

医療・福祉問題研究会会報

NO. 117
2014.4.11

医療・福祉問題研究会 第115回例会

日時： 2014年5月31日（土）午後3時～5時

会場： 社会福祉会館4階中ホール（金沢市本多町3-1-10）

テーマ：ケアマネジャーからみた介護保険の「要支援外し」の実態

—総合支援事業の現状と課題—

報告者： 大浦章子さん

（寺井病院・手取の里介護総合相談センター ケアマネジャー）

団塊の世代が75歳を迎え、高齢化率が30%を超える「2025年」に向け、政府は社会保障改革の介護分野で「地域包括ケアシステム」の構築を推し進めようとしています。

なかでも、いわゆる「要支援外し」報道は大きな衝撃でした。要支援1・2の利用者について、訪問介護、通所介護を介護保険本体の給付（予防給付）から外し、市町村の地域支援事業「新しい総合事業」に丸投げしようとするものです。利用者さんやご家族からは「自分は要支援認定を受けているが、サービスは使えなくなるのか？今すぐ変更申請して要介護にしてほしい！」といった不安・心配の声も聞かれています。

総合事業では、サービス提供はボランティアやNPO、民間会社等でも可能とされており、現在のサービス水準が大幅に縮小されることは確実です。これにより地域間格差が生じる懸念や、また介護の専門性の軽視、といった課題をはらむものだといえるでしょう。

次期介護保険改正に向けた動きのなか、既に総合事業のモデル事業に取り組んでいる市もあります。しかしその運用をめぐる給付適正化の側面ばかりが強調され、いっそう利用できない・させない「介護保険の負の性質」がより顕著になっており、現場では混乱と今後の不安で錯綜した状況を呈しています。

今回の発表では、ケアマネジャーの立場から、総合支援事業を実際に行っている具体例について紹介し、現状と課題について報告したいと思います。

みなさんのご参加をお待ちしております。

金沢市の保育園・学童保育の現状と子ども・子育て支援新制度の問題点

河野 晃(城北病院小児科)

2014年2月1日(土)、第114回例会にて、広田みよさん(金沢市議会議員)が「金沢市の保育園・学童保育の現状と子ども・子育て新支援制度の問題点」と題して報告された。報告の要旨は以下のとおりである。

認可保育所に入所できない「待機児童」が数万人いるといわれ、東京などでは「保活」する保護者達の集団異議申し立てや抗議集会が開かれている。横浜市が「待機児童」をゼロにしたと話題になったが、その内実は、認可外保育所の園児をカウントしない、企業参入の促進、認可外保育所の増設などをして、極端な例では鉄道の高架下に保育施設を作るなど劣悪な環境の「保育」も含めての「待機児童ゼロ」である。

政府は新たなニーズに応えるとして、「子ども・子育て支援新制度」を策定し、2015年度には発足させ、その財源は消費税が10%になった場合の財源を活用し約7000億円を当てるとしている。

以下にその概要を解説する。

- ① 自治体が責任をもって保育を保障する制度が大きく後退し、保育の「現物給付」から、利用者補助の「現金給付」に変わる。
- ② 手続きが変わる。入所申し込みの前に、保育の必要性、必要量の認定を受けるために、「認定申請」が必要となり市町村に「認定申請」をする。現在保育所に在籍している子供も改めて「認定申請」が必要。認定に該当するか、短時間認定か、長時間認定かが問われる。2014年秋には認定申請が開始される見込みであるが、まだ一般には周知されていない。
- ③ 保育施設が非常に多様化する。
児童福祉法24条1項に該当する保育所(市町村と契約)と児童福祉法24条2項に該当する施設(施設と直接契約)に分けられる。後者はさらに、施設型保育(定員20人以上)と小規模の地域型に分けられ、地域型は保育施設が駅前ビルの一室でも可、保育士資格がなくても職員になれるなどの規制緩和が盛り込まれる。

なお、24条2項は、保育を確保しなければならないというあいまいな規定で、市町村は施設への斡旋や要請する努力をするという規定となっている。それに対し、24条1項には、「保育に欠ける」子どもを保育所に入所させて保育しなければならないという、市町村に実施責任が明確となっているので、認可保育所をもっと増やし、合わせて保育者の処遇を改善して人材を確保することが大切であると広田さんは強調された。

ついで、討論では、従来の保育所制度でも、国の定めた基準の保育費だけでは、保護者

にとってあまりにも高額な負担となるので、様々な助成をしてきたという自負が金沢市にはある。激変とも言える今回の「新制度」への移行は、行政や保育所にとっても、大きな戸惑いを感じているようだ。また、そもそも保育とはだれのためにあるのか？子ども中心に考える発想が必要なのではないか。園の行事で、「発表会」などの企画は、子どもの発達の大きな節目となる大切な行事であるが、短時間保育、長時間保育の子どもが混在すると、幼児教育として成り立たなくなるのではないか、等の意見がだされた。

保育士は幼い命を守り、発達を保障する専門職である。子どもにとってどんな保育が必要か、という議論から国の最低基準を作るべきである。しかし「新制度」では、公立保育所の存立が危うくなり、株式会社の参入が容易な小規模保育施設ばかり増える恐れがあるのではないかと思われた。

社会保障・税一体改革と次期診療報酬改定のゆくえ

石川県保険医協会 長浦久美

2014年2月15日(土)に石川県保険医協会第40回定期総会・市民公開講演会が開催され、工藤浩司石川県保険医協会事務局長が『社会保障・税一体改革と次期診療報酬改定のゆくえ—プログラム法の危険な本質—』と題し講演を行った。

2014年4月からの消費税8%への引き上げが予定されている。当初政府は、消費税引き上げは社会保障の機能強化のためであると主張していた。しかし今後予定されている制度改定を見ると、70~74歳の一部負担金2割へ引き上げ、一定以上の所得のある人の介護保険の自己負担が1割から2割に引き上げ、年金の2.5%カットなどが予定されており、社会保障充実には程遠い内容である。

このような状況で、2012年に社会保障制度改革推進法(以下、推進法)が成立、社会保障制度改革国民会議(以下、国民会議)における審議の結果として、国民会議報告書が提出された。さらに推進法に基づいてプログラム法案が2013年12月5日に閣議決定・成立している。果たしてこれらの政策により、国民の暮らしを保障する社会保障制度がつけられるのだろうか？

これらの政策をはかるものさしこそが、憲法である。憲法98条では憲法に反する法律は無効であると規定しており、憲法25条ではすべての国民に「健康で文化的な最低限度の生活」を保障し、さらに国はその増進に努めなければならないという義務を課している。そしてこのものさしをもって、これらの政策がいかに憲法に反したものであるか、考えていきたいと思う。

1、社会保障制度改革推進法の基本的考え方

推進法第2条では、この法律の基本的考え方4つを示している。

①自助・共助・公助の組み合わせとしての社会保障として、自己責任が原則であり、それを助け合いの「共助」を通じて支え合うことが社会保障であるとしている。社会保障とは貧困、疾病、失業などは、社会が原因であることを認めたことが出発点である。助け合いだけで生きていけるのならば、社会保障は必要ない。ブースとラウントリーによる調査「貧困の発見」では、社会には貧困が存在しそれらの多くが個人の責任ではない理由によるものであることを科学的に実証している。

②機能の重点化・効率化により負担増大を抑制しつつ持続可能な社会保障制度を実現するとしているが、自助・共助が前提に負担増大の抑制を行えば、自ずと徹底した社会保障給付の抑制へと進むことになる。

③年金、医療および介護は社会保険制度を基本とするとしている。「保険給付は保険料の範囲で賄うべき」という理由から、公費負担は低所得者に対する保険料軽減にのみ限定し、社会保険における公的責任を大きく後退させようとするものである。

④社会保障給付は消費税を財源するとしているが、社会保障充実させるために消費税増税するか、消費税増税しない代わりに社会保障給付の拡充を諦めるかという、どちらに行っても国民にとって苦しい二者択一を迫るのである。

2、国民会議報告書の評価と方向性

国民会議では推進法に対する評価を「国民会議報告書」として報告しているが、推進法の基本的考え方である「自助」「共助」「公助」論を全面的に肯定している。さらに報告書では社会保険を「自助の共同化」と認識しているが、社会保険は「共助」ではない。歴史的な労働者の組合などの助け合いの制度を社会保障制度とし「公助」へと発展してきたものである。社会保険を「共助」とすれば、給付は保険料で賄うべきという帰結に至ってしまう。

これらの評価を踏まえて、報告書では「全世代型の社会保障」「負担能力に応じた負担」という方向性を打ち出している。だがその中身を見れば「全世代型の社会保障」として70歳～74歳医療保険の一部負担金の引き上げなど、狙いは高齢者への給付抑制である。「負担能力に応じた負担」として、「年齢別の負担」からの転換をうたっているが、現行の社会保障制度ではすでに応能負担であるものがほとんどである。年齢別の負担で代表的な制度は70歳～74歳の一部負担1割であり、早速この2割引き上げを決定した。「負担能力に応じた負担」を本当に求めるのであれば、若年の3割負担の人の中でも徹底的な応能負担を求めるべきだがそのような考えは出てこない。高齢者へのよりいっそうの負担増を求める理屈として、打ち出した理念と言える。

3、医療・介護分野の改革

推進法・報告書の理念の基に進められている具体的な医療・介護分野の改革について。

医療・介護提供体制改革では更なる機能分化を推進するため、自院の医療機能を都道府県に報告する病床機能報告制度、各医療機能の必要量等を含む医療提供体制について都道府県が医療計画として策定する地域医療ビジョンなどが予定されている。医療保険制度改革では市町村国保の財政を都道府県に移行、70～74歳の自己負担2割引き上げなどを実施予定だ。介護保険制度改革においては一定以上所得者の利用者負担を2割に引き上げ、要支援者の介護予防給付のうちホームヘルプサービス、デイサービスを地域支援事業へ移行など、国家にとって安上がりな介護提供体制へ向かっている。

次期診療報酬改定はまさしく社会保障・税一体改革の第一歩と言える。入院医療機関の機能分化として、7:1病床の削減のため平均在院日数要件を強化する施策の実施、亜急性期以降の受け皿として地域包括ケア病棟の創設。退院患者の受け皿となる在宅医療「充実」のため、機能強化型在宅療養支援診療所の実績要件引き上げ、訪問歯科診療の実績が一定である歯科診療所への評価「在宅かかりつけ歯科診療所加算」などを新設する。一方、サービス付き高齢者住宅などの増加による在宅医療費の伸びを抑える改定（在宅時医学総合管理料等での「同一建物における複数患者訪問」の評価引き下げなど）も盛り込まれている。

さらに外来機能分化として外来医療の主治医機能を評価する地域包括診療料（複数疾患をもつ患者を主治医が管理する体制を評価）が導入される。国民会議報告書ではフリーアクセスを「必要な時に必要な医療にアクセスできる」と定義し、必要性の判断は「かかりつけ医」が行う。これは「登録医」制への第一歩である。

4、患者中心の医療制度を

このような改革下では、患者中心でなく診療報酬に患者を合わせるような医療提供を余儀なくされる。患者ごとに医療ニーズは異なり、だからこそ日本の医療制度は出来高払い・現物給付をとってきた。現在国が推進している包括払いのもと、規定以上の医療を受けるためには混合診療解禁が画策されるのは想像に難くないが、混合診療は貧富の差＝医療・生命の差となる。決して進んではいけない道であり阻止していかねばならないとまとめた。



メーリングリストに情報を配信させていただいている伊東と申します。今回、その情報発信についての思いなどを書かせていただくことになりました。多分に私ごとと混じるかと思いますがご了承ください。

私は、二年余り前まで、高齢者の人権に係る市民活動を十数年続けていましたが、現在は「市民オンブズマン福井」の活動だけを行っています。先述の活動に区切りをつけた理由の一つは、在宅介護の負担が大きくなったことです。在宅介護にスタツモンダしている状態で市民活動を続けることに「しんどいなあ・・・」と感じるようになってしまったからです。

そんなわけで、一時期は情報を見るのもおっくうで、それぞれの専門のお立場にある会の皆さんに、素人が勝手に情報を配信して迷惑なのではないかという気おくれもありました。でも、活動をやめてから目にとまるようになった記事もあり、一般市民の目にとまった情報を共有していただくのも、それなりに意義のあることなのかも・・・と発信を再開した次第です。医療・福祉に直接関連するということではなくても、人権、平和が脅かされるとされる情報も時に発信しています。お目障りの場合はご容赦ください。

実は、原稿の依頼をいただいた半月後に、介護中の義母が逝きました。朝のおむつ交換に部屋に入ったところ、布団で冷たくなっており、午前3時頃に老衰（多臓器不全）で息がとまったとされました。

その前々日に、低体温（血圧）のため、県立病院救命センターで検査を受けたばかり。余りに急なことに戸惑いつつ、その検査を担当したDrの、その折に私にかけてくださった言葉を思い出していました。

「全身が弱っている状態ですが、でも、こんなお体になるまで十分に生きられたということです。今まで通り過ごしてもらって、その日がくるまで静かに見守ってさしあげるの
がいいのではないのでしょうか」。

同じ事実を、その少し前に、義母の主治医からは「こういうふうにならなくて、その内だめになり、というのがゆきつく先ですワ」と言われていました。だからこそ、救命センターのDrの言葉により深く感動したのかもしれない。

自己嫌悪にも介護鬱にもなった足かけ9年の介護中の諸々を、Drの言葉は浄化してくれました。その気持ちで義母の最期を見送ることができたことは本当に幸せです。以上、私ごとと終始してしまいましたが、会の皆さまにはこれからもよろしく願いいたします。