

(石川保険医新聞 9月号、10月号掲載原稿)

社会保障制度改革国民会議「報告書」を読む－憲法 25 条を事実上「改憲」する制度改革案が明らかに

石川県保険医協会事務局長  
工藤 浩司

はじめに－国民会議「報告書」と「プログラム法案」

8月6日、社会保障制度改革国民会議は「報告書」をとりまとめ、安倍総理大臣に提出した。これを受けた政府は、21日、いわゆる「プログラム法案」の骨子を閣議決定し、今後の社会保障「改革」の基本政策とスケジュールを明らかにした。

昨年成立した社会保障制度改革推進法（以下「推進法」）は、今後の社会保障制度改革の基本方針を法定したものであり、第3条により政府は推進法の基本方針に基づき社会保障制度改革を行うことを義務づけられている。推進法第4条では、「法制上の措置」について期限を定めて（2013年8月21日まで）具体化することを国に対して求めており、その際には「社会保障制度改革国民会議」における審議の結果を踏まえることとされている。この審議結果こそが、今回示された「報告書」であり、また、具体的な「法制上の措置」が「プログラム法案」ということになる。これらは、今後の社会保障制度・医療保障制度を考える上で最重要文書となり、具体化に向けた作業が社会保障審議会などで今後進められる。そして、必要な法律改正、診療報酬・介護報酬改定を順次行うこととされている。以下、報告書の概要について、主として総論部分を中心に検討を行う。

社会保障制度改革推進法の「基本的考え方」

最終報告書の総論部分には、大きく分ければ二つの内容が盛り込まれている。第一は、推進法第2条に規定されている社会保障制度改革に係る「基本的な考え方」についての国民会議の評価の部分である。第二は、制度改革を具体化するに当たって国民会議が提起する「方向性」を述べた部分である。

まず、前者からみていこう。報告書の内容に入る前に推進法で「基本的な考え方」として何を示しているかを改めて確認しておきたい。推進法は「社会保障における国家責任を大きく後退させ、自助・共助を前提に、社会保障給付の重点化・効率化（＝給付抑制）」を打ち出している。とりわけ、第2条第1号に規定された「自助・共助・公助のバランス論」（自助・共助を前提に公助はそれを補完する役割）は、推進法が描く社会保障制度改革のトーンを決定づけるものであり、この原則が他の基本的な考え方や改革の具体策に通底している。

社会保障における国家責任を後景に迫りやる「基本的考え方」は、言うまでもなく憲法 25 条に「真っ向から」反している。そもそも、貧困、疾病、失業、障害などの生活困難の責任をすべて個人の責任にするのではなく、公的な施策により生活保障を行うというのが、社会保障の基本原則である。自助努力や家族・仲間の助け合いで問題が解決するのであれば、社会保障制度など不要である。自助や助け合いと社会保障は、まったく切り離して議論されなければならない。

「自助・共助・公助」論

国民会議は、「自助・共助・公助論」についていかなる評価を与えたか。報告書は次のように論述し、これをほぼ無批判に採用している。すなわち、「日本の社会保障制度においては、国民皆保険・皆年金に代表される「自助の共同化」としての社会保険制度が基本であり、国の責務としての最低限度の生活

保障を行う公的扶助等の「公助」は自助・共助を補完するという位置づけとなる。なお、これは、日本の社会保障の出発点となった 1950 年の社会保障制度審議会の勧告にも示されている。」と。

社会保険制度を「自助を共同化した仕組み」、すなわち「共助」と明確化した上で、自助・共助を補完するのが「公助」であるとしている。そして、この考え方は、日本の社会保障の出発点となつたいわゆる「50 年勧告」にも示されているというのである。

まず、これについては明らかに誤りであると指摘しなければならない。50 年勧告は、憲法 25 条を具体化するための社会保障改革の基本方針を示したものであり、社会保障を次のように定義している。「いわゆる社会保障制度とは、疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齡、失業、多子その他困窮の原因に対し、保険的方法又は直接公の負担において経済保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もつてすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすることをいう」。そして、その直後の文章で「このような生活保障の責任は国家にある」と明記している。つまり、社会保険が「共助」であるとはどこにも書かれていないのである。また、50 年勧告には、社会保険と国家扶助（生活保護）との関係について前者が主であり後者は前者を補完する旨の記述があるが、これはあくまでも社会保障制度における保障方法の在り方の話であり、報告書が言うように、自助・助け合いが基本で、公助はそれを補完するという趣旨ではないのは明白である。

## 社会保険制度論

この「自助・共助・公助」論を受けて、報告書では「自助を共同化した」社会保険制度について原理的な検討を加えている。その上で社会保険における税投入の理由について、次のように整理している。すなわち、①無職者や低所得者も保険に加入できるよう、保険料の負担水準を引き下げること、②保険制度が分立していることによる給付と負担の不均衡を是正すること、と。そして、②については、「基本的には保険制度の中での調整が求められ、原則としては公費投入に頼るべきでなく、公費投入は保険者間で調整できないやむを得ない事情のある場合とすべき」とし、社会保険への税投入については、社会保険料に係る国民の負担の適正化（低所得者に対する保険料軽減）に限定すべきとしているのである。

社会保険が「共助」であるという立場からは、その給付はあくまでも保険料で賄うべきという帰結になるのは言うまでもないが、もちろん、社会保険は「共助」ではない。互助会や共済・職場の組合などの助け合いの制度を公的に再編し社会保障制度としたのが社会保険であり、報告書の言葉を借りれば「共助を公助化」したのが社会保険である。報告書のこのくだりをそのまま読めば、国保、協会けんぽ、後期高齢者医療制度、介護保険制度に対する税財源の投入は、今後減ることこそあれ、増えることはない。社会保険が民間保険へと限りなく近づいていくことは、断じてあってはならない。

## 社会保障制度改革の方向性

次に、総論部分の後段、「社会保障制度改革の方向性」について検討する。

大きな方向性として、報告書では「1970 年代モデル」から「21 世紀（2025 年）日本モデル」を提唱し、そのキーワードとして、「全世代型の社会保障への転換」「年齢別から負担能力別に負担の在り方を切り替え」「地域包括ケアシステムの構築」などが掲げられている。これらのキーワードそれ自体は、憲法が規定する社会保障の理念と確かに合致している。注意しなければならないのは、これらの理念が何のために持ち出されているかということだ。

報告書では、「21 世紀（2025 年）日本モデル」という言葉について、「2025 年には、いわゆる「団塊の世代」がすべて 75 歳以上となり、高齢者の中でより高齢の者が増える超高齢社会になっていく」

という文脈で使用しており、今後増え続ける高齢者に対する社会保障給付をいかに抑制するかという観点から構築されている点に留意が必要である。推進法の「基本的考え方」をそのまま是認した上で示されている改革の方向性は、まさに社会保障給付の重点化・効率化を具体化する際の「理屈付け」となっていることを忘れてはならない。

### 全世代型の社会保障

さて、キーワードについて個別に検討を進めよう。一つ目は「全世代型の社会保障」である。

社会保障の対象者は、憲法 25 条でいえば「すべて国民」ということになり、その意味では全世代の人々が対象というのはそのとおりである。しかし、社会保障給付の対象者は、より厳密に言えば「生活保障のニーズのあるすべての人々」ということになる。あくまでも対象判断の基準になるのは「ニーズの有無」であり、それは高齢者であれ、若年者であれ変わることはない。では、いかなる理由で、あえて「世代」という表現を用いているのか。個別の改革メニューをみれば、給付の重点化・効率化による給付削減・負担増のしわ寄せは、多くは高齢者に跳ね返っており（年金給付の削減、70～74 歳医療保険自己負担の引上げ、要支援者に対する予防給付の保険外しなど）、この文脈で「全世代型」という表現を用いるのは、高齢者に対する社会保障給付削減の言い訳のためと評価せざるを得ない。

もちろん、報告書が言うとおり、「子ども・子育て支援を図ることや、経済政策・雇用政策・地域政策などの施策と連携し、非正規雇用の労働者の雇用の安定・処遇の改善を図ること等を始めとしてすべての世代を支援の対象」とすること自体は間違いではなく、今後、ますますその必要性は高まっていく。問題は、この改革を高齢者に対する社会保障給付削減と引き換えに行おうとしていることなのだ。言うまでもなく、高齢になれば、定年による所得の中断、加齢による医療・介護ニーズの増大など、社会保障給付のニーズが高まるわけであり、それをもって日本の社会保障は高齢者に偏重しているという批判はあてはまらない。この課題は、「世代間の公平」の問題に矮小化されてはならないのである。

### 負担能力別の負担

キーワードの二つ目は、「負担能力別の負担」である。これも社会保障の原則から言えばまさにそのとおりである。問題となるのは、やはり、この原則をどんな「改革」のために持ち出しているかである。

例えば、医療保険の自己負担についての改革案をみてみよう。その内容は「70～74 歳の自己負担の 2 割への引上げ」であり、年齢別の負担構造に手を加えることなく、高齢者をターゲットにした負担増が提起されている。また、介護保険においても負担増のメニューが示されているが、その対象者の多くは高齢者である。結局のところ「高齢者」に対してより一層の負担増を求めるといふ理屈のために（高齢者にも応分の負担をしてもらおうという意味での）「負担能力」を持ち出していることを指摘しておきたい。

そもそも、負担の問題を考える場合、保険料と利用料（自己負担）は分けて考える必要がある。保険料を負担しているのは、保険給付が必要になった場合に給付を受けるためである。にもかかわらずいざ給付を受ける場合に負担が発生することは原理的にはあってはならず、患者自己負担は「ゼロ」でなければならない。報告書は、負担能力別の負担の観点から高額療養費の所得区分の見直しを提起しており、もちろんそれ自体はやらないよりはやるべきではあるが、問題は高額療養費制度の前提になっている患者自己負担の存在そのものであることに留意する必要がある。

他方、保険料負担については、まさに「負担能力別の負担」が徹底されなければならない、高齢者に限らずすべての世代において徹底して改革をする必要がある。報告書では、国保・後期高齢者医療における低所得者の保険料軽減、国保保険料の賦課限度額の引上げ、被用者保険の標準報酬月額の上限額引上

げ、後期高齢者医療に対する支援金の総報酬割全面導入など、具体的な提起はあるが、これらをより一層推し進める必要がある。その際には国民健康保険料の応益割をどうするかなど、報告書にはない課題も山積していることにも留意する必要がある。そして、何よりも応能負担を徹底するのであれば、「負担能力のない人からは、徹底して負担を求めない」という観点からの改革を、何よりも最優先に実施する必要があることを忘れてはならない。

#### 応能負担と「受益と負担の均衡論」

「負担能力別の負担」の提起については、推進法との関係でもう一点指摘することがある。

推進法第1条では、法の目的として「受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図る」という規定がある。これについては、そもそも「負担能力に応じて負担し必要に応じて給付を受ける」という社会保障の基本的な原則に真っ向から反するものであり、負担に見合った受益（社会保障給付はそもそも「受益」ではないが）では民間保険と何ら変わらないという意味で非常に問題であることは、既に昨年指摘済みである。

ところで、「受益と負担の均衡」という前提の下、負担能力に応じて負担した場合、受け取る給付も当然に負担に連動することになる。したがって、負担能力の低い人は、結局、それに見合った給付しか受けられないということになってしまう。ここに重大な論理的矛盾がある。もちろん、どちらの理念が正しいかと言えば「負担能力に応じた負担」の方であることは言うまでもない。報告書の理念を活かすためには、推進法第1条の「受益と負担の均衡」条文は撤回されなければならない。推進法第1条をそのままにして、「負担能力別の負担」を提起することはそもそも困難なのである。

#### 地域包括ケアシステムの構築など医療・介護提供体制改革

キーワードの三つ目は「地域包括ケアシステムの構築」である。報告書には「国民会議の最大の使命は、医療・介護提供体制改革に魂を入れ、改革の実現に向けて実効性と加速度を加えることにあって過言ではない」と記しているとおり、地域包括ケアシステムの構築を含む医療・介護提供体制改革は最重要課題に位置付けられている。

もとより、地域包括ケアシステムの理念それ自体は、多くの人が賛意を示す「ケア」のあるべき姿である。問題になるのは、やはり、どのような文脈でこの概念が提起されているのかである。報告書には、地域包括ケアシステムについて総論部分に次のような記述がある。「地域内には、制度としての医療・介護保険サービスだけでなく、住民主体のサービスやボランティア活動など数多くの資源が存在する。こうした家族・親族、地域の人々等との間のインフォーマルな助け合いを「互助」と位置づけ、人生と生活の質を豊かにする「互助」の重要性を認識し、これらの取組を積極的に進めるべきである」と。結局のところ、自助・共助原則の徹底と国家責任の後退という文脈の中で「地域包括ケア」という理念を提起しているのである。公的保障の充実がないところに、生活の質を豊かにする「互助」はあり得ないと思われるのだがいかがであろうか。医療・介護をインフォーマルなサービスに委ねることと質の担保とは両立しないと考えるがいかがであろうか。

#### 医療・介護分野の改革

さて、次に社会保障制度改革の各論部分、とりわけ医療・介護分野の改革内容について整理しておきたい。

医療・介護分野の改革は大きく分ければ、提供体制に係るものと利用者の給付抑制に係るものに分けられる。提供体制改革では、「ニーズと提供体制のミスマッチ」を解消するために、医療では「病床機

能の分化」「退院患者の受け入れ整備」「提供者間のネットワーク化」を中心とした「医療提供体制改革」が、介護では「地域包括ケアシステムの構築」がそれぞれ提起され、これらを一体のものとして進めている。利用者側の給付抑制施策については、「全世代型」「負担能力に応じた負担」という理念を用いて、主として高齢者への負担増を強いる「医療保険制度改革」「介護保険制度改革」が提起されている。

#### 医療・介護の提供体制改革

まず初めは「提供体制改革」である。プログラム法案の骨子においては、次の項目が列記されている。

##### 医療提供体制改革（プログラム法案の骨子より）

- 病床の機能分化・連携及び在宅医療・在宅介護を推進するために必要な事項
  - ・ 病床機能報告制度の創設
  - ・ 地域医療ビジョンの策定
  - ・ 新たな財政支援制度の創設（基金方式の検討）
  - ・ 医療法人間の合併、権利の移転に関する制度等の見直し
- 地域における医師、看護職員等の確保及び勤務環境の改善等に係る施策
- 医療職種の業務範囲及び業務の実施体制の見直し

既に指摘したとおり、提供体制改革のねらいは「機能分化とネットワークの構築」である。急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、亜急性期・回復期へと患者を速やかに移動させ、総体として入院期間を減らす。その受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させる。この一連の患者の流れをスムーズにするために提供者間のネットワーク化は必要不可欠となる。これら医療提供体制「再編」のためには、その前提として、地域における医療機能ごとの医療の必要性を把握する必要がある。その意味で提供体制改革に向けた取り組みとして「地域医療ビジョン」を都道府県ごとに作成することが提起されている。

#### 病床機能報告制度と地域医療ビジョン

地域医療ビジョン作成にあたり、まずは各医療機関から医療機能に係る情報を都道府県へ報告することを義務づける「病床機能報告制度」を創設するとしている。具体的な報告内容については、社会保障審議会の医療部会にて審議されているが、9月13日に開催された部会資料では、次の案が示されている。

各医療機関（有床診療所を含む）は病棟単位で、自院の医療機能について「現状」と「今後の方向」を都道府県に報告する。報告する医療機能は4区分から選択するが、その区分は、①高度急性期機能（急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が高い医療を提供する機能）、②急性期機能（急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能）、③回復期機能（急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）、④慢性期機能（長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能）-からなる。なお、上記の医療機能と併せて報告を求める事項として、①地域医療ビジョン策定のために必要な情報と、②患者・住民・他の医療機関に明らかにする医療の具体的提供内容-が挙げられているが、これについては引き続き検討することとされている。

次に、都道府県が策定する「地域医療ビジョン」であるが、これについても9月13日の医療部会で次のような具体案が示されている。

まず、地域医療ビジョンとは、「地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度等により医療機関から報告された情報等を活用し、二次医療圏ごとに、各医療機能の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示すものと定義した上で、都道府県が医療計画の一部として策定することとされている。その具体的内容は、①2025年の医療需要（入院・外来別・疾患別患者数等）、②2025年に目指すべき医療提供体制（二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケアについては市町村）ごとの医療機能別の必要量）、③目指すべき医療提供体制を実現するための施策（医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等）からなる。

以上の医療提供体制改革について、プログラム法案の骨子には次のような改革スケジュールが示されている。すなわち、次期医療計画の策定期間が2018年度であることを踏まえ、2017年度までを目途に順次講ずることとし、必要な法律案を2014年通常国会に提出する一としている。したがって、上記の改革を含んだ法律改正である「医療法改正」法案は来年の通常国会提出に向け、今後準備が進められる。一方、医療提供体制改革は法律改正を必要とせず実施できるものもある。すなわち、診療報酬・介護報酬改定である。以下、来年の改定において、特に医療提供体制改革との関連で議論されている内容について、次に見ていくこととする。

#### 医療提供体制改革の一環としての診療報酬改定

診療報酬改定の基本方針は、社会保障審議会の医療保険部会と医療部会においてまとめられるが、両部会名で9月6日付で、「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方について」という文書が公表されている。以下に、特に具体的項目について抜粋する。

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方について」9月6日社会保障審議会医療保険部会・医療部会

##### 1 入院医療

###### (1) 高度急性期・一般急性期

- ・ 急性期病床の担う機能の明確化を行い、高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能強化
- ・ 重症度・看護必要度の見直し等による、患者の状態に応じた医療の提供
- ・ 入院早期からのリハビリテーションや退院・転院支援の推進
- ・ 退院・転院に係る連携の強化
- ・ 急性期病床の平均在院日数の短縮 等

###### (2) 長期療養

- ・ 急性期病床における長期入院患者の評価の適正化
- ・ 長期療養を担う病床の急性期等との連携強化、受入体制の充実 等

###### (3) 回復期（亜急性期入院医療管理料について）

- ・ 回復期リハビリテーション病棟との機能の違いを踏まえつつ、診療報酬上の亜急性期入院医療管理料における患者像や機能（例えば、急性期病床からの患者の受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど）を明確化し、回復期の病床の機能に応じた評価について検討を行う。

###### (4) 有床診療所における入院医療

- ・ 病院からの早期退院患者の受入れ機能、在宅患者の急変時の受入れ機能、在宅医療の拠点機能、終末期医療を担う機能、専門医療を担う機能等を有しており、それらの機能に応じた評価につい

て検討を行う。

## 2 外来医療

- ・ 診療所や中小病院におけるかかりつけ医機能の評価
- ・ 大病院の専門外来の評価
- ・ 大病院の紹介外来を更に推進する方策 等

## 3 在宅医療

- ・ 看取りを含め、在宅療養支援診療所・病院の機能強化
- ・ 在宅療養支援診療所・病院以外の医療機関による在宅医療
- ・ 24 時間対応、看取り・重度化への対応など、機能に応じた訪問看護ステーションの評価、訪問看護ステーションの大規模化の推進
- ・ 在宅歯科医療の推進
- ・ 在宅薬剤管理指導の推進
- ・ 訪問診療の適正化 等

## 4 医療機関相互、医療介護連携によるネットワーク

- ・ 入院医療、かかりつけ医、在宅医療、歯科医療、薬局、訪問看護、介護などのネットワークにおいて、患者を支えるこれらが協働して機能を発揮し、患者の状態に応じた質の高い医療を提供することや、病院から在宅への円滑な移行や、医療と介護の切れ目のない連携を図ることに対する評価について検討を行う。

上記の内容については、ここ数年来の診療報酬改定における方向性と軌を一にするものであり、診療報酬改定が社会保障・税一体改革を先取りしたものであったことを示している。中医協では、来年の改定に向けた議論が始まっているが、現時点で具体的論点整理が進んでいるのは、①急性期病棟（7：1、10：1）の再編に向けた平均在院日数の短縮（短期滞在手術基本料算定患者や90日超患者を在院日数の計算対象に加える。90日超患者について計算対象にしない場合には療養病棟入院基本料の算定方式（医療区分、ADL区分による包括点数）により算定する、など）や重症度・看護必要度項目の要件見直し、②亜急性期入院医療管理料の見直し（病棟単位の届出、重症度・看護必要度項目などの要件の追加、療養病床でも届出可能にする、など）-のように主に急性期・回復期の入院医療の機能分化を目指した改定内容が中心である。

開業医が関係する項目については、在宅医療について抽象的な論点が提示されてはいるが、それ以外は今後議論が本格化する。その際、後述するフリーアクセスの制約の問題や、緩やかなゲートキーパー制度の導入により、診療報酬レベルで何らかの対応があるか、注視する必要がある。

## 医療保険制度改革

次に「医療保険制度改革」をみていこう。プログラム法案の骨子では次のメニューが提起されている。

### 医療保険制度改革（プログラム法案の骨子より）

- 財政基盤の安定化
  - ・ 国民健康保険の財政支援の拡充
  - ・ 市町村国保の保険者の都道府県移行
  - ・ 協会けんぽの国庫補助率の検討
- 保険料に係る国民の負担に関する公平の確保
  - ・ 国保・後期高齢者医療の低所得者の保険料負担軽減
  - ・ 被用者保険に係る後期高齢者支援金の全面総報酬割

- ・ 所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し
- ・ 国保保険料の賦課限度額及び被用者保険の標準報酬月額の上限額の引上げ
- 保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等
  - ・ 70歳から74歳までの一部負担金の引上げ
  - ・ 負担能力に応じた負担の観点からの高額療養費の見直し
  - ・ 外来、入院に関する給付の見直し（紹介状のない大病院受診の際の一定の定額自己負担の創設、入院時食事療養費の自己負担の引上げ）

この項で、まず注目すべきは、「市町村国保の保険者の都道府県移行」である。報告書では、この論点は「医療提供体制改革」に位置付けられており、「地域における医療提供体制に係る責任の主体と国保の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うことにより、地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することが可能になる」としている。なお、この改革を行うには、その前提として国保の構造的な財政問題への対応が不可欠としている。そのため、被用者保険に係る後期高齢者支援金を全面総報酬割とすることにより捻出される税財源について、国保の財政上の構造的問題を解決するために用いるとしていることが注目される。

次に「療養の範囲の適正化」に係る部分である。保険料負担では「国保・後期高齢者医療における低所得者の負担軽減」が提起される一方で、利用料（自己負担）では、70歳から74歳までの2割への引上げ、高額療養費の所得区分の見直しが提起されている。また、給付の効率化のためには「利用者側」も受診行動も変える必要があるとし、いわゆる「フリーアクセス」を「必要な時に必要な医療にアクセスできる」と定義し、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とする「緩やかなゲートキーパー機能」の導入を提起している。そのため、紹介状のない大病院外来受診の際には、現行の選定療養による自己負担とは別に一定の定額自己負担を課することとしている。

上記の「改革」メニューは、プログラム法案の骨子では2014年度から2017年度までを目途に順次講ずるとされ、また、法改正が必要な措置については、必要な法律案を2015年通常国会に提出するとしている。したがって、上記の内容を含む医療保険各法の「改正」法案は再来年に上程される見込みである。また、法改正を必要としないものは「順次」実施するとしているが、上記のうちこれに該当するのは「国保などの低所得者の保険料負担軽減（政令事項）」「国保の保険料賦課限度額引上げ（政令事項）」「70歳から74歳の自己負担引き上げ（予算措置）」「高額療養費の見直し（政令事項）」である。

社会保障審議会での議論は、まだ始まったばかりであるが、高額療養費の見直しについては、9月9日の医療保険部会で具体案が提起されている。そこでは、患者の所得区分を細分化し、「負担能力に応じた負担」を実現するとしているが、主として細分化されるのは「一般所得者」の区分であり、「低所得者」の区分の月単位上限額は据え置きとするなどの内容となっている。

## 介護保険制度改革

各論の最後は「介護保険制度改革」である。プログラム法案の骨子では次のメニューが提起されている。

- 介護保険制度改革（プログラム法案の骨子より）
- 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し
    - ・ 在宅医療及び在宅介護の連携の強化
    - ・ 高齢者の生活支援及び介護予防に関する基盤整備
    - ・ 認知症に係る施策
  - 地域支援事業の見直しと併せた地域の実情に応じた要支援者への支援の見直し（要支援者に対する



予防給付を保険給付からはずし「地域包括推進事業」に移行)

- 一定以上の所得を有する者の利用者負担の引上げ
- 補足給付の支給要件に資産を勘案する等の見直し
- 特別養護老人ホームに係る施設サービス費の支給対象の見直し（中重度者に重点化）
- 低所得の第一号被保険者の保険料負担軽減

この項では、まず「地域包括ケアシステムの構築」が挙げられている。報告書では「地域包括ケアシステム」自体の課題について様々な観点から論述しているが、プログラム法案の骨子においては、特に介護保険給付と地域支援事業の在り方の見直しを中心に提起している。すなわち、「要支援者に対する介護予防給付について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組み等を積極的に活用しながら柔軟かつ効率的にサービスを提供できるよう、受け皿を確保しながら新しい地域支援事業に段階的に移行させるべき」としているのである。これは要支援者に対する予防給付を保険給付から外して市町村に委ねることを意味する。

9月4日に開催された社会保障審議会介護保険部会では、予防給付の地域支援事業への移行案が提示されているが、そこでは従来の予防給付が法定のサービス類型に応じて人員基準・運営基準に基づき実施されているのに対し、新しい介護予防事業については「事業内容については市町村の裁量」「人員基準・運営基準なし」という提案がされている。市町村ごとに定めた柔軟な人員配置等に応じ、市町村が単価を設定し、生活支援サービスと予防サービスを一体的・効率的に実施するとしているのだ。

一方、「給付範囲の適正化」に係る項目では、「低所得の第一号被保険者の負担軽減」は盛り込まれているものの、それ以外は医療保険以上にあからさまに負担増メニューを列記している。

9月25日の社会保障審議会介護保険部会では、既に具体案が提起されたものがある。例えば、「一定以上の所得を有する者」については利用者負担を1割から2割に引き上げるが、引上げ対象となる「一定以上の所得者」は、①被保険者全体の上位約20%に該当する合計所得金額160万円以上相当、②住民税課税者である被保険者のうち所得額が上位概ね半分以上に該当する合計所得金額170万円以上相当（どちらも個人単位で判断）の2案が示されている。両案とも医療保険における「一定以上所得者」よりも対象範囲が広いのが特徴である。また、これと同時に高額介護サービス費において「現役並み所得者」の類型を新設した上で限度額の引上げをすることも提起されている。

また、介護保険三施設における居住費・食費の負担軽減策である「補足給付」については、現行制度は本人が属する世帯の課税状況や本人の年金収入及び所得のみを勘案して対象者を決定しているが、これを見直して補足給付対象者をより限定するとしている。現時点の案として、①配偶者が住民税課税の場合には補足給付の対象外とする、②預貯金等の資産については、単身で1000万円、夫婦で2000万円を超える場合に補足給付の対象外とする、③不動産については、固定資産税評価額で2000万円以上のものを所有している場合に補足給付の対象外とし、新たに不動産を担保にした貸付制度を創設し死亡後に資産から回収する、④遺族年金及び障害年金も勘案して対象者を決定する－などが示されている。なお、9月18日の部会資料においては、特養入所者を要介護3以上に限定する案が示されているほか、在宅サービス（通所介護、小規模多機能、訪問看護など）、施設サービス（老健施設、介護療養型医療施設）の全般にわたり具体的な改革案が提起されている。

なお、低所得者の保険料負担軽減については9月25日の部会において、①各区分の軽減割合を増加する、②保険料の負担区分を現行の6段階から9段階とする、の2つの項目が提起されている。

プログラム法案の骨子で示されているスケジュールでは、介護保険制度改革については2015年度を目途に講ずるとされており、そのために必要な法律案は2014年通常国会に提出するとしている。したがって、介護保険法「改定」法案の上程は来年の通常国会ということになる。

おわりに

以上、医療・介護分野の改革内容を整理してきたが、最後に医療・介護の改革内容を総じて、また、既に始まった社会保障審議会での議論を踏まえて、いくつか課題を列記しておきたい。

ひとつは、提供体制改革である。上述のとおり医療法、介護保険法改定に向けて具体的な論点が提起されてはいるが、その内容－医療提供体制の機能分化と地域包括ケアシステムの構築－は、この間の診療報酬・介護報酬改定に通底する原則であり、その問題点－安上がりの医療・介護提供体制の構築－がそのまま当てはまることになる。診療報酬・介護報酬は、まず何よりも現物給付を担保するためにあるという基本的な原則に立ち返る必要がある。目の前の患者さんに必要な医療・介護を提供するに見合った報酬が設定されなければ、現物給付原則は絵に描いた餅になってしまうからだ。政策的な目的－急性期医療への重点配分、急性期・回復期・在宅の流れをスムーズにする「連携」の評価（入院医療の削減）、在宅の受け皿として用意される地域包括ケアシステムはできるだけお金のかからないインフォーマルなものに…へと誘導するために点数改定を用いること自体の問題を問い続ける必要がある。その意味で、今回の報告書において、医療提供体制改革の推進のためには診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠として「基金方式」も検討すべきと明記している点は注目に値する。診療報酬による政策誘導とは違う手段による地域医療に必要な医療機能の分化は、今後大いに議論すべき項目であると考ええる。

二つ目は、「負担能力に応じた負担」という原則について。この間の審議会における具体案を見ると負担増のための理屈付けのために用いられていることが、一層はっきりしてきている。介護保険においては、矢継ぎ早に負担増の具体案が提起され、また、高額療養費制度改革において低所得者の「月単上限額」の「据え置き」が提起されるなど、そのねらいがさらに浮き彫りになっている。負担能力に応じた負担（応能負担）を考えるにあたっては、①保険料負担と利用料負担を分けて考えること、②負担能力のない人からは徹底して負担を求めないという観点からの改革を最優先に実施する必要があること－の2点を再度強調しておきたい。

三つ目は、報告書とプログラム法案骨子との間の「差異」である。自助・共助の強調などプログラム法案の方がより「露骨に」政府の社会保障抑制策を示しているが、特に指摘しておきたいのは、「国保の都道府県単位化」と「介護保険の予防給付の保険外し」の位置づけである。どちらも報告書においては「提供体制改革」の課題の項目で詳細な記述がなされているが、プログラム法案の骨子では、それぞれ「医療保険制度改革」「介護保険制度改革」に位置付けられている。これが意味するのは、どちらの改革も「提供体制」という射程にとどまらず、医療・介護の提供水準とそのため保険料負担を自治体に集約する（国保は都道府県、介護は市町村）という狙いがあるということである。つまり、これらの改革の真の狙いは、都道府県や市町村などの自治体単位での給付と負担の制御システムの構築である。社会保障の国家責任を大きく後退させるという基本的考え方のもと、これらの改革を行えば、自治体の責任による給付抑制・負担増を招き、地域間格差の一層の拡大をもたらすことは必至である。

報告書は、特にその各論部分では注目すべき点がないわけではない（提供体制再編の財源としての基金方式の検討、総報酬割で生じた財源の国保への投入、低所得者に対する保険料負担軽減など）。が、少なくとも、消費税がアップし負担増が行われているにもかかわらず、患者・利用者が受給する医療保障・介護保障の内容が後退するような「改革」は、断固として阻止しなければならない。改革の基本的考え方は「憲法 25 条の否定」であり、我々は今後も憲法 25 条に基づく医療保障制度・社会保障制度の構築に向けて引き続き運動を進めていく所存である。