車は、ガソリン代や車検代は、働くために必要な手段なので経費は就労収入から実費控除できるのです。ところがそれ以外の部分での使用については、生活保護を利用されている方は、国の定めた最低生活費で暮らしているので、

その額から生活に当てるもの以外のものを払うことは、最低生活を下回った生活になるので、正面切っていいですよと言えない事情があります。生活保護が非常に分かりにくいのは、食べたり着たりする分はこれぐらいです、水道光熱費等の共通経費は世帯人数によりこれぐらいです、住宅費はこれぐらいですという枠が決めてある点です。その範囲で暮らすようにというものです。生活する上で車が必要で積極的に処分指導しなかったという事例はあります。例えば葛巻に住んでいる方に対して、福祉事務所の中では処分指導、処分指導と言っているながら、実際には、運転しているのを知っているということもあります。

現在、過疎化によって人口が少なくなってきた、公的交通機関が成り立たないことから、廃線とか本数が少なくなるという話があちこちであり、通院自体も困難になってきている実情があります。タクシー使えばいいとの話になるのですが、タクシー片道 4,000 円も 5,000 円も、往復 1 日 1 万円を支給してくれるのかという話がありました。今の生活保護の運用上は必要であれば出さざるを得ないことにはなっています。しかし、そうなる地域の方々は、生活保護の理解の問題はあるのですが、あの人は毎度毎度タクシーで病院を往復するみたいな話題となるものですから、利用者の方がその方法しかないにしても地域で生きていくときに生きづらくなるというのがあります。そこところは川口さんが言ったように県庁でも認識して、現場からは改正意見というので出しているのですが、では維持費はどう捻出するかということは必ず出てきます。

過去に、人工透析をしなければならない 70 代の女性が生活保護申請に至ったときに、バスが廃線になって全くなかったので、車の保有を認めたことがあります。維持費はどうするかという点は、実際には最低生活費を下回ることになるのですが、書類を通す関係上から、親族から指定援助という形にしたことはあります。そのことで、指導監査時に書類を見てだめとは言われませんでした、正しいやり方だったとも言え難い状況でした。その方は、透析していても体調が悪くなったので施設に入所せざるを得なくなり、最終的に制度として公にしていこうための作業を模索していたのですが、途中で棚上げになって終わってしまいました。

車の問題は、東北だけでなく西日本のほうでも多くあり課題にはなっていますが、解決策がまだ見えていないというのが正直なところです。

2017年度連続講座「岩手の再生」・岩手県社会保障学校 第2回講座
(岩手地域総合研究所・岩手県社会保障推進協議会・いわての介護を良くする会の共催)

高齢者の地域生活の課題

活動報告・1 介護サービスを利用して思うこと 介護サービス利用者 浅沼静子

はじめに

こんにちは。青山町に住んでいる浅沼といいます。こういうところで話をするということはめったにないもので、ちょっと頭がボーっとしていますので聞きづらと思います。よろしくお願いいたします。夫は7年前に他界しまして、現在は長男と私と2人で住んでいます。3人の子供たちは東京と茨城と盛岡に1人いますが、それぞれ医療関係の従事者として働いています。孫7人とひ孫が1人おります。



介護保険制度の変更に戸惑い

現在私は2つの介護施設を利用しております。ひとつはゆうあいの里のデイケアのほうで、朝から16時まで通っています。それからもうひとつは2～3年前くらいにできた新しい「ゲンキネクスト」という、体操とか体の仕組みとかを教えたりするところで、みんなで勉強したりしています。

それで私の介護度が2なもので、ゆうあいの里でも昨年あたりから新しい制度に変わりました。私たちは前デイケアと言っていましたが、それが通所リハビリになってAとBに変わりました。AとBという分け方は、個人指導がAで集団指導がBだそうです。それで私はAの個人指導を受けながらリハビリをやっています。それが最近看護師さんや介護士さんの人数が、なんとなく少なくなってきたような感じを受けるのです。結局両方に分かれたことによって人数が足りないんじゃないかなと私たちは思うのです。

前は行くと全部お茶から何から出してもらっていたのですが、言わないとなかなか出てこなくなって、私たちが勝手にやろうとすると、ちょっと待ってちょうだい、危ないから、というふうに言われるのです。何名に対して何人の従業員というように人数に基準があると思うのですが、それがなんとなく曖昧になってきたなという感じを最近受けています。

でも私たちはデイケアのほうなのでリハビリをやっていただきます。リハビリはきちんと先生たちはやってくれますので安心して相談もできます。それからいろんな器械がありますが、前は看護師さんと呼んでどうするのかと聞きながらやったのですが、今は呼んでも人がいないので自分で操作しなくちゃならないのです。だからちょっと問題があるんじゃないかなと最近思うようになっていきます。だからその辺のことが制度が変わるごとに変わっていくのでは困るし、また来春に何か変わるらしいのです。はっきり私も勉強していないからわからないのですが、65歳になる友達がマッサージの先生に来年の春からBの集団のほうに行ってくださいませんかと言われたそうです。だからその方も今までこっちでいろんな運動したりマッサージも受けたりしているのに困ったなと言っていました。そういうことも来春からどういうふうになるのかなと思って、今日も勉強しようと思って来ました。

利用料金について

あとは料金の問題ですが、私は1割負担なので、ゲンキネクストとゆうあいの両方を合わせて2万円弱なのです。だから私の年金だけでは足りないのです。私は遺族年金をもらっていますので、それでまずまず足りているかなという感じなのですが、自分だけの年金であれば恥ずかしいのですが、基礎年金だけなのです。少し厚生年金も入ってくるのですが、それが老齢年金から差し引かれるのです。だから基礎年金だけなのです。基礎年金だけであれば年間60万円ぐらいなので、とってもそういう施設にも通えないような状態だと思います。子供たちはお母さんが楽しく行っているんだからいいんじゃないの、足りないときには援助するよとは言ってくれます。

おわりに

施設に行ったとき私は楽しいのです。行って嫌だということなく、午後

からの自由時間に将棋をやったりいろんな遊びのものがあります。麻雀もあります。私はちょっと麻雀をやるので、そっちに行っても勝っても負けても楽しくやろうということでやってきますので、そこでしか今やれないような状態です。男の子3人もいましたので、子供たちが高校とか大学のとときに、そういう麻雀遊びをやる時お母さんも来てやってと言われて、そこで覚えた麻雀です。そういうのもそこに行ってもやれるので楽しく行っています。ただ従事者の人数がちょっと不足になってきた感じだけがちょっと気になっています。

ひとり家にいてテレビ見ているだけでなくみんなで話して楽しく帰ってくればそれなりに元気になります。認知症の症状もちょっと出たりしたもので、病院の先生からもなるべくそういうみんなのところに行って話さないと言われていたので元気になってきています。

今後も施設を利用したい人が利用できるように数も増やしてもらいたいし、介護士さんでも給料が少ないという従業員の人件費の問題もありますしね。だからその辺のことも今後考えていかなくちやならない問題じゃないかと思っています。

活動報告・2 介護保険事業所の現状について ある介護事業所経営者

はじめに

みなさんこんにちは。只今ご紹介いただきましたが、わたくし市内で小規模の介護事業所を行っております。今日はどうぞよろしく願いいたします。簡単にですが事業所の内容をご説明させていただきます。まず地域密着型通所介護の事業所が2つ、それから訪問介護事業所が1か所ということで、この3つの事業を行っております。今浅沼さんのほうからもお話がありましたが、とても私も身につまされる思いでお話を伺っておりました。

訪問介護事業所の現状

現状をお話してくださいということでこの機会をいただきましたが、まず地域密着型の通所介護のほうは、まだ総合事業のほうに移行になった方も数が少ないので、とりあえず今のところは順調に進んでいるかなという状況です。

ただ一番大変な部分というのは、訪問介護事業所のほうがとても現状としては厳しいところにあります。というのは、まずひとつとしましては、当事業所は開業してから12年たちます。その12年の間に様々制度も変わりましたので、その制度が変わる都度いろんな戸惑いとか混乱の中をくぐり抜けてなんとか12年続いておりますが、今回今年の4月から訪問介護の予防の方が総合事業に移行になっていくということでスタートしております。予防の方が更新の時期のタイミングで総合事業に移行ということになりますと、総合事業を行わないよという事業者さんも出てきております。そうするとその方々を今受け入れるということで可能な範囲では現在も受け入れております。実際の利用者さん、実利用人数の50%は予防介護の方、それから総合事業の方ということで、まさに総合事業に移行になっている方々がもう少しすると半分以上を占める形になってきております。そういった現状の中で制度は変わるにしても、今まで受けていた支援を制度が変わったことによって受けることができなくなるという現状はあってはいけないんじゃないかなというのが私の考えです。

当事業所は本当に小規模なので訪問介護もスタッフもかなり人数が少

ないです。今登録さんを合わせて7名ですね。そういった本当に少ない人数で行っております。ただ今まで受けていた方が受けられなくなってはいけないというところもありまして、可能な範囲では受け入れさせていただいているわけですが、そのときにご紹介くださるケアマネージャーさんからの言葉というのが、総合事業の方ですがいいですかとか、今までと同じ時間で対応してもらえますかとか、自費も組み合わせになりますかというようなお問い合わせをいただくことが結構あるのです。ということは、そういう条件を打ち出しているところもあるのかなということが想像されるところです。当事業所は今までと同じように対応させていただきますよということで受け入れさせていただいております。その結果が全利用者さんの半分以上が総合事業、予防の方という現状になってきています。

人材確保について

先ほど浅沼さんのほうからお話があったように働く人の確保ということがとても厳しい状況です。いかにして人材確保したらいいのだろうかということ日々悩んでおります。求人を出してもなかなか応募がないところがあるのが現実なのです。その原因というのはもしかしたら賃金のところとか労働条件とか、ほかの事業所と違って劣るところがあるのかなということも考えてハローワークさんとかに直接行って求人の内容を見ていただいて、例えば改善するところはどういうところがあるのでしょうか、いろいろ相談させていただきます。その中でこういうところを打ち出したらいんじゃないかとか、こういう項目を付けるといいんじゃないかというふうな助言をいただきながら現在も行っております。

苦肉の策というかひとつ考えたのが、昨年あたりですが訪問介護事業所を廃止したところがございます、そちらで働いていらした介護員さんを採用ということになったのです。そういう相談をして採用させていただき、そのことでどういうメリットがあったかという、まずその廃止になったところの介護員さんがすぐ就業の場が見つかったということと、それから今まで訪問していた利用者さんが事業所は変わるけれども介護員は変わらない、同じ顔見知りの方が来てくれる、たまたま所属は違うところになったけれども馴染みの方が来てくださるということで利用者さんも安心されたという経緯があります。数名ですがそういう形で人材の確保ということを行っております。現在も移行してくださった方はお勤めされていら

っしやる方もおりますし、諸事情があつて退職された方もいらっしゃいますが、そういった今まで働いていた方がそのまま就労につながつたというケースです。

それから定着していただくためにということで働く方々の希望給、希望に沿つた時間、1時間でも2時間でもこの日の中でこの時間は働けるよという方々をその時間に充てて働いていただく、そうすると子どもさんを持つた方でも学校から帰ってくるまでの間とか、朝送り出してから仕事に就くとか、そういった小刻みな就労の時間ということを設定したり、それから有給もなるべく均等に取っていただくためにお誕生日有給ということを設定したり、そういった形でなるべく定着率を高めようということで行つております。

経営状況について

あとは現在の経営状況はどうかということもあつたのですが、この総合事業が始まってからというだけではなく制度が変わるにつれてどんどん正直言って経営状況というのは厳しくなつてきております。ただども必要とする支援を必要な形で提供できるようにと思つてなんとか、どこまでできるかというのは正直なところですが、やはり必要とされる以上は頑張つて継続していきたいなというふうに思つております。また現在働いている介護員の人たちもそういったところも理解していただきながら日々努力しているということが現状です。

あと、今後においても人材確保というところが本当に厳しくなつていくのかな、また人が少ないことによって気持ちにもゆとりを持たなくなつてしまう、そうすると質の向上ということにもなかなかつながらない、勉強会とかカンファレンスというところをなかなか取り組んでいく時間というのも難しいし、とくに訪問介護の場合は1人で派遣されていきますので、やはりその見えない部分とか、派遣されている介護員がとても不安を抱えながら、今聞きたいなと思つても聞けないという状況をいかにクリアしていったらいいかということが課題ともなつております。なるべく日中で空いた時間、30分とか20分とか本当に限られた時間を利用してカンファレンスとかを行つたりして、質を下げないようにと思つて努力はしております。

おわりに

こんな感じでどちらかという訪問介護のほうに重点を置いたお話にさせていただきましたが、いずれどのサービス種別にしてもいろんな課題というのを抱えながらみなさん働いているのかなということと、またこういうふうにやりたいなという、行いたいという思いを持っていてもなかなかそれを発揮できないという現状もあるのかなということを感じております。

とくに一人暮らしの利用者さんのお宅に伺ったときに、やはりヘルパーが来ることを待っていてくださるのです。そうすると今日は掃除はこの辺でいいからお話しようよとかですね、話し相手になってほしいというふうな言葉をよく伺います。でもサービス内容というのは決められていますので限られた時間の中で限られたことを行うということにおいては、とても葛藤しながら現場に入っているということも現実です。

ですから、いかにしてそういう課題をクリアしながら実践する事業所と色々な支援を必要とする利用者さんとの兼ね合いがうまくいくのかな、その課題をいかにして解決できるのかなということを私自身も日々悩んでおります。ぜひみなさんの貴重なご意見とか、この場でなくて結構ですので何かの機会に教えていただければありがたいと思っております。ちょっと取り留めない話になりましたが以上とさせていただきます。どうもありがとうございました。

活動報告・3

介護予防・日常生活支援総合事業の課題について 地域包括支援センター川久保

主任介護支援専門員 尾形 京子

はじめに～地域包括支援センターとは

みなさんこんにちは。地域包括支援センター川久保の尾形と申します。よろしくお願いたします。地域包括支援センターをみなさんご存知ですか。だいたい大丈夫ですか。この場にいらっしゃる方はほとんど盛岡の方でしょうか。盛岡以外の方もいらっしゃいますか。いらっしゃいますね。各地区に地域包括支援センターがございます。私が担当し

ているところは盛岡市の都南地区という地区を担当している包括支援センターです。ですから主には盛岡の話になってしまうのですが、盛岡には現在9か所の地域包括支援センターがございます。私が担当する都南地区というのは旧都南村になるのですが、だいたい人口が53,000人ぐらい、高齢者人口が11,956人ですね。惜しいですね。包括支援センターは盛岡で一応12,000人の高齢者が1人でも超えたら半分にしますよということ分割される予定なのですが、ちょっと足りなくて来年も分割されないというふうに宣告を受けておまして、当包括支援センター川久保とランチと言われている老人ホームに支援センターというのがありまして、1人の職員が配置になっているのですが、そこが3か所ありまして、その3か所と協力しながら都南地区の高齢者のいろいろな相談事にあたっているというのが地域包括支援センターです。



介護予防・日常生活総合事業とは

今日私にお題を与えていただいたのは介護予防・日常生活総合事業の課題をお話してくださいということでしたので、これについてのみ考えてきましたのでご報告させていただきます。

そもそも介護予防・日常生活総合事業とは何でしょうということなのですが、おそらく介護保険のサービスを利用されていない方はなかなかピンと来ないと思います。そもそもこれは平成 18 年に地域支援事業ということで要支援の対象の方に加えて地域の高齢者全般を対象に地域で必要とされるサービスを提供する仕組みをつくりましょうということで始まっています。それが平成 23 年に改正が加えられて要支援と地域の高齢者、あと健診等であな少し健康状態がよくないですよということで引っかけた方、2 次予防ということで対策が必要な方も支援していきましょうということになりまして、ここで初めて総合事業という名前が出てきています。

それ以後、平成 27 年にまた法律の改正がありまして、このときに地域包括ケアシステムの構築を重点化していきますよという話になりました。重点化の効率化を図るために要支援、介護予防の事業は市町村が単独で行っていく総合事業に移行していきましょうということになりました。今まで介護保険は全国一律です。どこに行っても同じ利用料金で 1 割自己負担か 2 割自己負担かというのは違いがあるのですが、どこでも同じですということだったのですが、総合事業は市町村、要するに保険者が決めてもいいという事業ですので、盛岡市と紫波町と矢巾町は違いが出てきていますということが言えるということです。ここが大きく違うことです。市町村、保険者が考えて決めていいですよというふうに変化がありました。

介護保険と総合事業の違い

実際どういうふうに違うのかというのはなかなか詳しくくまなく聞いていかないと大変なのですが、大きな違いとしてはお金のところが一番違いが出てくるわけですね。要支援 1 と要支援 2 の方々、例えばヘルパーさんとかデイサービスを利用しているという場合に月途中で入院してしまってヘルパーさん 2 回しか使わなかった、本当は 8 回使う予定だった、でもお値段は同じだったのです。月の料金でした。これが市町村で決めていいですよということになりましたので一応盛岡市は 1 回当たりのお値段になっています。でも矢巾とか紫波は違います。今までのお値段よりちょっと下がったかなというところで、そこも市町村が決めていいということになりましたのでその辺が違ってきますよということになります。それ以外にいろいろなサービスを考えて市町村独自のサービスを考えていいです

よというふうになっています。

あとはもうひとつですね。今まで要支援 1、要支援 2、要介護は全部介護認定を受けなければいけないということになっていましたが、それは申請書を役所に提出をして認定調査というのを受けて、かかりつけの主治医の先生の手書と併せて審査会というのにかかって初めて介護認定というのが出てきます。だいたいこの流れはひと月ぐらいかかります。総合事業になりましたら基本チェックリストというのを包括支援センターがご本人に面接をさせていただいてチェックをして、そこでこの方は事業対象者だな、何か支援が必要な方だというふうに判断できましたら、それだけでサービスを利用できるようになりました。だいたいこれは1週間くらいで済みますので、その分は早くサービスを利用したいという方には有効かなというふうに思っています。この辺が今までと違うというふうなことになると思います。

総合事業の基本的な考え方

総合事業の基本的な考え方というところなのですが、3つあると言われています。

まず1つ目が多様な生活支援の充実ということで住民主体型の多様なサービスを支援すると、要するに高齢者にもいきいき活動していただきましょうと、サービスを受ける側だけではなくて、サービス、介護をする側にもたくさん回っていただきましょうというのが働いています。地区にたくさん NPO 法人ですとかボランティアグループとかたくさんあるかと思うのですが、そういった方々に支え合いの事業に参加していただいて地域の高齢者と一緒に支えていきたいと思いますという基本的な考え方がひとつあります。

次にそういったところで地域活性化して高齢者だけではなくて障害者とか障害児とか共に支え合える共生社会をつくっていきましょうというねらいがあります。

3つ目は一見言葉響きのいいねらえばかりなのですが、最大はやはり介護費の抑制なのかなというふうに思っています。今はまだ要支援 1 と要支援 2 事業対象者の方々がその事業という対象なのですが、次の改正のときとかそれ以後のことと言われているのが要介護 1、2、要するに軽度介護者と言われている方々もこの総合事業に移行しましょうというようなお話

が出てきています。この辺が本格的になりますと介護費の抑制が働いてくるといふふうに強く懸念しなければいけないかなと思っています。

介護費の抑制

なんで抑制になるのかというところなのですが、先ほど盛岡市はヘルパー利用料金1回当たりいくらになりましたよということでお話をさせていただいたのですが、ただしがつきます。要支援1と総合事業の方のヘルパーの利用回数というのは週1回ですよとされているのです。でも、もともとは介護保険の中では週1回と決めたものではなかったのです。ケアマネージャーが必要だと判断すれば要支援1の方でも週2回程度のヘルパー利用を認めますというふうになっていたのです。それはケアマネージャーの判断でよかったのですが、盛岡市はここを勝手にやってはいけませんと、必ず市役所に許可を取ってくださいと言われていました。だから週1回以上のヘルパー利用が必要な方々は特例という申請書を出す、ここに抑制が働くわけですね。

その特例通知を認めるか認めないかは市が判断するのです。だからケアマネージャーさんたちが必要とする方々の状態を一生懸命こういうところが大変だから必要ですよ、こういう計画で必要ですよというふうに書類を提出して初めて許可になるという仕組みになってしまいました。残念なことにこれをやっているのは盛岡市だけなのです。ほかの市町村にちょっと聞いてみたら八幡平市とか矢巾町はそういうことはないですよと言われていました。ちょっと盛岡市は厳しい状況になっています。ここが抑制というところですよ。

ボランティアサービス

そのほかに住民支え合い型のボランティアサービスを自由に考えていますよというふうになったのですが、実際どうかというところですね。多分みなさんもボランティアグループたくさんあるとご存知だと思います。そのたくさんあるボランティアグループに支援する側に回ってもらえば、自由参加に回ってもらえばいいんじゃないかなと考えたりするのですが、盛岡市は今のところ老人クラブに住民支え合い型のサービスをお願いしたいということになりまして、今年度モデル事業をしております。市内4か所ですね。まず青山地区と西厨川地区と飯岡地区と見前地区の4か所

にモデル事業ですよということで、老人クラブさんに住民支え合い型の支援を提供してくださいというふうにやっています。

そのために秘密を守る守秘義務の研修会とか実際どういった内容で支援をするかという勉強会をして始めましょうということになりました。当包括が担当している都南地区 2 か所、飯岡地区と見前地区がモデル地区になっていますので私たちも 1 例でも事例があったほうがいいと、モデルじゃなくて来年正式にその事業が開始されるためには実績があったほうがいいと思って一生懸命ご相談するのです。例えば障子貼りしてほしいとか、通常ヘルパー業務では障子貼りはだめなのです。あとは神棚の掃除をしてほしい、電球を替えてほしい、じゅうたんを替えてほしいとか、全部なかなかうまくいかないのです。マッチングしないとか、要望はあるけどやってくれる人がいないという現実があります。何回も何回もやったけどなかなかうまくいかなくて、本当に残念なのですがこの 11 月まで一件も事例がないというのが現実なのです。

ここをどうしようかなと市役所さんからどうしたらいいか相談を受けるのですが、どうもこうもやってもらいたい人はいるのですが、やってあげる側、要するに支援する側が、それはちょっと私も無理とかそこは自信がないとか、自分も高齢だからという理由でなかなか支援につながらないという現実があります。ここは来年度本格的な実施に向けては十分に話し合いが必要になってくるかなというふうに考えているところです。

総合事業完全実施に向けて

あとは総合事業が平成 30 年には全国で完全実施というふうに言われています。今はみなし事業所ということで、これまでであったヘルパー事業所やデイサービスはみなしということで指定を受けていますが、来年の 4 月に向けて一斉にもう一度この総合事業に参入するかどうかのアンケート調査を受けて、手続きをして初めて総合事業の事業所ということで再登録されて事業をするという形になりますし、今はまだ総合事業対象者とそうではない通常の介護予防の被保険者と混在しているのです。3 月でちょうど更新を迎える方々がいらっしやるので、それまでは混在しているという形になるのですが、4 月からは誰もいなくなる、要支援 1、2 と事業対象者は全員が総合事業のほうに移行になりますので、そういった状況になります。

私からのお話はこれからどこの市町村も第7期計画を今一生懸命考えていらっしやると思います。これからパブリックコメントの受付もしますし、住民の説明会というのも開催される予定です。ですから、ぜひ皆様方もどういった支援があれば地域が豊かに生活し続けられるか、ないしは高齢者が困ることがないような地域になるかということを十分考えていただいて、いろいろパブリックコメントとか説明会のときにご意見をお話していただければいいかと思っています。どうぞよろしく願いいたします。ありがとうございました。

講座 高齢者の地域生活の課題

岩手県立大学講師 菅野道生

はじめに

岩手県立大学の菅野です。今日はどうぞよろしくをお願いします。

私は学生と出かけていって一人暮らし高齢者の調査をさせていただいています。若い頃も東京都港区だったり、沖縄の北谷村とか神奈川の大井町、いろんなところで一人暮らし高齢者の調査を中心に大学院時代を過ごしていましたので、岩手

に来てからもそういう形で地域の人たちと一緒に調査をして暮らしの課題を実態から見ていきたいということで進めてきているところです。



奥州市の事例から

ちょうど奥州市のほうで調査の企画をして、その企画で調査を設計するために地域を回っているとき、2015年1月だったのですが、みなさんもご記憶にある方もいらっしゃるかもしれません。この件については関係者の中ではかなり記憶に残っている事例で、NHKもわざわざやって来て全国スペシャル番組みたいな特集でも取り上げられた事例です。そして今日は本当はサツといこうと思ったのですが、時間の関係もあるので、この事例から少しいろんなことをみなさんと考えていけたらと思っています。

どういのお話だったか簡単に振り返ると、高齢のお母さまと64歳の息子さんの2人の同居の世帯だったのです。91歳のお母さまは、ほぼ寝たきりの状態でした。64歳の息子さんと一緒に住んでいて、もう1人東京に息子さんがいらっしゃいます。1月14日の記事なのですが、年明けの1月9日に2人がお家で亡くなっているのが見つかったということでした。いろいろ調べてみると64歳の息子さんは居間のこたつで亡くなっていた。内臓疾患があったようで息子さんのほうが先に亡くなられました。1月なのですごい寒い時期なわけですが、息子さんを呼んでも来ない、お母さま

は寢床からどうにか這いずって廊下で低体温症で亡くなった、凍死です。要するに介護の共倒れというような事例だったわけです。

息子さんはサラリーマンとかではなくて、お家の周りには畑とかもあったので、そういうことを少しやっていましたが、基本的にはお母さまの年金で2人で暮らしていたという状況で、少し産直なんかで会った人なんかは息子さんの顔色も確かにちょっと悪かったなど、ただ病院には行っていなかったそうです。ただすごく明るい方で人付き合いもされていて、みんなを笑わせるようなキャラクターの方で、村の人たちもまさかということで、これを発見したのは社協のケアマネです。お母さまはデイサービスに行かれていたので、年明けになってデイサービスに来ないから訪ねてみたら2人が亡くなっていたということでした。

この事例は奥州市水沢です。水沢駅がある水沢の市街地があって、北上川を渡ってすぐ中山間地域になっています。本当に町場のすぐそばにある中山間地域です。市街地から北上川を渡ってすぐ中山間地域になっている内堀行政区という行政区です。家が7、8軒、あるいは十数軒ずつ行政区の中で集落になっていて、2人が亡くなっていた家はちょうど1軒だけぽつんとあったのです。もともと4軒の集落だったのですが、1軒抜け、2軒抜けしている間に1軒だけ残って91歳のお母さまと64歳の息子さん2人で暮らしていたという状況です。

幹線道路、県道が近くにあってすぐ行けるように思えるのですが、じつはここに通じる道はないのです。ここに行こうと思うとぐるっと回って、遠回りして迂回して入っていくという形しかありません。かつてはこの集落と近隣の集落を結ぶ坂があったそうですが非常に山で、昔は山の反対側に小学校があったので、この集落の人は山の坂を上がって小学校に行くという、生活道路があったそうなのですが、今は誰も使わなくなって荒れ果ててしまったので、ここは本当に入り組んだところにぽつんとある集落になってしまったということです。

お二人の家に入っていく道は車も入れますが、しかし舗装されていないという感じです。民生委員さんの家もあるのですが、やはり距離もあって、しかも一人暮らしの高齢者だったらかなり重点的な見守りの対象になるのですが、64歳の息子さんがいるからということで微妙ですね。若い息子が一緒に住んでいるから、周りは逆に手出しをしないわけですね。というところにすぽっと落ち込んでしまって、先ほどまさにお話にありましたね。

2人で住んでいて息子が脳卒中、そこから命を取り留めた場合の話を先ほどされていたと思うのですが、息子さんがそのまま亡くなってしまった。しかもこうやって孤立した状態で集落の中にいる。お母さまの命は少なくとも救えたはずだったですよ。息子さんが亡くなってからお母さんが低体温で亡くなるということは、誰も来ないから仕方なく布団から這い出たって、動けなくなって低体温で亡くなったという話なので、村のみなさんは非常にショックを受けていましたね。現地を訪ねると、お母さまの使っていたシルバーカーに乗った、息子さんの軽自動車があり、唐辛子が干してあったり、生活の状況が見える状況なのです。

内堀地区の概要

この地域自体は32世帯110人が先ほど言ったような形で散らばって過ごしているのですが、行政区自体は4割ぐらい高齢化が進んではいます。先ほど見たとおり、小学校はどんどん廃校になっていって統合され、若い人たちの職場が町場の方なので、子どもたちの通学のことも考えて両親の土地を置いて、町場のほうに家を建てる子どもたち、あるいは盛岡に行ってしまう、東京に行ってしまうというのもあるのですが、若い人たちが川を超えて町場の方に行くと、ここは高齢化が進んでいく。とは言ってもまだ町がそばにある中山間なので、本当に山の中山間地域よりはまだ耐えているとも言えるかもしれません。

ただ大半の高齢者は元気にやっているのです。80歳を超えている人たちも半分以上は農作業をやっていたりして、ただ逆に農作業でみんな忙しいものだから、あまりお茶する機会もなかったそうですね。だからまさかというふうになった。あそこで介護をしていたのはみんな知っていたけれども、息子さんも社交的な人で集落の人ともやり取りはあったそうです。息子さんが亡くなる前日には区長さんも訪ねて物を届けていたそうなのです。ということで場所、物理的に非常に隔絶されていて2人ぽつんと山の中にある形ではあるのですが、やはりそこは中山間地域なのでそれなりにつながり自体はあった。ただし忙しすぎてサロンとかお茶っことか日々のかかわりは非常に希薄になっていたなということを地域の方はおっしゃっていました。

やはりこういうことがあると、集落の人たちでどうにかしなきゃいけないということで、顔も知っている、何をしているかも知っているけれども、

やはり普段訪ね合ったり、お互いの様子を気にかける機会がなくなっていたということで、住民交流の場としてサロンを行政に言われたわけではなく、社協に言われたわけでもなく、住民の人たちがもう二度とあんなことは嫌だということで立ち上げて、月1回から少しずつ回数を増やしていつて頑張っているところです。

ただ、そうは言っても集落が点在している中で公民館が1個しかないのです。付近が山なので高低差がすごくて、崖みたいなどころなので集まろうとすると車でぐるっと回って来なければいけないということで、上の人と下の人たちとのつながりというのはどんどん薄くなっているということもあります。今はみんな元気でサロンを頑張っているけれども、心配な家がたくさんあるなどということも見えてきたというお話です。

高齢者の暮らしと「支え合い」の実相

この事例からもいろんなことが見えてくるなど思うのですが、ひとつは高齢者の生活課題というお題をいただいています、高齢者の生活課題は高齢者の生活課題として独立してあるわけではないということをまず感じるところです。

さっき言ったように息子さんはお仕事をされていない、自宅の周りで食べる分を作っている農作業をされていたようなのですが、基本的にはお母さまの介護をしなきゃいけないということで、定期的な外での仕事は非常に難しい状況に置かれていたわけですね。お母さまは年金で、遺族年金プラス基礎年金ですね。けれども年金の水準は非常に低い状態なので、デイサービスをもう少し使おうというふうに周りからは働きかけていたようですが、非常に少ない年金で2人で暮らすというところから、介護保険の利用料も大きな負担になる。浅沼さんも先ほどデイサービスのお話をされていましたが、例えば年金がマックス6万円、多い人でそれぐらいということで、だいたい4~5万円ぐらいの年金でやっていて、介護予防の保険のサービスの利用が1万5,000円とか2万円になっていくと本当に負担になってくるわけです。

これは県の方から聞きましたが、昔岩手では1万円の壁ということが言われていたということを知りました。要するに収入が少ないので、本来使える額をいっぱい使って自己負担が発生するために、せいぜい介護保険のサービス利用料として払えるのは1万円ぐらいだと、そこからは

払えない人が多いのだということを聞きました。そういう状況にあって、しかも高齢者と一緒に暮らしている家族の生活も非常に基盤が揺らいでいるということなのです。高齢者自身の生活もそうなのですが、そこに付随する家族の生活、あるいは家族の健康状態というものが揺らいでいる中で高齢者の生活も非常に危うい状況になっている。つまり高齢者の問題を高齢者の問題だけでどうにかしようということではなくて、若い世代から、あるいはその高齢者をケアする世代の生活が確立をしないと高齢期の生活も非常に危うくなっていくということが見えてくるなというふうに思います。

息子さんも体が悪かったのですが病院に受診していなかった。何か経済的なことも当然あっただろうというふうに周りには言っていて、ただお金がないとは一言も言わなかったと言っていました。相当仲良くしていた区長さんもそういったことを聞いたことはなかったそうです。こういった中山間地域は人のつながりが密で助け合いもあってというイメージなのですが、本当にしんどいことというのは地域の人たちにも言えなかったりするということだと思うのです。

先ほど地域包括ケアという話が出てきましたが、今最新の流行は地域共生社会です。聞いたことがありますか。「我がこと丸ごと」というスローガンで、要するに端的にいうと、いろいろ新しい要素がありますが、国の基本的な理屈は一貫していて、高齢化が進展していて、介護・福祉のニーズが膨大化、複雑化しています。高齢者も増えています。介護費用も社会保障費もどんどん膨らんでいっています。ただし障害者も介護保険も制度は充実しました。だいが制度は整ってきたけれども、そこからどうしてもこぼれ落ちる人がいるので、この人たちを地域のつながり、見守り、支え合い、地域で頑張ってもらってフォローしてください。これはいろんな言葉で飾っていますが、いろいろ取り除いていくと、こういうことが基本ロジックとして見えてくるわけですね。要するに制度はもうあります。しかし制度は制度なのでこぼれ落ちる人がいるのです。そのこぼれ落ちる人たちを地域で助けてください。あるいは公的な制度には限界がありますので、その部分はみなさん助け合ってください。これが一貫した基本ロジックというふうに言えると思います。

「地域共生社会」の基本ロジック①

高齢化の進展による介護・福祉ニーズの
増大・複雑化

▷介護費用の膨張
▷制度からこぼれ落ちる人

地域の「つながり」の強化による
「見守り・支え合い」の推進

「奥州市住民のくらしと意識に関する調査」から

しかし、先ほども現実には老人クラブに支援要請を出しているけれどもなかなか支え合いの仕組みがうまくいかないという話がありました。住民にアンケートを取るといろいろみんな手伝いますよと言ってくれるのです。こういう項目を手伝ってくれますかという、手伝えるという項目がたくさん出てくるのです。だから内堀行政地区でも高齢者だけではなくて住民が困っている、手伝ってほしいことはどういう項目なのか、一方で手伝えるよというのはどういう項目なのかというのを調査したら、圧倒的に手伝えるという人たちのほうが多かったのです。手伝ってほしいという人よりも手伝えるよという人のほうが多かったのです。

でも何かおかしいなど、そしたら支え合いいけるねということになりかけたのですが、何かがおかしいと思ってもう一回町場のほうで調査をしてみたのです。手伝えるよという人がかなりたくさん出てくるのですが、実際に手伝ったことがあるかどうか、あるいは手伝ってもらったことがあり

ますかという、どの項目もいきなりガクンと下がるのです。ただみんな手伝えるよという気持ちがある、しかし実際にその気持ちで手伝っているかという、実態としてはかなり厳しい状況だということです。

手伝ったことがないという人に、どうして手伝ったことがないのかというのを聞いています。家族ではないからとか親族ではないからというのが25%ぐらい、普段の交流がないが4割で、手助けを受ける人が周りにいないとか、これは水沢の町場のほうでやった調査なので、中山間地域とはちょっと違って来るかもしれませんが、やはり家族、親族ではないというのが1/4ぐらい、手を出しにくい、とくに長男と一緒に住んでいるとか、血縁者がすぐそばにいるということになると、心配なのだけど手を出していいのだろうかと思うわけです。あるいは普段の交流がないが4割なのですが、町場に行くと交流がなくて、いきなり助ける、助けられる関係から始まらないといけなくなるのです。

「手伝ったことがない理由」(全体)

	実数	%
手伝ったことのない理由		
家族ではないから	12	15.6%
親族ではないから	8	10.4%
普段の交流がないから	30	39.0%
手助けを受ける人がいないから	21	27.3%
手助けをするのに抵抗があるから	4	5.2%
介護保険などの有料のサービスを利用しているから	6	7.8%
その他	17	22.1%
合計	77	100.0%

先ほどの老人クラブのなかなか助け合いがうまくいかないという話も全く同じことで、助ける、助けられるというサービスの開発をする前につながりを開発しないといけないのです。もともと助け合える関係性があった初めてその上に実際の助け合いというものが展開されていくのにもかかわらず、どうしても今介護保険がこういう動きになってくると、行政、社協はいきなりサービスの開発からやり始めようとする。知らない人を助

けてください、知らない人に助けられてくださいという関係性を地域の仕組みとしてつくりようとしてくるのでうまくいかない。

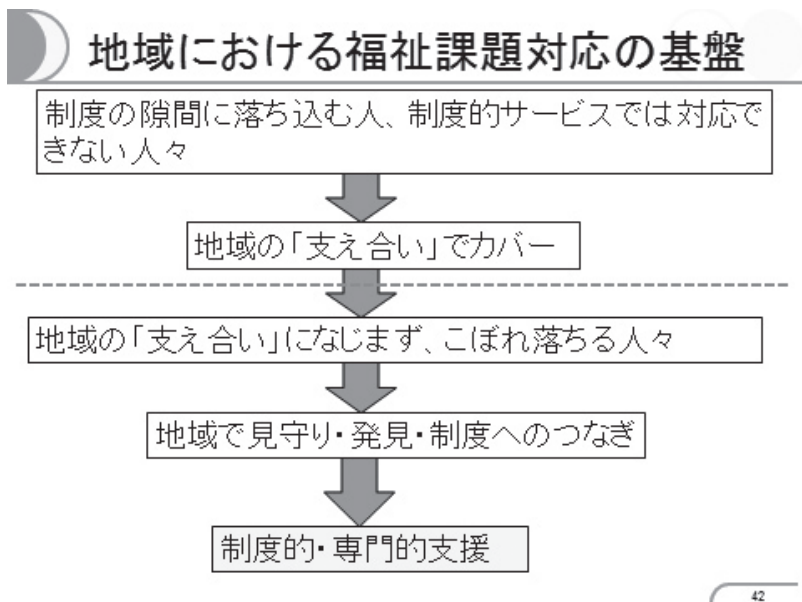
地域の助け合いというのは、あの人どうしてるかな、元気かな、心配だな、例えばサロンで会って顔見知りになって、あの人今日来ていないけどどうしているのだろうという、気にかけてあう関係性があって初めて見守りも支え合いも機能していくものです。しかし市街地も含めて、そういうもともとの土台のつながりが希薄化している。これは別に地域の人が悪いのでも家族が悪いのでもないのだという、そもそも社会の構造がそうやって地域の人たちをバラバラにして、家族をバラバラにする方向で進んできているわけなのです。それをなんか地域の人がさぼっているとか、家族が薄情だというような話ではなくて、われわれはそういう社会の構造の中に規定されながら、家族や地域が希薄化されている、しかもこれからさらに希薄化されていくし、高齢化や人口減少によって地域の力も家族の力も弱くなっていかざるを得ない状況になっているのです。その中で地域に地域にとっても問題はなかなか解決していかない。

あと手伝ってもらふことへの抵抗感なのですが、やはり増えてくるのです。やはり年を取るほど手伝ってもらふことに対する遠慮感というものは増えていくということなのです。状況によって住民福祉活動の有効性というのは異なると思います。居場所や見守りを自ら求める人、つまり受援力の高い人という言い方をしますね。見守られ上手さんとか助けられ上手な人はいいと思います。しかし大半は出てこないとか支援を拒む人、問題を抱えた人たちはだいたいこういう人たちなのです。しかも制度が充実したと言いつつも、どんどん制度的な守備範囲が狭まってきているので、つなげられるサービスがないということにもなってきます。

「公助」の再構築こそが問われている

先ほど言ったように住民同士の支え合いの土台となる関係性づくりということは非常に意義があると思うのです。そこは当然やっていくべきなのですが、一方で地域の状況、家族の状況をリアルに見たときに、冒頭の事例を見てみると、それでは間に合わないということですね。先ほどのロジックを見てくると、制度の隙間に落ち込む人、制度サービスに対応できない人々を支え合いでカバーしてくださいというふうには止まってしまうと、この支え合いからこぼれ落ちる人、あるいは地域の助け合いになじま

ない人たちの問題というのをどうするのか。制度からこぼれ落ちる人たちを支えられないといたら、支え合いから落ちる人は誰がどうしてくれるのですかということですね。当然住民の活動というのは万能ではないので、こういう人たちは住民が地域で見守り、発見、制度へのつなぎということが役割であって、最終的に受け止めなきゃいけないのは制度的なサービス、専門的な支援であるべきなのです。



国の方針としては地域共生社会で止まってしまっているのですが、支え合いを構築したうえで最後に受け止めるのは公的なサービスでなければいけないのです。今はここがどんどん縮小していっている、ここに一番の問題があるということです。財政が厳しいからと地域の支え合いを強調したところで、リアルに地域の状況を見ていくと地域にできることにも限界があるのです。このロジックはそろそろ冷静に考えていただいて地域で出来ることには限界がある、その限界がある地域の支え合いに命と暮らしを預けるような真似はしてはいけないということを確認しておかなければいけないですね。

地域のあり方とか家族のあり方ということではなくて、今最も問われているのは公助、先ほどのお話でいくと公的責任をどういうふうにもう一回再構築して実態化していくのですかという、こここそが問われているということを改めてみなさん確認をして、自治体の置かれた厳しい状況というのは見えてきたわけで、地域の暮らしの状況を踏まえたうえで、われわれはどうやって学習と運動を進めていくのかということをぜひ議論したいなというふうに思います。予定より少し延びてしまいましたが、私の話は一旦終わりにさせていただきます。ありがとうございました。

質問・意見交換

Q 市内から参加させていただきました熊谷という者です。よろしくお願ひいたします。必ずなるのにすごく高齢者になるということが怖い、心配という不安な時代になったのだなということを日々感じております。

私は盛岡市に住んでおりますが、私の88歳になる昭和4年生まれの叔母が盛岡市ではないところにて、その叔母から11月6日の夜9時ぐらいに電話が来たのです。8日に地元の病院に行くから連れて行ってほしいということで電話が来て、病院に連れていったのですが、そこの病院のいくつもの科に叔母がかかっているのです。整形外科とか眼科とか泌尿器とか循環器の外科というたくさんの科にかかっているのですが、叔母を脳外科に連れていったら、いつもは右半身がしびれていて、2日前から左半身がしびれたからということで行ったら、予約日ではなかったのでお医者さんがまた来たかというような感じで、先生こうですと叔母がしゃべって、握力を両方計らせたなら変わりがいいじゃないかと怒るように言って、ああですこうですと叔母が自覚症状を訴えても全然取り次いでくれないという感じで、最後には介護のことは介護のほうに相談してください、終わりですというのです。

今度は循環器のほうに行ったのですが、循環器の先生もまた来たかというように話すのです。3時間も4時間も待って1分も診察してくれないというような感じで、私は盛岡市のほうに住んでいるので叔母がどの頻度で病院に行っているのかははっきり把握していなかったのですが、ほとんど毎日のように来ると言ってもいいくらいだと、迷惑だとお医者さんが言うのです。あとから詳しくケースワーカーの方から聞いたら、その当日の14日前にも受診したそうなのです。

その叔母は53キロも体重があったのが、服をいっぱい着込んで38.1キロというのです。私はすごくびっくりしたのですが、叔母はそんなにあるんですか、家で計ったら35キロしかありませんでしたと言ったのです。何でこんなに急に15キロも体重も少なくなつて、本人もこういう症状で大変です、苦しいですと言っても、検査の結果は異常ないと言って、だんだん叔母が死にたくなつたのか、私に今度は病院は頼れない、病院ではもう来ないでくださいとお医者さんが言って、叔母は病院では具合悪くても来るなと言われるし、占い師に連れて行ってほしいというので連れていっ

たのです。そしたら占い師さんもそんなうんと体がどうのこうのというところはなさそうですと、ただ心臓に不整脈とかもあるようだと言ってくださったのですが、それで今度は病院を変えなきゃだめだと思って、病院に連絡を入れて、ほかの病院にかかりたいので紹介状を書いていただけませんか、紹介状を書いていただくにあたって患者も連れていかなければなりませんかと言ったら、患者が来なくても紹介状は次の11月8日に受診になっていますからそのとき書きましょうということで紹介状を書いていただいて、精神科の専門の病院に行っただけです。

そしたらお医者さんは前の病院とは天と地の違いで、50分も診察をしてくださったのです。全部本人の体調とか聞いてくださって、体重のこととか本人の自覚症状から入院して治療しましょうと、そうすると楽になるということで入院させてもらって私も一安心しているのですが、老人がいくら年を取ったと言っても自覚症状をちゃんと訴えているのにちゃんと診てもらえないという医療現場になったのか、その病院が特別なのか、どの科に行っても怒られて、怒られてかわいそう、そういうことをお聞きしたいものだなと思います。私も何十年後かがとても不安です。

司会者 今のお話ですが年を取るにしたがって病気をいくつも持ったり、一人暮らしであれば様々な不安も伴ったり、具合が悪くても誰にも相談できずにいるとか、そこを支える人は一体誰なのだろうかというところだと思うのです。医療に行っても先生も忙しいから毎回長く話を聞けないとか、そういった医療者側の問題もあると思いますが、日々の不安をどこが受け止めてくれるか、そういうところも遠くの方じゃない近くのところであるといいなと思うのですが、そういったあたり包括支援センターのところでは、そういったご病気を持って不安を抱えている方のご相談もあると思うのですが、今のお話の中でどうやっていいかというところをもしあれば、どうでしょうか。

尾形 地区によっても違いがあるかとは思いますが、大きな病院というのは忙しいのですね。外来の患者さんは多いですし、緊急もあればということで、できる限りかかりつけの先生、自分の担当の先生を持っていただいて、そこと仲良くなっていただいて、本当に精密検査とか入院が必要なら

ときに、そこから大きな病院に紹介していただくとわりとスムーズかなと思っはいるのです。

私たちのところにも内科の病気で具合が悪くなっているのに普段のかかりつけが整形外科で、腰とか膝が痛いから整形外科しか行っていないという方で、どうしたらいいのかと家族から相談があることがあります。その場合もかかりつけの整形外科の先生に一旦相談をして、そこから内科を紹介してもらってくださいというお話をさせていただいています。そこがどうしても難しい場合は救急車で行ってくださいというような形でお話させていただいています。とりあえず一旦救急車で具合が悪いときは行っていただいて、救急病院にきちんと診てもらってというふうにお話をしたりとかします。

ただ今おっしゃったように精神科や認知症になるとなかなか難しく、精神科や認知症のような方で自分ではその病気の自覚がない、内臓が悪いのだとばかり思っていて、じつはそちの病気ではなくて精神科や認知症のほうが悪くなっていて、日常生活に害を及ぼしているような場合は、私たちは本人やご家族が行く前にまず包括支援センターで精神科の地域支援室とかに相談をさせていただいて、予約をしてどうにかこうにか連れていこうという手配をします。連れていくまでかなり大変なのですが、そういった活動もしていますので、本当に困ったときはケアマネージャーなり地域包括支援センターに相談するということもあるかと思ひます。

Q そういうところにもちゃんと手配はしていたのです。

司会者 それではちょっと個別の感じもありますので、後ほどご相談をしていただければと思うのですが、今日報告していただいた方々への質問ですとか、あるいはそれを受けてのご意見というのはありませんでしょうか。また先生のお話の中では国が働き方改革といって長時間労働、岩手県の場合は全国の中でもかなり長時間で働いているという結果が最近出されました。その中でも非正規雇用が増えているという問題、だからなかなか地域の中で何かに参加するという時間もとてもないということなんか私たちの周りで起きていると思うのですが、いかがでしょうか。今日は介護職場で働いている方も何人かお見えになっていますが、自分のところ

はこうだとなかなか言えない部分はあるかもしれませんが、いかがでしょうか。先生のほうで何か追加することはありますか。

菅野 みなさんシャイな方が多いですが、私のほうも時間がなかったののでしゃべり足りなかったことを最後にちょっと、公助が問われていてその再構築という話が具体的にどういうことかということです。先ほど言ったように高齢者の生活を見てみると、年金が非常に低い水準で収入や所得が低いわけです。けれども、とくに岩手県の場合、持ち家があって、畑があって、食べる物があって、おすそ分けもあって、それなりに自給自足も含めて食べ物が手に入るとなれば、ある程度高齢期になっても体さえ丈夫であれば生活がなんとか成り立ってしまうというのがひとつ構造としてあって、ここに医療と介護が入ってくると途端に現金、先ほどいったように負担がきかなくなってきたというふうになるのです。

生活保護の中身というのは今 6 割、7 割ぐらいは基本的には介護と医療なのです。だから、とくに地方の場合については家もあり、それなりに食べ物もあるという関係性の中で医療と介護になったときの現金の問題をどうするのだということが大きくなってくる。特に葛巻とか岩泉が生活保護受給率が高いわけですね。農業中心、一次産業中心のところは高齢者の生活がそういう構造にならざるを得ない。

ただ一方で同じような構造なのですが、生活保護受給率が県内 33 市町村の中で一番低いのが西和賀ですね。同じように所得が低い、これは何かというはまだ合併後も医療費助成を残しているのです。というふうになると相当医療費の下支えをやっていて、本来国が入るべき生活保護の部分を町が医療費助成という形で肩代わりしているようなものですよね。そうやって頑張っている市町村に対して医療費を使っているところは税金上げるよと、本当にばかと言いか言いがたないのですが、要するに医療費だけ見たら高いかもしれないけれど、そこが生んでいる効果としてどうなっているかというのをトータルに見ないと、社会保障とか公的な支出の効果はわからないはずなのです。

そこを見過ぎて医療費が高いというところだけを見ると、ここは上げましょうというのを制度ごとによられちゃうと医療費は負担増、介護も負担増にしましょうというふうに個別の負担増をやっていくと、それぞれの負担増が 1 人の家計を直撃したときには、最低生活基準なんて関係なくな

ってきているのです。そういう状況があって、一律いくらあれば人間らしい生活、文化的な生活ができるのだということを示さずに制度ごとにむちゃくちゃに見てそれぞれ金がないから負担増、それが最終的に高齢者の生活に誰も責任を持たない形で負担を押し付けてきているのが問題なのだろうと思っています。

だから、生活保護は国のお世話になるみたいな印象を与えている制度なわけです。本来は権利なのですが、まだ農村部はそういう意識が強いです。とするならば、西和賀みたいに医療費は、病院に行ったからといって誰も後ろめたい気持ちにはならないわけで、そうやって誰もが利用できる形で生活を下支えすることによって社会保障費トータルとしての効果を上げていくということも同時に考えていかなければいけないのですが、個々の制度ばかりを見ているとそういうことになってこない。公助の再構築というのはトータルに見てトータルの効果を図っていくということがひとつ大事ななということを話し忘れておりました。

佐藤（研究所副理事長） 今までのお話をちょっとまとめるような形で話したいと思いますが、地域といっても今のように行政がいて集落ごとに住民が暮らしているという普通の暮らしがあって、行政のほうは何をするべきかというのが行政のほうの課題としてあって、先ほど行政の責任という話が菅野先生から出ましたが、住民のほうはどうなのだという話で、住民はそういう行政の思惑とは別に毎日普通に暮らしているわけです。地域の中ではいろんなことを抱えているわけです。これはととっても大変なことなのですが、自分たちで地域の問題を話し合って、自分たちが何をしてほしいのか、自分たちでできることとできないことについてちゃんと声を上げていくということが基本になるのだと思うのです。

先ほど自己決定という話が出ましたが、自己決定というのは個人、個人という場合もあるし、地域ごととか集落ごとの自己決定というのがあるわけです。だから自分たちでこの集落はどうなのだろうねという話から始まるという、この中にはいろんな課題があるわけですね。だからそういう課題の全体を自分たちでどうしていくかという話し合いの中に、健康づくりの問題もあれば福祉の問題もいろいろあって混ざり合っているので、ひとつの単独の話し合いだけだと腰が重くなったり、俺は関係ないという話になるので、こういう言葉は使いたくないのですが、地域診断という、自分

たちで自分たちの集落の抱えている問題を話し合っただけで、どうしていいかと、解決できるかできないかは別問題で、ちゃんと自分たちの声を整理していくということがまず基本なのだと思うのです。

そのときに自分たちだけではなかなかできないのです。そこに先ほど言った、国のほうは簡単に地域支援コーディネーターとって配置するというのですが、そんなことよそから来た人にすぐわかるのかと、来た人はもうそういう考えを持っているから刺激にはなるのですが、私はそうではなくて、一番近いのは社会福祉協議会なのですが、社会福祉協議会は地域づくりということにかかわっているわけです。だからそういう人たちが、社会福祉協議会のコーディネーターでもなんでもいいのですが、そういう人たちが集落を担当して地道にそういう話し合いに参加して、みんなの議論を手助けしていく、だからどういうことをやるかというよりも、まずは集落の中で少しずつやっていくということから求められているのかなという気がするのです。

ですから、少しでも声が上がれば、あそこの集落ではこういうことをやりたいそうだと、同じ健康づくりでもこっちはこんなふう健康づくりをやりたいという、町のやり方とか違うけども、ちょっとこんなふうにやりたいとか、そういうことが出てくればいいだろうし、うちは健康づくりは仕事からだ、だから何か仕事をやりたという、仕事で活性化したいと、やり方はいろいろあっていいと思うのです。ですから、そういうことをみんなで考えられるように誰かが手助けをしていかないと話し合い自体が地域の中ではなかなかできないので、そういう声が上がっていけば、あとは行政がそれを受け止めて、いろんなさつきから出ているような地域の特色を生かして重点的にやったり、あるいはみんなが相談したり集まったりするところが必要なのか、もうちょっとお金があれば頑張れるのか、そういうことが行政のほうでも直接わかっていくと思いますので、今大変な状況の中で地域ごとに自分たちで声を上げてくるような手助けをすることが一番大事なことなのかなという気がしています。

2017年度連続講座「岩手の再生」・岩手県社会保障学校第3回講座

講座・1 国民健康保険制度改革について

岩手県健康国保課主任主査 一条哲也

現状の課題と制度改革の方向性について

みなさんこんにちは。岩手県保健福祉部健康国保課で国保の制度改革を担当しております一条と申します。今年の4月からスタートします新しい国民健康保険制度の仕組みについて説明させていただきます。どうぞよろしくお願いたします。



まず国民健康保険制度の現状の課題と制度改革の方向性につ

いてです。現在の国保制度では、農業など一次産業の方、会社勤めを退職された方や年金受給者の方などが多く加入されていますので、社保などと比べ年齢構成が高く、医療費水準が高い、所得水準が低いなど、また市町村が個別に運営しておりますので、市町村の財政規模から財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者が多いことなどの課題を抱えているところです。

今回の制度改革は、財政支援を拡充し、国保の財政上の課題を解決することとしたうえで、都道府県が財政運営の責任主体を担い、市町村と共同で運営を行うことにより国保制度の安定化を図ろうとするものでございます。

制度改革に当たっての財政支援の拡充について

制度改革に当たっての財政支援の拡充についてですが、まずは平成 27 年度から実施されている先行的な財政支援策です。低所得者に対する保険料軽減制度の対象者を平成 26 年度に拡大しましたが、平成 27 年度には低所得者が多い保険者、この保険者というのは市町村ということになりますが、保険者の財政基盤を強化するために実施している保険者支援制度が拡

充され、全国ベースで約 1,700 億円公費が追加投入されています。

今お話した平成 27 年度から実施されている 1,700 億円のほか平成 30 年度からはさらに 1,700 億円が拡充されます。平成 30 年度からの拡充分の内訳は、財政調整機能の強化と精神疾患や子どもの被保険者数などの自治体の責めによらない要因による医療費増・負担への対応に 800 億円程度、保険者努力支援制度分として 840 億円程度が配分されます。

保険者努力支援制度は、医療費適正化に向けた取り組みなどに対する支援になります。具体的には、特定健診の実施率や後発医薬品の使用割合などの国が定めた評価指標の達成度に応じて配分されます。評価指標に対する取り組みを頑張った保険者に多く配分される仕組みで、多く配分されればその分保険料を抑えることが可能となります。

さらに高額医療費への対応ということで約 60 億円拡充され、これらを合わせて平成 30 年度から毎年約 1,700 億円の財政支援が行われることになっており、平成 27 年度からの実施分と合わせて毎年 3,400 億円の財政支援となっております。

財政運営の在り方の見直し

財政運営の在り方についてですが、来年度からは市町村個別の運営から都道府県が財政運営責任を担うなど中心的な役割を負うこととなります。都道府県が市町村ごとに決定した国保事業費納付金を市町村が都道府県に納付して、都道府県は市町村が保険給付に必要な費用、医療費の自己負担分を除く保険者である市町村が負担する分ということになりますが、これに必要な額を全額市町村に支払うこととなります。

具体的な都道府県と市町村の役割分担ですが、まず都道府県の役割です。都道府県と市町村が共通認識のもとで国保運営ができるように県内の統一的な方針、国保運営方針を定めること、このあと具体を説明しますが、市町村ごとの国保事業費納付金の決定や標準保険料率の設定、保険給付に必要な費用の市町村への交付などとなります。

一方市町村の方ですが、国保事業費納付金を都道府県に納付するほか、資格管理や保険料率の決定、賦課・徴収、保険給付、さらには保健事業など地域におけるきめ細かい事業をこれまでと同様に担うこととされています。イメージとしては、市町村がこれまで行ってきた国保の事業運営の中から財政運営の部分を都道府県に持ってくるというようなイメージに

なります。

ここでお断りしておきますが、説明上資料に記載されています保険料、保険料率という言葉で説明していますが、本県の場合すべての市町村で税方式を取っておりますので、保険税、保険税率ということでご理解いただければと思います。

また今回の制度改革のメリットについてですが、県が財政運営を担うことのメリットとして、これまでは例えば人工透析のような高額な医療費が急に発生した場合、財政規模の小さい市町村にとってはそれだけで大きな負担になり財政運営が不安定になりやすかったわけですが、国保の財布を都道府県単位に大きくすることで財政上のリスクが都道府県全体に分散されて急激な保険料の上昇が抑えられるなど財政運営の安定化が期待されています。

また、財政支援の拡充のメリットとしては、国保加入者の保険料負担の軽減、あるいはその伸びの抑制ということが期待されているところでございます。

国保制度改革の概要(運営の在り方の見直し)

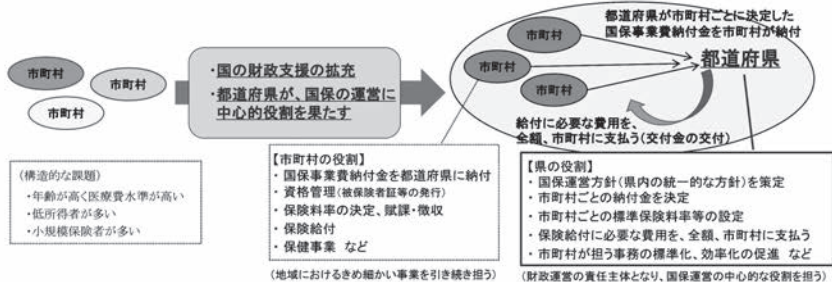
○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

- ・給付費に必要な費用は、**全額**、都道府県が市町村に交付
- ・将来的な保険料負担の平準化を進めるため、都道府県は、市町村ごとの標準保険料率を提示（標準的な住民負担の見える化）
- ・都道府県は、**国保の運営方針**を定め、市町村の事務の効率化・広域化等を推進

○市町村は、地域住民と身近な関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う

【現行】市町村が個別に運営

【改革後】都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割



5

ただし近年、国保加入者の高齢化や医療の高度化により一人当たりの医

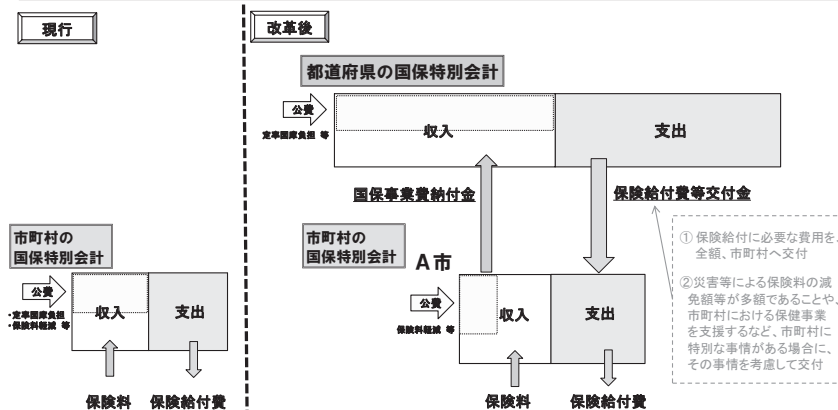
療費が増加傾向にございます。これは、加入者の保険料負担が重くなることにつながります。県としましては、国の財政責任のもと将来にわたる持続可能な制度の確立や保険料の平準化等に向けて更なる財政措置が必要と考えています。これまで国庫負担率の引き上げなど様々な財政支援の方策を講ずるよう国に要望してきたところであり、今後も働きかけていくこととしています。

改革後の国保財政の仕組み

改革後の国保財政の仕組みですが、改革後は都道府県にも国保特別会計を設置して、市町村が保険料などを財源として都道府県に納付する国保事業費納付金と国からの公費などにより都道府県が財政運営を行います。市町村の保険給付に必要な費用などについては、都道府県の特別会計から保険給付費等交付金として市町村に交付することになっており、これにより都道府県が国保財政の入と出を管理することになります。

改革後の国保財政の仕組み

- 都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業費納付金の額の決定や、保険給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払う(保険給付費等交付金の交付)ことにより、国保財政の「入り」と「出」を管理する。
※ 都道府県にも国保特別会計を設置
- 市町村は、都道府県が市町村ごとに決定した納付金を都道府県に納付する。
※ 納付金の額は、市町村ごとの医療費水準と所得水準を考慮



国保財政の基本的な枠組みの変更について

これまでの国保財政の基本的な枠組みは、市町村の国保特別会計に被保

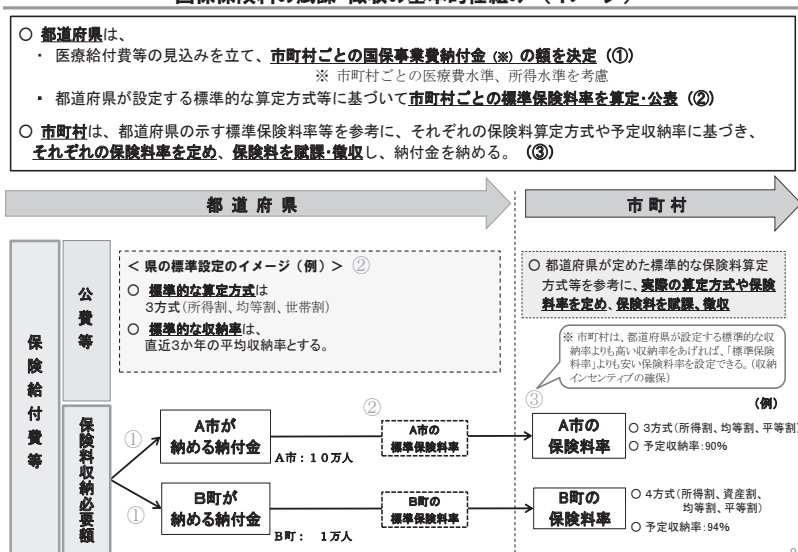
険者、国保加入者からの保険料のほか、国、県からの公費が直接入り、そこから保険給付費などを支払いする形でした。

平成 30 年度以降の改革後の仕組みは、都道府県にも国保特別会計を設置し、市町村は保険料を財源として事業費納付金を都道府県に納めることとなります。また、これまで市町村の特別会計に入っていた国、県の公費は基本的に都道府県の特別会計が受け皿となります。その県の特別会計から市町村が保険給付費として必要な額などを保険給付費等交付金として、県が市町村の特別会計に支払うことになり、市町村では、市町村の特別会計から保険給付費などを支払う形となります。

保険料の賦課・徴収の基本的仕組み

改革後の保険料の賦課・徴収の基本的な仕組みですが、まず都道府県では保険給付費等の見込みを立てまして、そのうち保険料でまかなうべき部分、保険料収納必要額について市町村ごとに納付金の額を決定します。また、この納付金の額を市町村が保険料として集めるために、このくらいの保険料率にしなければなりませんという標準保険料率というものを市町村に示します。

国保保険料の賦課・徴収の基本的仕組み（イメージ）



この標準保険料率は、市町村が実際の保険料率を算定する方法とは違いまして、都道府県が設定する標準的な方法に基づいて算定します。都道府県が示した標準保険料率を参考として市町村がその市町村の算定方式、また予定収納率など、また市町村それぞれの実情に基づいて実際の保険料率を決定することになります。県が示す標準保険料率は一定の前提のもとに各市町村の保険料率を算定するものであり、あくまで参考値ということになります。標準保険料率はあくまで参考値ですので、基本的に実際の保険料率と一致しないことにご注意願います。

国保事業費納付金・標準保険料率の算定

先ほど説明しました市町村が県に納付する納付金、県が市町村に示す標準保険料率の算定についてですが、実際の算定は非常に複雑ですので、この説明はあくまでイメージということでご理解いただければと思います。

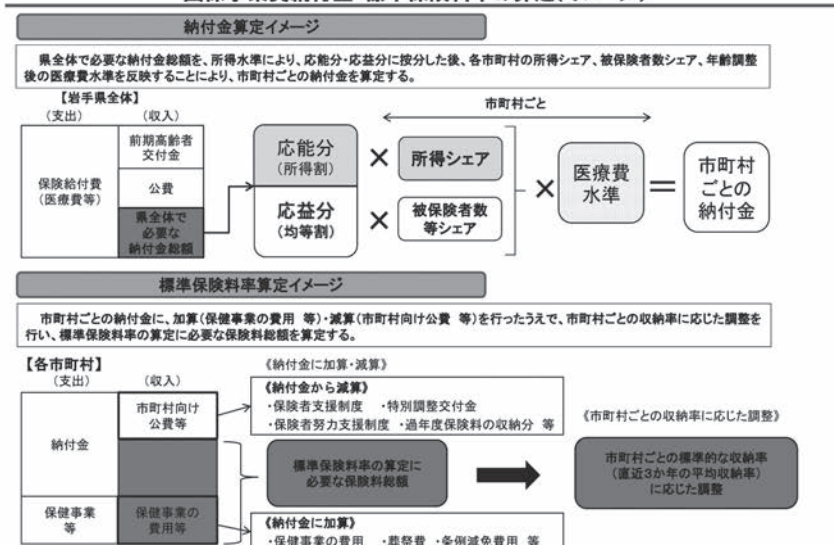
まず納付金の算定のイメージです。納付金の算定は県全体に必要な納付金の総額をいかにして各市町村に割り振るかという割り振り方を決めるものでございます。県全体に必要な保険給付費を推計し、そこから国からの公費など保険料以外を財源とできる分を差し引いた分が県全体に必要な納付金総額となり、保険料で集めなければならない額ということになります。つまり保険料収納必要額ということになります。それを応能分、いわゆる所得に応じて負担する所得割と、応益分、いわゆる被保険者数などによって均等に負担する均等割の2つに分けます。それぞれ応能分の配分は市町村ごとの所得のシェア、応益分の配分は市町村ごとの被保険者数などのシェアに基づいて算定し、さらに市町村ごとの医療費水準を反映させて市町村ごとの納付金を出すというのが大まかな算定の仕方となります。算定においては、その市町村の所得のシェア、被保険者数などのシェア、医療費水準を反映させますので、所得の高い市町村においてはそれなりに納付金の負担が重くなりますし、被保険者数が多い市町村では被保険者数が少ない市町村よりも負担が重くなります。また医療費水準の反映では、医療費が多くかかっている市町村は医療費があまりかかっていない市町村よりも負担が重くなります。基本的に被保険者数が同じと仮定した場合ですが、所得シェアが同じであれば医療費水準が高い市町村ほど納付金の負担が重くなります。また、医療費水準が同じ市町村であれば所得シェア

が高い市町村ほど納付金の負担が重くなるというような仕組みになっております。

次に標準保険料率の算定イメージです。こちらは、保険料で納付金分を集めるために各市町村でどのくらいの保険料率にすればよいかというものを出発点として、一定の前提のもとに県が示すものです。市町村では、県に納める納付金のほかに自前で行っている保健事業などがあります。この保健事業などの経費についても保険料として集める必要がありますので、先ほどの算定イメージで割り振られた納付金に、この保健事業などの分を加算することになります。

一方で市町村向け公費等とありますが、市町村に直接入ってくる、前に説明しました保険者努力支援制度や市町村個別の事情によって配分される特別調整交付金というような公費があります。これらの公費は入ってくればその分納付金に充てられますので、これらの分を差し引いて、減算して標準保険料率の算定に必要な保険料総額、保険料としてその市町村が集めるべき額を算定します。

国保事業費納付金・標準保険料率の算定(イメージ)



10

収納率は一般的に100%にはならないので、必要額を単純に割り返した保険料率だと未納になった分、納付金の財源に不足が生じてしまいます。

そこで保険料にある程度未納が発生することを前提に調整しまして、標準保険料率を算定することになっています。

保険料の賦課、徴収の仕組み

次に保険料の賦課、徴収の仕組みです。都道府県において、先ほど説明しました市町村ごとの納付金の額と標準保険料率を決定し、市町村に示します。市町村においては、県が示した標準保険料率を参考として実際の保険料率を決定し、住民、国保加入者から徴収して、都道府県に納付金として納めることとなります。平成 30 年度の納付金と標準保険料率につきましては、1 月 23 日に決定して各市町村に通知していますし、県のホームページにも掲載しています。

保険給付費等交付金について

次に保険給付費等交付金についてです。保険給付費等交付金は都道府県の特別会計から市町村の特別会計へ交付するものになりますが、2 つの種類があります。

ひとつは普通交付金、普通交付金は市町村が保険給付に要する費用を全額交付するものとなります。必要額を全額交付しますので、市町村の保険給付費と普通交付金の額はイコールになるということになります。

もうひとつは特別交付金、特別交付金は市町村の財政状況、その他の事情に応じた財政調整のために交付するもので、国の特別調整交付金分、都道府県繰入金の市町村交付分、保険者努力支援制度の交付金分、特定健診費用分の 4 つとなり、特定健診費用分以外は納付金の財源にできますので、その分保険料を抑制することが可能となります。

激変緩和措置について

次に激変緩和措置についてです。改革後は、市町村から都道府県に対して納付金を納めてもらうこととなります。この納付金制度の導入により市町村では保険料で集めるべき額の考え方が変わることとなります。これまではその市町村の国保事業が回ればよかったのですが、改革後は県から示された納付金と自前の保健事業などをまかなう分について保険料で集めなければならなくなります。納付金には、その市町村の所得シェアや医療費水準などが反映されることとなりますので、一部の市町村では保険料負

担が上昇する可能性があります。この被保険者の保険料負担が急激に増加することを回避するための措置として激変緩和措置が設けられています。

激変緩和措置のイメージとしましては、平成 28 年度の保険料を基準としまして、平成 30 年度は、ある一定割合を決めて、その一定割合を超えた分に対して県繰入金や国から配分される激変緩和用の財源を活用して激変緩和措置を行うこととなります。平成 31 年度以降についても同じような考え方で行っていきます。岩手県におきましては、平成 30 年度は新制度が始まる初年度に最大限配慮するというので、先ほど説明した一定割合を 0% とすることにしています。これは、平成 28 年度と同程度の水準まで激変緩和を行おうとするものです。

平成 30 年度は納付金算定の結果、8 市町が平成 28 年度の水準を超えたところであり、激変緩和措置の対象となったところです。この激変緩和措置の結果、平成 30 年度については、すべての市町村において平成 28 年度の保険料水準以下となったところがございますが、平成 28 年度において市町村によっては一般会計からの繰入や財政調整基金の取り崩しなどによって保険料を抑制している場合があります。納付金や標準保険料率の算定においては、この抑制分は考慮されておりません。この激変緩和措置の基準となる平成 28 年度の保険料も繰入などを行う前の額、本来保険料として集めなければならない額を基準とすることとされています。そのことから平成 28 年度に保険税を抑制している市町村においては、平成 30 年度の実際の保険税が増加する場合があります。

平成 31 年度以降の激変緩和措置につきましては、平成 35 年度までの 6 年間で基本として、一定割合については激変分を徐々に緩和しなければなりませんので、何%かには設定したいと考えております。具体的な率は、その年度の納付金や標準保険料率、また激変緩和に使える財源などを踏まえて市町村と協議しながら決めることとしています。

岩手県国民健康保険運営方針について

次に都道府県と市町村が共通認識のもとで国保運営を行うための岩手県国民健康保険運営方針についてです。この運営方針にこれまで説明してきた国保事業費納付金や標準保険料率の算定方法、今後の取り組みの方向性などを記載しています。今日は時間の関係で詳しい説明は割愛させていただきますが、1 点だけ、保険料水準の統一について説明します。

国が示したガイドラインにおきましては、保険料率は市町村ごとに設定することを基本としつつ、将来的には県内で保険料水準の統一を目指すとされています。本県におきましては、医療費水準などの市町村間の差異が大きいことなどから、当面の間は市町村ごとに設定することとしています。統一の時期につきましては、医療費水準の平準化の状況などを踏まえまして、3年ごとに運営方針を見直すこととしておりますが、その見直しの際に検討することとしております。

国保加入者サイドの変更点

平成30年4月から国民健康保険制度が変わることによって国保加入者サイドの変更点としては、具体的には被保険者証、保険証の様式が変更となります。県も保険者となりますので、県名が入るなどの変更となります。基本的には、平成30年度の各市町村の一斉更新の際から新しい様式となる予定です。

次に高額療養費の多数回該当についてです。高額療養費の多数回該当は、過去12か月以内に高額療養費の支給が4月以上ある場合に自己負担額が引き下げられる制度です。これまでは、他市町村に住所異動した場合、異動後から改めて1月目とカウントされてきました。平成30年度以降は、県も保険者になるということで、岩手県内の住所異動で世帯の継続性が保たれていれば、平成30年4月以降の療養において発生した前住所地の高額療養費の該当回数のカウントが引き継がれることとなります。

各種手続き等についてですが、改革後もこれまでどおりお住いの市町村になります。ここはこれまでと変更はございません。

保険税についてですが、これまで説明してきましたとおり県は標準保険料率を市町村に示しますが、実際の保険税率は市町村がそれぞれの実情に応じて決定することになります。

以上が国保制度改革の仕組みについての説明になります。今回の制度改革は、国民皆保険制度の最後の砦である国保制度が安定的に継続していくための改革となります。今後もみなさまからのご理解とご協力を賜りますようお願いいたしまして、私からの説明を終わります。ありがとうございました。

質疑応答

Q 川口とありますが、2 つあります。ひとつは、これによって国庫の補助率が今 24%、25%と言われていますが、これは上がるのですか。それとも下がるのですか。それとも緩和措置をやる 6 年間に限ってだけは何らかのことがあるのですか。

もうひとつは、住民サイドから考えていきますと、税に限って言いますと、収入の少ない生活保護を利用されている世帯よりも少ない収入しかない世帯の方に国保税を課するというのはいかがなものかというのが私の意見なのです。

例えば市町村でそれぞれ生活保護利用世帯以下の収入しかないところからは課税しないとした場合、県や市町村の地方交付税が減らされるというようなことになるのでしょうか。市町村それぞれの独自の財源でやるのについては、一向に差しつかえないというようなことになるのでしょうか。

A (一条) 1 点目の国庫補助率がどうなるかという話ですが、今回以降、公費の拡充によりまして国庫の補助率だけを見れば、補助率は上がる格好にはなります。ただ、これまで制度がいろいろ変わってきて、国庫補助率自体は今までどんどん下がってきているのですが、制度が変わって被用者保険とかのほうからも国保に対する支援というのがありますので、加入者が実際に保険料で負担している負担率というのは、それほど極端に上がってはいないです。国庫負担率は下がってきているのですが、ほかの支援があるので保険料の負担率が極端に上がっているということはありません。

それから 2 つ目、収入が少ない方に対して課税するのはどうかというお話ですが、低所得者に対する軽減という制度がございます。ただ、これは全くゼロにするということではありませんので、いくらかは課税になってしまいます。課税しない、ゼロにすべきかどうかというのは、何をもって公平とかという観点からもいろんなご意見があると思います。ゼロにしたほうが公平じゃないかという意見もあるでしょうし、やはり国保として医療費を受給されているのだから、少しは負担していただいたほうがいいのではないかというご意見もあるとは思いますが、私の立場から今どっちがどうという話は差し控えさせていただきたいと思います。

この少なくなる分に対して、県なり市町村なりの公費を入れてどうするかというところですが、今市町村では一般会計からも法定外繰入というのをやって抑制している場合があります。これについては、制度としては禁止はできないのですが、国とすれば徐々に解消して行ってほしい、安定的な国保運営ということに関して言えば、これをやめて回るようにしていただきたいというのが国のスタンスでございます。県としましても、あくまでも、ここは市町村の判断というふうに思っております。県として、いっぱい繰り入れて安くしてくださいとか、繰入はすぐにやめて、実際の保険料と公費だけで回してくださいというふうに言うつもりはございません。あくまでも市町村の判断ということになります。ただ、保険料水準の統一というところは、まだ今のところいつやるとか、何年度までに統一するということは決めてはいないのですが、統一するとした場合、同じ所得であれば県内どこに行っても同じ保険料になるというのが基本でございます。もし繰入をしている市町村があれば、その市町村だけ保険料が安くなるということになりますので、もし保険料統一を目指すとなれば、徐々に解消していく必要はあるのかなと思います。ただ県として、今の時点でいつまでにやめなさいというふうに話をする予定はございません。

Q 鈴木といます。1700億円の低所得者向けの軽減についてですが、県内の市町村に直すとだいたいどれほどになるのか。それから低所得者の軽減ということですが、市町村の判断で独自に税率軽減に使えるのかどうか。1,700億円の使い道です。

それから市町村が蓄えている基金は今後どういうふうになっていくのかということです。それから標準保険料を納めることが困難な市町村が出てくると思います。その場合どういうふうな市町村の対応が考えられるのかということです。低くなるという話なのですが、激変緩和措置をやってもいずれば上がってくる市町村が多く出てくると思うのです。納付金を納められなくなる状況が出てくると思います。その場合どうするのですか。県の支援策はどうなるのですかということです。

A 平成27年度から実施されている低所得者が多い保険者に対する1,700億円なのですが、とくに使い道を何に使いなさいというふうに限定されているものではないので、市町村の判断によって使っているものですので、

とくに1,700億円が入ってきたから、何かが安くなるというような具体のところは承知していません。

それから、どのくらい市町村に入るのかというのは、細かい数字はわからないのですが、基本的にこれまで全国ベースで岩手県に配分される額というのは、おおよそなのですが、約1%、ほかの交付金とかもそうなのですが、約1%がこれまでの例ですと入ってくるというような格好になります。

それから、市町村の基金の今後の使い道ということなのですが、おっしゃるとおり市町村にも財政調整基金というのを設置して、これまでは税が不足した場合の補填とか税率を上げないようにするための調整みたいな形で使ってきたのですが、今後は市町村が保険給付として必要な額を県が全部払うことになります。納付金さえ納めてもらえれば、市町村が必要な保険給付の額というのは全額県が払います。もしかしたら納付金より保険給付費のほうが多くなるかもしれない。そうなれば多くなった分も払います。ただ少なくなる場合もあるかもしれません。これは県内の市町村で持ち合いましょうという制度になりますので、保険給付費とすればそういう格好になります。

その財政調整基金をどうするかということところは、今後も市町村に設置していただくこととなります。先ほど説明した納付金というのは毎年算定します。標準保険料率は毎年算定します。ということで、先ほどの所得のシェアだとか医療費水準だとか被保険者数というのも変わってきますので、年度によって納付金の金額も変わりますし、標準保険料率も変わります。これまでも市町村はそうだったと思うのですが、毎年保険料率は変えていないですね。毎年変える必要がないように調整の資金として今後は活用することになります。

それから、標準保険料率にできない場合、納付金が納められない場合というお話でしたが、基本的には市町村には法律で県に決められた納付金を納めてもらわなければなりません。その財源として何があるかとなると、ひとつは保険税、それから国の公費、それから県とかの公費、先ほどの保険給付費等交付金の特別交付金が納付金の財源とできる部分になります。基本的にそれでまかなっていただくように税率を設定するのが基本ということになります。先ほど説明した法定外繰入という手法もありますが、そこは市町村の判断でということになりますので、繰入をするかしないか、

するとしてもどのくらい繰り入れるか、そこは市町村の判断ということになります。あくまで、それらを使って県から示された納付金は必ず納めてもらわなければならないということになります。

講座・2 「国民健康保険税は何でこんなに高くなるの?!」 岩手大学名誉教授・研究所理事長 井上博夫

はじめに

井上です。よろしくお願いします。
なかなか国民健康保険というのは難しいですね。私も一生懸命勉強してきたつもりなのですが、先ほどの県の方に質問をしておいていただけると私は助かるなと思っていただけるところでした。タイトルですが「国民健康保険税は何でこんなに高くなるの?!」と付けました。市町村が県に払うべき国保税の納付金を



1人当たり保険料に換算するといくらになりますという試算を、岩手県はこれまでに2回公表しました。1回目の試算を見ると、各市町村とも軒並みべらぼうに上がるようになっていました。それを見ながらタイトルを決めたのですが、その後、昨年の末頃に2回目の試算が行われ、納付金額が決定されました。それに「激変緩和措置」というのを加えると、全体としては、少なくとも来年度は国保税は上がらないということになったので、タイトルも「何でこんなに高いの?」というくらいが妥当かもしれません。ただし、激変緩和措置というのは、とにかく来年度は丸々見ることにしているので上がらないことになっていきますが、徐々に緩和措置を無くしていく、6年間に限るということになっていますから、徐々に上がってくる市町村も出てくることになろうかと思っています。私は制度解説をやるというよりは、どうしてという話を中心にしたと思っています。

さきほど県の方のお話で制度解説はしていただきましたので、私からのお話は、最初に、保険税がこの間どのようになってきて、来年度以降はどうなるかという話をして、それから2番目に、国保制度改正の経緯と新制度について概観し、それから3番目に、新制度の中で保険料の率はどのように決定されるかを見てみたいと思います。4番目は、「何でこんなに高いのか」という本論になっていくわけで、国保財政の財源の問題、それから国保という制度が持っている無理が生じる原因を見たらうで、どうすれば

いいかを考えたいと思います。どうしようかということについては、僕がこうしましょうというよりは、こういう問題点がありますということ提起したうえで、ぜひ皆さんと一緒にこの場で議論をして、今からどんなことができるかということを考えられればいいなと思っています。

国民健康保険税（料）のこれまでと 2018 年度以降 （2018 年度算定結果と 2016 年度保険税との比較）

さて、国保税のこれまでと来年度以降どうなるかです。表 1「2018 年度納付金等算定結果と 2016 年度保険税との比較」をご覧ください。これは、県の国民健康保険運営方針の中で掲げられている表です。それぞれ一番左側に各市町村名が載っています。例えば一番上の行が盛岡市です。盛岡市の場合、左の列から順番に見ていきますと、平成 28 年度国保税が被保険者一人当たりでいうと 97,890 円でした。その次の右側は、一般会計からの繰入等を行わなかった場合ということですが、盛岡市は一般会計からの繰入をしていませんから、そのままの金額で 97,890 円となっています。2 行目の宮古市は、一般会計から国保会計への繰入をしているので、金額が違っています。

その次の算定結果の納付金合計というのが、盛岡市から岩手県の国保特別会計に払ってくださいという、いわば請求書みたいなもので、この金額を払ってくださいということになるわけです。そうすると、それを被保険者 1 人当たりで計算すると盛岡市の場合 96,525 円になります。そうすると、盛岡市の場合は来年度▲印の 1,365 円ということですから、平成 28 年よりも平成 30 年の方が 1 人平均 1,365 円下がるということになるわけです。

2 番目の宮古市の場合には、一般会計からの繰入をしなかったら保険税は 100,136 円になるのですが、繰入をしているから実際払う保険額は安くなって現状では 94,952 円になっています。算定結果によれば平成 30 年度の 1 人当たり 95,869 円と 917 円増加することになっています。表の右端に「激変緩和措置」という列がありますが、激変緩和措置を行うのは、あくまでも一般会計繰入を行わなかった場合の金額が現行より上がる場合に限られているので、宮古市の場合には激変緩和措置額がゼロになっています。一方、3 行目の大船渡市では、一般会計からの繰入を行わなかった場合の 1 人当たり保険税が、現行の 98,251 円から 108,512 円の増額するこ

とになるので、総額約 9,000 万円の激変緩和措置が行われ、保険税額は現行と同額の 98,251 円に据え置かれるということが示されています。ここでひとつわかるのは、盛岡市の場合は若干安くなるけれども、激変緩和措置が実施されない市町村では高くなるというように、市町村によって違いの生じる場合があるということです。

図表 1 2018 年度納付金等算定結果（仮係数）と 2016 年度保険税との比較

番号	保険者名	2016年度保険税 (被保険者1人当たり)		算定結果				被保険者1人当たり 保険税増減額 (E)-(B)	激変緩和措置 (激変緩和に 要する額)	激変緩和後の1人当 たり保険税額	
		一般会計 繰入等を行 った場合 (A)	一般会計 繰入等を行 わなかった 場合(B)	納付金合計(県 に納付する額) (C)	保険税総額(保険税とし て集める必要がある額)		1人当 たり保 険税 (H)			増減額:一 般会計繰入 等を行わな かった場合 (H)-(B)	
					合計 (D)	被保険者 1人当 たり(E)					
1	盛岡市	97,890	97,890	6,976,673,842	5,367,743,512	96,525	▲ 1,365	0	96,525	▲ 1,365	
2	宮古市	94,952	100,136	1,687,688,149	1,264,409,872	95,869	▲ 4,267	0	95,869	▲ 4,267	
3	大船渡市	98,251	98,251	1,227,448,578	959,786,399	108,512	10,261	90,767,390	98,251	0	
4	奥州市	89,126	89,126	2,760,618,332	2,082,013,075	85,067	▲ 4,059	0	85,067	▲ 4,059	
5	花巻市	86,485	86,485	2,338,926,114	1,790,656,195	88,893	2,408	48,506,752	86,485	0	
6	北上市	92,098	95,939	1,982,498,705	1,567,384,998	87,607	▲ 8,332	0	87,607	▲ 8,332	
7	久慈市	88,784	105,000	1,138,304,079	796,640,043	90,476	▲ 14,524	0	90,476	▲ 14,524	
8	遠野市	85,303	85,303	744,398,929	543,534,824	85,367	64	407,488	85,303	0	
9	一関市	92,314	92,314	2,946,338,331	2,253,507,218	83,528	▲ 8,786	0	83,528	▲ 8,786	
10	陸前高田市	93,436	113,898	614,420,452	494,495,791	104,788	▲ 9,110	0	104,788	▲ 9,110	
11	釜石市	80,750	82,302	990,542,256	721,303,933	91,432	9,130	72,026,570	82,302	0	
12	二戸市	96,891	96,891	802,798,270	562,645,257	78,134	▲ 18,757	0	78,134	▲ 18,757	
13	八幡平市	99,710	103,317	751,114,082	544,262,845	87,362	▲ 15,955	0	87,362	▲ 15,955	
14	滝沢市	99,823	99,823	1,260,451,003	1,056,064,927	98,845	▲ 978	0	98,845	▲ 978	
15	雫石町	90,237	128,619	493,170,794	404,658,415	104,509	▲ 24,110	0	104,509	▲ 24,110	
16	葛巻町	94,515	111,971	268,361,659	191,373,480	94,974	▲ 16,997	0	94,974	▲ 16,997	
17	岩手町	104,454	126,329	473,623,257	378,412,623	100,668	▲ 25,661	0	100,668	▲ 25,661	
18	紫波町	90,230	90,230	798,414,068	637,888,301	88,387	▲ 1,843	0	88,387	▲ 1,843	
19	矢巾町	96,738	98,884	655,916,687	571,010,023	110,768	11,884	61,262,020	98,884	0	
20	西和賀町	94,653	109,898	148,636,209	130,178,812	103,481	▲ 6,417	0	103,481	▲ 6,417	
21	金ヶ崎町	98,145	98,145	350,322,342	278,696,305	92,713	▲ 5,432	0	92,713	▲ 5,432	
22	平泉町	95,550	95,550	179,454,495	131,923,955	74,031	▲ 21,519	0	74,031	▲ 21,519	
23	住田町	109,485	122,214	184,737,654	142,958,167	106,131	▲ 16,083	0	106,131	▲ 16,083	
24	大槌町	93,730	110,351	408,358,351	293,964,305	91,778	▲ 18,573	0	91,778	▲ 18,573	
25	山田町	90,139	111,024	584,790,372	424,157,469	92,429	▲ 18,595	0	92,429	▲ 18,595	
26	岩泉町	79,483	104,815	312,556,842	237,771,580	97,768	▲ 7,047	0	97,768	▲ 7,047	
27	田野畑村	97,183	126,981	129,254,600	99,097,709	98,311	▲ 28,670	0	98,311	▲ 28,670	
28	西代村	90,093	110,583	126,405,593	99,751,387	107,144	▲ 3,439	0	107,144	▲ 3,439	
29	軽米町	86,432	94,708	317,478,320	223,968,691	81,740	▲ 12,968	0	81,740	▲ 12,968	
30	洋野町	97,729	127,518	640,786,269	495,784,402	96,909	▲ 30,609	0	96,909	▲ 30,609	
31	野田村	89,866	109,038	145,342,159	106,359,892	91,769	▲ 17,269	0	91,769	▲ 17,269	
32	九戸村	79,001	103,321	174,461,919	136,223,079	82,710	▲ 20,611	0	82,710	▲ 20,611	
33	一戸村	89,734	113,257	425,767,110	331,836,742	93,317	▲ 19,940	0	93,317	▲ 19,940	
	岩手県	93,166	98,047	33,404,059,822	25,320,464,226	92,135	▲ 5,912	272,970,220	91,141	▲ 6,906	

注) 網がけは、一般会計からの繰入等を行っている市町村。

出所：岩手県「第3回岩手県国保運営協議会資料（2017年11月17日）」

(保険料率の変化)

これを保険料率(税率)の変化で見たのが表2で、市町村が決められている現行の保険料率と岩手県が示した標準保険料率とを比較したものです。県が算定して「標準的」な税率はこれだけですと各市町村に示したものです。これを参考にしながら、各市町村は自分で保険料率を決定するということになります。だから、県と市町村との役割分担関係でいうと、県は、市町村が県に納付すべき納付金額を決定する。それを実際に被保険者から徴収するのは市町村ですから、保険料率を決定するのは市町村ということになります。言ってみれば、県はこれだけくださいという請求書どおり払ってくれれば、どういうふうを集めようと口出しはしないというスタンスになってくるのだと思います。それにしても、標準の保険料率がこういうふうに示されますと、市町村が自分で決めていいですよとはいえ、これと違う保険料率で徴収するにはそれなりに説明が必要になってくるのではないかと思います。そういう意味では、国では、これを指して保険料率の「見える化」と呼んでいます。

図表 2 標準保険料率（2018年度）と現行の保険料率（2016年度）の比較

番号	保険者名	2016年度保険料率				標準保険料率合計2018年度			
		所得割 〈%〉	資産割 〈%〉	均等割 〈円〉	平等割 〈円〉	所得割 〈%〉	資産割 〈%〉	均等割 〈円〉	平等割 〈円〉
1	盛岡市	13.50	0.00	34,600	37,700	11.31	0	49,175	31,748
2	宮古市	11.50	21.70	32,300	34,800	10.63	0	46,849	29,587
3	大船渡市	11.10	22.40	33,000	35,000	11.42	0	50,092	31,908
4	奥州市	12.40	0.00	31,200	37,600	9.56	0	41,669	26,797
5	花巻市	10.50	30.50	30,900	30,700	10.48	0	46,205	29,155
6	北上市	12.10	0.00	35,000	36,200	10.15	0	44,390	28,405
7	久慈市	9.00	27.00	30,000	33,000	10.00	0	44,516	27,678
8	遠野市	10.50	28.80	27,900	31,600	9.76	0	42,650	27,296
9	一関市	12.69	0.00	35,700	31,600	9.62	0	42,000	26,910
10	陸前高田市	9.30	39.00	31,500	35,500	10.91	0	48,012	30,384
11	釜石市	10.80	18.00	25,800	30,000	10.61	0	46,678	29,576
12	二戸市	11.10	30.60	33,000	39,000	8.97	0	39,291	25,093
13	八幡平市	9.30	16.00	30,000	36,500	9.45	0	41,376	26,455
14	滝沢市	8.20	44.50	30,600	38,800	10.82	0	47,243	30,323
15	雫石町	12.00	7.85	35,200	39,900	10.91	0	47,666	30,549
16	葛巻町	11.10	38.00	34,700	39,500	9.27	0	40,819	25,824
17	岩手町	12.50	0.00	36,800	37,800	10.28	0	44,861	28,787
18	紫波町	9.30	39.00	34,900	36,000	10.38	0	45,412	29,093
19	矢巾町	10.40	20.00	30,600	38,400	11.70	0	50,855	32,869
20	西和賀町	10.90	43.50	32,000	34,000	11.60	0	50,462	32,555
21	金ケ崎町	12.00	24.50	32,000	35,000	10.61	0	46,321	29,711
22	平泉町	10.80	41.10	39,000	32,000	8.30	0	36,557	23,171
23	住田町	11.00	68.00	42,600	31,200	11.00	0	47,648	30,925
24	大槌町	12.70	45.00	28,500	33,000	10.64	0	46,524	29,756
25	山田町	10.70	0.00	35,400	29,400	9.69	0	42,260	27,138
26	岩泉町	10.50	30.00	37,500	21,500	10.88	0	47,855	30,337
27	田野畑村	9.50	70.80	35,600	29,900	9.90	0	43,225	27,712
28	普代村	7.80	60.00	26,000	34,000	10.24	0	44,950	28,606
29	軽米町	8.50	34.00	28,500	36,000	8.87	0	39,076	24,679
30	洋野町	9.00	36.00	31,200	34,800	9.51	0	41,794	26,520
31	野田村	6.30	44.00	30,200	40,100	8.85	0	39,241	24,524
32	九戸村	8.30	28.00	25,500	35,000	9.26	0	40,613	25,876
33	一戸町	9.10	28.60	28,000	38,000	9.77	0	42,679	27,343

注) 保険料率は、「医療分」「後期高齢者支援金分」「介護分」の合計。

出所：岩手県「岩手県国民健康保険運営方針」より作成。

市町村標準保険料率は、3つに分かれています。医療分、後期高齢者支援金分、介護分という3つの区分から成り立っているのですが、表2は、

これら3つの保険料率を合計した数値で、これに基づいて各被保険者から保険料が徴収されます。盛岡市の場合を例にとると、2016年度には、所得割は13.5%、資産割を盛岡市は取っていないのでゼロ、均等割は1人34,600円です。均等割は1人いくらと決められているので、例えば2人世帯であれば34,600円×2の69,200円になります。それから、平等割というのは1世帯当たりいくらという金額で、盛岡市では37,700円です。

以上は現行(2016年度)の保険料率で、これが県の示した標準保険料率だと、所得割11.31%、均等割49,175円、平等割31,748円ということになります。そうすると、先ほどの計算(表1)では1人当たり平均の保険料は、盛岡市の場合若干下がることになっていましたが、中身の構成は変わります。所得割の比率が低くなって、その代わり均等割が高くなるということになります。それは、盛岡市だけではなくて宮古市もそうです。宮古市の場合、所得割が11.50%から10.63%に減り、資産割がなくなって、均等割が増えることになっています。奥州市では、所得割は12.4%から9.56%に下がり、その代わり均等割が約1万円高くなります。そうすると、応能割つまり所得や資産など各人の支払い能力に応じた課税分が減ることになっています。

岩手県内市町村全体を合わせて考えると、現状では応能分と応益分の比率が50対50ではなくて、53対47ぐらいになっていて、若干応能割のほうにシフトした保険料構成になっています。今回はそれを50対50にしようということになっているので、応能割が減って応益分が増えることになります。応能分というのは所得や資産に対して何%と率をかけて算定しますが、応益分というのは1人いくら、1世帯いくらというように、所得や資産と関わりなく定額で決まっています。そうすると、世帯や個人の経済力と関わりなく徴収されますから、低所得者層ほど負担が重くなります。市町村ごとに実際の保険料率を決定していく場合は、この標準どおりでいかどうかということを検討する必要があると思います。

ところで、岩手県内市町村における国保税額(調停額)の推移を見てみると、この10年くらいの間、1世帯当たり額も1人当たり額も、多少の増減はありますが、それほど大きく変わってはいません。そんなに高くなってきていないのです。ただ、国保税が高くないという背後には何があるのか。国民健康保険で診療を受ける、その1人当たり診療費は上がってきているのです。上がってきているということは、国保の給付額は増

えている、給付額は増えているけれども、保険料をそれほど上げないで保ってきたというのは、どうやって保ってきたのかということが問題になります。

国民健康保険制度改正の経緯と新制度

国民健康保険制度改正の経緯と今回始められる新制度について概観しましょう。最初は、社会保障・税一体改革から始まっています。社会保障と税を一体的に改革しようと言いながら、実際には税の改革だけが先行的に進んだというあまり評判のよくない改革だったのですが、要するに消費税率引き上げは実現したけれども、消費税率が上がった分、社会保障が充実されることにはならなかったということです。つまり消費税増税分のほとんどは財政再建とか公共事業を増やすことに回って、社会保障にはわずかにしか充てられなかったわけです。

社会保障に財源が回されなかったけれども、社会保障費の方は高齢化等に伴う当然増分があるので、社会保障制度の組み換えをしていかなきゃいけないというので、制度改正が進められてきたということです。安倍政権になってから、まず 2013 年に「社会保障改革プログラム法（持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律）」という、今後の社会保障制度をこういうふうに改革していきますよという法律を作りました。それから、社会保障制度改革推進本部ができて、国民健康保険法の改正が行われました。これも「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」と言って、「持続可能な」という言葉がよく出てくるのですね。この法律に基づいて厚労省のガイドラインが出され、2017 年末に岩手県の運営方針が決定されました。そして 2018 年 4 月から新制度が発足する段取りになっているのです。

もう一度確認しておきますが、国保の保険者が市町村から都道府県に変わります。そこで、国保特別会計というのが都道府県と市町村の両方に生まれます。そこでどうするかというと、都道府県はあなたの市町村はいくら納付金を払ってくださいということを決定する、その決定された納付金額を調達するために市町村は住民から保険料を徴収する。その徴収したお金とほかのお金を合わせて納付金を払うという仕組みになるわけです。

保険料率はどうのように決定されるか

保険料率はどう決定されるかは、面倒くさい話で私もよく理解できているか不安になりますが簡単に見ておきましょう。

1 番目に、納付金必要額の算定をします。これは県が決めるのです。県が、岩手県全体で医療費がいくらかかるかを算定するわけです。そこで全県の医療費、後期高齢者支援金等の見込額から、国と県の交付金や前期高齢者交付金を差し引いた金額で、保険料の総額がいくら必要かを決めていきます。

2 番目に、保険料総額を応益分と応能分に分けます。その際、応益分：応能分の比率を $1 : \beta$ として、この β の値(所得係数)を設定します。国のガイドラインでは、所得水準の全国平均を 1 とした場合の各都道府県の所得水準に応じて按分することを原則としており、岩手県では、原則通り、全国平均を 1 とした岩手県所得係数を β とすることにしています。例えば、岩手県の所得水準が全国平均の 90%だとすると、 β の値は 0.9 になります。そうすると、応益割と応能割の比率が、 $1 : \beta = 1 : 0.9$ ということになりますから、応益割分が 55、応能割分が 45 というようになります（実際には、岩手県では国保医療分の $\beta = 0.8545$ とされています）。そうすると、現在 50 を超えている応能分が、50 を切るようになるので、応益分の比率が高くなるということになります。それから、応能分の中身については、所得割と資産割の両方を取っているところがありますが、標準では所得割に一本化するということになっています。

3 番目は、この応能割分と応益割分に市町村ごとの各シェアを乗じて算出した金額を合算して各市町村の配分額を算定します。例えば、岩手県全体で応能割分の総額が 100 億だと仮定します。それを 33 市町村に割り振るわけです。どうやって割り振るかという、岩手県の保険者全体の所得金額に対して、例えば盛岡市は 10%の所得シェアを持っているとすれば、100 億の 10%を盛岡の応能分として払ってくださいというふうに算定して、それを全部の市町村に割り振るわけです。それから応益分については、均等割（一人当たり）と平等割（世帯当たり）で構成されるので、均等割だったら被保険者数で割る、平等割だったら被保険者世帯数で按分するというふうにして割り振るわけです。そうすると、各市町村の納付金額というのが決定されてくる。

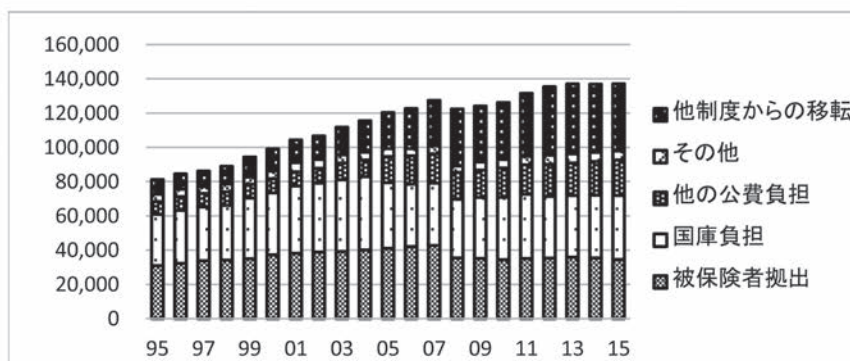
4 番目に、医療費指数というものを反映させることになっています。こ

れもいろいろ議論があるところだと思いますが、ここで α という値が出てきます。医療費指数の反映割合(医療費指数反映係数 α)を設定して、各市町村の医療費指数と3番目で求めた各市町村の配分額に乗じて納付金の額を算定します。この α は何かというと、市町村によって1人当たりの医療費の金額というのは違いますが、なるべくその格差を是正したいというのが国の方針としてあるわけです。ただ、どうしても仕方のない医療費格差もあり、その最大の原因は年齢差です。例えば高齢化率の高い町や村で医療費が高くなるというのは当たり前の話ですね。そこで、まず年齢調整をします。つまり盛岡も西和賀も同じ年齢構成にしたときにいくらかかるかということ算定して、そのうえで、なおかつ高くなっている分は納付金として払ってくださいというやり方をする。岩手県の国保運営方針では、 $\alpha=1$ としていますから、高いところは高くなった分だけ丸々納付金に反映するという形になっています。

だから、国保税算定のポイントは二つあって、第1は、応益分と応能分の比率をどうするかということで、第2は市町村ごとの医療費水準の差をどう反映するかということです。この二つについて岩手県は一定の判断をしました。その是非が論点になります。

民健康保険の財源構成

図表3 国民健康保険収入の推移(全国) 億円



(出所) 社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」各年度版より作成。

ようやく国保税の金額の話になってくるのですが、まず日本全体の国民健康保険の収入総額を見てみましょう。1995年度から2015年度までの20年間を見ますと、1995年度の約8兆円から2015年度の約14兆円に増えています。全国の国保会計の収入と支出はほぼイコールですから、この支出増をどう賄ってきたかが問題です。最初の方で言いましたように、保険料率はそれほど変わっていないとすれば、一番ベースの収入である被保険者拠出、これは保険税ですね。それが、2007年まではずっと増えていったのですが、後期高齢者医療制度が始まり75歳以上が別制度に移った2008年度に減少して、その後はあまり変わっていません。では、国庫負担が増えたのかというと、2000年代に入るところまでは国保の支出増と歩調を合わせるように国庫負担が増えてきましたが、その後は増加していません。その代わりに増えてきているのが何かというと、「他の公費負担」と「他制度からの移転」です。「他の公費負担」というのは、主に市町村、それから都道府県もありますが、市町村の一般会計から繰入れるような公費負担が増えてきた。最も増加してきたのが「他制度からの移転」ですが、他制度は何かというと、例えば被用者保険ですね。健康保険組合や共済組合など他の比較的余裕があるとされているところから、国保会計への交付金による財政調整が行われたということです。そこで割合で見るとはっきりするのですが、国庫負担は減ってきて、その分を地方の公費と他の保険からの繰入でまかなうことになってきたということです。

保険制度としては「無理が重なってきた」という言い方をしたのですが、どういうことかということ、保険という考え方は、元々ある1人の人が病気になるリスクを持っている、そのリスクが現実になって本当にその人が病気になったときに、自分1人だったら医療費を払えない。そこで多くの人が助け合いとして医療保険の保険料を払っている。そして病気になった人に保険給付として充てる。つまり共同によってリスクを分散させるというのが保険の考え方です。だけど、国保に関して言えば、保険料で賄える部分が非常に少なくなって、よそからや税金で賄うようになっている。だから、そもそも保険制度としては破綻していると言っても良いくらいになっていると思います。それで被用者保険からのお金とか、いろんなところからお金が行っているというわけです。

それから、後期高齢者については外に出しました。元は後期高齢者が国民健康保険の中に入っていましたが、それを外出しして、ただ支援金は払

うという形になりましたから、一つのグループで相互に助け合うという関係は崩れてきたというふうに言っているのだと思うのです。

岩手県の国民健康保険特別会計

岩手県の場合も、近年の国民健康保険特別会計の収入構成を見ると、保険料はそんなに変わっていません。岩手県と言っても、今のところ県の特別会計ではなくて、市町村の特別会計を足し合わせたものですね。ただ、国庫支出金は年々減ってきています。他方で、療養給付費交付金とか前期高齢者交付金という、他の保険会計から受け取るお金が非常に大きくなっています。自前の保険料よりも大きくなっています。

そして、さらに大きくなっているのが、共同化事業というものです。共同化事業は、11年度の158億から15年度の356億へと倍以上に膨らんでいて、収入全体の22%にもなっています（保険料収入は17%）。共同化事業は何かというと、岩手県内の市町村の中での助け合い、要するに市町村がそれぞれお金を出し合って、必要なところに配分していくような措置です。要するに、市町村の単位での保険としては成り立たなくなってきた、でも国庫補助による補填は減ってきた。だから他の保険会計からのお金や国保会計相互の繰入で賄うという形にしわ寄せされてきた、と言っているのだと思います。

被保険者の年齢・職業構成

もともと国保特有の無理というのは、先ほども県の方がおっしゃっていたし、皆さん指摘されることです。改めて言っておきますと、年齢や職業構成が他の保険とは違うということです。僕も去年から国保なのですが、その前は国家公務員共済組合に入っていました。定年退職して給与所得が無くなったら国保に入って、こんなに払わされるんだと思った次第です。要するに、高齢者や低所得者の割合が高い、そうすると高齢者や低所得者だけでまわって保険をつくっても、そんな保険が成り立つはずがないというわけです。だから、かなりの無理をして何とか成り立たせてきたというのが、他の医療保険制度との財政調整とか後期高齢者の別制度化とか前期高齢者給費の財政調整、市町村間の財政調整、一般会計繰入というふうなことで賄ってきたのですが、だけどもう相当無理があるという話です。

各保険者の比較と国民医療費

各保険者の比較をしてみると、市町村国保の場合は、平均年齢が 51.5 歳、組合健保は 34.4 歳ですから、相当に年齢が違います。私が入っていた共済組合は 33.2 歳だからもっと若いですね。1 人当たりの所得金額は、市町村国保は 86 万円、組合健保は 207 万円、共済組合は 230 万円です。年齢の高い人、所得の低い人の間だけで給付を行うというのは、無茶なのが当たり前ですね。

15 年度の国民医療費を見ると、日本の医療費全体で 42 兆 3,644 億円、うち公費負担が 3 兆円ほどです。それから、医療保険が 19 兆 8,000 億円ですが、そのうち国民健康保険が約半分で、約 10 兆円。ところが国民健康保険の場合は、そのうち 70 歳以上高齢者の医療費部分というのが 3 兆 2,000 億円あります。被用者保険の場合は、9 兆 6,000 億円の総医療費のうち、70 歳以上高齢者に対する医療分は 5,000 億円しかありません。もともと無理があるわけです。

さらに 75 歳以上の後期高齢者の医療費は外に出したということですが、外出したからといって全部公費で賄っているわけではないので、各保険者の支援金として国保からも払わなければいけません。

国民健康保険料率の特徴

国保の保険料が、とくにお金のない人にとって負担がきついというふうに言われるのは、保険料の取り方の特徴だと思うのです。健保組合の保険料も共済組合の保険料も基本は所得比例です。所得に対して何%という形で取ります。ところが、国保だけは応能分、応益分となっていて、応能が半分、応益が半分というのが基本になっています。そうすると、所得水準の低い人が集まっている保険のところで、応能、応益半々だと言われて一律に取られるのでは、無理が生じるのは当たり前です。とりわけ応益分の 1 人定額分（均等割）、世帯定額分（平等割）というのが重い負担になってくる。低所得世帯の場合には、応能分については所得に応じて当然安くなりますが、応益分は払わなきゃいけないので、支払い能力に見合わなくなるということが出てくるわけです。軽減措置の仕組みはあるけれど、ゼロにはなりません。

どうすればいいのか ～ 課題

さて、どうすればいいのかという話なのですが、何を考える必要があるかという、ひとつは、高齢者ほど医療費がかかるという当たり前の話です。本当に高齢者の医療費というのは国民総医療費の中で大きいのです。それをどうするかという問題、多くの人が国保の中に入っていると、それをどうしたらいいのという難しい問題があるということだと思います。そして、高齢者がそれぞれの制度分立の中に分かれているから、医療保険制度が分立しているから、高齢者の多い保険と少ない保険というふうになってしまっているという問題があります。それから、地域単位の保険、この保険者が市町村だということです。市町村が単位だというのは、例えば小さなところに行くと、国保の被保険者が 1000 人を切るというところも出てきています。そうすると、そこで高額な医療費がかかると、途端に財政的に苦しくなるという問題があります。その意味では、今回の改革というのは一定の合理性はあると思うのです。

それから、もうひとつの問題は、地域によって医療資源格差が大きいという問題です。それはどういうことかという、全国一律、県一律で保険料率を決定するということに対する、もう一方での反論というのがあるわけです。つまり、ひとつの反論は、医療費が高いところと安いところ、みんな同じ保険料率で取っていいのかという話です。もうひとつは、病院がうちの町には無いんだ、だから医療を受ける権利が十分行使できない状態にある。にもかかわらず、保険料は盛岡と同じだけ取るのかという問題です。そういう 2 つの格差の問題があると思うのです。2 つの地域間格差、ひとつは医療費が平均以上に高くかかっているところも一律にしているのか、あるいは病院や診療所が少ないところでも同じ保険料を取るのか、こうした問題を解決しながら、全体として国民のすべての医療ニーズを満たすような医療保障制度というのを考えていかなきゃいけない。その一番のポイントは、国保をどうするかということだろうと思うのです。その辺のところを皆さんからご意見をいただきたいなと思っています。

解決策は？

もともと保険というのはリスクの分散という考え方だから、保険単位は大きいほうが好ましい。従って市町村から県に財政責任を移す根拠はあるんだと思います。ただし、これまで根本的な問題の解決が図られないまま

に財政調整で何とかしようということでやってきた。それがもう無理になってきているのではないかというのが基本的な認識です。やはり医療というのはすべての人にとって普遍的で不可欠なサービスなのだから、国民すべてにとって保障される制度にしなきゃいけない。むしろ市町村の制度というよりは全国的に保障する制度で、全国的な社会保険という考え方もあるし、あるいは、そもそも医療というのは保険というのに合うかどうか、むしろ保険でまかなうよりも、例えば医療税や社会保障税という形で給付をするということも含めて検討すべきではないかなというふうに思っています。それは、将来的にどうするかという話です。

それから、今年4月からの新制度発足に当たってということですが、その点については、実際に一人ひとりが払うことになる国保税の水準をどうしていくのか。これは県が標準を決めるけれども、あるいは決めるのではなくて標準を示すだけですから、市町村が国保の保険料率の決定をする、その決定に当たってどうしてほしいということを具体的に述べていって、それを実現していくということが当面の問題、課題になるのではないかと思っています。私からはこの辺にして、あとは皆さんからのご意見を伺いたいと思います。どうもありがとうございました。

質疑応答

Q 先ほどの先生の話の中で、応能割と応益割の 53 対 47 みたいな話で、結果どういうふうになっていきますか。

A (井上) 全国平均を 1 とした岩手県所得係数 β を反映させます。所得係数というのは、全国平均に対して岩手県の所得水準が何%かということです。もしも岩手県の所得が全国 1 に対して 0.9 だとすると、 β が 1 の場合に応能割分が 50 なので、 β 0.9 をかけると応能割分が 45 になるということです。だけど納付額全体は変わらないので、その納付額から応能割分 45 を除いた残りを応益割分でまかなって払わなきゃいけないということになるわけです。ただ、もちろん国から来る交付金とか、そういう要素が入りますから若干違いはありますが。そうすると岩手県の国保運営方針では β をそのまま反映するとしているので、応能割が全国平均よりも少ない比率になるということです。

何でそうしているかということ、全国一律の応能の税率に近づけるからということです。例えば、所得割の率を 10% とします。10% としたとしても所得金額が少なかったら、同じ 10% でも入ってくる金額が少ないわけです。そうすると、全国平均が 10% の所得割の率だとして、岩手県も同じ 10% で取ったら応能割の金額は少なくなるわけです。だから、その金額のほうを減らして、調整して、全国平均的な所得割の税率のほうは揃えようとするわけです。だから応能割の額が減ると、だけど医療費全体は減らないわけだからどっかでまかなわなきゃいけない、だから応益のほうでまかなうしかないということになるわけです。

Q 確認したいのですが、資料の各市町村の 2018 年度の所得割、資産割、均等割、平等割は各市町村で決定したものでですか。

A 違います。これは、標準保険料率ですから県が示したものです。

Q さっき言われた応能対応益を 45 対 55 で出したというのがこれですか。

A そうです。45 というのは正確な数字ではありませんが、要するに 50

よりも少ない金額で応能割の総額がまず決定されますよね。総額が決定されたら、岩手県の被保険者の所得で割っていったら率が出てくるわけです。それがこれになるということです。

Q 標準料率は県が示したものです。これに従う必要はないのです。

A はい、ありません。

Q 市町村が決めればいいのです。さっき県の担当者も納付額は県で決めるけれども、具体的には市町村が決める。あと税率の中身とかは、市町村の裁量だということをおっしゃっていましたね。

A それは、僕もさっき隣でお話したときも聞いたのですが、県は決めた納付金さえ払ってもらえれば、そのあと税率をどうするかまではうんぬんしませんというふうに言っていました。

Q 問題は、45対55にすると市町村が困るわけです。私は北上市の市民なのですが、北上市では応益割が高く、いわゆる低所得者の負担の割合が高いのです。ですから、応能が原則でしょということで、所得割を高くして応益割を低くしたらどうですかと言ってきたのです。その結果、さっき先生がおっしゃったような53対47、53が所得で、応益が47ぐらいに抑えてきた。その結果、今回のこの改正では低所得者の人は若干負担が高くなるということです。この県が示したとおりでいくと、均等割が1万円ぐらい高くなっているのです。しかも子どももそうですよね。赤ん坊も割合は同じですよ。

A 国保被保険者になればね。

Q 家族が増えれば増えるほど負担がますます高くなる、被保険者はますます大変になる。市町村も大変です。

A そうですね。仮に所得がゼロの世帯でも均等割と平等割は付いてくるということになります。もちろん軽減措置が認められるということはある

ますが、基本的には均等割の金額は、かける人数で決まりますから。

Q これは、あくまでも県が示した比率で従う必要はないということですから、これまでどおりの税率でもいいということなのですね。

A 法令上はいいのです。ただ、そのときにいろんなプレッシャーがあるかもしれない。つまり国の法律も決定権は市町村にあるとはっきり決めているのです。ただし、だったら何で県が標準保険料率を示すのかというと、それは市町村間の比較を可能にするためにということです。何で比較可能にするかというと、あんまり勝手なことをしないようにという意図は国のほうにはあるのだと思うのです。市民の側からすると、花巻市と北上市で所得割の率が違ったら何でなのと言われるのに対して、ちゃんと答えられるようにしとかなきゃいけないということだと思うのです。

Q 市と町では違いますよね。将来はそれを一律にするということですか。

A 市と町で所得水準が違うというのは確かです。ただし、応能割の北上市分いくらか西和賀町分いくらかというふうに決めるときには、岩手県全体の所得のうち、北上市の所得はどれだけのシェアか、西和賀町のシェアはどれだけかというので所得割の金額を配分します。だから、所得水準の低い町の応能割はそれなりに低いということにはなるのです。そのわりに随分市町村によって違うじゃないかというのはあります。その違いというのは、それぞれの市町村ごとの医療費水準の差を反映しているのだというふうにされているわけです。

Q これからどうするということところでひとつの意見なのですが、国保の加入者から見た場合、どういう制度がいいのか、利用しやすいようなやり方、役所の方では負担の公平と必ず言いますが、負担能力に応じた形でということですね。そういうサイドから考えていくと、生活保護基準以下の収入しかない、例えば盛岡の国保加入者の3割は所得ゼロですよ。収入はありますよ。所得ということになればゼロが約3割を占めますので、低所得者の人にとってみれば国保税の負担というのは均等割や平等割が必ずかかってきますので、非常に負担感が多いということは確認できると思います。

将来的に税方式がいいのか、社会保険方式というのが疲弊していると無理だというようなことがあったとして、いろいろな議論があると思いますが、低所得者の人たちにとって、窓口負担や国保税に対していろんな形で救済措置をとるということが大きな課題ではないかなというふうに思うのです。

A 私もそのとおりだと思います。国保被保険者の立場から、あるいは医療を受ける立場からものを考えるときに、何で国保だけ応能 5 割、応益 5 割として、応益分が 5 割もあるのかという根拠を僕は説明できないです。確かに地方自治とか地方財政というのは応益性を加味するんだというふうに言われるのです。みんなで参加してやるものだからと言うのですが、市町村民税も所得割と均等割がありますが、均等割なんて 1,000 円ですよ。税金の場合の均等割が 1,000 円で、何で国保税が 3 万とか 4 万という金額になるのか。その正当性を示せるだけの根拠はないと思うのです。しかも、ほかの保険制度はみんな所得割できているわけです。もしも、それを推し進めたとしたら、国保も基本応能でやったら、今言われたように所得のない世帯が 3 割だというと保険料が集まらないわけです。だから、応能でやったら国保の収入が集まなくて、たちまち破たんするわけです。破たんするのをいろんなことをしながら生き長らえさせてきた、だけど無理だと思うのです。だから、応能割にすれば全く違う制度を全体として考え直さなきゃいけないという、そこに至ると僕は思っています。

Q 今日は県の担当者から収納に関してあまり説明がなかったのですが、県の協議会の資料等を見ますと、これまで各市町村の平均の収納率というのが、93.19%なのです。だから、100%収納というのはないわけです。今回の県の納付額というのは、それを 100%各市町村は県に納めなさいというふうなものになるのです。だけど、これまで各市町村ごとに 100%納付を目標にしてきたとしても、全部納付されていなかったということから考えると、今回県が示した納付額を各市町村が 100%納めるためにはどうしたらいいかというふうになってくるのではないかなと思うのですが、その辺の問題点もひとつあるのかなと思うのですが。

A 市町村から県に納付すべき金額を算定するときに、100%の納入率で

やるというわけではないのです。納付金額が決まってから、各市町村でどのぐらいの保険税率を決める必要があるかというときに、納付金額を収納率で割り返すと言ったのです。だから、収納率が90%の市であれば、納入する金額が10億円ならば、それを0.9で割って、11億を保険料として集めるだけの保険料率を決定しておかないといけないという話です。

Q いずれにしましても、市町村で来年の国保税額を決めるという作業を今やっているわけですから、少なくともそこに対して何か言うていく必要はありますよね。

A はい、大いにあると思います。

Q どういうことを言ったらいいかということは、ひとつは、基金の取り崩しとか一般財源からの繰入とか、そういったことを県は否定しないと言っているわけですから、そういったことを求めていくということはやっていいことなのでしょうか。

A それは構いません。ただし、法定外繰入をやるということになると、その市町村単独での繰入ですから、その市町村の予算の中から、それに充てるという政治的判断をしてもらわないといけないことになると思います。あとは、市町村全体での納付金額をどういうふうに個々の被保険者に割り振るかということだと思います。

Q 奥州市の「民報おうしゅう」を見ると、来年度の国保税引き下げ案というのを市長が提案したということで、そこには積立金を被保険者に戻していきたいというようなことも載っているようですが、そういったことを求めていくということによろしいでしょうか。

A 積立金というのは、財政調整基金のことですか。

Q おそらくそうだと思います。過剰となっている基金というふうに載っています。

A その基金というのは、おそらく国保財政の安定化基金ではなくて、市の財政調整基金ということですね。確かに現在全国的に基金の金額は積み上がっているということはあります。その基金の金額の多くの部分が財政調整基金といって、とりあえず使い道が決まっていないのですが、将来のために取っておくという内部留保みたいなものですね。そういうやつで増やしているところだったら、ため込まないで使いなさいよというのは十分言えることだと思います。

2017年度連続講座「岩手の再生」・岩手県社会保障学校 第4回講座

医療・介護のいっせい改悪の中身は？～医療現場の実態から～ 盛岡医療生協川久保病院 小児科医師 小野寺けい子

はじめに

みなさん、こんにちは。川久保病院の小野寺です。今日は「医療・介護のいっせい改悪の中身は？」ということで、私は総論的に話す機会が少ないのでしゃべってみないとわからないのですが、お手元にいろんな資料がありますので、それをご覧になっていただきながらお話ししたいと思います。今、司会の方がご紹介した



ようにパワーポイントの中身は今日印刷していただきましたので、お家に帰ってからゆっくり資料を見ていただければと思います。

あと、同時に配っていただいたのが、ひとつは2017から2025という長野民医連で作ったパンフレットなのですが、この間の医療改悪とか歴史的な経過など、今後どうなるかということが非常によくまとめられている資料ですのでお配りしました。もうひとつは、民医連のチラシですが、医療生協では診療所なんかで患者さんたちにお配りしている「全世代型社会保障・消費税増税のためのカモフラージュ」というチラシがあります。これに基本的な中身が記されております。それからもうひとつ、「知っ得パンフ」というのがあります。これは、全国の保険医協会で作ったもので、2016年版となっていますが、基本的に制度利用のことは現在もだいたい有効ですので、これも知っているか知らないかでは医療や介護を受けたときの自己負担の軽減ということでは非常に大きな役割で、日本の場合はほとんど自己申告制ですから、制度を知って自分で各自治体やいろんな手続きを取らないと一切軽減措置を受けられない中身になっていますので、生活保護とかだけではなくていろんな中身が書いていますので、身内の方や知人の中で医療や介護を受けている方がいたら、ぜひ担当の項目を見てい

ただいて、もしかしたら制度を利用できるかなということで活用いただければというふうにも思ってお配りさせていただきました。

あと、私のお話のあと、医療生協の川久保病院や診療所では無料低額診療というのをやっているのですが、それは病院の医療相談室のほうから、どういうふうな中身なのかということと、いろいろ課題とか問題点に触れていただくという予定ですので、最初に私のお話から始めたいと思います。

主に4つの項目でお話したいと思います。よくみなさんお聞きになるように医療や財政再生計画ということで、この間ずっと患者負担増というのが次から次へと、消費税も増税になりましたが、実際に医療や介護にかかわる利用者の負担もどんどん増えています。それから医療現場で、そういう制度改悪の中でどんなことが起こっているのかということで、具体的な患者さんの症例をお話したいと思います。最後に社会保障の充実ということで生活保護もそうですが、いろんな制度改悪の中身ということを丸抱えで運動していかないとだめな状態に来ているなど、今、平和憲法を守るということで5月の憲法記念日までに3,000万署名を集めようということで大きな運動になりつつあると思いますが、9条と、社会保障の場合は25条とかかわるわけですが、両輪として運動する必要があるんじゃないかと感じていますので、そういうことを最後にお話したいと思います。

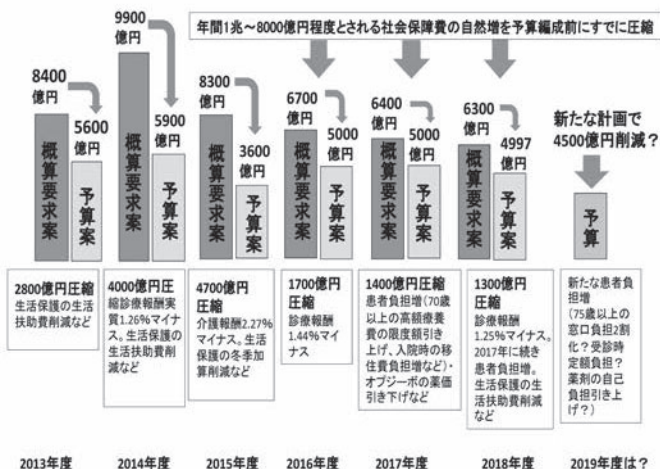
続く社会保障費「自然増」圧縮

まずは、骨太方針ということで、小泉総理大臣の頃からよくお聞きになっていると思うのですが、2016年から2018年の3年間、もうすぐ2018年度が始まりますが、その間「集中改革期間」と位置付けて、本来ならば自然増ということで、高齢者が増えたり、医療制度の変化や医学の技術的な進歩があって、医療費というのは黙っていれば増える可能性があるわけですが、自然増を毎年約5,000億円位抑制するというので、いろんな具体的な改悪が進められているという全体のことを掴んでおいていただきたいと思います。

国の予算編成の為に毎年毎年、概算要求というのが出されます。社会保障費の予算を見ますと、例えば2013年度だったら自然増分8,400億円で概算要求が出されたのですが、実際の予算案は5,600億円ということで、約2,800億円の圧縮ということで来ています。そして見ていただくとわかるように、2016年度、2017年度、2018年度、今予算の審議をしていま

すが、毎年なんと 5,000 億円も概算要求からは減らされているという状況で、また来年度も引き続きこの傾向が強まるのではないかなという事で非常に危惧されているということがあります。

続く 社会保障費「自然増」圧縮



病床数の削減

その中のひとつで、岩手県が必要病床数と病床機能報告の比較ということで、国がベッド数が多すぎると入院患者で医療費がかさむということで、なるべく入院は短期間にして在宅でということで、どんどん誘導しているのです。国が全部命令を出して各県に計画をきちんとつくりなさいという命令が出されたのです。それで見ますと、2025年を目指してやると、例えば高度の急性期病棟というのは、今 2,000 床あったのがその半分の約 1000 床で足りるんじゃないか、急性期も 6,000 床だったのが 3,000 床ということで半分近くにする計画です。その中で回復期病棟というのは、急性期や高度急性期よりも慢性期に近い状態、その回復期ということなのですが、そこはもっと今より増やす必要があるということで県は目標を立てています。それから、慢性期も 1,000 床ぐらい減らすということで、なんと全部トータルしますと 2025 年まで、いわゆる団塊の世代が 75 歳以上の

後期高齢者になりますが、それまでの間に 3,000 ベッドぐらいを減らして当然だということなのです。

その分をどうするかというと、在宅医療ですね。とにかく病院ではなくて在宅にということで、ここがどんどん増やされて約 2,500。ですから、3,000 ベッド減らして 2,500 は在宅に移行すればいいのだということが県の一番最近の計画でも出されています。

(岩手県)必要病床数と病床機能報告の比較

機能区分	2014年 病床機能報告		2025年 必要病床数 C	差引 B-C	構想区域 の概要	在宅医療等の 医療需要						
	2014年 時点 A	2020年 時点 B				2013年 X	2025年 Y	差引 Y-X				
高度急性期	2,083	2,083	1,030	1,053	<table border="1"> <tr><td>過剰となる機能</td></tr> <tr><td>高度急性期 急性期・慢性期</td></tr> <tr><td>不足する機能</td></tr> <tr><td>回復期</td></tr> </table>	過剰となる機能	高度急性期 急性期・慢性期	不足する機能	回復期	11,202	13,780	2,578
過剰となる機能												
高度急性期 急性期・慢性期												
不足する機能												
回復期												
急性期	6,388	5,913	3,333	2,580								
回復期	1,547	*1,908	3,696	▲1,788								
慢性期	3,555	3,678	2,617	1,061								
無回答	286	258	—	258								
合計	13,859	*13,840	10,676	3,164								

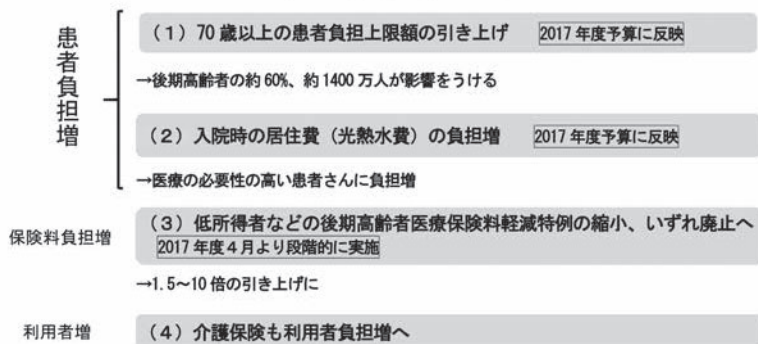
2017 年度の「自然増」圧縮は高齢者「ねらいうち」

具体的な中身を見ていきたいと思いますが、一番いろんなことで出されているのは、とにかく自然増を削減するというので、オプジーボとか肝炎の特殊な薬は今保険が効くようになっていますので、そういう点では朗報でもあるのですが、このお薬を使っている方はこの中にはいらっしやらないですよ。オプジーボは肺がんの治療に非常に有効だということで、高いつていくらぐらいかみなさんご存知でしょうか。私も小児科で使ったことがないので薬剤師さんに聞きましたら、1錠当たり 20 ミリという錠剤、1錠ですよ。7 万 5,000 円です。100 ミリというものもあるのです。患者さんの状態に応じてもっと量が必要な場合があるのですが、なんと 36 万 4,900 円という薬価が付いています。ですから、患者さんの経済状態とかいろんな状況で 3 割負担とか 10 割負担となるわけですから、非常に大変な状況なわけです。

ただ、高くても命が助かったとか、かなり病状が改善したということもありますので、ただ単にそれが悪いとは言えないと思いますが、考えなくてはいけないのは、同じ薬でもアメリカやヨーロッパと比べると日本の薬価はすごく高いのです。2倍から3倍というふうに言われていますので、そういう点でも医療費を非常に押し上げているということが言われています。ただ、この間あまりにもひどいということで、薬価を引き下げた値段が今言った値段ですね。ですから、その前はいかがなものかというか、すごいお金だということがあると思います。それから、協会けんぽの補助金も削減したり、とにかく削減して2017年度の自然増の圧縮1,400億円を何とかやり上げるんだということで進められて、この2018年度に移ってきているということがあります。

これでは、のべ1,500万人の方たちが負担増になると言われています。その中でも、とくに高齢者に対する負担増が具体的にやられているということが言えると思います。70歳以上の患者の負担の上限額を引き上げるとか、入院時の居住費ですね、いわゆるホテルコストと言っているのです。

今年具体化される患者負担増等



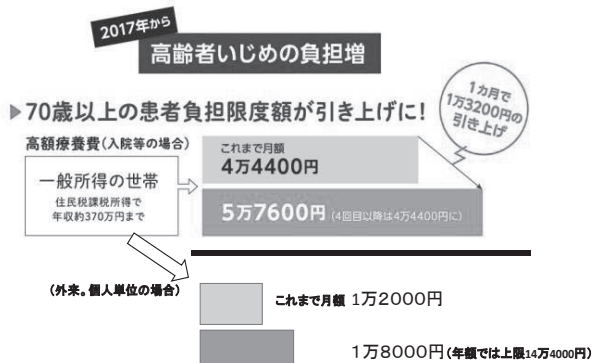
ちょっとひどいと思いませんか。家にいても光熱費は使うと、だから入院しても最低限の水道光熱費は患者さんに負担していただくということで導入されたのです。それから、低所得者への特例措置というものも縮小してだんだん無くしていく、介護保険も利用者の収入に応じて1割ではなくて

2割負担にするとか、次から次へと、そういう意味では増やすためには知恵が回るなどということが言えると思いますが、どんどん患者負担を増やしていくということが具体的に進められています。

70歳以上の高額療養費制度の限度額の引き上げ

実際に70歳以上の方が入院した場合にどうなるかと言いますと、入院だと月額44,000円が57,000円というふうな状況なわけです。これは60歳以上の方、とくに高額療養費ということで一定の医療費以上は申請すると自己負担が軽減されるという措置があります。前は定額でいくら以上はいいですよというのが、今収入に応じて計算式ができて、現役並み所得者で年収が370万円以上ということで、負担額も3割で非常に大きいですし、それが一般でそれ以下の方たちも70歳から74歳は2割ということで、なんと6割の方が引き上げの対象になるということで、なかなか当事者になってみないと病院の支払いはわからないのです。レストランのメニューみたいにこれはいくらと書いているわけではないので、請求書が来てびっくりするような状況があると思いますので、そういうことの中身をよく知っておくことも必要かと思えます。

一般所得の世帯だと、入院等だと、月額4万4400円が5万7600円に
外来だと、月額1万2000円が1万8000円に



入院時の居住費（水道光熱費）・食事代の負担増

先ほどお話ししたように療養区分というので療養病床というのが今あるのです。急性期とかいろいろランクがあるのですが、療養病床ということで水光熱費、ホテルコストと言われているのがあります。医療区分にはⅠ、Ⅱ、Ⅲとあるのですが、Ⅲというのが一番重症で、例えば酸素吸入をやったり、人工呼吸器を付けたりという状況です。Ⅱというのは、胃ろうを付けていたり、経管栄養で口から食事がきちんと取れなかったりするということです。今までは一番軽い療養区分Ⅰの人たちだけ1日320円を支払うことになっていたのですが、それが370円に増額されました。それから、今まで免除されていた医療区分Ⅱ、Ⅲ、いわゆる症状が重症の人たちからも昨年の10月からは200円、この4月からは370円ということで、療養区分ⅠからⅢのすべての患者さん、ただし難病患者は除くということになっていますが、1日370円ですから1か月だと1万円近くなりますね。そういうことで自己負担が増えているということがあります。

こういう形でどんどん増やされて、これからどういうふうに制度が変わっていくかわかりませんが、現在は難病患者と小児の慢性疾患は除かれています。今後一般病床や精神病床というところまで広がっていく可能性は十分にあるんじゃないかなと考えています。

それともうひとつ、たぶん入院してみないとわからないのですが、入院の給食費がありますよね。例えば糖尿病で入院すれば糖尿病食、血圧が高ければ減塩食とか、いろんな食事が治療食として出ているわけです。以前は入院の給食費も医療費に全部入っていたので良かったのですが、現在は先ほどの水光熱費と同じように、家にいればご飯を食べるのだから入院患者さんの食事代も自己負担を導入するという形で医療費の総枠から外されたのです。

1日の食材費が780円で調理費はなかったのですが、2年前から1食当たり100円、1日300円ということで増額されて、今年の4月からまた1食当たり100円増額されるのです。ですから、1食当たり食材費と調理費を合わせると460円を医療費のほかに支払わなければいけないのです。ですから、私は小児科なので看護師さんたちと冗談で言っているのですが、離乳食も1食460円払わなければいけないわけです。それだったら家からおかゆ持って来るからいらないよという患者さんが出るよねという話をしていたり、高齢者でまともに食べられない人たちは食事なしで家から持

って来るのを何とか食べさせますからというのが出てくるのではないかなと思うのです。ただ、入院の場合は基準給食というので、そういうことは制度としては基本的に認められていないということがあります。1食460円で先ほどの居住費もあると1日1,750円かかるわけですから、それだけでも一か月入院すると52,500円ということで非常に大変な負担増になるということが言えます。

食事代引き上げとなっただけ。これに居住費負担が加わると・・・

65歳以上の療養病床の医療区分ⅡⅢに居住費負担が加わると・・・

	2015年度まで	2016年度から	2018年度より	さらに 居住費が加わると
		食費※ (食料費) 780円	食費※ (食料費 調理費) 1080円	食費※ (食料費) 780円 居住費 (洗滌水費) 370円
食料費 (1日3食) ①	780円	780円	780円	780円
調理費 (1日3食) ②	負担なし	300円	600円	600円
居住費 (1日) ③	負担なし	負担なし	負担なし	370円
1日の入院で ①+②+③=④	780円	1080円	1380円	1750円
1か月の入院で (30日として) ④×30日	2万3400円	3万2400円	4万1400円	5万2500円

1か月の入院で、これまでより3万円近くもの負担増に。療養病床の全国平均の入院日数158.2日で算定すると、27万6850円(1日1750円×158.2日)もの負担に

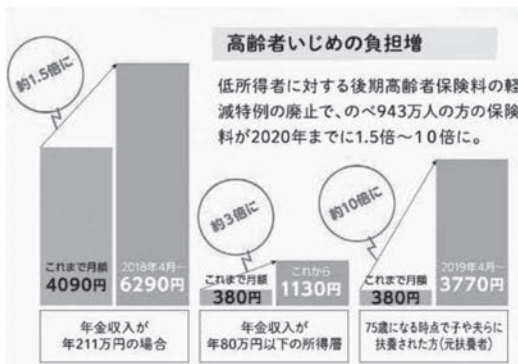
5

厳しい後期高齢者の負担増

前回の学習会で国保のことを勉強しましたが、国保税もそうですが、後期高齢者の様々な保険料負担ができない人たちが今どんどん増えているということがあります。

ですから、2015年には保険料を払えない人が24万人もいたと統計で出ていますし、いろんな事情で短期保険証になった人も25,000人ということで、さらに差し押さえも今増えている、保険料を払わないのだったら土地や住居があれば差し押さえるとか、持っている財産があれば保険料の代わりに差し押さえて保険料の納入に充てるということも各自自治体で起こり始めています。

2017年から段階的に引き上げられて、最終的には最大10倍の負担増に



6

年金も今どんどん減らされている状況ですが、後期高齢者の年金者で年金収入が80万円以下の人が約4割と言われているのです。ですから、年金が80万円しか収入がない中で、今言った居住費や食費など月5万円も負担増になれば本当に大変な事態になるんじゃないかなというふうに感じています。

年金収入が約80万円以下の人は約4割。その方たちの保険料が3倍に



7

なおかつ、医療費だけではなくて介護保険も高額介護サービス費がこれまで限度額 37,200 円だったのが 44,400 円になるし、今年の 8 月から現役並みの所得者は介護保険利用料が 2 割から 3 割負担、約 1.5 倍になるといことが言われています。

そういう状況で実際に収入と支出の高齢者の家計を見ると、貯蓄が 300 万円でも 4 年間で底を尽きるということで、1,000 万円あっても計算すると 10 年しか持たないという試算が出ています。これは平均ですが、収入が 20 万円で医療費や介護の支出がかかると毎月 5 万円の赤字になるわけです。そうすると、1,000 万円あっても毎月 5 万円だと年間 60 万、それだけでは済まない生活がありますので、14 年以上生きられない、支払えなければそこが命の終わりという状況が起きてくるということが火を見るよりも明らかな状況があります。

さらに検討されている負担増

それから、国は高齢者の方に医療費がかかっているのだから負担を公平にといいことを言い訳にして、それで自己負担を増やして現役世代の軽減をとっています。実際は公平負担ということはすべての方たちの負担が増えるという方向性を示しているのです。先ほどお話したように、ホテルコストも給食代も家に居ても使うのだからということでもありますし、とにかく悪いほうに合わせるとい状況で様々なことが今狙われています。

(かかりつけ医制度を理由に受診時定額負担導入)

ひとつは、かかりつけ医の普及ということで、ショッピングと同じようにドクターショッピングという言葉があるのですが、A 先生が不安だから B 先生にもう一回診てもらって検査して、やっぱり大学病院に行って全部検査してもらおうかということで、過剰な診療を患者さんのほうから言うのは医療費の増大につながるということで、あなたは A 先生をかかりつけ医にしなさいという契約を結ぶような形にさせようといことが今考えられています。

ただし、内科の先生にかかっているが高齢者になれば目も気になるし、皮膚の問題や耳鼻科に行こうかということにもなるわけです。日本の医療制度というのはフリーアクセスということで自分の判断でどこに行つて

も保険証1枚で一定の医療が受けられるということが世界的に見てもメリットだったのですが、受診抑制をして医療費を抑えようということが今検討されています。

(市販品類似薬の負担増や保険はずし)

それから、よくお聞きになると思いますが、市販品の類似薬です。湿布薬とか目薬とか風邪薬とか、たぶんみなさんも夜中に具合が悪いから薬局に行って風邪薬を買って飲むとか、痛いから湿布を張るということがあると思いますが、そういう物は保険から外す。胃潰瘍の薬なんかも今市販品があるのです。頭痛にバファリンとかよく宣伝していますよね。あれも手軽にいつでも手に入るということはいいい面もあるかもしれませんが、ちょっとした皮膚の軟膏とかですね、全額自己負担になるわけです。

市販品と保険が効いて医師の処方箋のもとに出される薬はイコールではもちろんないのです。胃潰瘍の薬もそうですし、バファリンはアスピリンという痛み止めなのですが、病院で出される半分の量しか入っていないのです。けどお金は保険でもらうより全額自己負担でずっと高いと思います。今回その一環として、一昨年から湿布薬も病院に行ったときに1回の枚数制限ができたのです。それ以上は処方してはいけませんと、腰も肩もあちこち痛いからもう少し湿布を出してくださいとお医者さんに言っても、今こういう限度がありますから出せませんと、それ以上欲しければ自己負担で薬局で買ってくださいという形になります。

今回は取り入れられなかったのですが、化粧品の代わりに皮膚科で軟膏をもらって使うのも保険から外そうかというふうなことがあったのですが、慢性のアトピーなど慢性湿疹が増えていることとか、患者団体などいろんな反対で今回は見送りになりましたが、そういうことが言われています。

先発医薬品というので、先ほど抗がん剤とかのお話をちょっとしましたが、開発するのにものすごく開発費がかかるから薬の値段を高くするという薬屋さんのほうは言い訳に使っているわけです。10年たつと権利が切れるのです。ですから、ジェネリックもテレビで宣伝していますよね。ジェネリック医薬品を使うようにと、そのほうが同じ薬効でも安いですからということで、国も医療費を削減しようと躍起になっています。逆に生活保護の方たちには先発医薬品を使つてはいけませんという、ジェネリックの

安いだけ処方しなさいという通達が出されたりしています。ただ、1つのAという薬でもジェネリックと言われているのが20種類くらいあるのです。よくよく中身を検討しないと副作用ですね、全く同じではないのです。先ほど言ったように市販のパファリンと病院で処方されるパファリンは薬効が半分ですから、副作用のことが心配だということがこれから出されてきます。これも登録制ということで、先ほどのかかりつけ医がそうですが、こういう点でもマイナンバーが非常に有効に国のほうで管理するという手立てとして使われようとしています。

あと、かかりつけ医ではないところに行ったときは追加料金をいただきますということでオプション料金みたいな形になるとか、軽い病気のように、何年か前に1回100円ぐらいだったら患者さんが払えるんじゃないかということで保険外の負担をということで言われていましたが、100円から500円ぐらいであまり無理のない程度に医療費に一部負担をということが言われて、今具体的に検討され始めています。

それから、保険から外すということでセルフメディケーション、ある意味では健康の自己管理ということで必要なことではあります。安全な食事をきちんと取るなどの生活管理とか、生活習慣病のこともあります。セルフメディケーションという、ある面では自己責任の方向に行く可能性があるということも言われています。

あと、風邪薬とか、漢方薬は副作用がないから心配ないということで今市販でたくさん売られていますので使う方も多いと思いますが、いわゆる生薬というので副作用をよく研究しないと人によっては薬剤を飲んだために、ちょっと発疹が出たとか痒くなったぐらいだったらいいのですが、やはり命にかかわるような副作用というものも報告されていますので、そういう点では保険外しということは許せないんじゃないかなと思います。

(75歳以上の窓口負担原則1割から2割へ)

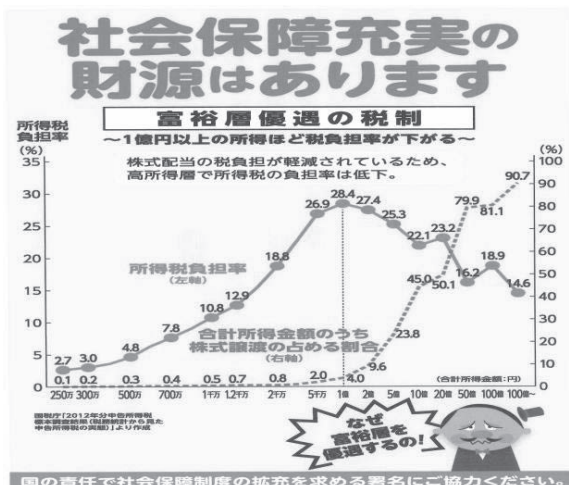
実際に保険医協会の各ドクターに、窓口負担を2割に引き上げたり自己負担が増えたらどうなると思いますかということでアンケートを取ったのです。そうすると、今以上負担が増えたらやはり受診抑制につながる、お金がないから今日は受診を我慢しておこうということが当然おきてくるという人が73%、4人に3人のお医者さんたちが非常に心配だということ

とをアンケートにも答えています。

例えば就学児です。義務教育の就学前、小学校に入るまでは今 2 割負担なのです。子どもの医療費で岩手でも一定前進があって各自自治体で助成が進められたりしていますが、学校に入ってから 70 歳未満までは原則 3 割負担なわけです。70 歳から前期高齢者と後期高齢者と言って 1 割だったのを 2 割にしよう、みんな 3 割なんだから平等に 3 割負担にしようということを今財務省や国のほうが考えていることです。これは、先ほどお話した 25 条にかかわることで、保険料は外国と比べても非常に日本の国民自身の保険料負担は大きくて、国庫からの社会保障費が削減されている中で国民負担が増えています。

社会保障充実の財源

今、本当に財政がひっ迫で大変だということが言われていますが、本当に社会保障の財源がないのか。消費税が導入されたのが 1989 年ですから、来年でもう 30 年になるのです。29 歳以下の人は生まれたときから消費税がある、消費税があって当たり前の中でずっと暮らしているわけです。導入するときに消費税は将来高齢化社会を迎えるにあたって社会保障の財源を確保するから国民みんなで平等に負担するよということ導入された経緯があると思いますが、この 30 年間医療や社会福祉の制度が国民にとっていい状態になったかという、ひとつもそんなことはないのが現状だということがよくおわかりになると思うのです。



このグラフは、富裕層の優遇税制をもっとちゃんとやれば、それだけでも社会保障の財源が確保できるということなのです。横軸が収入です。縦軸が所得税の負担税率です。よくこのグラフを新聞や雑誌でもご覧になると思いますが、年間1億円以上収入があると税率はどんどん下がっていく、今日お集まりの方で1億円以上ある方いませんか。まずいらっしゃらないですよ。そういう形で高額所得者にはどんどん税率が下げられたり、あと法人税ですね。今、内部留保が400兆円と言われていますが、法人税もかつては40%が税率だったのですが、今30%切っていますよね。その10%を元に戻せば十分消費税なんかをやらなくてもいいということと、戦争などの軍事費よりも暮らしと命を大切にということがよく言われていますが、そういう状況の中でこういうことが起きているということをおわかっておく必要があると思います。

ある症例から

ここでひとつ具体的に患者さんのことをご紹介します。35歳の男性です。この方はうちの病院に入院した患者さんですが、脳出血を起こして入院したのです。独身で発病前は非正規労働者として働いていました。もともと盛岡の方なのですが、関東地方で働いていてやっと正職員になれるということで、こちらに戻ってきたようなのです。この日から正職員で来てくださいと言われた数日前に脳出血を起こしてしまったのです。ですから、仕事も無くなったし、療養生活に入らなければいけなくなったということになります。脳外科でいろいろ治療して落ち着いたということで、うちの回復期のリハビリ病棟に入院しました。実際に入院してみると、高度肥満、BMIが30以上ですし、糖尿病、高血圧、痛風など生活習慣病のオンパレードです。これだったら睡眠時間とか労働環境が悪ければ脳出血も起こり得るなという患者さんで、いろいろリハビリもやって左麻痺は残っているのですが、何とか暮らしが立つということで1月末に退院しました。

ただ、また一人暮らしに戻りますので、糖尿病とかいろんな病気がありますから食事療法がすごく大事なわけです。実際この患者さんはうちに約3か月間入院して10キロ近く体重が減ったのです。ですから、きちんと必要なカロリーとバランスのよい食事を取ればそれだけでも肥満を改善

することができたわけです。ただ、肥満を改善したからといってすべての病気がよくなるわけではないですね。これから仕事も探さないといけないですし、経済的なこともあるので、うちのケースワーカーたちがかわかって今はすぐ仕事にはならないので生活保護受給ということが可能になっているようです。

この方は3人兄弟の長男なのですが、兄弟も結婚して家庭を持っていますし、母親も離婚して再婚したようなので、なかなかこの方に経済的援助をするということは非常に困難という状況で、仕事に就ければいいですが、ハンディを抱えた中で一人暮らしで仕事をしていくのもなかなか大変なんじゃないかなということを感じています。

じつは、この患者さんは子どものときに私が診ていた患者さんだったのです。小学生の頃いつも小児科に来ていて、子どもの頃も非常に貧しい生活だったのです。お父さんは廃品回収業とかをやっていてかなり苦勞して子育てしているという家庭で、偶然お母さんと病院で会って、どうしたの、久しぶりだねと言って、息子が入院したんだよと聞いて、そしたらこの患者さんだったのです。ですから、よく貧困の連鎖と言いますが、そういう状況の中でこういうことが起きているんだなど、本人に話を聞きにも行ったのですが、やはり一人暮らしだし仕事もきついし、ご飯をまともに食べたことがないと、スポーツドリンクを買ってきたり、炭水化物を主体にして食べたならあつという間に太ったと言っていましたね。運動するなんてこともくたびれてなかなかできないから、家に帰ればテレビを見るかパソコンをやって全然動かない、あとは車に乗っているということで自分の足で歩くということがほとんどない状況でこうなってしまったということを書いていました。

根は真面目な子で、これからまだ先が長い人生ですから本当にどうなっていくか私自身も昔から知っているだけに心配しているという患者さんがいます。この方も国保を払うのも結構大変だったと言っていましたし、生活保護をいつまで受けられるかということもあるのですが、困難を抱えて今後も生活していくんだろなということが予想される状況です。

憲法を生かした社会保障充実を！

ここに憲法を生かした社会保障充実を！ということで書いていますが、生存権や国の社会的使命ということで、すべての国民は健康で最低限度の

生活を営む権利を有する。国は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、と憲法でもうたわれています。もちろん平和でなければ健康で長生きということは当然できませんし、そういう意味では 9 条と 25 条はパラレルで、共に運動して両方勝ち取るということが今私たちに求められているんじゃないかなと思います。

それから国保の問題ですが、2002 年に国保法が改定されたのです。その条文をよく見ますと、概ね 3 割負担にするということが書いていて、将来にわたって 3 割以上は負担させないということが国保法には書いてあるようなのです。この間、国会のいろんな質疑でも厚労大臣が必ずそれを発言しています。ですから、先ほどお話したような一部負担、100 円ぐらいだったらいいだろうと、安易に特別なお金を取るとかいろんなことが企まれています。それは国保法にも反している中身だということを私たち自身が知って、そういうことも含めた運動にしていかなくてはいけないんじゃないかと思っています。これで私の話を終わりにしたいと思います。どうもご清聴ありがとうございました。

活動報告

無料低額診療の現状と課題

盛岡医療生協川久保病院医療相談員 高橋 希

無料低額診療とは

川久保病院の医療相談室の高橋と申します。よろしくお願ひいたします。私のほうからは無料低額診療と当院の状況などについてお話しさせていただきたいと思ひます。



まず無料低額診療は、生計困難者が経済的理由によって必要な医療を受ける機会が制限されることのないように医療機関が独自に行っている事業で、社会福祉法の第二種社会福祉事業に規定されているものです。岩手県内では6施設が無料低額診療を行っており、盛岡市では2つの病院で行っています。無料低額診療の薬局代は適用外であることと、入院の場合の自費分も適用外となっています。

川久保病院の基準

次に当院の基準なのですが、全部病院のほうで支払う場合は、無保険やホームレスの方などです。一部負担の全額免除をする場合は、生活保護基準と世帯収入を比べて、生活保護基準の120%以下だと全額免除で病院のほうが出しています。あと、一部負担の半額免除だと生活保護基準の140%以下という基準で行っています。

相談の流れ

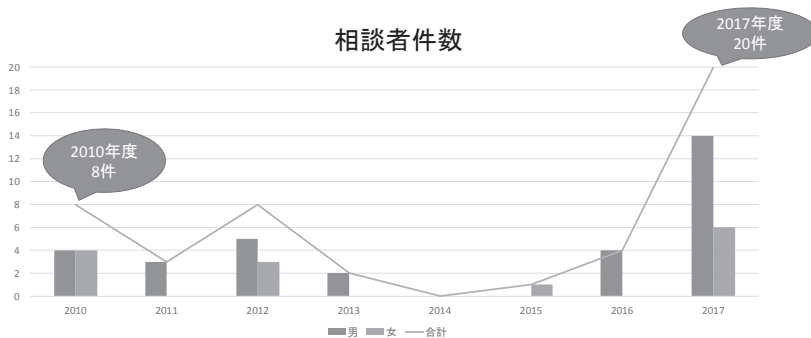
無料低額診療を使うときの相談の流れですが、多くはホームページを見に来ましたとか、関係機関から相談が来るのですが、まず病院の相談室のほうで本人さんに聞き取りをして、世帯構成や保険の種類とか収支、生活・就労状況など様々踏み込んで聞き取りをさせていただいています。その聞き取りと必要書類、通帳とか収支のわかるものをコピーさせていただ

いて、申請書を院長宛に提出しています。収支がわかるものとか踏み込んで聞くことは結構ハードルが高くて、聞かれることが嫌で無料低額診療の申請を渋る方も中にはいらっしゃいます。

これを出して2週間の間にどうするかを決定して本人さんに通知をして、原則3か月間の期間で無料低額診療を適用していますが、定期的に相談員と面談を行って必要時は延長も可能となっています。

相談者件数

当院の相談者件数や年齢別は表のとおりですが、川久保病院で事業を始めたのは2010年度で、そのときは8件の相談があったようで、毎年減ったり増えたりを繰り返しています。2017年度は今までで一番多くて20件の相談件数があり、今までで一番多い年になりました。社会福祉協議会や地域包括支援センターからの相談が多くて、ホームページを見てきたという方もいらっしゃって、結構な人数になっています。



年齢別

10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代	不明
1人	1人	1人	3人	4人	5人	2人	1人	0人	2人

適応状況

20件の相談のうち当院では無料低額診療を適応したのは14人で、男性が10人、女性が4人でした。適応しなかった方が6人いらっしゃったのですが、理由は収支をみて基準額より多かったため該当しなかったり、入

院している病院から相談もあって入院先で対応をお願いしたり、通院先での分割払いを相手の相談員さんと考えてもらうようにお話をしたり、相談のみで終わっている方もいらっしゃいました。

無料低額診療が適応終了となった方は8人いて、理由は死亡した方、仕事が決まったので収入が増えたとか、生活保護の受給が決まった、治しなかった治療が終了した、3か月間の期限で終了となった方もいました。この死亡の方は病院につながってから入院して1週間で亡くなってしまったというケースも今年度はあり、悲しい現実もありました。

保険種別

無料低額診療で相談を受けた方の保険の種別ですが、一番多かったのは国民健康保険で、その中には短期証とか資格証明書の方もいて、無保険という方も3人いらっしゃって、何で無保険のままだったのか、短期証や資格証明書になってしまったのだらうと、私は結構悩むというか、考えてしまうことが多かったです。

短期証は1か月から6か月という短い間の有効期限で使われる保険証で、資格証は10割を一回病院で自己負担して、あとで払い戻しの申請が必要になる保険証の代わりになるものなのですが、やはり生活が苦しくて保険料が払えないと保険証を取り上げられて、でも受診をして10割負担を払えるわけがないので、そうすると病院に行くことを諦めてしまうと思うのですが、こういうことの繰り返しで悪循環が生まれてきてしまって病状が悪化して、これではもうだめだとなったときに来たり、あとは手遅れになってしまうことが生じてしまうんだなというふうに思います。

盛岡市の国保の現状

盛岡市の国保の現状を見ていきたいと思いますが、国保加入率や世帯人数の表は以下のとおりですが、年収のところで収入なし、所得なしということで見ていただければと思います。200万円以下の収入で国保加入者が約80%を占めていることがわかると思うのですが、例えば100万円以下の方で70代で年金が年60万円、月に直すと5万円だとすると、月の国保料は約7,000円から8,000円支払うことになっています。200万円以下の方だと年に16万円、毎月約13,000円を払っていかないといけなくなるのが今の国保の現状なのですが、そうすると保険料を払うほかに受診をして

自己負担を払っていくことが難しいというのがわかってくると思います。

盛岡市の国保の現状

	世帯数	人数
市全体の世帯数及び人口	134.007世帯	292.014人
国保加入世帯及び加入人数	37.594世帯	57.635人
国保加入率	28.0%	19.7%

年収	世帯数 (国保加入者に占める割合)	被保険者数 (国保加入者に占める割合)
収入なし	12.181世帯(32%)	14.514人(25%)
100万円以下	11.210世帯(29%)	16.550人(28%)
200万円以下	8.028世帯(21%)	13.613人(23%)

平成29年度版 盛岡市の国保と後期高齢者医療制度
盛岡市 市民部 健康保険課

事例紹介

次に事例を紹介したいと思います。本人と家族状況ですが、60代の男性で一人暮らしをされていて、離婚歴があって、お子さんは3人いるのですが、遠方であったり関係はあまりよくない様子でした。生活状況を聞きますと、2015年の夏に脳梗塞を発症して病院に入院されて治療を受けて退院となったのですが、そのあと体の状態が悪くなって仕事を辞めさせられて、2017年の夏ぐらいから無職の状態です。2018年1月から友人のところで仕事を始められそうだが体が痛く歩けない状態のため相談にきました。この無職の間の食べ物は娘さんや友人が調達してくれていたり、時々娘さんがお金を仕送りすることもあったようなのですが、仕送りをすることで娘さんの生活も苦しくなってしまうという悪循環が生まれています。

支援経過ですが、まず相談室で無料低額診療の申請をしたのですが、無職で預貯金も数円しかないということで生活保護基準の0%にて医療費は全額免除で行っていました。私のほうから状態を見て、生活を立て直すにも生活保護の申請を提案したのですが、本人はまだ必要ないということで拒否されて、生活保護への世間の偏見がまだ残っているんだなと感じられました。相談当初、保険証がないとお話があったので相談員のほうから

状況を市役所に確認しました。確認すると保険証は発行されているということだったので、娘さんに再発行の依頼をお願いして保険証を発行してもらいました。

本人さんは体が痛いということで、受診をしてもらって診察を受けると関節リウマチの疑いということで診断がありました。当院では関節リウマチの初めの治療が難しいので、ほかの病院に紹介することになったのですが、無料低額診療がほかの病院では使えないので、私のほうから相手の相談員さんに情報提供して、支払いの相談とか経済的な面での相談をしてもらうようお願いしていました。当院からは痛み止めの処方のみだったのですが、無料低額診療は薬代が適用外なので娘さんが出してくださいました。

この事例を見ると無料低額診療にもまだまだ課題があり、赤字になっているところが課題と思われるのですが、無料低額診療をやっていない病院が多いので、川久保病院でできない治療とか無い科だとほかの病院に行かないといけないので、それが中断につながったり支援が切れてしまうという恐れがあるので難しいなと思うのと、薬代は自己負担が出てしまうので、結局それで受診が大変になってくる、病気によっては薬代のほうが高い場合もあり、そういうところが大変になってくるので、まだまだ改善が必要な制度だなと思っています。

この方の今後の支援としては、当院で治療ができるようになったときに治療の中断を防ぐかわりが必要だなと思っていますし、当院での無料低額診療の申請も再度検討が必要だなと思います。今かかっている病院の相談員さんとか、ほかに使える制度がないとか、関係機関と連携を取りながら今後の生活と仕事を立て直せるように支援していけたらいいなと思っています。

おわりに

最後に無低診にかかわる方は医療費だけでない生活の課題がたくさんある方が多いので、課題解決ができるように手助けをできればいいのと、無料低額診療の周知がまだまだ足りていなくて、病院に行きたくても来られない人が地域にはたくさんいるんだなというのを実感していますし、保険証がないとか生活保護のところでは行政との連携が必要だと思いますし、地域に出向いてどういう方が暮らしているのか、困難な人がどのくら

いいるのかというのを私たちが知って発信していくことも大事だなと思っています。

必要な医療を誰でもいつでも受けられるように、安心して生活が送れるように私たちができることは何かと考えていますし、もしみなさんの周りで困っている人がいたら相談していただきたいと思いますし、今日聞いた話を周りの方にも少しずつ話をしていただいて、無料低額診療がつながっていったらいいなと思っています。短い話ではありましたが、私のほうからは終了とさせていただきます。ありがとうございました。

質疑応答

Q お恥ずかしいのですが、無料低額診療という言葉聞いたのは今日が初めてです。資料の表紙に無料低額診療についていろいろ書いてありますが、その中で医療機関が独自に行う事業だということと、第二種社会福祉事業に規定されているということですが、これは実施した医療機関に対して国のほうから補助のようなものがあるのでしょうか。

A (川久保病院医療相談員 佐々木穂波) 医療機関に補助というのはないです。ただ、事業を実施すると税金の免除があるのです。川久保病院は医療生協の病院なので、医療生協の病院だと税金の免除も適用されないのです。川久保の場合は全額持ち出し、ほかに済生会さんがやっているのですが、固定資産税の免除や減額が対象になっていると思います。

Q 岩泉の済生会で無料低額診療をやっていると思うのです。川久保病院のことはよくわかりましたが、岩泉とか北上の済生会ではどんな利用がされているのかということと、もうひとつは薬剤、院外処方という形で調剤薬局に行くと対象外だということで、結構負担が多いという報告をされていましたが、青森市では薬代も行政のほうで補助するとなっていますが、盛岡の場合はちゃんと補助してくれというようなことを打診したのかどうかということと、私も生活相談とかいろいろ受けているのですが、高橋さんが言われていた医療費だけでない問題が山積しているということで、関係機関や行政との連携が非常に重要だと私は思っているのですが、具体的な動きとしてどういう形で発信をしているかということをお聞きしたいなと思います。

A (佐々木) 済生会さんの取り組みで北上はちょっとわからないのですが、陸前高田と岩泉のほうは確か非課税世帯の方には適用させていたと思います。陸前高田は一度新聞にも載ったのですが、非課税世帯の方には無料低額診療を適用させるようにして、すごくたくさん利用されているというふうに聞いたことがありますので、岩泉もそうだったと思います。北上はわかりませんが、たぶん済生会はグループが同じなので一緒じゃないかなと思います。

薬局は青森や高知では院外処方も適用させるということになっていて、ここでもずっと課題だと言われてきていて、ただ事例があまりにも少なく行政との懇談や申し入れみたいなのができない状況だったので、最初は毎年懇談してこういう事例があったと話をしていたそうですが、事例が少なくできない年が数年続いていたそうです。今年度はかなり事例の数も多いので、ぜひやりたいなというふうに話をしていたところです。

関係機関や行政との連携ですが、関係機関に関しては岩手県の社会福祉協議会が生活困窮者自立支援事業というのを県の委託を受けてやっているのですが、そこから相談を受けることがすごく多いので、県の社会福祉協議会の生活困窮者の相談を主に担っている方と、盛岡市の社会福祉協議会にはコミュニティーソーシャルワーカーさんといって地域のいろんな相談事を受ける職種の方がいらっしゃるの、その方からも相談を受けるので、そちらの方と包括支援センターの方とこの間懇談をして、まだまだ事業が知られていないということとか、社会福祉協議会の方たちが説明をしてもみんな遠慮して病院に行かないから一緒に訪問してしゃべってほしいという意見もあったので、そういったこともできるようにしたいなと思っています。

入り口として社会福祉協議会さんとはやり取りが多くて関係ができているので、私たちが勢いをつけて行政の国保課とか地域福祉課と話を、できれば保険証がない状態で来られた方の場合に無料低額診療を適用させたいので保険証を発行してくださいと言えるぐらいの関係になりたいなと思うし、今のこういった状況があるということを行政に話を動いてもらう、例えば市立病院で無料低額診療をやってもらうとか、そういった方たちの医療費が心配なく、病院の持ち出しでもなく医療が受けられるようにしてもらおうということをぜひやりたいなと思います。あまりケンカしないようにやりたいなと思っています。

Q 小野寺先生のお話ありがとうございました。医療改悪が強引に政治的に進行するという全体像は本当によくわかったのですが、それをどう打開していくかというわれわれの運動や闘いの方向はなかなか難しい、とくに今の安倍政治は財界の代表による規制改革推進会議で決めたことを官邸主導でやる、国会での議論は関係ないというこういう政治体系ができていますから、なかなか大変なのですが、ひとつの方向性として老人医療費の

無料化についても沢内村はじめ自治体が先行して無料化を実践しかなり全国的にも広がる中で、政府も一時期老人医療の無料化に踏み切った歴史があるわけです。

そういう点で言えば、小野寺先生も中心的になって子どもの医療費を地方自治体でもっと面倒見ろという運動について、住民の運動をどこまで評価できるかという問題もありますし、地方議会でどこまで議論があったのかということも必ずしもよくわかりませんが、いくつかの首長の判断も含めてある程度の年齢の引き上げなど改善が進んできているわけですね。そういう経験も踏まえて自治体から社会保障を本当に住民の立場に立って見直す実践を進めながら、政府に対しても議会の意見書を含めて、毛沢東ではないですが農村が都市を包囲するような形で地方から攻め上げるというか、そういうことも重要な運動の方法になるのではないかという感じがしているのですが、小野寺先生がこれまで進められてきた子どもの医療費をめぐる問題を含めて、運動の方向性との関係で地方自治体の役割やそれを進める住民運動なり議会の取り組みについてお考えがあれば率直にお話いただければありがたいと思います。

A (小野寺) どうもありがとうございました。子どもの医療費の経験から言いますと、身近な患者さんでお金がないとか、今は国保のほうも改善されたのですが、前は親が国保税を払わないと子どもの保険証が発行されなかったのです。私の個人的な経験で言いますと、たまたま急患で運ばれてきた子がいたのです。でも、その子は保険証がなかったのです。どうして保険証がないのと聞いたら、親は経済的困窮で、こういう事態になったから家でずっと診ていたんだけど、痙攣が起きてしまって急患で来たということがありました。外来で診ているだけだとそんなに困っていそうに見えない方たちも、いろいろ声をかけてみるとそういう方たちがたくさんいるということで、いろいろな人たちに話をしたらそういう人は巷にたくさんいるということで、困っていることをみなさん我慢していると思うのです。

保育所とかいろんなところに声をかけたら、保育所でも病院に連れて行ったらと言ったら、今日はお金がないから明日にしますというお母さんが結構いるということで、やはり医療機関だけではなくて、子どもにかかわるいろんなところがみんなと一緒に運動をやったということがひとつの成果につながりましたし、盛岡だけではなくて、岩手県、全国的にも一定

の前進があって、国の制度として子どもの医療費は無料化にという運動も今展開されているのですが、私自身も高齢者の分類なのですが、とくに高齢者のところがすごく攻撃的になっていますよね。ですから、ずっとこの間、国の発展に尽くしてきた自分たちをこのままでどうしてくれるんだというくらいの勢いで、そういう運動を地域で組織して、国の制度をすぐには変えられませんから、自治体ごとで要求をぶつけるような活動が必要なんじゃないかなということを感じています。

先ほどの消費税もそうですが、かつては沢内村をスタートにして老人の医療費は無料化だったわけです。だけど、今の岩手県民の中でそういう歴史があって、岩手県が先陣を切ってそういう制度をつくったということを知っている県民がどのくらいいるかということもありますし、歴史から学んで、今ますますその時代より別な意味では大変な状況にあると思うので、これから高齢者の運動がひとつのポイントになるのかなと、高齢者と言ってもいろんな世代がありますが、みなさん 60 代、70 代元気ですよ。ですから、未来のためにはその人たちもやらないといけないし、もうひとつ私が感じているのは、今日労働組合の関係者もいらしているかもしれませんが、当事者ではないのでわかりませんが、労働組合も大変な状況で、かつて社会保障と言えど労働組合が先陣を切って地域の人を巻き込んで運動してきたという歴史があったと思うのですが、そういうことをもう一度学び直してやるときではないかなと今すごく感じています。一辺にはできないので自分にかかわるところで、これはおかしいというところを声を出しながら、具体的な運動のやり方は様々あると思いますが、その地域や状況にあったことを発信し続けるということはずごく大事じゃないかなと思います。子どもの医療費は一定前進しましたが、ただ私たちの要求である義務教育までは自己負担なしにということまでには到達していないので継続する必要があると思います。

もうひとつ今思っているのは給食の問題ですね。子どもたちの給食費です。すべての子どもにかかりますし、盛岡の場合 1 人年間 5 万円だそうです。ですから、今 3 人子どもさんがいらっしゃるところは稀ですが、2 人いれば 10 万円ということで、食教育の点からもすごく大事なので、そこもテーマとして取り上げる課題かなと感じています。先ほど糖尿病のことなどお話をしましたが、たぶんみなさんご存知ないと思いますが、岩手県の場合、学校保健統計をやるとワースト 5 にいつも肥満児の率が入って

いるのです。男の子はだいたいワースト1か2で、女の子はワースト5くらいなのです。ですから、その状態が続いて糖尿病や生活習慣病に将来なれば何倍も医療費がかかるわけです。そういう点からも食育と言っているだけではなくて、具体的な対応をするということが必要なと思うので、とくに自分の目の前の具体的な課題をどういうふうに声を上げるかというところが出発点かなと感じています。

(司会者 高橋) ちなみに自治体で75歳以上の高齢者の医療費無料化を東京の日の出町が行っています。75歳以上の方の人間ドックもやっているということで、当初それに対していろんな意見もあったようですが、町長がそういうことを掲げてやっているということで、もしかしたら今後の運動のためにもそういった取り組みがどういうふうに行われているのかということ調べてみるのもありなのかなと思います。先ほど先生のほうからいろんな分野で取り組んでいこう、労働組合だけでなく住民と結びついた運動というのをもう一度再構築してみたらどうかというご意見もありましたが、いかがでしょうか。

(五十嵐) 岩手医労連の五十嵐と申します。本当にわかりやすいお話ありがとうございました。実態のほうも本当によくわかりやすかったのですが、医療現場の実態からということでは、医労連に加盟している労働組合の病院の実態なんかをお話させていただきますと、医師、看護師がすごく人手不足です。介護報酬や診療報酬が医療の値段を決めているのですが、みなさんから集めたお金は全部病院に入るわけではなくて、その点数で病院に収入が入ってくるのです。それがこの間ずっと引き下げられてきたということで、今までと同じような働き方では病院は赤字になってしまうということで、本当に病院の経営者は黒字にするにはどうしたらいいかということで目の色を変えて躍起になっているような感じです。それが医療現場で働く人たちの働き方にもつながってきていて、安倍さんの働き方改革で問題になっているようなことが医療現場でも実際に起きているということです。

例えば朝8時30分から仕事ですが、7時30分に行って仕事をしています。それはサービス残業になっています。あと、大きな病院だと重症患者さんが毎日入ったり出たり、手術が行われたりということで、帰りが夜9

時、10時というのが当たり前の状態になっていますし、全部超過勤務を付けているかというところではない実態もあります。県立病院だと人をちゃんと配置しないと加算が取れないということで、7:1看護というふうにあるのですが、その基準を守るために誰かが病気になって辞めると、ほかの県立病院から応援を出して1か月、2か月別の病院に行って応援体制を組んでいるのが今は本当に普通になってしまいました。昔は3月、4月で転勤というのが普通でしたが、今はそんな状態で働いている状況です。

なかなか労働組合の中も自分たちの目の前の仕事がすごくいっぱい、もちろん患者さんの命を守るということを一生涯懸命やっているので、そして自分の生活や命を守るということも大変な状況でやっています。専門職ということで各科、各職種で本当に一生懸命勉強もされていて、それがまた自分たちを追い詰めているような状況になっています。

先日看護の集会で、北海道のKKRの国立病院で1年目の新人看護師が自死をした事件があったのです。その弁護団の先生のお話を聞きましたが、その方が言っていたのは、なかなか年次が取れない、超過勤務がちゃんと書けない、休憩時間がちゃんと取れない、そういう職場は命が危ない職場ですと、それがそのまま当てはまる病院がいくつもあるということで、命が危ない職場で働いているんだなというふうに思っています。あと、小さい病院も本当に人手不足で3交代勤務をするのに師長まで夜勤をしているような病院もあるということで、本当に深刻な状況です。結局職員がいなければ病院も回らないし、患者さんの命も守れないというところでは職員だけの運動ではなくて、みんなと一緒にやっていかなくてはいけない、ただどうしたらいいかというところでなかなか進んでいかないところです。

あと、小野寺先生が最初のほうでお話をされていたのですが、岩手でベッド3,000床を2025年までに減らすという計画があって、大きな計画は県が立てていて、岩手には9つ、二次医療圏といって県立病院を中心にしながら圏域があるのですが、具体的にどうするのかというのは二次医療圏の中で今話が進められているのです。ただ、押し付けるのではなくて自主的にベッドを減らす、どうするかその中で相談しましょうと言って、決して私たちは押し付けませんからと県は言っているのですが、ところがその目標どおりにやっていかないと国から補助金が削減されるという実態もありまして、この間盛岡の二次医療圏の会議を見てきたのですが、そのと

きに県の人がそういう事態もあるのでそれなりに対応していきますというようにもおっしゃっていました。実態とすれば県立病院の中で着々とベッド数を削減させている、休床を増やしたり、病棟をひとつ減らしたりということが行われているという実態があります。

(司会者) 国のほうはインセンティブという言葉を最近よく使って、意味がよくわからないでいる部分もあるのですが、要は国保や医療の部分でも目標を達成しないと補助金を下ろしませんという補助金でもっている分野を締め付けたりしているの、それをもらえないとやっていけないからということなのでしょうが、本当にえげつないやり方があらゆる分野で今広がっているのが実態だと思います。

(角掛) いわて労連の角掛と申します。医療費というのは、昔は経済誘導という形で最初は高い点数を付けて、あと導入すれば点数がもらえとか、食事の適正化というのも最初はそういうものから始まって、結局は全部入院費の中に組み込むという形で点数がなくなってしまったということもありました。医療費というのは、今までは経済誘導という、先ほど司会者の方が言われたように助成金を削るとかという方法によって医療費を抑制するというように、必ず厚生労働省はそういう手法を使ってやっています。

昔は、病院関係は200床で何人の看護者が必要ということで、その分の看護者を入れていた。今は患者さんが何人いれば何人の看護者だけいけばいいという形で、結局200床あって190人しか患者さんがいなくても200人の患者さんがいる看護者という基準で、ある程度余裕があったのですが、今は完全にキチキチの状態です。先ほども看護師の応援を出しているというお話もありました。

あと、無料低額診療のお話であったのですが、患者さんが来て相談があるということで逆に私が思ったのは、そういう患者さんがそこまで行く交通費を出すのはどうなのかなと思ってしまったのです。大変申し訳ないですが、盛岡市内でも離れているようなところから川久保病院まで行く交通費だけでも大変な負担になるんじゃないかなと思って、そういう無料診療をしてくれる病院がたくさんあれば助かるなという思いは先ほど聞いていました。それと、たくさん診療科がないとだめだというお話もあ

りましたので、ぜひともそういうところは運動などをやっていかなきゃならないなと思いました。

あと、小野寺先生のお話で、35歳の方が非正規というお話を聞いて、一番問題になるのはそういう働き方をしないと生きていけない世の中になっていると、それと同時に岩手県の最低賃金が低いなど、結局コンビニならコンビニ弁当だけとかゼリーだけとか偏った食生活をしているから余計ですし、不規則な生活というのもあって、働き方改革ということで裁量労働制ということも問題にもなりましたが、今の社会がいかにして給料を払わなくしているか、いかにして負担を増やしていくかという社会になっているということ自体が、労働運動をやっている側としては身につまされる思いがしてお話を聞かせていただきました。やはり生活保護にもならないような方の無料診療というのは重要なものだと思いますので、ぜひとも頑張ってお手伝いしていただきたいというのはあります。

先ほどお話がありました、生活保護に該当する方が保護申請を拒否する。昔、私も医療機関に勤めたことがあって経験したことがあります。その方のところに行って夜の10時くらいまで説得してもだめで、屋根の上から飛び降りて死んでやると言われて、それを説得するのに頑張ったのですが、結局1年間入院費をためられてしまって、10年ぐらいかかって返させて生活保護にも持っていったという経験もあります。今は昔と違ってそういうことはないと思うのですが、やはり生活全般というところで社会自体がいかにしてそういうものをなくしていくかという全般でかかってくるんだなと思って聞かせていただきました。ありがとうございました。

(小野寺) みなさん身内の方や知り合いの方が手術で大病院に入院しても早く退院しろと言われて、まだ治っていないのに大変だというお話を聞かれると思うのですが、診療報酬ともすごくかわるのです。平均在院日数というので、例えば中央病院のような大病院で急性期病院に入院の患者さんがいて、1人当たりの平均の入院日数というので全部報酬が決まってしまうのです。国が最初は25日と言っていたのですが、それが21日になって、今たぶん中央病院だと十数日で退院して二次病院に行きなさいということでルートをつくる、大手術でも手術するその日に次の病院を考えておきなさいと病院から言われるという。それも診療報酬で決められている

ので、まだこの状態では難しいというのでも出さざるを得ない。患者さんや家族にしてみれば追い出されたとなるわけです。そうすると、医療機関と患者さんとの間で敵対関係みたいになったりしてしまいます。

先ほど現場で働く看護師さんや医療労働者の実態などもお話されましたが、そういう点も利用者である患者さんの側もちゃんと知らないとやっていかれないとか、ナースコールを呼んでもさっぱり来ないというようなことになるので、目的はひとつなので、そういうふうな情報共有をしながらお互いにやるということがすごく大事ななということを思いました。

もうひとつだけ追加しておきたいのですが、先ほど知っ得パンフを紹介しましたが、これは意外とみなさん知られていなくて、川久保病院が努力して患者さんたちにとっていただくようにしているのですが、23 ページをご覧ください。特別障害者手当というのがありますが、名前を聞いたことがありますか。身体障害者で自立歩行 100m以上歩けないとか、身体障害の認定を受けている方が診断を受けて、例えば在宅で治療中の方とかいらっしやいますよね。その方の医療費の補助ということもありますが、その方を介護なり看護しているご家族に対しても、申請すると毎月 26,830 円出るので。これももちろん所得制限があるのですが、先ほどお話したような医療よりはもう少し幅があって、一定の所得があっても申請すればもらえる可能性があるのです。

ですから、医療費も大変な中でこういう手立てがあるということをご存知であれば、主治医の先生に診断書さえ書いてもらえば出るので、ぜひ活用できる医療制度はどんどん利用するということやお知らせすることがすごく大事だと思うのです。今、身障者の場合もいろんな器具なんかもどんどん介護保険から外されて自費負担に移行する状況がありますが、これは国の制度で自治体によって加算しているところもあるようなので、よくわからなければ身近な病院でケースワーカーの方がいらっしやれば聞いていただいて活用いただきたいと思います。そういう点でも、もう一回このパンフレットを家に帰ってからゆっくりご覧になっていただければと思います。

Q 無料低額診療という制度は公的病院ではできないという制約があるのですか。

A (佐々木) ないです。

Q もしなければ県立、国立、市立、そういう病院が岩手は多いわけですね。別に制約がないのであれば県民的運動として考えられるのではないかなと思います。

A (佐々木) 公立病院だからやっちゃだめということはないと思います。ただ、病院の持ち出しですし、この事業をやっていることについてしばらく国がいい顔をしなかったというのもあるので、たぶん市立病院とか県立病院さんはあまり考えていらっしやらなかったのかなと思うのですが、やはり必要ではないかなと思いますので、ぜひご提案いただければなと思います。

私も医療相談室にいるといろんな方の相談を聞きますし、本当に世の中が病気をつくるというか、一回問題を抱えてしまうとなかなか取り戻せない。そういう方たちは自分たちが頑張らなきゃと思っていて、自分たちが大変なところにいるというふうにもあまり思っていらっしやらない人も多くて、助けを求めるといことも頭にないという方もたくさんいらっしやるのです。自分たちができることはそんなに大きくはないかもしれませんが、何となく医療生協の病院や民医連の病院にいて、自分たちが苦勞するのは平気というところがあるので、自分たちがやればいいみたいに思っているふしがあったと思うのですが、そうではなくて、ほかの病院と一緒にやろうと広げていくこととか、自治体に助けになることをやるほうがいいのということ率直に訴えていけたらいいのかなと思っています。

(高橋 希) 私は入職して2年目なのですが、この2年間でいろんな人に出会ってきました。一番大変なのが何の制度にも当てはまらないという人で、私も困ってしまうし難しいと思うのですが、その制度の狭間にはまってしまう人がいなくなるというのが一番の理想だなと思っています。やはり今の制度は自己申請をしなければ知らなかったで済んでしまうので、私自身もちゃんと最新のものを知ったり、自分自身も勉強をしてみなさんに使える制度などを伝えていけるようになりたいなと思いましたし、今回のように無料低額診療のことをどんどん広めていきたいなと思っています。ありがとうございました。

2017年度連続講座「岩手の再生」・岩手県社会保障学校 第5回講座

社会保障・社会福祉とは何か

～ 歴史、原理、政策、運動の4つの視点から ～

岩手県立大学名誉教授 佐藤嘉夫

はじめに

今日は今までやってきた講座のまとめ的なことなのですが、ちょっと大学の講義風のお話になってしまって申し訳ありません。今まで4回みなさんから話を伺い、そういうものを通して高齢者福祉や地域福祉や医療や国民健康保険のこと、それぞれに課題というものがあるのですが、もうちょっと社会保障全体を概観した場合にどんなふう考えたらいいかというようなことを話します。



社会福祉・社会保険・社会サービスについて

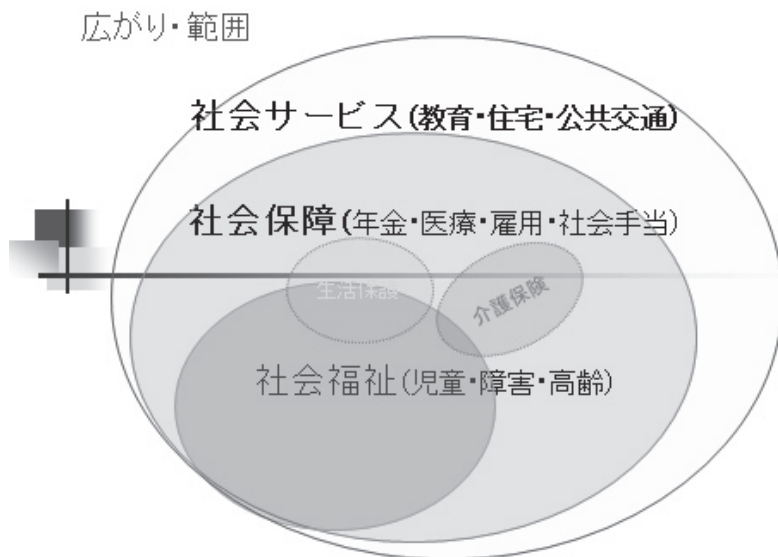
社会保障とか社会福祉というのは、私たちが普通の市民として生活していて、自分の力でちゃんとした生活とか、必要になった介護とかができなくなったときに、社会が支えてくれる様々な仕組みということなので、制度的なことだけではなくてボランティアなどを含めての話なのです。

その中で社会福祉は社会保障とどこが違うかという個別性ですね。一人ひとりの必要性です。年金というのは一人ひとりの必要性ではなくて、労働者全体として老後はどのぐらいお金が必要かということで組み立てられるわけですが、社会福祉は個別の必要性なので、介護が必要になっても家族がちゃんと介護したりとか、暮らしも困らないとか、3世代が同居しているとか、そういう場合と一人暮らしでは当然ニーズが違うわけですね。ところが、介護保険という仕組みを導入したので、保険というのはどうしても一人ひとりの必要性に対応するという制度ではありませんので、そこがうまくいかないのです。福祉というのは一人ひとりの必要なサービスを提供して個別にケアをしてあげるところが社会保障とは違うとい

うことです。

次に、社会保障より広い、もうひとつ外側の概念として社会サービスということで、ここでは教育と住宅と公共交通の話がありますが、教育と住宅についてはあとで触れたいと思います。社会保障とその中にさらに社会福祉がある、これらは重なり合っているという意味ですね。生活保護と介護保険だけは福祉と社会保障のところにまたがっていますが、こういうものが全体として私たちの生活を支えているというふうに考えています。

図 1



4

3つを全体として見る

どうしても社会保障を考えるとときに国民負担が先進国みたいにいかないのは、日本は政府も金を出さないけれども、国民の負担だって低いじゃないかという議論を盛んにするわけです。そうしたときに、よその国は教育費とか住宅費はどうなっているのだろうかという話なのです。どれだけ何が負担できるかというときには、勤労者の生活全体にかかわる様々な公的な支出と言いますが、こういう3つの福祉と社会保障と社会サービスとい

う全体を見ていかないといけないということなのです。

日本の年金は先進国に比べて遜色ないと厚労省がすごく言うのです。名目年金給付額だけ比較するとだいたいそうなのです。だけど、問題は出ていくほうなわけです。私たちが社会的に必要な経費とか、何か病気になったりしたときに私たちの家計から出ていく必要なお金というものがどれだけ外国と違うかということが重要な議論になるのです。年金の金額が同じであっても私たちの老後は金のかかる老後なので、私も老人の域に入りましたが、例えば介護が必要になって施設に入ったときは最低でも 15 万円ということですから、毎月 15 万円誰が負担できるんだという話なのです。

それが、何でよその国と年金が同じだという評価になるのかという問題は、ほかの制度の仕組みとの関係ということになるわけですね。これらがそれぞれ関連し合っているということです。だから、現代の勤労者の生活は社会福祉と社会保障と社会サービスという 3 つから私たちの生活は支えられているというのが当たり前の形なのですが、どこかひとつだけを見るのではなくて、いずれは全体として見ていかなくちゃいけないということなのです。

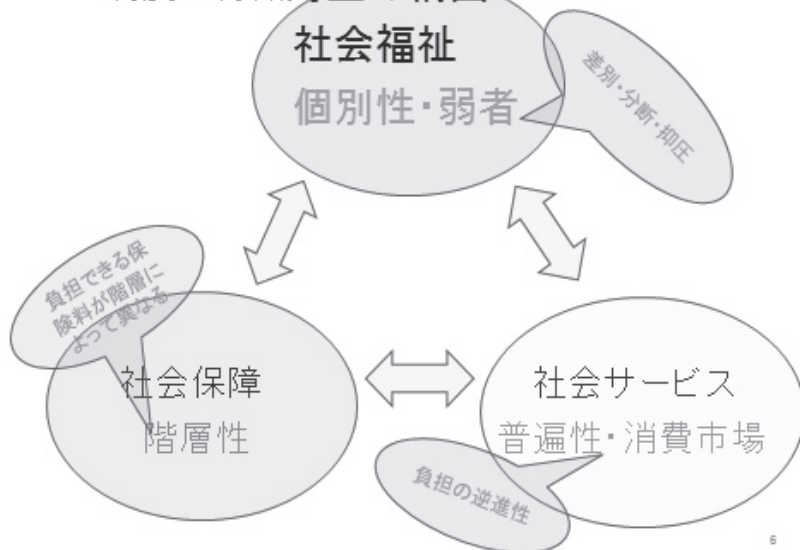
日本の現状

それでは、日本の現状という話ですが、社会サービスは公的な整備、公共交通なんかもそうですが、多くは路線、料金などの許認可などによって基盤整備はするのですが、サービスの提供そのものは民間市場でやっていて、多くの国民が共通に利用しています。教育の場合と交通の場合ではちょっと違いますが、教育の場合は直接的なサービスで教育費そのもの、義務教育なんかは直接国が出している、高等教育についても非常に額は少ないですが、授業料以外は国公立大学はほとんどが税金です。私立大学でも全体として 3,200 億ぐらい出ているわけです。それでも非常に少ないですが、若干直接給付もあって、だけど基本は市場サービスです。

社会保障は医療と年金を想像してもらえばいいのですが、例えば国保なんかも今後都道府県に移行した場合にも継続する部分があるわけですね。だから税金と保険料、それは社会保険という仕組みなのでどうしてもあらかじめ予定しているものに対して防御するというのが社会保障の考え方なので、何が起こったときにどれだけのものを出しますよと、年金ならば老

齢年金とそれ以外の障害年金とか母子年金では違いますが、あらかじめ決められているわけです。こういう条件になったら出すという、保険上の事故と言うのですが、老齢の場合には一定の年齢要件ということですが、どうしても社会保険ですから保険集団の階層性という、この辺のところは課題としてあるわけですね。年金を高くもらおうとすると高い人たちの集団を作る、公務員なら公務員共済という形でずっと来たわけです。そういう意味では、所得の低い人たちは高い年金は保証できないから、どうしても保険料を下げるといふ、基礎年金、国民年金のようなものは保険料がフラットと言いますが一律で、その代わり多くの人にとって保険料負担率は高くなるが、それでも一般の勤労者の厚生年金よりは給付水準は低いわけです。だから、階層をある程度想定してやらなければいけない。政府からの付加給付というのも決まった形でしか出ない。特定の被扶養者などがある場合は、そのときは扶養親族の申告とか必要ですが、年金額そのものは家族状況とか生活状況によっては大きくは変わらないわけですね。

三制度の特徴対立の構図



社会福祉は一般財源と、介護保険が始まってからは社会保険というのが組み合わさっているわけですが、福祉の必要性、いくら介護保険料、私みたいに大した収入もないのに盛岡市から毎月 9,000 いくらかも保険料を払わされて、たぶん私は相当な期間まで受けないと思いますが、そういう必要性が生じなければ、ニーズと言うのですが、必要性に対して給付されるということです。そういうサービスも現物給付ということですが、介護保険法はお金を給付するということになっているのです。だから、介護が必要になったときに介護が必要になった人にお金を給付する。だけどそのお金はサービスを提供する人に支給する。本来、家族に支給する、本人に支給するはずのものなのですが、代わりに代理者としてサービスを提供した人にお金を払うという仕組みになっていて、こういうのも珍しいのです。お金を払うというのはどういうことかということ、お金を保障してあげるのだから、あとはサービスを自己責任で市場で買いなさいという。だからサービスの給付そのものを公的責任でやるという考え方が最初からないのです。

また、社会保障の中では社会手当というのがある。社会手当というのは拠出金がないやつですね。ですから、児童手当は一般の事業所を通して支給される。児童扶養手当は母親と子どものとき、特別児童扶養手当は障害を持った子どもがいる場合、就学援助は義務教育の期間、これは文科省の制度ですが、学校での公的な必要経費に対して、例えば給食費とか教材費でも学校が指定したものとか修学旅行の旅費とか、そういうものが公的に支給される。こういうのは掛け金も何も必要ないので社会手当と呼ばれています。細かい話を言うと、いろいろ違うということです。

社会福祉

これら 3 つの制度があって、特徴というか違いがあります。社会福祉は個別のニーズ、どうしてかということ、人に自分の身体的なことをケアしてもらおうというのは、家族がいないとか家が大変でみんながてんでこ舞いで家族の世話をできないとか、生活が不安定で早くから長期間介護が必要になるとか、子どものことと言えば家庭内で虐待が起こるとか、家族に揉め事が起こるとか、ですから私たちから見ると、何か問題がある家庭では福祉を必要とするニーズはより高いと見てしまうわけです。だから、社会福祉というと弱者という言葉が出てきて、弱者に対して私たちが面倒を見て

あげる、だから弱者は一般社会から差別・分断されていくという傾向がどうしてもあるわけです。それは、社会福祉が歴史的にずっとそういう道をたどってきたということなので、あとで話をします。

社会保障

社会保障の場合は、負担できる保険料が階層によって決まるので定率が定額かはべつにしても、所得の高い人たちはたくさん保険料を払ってもいいからたくさん年金をもらいたいと思うわけです。どうしても階層性というものを払拭できない。それを曖昧にして真ん中ぐらいにすると、所得の高い人たちはそんなの掛けても意味がないと不満を持つ、その代わり低い人たちは、国民年金が掛け金が月 1 万 2,000 円ぐらいで、それでも高いという話で、それをもっと上げれば高いということになるので、なかなか難しいことがあるわけです。同じ社会保障でも年金と医療は全く違うので医療についてはあとで話をします。

社会サービス

社会サービスは、市場で提供されるので誰でも使えるという意味で普遍性があるのですが、やはり所得の低い人は負担の逆進性、これは大学進学のことを考えればいいですよ。高等教育は所得の低い人には負けてくれるわけではないので、減免制度とかは微々たるものですよ。入学する人の 3%、5%に対しては安くする。国公立だと 1 割ぐらいの場合もありますが微々たるものなので、基本的には所得が低かろうが何だろうが同じ負担をしなくては行けないので、そういう意味では所得の低い人のほうが大変だという話になります。

社会保障や社会福祉の社会全体に対してもっている意味

(国民生活の安定・安心の確保)

社会保障や社会福祉の社会全体とか国全体にとってどういう意味があるかということです。私たち勤労者の生活の安心の確保ということなのですが、国民的最低限保障、ナショナルミニマムと言いますが、現代社会において誰でもここまでは最低限保障されるべきであるという国民の共通の水準、ここがちゃんと目標にできるかどうかということが社会保障の一番重要なことなのです。

さっき言ったように高い人は高いほうがいいし、生活水準の低い人は低いほうがいいという話になると、共通のものができないから別々のものにするという話になってしまう。そうすると低いほうの人には低いサービスや低い所得しか保障できないので問題になるわけです。だから、ナショナルミニマムをまず基準にするということ、それによって私たちの生活を底支えして、普通の生活が確保できて安心、信頼が生まれ、そのことが経済的な効果を生むということです。R.パットナムという人が提唱したソーシャルキャピタルの社会経済的効果ということですが、例のアベノミクスがうまくいかないのは国民がこれだけ不安を抱えているのだから、なんぼ尻を叩いたって私たちの財布の紐は緩まないし、地域経済の高揚につながらないという話です。

(所得・財・サービスの再配分機能)

2番目は再配分機能、国民生活の公平と平等化ということです。所得の高い人に重い負担をしてもらって、低いほうへ分配する。累進課税とか社会保障の定率負担というのもそうですが、社会保障という仕組みを通して、高いほうから高い税金を取る。保険料の場合は定率の場合と定額の場合と混ざっているので必ずしもうまくいっているとは限らないのですが、いずれにしても社会保障を必要な人たちにさらに分配することによって少しでも格差を取り除いていくということです。社会の成員が分かち合う仕組み、こういうふうを書くとき自民党が言っているように聞こえますが、これもあとで話します。

(社会的生産力の確保)

それから、社会的生産力の維持ということで、これは最近ライフ&ワークバランスと言われていています。社会保障があって初めて私たちが安心した普通の暮らしができるのです。例えば子育ての問題が典型ですが、途中で仕事を辞められるという、介護のために辞める人は相変わらず13万人ぐらい1年間にいますが、そういう人たちは中堅の人たちなので、そういう人たちが辞めるということは社会にとって非常に大きな損失なのです。ですから、そういうものをうまく社会保障で支えることによって社会に貢献してもらおうということです。

(社会や個人を束ねる福祉的価値の増進に寄与)

4番目が、社会や個人を束ねる福祉的価値の増進は、結いとか助け合いとか連帯とかいろいろ出てきますが、そういう様々な考え方に私たちがどこまで共感するかによって社会保障の形が違ってくるわけです。ただ、こういう言葉にはいつもメリットとデメリット、政府の思惑と国民の考えというのが同じ言葉を挟んで対立する構図になっている。ただこういうものがなければ成り立たないということも当然なのです。自分の所得の高い人たちが社会の一員として応分の負担はしますという、4~5年前にアメリカでなかなか経済が向上しなかったときにアメリカの金持ちたちがもっと税金を取ってほしいと言い出したというのがあります。ですから、そういうのはどこから出てくるのだろうか、ボランティアとかチャリティとかいろんな言葉がありますが、そういうのも大事なのです。

私たちは震災のときにこういうものが社会の中にもう一回根付いていく、けれど政策の側はそれを逆手に取るという、逆手に取られないためにはどうするかということなのです。ただ社会保障や社会福祉は、人間は競争して自分のことだけ考えて生きているのではないんだよということを通念の気持ちとして、今そういうものの見方と考え方を定着させていくという大事な役割があるわけです。

(社会保障はセーフティネット)

社会保障は、また、セーフティネットということで人生の中で起こってくる様々なものに対して網を張っている。リスクに対して網を張っている。自主的なもの、市場的なものから、より制度的で国家的な責任が強いものまでということ、最終的には生活保護があるということです。こういうふうに網を張っているという考え方なのです。

どこにどういう網を張るかということなので、その網がうまく機能しているかどうかです。日本ではよくざる法と言いますが、本当は失業手当というのは従前の給料の50%を保障するといっても、50%で生活できるのかという話で失業手当とは何なのだろう。年金の場合も同じですね。最低保障年金という考え方がなければ年金は生活の足しという考え方にしかないわけです。社会手当は保険料はないのですが、児童扶養手当とかもらってもそれで生活をできるわけではないし、そのことが最低生活を保障するという意味合いがどこまであるのか。手当の額も随分切り下げられ

てきています。

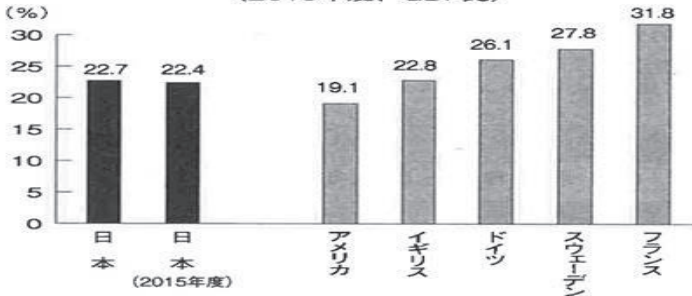
社会保障と GDP

とくに子育て支援をめぐる、日本では高齢者に対する優遇措置が多すぎるといふことで、日本の社会保障を子育て支援型、あるいは全世代型に切り替えるという話がある。GDP というのはグロス・ドメスティック・プロダクトということなので国内総生産というものなのですが、もっとわかりやすく言うと、1 年間に私たちの社会が生み出す富がすべての出発点なのです。それを誰にどういうふうに分けたか、経営者の場合は配当金、私たちの場合は賃金として世の中で分配されるわけです。1 年間に生み出している富がすべての社会の出発点である。これが国際比較するときの基本になっているわけです。

税金が高いとか低いとか言っても我々がどれだけ給料をもらっているかによって、さっき言ったようにもっと給料が高ければ払っていいよとか、もっと出るものが少なければ払っていいよという話なので、社会の富がどれだけあって、富に対して社会保障やそういうものにどれだけ使われているかという話なのです。もちろん内部留保みたいな形で企業がぶんどっている分もあるわけですが、だいたい日本の場合は 500 兆円ということです。500 兆円をどういうふうに分けているかという話なのです。

ですから、高齢者の社会保障や年金や福祉に対する拠出金、国が制度の中で払っているもの、公的な支出や医療費に対する支出は GDP の何%に当たるかということをも外国と比べると、日本だけが高齢者に余計に金を出しているとか医療費に金を出しているというわけではありません。ただ、国家の財政と比較すると比率が高いという話になるわけです。どこまで戻って議論をするかということなのです。

【4】 社会保障支出の国際比較
(2013年度、GDP比)



資料：「社会保障費用統計2015」（国立社会保障・人口問題研究所）

生活の基本的仕組みと社会保障・社会サービス

それで、高齢者優遇と言われていることに対して私たちの生涯をとおしてみたときにどうなのか、学生にしゃべるみたいなのを並べてみました。

（日々の暮らし）

生活の基本的仕組みと社会保障・社会サービスということで、日々の暮らしの中で働いて収入を得て必要な生活物資、サービスを購入、消費する。それは自己責任でやっているわけですが、仕事がなくなると労働者にとって、今は仕事がなくなっていることよりも低賃金ということのほうが問題になっているわけですが、そういう低賃金に属したようなこと、例えば賃金が低い人に対して社会手当を支給するという考え方を持っている国もあるのです。仕事がなくなったとき一定期間失業手当が支給される雇用保険、それで生活困窮になった場合には生活困窮者自立支援法、仕事、生活の自立に基づく自立支援という支援です。収入が低くなり生活が困難になる低収入、収入に比べて家族が多い、生活保護や児童手当です。それから、一般の住宅に入居が困難になる、家賃が払えない、公営住宅しか日本にはありません。所得に応じて家賃が低く、または無料になる。先進国では家賃補助というのがあります。

日本でも市町村が人口減少している。千代田区がやったのが有名でしたが、千代田区はご承知のように昼間人口と夜間人口の差が100万人ぐらいあるわけです。要するに住み着いてほしい。今、港区が税金が有り余って

いて人口が少ないので金の使いようがないというので困っているわけです。そういうところもあるのです。

私の通っている福島の会津の山奥では、高齢化率が50%を超えている市町村が4つか5つありますが、こういうところは若者でもいいし、若者がだめなら中年でもいいから帰って来てほしいということで町営住宅を安く提供する。だから住宅サービスという概念が全くないわけではないのですが、日本の場合は住宅は個人でやるもので、住宅を提供するのは本当に困っている人にだけやるという考えしかないわけです。

(子どもを育てる)

それから、子どもを育てる。親が働いていれば保育サービス、育児休業、育児介護休業法によってそういうものがあります。期間は、労働基準法に定める産前産後休暇後1年～1年半。休業中は基本給の6割が雇用保険から手当が支給されます。それから、特別な困難が生じる場合、母子世帯になったら児童扶養手当、障害児を育てるとき特別児童扶養手当が国から支給される。ここでは保育園が当たらないとかで大きな問題になっているわけですね。ですから、ここのところが国のほうの読み違いというのがあるのです。後手後手に回っているので、いろんなことをとにかく何でもいからやってくれという話で、市町村や民間の人たちが自分たちで考えたら支援するからみたいなことでずっとやってきて、どんどん保育の形が崩れていっているという課題があるわけです。

(子どもを教育する)

それから、子どもを教育する。すべての子どもを対象に義務教育の無償化、高等教育の無償化、中等教育から高等教育の無償化のことが話題になっているわけです。子どもを教育するときには所得が低いと生活保護による授業料、教材費の無償支給、原則高校までですが、大学に行かせたほうがいいのかという場合には世帯分離をして残った家族のほうだけ保護を続けるということも今やられています。

修学援助制度というのもあります。修学が困難な場合には高等教育で奨学金ということで、いつから学徒援護機構はサラ金になったのか、金を貸すという話ですからね。それで、返還しなくて済む給付型の奨学金ということが今年度から始まったわけですが、それがどこまで充実できるか。例

例えばヨーロッパの場合は、これもなかなか比較するのは難しいのですが、大学は基本的には親が大学にやるわけではない。大学に入るのは子どもが自分でできるのです。どうしてできるかという、授業料が日本よりかからない。ドイツとスウェーデンはちょこちょこ行くのですが、ほとんどは学生用のマンションが整備されている。家族がいれば一緒に入れます。貸付奨学金だけで生活ができて、もちろんみんなバイトはしています。だから、自分の力だけで行けるということがあるわけです。ですから、その辺の仕組みが日本ではできるのかできないのかということです。

(病気になる)

それから、病気になる。すべての人に医療サービスの提供をする医療保険、難病などになると国から公費医療ということで自己負担はありません。それから、介護が必要になると介護保険法に基づく介護サービスの給付があります。ですから、私たちの一生を通して全世代にわたってこういうものが必要であるということは間違いないのですが、高齢者と子育て世代を対立させるような、政策的にそういうことをあおっているということなのでしょうけどね。

福祉サービスと社会サービスの違いは何か

ここでもうひとつ、さっき話した社会サービスという考え方とそれ以外の社会保障との区別の話をしてみたいと思います。社会のみんなで支え、共同で利用するサービス、個人や家族への直接的保障や給付とはならない。社会にはもともと共同で利用したり、提供し合うものがあつた。個人、家族で対応するには費用が予測できないし高い。しかしニーズ、リスクの総体は社会的に予測、把握できるということ。

これは医療のことを想定しています。自分がいつ病気になるかなんて誰も予測できないわけです。どのぐらいかかるかというのは病気になってみないとわからないし、だからいくら貯めればいいのかわからないわけです。しかし、社会全体としては医療統計を見ればわかりますが、日本国民がどういう疾患にどれだけかかるかということは詳細な統計が毎年出ているわけです。そうすると、日本人全体でどんな病気ですれだけ医療費がかかるかということは、ちゃんと予測、把握できているわけです。だから、そういうものに対しては一人ひとりが備えるのではなくて社会的、公的に対

応することのほうが非常に政策的に合理性があるわけです。理屈にかなっているわけです。

だから、教育についても同じなのです。教育は毎年今後どれだけの学生が進学するかとか高等教育まで行くかということがみんなわかっているわけです。だから、どれだけのサービスを用意すればいいかということもわかっているわけですね。時々、森友、加計学園みたいな変な学校も出てきますが、わかっているわけです。教育についてはある程度みんな合意ができていて、保険という仕組みはありませんが、保険をつくれと言っている人もいますけどね。それは、直接的な保障という意味と社会的に共同で社会が保障するという意味と、教育に対しては社会的な投資という、次の世代の担い手であるという、そういう意味では一人ひとりの家族にサービスを提供したりするのは意味が違うということが合意されているわけです。例えば、社会は競争することが前提としても教育に不平等があっては同じスタートラインに立てないという言い方もそうです。ですから、教育と医療については、ほかの社会保障とは違う、一つひとつの家庭とか必要性に対応するというよりは社会全体で対応したほうが非常に意味があるということです。

	しくみ	対象	給付
社会サービス	公的整備 多くは民間市場	全国民に 共通	直接給付 市場サービス
社会保障	社会保険 一般財源	保険事故 階層別 定型ニーズ	定型給付 ・手当
社会福祉	一般財源 社会保険	福祉の必要性 (個別性)	サービスの 現物給付

歴史を振り返る

次に歴史の話をちょっとしてみたいと思います。何で歴史の話をするかという、歴史的にたどってきたことは繰り返されるというひとつの意味があります。もうひとつは、歴史が積み上げてきたもの、そこにひとつの真理というか、歴史的につくられてきた考え方があるということなのです。社会保障とかを考える場合、近代以前の社会の場合には、何で社会福祉がほかの社会保障と違うというように考えられるかという、社会から脱落した人、排除された人たちに対する施しとか哀れみとか、こういうことで社会の仕組みとは関係なくという意味もあるのです。かなり古くからあるわけです。それは主に宗教家たちがやったり、教会とか寺院などが取り組んできたわけです。宗教的信念に基づく篤志家などのチャリティ、慈善活動が行われるようになった。日本でも江戸後期の秋田の観音講、旦那様方のお金がある人たちが講を作って子どもたちの救済活動をやった観音講についての研究もいろいろされています。こういうものは歴史的に非常に古いのです。

例えば村の中で普通に農業をやっていて旦那さんが死んでしまって母親と子どもだけになってしまったときには、集落の中で助け合いなさい、そういう伝統は今も続いていますよね。困ったときにみんなで助け合うという結い、農作業の中に結いという言葉が一番強く生きてきたわけですが、農村という社会の中でどんなに困ってもそこで共同で支え合うということが本当は結いということで、じつは鎌倉時代に荘園制度というのができて、守護、地頭を置いたときに荘園というものをつくって、今よりもっと小さい村単位の中で結いによって助け合いなさいということを上から強制をしたわけです。結いという言葉はもともとそういうところから生まれてきたということで、結いという言葉にも強制的な意味と私たちが自主的に助け合うという意味といつも入り混じっているわけです。ですから、政策の側がどんなふうにご利用しようとするのか、私たちはどんなふうに乗っかるのかという問題なのです。

初期の貧困対策

さっき言った脱落した人に対する国家的な対応というのはイギリスが一番最初で、1601年にエリザベス1世がエリザベス救貧法と言われているのですが、国が法律をつくって救済をした。ここが西洋風に言うと社会

福祉の始まりと言われているわけです。ただ、これは怠け者は面倒を見ないとか、真面目な人だけ面倒を見るとか、面倒を見ると言っても監獄ですよ。ワークハウスと言うのですが、ワークハウスだから働かせるための刑務所だから懲役なのです。日本の今の懲役制度と同じでワークハウスで救済してやるという話です。現代にみんなつながっているのです。

例えば、私は尾道の刑務所に8年ぐらい前に見学に行ったのです。尾道の刑務所は高齢者が非常に多いのです。高齢化が進んで介護が必要になって、刑務所の中で介護をしなければいけない。福祉的なケアをしなければいけないという話です。あと、障害のある人も多いのです。軽犯罪を犯す、窃盗とか万引きとか、こういう人たちが繰り返し社会に出ていくので、刑務所から出ても誰が面倒を見るのかということで福祉的な支援をずっと続けていかないと結局また刑務所に戻ってしまいます。それで今、加古川刑務所、受刑者で障害を持っている人を社会に復帰させるために継続的に支援していく福祉的な施設が10年ぐらい前にできました。それは、何かちょっと犯罪を犯して刑務所に戻ってくれば、仕事もあるし食事にもありつけるといった話なのです。まさにワークハウスなのです。

だから、この頃の救済というのは院内救済と言うのですが、施設に収容するのが原則で、非常に懲罰的、差別的であったわけですが、それでも国がこういうことを始めた。ですから高齢者も障害のある人も母子家庭もみんな貧困対策としてずっと20世紀に至るまで続いてきたわけです。貧困な人しか基本的な福祉の対象としないという話で、自己責任というものが基本であって国家責任というものはどこまであるのかということ、これは始まったときからずっと現代までの課題なわけです。

現代の社会保障を見ると一番大きいのは、公的責任とは国家責任とは何かという話なのです。一つひとつの場面でそういうふうに見てみる、どこまで責任を果たしているのかということです。市役所は知らないと言う、知らないってあなたたちはそもそも何をやる職場なのですか。大学教育は結果に対する責任なので、教育というのは非常に責任が重いのです。自分たちの意図は別にあったというような弁明は通用しない。社会保障や社会福祉も結果に対する責任なので、住民が困っているとか介護サービスを利用できない人がこんなにいるじゃない、それに対してどう責任を取るのかという話なのです。公的責任とか国家責任はずっと続いているテーマなわけです。

思想的背景

こういうものには様々な宗教的なもの、様々な思想、フランス革命時の啓蒙思想家たちの影響とかいろいろあってずっと続いてきたわけですが、その代表的な人が J.G.フィヒテという人なのです。1800 年に出されたものですが、フランス革命期が終わってフランスでは反動政府ができて、揺り戻しが起こっていく時期ですが、「人間のあらゆる活動の目的は、生きることができるということである。そして自然から生命を享けたすべてのものは、この生存の可能性に対して平等の請求権をもっている。したがって、分配はすべてのものがそれによって生計を立てるように行わなければならない。」(「Der geschlossene Handelsstaat」) このように、生存権を支えた様々な思想家たちがいます。そういうことが次々として出てきて具体的な政策に結びついて福祉の思想というものが、人権思想とか生存権とか共同とか連帯とか言われるようになります。こういうものに対して反福祉の思想が対抗する。現在でもそうですね、新自由主義と言われるものは反福祉の思想です。こういうものの対立の中で社会保障や福祉というものは成熟してきたということです。

私たちが社会保障や福祉をどう考えるかというときに制度そのものではなくてみんなで助け合う、助け合うというのは自分たちが助け合うということと、自治体や国に責任を取らせるということ、もちろんそれは矛盾するものではないわけですが、形をかえて繰り返し登場する反福祉の思想と闘うためには、私たちがどういう思想をもつか、そういう思想にどれだけ理解をもつかというということがとても大事なことであると思うわけです。

貧困観と国家の役割をめぐる対立

まだ 20 世紀に入るまでは貧困対策です。日本でも戦前までは福祉とか社会保障は芽生えにすぎなかったですね。年金ができたと言っても戦争費用を調達するために年金制度をつくって保険を掛けさせたという話なので、年金制度そのものにもそういう非常に暗い影が付きまわっていました。日本は戦前まで、ヨーロッパでは 20 世紀の初頭までは社会的なものほとんど出てこなくて、やはり貧困対策ということなのです。

ただ、そういう中でも急速な資本主義の発展に伴い、怠け者とかさうい

うのではなくて真面目な普通の労働者でも生活ができない。現代で言えばワーキングプアです。産業革命期以降、イギリスの産業革命はだいたい19世紀の前半には完成したわけですが、例のエンゲルスの「イギリス労働者階級の状態」にも、すごいのがいっぱい出てきますよね。技術革新が私たちに何をもたらしたかということです。

日本で言うと、女工哀史を思い出してもらえばいいのです。女工哀史というのは何かというと、それまでは手で紡いで手で全部糸にして手で製品を作るという過程を考えると、自動織機ができることによって全部機械が紡いでいくわけです。ちよん切れたときにつなぐだけなので熟練も何もいらぬわけです。そうすると、熟練がいらなくなってしまう。それは技術革新にいつも付きまわっている。今でもそうですね。例えば、IT関係でも大学院卒で企業に入ったような人でも5年、10年ぐらい経つとほとんど通用しなくなって次の世代の人にとって代わられてしまう。

そういう技術革新の持っている負の側面というのがあって、当時は熟練工が失業して、安い賃金の人で簡単に仕事ができるわけですから、女性や子どもが仕事をするということで、児童労働は6~7歳ぐらいから始まっていたというふうに「イギリス労働者階級の状態」の中には書いてあって、保育所とかありませんので子どもを連れて働きに行くと、母親が子どもにアヘンを吸わせて眠らせておくということが書いてあります。

そういう悲惨な状況が広がっていく中で労働運動が少しずつ起こっていくと、社会全体としてもそういうことはまずいということに気が付く人もいるわけです。労働者をそこまで使い捨てにしたら社会が疲弊してしまうということに気が付くということで、今の労働基準法に該当するイギリス工場法というのができていく。こういうことによって労働者の保護というものに対して目が向くという一大転換点でもあったわけです。

レッセフェールという自由至上主義というものに対して国家が介入をしていく。国家責任と個人責任、セルフヘルプの対立はその後社会保障の財源問題、税金か保険か、政府負担か企業負担をどのぐらいにするかということに非常にかかわって、どの程度まで年金やサービスを給付するかという、利用者負担をどのぐらい取るか、取らないかということをめぐる社会保障の主要課題となって今も続いているわけです。

本講座の、高齢者のところでいろいろ報告があった総合支援事業なんかもそうです。自治体が地域の人たちと一緒にあって適当にやってくれと、

事業者の人もそんなに儲かると思わないで、軽度の人だからいいんじゃないみたいな、わかりやすく言えばそういう制度なので、だから私たちが何を突きつければ公的な責任を問うことができるのだろうかという話なのです。国家責任、公的責任とは何かという問題もずっと続いているわけです。

ドイツの場合

みなさんご承知のようにマルクスが予言したような形ではイギリスでは革命が進行しないで、結局はドイツに飛び火してドイツで非常に急速に労働運動、社会主義運動が成長したわけです。これは、ヨーロッパを襲った大不況というのが、先ほどの産業革命、技術革新が進むということと重なって起きてきたときにビスマルクという人が出てきて、社会保険というものを世界で最初につくったということで、疾病保険、労働者災害保険、老齢・廃疾保険法、こういう中身は別として非常に不十分なものであっても、労働者を保護しなければいけないというのと、他方では社会主義労働運動の弾圧と引き換えにこうした保護法をつくったわけです。上からの改革、社会保険方式の導入ということで、よく言われるアメとムチというのがあります。

イギリスにおける社会保障の萌芽

イギリスは近代産業の諸方法が労働者に加える圧力の増大ということがあって、要するに労働者が役に立たなくなると早く辞めてほしいと、だから私たちの国でずっと言われていること、窓際族と同じことです。労働期間が短縮する、だけど時代とともに平均寿命が延びていく、老後の生活は自分でどうやってするんだということで、熟練労働者が自分たちの組合の中で共済活動として退職の積立制度をつくったというのがイギリスの年金制度の始まりなのです。だから、年金でも社会保障といのは最初から国がやるというのではなくて、ビスマルクみたいなのはちょっと特殊なのです。自分たちがこういうふうに積み上げて公的な制度につなげていくというのが 1908 年の無拠出老齢年金法、掛け金のない老齢年金、70 歳以上とか資産調査が必要だとか欠格条項があるということですが、高齢者の老後生活、貧困な高齢者ではなくて労働者階級の老後ということで、貧困からの救済から切り離して労働者の生涯生活をめぐる権利問題として浮か

び上がらせたということで、あまり 1908 年のことを評価する人はいないのですが、私は 1911 年よりもこっちのほうが非常に重要だと思っています。1911 年には国民保険法ということで、年金ではなくて健康保険と失業保険ができました。

こういうのが 19 世紀末から 20 世紀初頭の流れなのですが、失業、疾病、老齢に対する社会保障、この時代にはまだ社会保障という言葉はなかったわけですが、社会保障は、労働者の生涯に不可欠なものであること、社会保障があって初めて近代的な資本と賃労働関係にもとづく労働者たりうるものであることが理解され、共有されるに至ったのです。だから、社会保障が近代的な労働者を形成した、私たちにとっては使い捨てではなくて労働者としての一生というものが初めてこの社会保障によって成立するということが共有される非常に重要な転換点であったということです。

今は階級ではなくて様々な労働者階級の中に階層があって、日本はとくにイギリスのような階級制度はなくて第三階層のところに大量のワーキングプアを抱えながら常に貧困者を生み出していくという構造、これが近代的なものということで社会保障と社会福祉は切り離されていたわけですが、社会的な仕組みの中でワーキングプアを大量に蓄積することによって生活保護の受給者が押し出されていくということですから、ワーキングプアにどう対応するかという意味での社会保障の重要性ということが近代的な社会モデルということになるわけですね。

生存権の国家理念としての成長

それから、生存権という言葉はドイツのワイマール憲法で初めて出てきた。これは第一次大戦のあとですね。「経済生活の秩序は、すべての者に人間に値する生活を保障する目的をもつ正義の原則に適合しなければならない。この限界内で、個人の経済的自由は確保されなければならない。」と。日本国憲法にももちろん営業の自由というのが憲法の中の原則としてあるわけです。資本主義社会ですから私たちが経済活動をするという自由は非常に重要な権利としてあるわけですが、そのことにどこまでこういう枠をはめるかということなのです。生存権を保障するということになれば結局は片方で好き勝手やるということになるとできないわけです。できないというのはどういう意味かというと、好き勝手やれば弱者が大量に生じて失業者や貧困者が大量に生み出されていくので保障できなくなるわけ

です。だから、経済活動に対する規制と生存権の確立というのは表裏一体のものなのです。

これは、第一次世界大戦の反省と教訓というのがありますが、先ほどの労働運動の展開ですね。ロシア革命への対抗ということ、この時期になるとドイツからロシアに移っていったわけです。社会保障は第一次大戦と第二次大戦の間に社会保障への改革の取り組みが進んで、世界大恐慌とかを受けてアメリカで 1935 年にルーズベルトがニューディール政策を取った、このニューディール政策の中で社会保障や失業保障というものができたわけですね。ですから、社会保障という言葉はこのとき初めて使われたということです。

第一次大戦でも一千数百万の人がヨーロッパ全土で亡くなった、第二次大戦では二千万というふうに言われていますので、国家の命令で戦争をして生活ができなくなったり、障害になった人たちに対して国がどういう責任を取るのかということが大きな課題となり、二つの大戦間に、こういうものができたということです。

ベヴァリッジプランというのが非常に有名で国民的最低限という考え方、ナショナルミニマムをちゃんとやらなければいけない、社会保険による最低所得の保障、失業したときは失業保険によって労働者の生活が成り立つように、老齢期は年金によってナショナルミニマムの生活がちゃんと成り立つように、子どもに対しては子育てには費用がかかりますので、すべての子どもに対して手当を支給するというを前提とした、ゆりかごから墓場までと言われる構想をつくった。

前提としては完全雇用と医療サービスは別だという考え方、これはイギリスから北欧に移入してイギリス北欧型と言われているのですが、医療だけは国家管理と税金に基づいてナショナルヘルスサービス、国民保健サービスというもので、全く保険とは別の仕組みで社会保障制度から切り離してこういうものをつくったわけです。これは全部国家の責任でやる、わかりやすく言うと、医者^の給料も全部ナショナル・ヘルス・サービスから支給されるという話です。そういう意味で言うと、国家が全部管理していくということは最初に話したように非常に合理的な理由があるわけです。

社会保障の原理

いろいろと変遷はあるのですが、社会保障の原理ということで言うと、

現代国家には、生存権という権利としての国民的最低限保障があるということです。先程言ったように哀れみとか同情とか仕方ないからやっているという、政府がしょっちゅうそういう人たちに対しては適切な施策を講じておりますのでと言う、講じているかどうかの問題なのではなくて、哀れみとか同情とか仕方ないからやっているという話なのかどうかということです。だから、生存権の承認と国家責任と国民的最低限保障、日本でも民主党の政権時代に随分盛り上がったのですが、最低保障年金というのが挫折してしまって、今はなかなか通る状態ではありませんが、最低保障は年金でやるのと同時に公的扶助という生活保護をもう少し使いやすい最低保障の仕組みにしていくかどうかということです。

それから、全国民を対象に社会保障制度が広がっていくということは（これ自体を日本の政府は社会保障の“成熟”などと称してきましたが）、医療保険なら医療保険は全部の国民に広げていく、年金なら年金を広げていくということ、もうひとつは分断をしないという、ただ一つの制度に統一することにはメリットもデメリットもあるのですが、全国民を対象にというのが原理のひとつとしてあるわけです。

社会保障の方法としての社会保険の方式とほかの方式の組み合わせということですが、国民生活の“保障”は、社会保険だけではできないわけです。社会保険というのはどうしても保険料というのが付きまわっていて、保険料を払えない人、国保の問題で言えば滞納者とか資格証明だけになって、病気で入院している人に向かって、保険料を払ってないから手術を半分だけにしておくか、ここでやめるかという話ですよ。そういう思想なのですね。そういうときに何か別の方法と組み合わせるということです。

それから総合的社会保障です。あと、ヨーロッパの中からもうひとつ出てきたのは社会福祉サービスの分権化、自治体責任という問題です。それから財源の公的責任、公的な責任なので全部国がやるという意味ではもちろんありません。国と事業主が主に負担をするということで、受益者負担ということは最近言われなくなりましたが、応能負担という問題はいろいろ今も取り沙汰されています。

社会保障が機能する前提

また、社会保障が機能する前提としては、どうしても社会保険という仕

組みが基本になっているので、雇用あるいは雇用関係が安定していること、全国民を対象にしていくということですから、所得、地域、世代ごとの格差が大きくないこと。例えば年金保険の場合には全世代にわたっているので、若い世代が老後までは考えられないとか自分の将来は考えられないという状況に置かれているとか、この前9月のシンポジウムで見たように地域格差があんまり大きくないとか所得格差もちろんそうです。

それから、社会保障や政府に対する信頼が高いこと。若い人たちに聞くと年金なんてどうせもらえないでしょと言う。これは介護保険ができる1997年の7月に朝日新聞がすっぱ抜いたのですが、介護保険でやると言ったときに保険会社を圧迫するのではないかということで、国民に介護保険の構想が知らされる前に介護保険業界の幹部たちを呼んで、厚生省がわざわざ「今度できる介護保険は民間保険を圧迫するものではありません、共存するものです」と言った。そして言ったとおりにになりましたよね。今は民間の保険に入っていないとできないですよ。とくに50代ぐらいから下の世代は自分の年金だけでは介護が必要になったときにはできませんから、民間の介護保険にセットで入ってくださいという話になる。ですから信頼のないような仕組みをつくってどこかに儲けさせるみたいな話になるという、こういうことは繰り返しよその国でも言われてきたことですね。

それから、権利性が明確であること、制度がわかりやすいこと、社会保障が私たちの手元からどんどん離れていくのは制度がわかりにくいということ。これは法律全体について言えると思いますが、介護保険法とか247条まであって条文も長いですが、私は法律をやったこともあります、読んでもよくわかりません。役人の暗号みたいなものです。だって法律はそもそも誰のためにあるの、こういうことをもっと怒らないといけない、よその国はもうちょっと単純です。非常に明快です。

それから、制度がくるくる変わらないこと、制度をくるくる変えることによって自分たちの言うとおりにコントロールしていくという、自分たちの言うことを聞かせるという、本当にこういうことを考えて戦略を立てているのではないかというぐらいころころ変えます。法律で細部にわたり規定しているので、国民の生活や社会状況の変化に合わせて、度々、修正が迫られるということもあるわけです。

また、変えることによって市場を刺激するという、例えば介護保険の要

介護認定をする、コンピュータがするわけですが、このシステムを変えることによってこれだけで業界が儲かるわけです。そういうことも含めてくるくる変わらないこと、手続きが簡単であること。私たちが権利主体で、自己決定してくださいと言われていてのに自分で理解できない、自分で申請の手続きもできないような仕組みって何ですかという話です。

それから、相談に乗ってくれる人が身近にいない。こういうことを私たちももう少し社会保障のところで、年金は比較的違いますが、それでも年金相談で電話をしてもつながらないのです。わざとつながらないようにしているんじゃないかというぐらいつながらない。そういうことが本当に大事なことなのです。あとは、あまりにも、あたりまえのことですが、社会保障の理解が進んでいることです。

社会保険の前提となる所得状況

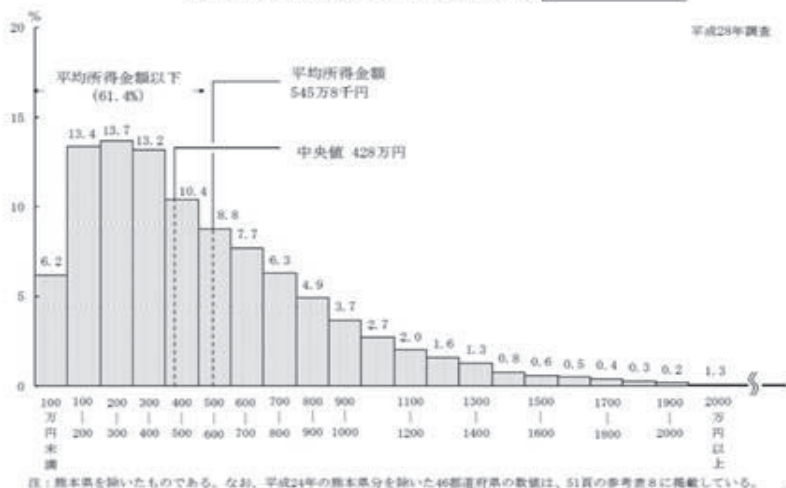
先ほどの所得格差の話ですが、一番新しい平成 28 年度の国民生活基礎調査で見ると、所得が低いほうに固まっているわけです。全世帯の平均というのが 545 万円です。平均では意味がないわけです。所得の低い方にみんな偏っている。圧倒的多数の人が低所得なのです。一般的に平均というのはどういう意味かという、低いほうの人数が少なくて、高いほうにも割合が少なくて、だいたい真ん中に固まっているから平均で、そういう平均なら国民の実態を表していると言えるわけです。しかし実際はこういうふうに低い方に分布が偏っている。そしていろんなことが全部平均という言葉で政策がつくられているわけです。平均というものは実態を反映していないということなので、格差が大きいということと平均ということがこんなところにあるという話です。

また、上位 10%の人の平均所得が一番下の 10%の人の何倍かというのを見ると、日本は 80 年代には 7 倍、90 年代は 8 倍、2013 年には 10.7 倍になった、OECD 平均だと 9.6 倍ということです。こういうふうに格差が広がっているという話です。

言ってみれば、大多数の低所得層と一部の高所得層に分かれ対立しているともいえる、こういう社会では、社会保障の機能（高所得層は役割が小さいほうがよいと思う）や費用負担を巡って、調和点が見えだせずいわば分裂した状況が広がり、社会保障が成熟しないということになります。

社会保険の前提となる所得状況

図 11 所得金額階級別世帯数の相対度 国民生活基礎調査

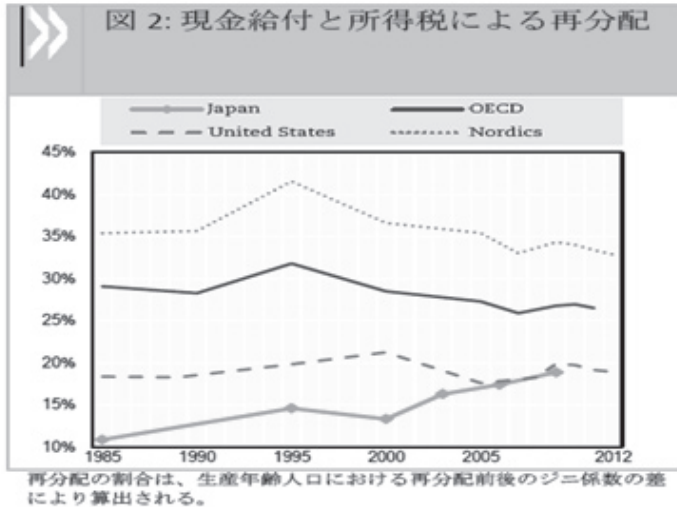


社会の富の分配・分布

社会保障の目的は、保険料や税として集めた社会保障の財源を、所得の低いほうに分配をしていくということなのですが、分配したあとにどのくらい平等性が改善されたかという話です。ジニ係数というので計るのです。ジニ係数が何%改善されたかという OECD のデータを見ると、日本でも再分配すると再分配される前より少しは改善されているのですが、OECD の平均や北欧の場合と比べると低い。社会保障によって不平等とかが改善される割合は、だいたいアメリカと同じぐらいです。だから、非常に効果が低いということです。

ジニ係数は高いほど不平等度が高いということで日本は先進国の中では最低に近いほうで、日本から後ろのほうはイスラエルとかトルコとかメキシコとかアメリカがあります。

こういうのは、日本の、所得の格差や階層性を前提にした制度設計や、累進性の弱い税システムが反映した結果だということです。



25

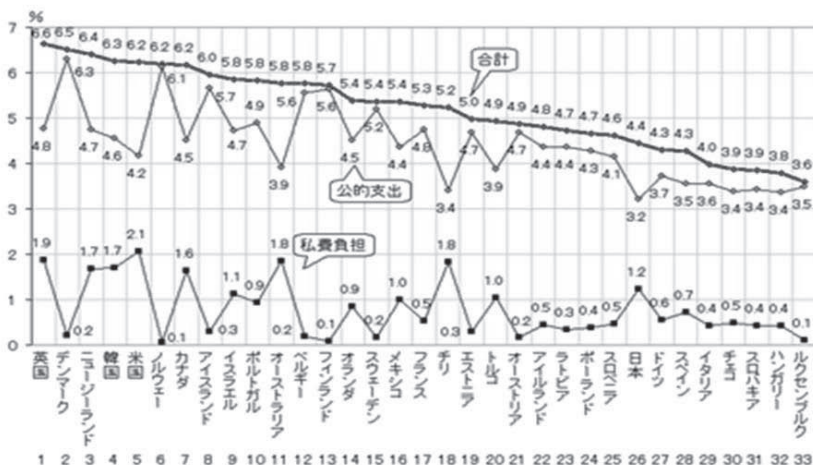
学校教育費

次に、先ほどの社会サービスの幼稚園から大学までの学校教育費の話です。先ほどの GDP です。私たちの社会の富の何%がそれに使われているかということで、日本は 3.2%ぐらいで非常に低いという話と、高等教育費の場合には非常に公費の割合が低くて、文科省のデータでみると日本の大学の場合には家計から出ていく割合が 49.8%で公費は 24.6%です。アメリカでも家計の割合が 41.2%ですからアメリカよりもひどいということです。イギリスの場合には公費が 50%を超えて、ドイツ、デンマーク、スウェーデンは 8~9 割です。

日本では高等教育に対する公費の割合が非常に小さいということが一番大きな問題で、そのために私たちがお金を貯めなければならないという話なので、そこが社会保障を圧迫していると考えられるわけですね。ですから、大学進学率が非常に高くなっているということがあるので、その中で社会保障費の全体についてみると、GDP に対しては日本はアメリカよりは高いですが、イギリスとだいたい同じぐらいですね。ドイツ、スウェーデン、

フランスに比べると低いということです。

学校教育費の対GDP比(OECD諸国, 2014年)



(注) 学校教育費に充てられる家計への公的補助金は公的支出に含まれる。ギリシャ、スイスはデータなし。チリは2015年データ。韓国、オーストラリア、エストニアの公的支出は国際資金を含みます。ハンガリーの公的支出は学士、修士、博士課程のみ

(資料) OECD, Education at a Glance 2017 (Figure B2.1)

・ 高等教育費(大学)の経費負担(%) 文科省「教育指標の国際比較」平成24年版

国	日本	米	英	独	デンマーク	スウェーデン
家計(保護者等)	49.8	41.2	35.2	14.6	4.5	10.9
公費	24.6	37.4	50.8	85.4	95.5	89.1

- ・ 高校以上:教育支援(私立大学助成金 3260億円 平成23年度)
- ・ 公教育(制度に則った教育)への公的支出は先進国最低 GDP(国内総生産約500兆円)の1.8%、先進国(は3~6%)

社会保障の財源

そこで、誰が負担をしているかという財源の問題ですが、事業主保険料もほかの国と比べると非常に小さい。大きいのは本人の保険料というところで、日本とドイツが本人の保険料が大きいです。ただ、ドイツは事業主負担が大きいですね。この問題はなかなか難しい問題ですが、これは政策的な判断ということです。

消費税は、よその国は消費税率は高いですが、社会保障に全部使われているわけではないのです。だから、社会保障の特別税とかその他の税というのがよその国は大きいのです。これは、政府に対する信頼度の話です。

何を課題・問題とすべきか

最後に何をなすべきか、ということですが、今まで講座を4回やったわけですが、社会保障についての具体的な問題、例えば貧困に対しては最低保障年金とか生活保護とかいろいろあります。研究者も現場の人たちもわりと大きく取り上げているのは貧困になった人の問題です。それはそれで大事なことなのです。だから、貧困者の自立支援、生活保護を受けている人の保護基準が削られる、この前社保協の総会でも資料を出していただきましたが、保護基準が下げられるとどれだけほかに影響するかという問題、それは貧困に連なる問題です。最低賃金の問題ももちろんそうです。

貧困と関連した様々な具体的な問題を取り上げていくという、それはそれで大事なのですが、ほかの人と課題を共有できるような問題、こういうことだったらみんなでもわかり合えるかなという共有の重要性です。個別の具体的な問題はどうしても具体性がありすぎて、例えば貧困者の自立支援にかかわっている人は生活困窮者の自立支援に関心を持ちますが、普通の人にとっては生活困窮者の自立支援って何みたいにしかならない。ですから真ん中のテーマ、どうやって共通の課題を引き出していくかが重要なのです。

子どもの場合でも子どもの具体的な問題、子どもの貧困のことも随分騒がれて全国的に自治体で調査をしているわけですが、子どものいる人は関心をもつ、生活が厳しい人は関心をもつ、そうではなくて具体的な問題をいかにしてみんなの共通の問題にしていくか、ここでは潜在化している広がりのある課題、子育て問題、そうすると子育て問題の中では保育所や食事の問題ですね。

例えば、子ども食堂というのはドイツから始まったものです。ドイツでは貧困者のための台所と言うのですが、貧困者の人たちにお金を支給するだけでは自立しない。ドイツではホームレスの人に対して毎日現金が給付されるのです。住所があろうがなかろうがホームレスとしての ID カードがもらえるのです。その ID カードを持っていけばその人に毎日、生活保護の一日分が現金で支給されるのです。だいたい 1,400 円です。でも、ホームレスの人は家がないから今言った貧困者の台所に集まってきて、自分で調理をしたり、友達ができたり、作れない人はそこで簡単な食事を提供してもらったり、洗濯をしたり、そういうのを見てきたのですが、貧困者の台所というのを自治体の中に何か所もつくっています。

だから、貧困の子どもたちが食事がちゃんとできない問題、あるいは居場所の問題、霰石で高齢者も子どもも集まっておしゃべりできる場所があるといいよねということで 15 年ぐらい前から始めました。そういうふうにして何か問題をつなげて共通の課題を取り出していくというのが真ん中の話です。

何を課題、問題とするか 研究的視点から

- <貧困> ①貧困者の具体的・個別問題
 - ・ ②貧困に連なる問題(低所得層、WP)
 - ・ ③格差の全体像

- <子ども>①子どもの具体的問題(非行・犯罪・虐待・不登校等)
 - ・ ②潜在化している広がりのある課題(子育て問題)
 - ・ ③すべての子どもに共通(学ぶ権利)

- <高齢者>①貧困・社会的孤立・介護困難
 - ②子どもや、障害者と共通の課題
(ケア、虐待、居場所など)
 - ③買い物、移動、バリア(U.D)、公共交通
などの一般的課題

政策的な国民の分断を許さない

もっと広い問題は教育とか医療で、医療でも子どもの医療の問題は何で高齢者の医療の問題と違うのか。子どもの医療の問題も高齢者の医療の問

題も大事なのです。ところが、やはり誘導されているという面もあって、国のほうが一生懸命旗振ってみんなが子どものほうに目が行くようにということもあるわけです。だから、そういう分断を許さない。かつては高齢者の医療の無料化をやっていたけどどうなったんだと、それは全くのご破算なのだろうかという話です。

そういう共通の課題を取り出していく、政策的な国民の分断を許さないということ。費用や財源の削減だけではなくて、一面的な共同や共助意識を涵養し、人々の対立をあおり、分断して支配する手段として利用されることが多い。社会保障政策は国民の生活全般にかかわるので、国民をうまくコントロールして支配する手段として政策的な戦略を出してくるということなのです。

だから、自治体や地域に責任を押し付ける地域的分断、費用負担による低所得者と高所得者の分断、所得の高い人たちは、これは何で低所得者だけ減免されているのかと、同じサービスを受けているのにという話になるわけです。それから、年金とか医療について労働者と非労働者の分断、大企業と中小零細企業の階層的分断、これは健保組合とか協会けんぽとか国保組合もあります。それから、年齢による給付要件、費用負担の差別化による分断、高齢者でもどういう根拠があって 65 歳、75 歳という年齢で、医療制度が分断されているのかという話です。

だから、分断されると分断されている人同士がお互いのところに目が行くのでほかのところに目が行かないわけです。とくに医療について、前々回、井上先生にご報告いただいたのですが、医療は、命にかかわるもので、人間の生存の前提であり、そのニーズの緊急性、根源性がきちんと受けて止められなければならないものです。また、医療サービスは、すべての人に共通したニーズに基づくもので、公益的で、利益還元はないわけです。病気になって医療サービスを受けて何が得たのかと、個人に対する利益還元性は全くないわけです。応益でないわけです。すべての国民に平等にサービスが提供されるべきであると、すべての国民を対象にした共通の制度をつくるべきだということで、医療保険がいろいろ分かれているという国はあんまりないですよ。日本だけなので、ここはもっとみんなで声を上げて医療保険こそ全国民共通にすべきだというふうに私は思います。

- ・政策的な国民の分断をゆるさない
- ・費用や財源の削減だけでなく、一面的な共同や共助
- ・意識を涵養し、人々の対立をあまり、分断して支配する
- ・手段として利用されることが多い。
- ・自治体や地域に責任を押し付ける地域的分断
- ・費用負担等による低所得者と高所得者の分断
- ・労働者と非労働者の分断(年金、医療)
- ・大企業と中小零細企業の階層的分断(医療)
- ・年齢による給付要件、費用負担の差別化による分断
- ・
- ・
- ・とりわけ医療は ニーズの緊急性、根源性(生命)、無益性(利益還元性ない=応益でない)ゆえ
- ・に、すべての国民に平等にサービスが提供されるべき
- ・ <すべての国民を対象にした共通制度>
- ・

33

おわりに～中範囲の理論について

R.K. マートンという人が個別の事例と抽象的理論との間の橋渡しとしての「中範囲の理論」の必要性を唱えた。この中範囲ということが、とくに社保協とか地域の中で我々が取り組むべき課題なのではないかということです。個人や個別の問題への共感や関わりが出发点ですが、地域や特定集団など一定の広がりでの共通認識、理解、共通課題を共有していくということが運動と闘いの場面、共同と連帯をつくりだしていく地域社会あるいは自治体といってよいでしょうか、ここぐらいの範囲だと普通の人でもわかるのです。

今日の話もちょっと漠然とした話ですが、社会保障制度の全体像を理解するということは普通の人にとってはなかなか難しいので、盛岡なら盛岡の中では全体的な私たちに対する生活保障はどうなっているのかということだったらみんなもっとわかりやすいことかもしれないということです。ですから、中範囲の課題というものを摘出して実践運動をして感じたことは確信につながるので、確信をもつということが長く私たちが物事を批判し続けられるということだし、自分の信念が揺るがないということなので、こういう仲間を増やしていくというのを中範囲のところでやっていくということが大事なんじゃないか、そのことが社会保障の制度や政策の改革につなげていくという話なのだと思います。何かみなさんを煙に巻く

ような話で大変恐縮でしたが、何かの役に立てればということで終わります。

これに関連して、社会保障なかでも社会福祉に限ってみると、私たち主権者に近い地方分権、住民主権というか自治体の役割りと責任が、欧州諸国にくらべて、我が国は際立って弱いということが指摘されます。私たちの方にも、地域格差や自治体格差を危惧して、社会保障や社会福祉の主要な役割と公的責任を、安易に中央政府（国）に求めてしまいがちであるという弱点があります。そのことが、社会保障や福祉を身近なものとして受け止め、私たち自身が住民主権者とし成長する機会が奪われていることにつながっているというようにも考えられます、ナショナル・ミニマムと、こうした自治体レベルでの生活保障を同時に追求するような運動が、やはり、重要であるといえます。

社会福祉の国別タイプ 社会保障の中では福祉の方が国違いが明確

	市場経済に重 きを置くか	保険か公費か	福祉の提供者	分権	権利性
スウェーデン(英)型	×	公 費	公	地方自治体	○
ドイツ型	△	社会保険	『民間』	地自十州	○
アメリカ型	○	私 保 険	私(企業)	州	△
日本	混やや市場	公/社会/私混	公・民・私	中央集権	△

質疑応答

Q 様々な諸課題というのは理解しましたが、私から言えば日本のような社会保障の貧弱な状況の中で、具体的には公的な制度の充実というのをあらゆる領域の中でやっていくことが必要だと私はそう思っていますが。

Q 最後の地域や特定集団など一定の広がりでの共通認識、理解をするという重要性が指摘されているのですが、今もお話がありましたが、盛岡なら盛岡、岩手なら岩手という地域において住民の運動が非常に大事じゃないか。確かに国の政策や問題点を指摘しなければならないのですが、一般市民、住民の立場から言うと、直接国にやってもなかなか改善が行われにくいという状況があって、一方地方の自治体であれば返答もすぐ出るし、問題の所在もより浮き彫りになってくる。そういう点で住民運動としてもっと自治体に対する要求運動が強まる必要があるのではないか。自治体はそういう点でいろいろな問題がありながらも議会も含めて政府に要求をしていくという力関係、構図をつくっていかないと、なかなか社会保障の国の政策を変えていくというのは、主体的に取り組んで先生のお話の確信につながるというところに行かないのではないか。

ところが現実を見ると地方自治体の財政も大変だし、議員さん方もそういう状況もよくわかるという点で住民の自治体に対する要求が弱ってきているのではないか。特に革新的な議員さんはよりそれがわかるものから、住民運動を自治体にぶつけるという点で必ずしも推進というよりも自治体を防御する機能を果たしているのではないかというふうに感じることもさえるのです。まして野党共闘で首長は我々がおしたんだということになってくると、余計そこにブレーキがかかるのではないかという感じもするわけです。

確かに自治体も大変だけれども、もっとやりようはいっぱいあるし、税金の取り方もあるし、金の使い方もあるので、そこを住民運動として徹底して強めて、確信をもてるにはそういう運動が必要ではないかと常々思っているのですが、先生のお考えをお聞かせいただければありがたいです。

A (佐藤) 最初の話も今の話もそうですが、ひとつは全国的な課題としていろいろやらなくちゃいけないのですが、政策批判までいかなくて、

こういうふうに制度が悪化したということに対する異議申し立て、反対なのです。そこから先に進まないのです。それではなかなか変わらないのです。どこまで向こうが引っ込めたかという話でしかないのです、それはそれでやらないわけにはいかないということもあるのです。

今、言われたように自治体の中でということは、運動論的にこんなことを言っでは申し訳ないのですが、私もいろいろ運動をやったことがあるのですが、組合とか保育運動とか学童運動とか若い頃いろいろやって、お母さん方と市役所に押しかけて行って、部長が会わないというから部長が出勤してくるのを待ち構えて市役所の入口でそのまま部長を囲んで部長室に押し込んで行って、学生運動をやっていたのでそういうのは得意ですから、それで部長をつるし上げるとか、そういうのはあまり紳士的ではないかもしれませんが、でもわからない人にはそのぐらいのことをしないと本気でわかってもらえないので、そういう主体形成、私たち自身が変わるためにという意味なのです。

全国の課題に対してはどうしても受け身的にならざるを得ない面がありますよね。だから、やはり私たち自身がいろんなことについてもうちょっと理解を深めたり、こんなところがこんなふうにつながっているんだとか、本当に自治体というのは自分たちのために何もできないところなのだろうかということを私たち自身が確かめて、私たち自身が何ができるかということ突き詰めていくためには身近な自治体でということ。

自治体が財政的、制度的な仕組みの中でどこまで独自のことができるかと言っても、金がなくなっちゃってできることはいっぱいありますよね、と僕はいつも役所の人たちに言うのです。だから、その中で一番重要なキーワードにしてほしいのは、公的な責任ということだと思のです。最終的に責任を取るのは役所でなければいけないのです。それが、みんなないがしろにされているんじゃないかというふうに思います。

《著者紹介》

沼田 崇子（ヌマタ シュウコ）

全国公的扶助研究会副会長

岩手県職・退職 盛岡市くらしの相談支援室室長

菅野 道生（カンノ ミチオ）

岩手県立大学社会福祉学部准教授（2017年度 講師）

社会福祉学

一条 哲也（イチジョウ テツヤ）

岩手県保健福祉部健康国保課主任主査

井上 博夫（イノウエ ヒロオ）

岩手大学名誉教授 岩手地域総合研究所理事長

岩手県社会保障推進協議会常任理事

財政学・環境経済

小野寺 けい子（オノデラ ケイコ）

盛岡医療生協川久保病院小児科医師

いわて共同福祉会理事長

佐藤 嘉夫（サトウ ヨシオ）

岩手県立大学名誉教授 岩手地域総合研究所副理事長

岩手県社会保障推進協議会会長

社会福祉学・社会政策学

岩手の地域課題から社会保障を考える

2019年2月1日 発行

発行者 岩手地域総合研究所

020-0021 盛岡市中央通2-8-21

TEL (FAX) 019-624-6715

e-mail i-chiikisouken@salsa.ocn.ne.jp

印刷・製本 株式会社興版社



NPO 法人岩手地域総合研究所・岩手県社会保障推進協議会