



情勢の特徴

東京都コロナ感染状況	1
2021年版厚生労働白書（コロナ感染症の影響）	2
所得・貧富格差の状況	12
自己責任意識が高い日本	14

社会保障をめぐる情勢

政府の社会保障制度改革（骨太方針など）	16
経団連の医療・介護制度改革提言	20
全世代型社会保障構築会議	22
マイナンバーカードの取得について（福井市）	25
東京都の最低賃金の推移	26

都政の情勢

「未来の東京」戦略	27
都民生活に関する世論調査（生活文化局 2022 年 1 月）	37
「シン・トセイ 都政の構造改革 Q O S アップグレード戦略」	39

項目別資料

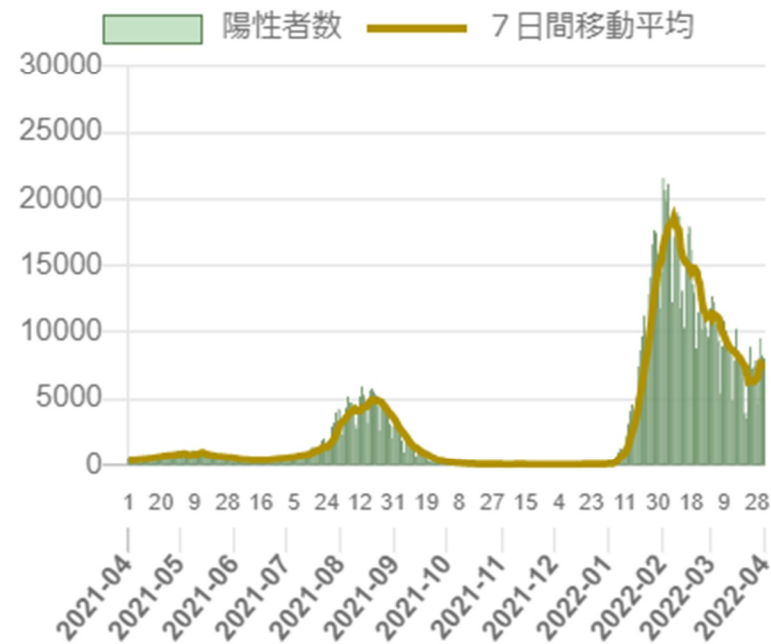
中央団体と共同した行動	40
都立・公社病院独法化中止	42
地域医療構想	45
国保	51
後期高齢者医療	57
介護	59
介護保険制度の抜本的改革提言（案）	67
生存権裁判	76
消費税減税	79
加齢性難聴施策一覧	80
学習活動	81
高校生向け社会保障教育指導者用マニュアル	83
署名の取り組み	88

新規陽性者数
7,571.0 人

2022年4月10日 の数値（7日間移動平均）
（前日比: +18.1 人）

東京都 新型コロナウイルス
感染症対策サイトより

・ 25%だ



表示期間 2021年4月1日から 2022年4月1日まで

死亡日別による死亡者数の推移

4,232 人

2022年4月10日 累計値



表示期間 2021年4月1日から 2022年4月1日まで

令和3年版厚生労働白書の全体像

第1部「新型コロナウイルス感染症と社会保障」

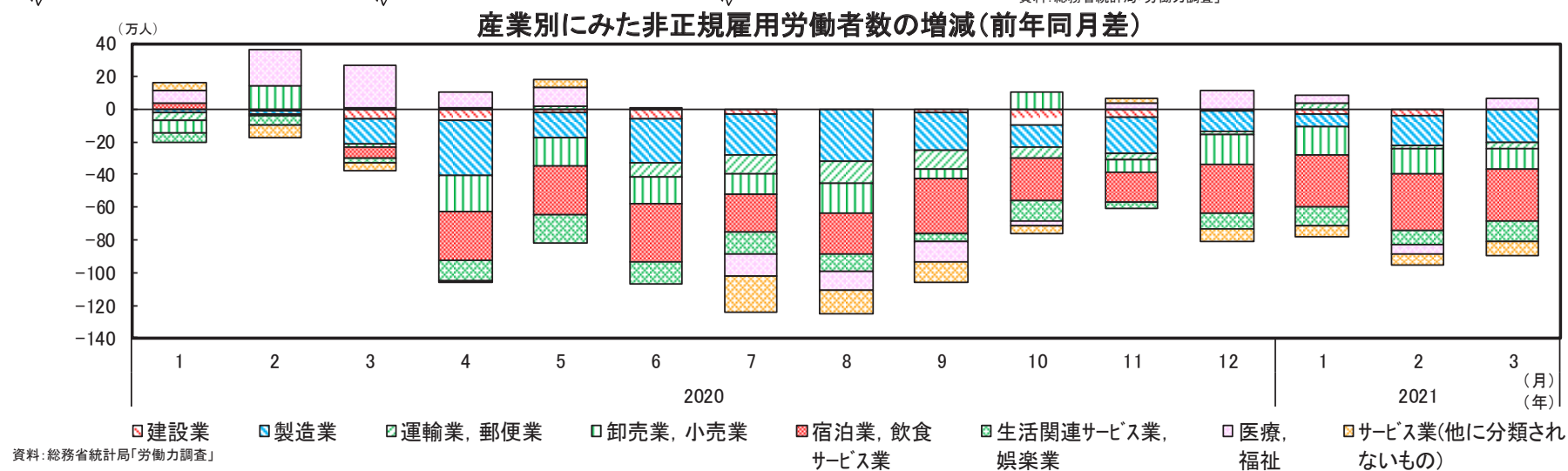
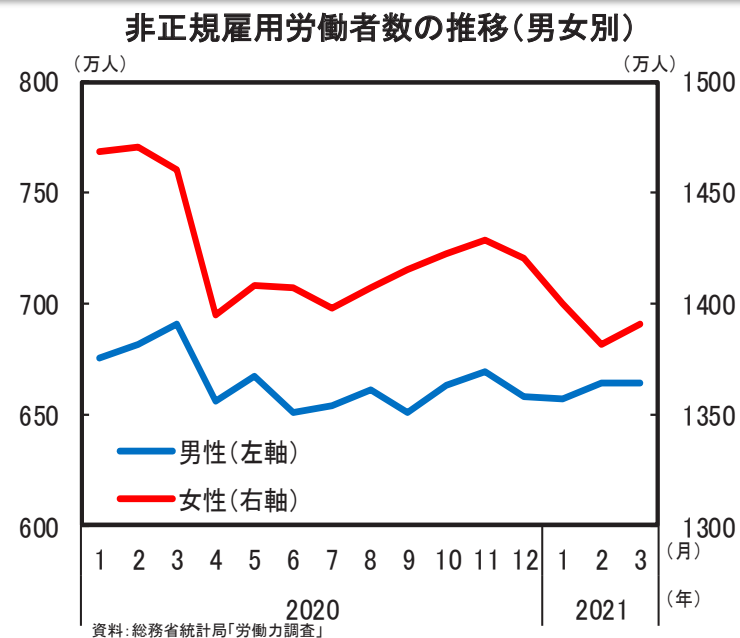
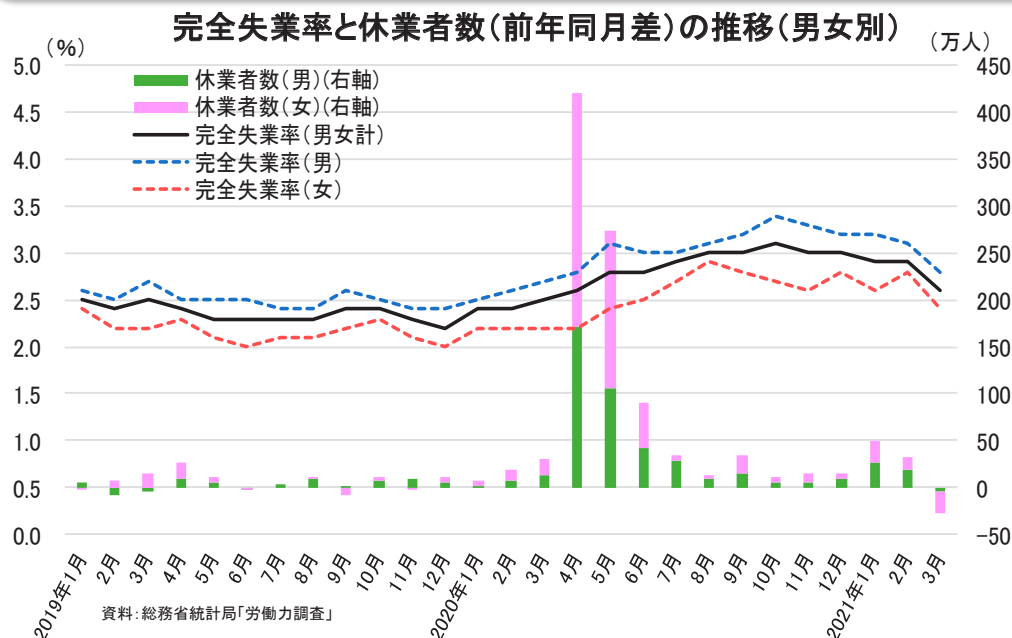
- **新型コロナ感染拡大による国民生活への影響とその対応について、リーマンショック時との比較も交えながら、以下のテーマを中心に分析。**
 - ・ 仕事や収入が急減した人への対応
 - ・ 孤立の深刻化
 - ・ 女性への影響
 - ・ 子どもへの影響
 - ・ 医療・福祉現場への影響
- **社会的危機における社会保障の役割について、国際比較を交えつつ分析。新型コロナ感染拡大への対応を通じて見えてきた5つの課題を論ずる。**
 - ・ 危機に強い医療・福祉現場
 - ・ 社会保障におけるデジタル技術の実装化
 - ・ 多様な働き方を支えるセーフティネット
 - ・ 性差によって負担に偏りが生じない社会づくり
 - ・ 孤独・孤立を防ぎ、つながり・支え合うための新たなアプローチ

第2部（年次行政報告）「現下の政策課題への対応」

- 年次行政報告として、厚生労働省が様々な政策課題にどのように対応しているのかを、わかりやすく国民に報告。

仕事・収入への影響①

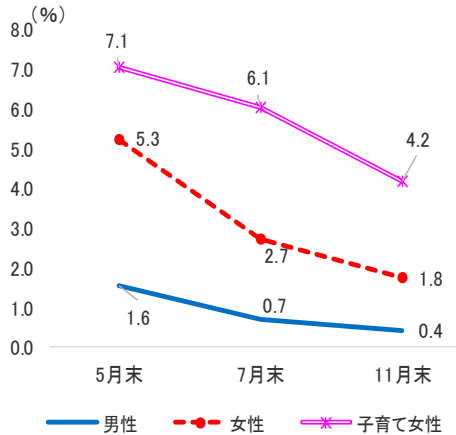
- ・ 2020年4月に休業者が急増。以降、完全失業率は緩やかに上昇
- ・ 非正規雇用、特に、「女性」と「宿泊・飲食業」、「生活関連サービス・娯楽業」等の特定の業種で雇用者数が顕著に減少



仕事・収入への影響②

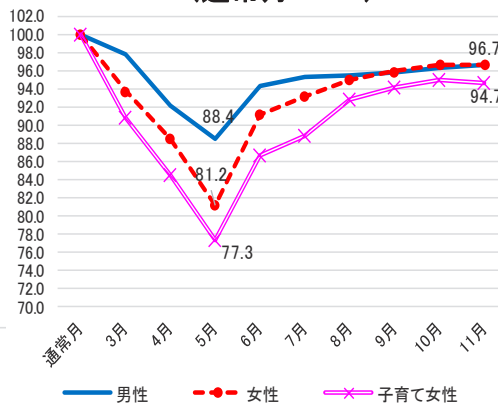
- ・休業、労働時間いずれも、子育て女性への影響が大きい
- ・フリーランスで働く者の「売上高・収入の減少」ありとの回答が多い

休業者(民間雇用者)の割合の推移

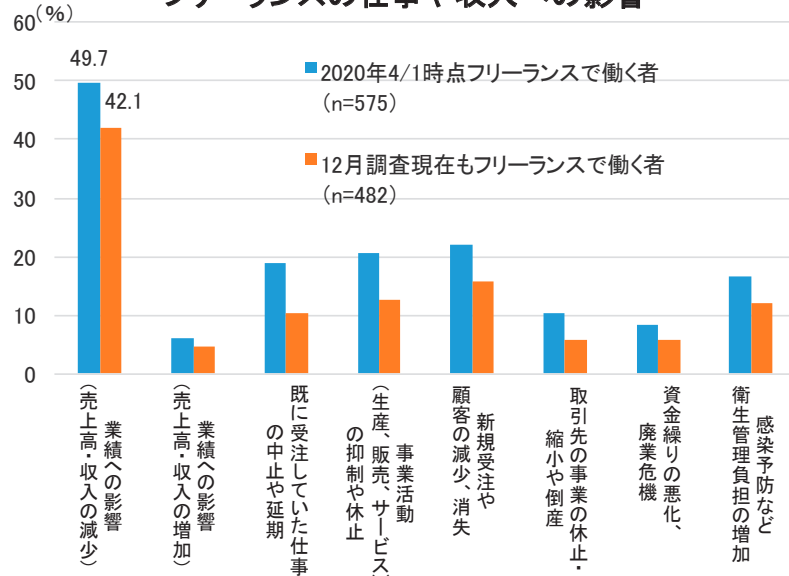


資料: JILPT 周燕飛「第55回JILPTリサーチアイコナショックの被害は女性に集中(続編Ⅱ)」

週あたり労働時間の推移
(通常月=100)



フリーランスの仕事や収入への影響



資料: JILPT「新型コロナウイルス感染拡大の仕事や生活への影響に関する調査(JILPT第3回)」(一次集計)結果

- ・これまでにない大規模な個人や世帯に対する経済的支援策を実施(リーマンショック時の支援を大幅に強化)

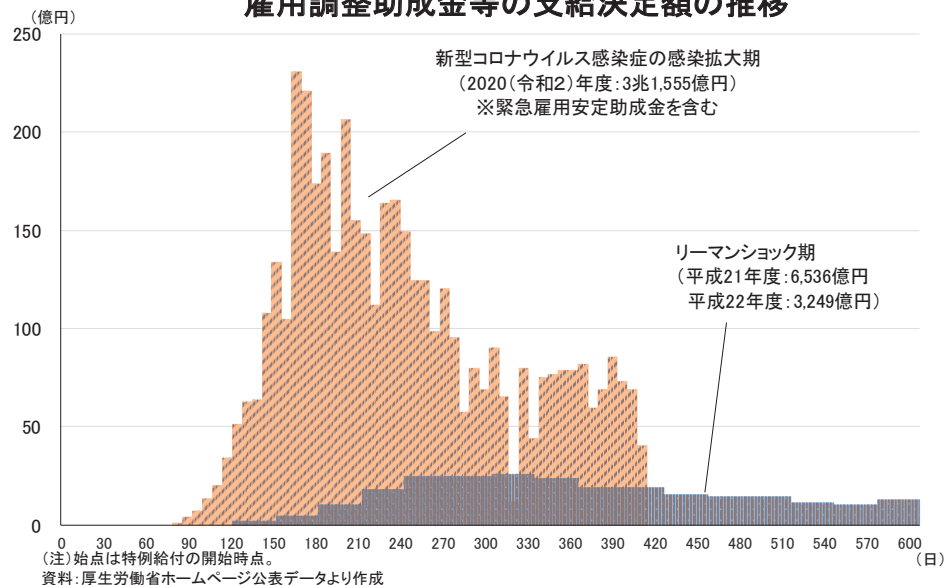
	リーマンショック時 (2008(平成20)年～)	この間の支援策の見直し	新型コロナ感染拡大時 (2020(令和2)年～)
休業者支援	・雇用調整助成金の特例措置 (助成内容・対象の拡充)		・雇用調整助成金の特例措置 (助成内容・対象の拡充) ・緊急雇用安定助成金の創設 (雇用保険被保険者以外の労働者に関する雇用調整助成金に準じた助成) ・新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金 (新型コロナウイルス感染症等の影響により休業させられた労働者のうち、休業手当の支払いを受けられなかった労働者に対し給付) ・小学校休業等対応支援金 (委託により個人で仕事をする者への給付) ・国民健康保険等における傷病手当金への財政支援
求職者支援	・緊急人材育成支援事業 (雇用保険を受給できない者への無料の職業訓練と生活給付)	・求職者支援制度の創設 (2011(平成23)年10月～)	・求職者支援制度の特例措置 (職業訓練受講給付金の収入要件・出席要件の緩和等)
福祉給付	・生活福祉資金貸付の種類の統合・再編等の見直し (総合支援資金の創設や緊急小口資金の無利子化等)	・緊急小口資金の償還期限延長、総合支援資金の貸付期間の見直し等 (2015(平成27)年度～)	・生活福祉資金(緊急小口資金、総合支援資金)の特例貸付 (新型コロナの影響を受け、収入の減少があった世帯を対象とするともに、一定条件で償還免除する等)
住居確保	・住宅手当緊急特別措置事業 (住宅手当の支給により住居を確保するとともに就職活動の支援を実施)	・住宅支援給付事業(2013(平成25)年度～) (65歳未満の者に対象制限、就職活動要件の強化、新たな就労支援策との連携等)	・住居確保給付金の支給対象の拡大等 (離職や廃業に至っていないものの、休業等に伴う収入の減少により困窮する者も支給対象に拡大。支給期間も延長) ・居宅生活移行緊急支援事業 (生活保護受給者等に対する入居から見守りまでの一貫した居住支援) ・ひとり親家庭住宅支援資金貸付制度の創設 (低所得のひとり親世帯に対する償還免除付の無利子貸付制度)
現金給付	・定額給付金 (一人1万2千円、18歳以下及び65歳以上は8千円加算) ・子育て応援特別手当 (一人3万6千円)		・特別定額給付金(一人10万円) ・臨時特別給付金 (子育て世帯:一人1万円) (低所得ひとり親世帯:1世帯5万円～) ・子育て世帯生活支援特別給付金 (低所得世帯:児童一人当たり5万円)
減免等	・非自発的失業者の国民健康保険料等の減免に対する財政支援を実施	・非自発的失業者にかかる国民健康保険料軽減制度の創設(2010(平成22)年度～)	・国民健康保険料等の減免に対する財政支援 ・国民年金保険料免除の特例 ・標準報酬月額の特例改定(翌月改定)

仕事・収入への影響③

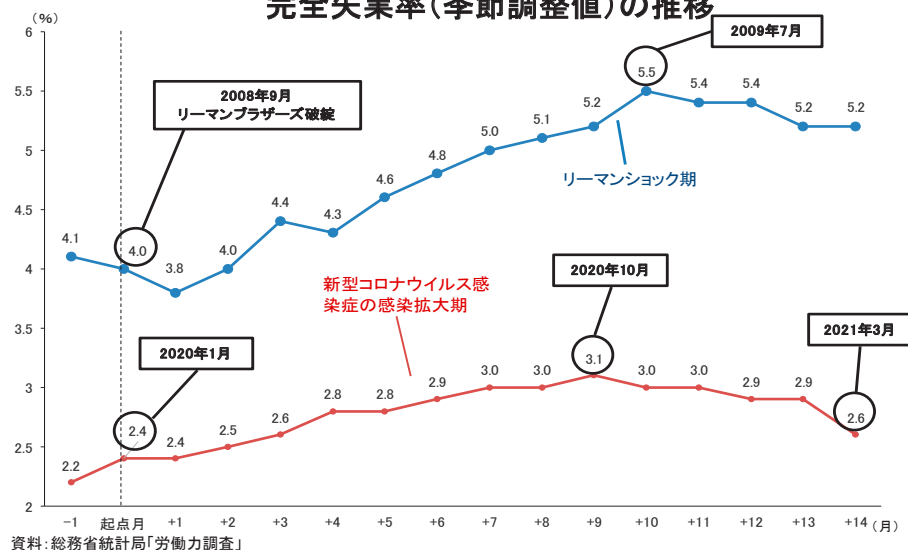
- 雇用調整助成金や休業支援金等の雇用維持支援施策により、リーマンショック時に比べ、完全失業率の上昇は抑制

- 休業の増加や時間外労働の減少により所定外給与が大きく減少。家計所得は、各種給付金等の経済的支援の影響もあり、リーマンショック時と比べて影響は小さい

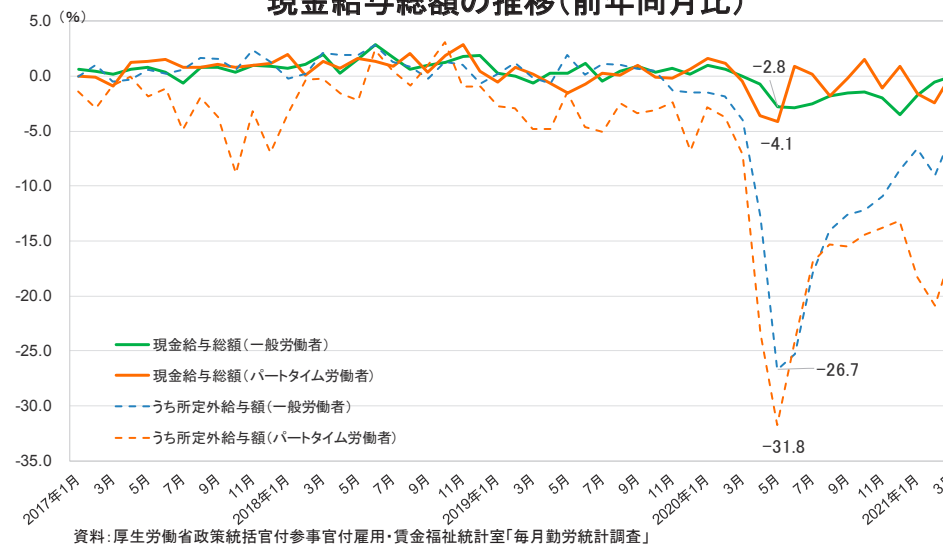
雇用調整助成金等の支給決定額の推移



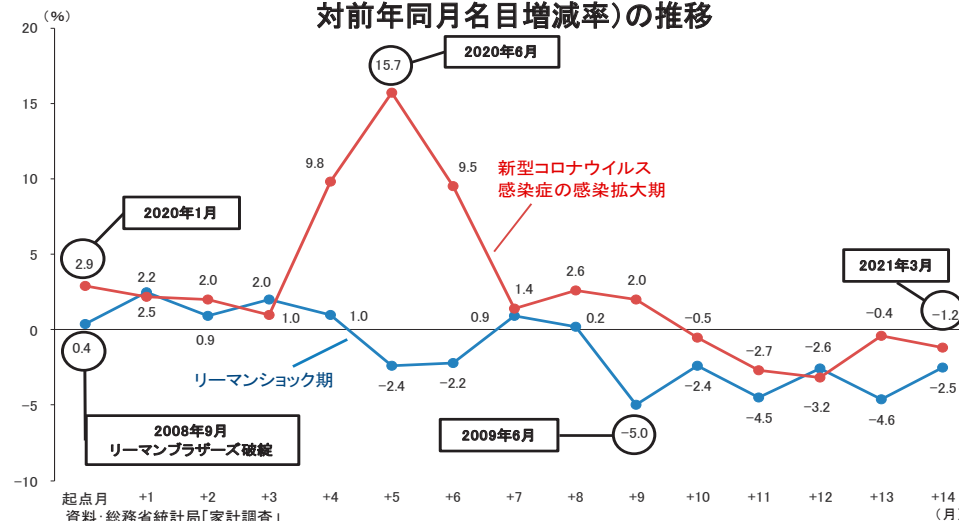
完全失業率(季節調整値)の推移



現金給与総額の推移(前年同月比)



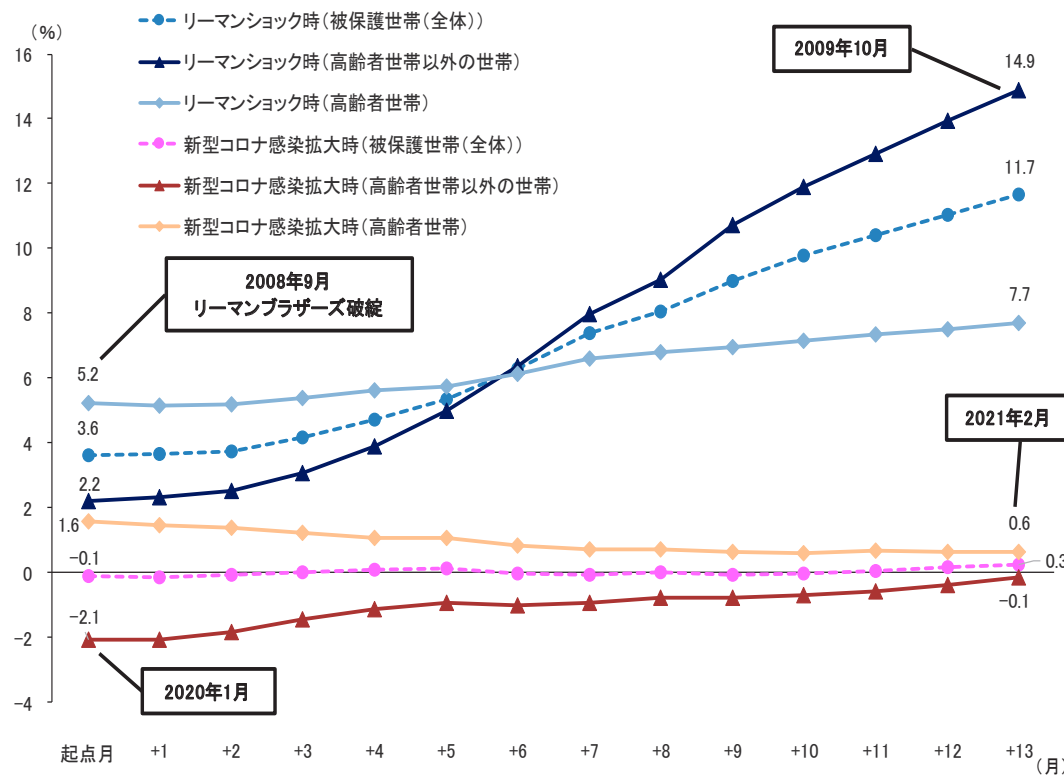
家計の実収入(勤労者世帯、二人以上の世帯、対前年同月名目増減率)の推移



仕事・収入への影響④

- ・失業の増加が比較的抑えられていること等もあり、被保護世帯の増加は、これまでのところ、リーマンショック時に比べ抑制

被保護世帯の対前年同月伸び率の推移



資料：厚生労働省社会・援護局「被保護者調査」、厚生労働省政策統括官付参事官付行政報告統計室「福祉行政報告例」より作成
 (注) 2020年4月以降は概数。「高齢者世帯以外の世帯」とは、世帯類型別現に保護を受けた世帯数のうち、「母子世帯」、「障害者世帯」、「傷病者世帯」、「その他の世帯」が該当。

参考

生活福祉資金の貸付実績
 ～リーマンショック時と比べ、
 件数で27倍、金額で32倍～

資金種類	リーマンショック時 (2009～2011年度の 1年当たり平均)		新型コロナ感染拡大時 (2021年3月末まで)	
	件数	金額 (億円)	件数	金額 (億円)
緊急小口資金	39,521	46.2	1,106,735	2,051.6
総合支援資金 (～2009.9: 離職者支援資金)	29,326	189.4	785,446	5,641.7
計	68,847	235.6	1,892,181	7,693.2

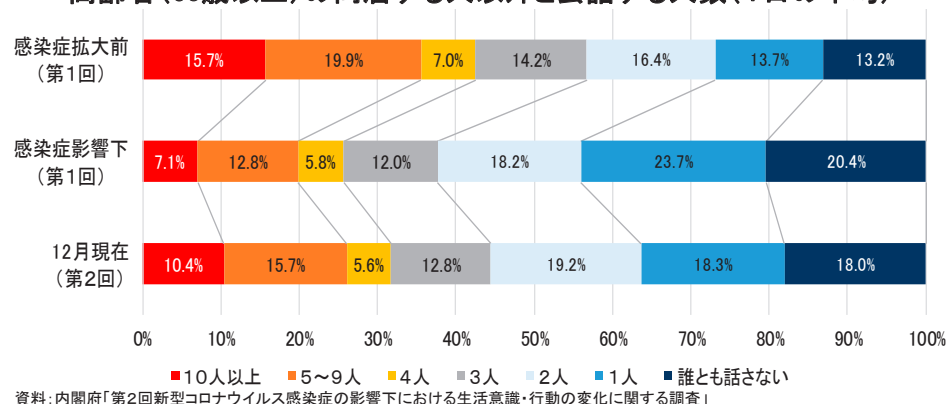
(注) 新型コロナ感染拡大時の決定件数及び金額については、2021年3月31日までに申請があったものについて、同年5月19日時点で確認したものであり、数値は変動する可能性がある。また、総合支援資金の決定件数及び金額については、延長貸付分・再貸付分を含む。

(注) 緊急小口資金については、2011年度は東日本大震災の被災者に対する特例措置に基づく貸付が含まれている。

自粛生活の影響①

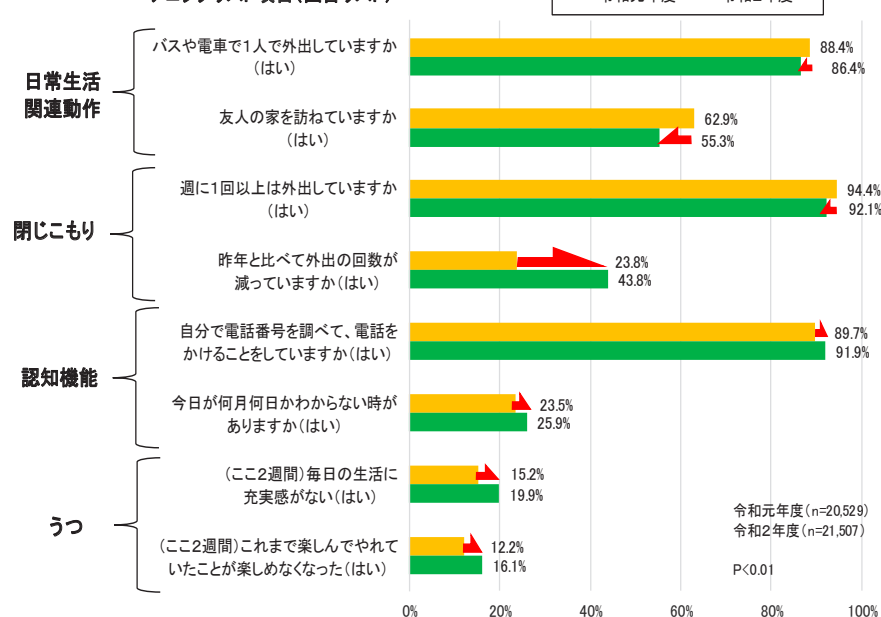
- ・自粛生活により、高齢者の交流機会が減少、認知機能の低下やうつ傾向の増加が懸念

高齢者(60歳以上)の同居する人以外と会話する人数(1日の平均)



新型コロナウイルス感染症影響下における高齢者の心身への影響

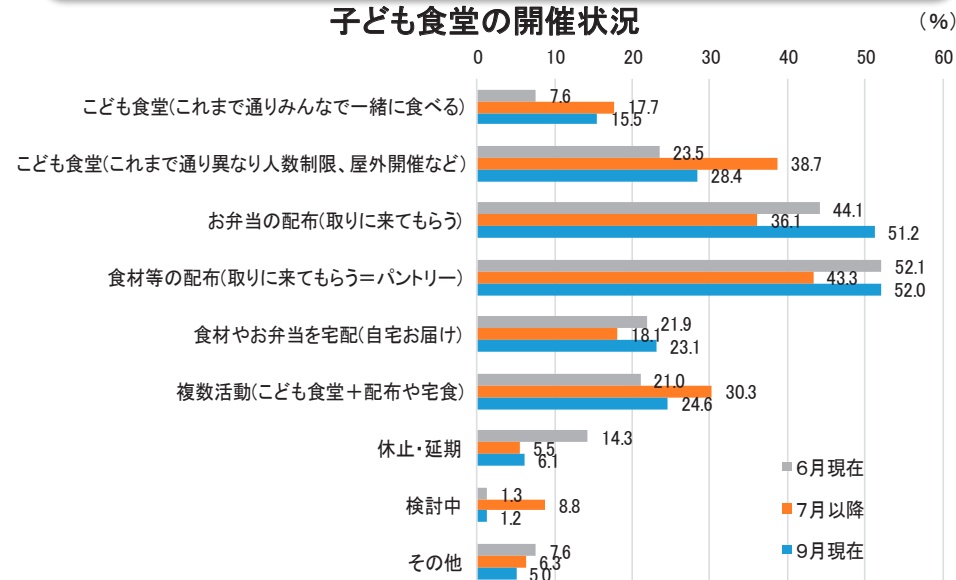
チェックリスト項目(回答リスト)



(注)介護予防把握事業として75歳以上の非要介護認定者の心身の状況を把握している2市のデータを集計。
資料：日本能率協会総合研究所「新型コロナウイルス感染症影響下における高齢者の心身への影響【中間的報告】」

- ・「集う」に代えて、フードパントリー、戸別訪問（アウトリーチ）、オンライン活用など新しい手法での「つながり」が増加

子ども食堂の開催状況



資料：NPO法人全国こども食堂支援センター・むすびえ、こども食堂ネットワーク「こども食堂の現状＆困りごとアンケート結果」

参考

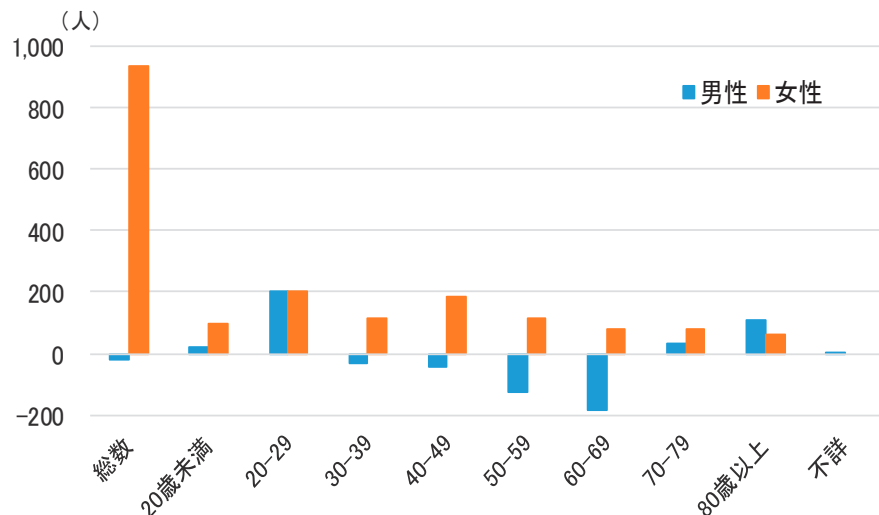
支援対象児童等見守り強化事業の創設



自粛生活の影響②

- ・ 2020年7月以降、自殺者が増加傾向。特に女性と若者の増加が著しい

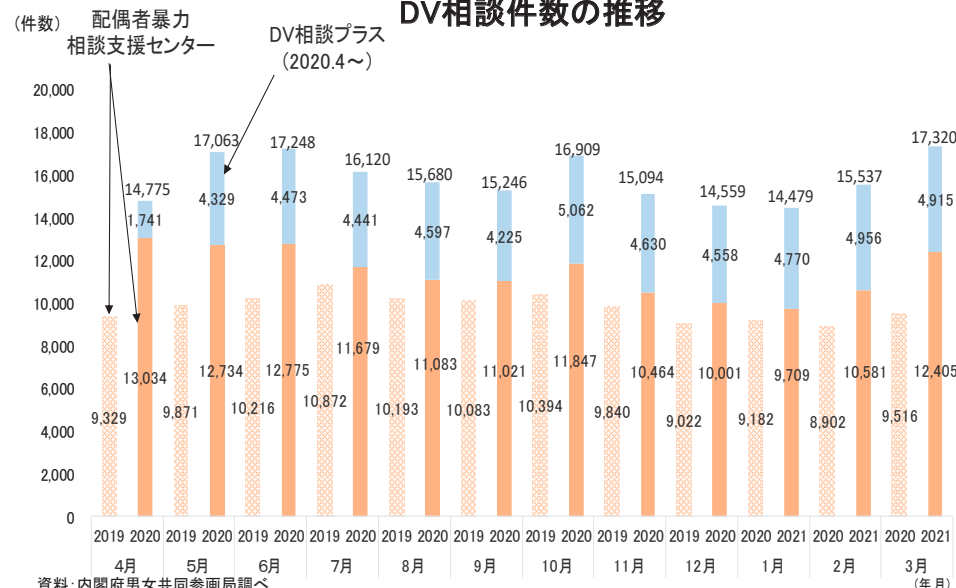
2020年の自殺者数の動向(前年比、年齢別、男女別)



資料: 警察庁「自殺統計」より厚生労働省社会・援護局自殺対策推進室が作成したデータを基に作成

- ・ 自宅で家族と過ごす時間が増加する中で、配偶者からの暴力 (DV) の増加が懸念される

DV相談件数の推移

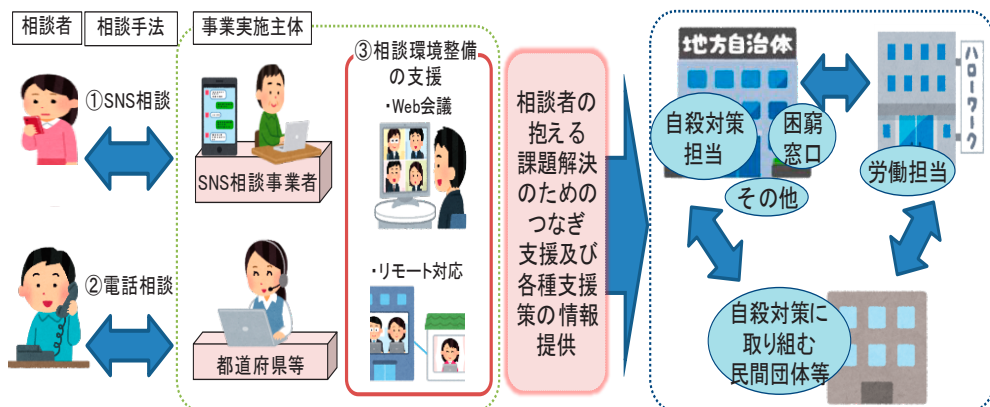


資料: 内閣府男女共同参画局調べ

参考 自殺防止に関する相談体制の強化

- 実施主体: 民間団体、都道府県、市町村 ○ 補助率: 10/10、1/2、2/3
- 対象者: 新型コロナウイルス感染症の影響による自殺リスクを抱える方
- 相談事業実施の流れ

地域の社会資源が連携して具体的な支援を実施



参考 児童虐待・DV等相談支援体制の強化

事業内容

- 児童虐待や配偶者からの暴力等に関する相談や、児童養護施設退所者等からの相談支援体制の構築・強化を図るため、新型コロナウイルスの感染防止措置等に必要な費用を補助する。
- テレビ電話を活用した相談支援や、オンライン会議の活用による関係機関との連携・調整等を図るための通信機能を備えたタブレット端末等の購入費用
- 電話による相談が困難なケースへの対応や、24時間365日対応を含めたSNS等を活用した相談窓口の開設費用
- 適切な感染防止対策等に関する相談など、医療機関等との連携を図るための費用
- 感染予防のためのマスク・消毒液等の購入や、密を避けるためのスペースの確保など環境整備に必要な費用 等

例① テレビ電話を活用した相談支援や関係機関との連携

- ・ 感染防止の観点からテレビ電話を活用した相談支援や、関係機関とのオンライン会議による連絡・調整等を行うための体制整備を図る。



例② 相談支援機関における感染防止措置

- ・ 感染防止の観点から医療機関や専門家等への相談など、医療機関等との連携を図るとともに、マスクや消毒液の購入等、相談支援機関における感染防止措置を講じる。

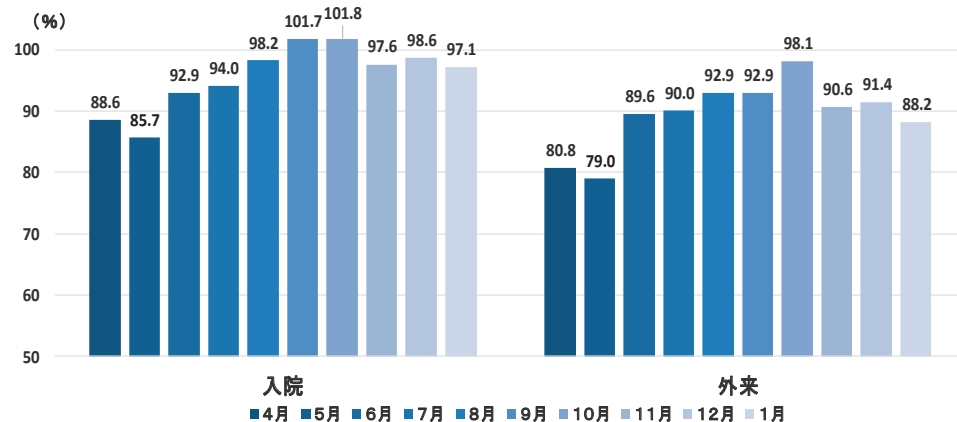


医療・福祉現場への影響①

・医療機関への受診控えのほか、健診・検診の受診率等が低下

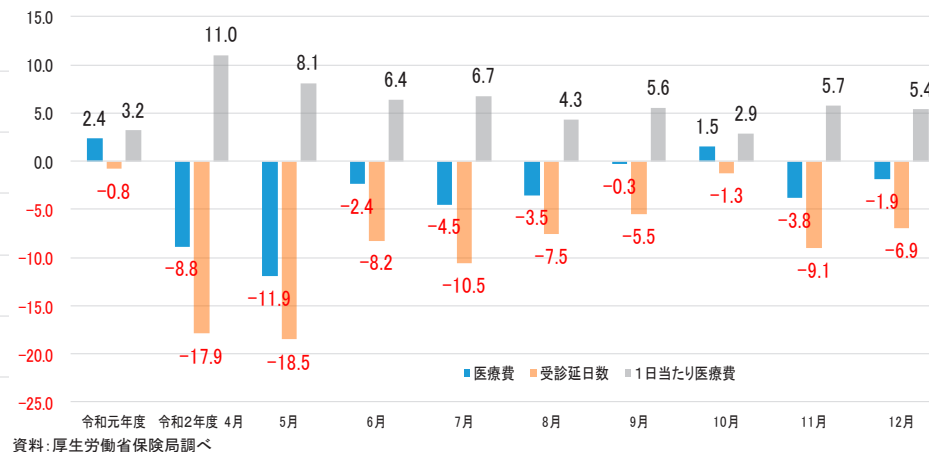
・医療費も減少し、経営への影響も見られた。介護サービスでは特に通所系で一時的に大きな影響

入院・外来別レセプト件数の推移(前年同月比)



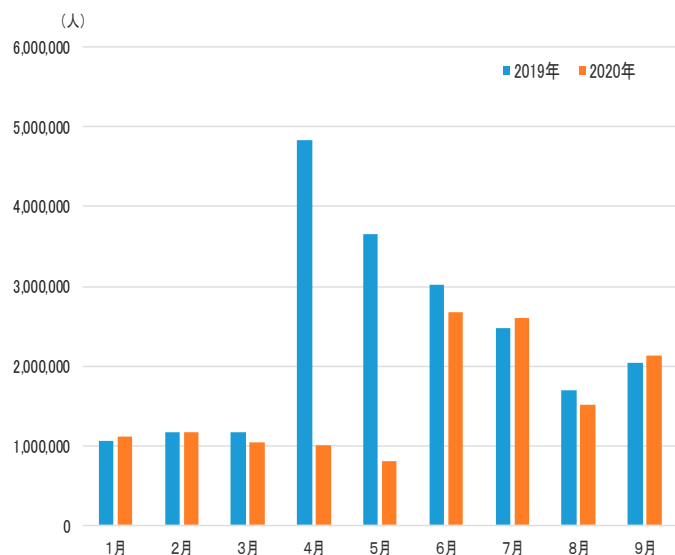
資料:厚生労働省保険局調べ

医療費の動向(対前年同月比)



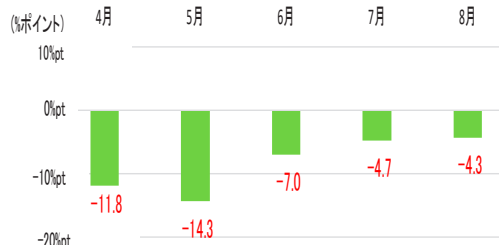
資料:厚生労働省保険局調べ

各種健診の実施状況(月別)

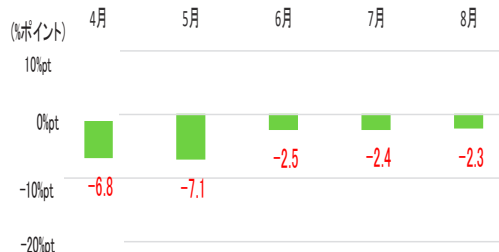


資料:日本総合健診医学会、全国労働衛生団体連合会「新型コロナウイルス感染拡大による健診受診者の動向と健診機関への影響の実態調査」

医業利益の推移(2019年と2020年の%の差)コロナ受入あり病院

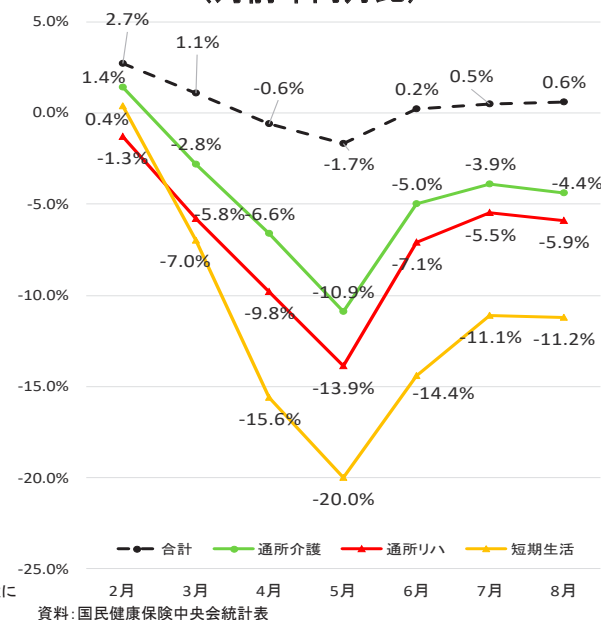


コロナ受入なし病院



資料:日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会「新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査」より作成

1介護サービス事業所当たりの利用者数(対前年同月比)

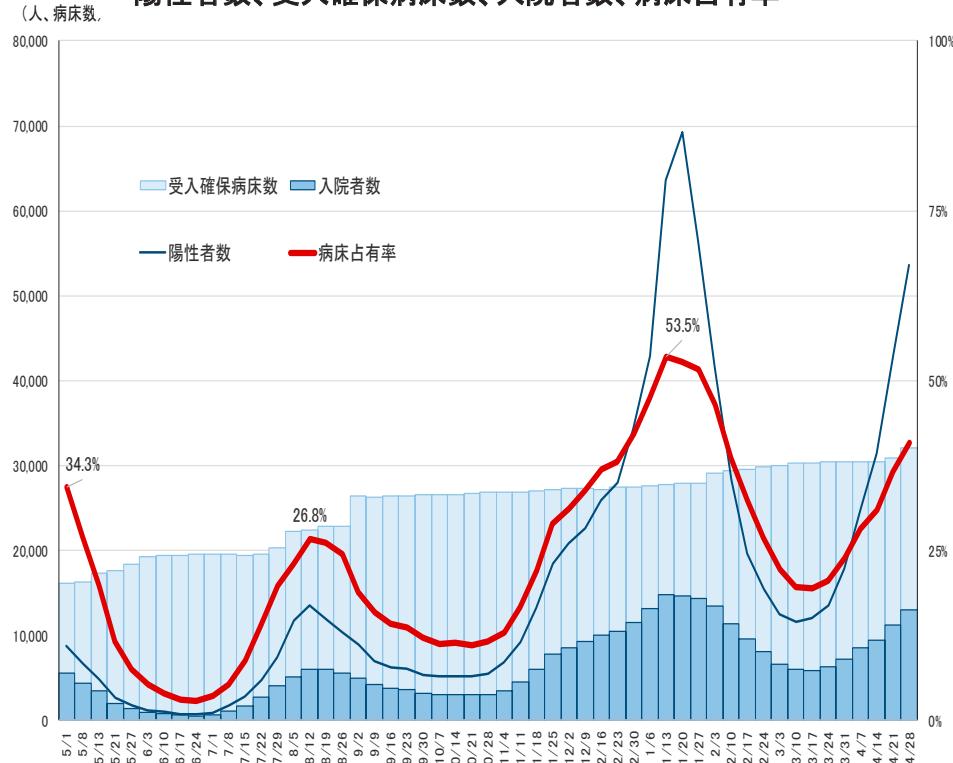


資料:国民健康保険中央会統計表

医療・福祉現場への影響②

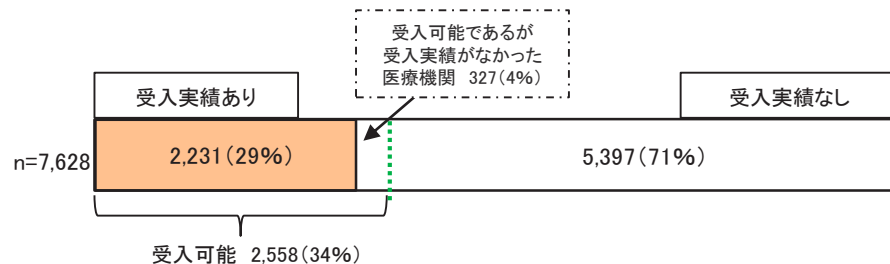
- ・感染者の増加に伴い病床占有率が上昇。病床確保等のために様々な支援を実施

陽性者数、受入確保病床数、入院者数、病床占有率



資料：厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査」より作成




新型コロナウイルス感染症の入院患者受入実績の有無
(2021年1月末現在)



資料：厚生労働省医政局調べ

新型コロナに係る診療報酬・病床確保料の引上げ経緯

新型コロナに係る主な診療報酬・病床確保料の対応

	〔2020年度一次補正以降〕 (4/18～)	〔二次補正以降〕 (5/26～)	〔予備費以降〕 (9/15～)																								
診療報酬	<ul style="list-style-type: none">重症患者 特定集中治療室管理料等：2倍中等症患者 救急医療管理加算：2倍	 3倍  3倍	(同左)  5倍																								
病床確保料	<table border="1"><thead><tr><th>病床の種別</th><th>補助基準額</th></tr></thead><tbody><tr><td>ICU病床</td><td>97,000円</td></tr><tr><td>重症者病床</td><td>41,000円</td></tr><tr><td>その他病床</td><td>16,000円</td></tr></tbody></table> <p>※重点医療機関・協力医療機関という区分なし</p>	病床の種別	補助基準額	ICU病床	97,000円	重症者病床	41,000円	その他病床	16,000円	重点医療機関、協力医療機関 <table border="1"><thead><tr><th>病床の種別</th><th>補助基準額</th></tr></thead><tbody><tr><td>ICU病床</td><td>301,000円</td></tr><tr><td>HCU病床</td><td>211,000円</td></tr><tr><td>その他病床</td><td>52,000円</td></tr></tbody></table>	病床の種別	補助基準額	ICU病床	301,000円	HCU病床	211,000円	その他病床	52,000円	重点医療機関のうち特定機能病院等 <table border="1"><thead><tr><th>病床の種別</th><th>補助基準額</th></tr></thead><tbody><tr><td>ICU病床</td><td>436,000円</td></tr><tr><td>HCU病床</td><td>211,000円</td></tr><tr><td>その他病床</td><td>74,000円</td></tr></tbody></table>	病床の種別	補助基準額	ICU病床	436,000円	HCU病床	211,000円	その他病床	74,000円
病床の種別	補助基準額																										
ICU病床	97,000円																										
重症者病床	41,000円																										
その他病床	16,000円																										
病床の種別	補助基準額																										
ICU病床	301,000円																										
HCU病床	211,000円																										
その他病床	52,000円																										
病床の種別	補助基準額																										
ICU病床	436,000円																										
HCU病床	211,000円																										
その他病床	74,000円																										

・重点医療機関：新型コロナウイルス患者専用の病院や病棟を設定する医療機関
・協力医療機関：新型コロナウイルス疑い患者専用の個室病床を設定する医療機関

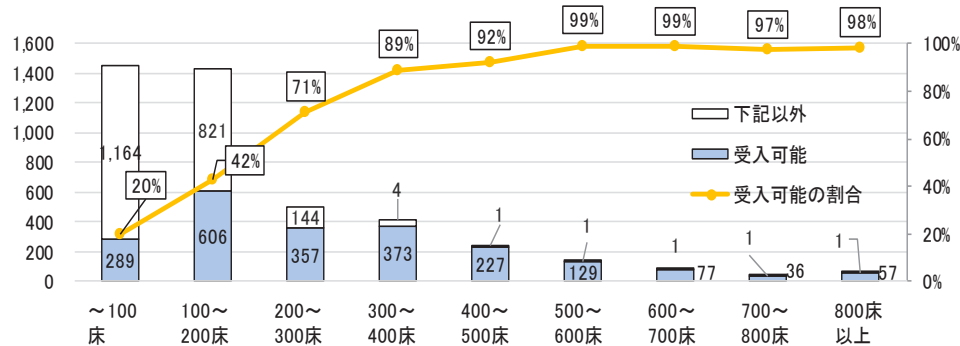
感染拡大に伴う入院患者増加に対応するための医療提供体制パッケージ
(2020年12月末)

1. **更なる病床確保**のための新型コロナ患者の入院受入医療機関への**緊急支援**
(1床当たり最大1,950万円の補助等)
2. **既存施設等の最大限の活用**等による**病床確保**
3. **院内感染の早期収束**支援
4. **看護師等の医療従事者派遣**の支援等による**人材確保**
5. **高齢者施設等での感染予防**及び感染発生時の**早期収束**

医療・福祉現場への影響③

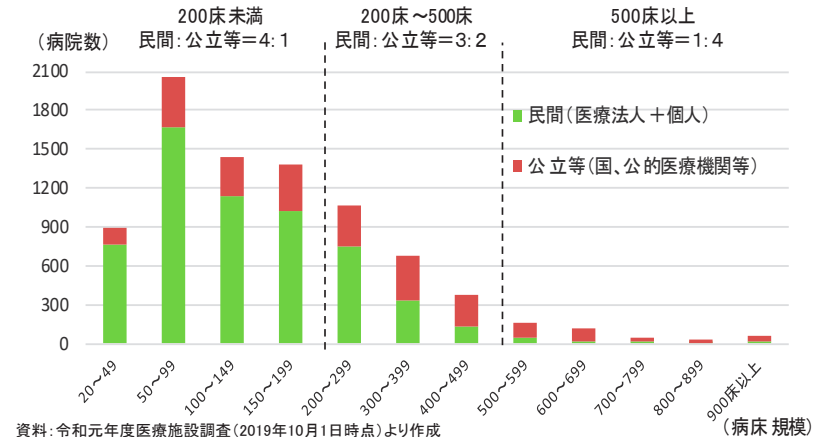
- ・患者の受入れは、地域の実情に応じ、規模が大きい医療機関を中心に行われた。病床ひっ迫等が生じた今般の経験を踏まえ、危機に強い医療提供体制の構築等が必要

①病床規模別の入院患者受入可能医療機関

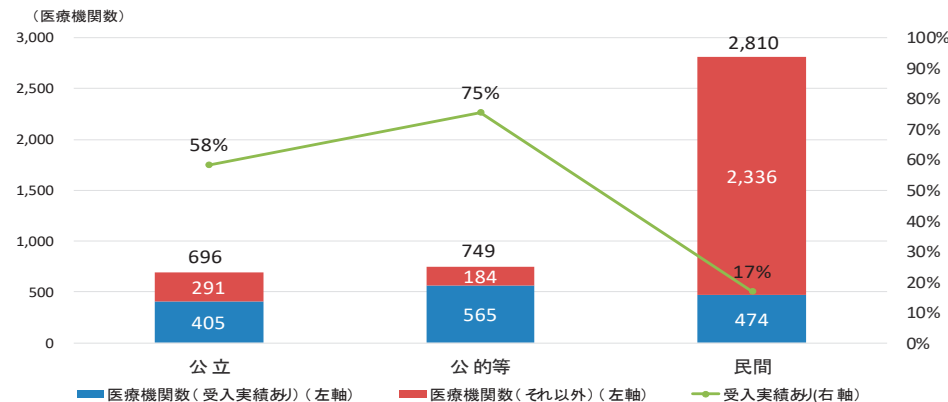


資料：厚生労働省医政局調べ

③病院数(病床規模別・設置主体別)

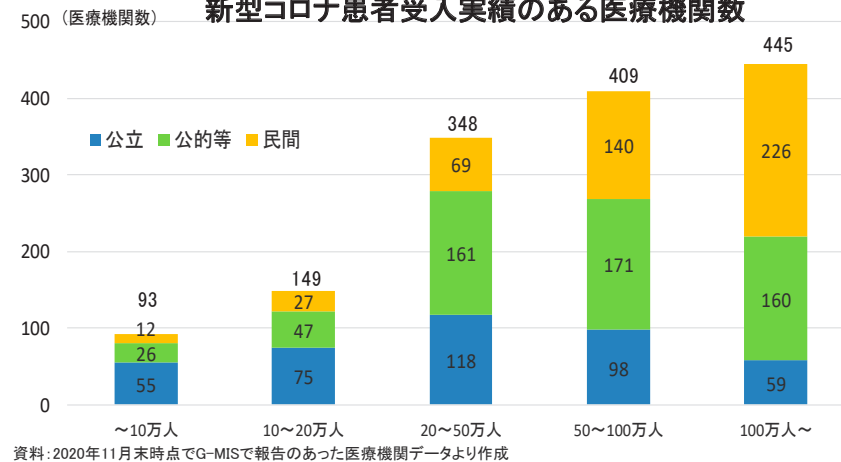


②公立・公的等・民間別の新型コロナ患者受入医療機関数及び受入実績の割合



資料：2020年11月末時点でG-MISで報告のあった医療機関データより作成

④地域医療構想区域の人口規模別、公立・公的等・民間別の新型コロナ患者受入実績のある医療機関数



資料：2020年11月末時点でG-MISで報告のあった医療機関データより作成

参考

改正医療法における感染症関係部分

都道府県が作成する「医療計画」の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

◎具体的な記載項目（イメージ）

【平時からの取組】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保（感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備）
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等（感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等）
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底
- クラスター発生時の対応方針の共有 など

【感染拡大時の取組】

- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関の間での連携・役割分担 など（感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間の応援職員派遣）

(図表-3)

主要国のにおける富の分布(2021年、成人一人当たり、ユーロPPP))

	世界 (A)	日本 (B)	米国 (C)	中国 (D)	韓国 (E)	日本の対世 界倍率 (B/A)	米国の対日 倍率 (C/B)	中国の対日 倍率 (D/B)	韓国の対日 倍率 (E/B)
全人口	72,913	181,500	283,600	86,100	179,700	2.5	1.6	0.5	1.0
ボトム50%	2,908	20,900	8,500	11,000	20,200	7.2	0.4	0.5	1.0
中間40%	40,919	165,600	197,300	55,600	161,100	4.0	1.2	0.3	1.0
トップ10%	550,920	1,048,200	2,004,400	583,400	1,051,300	1.9	1.9	0.6	1.0
トップ1%	2,800,000	4,439,200	9,890,300	2,621,300	4,571,400	1.6	2.2	0.6	1.0

【日本円換算(€1PPP=日本円141.4として計算)】

全人口	10,309,898	25,664,100	40,101,040	12,174,540	25,409,580
ボトム50%	411,191	2,955,260	1,201,900	1,555,400	2,856,280
中間40%	5,785,947	23,415,840	27,898,220	7,861,840	22,779,540
トップ10%	77,900,088	148,215,480	283,422,160	82,492,760	148,653,820
トップ1%	395,920,000	627,702,880	1,398,488,420	370,651,820	646,395,960

(資料)世界不平等レポート2022(World Inequality Report 2022)より作成

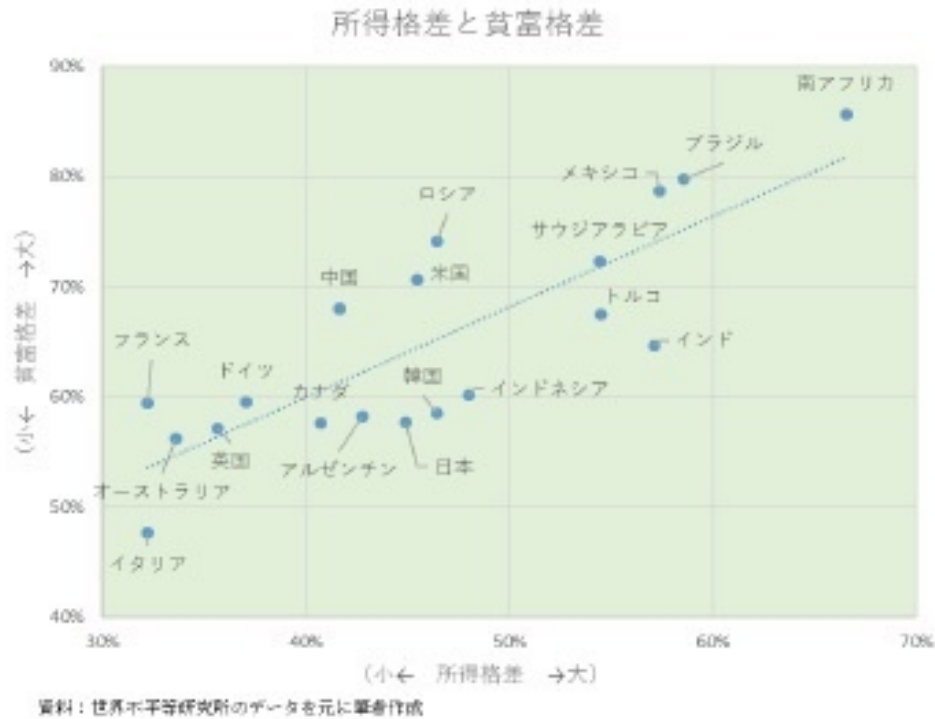
日本の状況を見ると(図表3)、全人口の富は成人一人当たり平均2,566万円で世界全体の2.5倍の富を所有している。

階層別に見るとボトム50%が世界全体の7.2倍、中間40%が4.0倍、トップ10%が1.9倍、トップ1%が1.6倍となっており、世界全体に比べて貧富格差が小さいことが分かる。なお、韓国の富の分布は日本のそれに極めて近い構造となっている。

世界一の経済大国である米国の状況を見ると、全人口の富は成人一人当たり平均4,010万円で日本の1.6倍の富を所有している。

階層別に見るとボトム50%が日本の0.4倍、中間40%が1.2倍、トップ10%が1.9倍、トップ1%が2.2倍となっており、日本に比べて貧富格差が大きいことが分かる。なお、米国のボトム50%の富は中国のそれをやや下回っている。

(図表-4)



貧富格差と所得水準の関係を見てみよう。「衣食足りて礼節を知る」と言われるように所得水準が高くなれば貧しい人を救う余裕が生じ、分配などを通じて貧富格差を縮めようとする力が働くと考えられるからだ。

貧富格差の代表指標としては図表 4 と同じトップ 10%が所有する富のシェアを取り、所得水準の代表指標としては一人当たり GDP を取って、同様のマトリックスを作成して見ると（図表 5）、貧富格差と所得水準には緩やかな反比例の関係が認められる。

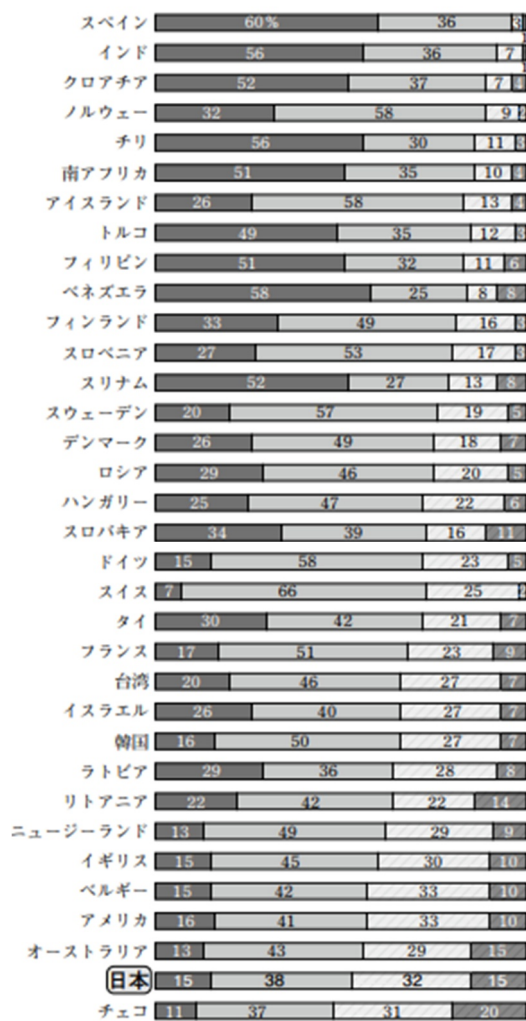
しかし、一人当たり GDP が 1 万ドル以下の新興国を見ると、メキシコとアルゼンチンでは所得水準が同程度なのに貧富格差はメキシコの方が圧倒的に大きいなどバラツキが目立ち、貧富格差に関するスタンスは国によって大きく異なるようだ。

また、米国の所得水準は中国の 6 倍前後に達しているのに、両国の貧富格差は同程度であるなど、傾向ラインから大きく乖離した例外国も散見される。

(図表-5)



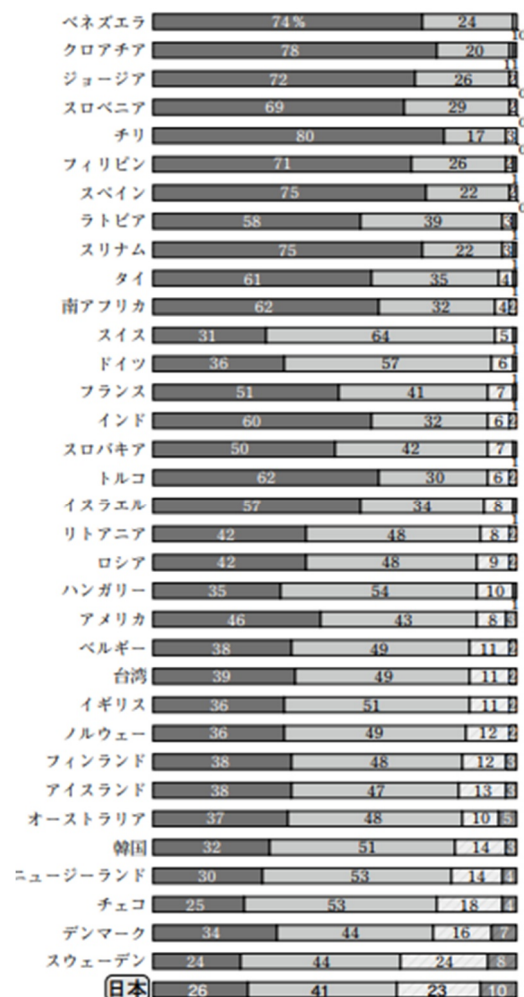
図1 政府の責任だと思うか「失業者対策」



■ 政府の責任である □ どちらかといえば政府の責任である
 ■ どちらかといえば政府の責任ではない ■ 政府の責任ではない

※ この質問については、ジョージアのデータなし

図2 政府の責任だと思うか「低所得家庭の大学生への援助」



■ 政府の責任である □ どちらかといえば政府の責任である
 ■ どちらかといえば政府の責任ではない ■ 政府の責任ではない

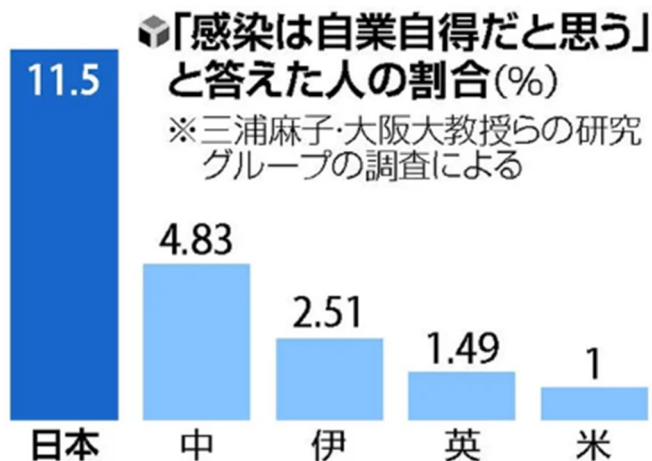
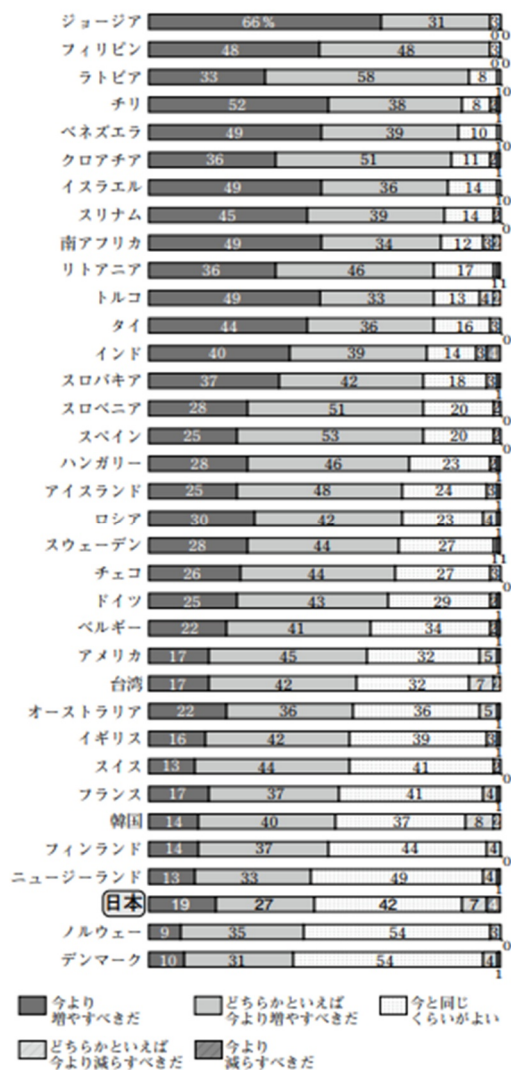
日本人が政府に期待するもの
 ~ISSP 国際比較調査「政府の役割」から~
 『放送研究と調査』2019年7月号

表1 「低所得家庭の大学生への援助」は「政府の責任」(「どちらかといえば」を含む)(2006年との比較)

(%)	2006年	2016年	増減
チリ	99	97	-2
ベネズエラ	99	99	0
スペイン	98	97	-1
スロベニア	98	98	0
クロアチア	97	98	1
ロシア	96	90	-6
イスラエル	95	91	-4
フランス	94	92	-2
南アフリカ	94	94	0
フィリピン	93	97	4
アメリカ	93	89	-4
ハンガリー	92	89	-3
ドイツ	92	93	1
ラトビア	91	96	5
スイス	90	94	4
台湾	90	87	-3
チェコ	89	78	-11
オーストラリア	89	84	-5
イギリス	89	87	-2
フィンランド	85	85	0
デンマーク	84	77	-7
ノルウェー	82	86	4
韓国	80	83	3
ニュージーランド	78	82	4
スウェーデン	74	68	-6
日本	58	67	9

※ 2006年が多い順
 ※ 回答結果を足し上げる場合には、実数で足して%を計算しているため、単純に%を足し上げた数字と一致しないことがある

図6 政府の支出を増やすべきか「年金」



「感染は自業自得だ」と考えた人の割合(%)

※三浦麻子・大阪大教授らの研究グループの調査による

新型コロナウイルスに感染するのは本人が悪い——。3～4月の時点で、そう考えていた人の割合が、日本は米国や英国などと比べて高かったという調査結果を、三浦麻子・大阪大教授ら心理学者の研究グループがまとめた。国内で感染者が非難されたり、差別されたりしたことで、こうした意識が関係している可能性があるとしている。

三浦教授らのグループが3～4月、日本、米国、英国、イタリア、中国の5か国

で各約400～500人を対象にインターネット経由で回答を得た。

「感染する人は自業自得だと思うか」との質問に、「全く思わない」から「非常に思う」まで賛否の程度を6段階で尋ねた。

その結果、「どちらかといえばそう思う」「やや——」「非常に——」の三つの答えのいずれかを選んだのは、米国1%、英国1・49%、イタリア2・51%、中国4・83%だった。これに対し、日本は11・5%で最も高かった。反対に「全く思わない」と答えた人は、他の4か国は60～70%台だったが、日本は29・25%だった。

(2020.6.29 読売新聞オンライン)

社会保障制度改革の主な取組状況

	主な実施事項
平成26年度	<ul style="list-style-type: none"> ○年金機能強化法の一部施行(平成26年4月～) <ul style="list-style-type: none"> ・基礎年金国庫負担割合2分の1の恒久化、遺族基礎年金の父子家庭への拡大、産前・産後休業期間中の厚生年金保険料の免除 ○育児休業中の経済的支援の強化(平成26年4月～) <ul style="list-style-type: none"> ・育児休業給付の支給割合の引上げ(50%→67%)
平成27年度	<ul style="list-style-type: none"> ○子ども・子育て支援新制度の施行(平成27年4月～) <ul style="list-style-type: none"> ・待機児童解消等の量的拡充や保育士の処遇改善等の質の改善を実施 ○医療介護総合確保推進法の一部施行 <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県において、地域医療構想を策定し、医療機能の分化と連携を適切に推進(平成27年4月～) ・地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実(平成27年4月～) ・低所得者の介護保険料に係る軽減措置を実施(平成27年4月より一部実施、令和元年10月から完全実施) ・一定以上の所得のある介護サービスの利用者について自己負担を1割から2割へ引上げ等(平成27年8月～) ○被用者年金一元化法の施行(平成27年10月～) <ul style="list-style-type: none"> ・厚生年金と共済年金の一元化
平成28年度	<ul style="list-style-type: none"> ○年金機能強化法の一部施行(平成28年10月～) <ul style="list-style-type: none"> ・大企業の短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大(501人以上の企業対象)
平成29年度	<ul style="list-style-type: none"> ○年金改革法の一部施行(平成29年4月～) <ul style="list-style-type: none"> ・中小企業の短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大(労使合意を前提として500人以下の企業対象) ○年金機能強化法の一部施行(平成29年8月～) <ul style="list-style-type: none"> ・老齢基礎年金の受給資格期間を25年から10年に短縮
平成30年度	<ul style="list-style-type: none"> ○国民健康保険の財政運営責任等を都道府県に移行し、制度を安定化 (平成30年4月～、医療保険制度改革関連法案関係) ○医療計画・介護保険事業(支援)計画・医療費適正化計画の同時策定・実施(平成30年4月～) ○年金改革法の一部施行(平成30年4月～) <ul style="list-style-type: none"> ・マクロ経済スライドについて、名目下限措置を維持しつつ、賃金・物価の上昇の範囲内で前年度までの未調整分を含めて調整
平成31年度	<ul style="list-style-type: none"> ○年金改革法の一部施行(平成31年4月～) <ul style="list-style-type: none"> ・国民年金1号被保険者の産前産後期間の保険料を免除(財源として国民年金保険料を月額100円程度引上げ) ○年金生活者支援給付金法の施行(令和元年10月～) <ul style="list-style-type: none"> ・年金を受給している低所得の高齢者・障害者等に対して年金生活者支援給付金を支給
令和3年度	<ul style="list-style-type: none"> ○年金改革法の一部施行(令和3年4月～) <ul style="list-style-type: none"> ・年金額改定において、賃金変動が物価変動を下回る場合に賃金変動に合わせて年金額を改定する考え方を徹底

新経済・財政再生計画 改革工程表2021【社会保障分野】－取組事項一覧①－

○ 医療・介護については、改革工程表2021に以下の項目を記載。工程に沿って着実に取り組む。

【医療・福祉サービス改革】

24	元気で働く意欲のある高齢者を介護・保育等の専門職の周辺業務において育成・雇用する取組を全国に展開	
25	子ども・子育てについて、効果的・効率的な支援とするための優先順位付けも含めた見直し	
26	人生の最終段階における医療・ケアの在り方等について（人生会議などの取組の推進）	
27	在宅看取りの好事例の横展開	
28	精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築	
29	精神疾患の予防や早期介入の促進	
30	地域医療構想の実現、大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の促進	
31	高額医療機器の効率的な配置等を促進	
32	将来的な医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討	
33	医師の働き方改革について検討	
34 i	地域の実情を踏まえた取組の推進（医療）	地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、さらなる対応の検討
34 ii		国保財政の健全化に向け、受益と負担の見える化の推進（法定外繰入の解消等）
34 iii		高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について在り方を検討
35	多剤投与の適正化（診療報酬での評価等）	
36	介護保険制度における財政的インセンティブの評価指標による評価結果の公表及び取組状況の「見える化」や改善の推進	
37	第8期介護保険事業計画期間における保険者機能の強化に向けた調整交付金の新たな活用方策の運用状況の把握と第9期計画期間に向けた必要な検討	
38	診療報酬や介護報酬において、アウトカムに基づく支払の導入等の推進	

新経済・財政再生計画 改革工程表2021【社会保障分野】－取組事項一覧②－

39 i	データヘルス改革の推進	被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認を導入
39 ii		「保健医療データプラットフォーム」の運用
39 iii		医療保険の支払審査機関について、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」等に掲げられた改革項目の着実な推進
39 iv		ケアの内容等のデータを収集・分析するデータベースの構築、科学的介護・栄養の取組の推進
39 v		ロボット・IoT・AI・センサーの活用
40	クリニカル・イノベーション・ネットワークとPMDAの医療情報データベース（MID-NET）の連携	
41	オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実	
42	卒前・卒後の一貫した医師養成課程の整備	
43	総合診療医の養成の促進	
44 i	事業所マネジメントの改革等を推進	従事者の役割分担の見直しと効率的な配置
44 ii		介護助手など多様な人材の活用
44 iii		事業所マネジメントの改革等を推進
44 iv		介護の経営の大規模化・協働化
44 v		医療法人の経営状況の透明性の確保
45	国保の普通調整交付金について見直しを検討	
46 i	ケアマネジメントの質の向上	AIも活用した科学的なケアプランの実用化
46 ii		ケアマネジャーの業務の在り方の検討
47	バイオ医薬品の研究開発の推進等	
48	バイオシミラーの研究開発・普及の推進等	

新経済・財政再生計画 改革工程表2021【社会保障分野】－取組事項一覧③－

49 i	薬価制度抜本改革の更なる推進	医薬品等の費用対効果の本格実施に向けた検討
49 ii		2021年度以降毎年薬価改定を実施する
49 iii		新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、効能追加等による革新性・有用性の評価、長期収載品の段階的な価格引下げまでの期間の在り方等について、所要の措置を検討
49 iv		薬価算定プロセスの透明性の向上について検討
50	調剤報酬の在り方について検討	
51 i	適正な処方について検討	高齢者への多剤投与対策の検討
51 ii		生活習慣病治療薬について費用面も含めた処方の在り方の検討
52	後発医薬品の使用促進	
53	医療技術評価の在り方について調査・研究・検討を推進するとともに、そのための人材育成・データ集積・分析を推進	
54	かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及	

【給付と負担の見直し】

55	高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を検討
56	団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担について検討
57	薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点から関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる
58	外来受診時等の定額負担の導入を検討
59	医療費について保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討
60	介護のケアプラン作成に関する給付の在り方について検討
61	介護の多床室室料に関する給付の在り方について検討
62	介護の軽度者への生活援助サービス・福祉用具貸与に関する給付の在り方について検討
63	医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討
64	新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討

今後の医療・介護制度改革に向けて 【概要】

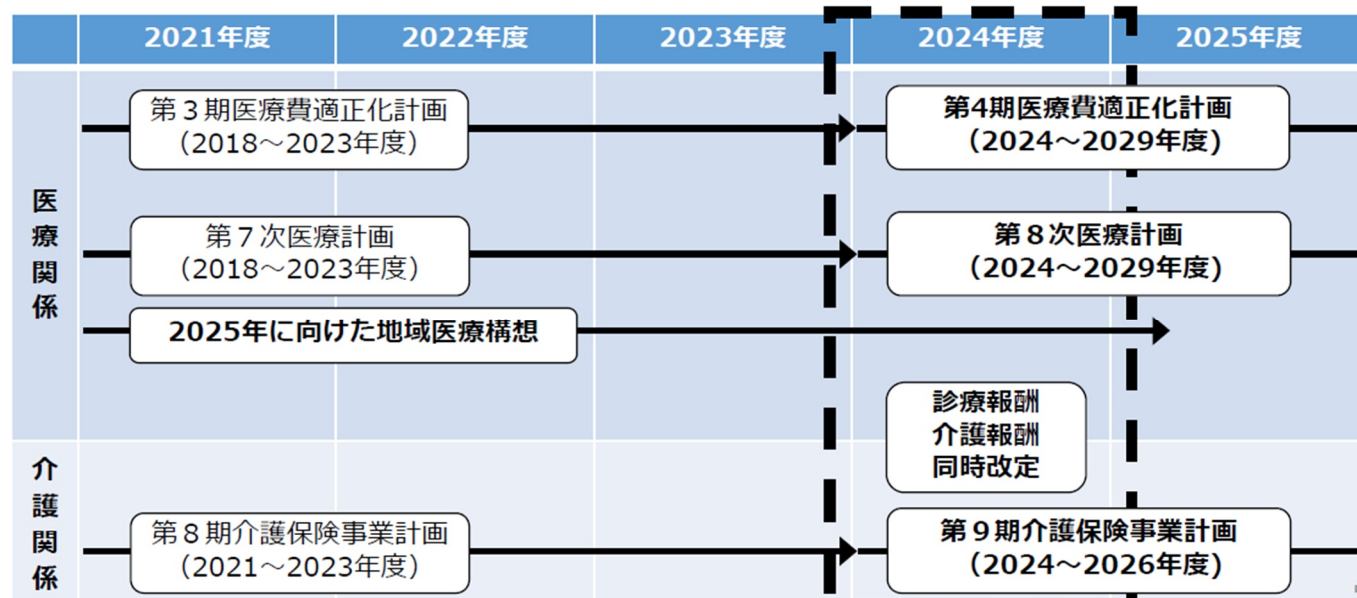
2021年10月12日

一般社団法人 日本経済団体連合会

2. 医療・介護制度改革の基本的な考え方 ①改革の時期

- 全世代型社会保障改革は、団塊の世代が後期高齢者入りする2022年を対象。
 - 今後は、団塊世代のすべてが75歳以上となる2025年以降の対応が重要。
 - 2024年度に、医療・介護の制度に大きな影響を与える中期的計画が新たな始期。
- ➡ **次期計画に改革を反映させるためには、2024年度までに対応を図る必要。**

<2021～2025年度の想定スケジュール（医療・介護関係）>



2. 医療・介護制度改革の基本的な考え方 ②次期改革の方向性

- 医療・介護制度改革について、2019年に公表した提言「経済成長・財政・社会保障の一体改革による安心の確保に向けて」の**考え方を引き続き踏襲**。
- その上で、2024年度までの間で特に優先的に取り組むべき改革は以下。
 （医療分野）医療費適正化と国民の安心確保に資する**医療提供体制の見直し**
 （介護分野）継続検討とされている**給付や負担面に関連した改革項目**

＜2019年提言の内容と進展状況＞（注）「○」は実現、「△」は一部進展、「×」は継続検討。

2019年提言の内容 ☆は優先事項（次頁以降で言及している事項）		進展状況 (○、△、×)
基本的な視点	具体的な改革事項	
世代間の公平性の確保 に向けた負担の見直し	医療：75歳到達後の後期高齢者医療制度の窓口負担のあり方	○
	医療：後期高齢者医療制度における「現役並み所得」の判定基準のあり方と後期高齢者の保険料の見直し	×
	☆介護：2割負担の対象者拡大	×
	☆介護：ケアマネジメントへの利用者負担の導入	×
	医療・介護：負担水準の判定に保有資産を勘案するための基盤整備	×
人口減少や技術進歩を 踏まえた保険給付の あり方の見直し	医療：受診時定額負担の導入	△
	医療：医薬品の保険給付のあり方	×
	☆介護：要介護1、2の生活援助サービスの地域支援事業への移行	×
医療・介護費用の 適正化に向けた取り組み	☆医療・介護サービス提供体制の効率化に向けた取り組み	△
	☆医療・介護費の適正化施策の推進	△
	医療情報等の連携・共有や医療・介護データの活用の推進	△

6

3. 制度の持続可能性確保に向けて ①制度の基盤としてのデータの利活用の推進

- 今後、あらゆる観点からも制度の重要な基盤となるのがデータの利活用。
- 現在政府が進めている**データヘルス改革の着実な進展**が重要。医療費の適正化、各種分析を通じたより質の高いケアの提供や、効果的な政策の立案なども期待。
- 効率的・効果的かつ安心な医療提供体制を確保するためには、今後、**医療提供に関する情報を関係者が一層共有・活用**していくことも必要。

＜政府のデータヘルス改革に関する工程表（一部抜粋）＞

時期	項目
2021年度	● 科学的介護情報システム（LIFE）の活用開始
2021年10月	● 6割程度の医療機関・薬局でオンライン資格確認等システム導入 ● マイナンバーカードの保険証利用開始 ● 特定健診情報の閲覧開始 ● レセプト記載の薬剤情報の閲覧開始
2022年夏	● 手術情報等の閲覧開始 ● 電子処方箋の導入
2023年3月	● 概ね全ての医療機関・薬局でオンライン資格確認等システム導入
2023年度	● 事業主健診情報（40歳未満）の閲覧開始
2024年度以降	● 電子カルテの閲覧開始 ● 介護情報の閲覧開始

（注）「閲覧開始」はマイナポータルや医療機関・介護事業所等での閲覧を指す。（出所）データヘルス改革推進本部資料（2021年6月）などより作成

9

全世代型社会保障構築会議について

全世代型社会保障構築会議 (全世代型社会保障改革担当大臣(主宰)・有識者)

秋田喜代美 学習院大学文学部教授

落合陽一 メディアアーティスト

笠木映里 東京大学大学院法学政治学研究科教授

香取照幸 上智大学総合人間科学部教授/
一般社団法人未来研究所臥龍代表理事

菊池馨実 早稲田大学法学学術院教授

熊谷亮丸 株式会社大和総研副理事長兼専務取締役
リサーチ本部長

権丈善一 慶應義塾大学商学部教授

國土典宏 国立国際医療研究センター理事長

◎ 清家 篤 日本私立学校振興・共済事業団理事長
/慶應義塾学事顧問

高久玲音 一橋大学経済学研究科准教授

武田洋子 三菱総合研究所シンクタンク部門
副部門長(兼)政策・経済センター長

田辺国昭 国立社会保障・人口問題研究所所長

土居丈朗 慶應義塾大学経済学部教授

沼尾波子 東洋大学国際学部国際地域学科教授

○ 増田寛也 東京大学公共政策大学院客員教授

水島郁子 大阪大学理事・副学長

横山 泉 一橋大学大学院経済学研究科准教授

(五十音順 敬称略)

◎ : 座長 ○ : 座長代理

(参考)「全世代型社会保障構築会議の開催について」(第1回全世代型社会保障構築会議・資料1)(令和3年11月9日)

1. 趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築する観点から、社会保障全般の総合的な検討を行うため、全世代型社会保障構築会議(以下「会議」という。)を開催する。

○ **全世代型社会保障の構築**に向けて、まずは、「**人への投資**」の観点から、以下の論点について議論を進めていただきたいと考えるが、どうか。

➤ **男女が希望どおり働ける社会づくり・子育て支援**

- **我が国の子ども支援制度**は、育児休業、保育、児童手当など各種制度によって成り立っているが、全体を通じて**目指すべき基本方向**は何か。
- 「**新子育て安心プラン**」等によって**保育や放課後児童クラブの整備**等を着実に実施することが示されているが、**子育て支援**について強化すべき点はないか。また、**就労復帰を希望する時に保育をより確実に利用できる**ようにするために改善すべき点はないか。
- **育児休業制度**について改善すべき点はあるか。また、育児休業制度を利用できない方がいることや男性育休の利用促進に向けてどう考えるか。
- 幼児期に**時短勤務**を選択するなど、**仕事と子育ての両立**を図りやすくするために改善すべき点はないか。
- **様々な事情を抱えたこども・家庭に対する支援**に対してどのように支援を強化していくべきか。

➤ **勤労者皆保険の実現**

- 勤労者皆保険の実現に向けて、**令和2年年金制度改正法に基づき厚生年金・健康保険の適用拡大を着実に進める**とともに、適用拡大を更に前に進めるため、**対象範囲を規定する各要件等**についてどう考えるか。
- **さらなる勤労社会保険の実現に向けた方策と論点**についてどう考えるか。
- 長期的な課題として、**フリーランスやギグワーカーへの社会保険の適用**についてどう考えるか。

➤ **女性の就労の制約となっている制度の見直し**

- 106万円の壁、130万円の壁など、**既婚女性の働くインセンティブを阻害する仕組み（社会保険や企業慣行等）の問題**などについてどう考えるか。

➤ 家庭における介護の負担軽減

- 今後の介護サービスの確保や老後も住み慣れた地域で暮らしていける体制づくりについてどう取り組むべきか。特に、今後の介護ニーズが急増する首都圏や大都市について、どのような対応を考えるべきか。
- 介護休業制度等の介護離職を防ぐための制度について、利用率等を踏まえて、今後の在り方をどう考えるか。
- 認知症を抱える方の家族の様々な不安や悩みに対する支援の在り方についてどう考えるか。
ヤングケアラー（本来大人が担う家族の世話や家事を日常的に行っている子ども）にはどのような対応を考えるべきか。

➤ 地域共生社会づくりについて

- 孤独・孤立に苦しむ方について、どのような対策を講ずべきか。
- 今後、増加が見込まれる独居の困窮者・高齢者が、地域の中で安心した生活を送るための「すまい」についてどう考えるか。

➤ 医療・介護・福祉サービスについて

- サービス人材の確保・育成に向けて、デジタル技術の活用や高齢・地域人材の活用、人材育成の在り方等についてどう考えるか。
- 医療・介護提供体制改革など社会保障制度基盤の強化に向けて、これまでの骨太の方針や改革工程表を踏まえて取組を進めていくべきではないか。

令和4年3月 25日

福井市福祉事務所長
(公印省略)

マイナンバーカードの取得について(勧奨)

この通知は、令和4年1月31日時点で、まだマイナンバーカードを取得していない、または申請していない方に対して送付しています。

令和5年度から、生活保護受給中の方が病院を受診する際、病院の窓口で保険証の代わりとしてマイナンバーカードを提示することが原則となります。まだ取得していない方は、申請の手続きをお願いいたします。

★マイナポイントについて

- ・マイナンバーカードを取得すると、最大2万円相当の「マイナポイント」を得ることができます。
 - ・このマイナポイントは、生活保護における“収入認定”の対象外ですので、是非ご活用ください。
 - ・マイナポイントの取得方法については、マイナンバーカードの受け取りの際に説明があります。
- ※マイナポイント事業には、期限がありますので、ご注意ください。

★また、その他にも、マイナンバーカードを取得することで出来ることがありますので、別添のリーフレットをご確認ください。

その他、不明な点がある場合は、下記までお問い合わせください。

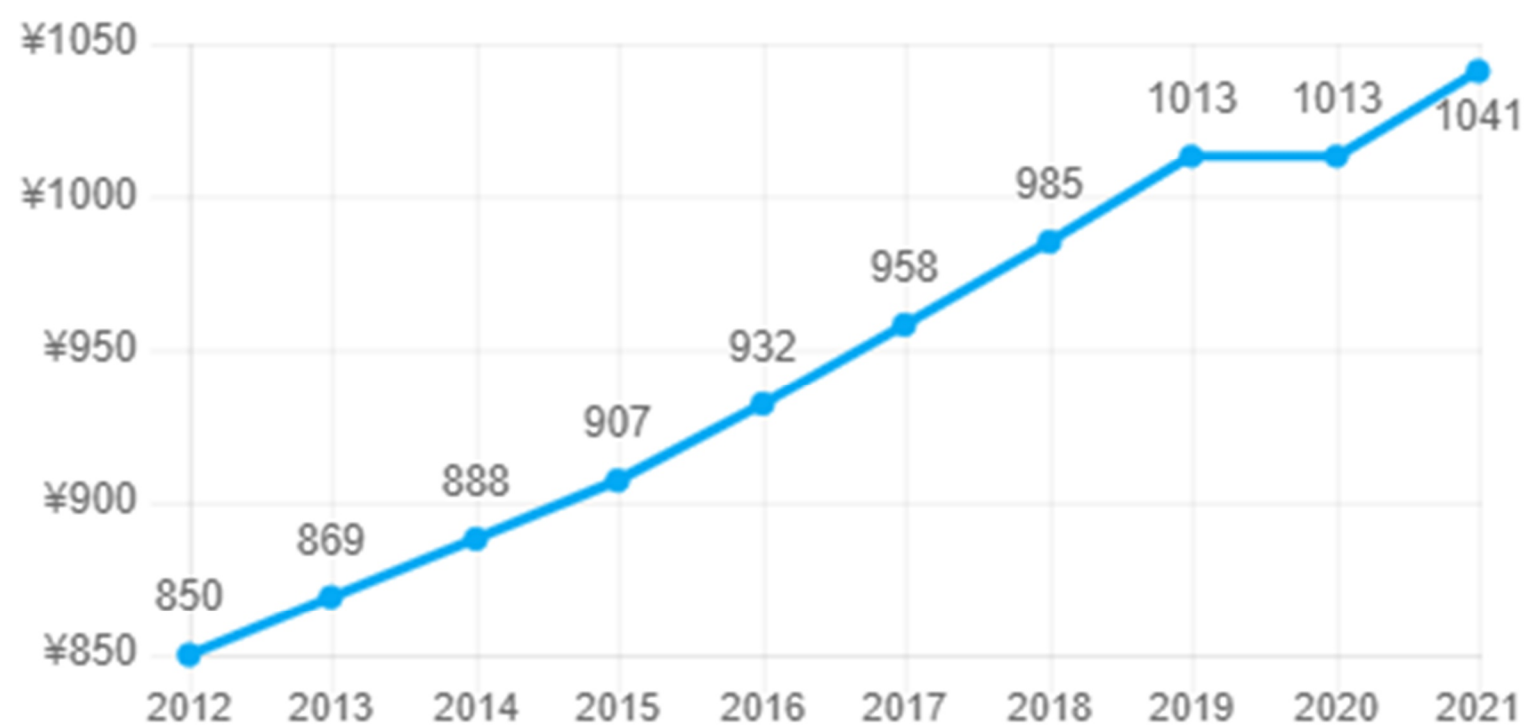
- ・ 本人確認書類に関するご相談(生活保護受給者証の発行など)

……生活支援課(0776-20-5404)

- ・ マイナンバーカードの申請手続きについて

……市民課(0776-20-5736)

● 東京都の最低賃金の推移（過去10年グラフ）





「未来の東京」戦略 version up 2022 目次

01 「未来の東京」戦略を実行する 3

- ✓ 「未来の東京」戦略を実行する..... 4
- ✓ 政策をバージョンアップする6つの切り口..... 7
- ✓ 東京2020大会の成果と状況変化を踏まえ、..... 6
- ✓ 「サステナブル・リカバリー」の取組を推進 8

02 TOKYO2020の成果を未来へつなぐ..... 1 1

03 6つの切り口で政策をバージョンアップ... 3 1

- ① 安全安心：都民の命と生活を守る基盤「危機管理」..... 3 3
- ④ グローバル：世界から選ばれる金融・経済・文化都市... 7 7
- ② 共生社会：バリアフリー「段差のない社会」..... 4 9
- ⑤ チルドレンファースト：子供の目線からの政策展開..... 9 5
- ③ グリーン&デジタル：自然と共生した持続可能な都市... 6 5
- ⑥ 都政の構造改革：シン・トセイの加速..... 1 1 1

04 みんなでつくる「未来の東京」..... 1 1 7

- ✓ 「多摩・島しょ振興戦略」の更なる推進に向けて..... 1 1 8
- ✓ 区市町村との連携を更に深めていく..... 1 2 8
- ✓ オールジャパン連携の推進..... 1 2 4
- ✓ 「『未来の東京』戦略」の推進に向けた取組 1 3 0
- ✓ SDGsの目線で政策を展開する 1 2 6
- ✓ デジタルを活用した都民意見アンケート..... 1 3 1

※ 「『未来の東京』戦略 version up 2022」は、令和3年3月に発出した「『未来の東京』戦略」と一体として、「まち・ひと・しごと創生法」（平成26年法律第136号）第9条第1項にいう「都道府県まち・ひと・しごと創生総合戦略」に位置付ける。

「未来の東京」戦略を実行する

- 都は、令和3年3月「『未来の東京』戦略」を策定し、その実行を通じて、成長と成熟が両立した持続可能な都市の実現を目指している
- 東京2020大会が終わり、その実現に向けた歩みを本格的に進める新しいステージに立つ。大会の成果や新型コロナとの厳しい闘い等、時代のニーズや状況変化に対応する観点から政策をバージョンアップし、未来を切り拓く取組を加速していく

バージョンアップの視点①

東京2020大会の成果を都市の発展へつなげる

- 安全・安心な大会を実現
- スポーツのすばらしさを共有
- ボランティアが人々を笑顔に
- サステナブルな社会への道筋
- 未来を感じたテクノロジー
- 「まち・暮らし」が変化

共生社会を実感

東京・日本の魅力を発信
復興の姿と感謝を届けた

「未来の東京」戦略を実行する

バージョンアップの視点②

時代のニーズや状況変化に迅速に対応

新型コロナウイルスの長期化の影響

新たな課題が顕在化・深刻化するなど、人々の暮らしや働き方に大きな影響を与えている

世界の都市間競争の激化

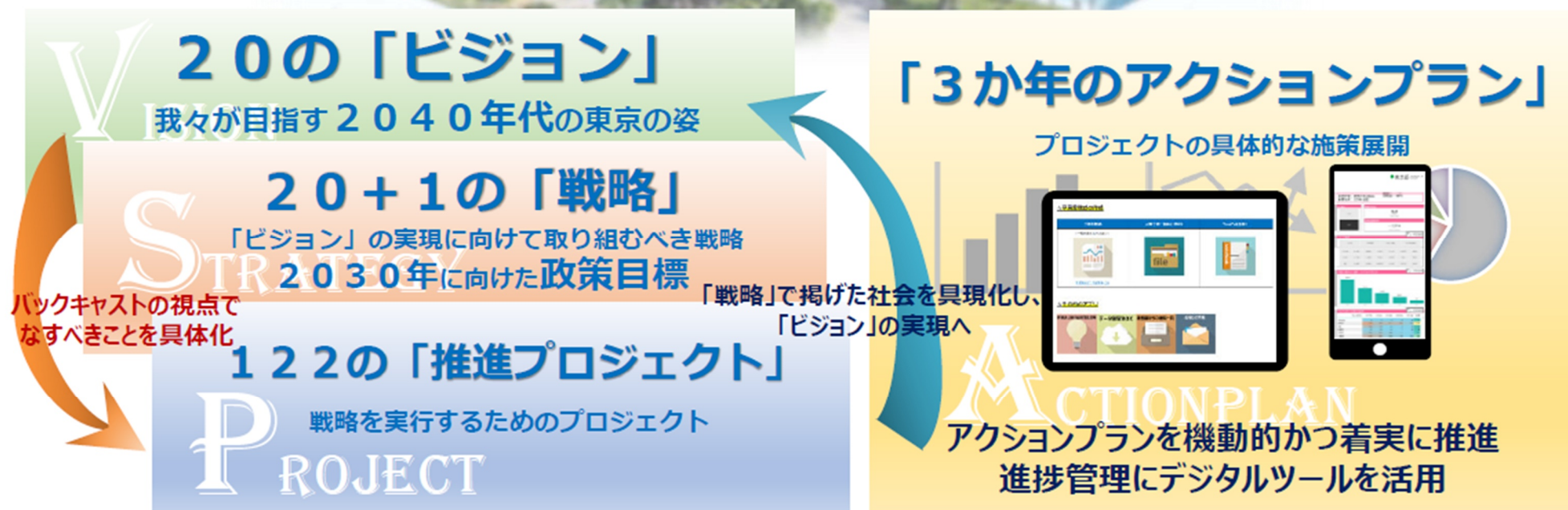
ポスト・コロナを見据え、グリーンとデジタルを成長分野に、世界の都市間競争がますます激化

子供の目線からの政策展開の必要性

東京都こども基本条例を踏まえ、いかなる状況下においても、全ての子供が健やかに成長できる環境整備が急務

「『未来の東京』戦略」の推進に向けた取組

- 「『未来の東京』戦略」では、我々が目指す2040年代の東京の姿=20の「ビジョン」を実現するために、バックキャストの視点でなすべきことを具体化し、2030年までに必要な取組を20+1の「戦略」として掲げるとともに、戦略実行のための122の「推進プロジェクト」を提示しました。「3か年のアクションプラン」は、この「戦略」と「推進プロジェクト」を具体的に展開していく役割を担っています。
- 「3か年のアクションプラン」を「PDCAサイクル」を徹底して着実に進めることで、122の「推進プロジェクト」を強力に推し進め、2030年をターゲットとした政策目標を達成、「戦略」に掲げた社会を具現化し、2040年の「ビジョン」の実現につなげていきます。
- BIツールなどのデジタルツールを活用し、進捗状況を管理していくとともに、分かりやすく「見える化」していきます。



東京2020大会の成果と状況変化を踏まえ、政策をバージョンアップ

「未来の東京」戦略（令和3年3月策定）

＜戦略を展開するスタンス＞

「サステナブル・リカバリー（持続可能な回復）」の実現

課題の根源まで踏み込んだ「構造改革」を強力に推進

＜4つの基本戦略＞

- ①バックキャストの視点で将来を展望する
- ②民間企業等、多様な主体と協働して政策を推し進める
- ③デジタルトランスフォーメーション（D X）でスマート東京を実現
- ④時代や状況の変化に弾力的に対応「アジャイル」

■ 目指す2040年代の東京の姿「ビジョン」

■ 2030年に向けた「戦略」

■ 戦略実行のための「推進プロジェクト」

- 戦略0 感染症に打ち克つ戦略
- 戦略1 子供の笑顔のための戦略
- 戦略2 子供の「伸びる・育つ」応援戦略
- 戦略3 女性の活躍推進戦略
- 戦略4 長寿（Chōjū）社会実現戦略
- 戦略5 誰もが輝く働き方実現戦略
- 戦略6 タイバシティ・共生社会戦略
- 戦略7 「住まい」と「地域」を大切に作る戦略
- 戦略8 安全・安心なまちづくり戦略
- 戦略9 都市の機能をさらに高める戦略
- 戦略10 スマート東京・TOKYO Data Highway戦略

- 戦略11 スタートアップ都市・東京戦略
- 戦略12 稼ぐ東京・イノベーション戦略
- 戦略13 水と緑溢れる東京戦略
- 戦略14 ゼロエミッション東京戦略
- 戦略15 文化・エンターテインメント都市戦略
- 戦略16 スポーツフィールド東京戦略
- 戦略17 多摩・島しょ振興戦略
- 戦略18 オールジャパン連携戦略
- 戦略19 オリンピック・パラリンピックレガシー戦略
- 戦略20 都政の構造改革戦略

「3か年のアクションプラン」（2021年度～2023年度）

「成長」と「成熟」が両立した未来の東京

セーフ シティ

ダイバーシティ

スマート シティ

政策をバージョンアップする6つの切り口

①安全安心

都民の命と生活を守る基盤「危機管理」

- 新たな調節池整備に着手
- 東京 i CDCの機能を一層強化し感染症に強い都市へ
- 島しょ地域など無電柱化を加速
- 東京の危機克服・都市強靱化10か年プロジェクト
- D X等を活用し、自然災害への備えを強化

②共生社会

バリアフリー「段差のない社会」

- あらゆる施策の多様性と包摂性を高め共生社会を実現
- 都内全域で「段差のない社会」を創出
- 若者・ひとり親家庭など、困難を抱える方へのサポート
- 無意識の思い込み（アンコンシャス・バイアス）解消など、女性の活躍を加速
- デジタル等を活用した高齢者のQ O L向上を一層推進
- 成長分野への就業支援、長期失業者への集中的なフォローアップ

③グリーン&デジタル

自然と共生した持続可能な都市

- 「2030年カーボンハーフ」に向け、建築物のゼロエミ化、自動車の脱炭素化等を強力に推進
- ウォカブルな「人中心」のまちづくりを推進
- 「スマート東京」先行実施エリアの取組強化・横展開
- 緑を「守る」「増やす」取組を多面的に展開
- 外濠浄化の推進により「水の都」を実現

④グローバル

世界から選ばれる金融・経済・文化都市

- 世界最先端を実現する東京ベイe S Gプロジェクトを推進
- 東京が誇る「観光」を再興し、「食」の魅力を高める多様な振興策を展開
- 国際金融都市に向けた歩みを進める
- 文化・エンターテインメントがあふれ「楽しさ」を生み続ける都市へと進化
- 多様で柔軟な働き方の実現

⑤チルドレンファースト

子供の目線からの政策展開

- 子供政策を総合的に推進する体制を構築
- 官民一体となった「こどもスマイルムーブメント」を戦略的に展開
- 子供の参加・対話を通じて政策の質を向上
- D Xや社会の力を一層活用し、新たな「東京型教育モデル」を強化
- 誰一人取り残さない視点から子供へのサポートを強化

⑥都政の構造改革

シン・トセイの加速

- 5つのスタンスで改革を更に実践
 - ユーザーとの対話を徹底する
 - Q O Sを徹底して数値化し、デジタルで爆上げする
 - 働く環境を変えることで、人を、仕事を、組織を変える
 - 制度や仕組みなどの構造的な課題に切り込む
 - 変革をスピードアップし、サービスをいち早く実現する
- コア・プロジェクトを加速しデジタルガバメント・都庁の基盤を構築
- 各局リーディング・プロジェクトを拡充し、都政のQ O Sを飛躍的に向上

①安全安心

都立・公社病院の改革等を通じて、都民の命と健康を守る医療提供体制を強化する

- 都立・公社病院を一体的に地方独立行政法人に移行することにより、行政的医療を安定的・継続的に提供するとともに、感染症医療や災害医療の危機管理体制を一層強化。また、地域医療や救急医療を強化する等、誰もが質の高い医療を受けられる環境整備を推進

地方独立行政法人 東京都立病院機構 (2022年7月設立予定)

人材の柔軟な
確保・育成

医療を取り巻く環境変化に迅速に対応できる体制を構築し
東京の医療を一層充実

スケールメリット
を生かした運営

行政的医療や高度・専門医療等の提供を充実

- 高水準で専門性の高い総合診療基盤に支えられた行政的医療を適正に提供
- がん医療、救急医療、周産期医療等において、一般医療機関では対応が難しい高度・専門的医療を提供
- 地域の医療機関や院内の専門診療科等と連携し、多様な症状に対応する総合診療科を充実
- がん対策の現状及び最先端がん治療の方向性について、データ収集など必要な調査を実施



東京ER



NICU



ロボット支援手術



島しょ医療における
遠隔画像診断支援

感染症医療や災害医療の危機管理体制を一層強化

- 緊急事態においては、都の方針の下、都や関係機関と連携し、患者を積極的に受け入れ
- 人材の機動的な集約等により専用病床を拡充し、効率的・効果的な医療提供体制を整備
- 都や保健所と連携し、地域の施設等に対し、感染拡大防止等の支援を実施
- 平時から専門人材を確保・育成し、感染症への対応力を強化
- 新型コロナウイルスへの対応等、感染症医療を一層強化
- 緊急事態においては、都の方針の下、都や地域の医療機関と連携し、重症者等を積極的に受け入れ
- 東京DMATや医療救護班等の大規模災害時に必要となる人材を育成し、派遣要請に着実に対応



地域医療の充実を更に推進

- 地域の関係機関等との連携を一層強化し、地域包括ケアシステムの構築を支援
- デジタルを活用して診療情報の共有を推進し在宅療養を支える地域の医療機関等を支援
- 都民の健康増進及び疾病予防に向けた普及啓発を推進



D Xを推進し、病院のQ O S (クオリティ・オブ・サービス)を一層向上

- A I の活用等により、医療の質を高め患者中心の医療を推進するとともに、デジタルの活用により地域医療機関等と診療情報を共有し在宅療養への支援や、業務の効率化を推進



各病院の強みを生かした医療機能強化の主な取組

広尾病院 島しょ医療との医療連携体制の強化	大塚病院 腎臓医療提供体制の強化	大塚病院 総合周産期母子医療センターの体制強化	駒込病院 がんゲノム医療の提供体制の強化	豊島病院 消化器医療の提供体制の強化	荏原病院 「総合脳卒中センター」の体制強化	墨堤病院 「患者・地域サポートセンター」の機能強化
多摩総合医療センター 手術実施体制の強化	多摩北部医療センター 「患者・地域サポートセンター」の機能強化	東部地域病院 救急医療提供体制の強化	多摩南部地域病院 医療的ケア児の専門的ケアの充実	神経病院 「ALSセンター」の体制強化	小児総合医療センター 小児がん・AYA世代がん患者への診療・支援体制の強化	松沢病院 精神科身体合併症の医療提供体制の強化

戦略8 安全・安心 ver.up

コロナ禍における医療を取り巻く様々な状況

- D X** ➢ オンライン診療が進展し、都民・医療機関の関心の高まり
- 在宅医療** ➢ 自宅療養者への支援を通じて、24時間体制での在宅医療が前進
- がん** ➢ がん検診の受診控えが生じ、今後受診動向等を注視する必要
- 救急医療** ➢ 感染症拡大時等においても、緊急性の高い救急患者を受け入れる体制の確保が必要

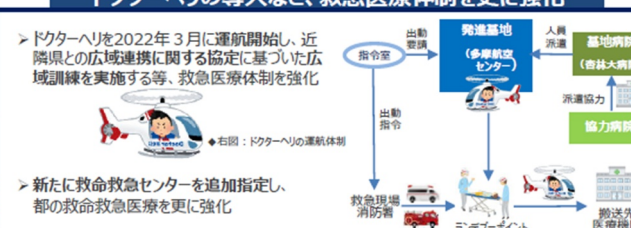
身近な地域での医療連携体制を更に充実

- 在宅療養者を支える地域での医療連携体制が、新型コロナウイルス収束後もさらに発展拡充されるよう、区市町村の取組を促進



ドクターヘリの導入など、救急医療体制を更に強化

- ドクターヘリを2022年3月に運用開始し、近隣県との広域連携に関する協定に基づいた広域訓練を実施する等、救急医療体制を強化
- 新たに救命救急センターを追加指定し、都の救命救急医療を更に強化



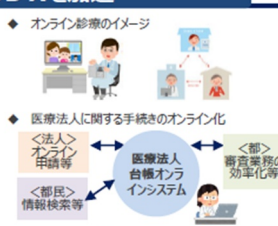
誰もが質の高い医療を受けられる環境整備を強力に推進

がん対策を予防・医療・共生の側面から一層推進

- 予防** ➢ H P の活用や企業との連携による普及啓発のほか、新たに都民向け啓発物の作成や検診実施主体向け講習会を実施し、がん検診の受診率向上等に向けた取組を強化
- 医療** ➢ 高齢化の進展により更に増加が見込まれるがん医療について、身近な地域で適切な治療を受けられるよう、がん診療連携拠点病院の整備等を推進
- 共生** ➢ 治療と仕事の両立に資する企業向けセミナーの開催や患者自身の治療への正しい理解につながる普及啓発動画の作成等、ライフステージに応じたがん患者への支援を強化
- がん患者における生殖機能温存やピアサポート等に関するワーキンググループを新たに設置する等、小児・AYA世代へのがん対策を強化

医療分野におけるD Xを加速

- 都内の病院・診療所等に対し、情報通信機器の整備等に係る初期経費を支援し、オンライン医療相談・診療の環境整備を一層推進
- 医療法人に関する手続きのオンライン化により、申請者等の利便性の向上とともに審査業務等の効率化を推進



3か年のアクションプラン (主要)

具体的な取組 (主要)	2021年度末 (見込み)	年次計画		
		2022年度	2023年度	2024年度
地方独立行政法人の設立	移行に向けた準備	7月設立予定	法人運営	
がん患者の治療と仕事の両立支援事業	各種教材の改定内容や普及啓発の取組の検討	治療と仕事の両立セミナー開催 普及啓発動画の作成・普及啓発		動画の普及啓発
東京都ドクターヘリ運航事業	運航開始		ドクターヘリの運用、近隣県との訓練や広域連携	

デジタルを活用した都民意見アンケート

調査対象：都内在住・在勤・在学の方

調査方法：東京都LINE公式アカウントから実施

調査時点：2021年12月

回答者数：9,956人 ～ 多くのご回答ありがとうございました ～

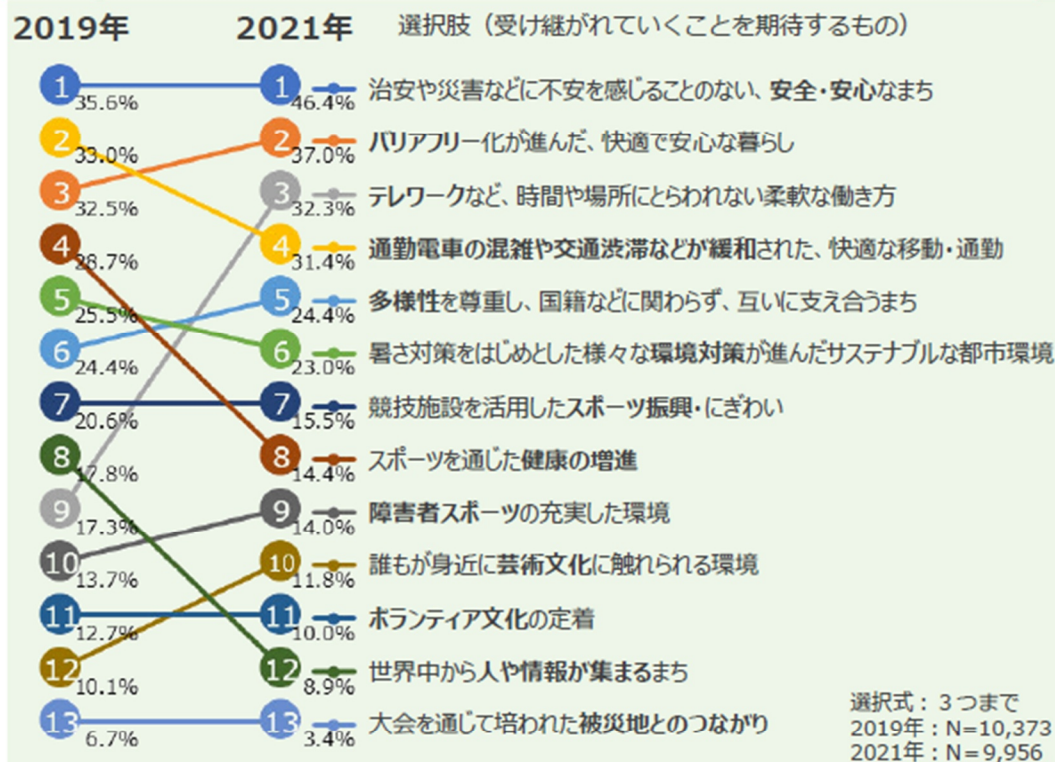
アンケート結果の
全てはこちらから
ご覧ください



「未来の東京」を都民の皆様と創り上げていく観点から、政策のバージョンアップに際してアンケートを実施しました。

新型コロナの猛威など、急激な社会の変化の中で都民の皆様の意識にどのような変化が生じたか、2019年に実施した「都民意見大募集」の結果との比較を含めてご紹介します。

Q 東京2020大会のレガシーとして期待するもの



東京2020大会が安全に開催された経験や、新型コロナ対策としてもテレワークが社会に定着して電車の混雑緩和につながった経験に対する期待が多かった。

Q 「未来の東京」に向けて重要だと思う取組

2021年（今回）アンケートのTOP 5

選択肢	選択率
地震、風水害や感染症などに強い安全・安心なまちづくり	56.4%
子供が笑顔で子育てが楽しいと思えるまちづくり	36.5%
高齢者が元気に活躍できる長寿社会の実現	24.8%
様々な人が共に暮らし、多様性に富んだまちづくり	23.9%
子供の伸びる・育つへのサポート	21.8%

選択式：3つまで N=9,956

2019年実施「都民意見大募集」のTOP 5

選択肢	選択率
すべての子供・若者が将来への希望を持って、自ら伸び、育つ東京	38.6%
子供を産み、育てたいと思う人で溢れ、少子化からの脱却に成功している東京	29.0%
犯罪や事故などから都民を守る安全安心な東京	26.6%
誰もが自分らしくポジティブに働き、活躍できる東京	23.6%
災害の脅威から都民を守る強靱で美しい東京	21.1%

選択式：3つまで N=10,318

新型コロナの影響等により、「安全・安心」が重要という回答が最も多く、「子供」「多様性」「高齢者」など、人とのつながりを重視した項目が上位となった。

『未来の東京』戦略（案）への意見

＊案の全ページに数が振ってないので、ページ数はブラウザ上で PDF 版を開いた時に表示される数である。

●8～13 ページ

「感染症の脅威」と「気候危機」に関連して述べられているが、その端緒となり、危機を増大させてきた人間の対応には全く触れられていない。新型コロナ感染症拡大や気候変動は、人間の自然破壊、大規模開発にも発端があり、新型コロナで医療・介護崩壊に至ったり、都市型水害に見舞われているのは、この間に保健所を統廃合し、感染症をも担う公的病院を統廃合してきたことや地面をコンクリートで埋め尽くし、超高層ビルを林立させてきた結果ではないか。公衆衛生、医療、都市開発における行政の役割がどうであったのかを顧みずに、危機だけを取り上げた記載は行政を担う東京都としてどうなのか？全く無謬であったことを言いたいのか？過去の過ちに学び、ビジョンや戦略を作成しないと「未来の東京を切り拓く」ことはできない。「持続可能性」や「渋沢栄一や後藤新平をはじめとする先人たちの精神を受け継ぐ」ことは出来ない。

以上の点から、これまでの東京都行政の在り方を顧みながらの観点を含めた記載に変更するべきと考える。

●70～74 ページ

全体の記載の中に人口減やリモートワークへの就労スタイル移行で就労人口が減少してゆく観点が抜けている。そうしたスタイルの変化を見据えたビジョンにしないと、ここに記載されているように大規模開発推進の様な基調となってしまう。オフィス床の過剰供給をどう制御してゆくのか、超高層オフィスビル・マンションの老朽対策や解体・建替え、それに伴う法整備などもソフト面の整備も含めた記載に変えるべき。そうしないとゴーストタウン化してしまう地域が出てくることも危惧される。

●113 ページ

医療提供体制等の確保と保健所の取組強化の一覧で、感染状況に応じた入院病床の確保で「・・・都立・公社病院・・・」と記載が複数あるが、次に述べる 201 ページの記載との関連で整合性や実現性があるのか？疑問。保健所における防疫対策等の取組強化で、人的・物的支援策ばかりではなく、多摩地域に保健所を増設することを明記すべきではないか。

●201 ページ

都立・公社病院改革プロジェクトが掲げられ、3か年のアクションプランが記載されている。以下の点で特に地方独立行政法人への移行について年次計画とともに記載を削除もしくは変更すべきである。

都立・公社病院改革については、新型コロナ禍の中で現状に鑑み再検討が必要あり、コロナ禍以前に検討されてきた内容・日程で進めるべきではない。

本戦略は「新型コロナとの闘いを通じて浮き彫りとなった課題を踏まえ、・・・ビジョンをバージョンアップ」したと記載されているが、それが病院改革について行われていないか不十分であることは、現状と課題に感染症について触れられていないことや 175 ページの 7 の項目に一文言がないことから読み取れる。

都内で新型コロナ感染症に率先して対応したのは都立・公社病院であった。そして、現時点でも両病院でコロナ対応病床を確保し、都内で重要な役割を果たしている。1月に新たに都立・公社3病院を都知事指令の下に急遽コロナ専門病院としたが、ここに記載されているように地方独立行政法人ではこうした対応が指令一下、短時間でできるのか？平時では需要多くない感染症指定病床確保し続けることができるのか？検討し、その結果を都民に示し、その判断を仰ぐ必要である。それがないままに都民の財産のあり方を地方独立行政法人に変更するのは許されない。

●210～212 ページ

国際競争力を備えた魅力的な拠点の形成について、記載には「優良な民間開発を誘導することにより…」等と民間による大規模開発を誘導することについて記載されているが、そうしてきた結果、汐留の様なヒートアイランド現象を引き起こし、生活や気候に悪影響を及ぼしているではないか。競争力の観点からだけではなく、生活や環境改善、就労人口減少の将来を見据えた都市計画を作成し、超高層建物中心ではない規制を都として行ってゆく旨の記載をするべきである。少なくとも人間や環境への配慮の記載を加えるべきである。202 ページ 1 の記載「道路空間や駅周辺のリメイクに当たっては…ウォークアブルなまちづくりを進める。」とも内容が合致していない。

●218 ページ

羽田空港の機能強化や航空機能に関する調査を記載するだけでは、不十分。都市上空を低空飛行する様な羽田空路について、早急にとりやめるような調査・対策を明記すべき。都民の安全や良好な生活環境確保の観点からも取り組むべき課題。新型コロナ禍で経済優先だけではダメだと記載しているではないか。

●228～235 ページ

戦略 10 で DataHighway 戦略を掲げているが、デジタル化による効率化や利便性向上のみの記載に留まっている。個人情報保護への懸念については、全く記載がない。それは、東京都として懸念も考慮も配慮もしないという表明なのか？各アクションプランについても、個人情報がどの様に保護されるのか明確にされなければ、年次目標を立てて推進するべきではない。個人情報を扱う行政としての姿勢がまず問われることから、その点について明確な戦略として記載するべきである。

さらにデジタルデバイドへの対応についても触れられていない。取り残すということなのか？都民だれもが情報から取り残されない対策を戦略として記載すべきである。

●309 ページ

島しょ地域での専門医療について記載されており、ここでは「都立病院・・・」との記載が見られるが、201 ページとの関連で、現在都立病院が担っている役割を地方独立行政法人が同規模・水準で担えるのか？担うことができるのか不明である。その点を明確に示す必要がある。201 ページとの関係だけでも運営主体が 2023 年度には法人になると記載されているのであるから、ここに「都立病院」と記載するのは整合性に欠ける。

上記 113, 201 ページに関する記載した理由も含め、本案すべての都立・公社病院の地方独立行政法人への移行に関する記載は削除もしくは変更すべきである。

以上

意見内容	都の考え
<p>・コロナ対策の反省として、公共の病院の重要性を確認した。感染症がこれからも拡大するような状況下では、都立病院は現状のままにしてほしい。</p> <p>・都立・公社病院改革プロジェクトの地方独立行政法人への移行について年次計画とともに記載を削除もしくは変更すべきである。都立・公社病院改革については、新型コロナ禍の中で現状に鑑み再検討が必要あり、コロナ禍以前に検討されてきた内容・日程で進めるべきではない。都内で新型コロナ感染症に率先して対応したのは都立・公社病院であった。そして、現時点でも両病院でコロナ対応病床を確保し、都内で重要な役割を果たしている。1月に新たに都立・公社3病院を都知事指令の下に急遽コロナ専門病院としたが、ここに記載されているように地方独立行政法人ではこうした対応が指令一下、短時間できるのか。平時では需要多くない感染症指定病床確保し続けることができるのか。検討し、その結果を都民に示し、その判断を仰ぐ必要がある。</p> <p>・新型コロナ対応の先頭に立つ都立・公社病院の地方独立行政法人への経営形態の移行に反対する。</p>	<p>・戦略8「都立・公社病院改革プロジェクト」において、行政的医療を安定的かつ継続的に提供するとともに、地域医療の充実に貢献するため、都立・公社病院の改革を推進してまいります。感染症医療を初めとした都立・公社病院の行政的医療を担う役割は、地方独立行政法人への移行後も変わることはありません。また、感染症発生時には、東京iCDCを司令塔として、都が実施する感染症対策を踏まえながら、一層機動的に対応してまいります。頂いた御意見は、今後の参考とさせていただきます。</p>
<p>・新型コロナの対応、さらに未知感染症に備え重要な役目を果たしている都立、公社病院の統廃合は止め、一層充実させることが必要。この間減らされた保健所も増設させ、スタッフも充実させるべき。戦略に組み入れてほしい。</p>	<p>・戦略0「感染症に打ち克つ戦略」において、「東京iCDC」を核とした効果的な対策、区市町村・保健所・医療機関等と連携した対策などを掲げ、全力で取り組んでまいります。現在、医療機関や保健所などを含め、東京の総力を挙げた対応を進めているところであり、この経験を活かし、未知なる感染症の発生にも有効な対策につなげてまいります。また、戦略8「都立・公社病院改革プロジェクト」において、行政的医療を安定的かつ継続的に提供するとともに、地域医療の充実に貢献するため、都立・公社病院の改革を推進してまいります。感染症医療を初めとした都立・公社病院の行政的医療を担う役割は、地方独立行政法人への移行後も変わることはありません。感染症発生時には、東京iCDCを司令塔として、都が実施する感染症対策を踏まえながら、一層機動的に対応してまいります。頂いた御意見は、今後の参考とさせていただきます。</p>

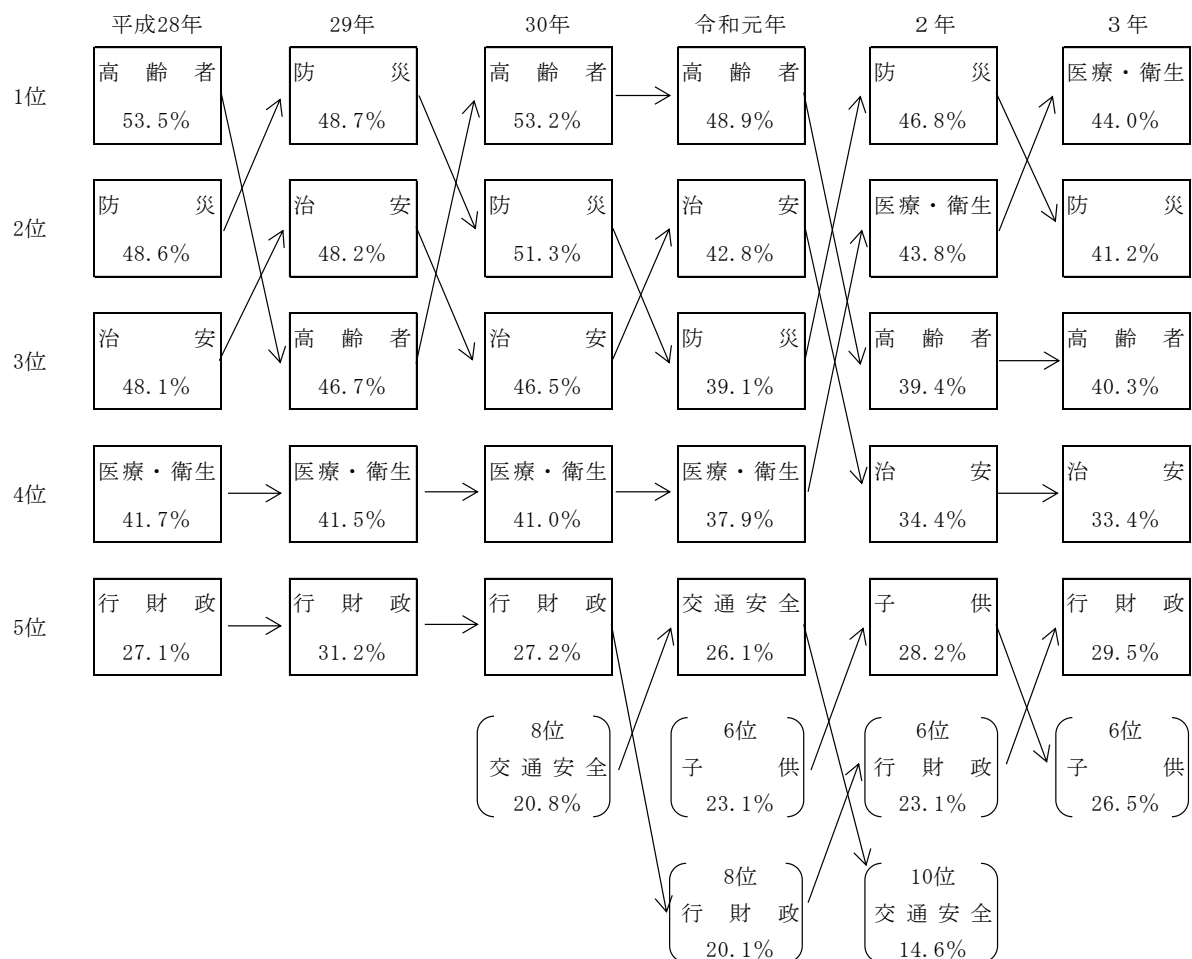
意見内容	都の考え
<ul style="list-style-type: none"> ・給与比率を低下させることに重きを置く給与体系は懸念されるべきであるし、非常勤や期限付きが増える人員採用は、長く専門的な知識を蓄えてプロに育てることにはならない。独法化のメリットが本当に発揮されるのか、オープンに議論すべき。 ・都立・公社病院改革プロジェクトについて、独法化は撤回削除してほしい。都立・公社病院の役割は、都直営で、財政支援をしてこそ、果たすことができる。 ・都立・公社病院の独立法人化は撤回すべき。 	<ul style="list-style-type: none"> ・戦略8「都立・公社病院改革プロジェクト」において、行政的医療を安定的かつ継続的に提供するとともに、地域医療の充実に貢献するため、都立・公社病院の改革を推進してまいります。感染症医療を初めとした都立・公社病院の行政的医療を担う役割は、地方独立行政法人への移行後も変わることはありません。頂いた御意見は、今後の参考とさせていただきます。
<ul style="list-style-type: none"> ・「14.都立・公社病院改革プロジェクト」は、戦略8「13.人生100年時代を支える質の高い医療提供プロジェクト」ならびに戦略8の大前提とも矛盾する。戦略0、戦略4とも不整合である。ほとんどの医療機関が株式会社ではなく非営利で運営する意味を肝に銘じて都立・公社病院の独法化は白紙撤回いただきたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・戦略8「都立・公社病院改革プロジェクト」において、行政的医療を安定的かつ継続的に提供するとともに、地域医療の充実に貢献するため、都立・公社病院の改革を推進してまいります。感染症医療を初めとした都立・公社病院の行政的医療を担う役割は、地方独立行政法人への移行後も変わることはありません。頂いた御意見は、今後の参考とさせていただきます。なお、地方独立行政法人は、都が100%出資して設立する法人であり、運営主体が変わっても都立病院でなくなることはありません。

意見内容	都の考え
<ul style="list-style-type: none"> ・空港の強化について、飛行数の増便は強化に繋がるどころか安全面で逆行、弱体化になるのではないかと懸念。 ・幹線道の整備などによる、昔からあるまちの移転・廃業・コミュニティの分断が気になる。地元有力者だけでなく地元民からの声をしっかり受け止め、再考できるものは、今からでも再検討した方がいい。 ・コロナ後の世界の流れは、地球を考え、安全を優先するのなら、発着枠の拡大ではなく、羽田飛行ルートを海上飛行ルートに戻すことを明記し取り組むことが先決。 ・新しい日常を謳い、自転車の走る街づくりに大いに期待したい。ただ、これまでのp201などの流れでは、何か噛み合わない。根本のところで矛盾を感じる。ぜひ、自転車すいすいプランの実現に移ってほしい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・将来にわたって、東京が国際競争力をもって持続的な発展を続けていくためには、国内外に豊富なネットワークを有する羽田空港の機能強化を図ることが不可欠です。 ・新飛行経路の導入に当たり、都は、国に対して丁寧な情報提供や騒音影響の軽減、安全管理の徹底を求め、それを踏まえて、国は住民説明会の実施や低騒音機の導入促進、落下物防止対策の義務づけなど、様々な対策を実施して運用を開始しました。 ・運用開始後も、国はさらに、新飛行経路下における航空機騒音の測定結果の公表や落下物対策として機体チェックの体制強化等を行っています。 ・また、国は、昨年、地元区の意見等を踏まえ、羽田新経路の固定化回避に係る技術的な方策について、現在の滑走路の使い方を前提として多角的に検討する会を設置し、検討が進められています。 ・引き続き国に対し、都民の理解が更に深まるよう、丁寧な情報提供と騒音・安全対策の着実な実施を求めてまいります。
<ul style="list-style-type: none"> ・「都市間競争」「打ち勝つ」などという考え方自体が、公共性に欠ける。 ・コロナによって人々の生活形態が変わり、IT化が加速していることを考えると、これ以上の羽田空港の機能強化は必要ない。羽田空港新ルートによる進入角度問題や落下物問題などについてもっと真剣に取り組んでほしい。 ・横田基地軍民共用化はやめてほしい。作為的としか思えないほど、都民への周知もなされていない。コロナ後の社会状況の変化をもとに、本当に横田基地の軍民共用化にメリットがあるのか、再検討を求める。デメリットもきちんと提示したうえで、広報を求める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・将来にわたって、東京が国際競争力をもって持続的な発展を続けていくためには、国内外に豊富なネットワークを有する羽田空港の機能強化を図ることが不可欠です。 ・新飛行経路の導入に当たり、都は、国に対して丁寧な情報提供や騒音影響の軽減、安全管理の徹底を求め、それを踏まえて、国は住民説明会の実施や低騒音機の導入促進、落下物防止対策の義務づけなど、様々な対策を実施して運用を開始しました。 ・運用開始後も、国はさらに、新飛行経路下における航空機騒音の測定結果の公表や落下物対策として機体チェックの体制強化等を行っています。 ・引き続き国に対し、都民の理解が更に深まるよう、丁寧な情報提供と騒音・安全対策の着実な実施を求めてまいります。 ・横田基地の共用化は、首都圏西部地域の航空利便性の向上、多摩地域の活性化などに資するものです。

都民生活に関する世論調査（2022年1月 東京都生活文化局）

〔上位5位の推移〕

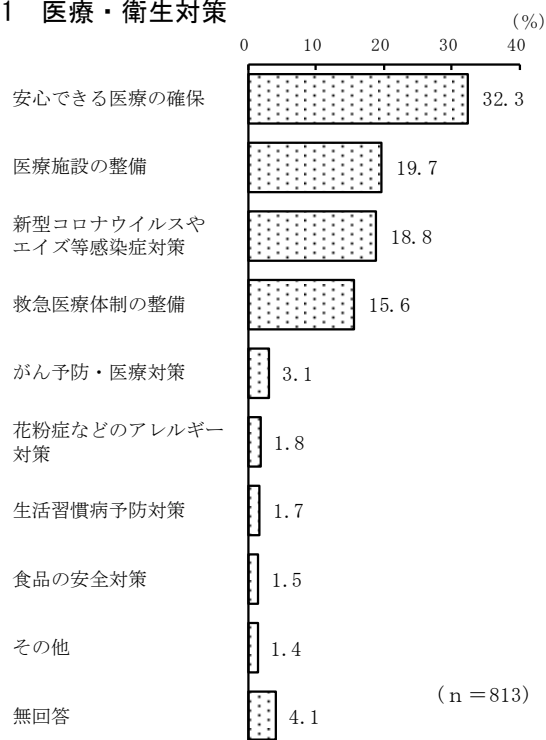
- ・「医療・衛生対策」は昨年の第2位から第1位
- ・「防災対策」は昨年より6ポイント減少し、第2位
- ・「行財政」は昨年より6ポイント増加し、第5位



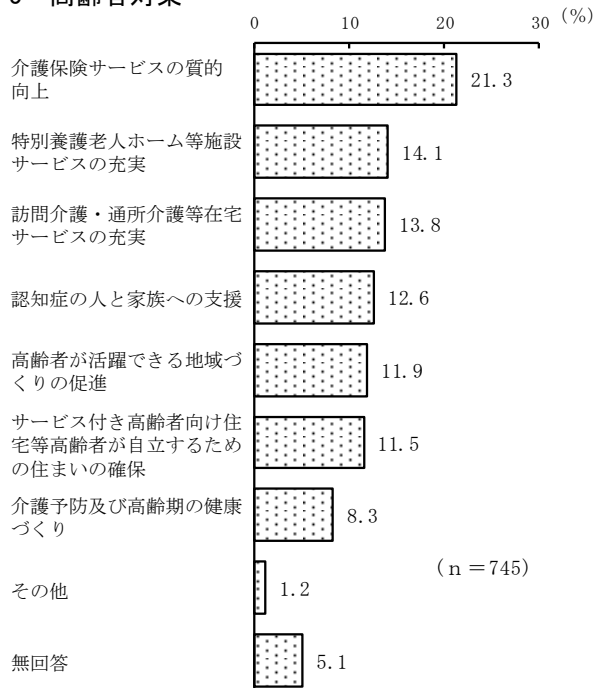
（注）「子供」：「少子化・虐待防止などの子供対策」

(4) 具体的な要望施策：力を入れてほしい分野について、具体的な内容を示して聞いた。(上位5位)
(本文 P 103～P 108)

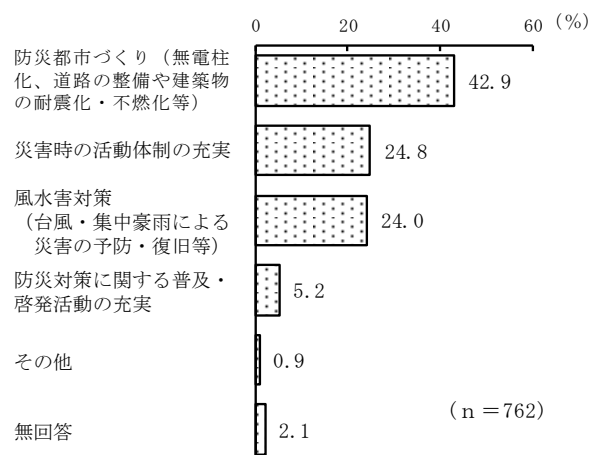
1 医療・衛生対策



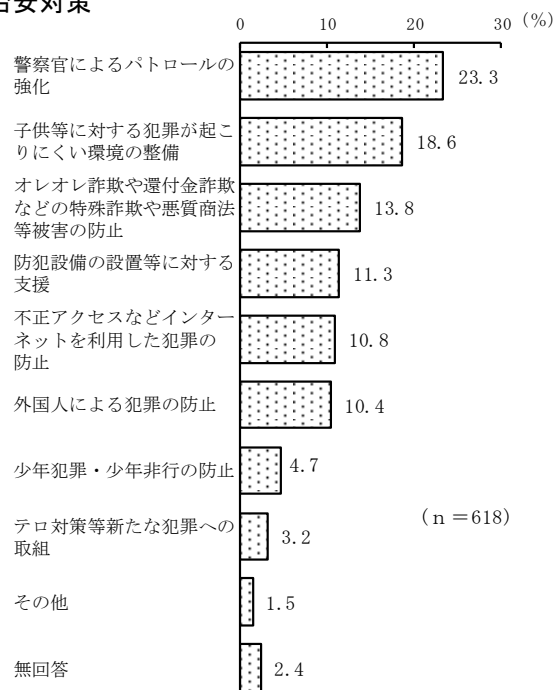
3 高齢者対策



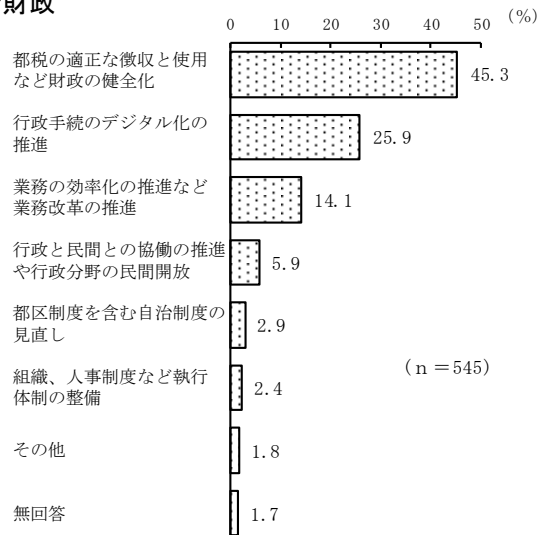
2 防災対策



4 治安対策



5 行財政



「未来の東京」の実現に向けて、都政の構造改革を強力に推進

「未来の東京」戦略では、目指す2040年代の東京の姿「ビジョン」を描いています。

その実現に向け、都庁自らが変貌を遂げていく。

そのための道筋を示すのが「シン・トセイ 都政の構造改革QOSアップグレード戦略」です。

Future

「未来の東京」戦略

基本戦略

- バックキャストの視点で将来を展望する
- 民間企業等、多様な主体と協働して政策を推し進める
- デジタルトランスフォーメーション(DX)で「スマート東京」を実現
- 時代や状況の変化に弾力的に対応「アジャイル」

目指す2040年代の東京の姿「ビジョン」

- 「人が輝く」を中心に、「安全安心」「世界をリードする」「美しい」「楽しい」「オールジャパンで進む」東京をベースとして、**目指す2040年代の東京の姿「ビジョン」**を提示
 - あわせて、「**都庁自らが変貌を遂げていく**」ことを掲げ、**目指すべき新しい都庁の姿**を提示
- 01 職員が民間企業と協働して、社会課題の解決に取り組む
 - 02 定型業務をAIが担い、職員はイノベーションを生み出す
 - 03 世界の大都市と連携し、世界レベルの課題解決の先頭に
 - 04 強固な財政基盤を維持し、更なる行政サービスの充実を

「シン・トセイ 都政の構造改革QOSアップグレード戦略」

～2025年度を目途に「デジタルガバメント・都庁」の基盤を構築する～

6

DXを梃子とした構造改革を加速 ～シン・トセイ2～

2020年8月、都政の構造改革がスタートし、約1年半が経過しようとしています。

現在、全ての行政手続のデジタル化や、ペーパーレス50%削減、FAXレス98%削減などの達成に向けて、全庁一丸となった取組を進め、かつてないスピードで成果を上げつつあります。

しかしながら、これらの取組はまだ始まったばかりです。

改革の真の目的は、DX(デジタル・トランスフォーメーション)を梃子に、QOS(Quality of Service)を上げることです。そのために私たちは、改革を通じて、働く職員の意識変革、アナログで前例踏襲がベースの仕事からの脱却、柔軟で機動的な事業運営を可能とする課題解決型の組織へと変貌をとげる必要があります。

さらに、実践の中で制度や仕組みなどの構造的な課題を見だし、それらを打破し最適化することこそが、まさに構造改革の本質です。

2021年3月に策定した「シン・トセイ」戦略を更に推し進めるため、

「シン・トセイ2」では、これまでの構造改革の実践と成果を振り返りつつ、

2025年度「デジタルガバメント・都庁」の基盤構築に向けて、更なる取組の加速化を図り、都政のQOS向上に向けた改革を“爆速”で前に進めていきます。

3

全労連社会保障闘争本部ニュース

NO.160

全労連社会保障闘争本部発行

2022年2月1日



1.28国会行動

合計635,534筆

介護署名196,073筆！

いのち署名177,310筆！ 年金署名90,933筆！

75歳以上医療費2倍化中止171,218筆！

全労連は、1月28日、中央社保協や民医連、医労連などとともにいのち署名や介護署名などを提出する国会行動を行いました。コロナ感染が広がる中でしたが、300人以上の参加がありました（会場110人、オンライン160回線）。集会には20人の国会議員（うち秘書のみ9人）が駆け付け、あいさつするとともに、いのち守る政策への転換に向けての決意を述べました。介護署名196,073筆、75歳以上医療費2倍化中止署名171,218筆、年金署名90,933筆を提出しました。新しいち署名は集約のみ発表177,310筆となりました。終了後、国会議員要請を行いました。

開会に先立ち行われた情勢学習会では、中央社保協代表委員の住江憲勇・保団連会長が開会あいさつし、『新しい資本主義』は旧態依然の大企業と富裕層支援の新



自由主義に他ならない」「2022 年度予算案は社会保障自然増 2200 億円を削減し、法人税と富裕層の所得税の課税強化による所得再配分機能を全く否定している」と指摘し、「新自由主義推進の岸田自公政権と補完勢力を上回る野党共闘の大きな拡大のための世論を作り上げよう」と呼びかけました。

佛教大の横山壽一教授による「新たな国会情勢下での新しいのち署名、社会保障拡充のたたかい」と題する講演の後、統一署名提出行動を行いました。

地域医療構想をみんなの力で中止させよう

国会議員が次々駆け付け、いのちまもる政策への転換を訴えました。全労連の黒澤幸一事務局長が「首相への手紙～コロナ禍、私が経験したこと」の冊子を手マイクを握り、声を紹介しながら、「この声にこたえるためにも政府を動かさなければならない」「いのちまもる緊急行動などで私たちは実際に政治を動かし始めている」と述べ、「地域医療構想をみんなの力で中止させよう」と訴えました。

日本高齢期運動連絡会の吉岡尚志代表委員が、「ひどい制度を子や孫に残すわけにいかない。叫ぼう高齢者、子や孫とともに」と訴え。介護 7 団体からは、いのちと暮らしを脅かす安全保障関連法に反対する医療・介護・福祉の会の共同代表・小島美里さんが「訪問介護の有効求人倍率は 14.92 倍。崩壊の危機は始まっている」「最前線の人権の担い手をここまでないがしろにすると情けない」と述べ、ネット署名への協力を呼びかけました。

自治労連の小泉治中央執行委員は、第 6 波の中で奮闘する現場の保健師さんからの聞き取りとして、「人が足りない」「1 日 100 件単位で積み残しが出ている」「疫学調査を普通にやれば 1 時間かかるところを 10 分でやれと言われている」「自宅療養が 9 割で健康観察に時間をとられている」「ホテルも足りず、これでは“自宅放置”だ」「その中で、時間外 100 時間超、応援の人でも 50 時間超の人が出ている。母子保健など通常のサービスへの影響は計り知れない」などの声を紹介。自治労連は、いのちまもる署名ハガキや、職員まもる署名などに取り組んでいるとして、ともに奮闘する決意を述べました。

日本医労連の森田進書記長は、今日をはさむ 2, 3 日で、国会に来られなかった人たちが各地で国会議員の地元事務所を回っていることを紹介。医療資格の国家試験をコロナ感染により受けられず 4 月からの内定を取り消される事態となっている。ただでさえ少ない医療現場の人員がまた減ってしまうと指摘しました。「看護・介護・保育の賃上げというが、安倍・菅・岸田すべての政権が、インセンティブ、実績がないと与えない。額も少ないが、チームワークが必要な医療・介護・福祉の現場に分断を持ち込む仕組みそのものを変えなければならない」と述べ、国会が終わる 5・6 月まで大いに運動を上げ、「おかしい」という気持ちを国会に広げ、「おかしい」と気づいている国民とともに夏の参院選にぶつける契機となるよう奮闘すると決意を述べました。

請願採択めざし、市民と野党の共闘、共同の輪を大きく広げよう

中央社保協の是枝一成事務局次長が行動提起を行い、「市民と野党の共闘を進め、賛同議員を国会で多数にしていけることが大事」「地域からの運動で主権者として通常国会での請願採択の実現を目指し共同の輪を大きく広げよう」と呼びかけました。



終了後、参加者は国会議員要請に向かい、13 時から介護 7 団体による介護署名提出行動が行われました。同日、東京に来られない地方の方々により、各地で地元国会議員への要請行動も取り组まれました。

いのち・暮らし・社会保障立て直せ一斉行動 今後の行動日程
2 月 25 日 全国一斉宣伝行動 4 月 25 日 全国一斉署名行動
3 月 2 日 署名提出 5 月 26 日 署名提出



『 新型コロナウイルス感染症対策に係わる
各医療機関の病症確保状況と使用率等の報告 』

厚生労働省 21年12月1日現在

□ 全国のコロナ病症確保の11位までが都立・公社病院！

↑ 28.6%

	病 院 名	確保病床	(%)	全病床		病 院 名	確保病床	(%)	全病床
1	都立多摩総合	245	32.4	756	8	公社多摩南部病院	130	46.9	277
2	都立広尾病院	240	56.9	422	9	公社東部病院	130	43.3	300
3	公社荏原病院	240	52.7	455	10	公社多摩北部	130	39.6	328
4	公社豊島病院	240	57.3	419	11	都立大塚病院	120	28.7	418
5	都立駒込病院	181	22.6	801		都立多摩小児総合	74	13.9	561
6	都立墨東病院	140	19.2	729		都立松沢病院	40	4.5	898
7	公社大久保病院	130	42.8	304		都立神経病院	8	2.7	296

□ 東京都区市立病院のコロナ病床確保状況

病 院 名	確保病床	(%)	全病床	病 院 名	確保病床	(%)	全病床
町田市民病院	36	8.3	433	公立昭和病院	60	14.0	430
日野市立病院	25	8.3	300	公立福生病院	42	13.3	316
稲城市立病院	18	6.2	290	奥多摩病院	—	—	43
町立八丈病院	—	—	50	区立台東病院	8	6.7	120
青梅市立総合病院	87	19.5	446	公立阿伎留医療センター	40	13.1	305

□ 地方独立行政法人 大阪府病院機構のコロナ病床確保状況

病 院 名	確保病床	(%)	全病床
大阪はびきの医療センター	40	9.4	426
大阪母子医療センター	31	8.3	375
大阪国際がんセンター	0	0	500
大阪精神医療センター	12	2.5	473
大阪急性期・総合医療センター	78	9.1	865

□ 大阪市立病院のコロナ病床確保状況

病 院 名	確保病床	病 院 名	確保病床
市立池田病院（豊能）	38	市立貝塚病院	25
箕面市立病院	45	泉大津市立病院	14
市立吹田市民病院	41	市立岸和田市民病院	60
市立豊中病院	56	和泉市立総合医療センター	31
市立柏原病院（中河内）	27	大阪市立総合医療センター	83
八尾市立病院	52	大阪市立十三市民病院	70
堺市立総合医療センター	77		

※ 厚労省の発表は、病院名とコロナ病床確保数のみ。それ以外は、作成・文責は氏家

2022. 4. 6 人権としての医療・介護 東京実行委員会 事務局作成

都議会第2回定例会にむけて、第4次請願署名開始しました

第1回定例都議会厚生委員会で第3次署名が不採択とされたので、定例会最終日3月25日を前にして、23日午後に第4次請願を28筆の署名を添えて提出しました。この日はすべての会派を回る時間

がなく、紹介議員には、日本共産党都議になって頂きました。引き続き他の会派にもお願いする予定です。

第4次請願は、都の予定する7月独法化移行の直前で最後の都議会定例会で審議されることになります。審議日は5月27日あたりになりそうなので、最終集約を5月18日、都議会最終提出日を19日とします。約1カ月の短期間の取り組みとなりますが、「独法化はやめろ！」の都民の意思表示をおおいに示していきましょう。

3月15日、第3次請願審議、都議会包囲行動に370人

私たちが取り組んできた「都立病院を廃止するな！独法化中止」請願（第3次請願）が厚生委員会で審議される3月15日には、370名を超える人々が「都議会包囲大行動」を行い、請願を採択せよとシュプレヒコールをあげました。

請願は、日本共産党、自由を守る会の賛成少数で不採択となりました。さらに第一回定例都議会に小池都知事が提案した「東京都立病院条例を廃止する条例」、都立・公社病院への計上を6月末までとする予算案は、自民・公明党・都ファなどの賛成多数で可決されました。



この間の都議会審議の中で、都民にとって都立・公社病院を独法化しなければならない合理的根拠を都側は全く示すことができませんでした。そればかりか、独法化提案の手続き自体が地方自治法違反であったこと、都は国が進める公立・公的病院の再編統合方針に積極的に応え、今後、都立・公社病院の再編・統合や病床機能の転換に筋道をつけたことが鮮明となりました。

コロナ禍の中で大きな役割を果たしている病院を地方独立行政法人に移行させ、約7千人の都職員を減らし、約7千病床を採算優先の運営にしていく提案をした小池都知事、それに同意した都議会会派の



態度は、東京の医療体制を弱体化させ、都として都民のいのちと健康を守る役割を投げ捨てたものとして、後世からも大きく非難されることになるでしょう（3月25日付、実行委員声明参照）。25日夕方には新宿駅西口でこの「暴挙」を伝える宣伝も行いました（左写真）。独法化実施は7月からです。まだまだこの状況が多く都民には知られていません。「都立病院は直営のままで、独法化は中止！」の世論を署名の取り組みとあわせてさらに広げましょう。

＜声明文＞

「都立病院廃止条例」と「2022 年度予算」の可決に抗議し、 7 月からの都立・公社病院の地方独立行政法人化の撤回を求めます

第 1 回定例都議会に小池都知事は「都立病院廃止条例」を提案し、都議会は、賛成多数でこれを可決、7 月から都立・公社病院を地方独立行政法人へ移行することを認めました。しかし、この地方独立行政法人化は検討段階から違法性や利権問題が指摘されています。

私たちは本定例都議会に 5 万 7,511 筆の署名を添えて「独法化中止」を求める請願を提出していました。この声に応えることなく、コロナ禍前に策定した「都立病院を廃止し、公社病院とともに地方独立行政法人に移行する方針」を見直す事なく議会で提案した知事とこれに賛成した会派・議員に、私たちは怒りを持って抗議します。

新型コロナウイルス感染が広がる中で都立・公社病院は都民のいのちを守るためにコロナ対応病床を全国トップレベルで確保し、職員をコロナ対応支援に派遣し、都民のいのちと暮らしを守る大きな役割を果たしています。この間の都の広報でも議会論議でも、コロナ禍中で、そうした成果の検証や運営形態を大きく変える必然性に対して合理的な説明はほとんどされていません。

都立・公社病院を廃止し、地方独立行政法人に移行することは、約 7 千人の都の職員の身分を奪うと同時に、法人は移行された約 7 千床を含め、採算優先の運営を求められることとなります。そうなれば、都直営時に比べて差額ベッド料など保険外での収入増、人件費などの経費減に拍車がかかり、患者にとっては医療費負担が増えることが懸念されます。また都立病院が設立時から担ってきた感染症や精神科医療、難病、災害医療など採算のとりにくい医療の後退、経験によるスキル蓄積の後退につながることは、先に独法化された病院の例を見ても明らかです。

独立行政法人化は、都民へ医療提供体制を弱体化させるばかりか、東京都として都民のいのちを守る責務を放棄することになります。都民の声も都議会の関与が弱まることから、従来に比して届きにくくなります。

私たちは、これまで「都民のいのちをまもる」ために東京都として担ってきた役割を継続させるため、「都立病院廃止条例」の施行を中止し、7 月からの都立・公社病院の地方独立行政法人への移行の撤回を求めるものです。そのために、引き続き力を尽くす決意です。

2022 年 3 月 25 日

人権としての医療・介護東京実行委員会

○おじま委員長 次に、請願陳情の審査を行います。

請願三第一〇号を議題といたします。

理事者の説明を求めます。

○花本新型コロナウイルス感染症対策調整担当部長新型コロナウイルス感染症検査推進担当部長兼務 お手元にお配りしております請願・陳情審査説明表に従いましてご説明させていただきます。

整理番号 1、請願三第一〇号、コロナ禍で都立・公社病院の独法化中止と都民が安心して受療できることに関する請願は、人権としての医療・介護東京実行委員会事務局の窪田光さん外五万九千三百六十七人から提出されたものでございます。

請願の趣旨は、都において、次のことを実現していただきたいというものでございます。

第二項として、病床の削減、統合の対象となった九つの公立病院、公的病院を存続し、充実させることを国に求めること。

第三項として、PCR 検査、抗体検査及び医療体制の抜本的な強化で、新型コロナウイルス感染症対策を充実させること。

第四項として、保健所の増設、保健師などの増員と拡充を行い、感染防止と公衆衛生の抜本的な強化を図ること。

第五項として、重大な経営難、経営危機に見舞われている医療機関への抜本的な財政支援を行うとともに、国に対して支援を求めることというものでございます。

次に、現在の状況についてご説明させていただきます。

第二項につきまして、国は令和元年、公立、公的医療機関等を対象に診療実績データの分析を行いました、その分析手法は全国一律の基準を機械的に適用したものであり、分析結果をもって、各医療機関が将来担うべき役割やそれに必要なダウンサイジング、機能分化等の方向性を決めるものではないとされております。都内では九つの病院が具体的対応方針の再検証が必要な医療機関とされましたが、この中には、僻地医療を担う病院や特殊な疾病に対応する病院も含まれておりました。

これらを踏まえまして、都は令和元年度、二次保健医療圏ごとに設置している地域医療構想調整会議で、国の分析だけでは判断し得ない地域の実情に関する意見を補いながら、対象病院の役割や医療機能について意見交換を行い、各病院はそれぞれの特色を生かして地域における役割を果たしているものと確認いたしました。

～略～

第四項につきまして、地域保健法に基づく国の地域保健対策の推進に関する基本的な指針で、都道府県が設置する保健所の所管区域は、二次医療圏とおおむね一致した区域とすることを原則として定めることが必要であるとされており、都保健所は、地域保健の広域的、専門的、技術的拠点として、二次保健医療圏に一か所設置しております。

新型コロナウイルス感染症の感染拡大への対応では、庁内から応援職員の配置、会計年度任用職員や人材派遣職員の活用などのほか、感染症対策に従事する保健師の定数を令和三年度に十一名増員し、体制強化に取り組んでおります。

今後、今回の感染拡大から終息に至るまでの都保健所の取組を検証した上で、改めてその在り方を検討していくこととしております。

～略～

説明は以上でございます。ご審議のほどよろしくお願いたします。

主な改正内容に関する施行スケジュール

		公布		施行				
	施行日	3 年度	4 年度	5 年度	6 年度	7 年度	8 年度	9 年度
主な改正内容								
長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等	R6. 4. 1に向け段階的に施行		労働時間短縮計画の案の作成					
			医療機関勤務環境評価センターによる第三者評価					
			審査組織によるC-2水準の個別審査					
			都道府県による特例水準対象医療機関の指定					
			労働時間短縮計画に基づく取組み 特例水準適用者への追加的健康確保措置 定期的な労働時間短縮計画の見直し、評価受審					
医療関係職種の業務範囲の見直し	R3. 10. 1施行	タスクシフト／シェアの推進						
医師養成課程等の見直し ※歯科は医科のそれぞれ1年後に施行	R5. 4. 1施行 ※受験資格の見直しは R7. 4. 1施行	共用試験の内容等の検討	医師法に基づく共用試験の実施 （合格者は臨床実習において医業を実施）		医師国家試験の受験資格において 共用試験合格を要件化			
新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け	R6. 4. 1施行	基本方針等の改正 ※新興感染症等対応を含む 5 疾病 6 事業・在宅医療等について検討	第 8 次 医療計画 策定作業	第 8 次 医療計画 （上半期）		第 8 次 医療計画 （下半期）		
地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援	公布日施行	※登録免許税の優遇措置は 令和 4 年度まで 支援の実施						
外来医療の機能の明確化・連携	R4. 4. 1施行	施行に向けた検討	外来機能報告等の実施（施行状況等を踏まえ、改善検討）					
		外来医療計画ガイドライン見直し検討	外来医療計画見直しの検討	8次医療計画（外来医療計画を含む）に基づく外来機能の明確化・連携の推進				
持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長	公布日施行	制度の運用、令和 5 年10月以降の制度の検討						

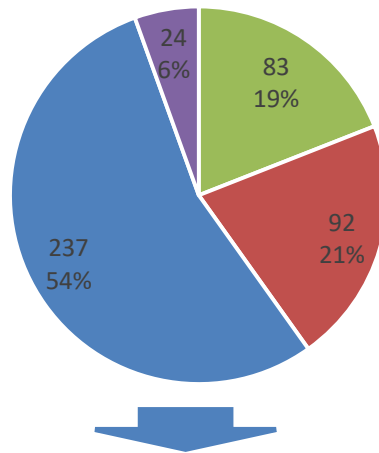
再検証対象医療機関の取組状況

再検証対象医療機関	合意済、再検証結果に基づき措置済又は再検証対象外となった医療機関（※）
436医療機関	199医療機関（46%）

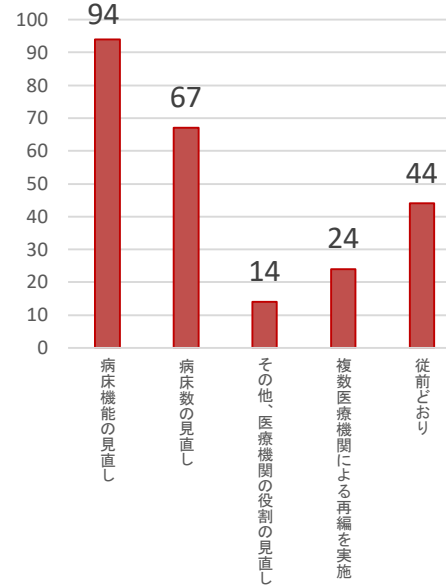
（※）合意済の医療機関数：83医療機関
合意結果に基づき措置済の医療機関数：92医療機関
再検証対象外の医療機関数：24医療機関

令和3年10月末時点の状況

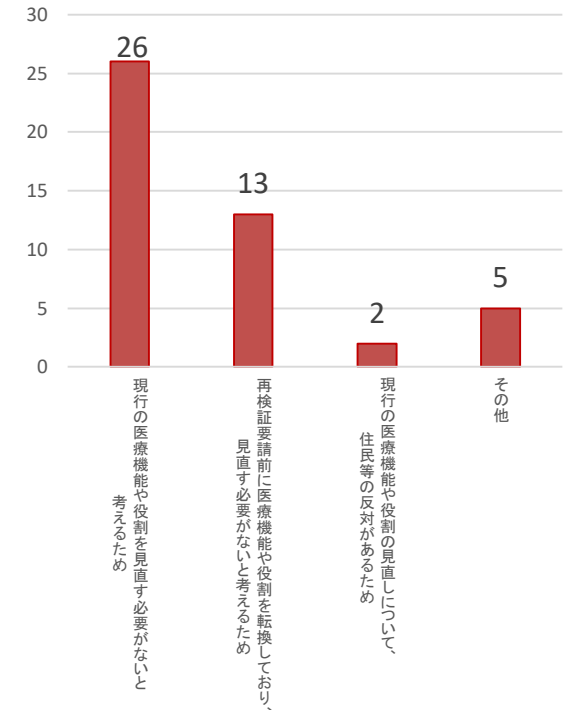
- 再検証中
- 合意済
- 合意結果に基づき措置済
- 対象外



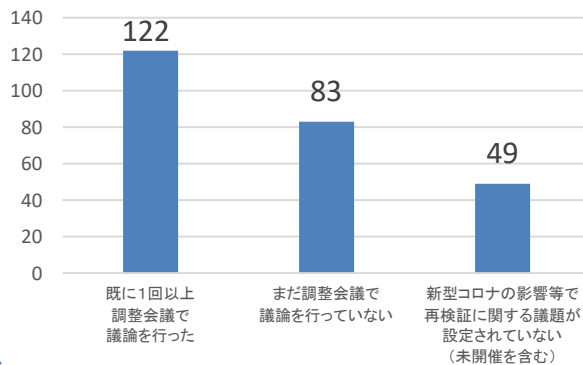
「合意済」「措置済」の医療機関の状況（複数回答可）



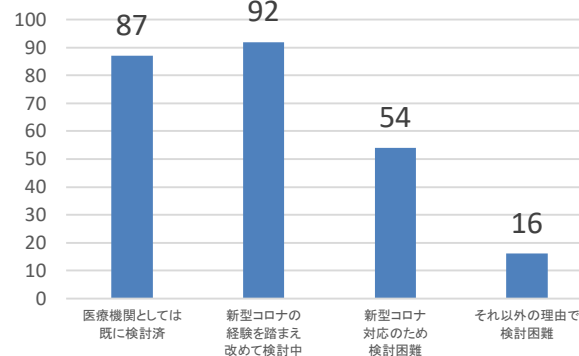
「合意済」「措置済」の医療機関における「従前どおり」の内訳（複数回答可）



「再検証中」の調整会議の状況（複数回答可）



「再検証中」の医療機関の状況（複数回答可）



※再検証中の医療機関のうち、コロナ以外の理由で検討が困難な主な理由

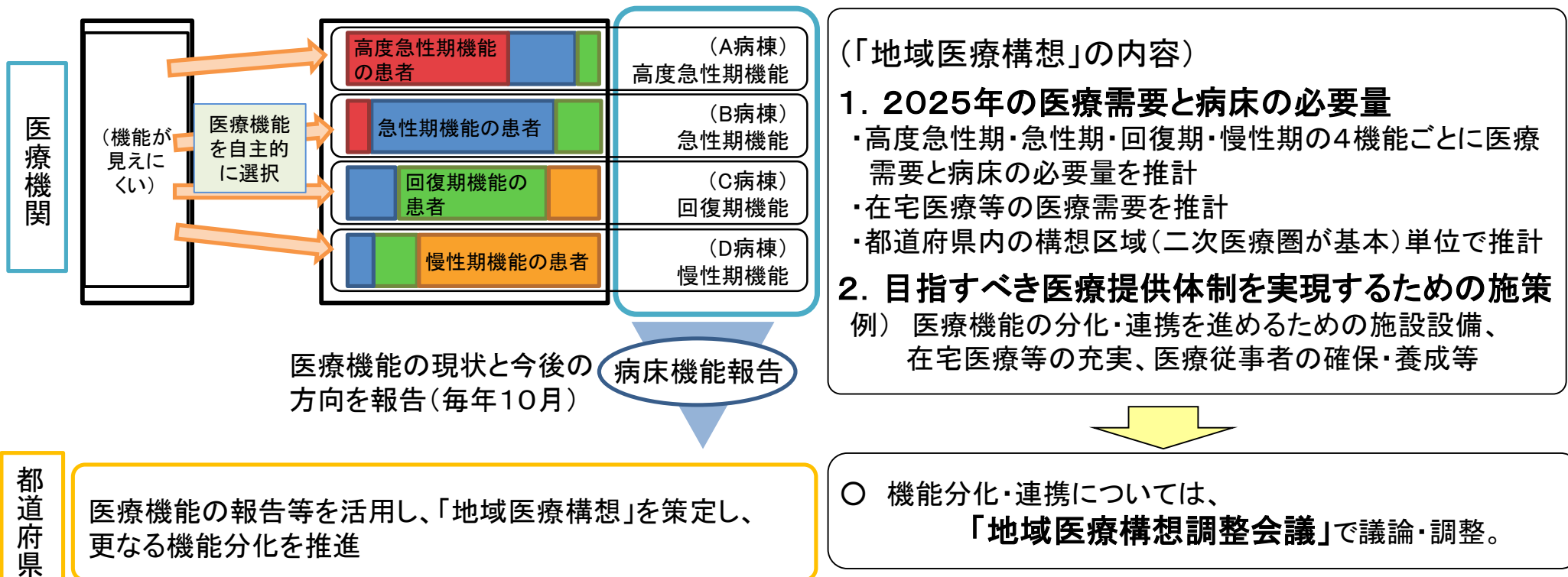
- ・圏域内の医療機関において再編統合の検討が続いており、具体的対応方針が未策定であること
- ・重点支援区域の申請を行うことから個々の病院で判断できる段階ではないとのこと
- ・令和4年度以降に一部病棟の建替を計画しており、建替計画の中で病床削減を含めた病床機能の見直しについて改めて検討することとしていること
- ・国の公的医療機関の見直しの状況を踏まえる必要があること

第8次医療計画の策定に向けて

- 中長期的な人口構造の変化に対応するための地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床必要量の推計など）を維持しつつ、着実に取組を進めていく必要があるが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受け、地域医療構想に関する取組の進め方については、都道府県に可能な限りの対応をお願いする一方で、厚生労働省において改めて整理の上、お示しすることとしていた。（具体的対応方針の再検証等の期限について（令和2年3月4日及び8月31日付け通知））
- 今後、各都道府県において第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業が2023年度までかけて進められることとなるが、その際には、各地域で記載事項追加（新興感染症等対応）等に向けた検討や病床の機能分化・連携に関する議論等を行っていただく必要があるため、その作業と併せて、2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しをお願いしたい。その際、各都道府県においては、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により病床の機能分化・連携等の重要性が改めて認識されたことを十分に考慮いただきたい。
また、検討状況については、定期的に公表をお願いしたい。
- 厚生労働省においては、改正医療法を受け、第8次医療計画における記載事項追加（新興感染症等対応）等に向けて、検討状況を適時・適切に各自治体と共有しつつ、「基本方針」や「医療計画作成指針」の見直しを行っていくこととしている。この検討状況については、適宜情報提供していくので参考とされたい。
- 地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるものであり、厚生労働省においては、各地域における検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域について、その検討・取組を「重点支援区域」や「病床機能再編支援制度」等により支援していく。

地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。
 その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。

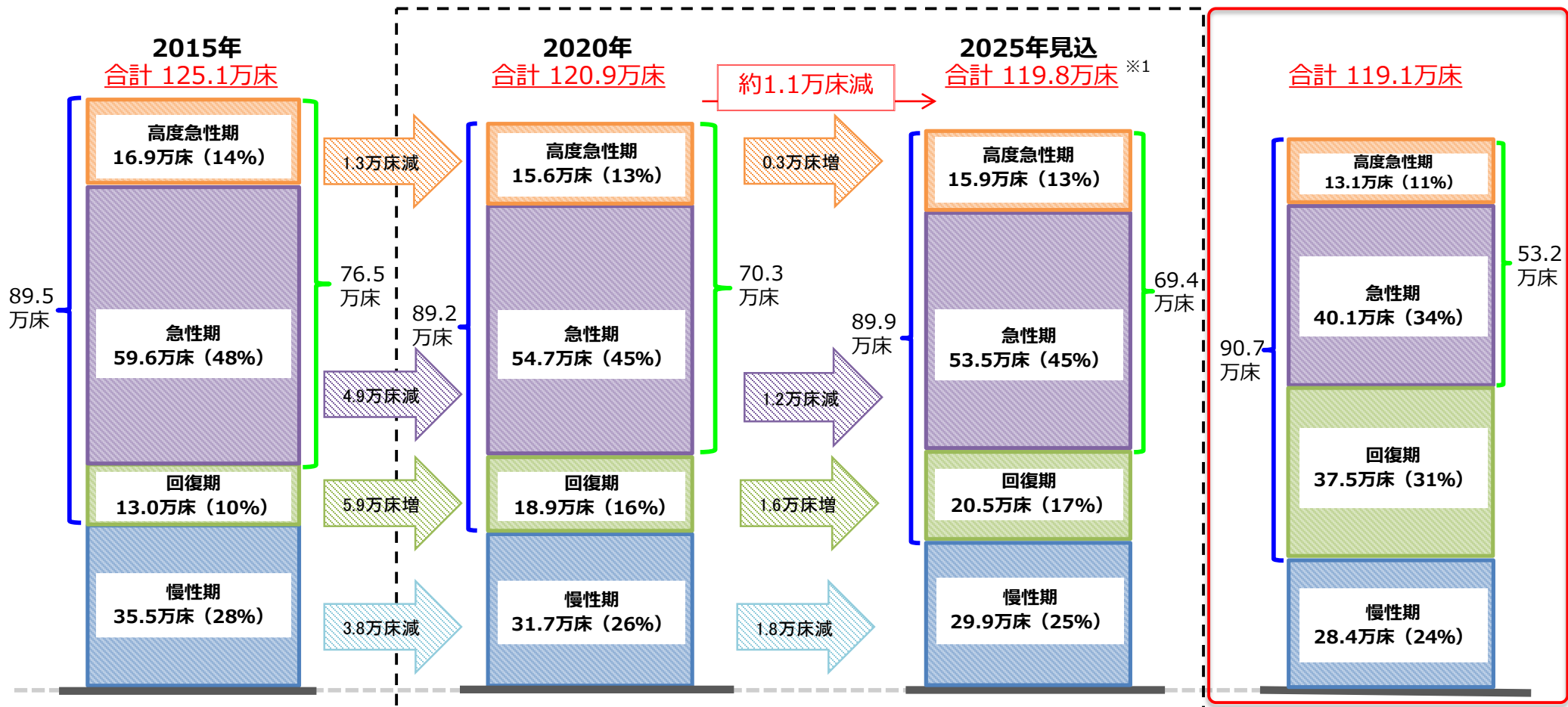


2020年度病床機能報告について

2015年度病床機能報告

2020年度病床機能報告

地域医療構想における ※4
2025年の病床の必要量
(平成28年度末時点の推計)



出典：2020年度病床機能報告

※1：2020年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2：対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年病床機能報告：13,863/14,538(95.4%)、2020年病床機能報告：12,635/13,137(96.2%)

※3：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4：平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5：ICU及びHCUの病床数(*)：18,482床(参考 2019年度病床機能報告：18,253床) 50

*救命救急入院料1～4、特定集中治療室管理料1～4、ハイケアユニット管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

件 名	誰もが安心できる国民健康保険制度の実現を求めることに関する請願		
番 号 付託委員会	3第 6号 厚生 委員会付託		
受理年月日	令和 3年 3月24日	郵便番号	170-0005
住所・氏名	豊島区南大塚二丁目33-10 東京労働会館6F 東京社会保障推進協議会 会長 吉 田 章 外16, 419人		
紹介議員	別 記		

(願 意)

都において、次のことを実現していただきたい。

- 1 高すぎる国民健康保険料(税)を引き下げるために必要な手立てを講ずること。
- 2 国民健康保険料(税)の引下げにおいては、均等割の軽減、とりわけ子どもの均等割の減免を行うための財政支援を行うこと。また、国に対して財政支援を増やすよう求めること。
- 3 国民健康保険料(税)が高すぎることにより、加入世帯の生活が脅かされ、さらにはコロナ禍で以前にも増して生活困難に陥っているため、法定外繰入れの解消の指導をやめ、区市町村への財政支援を拡充すること。
- 4 国民健康保険及び後期高齢者医療において、新型コロナウイルス感染症の影響への対策として行われている保険料の減免や傷病手当金の支給については、適用期間の延長を国と共に東京都としても実施すること。
- 5 国民健康保険組合の育成・強化について、引き続き支援すること。

不採択

(理 由)

新型コロナウイルスの感染拡大による影響が、健康、暮らし、生活に大きく現れている。こうした状況の下、高すぎる国民健康保険料(税)が以前にも増して住民を苦しめ、滞納へのペナルティによって保険証を取り上げられた世帯や保険証があっても医療費の窓口負担分が払えない人の受診が遅れて死亡するなど、悲惨な事態が起きている。

区市町村が行う国民健康保険は、無職者、年金生活者及び非正規雇用労働者が多く加入している。また、国民健康保険組合加入者は、区市町村の国民健康保険よりも重い負担を強いられながら自分たちの国民健康保険を運営している。区市町村が行う国民健康

保険と国民健康保険組合は共に医療保険の中で被保険者の所得が低い反面、1世帯当たりの保険料（税）は、協会けんぽ（本人負担分）の約2倍に上る。国民健康保険料（税）には、家族の人数に応じて負担が増える均等割（国民健康保険組合は家族保険料）があるため、子育て世帯では更に負担が重くなる。

高すぎる国民健康保険料（税）を引き下げることが、住民の暮らしと健康を守り、国民皆保険制度を維持するためにも重要である。そのための財源を、国と共に東京都が率先して確保すべきである。

別 記

受 理 番 号	紹 介 員
3第 6号	藤田りょうこ君 原 のり子君 白石たみお君
	尾崎あや子君 河野ゆりえ君 大山とも子君
	原田あきら君 とや英津子君 とくとめ道信君
	池川 友一君 里吉 ゆみ君 星見てい子君
	斉藤まりこ君 あぜ上三和子君 和泉なおみ君
	米倉 春奈君 曾根はじめ君 清水ひで子君

国保料(税)試算額比較

2022 年度と

2021 年度

4 人家族(試算条件参照)

	2022年度		2021年度		増減額 (円)		2022年度		2021年度		増減額 (円)
	所得に占める割合%	国保料(税)年額(円)	所得に占める割合	国保料(税)年額(円)			所得に占める割合%	国保料(税)年額(円)	所得に占める割合	国保料(税)年額(円)	
千代田区	17.18	474,050	16.89	466,250	7,800	町田市	15.95	440,140	15.20	419,622	20,518
中央区	18.86	520,486	18.21	502,727	17,759	小金井市	15.26	421,097	15.01	414,340	6,757
港区	18.89	521,418	18.62	513,911	7,507	小平市	14.42	398,121	14.42	398,121	0
新宿区	18.91	521,884	18.55	512,047	9,837	日野市	14.34	395,840	13.38	369,260	26,580
文京区	18.95	523,049	18.61	513,678	9,371	東村山市	16.77	462,930	15.98	441,115	21,815
台東区	19.03	525,146	18.66	515,076	10,070	国分寺市	13.18	363,682	13.18	363,682	0
墨田区	18.99	524,214	18.70	516,008	8,206	国立市	12.87	355,195	12.87	355,195	0
江東区	19.14	528,175	18.82	519,503	8,672	福生市	14.26	393,570	13.30	366,955	26,615
品川区	19.25	531,204	19.01	524,629	6,575	狛江市	14.28	394,226	13.91	384,001	10,225
目黒区	18.96	523,282	18.52	511,115	12,167	東大和市	17.68	487,876	16.77	462,929	24,947
大田区	19.12	527,709	18.81	519,270	8,439	清瀬市	14.26	393,525	13.90	383,739	9,786
世田谷区	19.20	529,806	18.86	520,435	9,371	東久留米市	16.00	441,715	15.48	427,366	14,349
渋谷区	19.07	526,311	18.81	519,270	7,041	武蔵村山市	15.51	428,150	15.03	414,927	13,223
中野区	19.11	527,563	18.29	504,676	22,887	多摩市	13.96	385,172	13.96	385,172	0
杉並区	19.04	525,612	18.68	515,542	10,070	稲城市	14.30	394,782	14.30	394,782	0
豊島区	19.14	528,175	18.89	521,367	6,808	羽村市	15.02	414,619	14.49	400,033	14,586
北区	19.20	530,039	18.72	516,707	13,332	あきる野市	14.24	392,900	12.88	355,394	37,506
荒川区	18.80	518,855	18.49	510,416	8,439	西東京市	13.93	384,409	13.93	384,409	0
板橋区	19.24	530,971	18.92	522,299	8,672	瑞穂町	13.20	364,186	12.80	353,196	10,990
練馬区	19.24	530,971	18.95	522,998	7,973	日の出町	14.22	392,440	13.77	380,052	12,388
足立区	19.16	528,874	18.68	515,542	13,332	檜原村	11.54	318,550	10.79	297,760	20,790
葛飾区	19.12	527,709	18.54	511,581	16,128	奥多摩町	14.36	396,255	13.35	368,545	27,710
江戸川区	21.03	580,385	19.88	548,749	31,636	大島町	14.00	386,300	13.23	365,190	21,110
八王子市	17.95	495,500	16.59	457,990	37,510	利島村	10.49	289,481	10.49	289,481	0
立川市	16.27	449,083	16.27	449,083	0	新島村	12.54	346,060	11.54	318,450	27,610
武蔵野市	13.79	380,510	13.06	360,590	19,920	神津島村	15.45	426,387	14.69	405,462	20,925
三鷹市	14.05	387,840	13.46	371,590	16,250	三宅村	15.68	432,771	15.68	432,771	0
青梅市	15.22	419,940	14.42	398,090	21,850	御蔵島村	8.72	240,548	8.29	228,798	11,750
府中市	11.80	325,594	11.80	325,594	0	八丈町	15.47	427,080	14.21	392,090	34,990
昭島市	14.77	407,515	14.77	407,515	0	青ヶ島村	13.50	372,640	13.50	372,640	0
調布市	13.67	377,207	13.67	377,207	0	小笠原村	11.68	322,320	11.24	310,229	12,091
協会けんぽの場合、同条件で		年額23万3,580円		本人負担分(2022年4月納付分から)							

前年度据え置き自治体

試算条件：4人世帯。年齢と収入は以下の通り：世帯主40歳代・給与収入400万円(所得276万円)、妻40歳代・専業主婦、子ども2人(就学児)、固定資産税5万円

武蔵野市、昭島市、東大和市、清瀬市、武蔵村山市、あきる野市などでは子どもの均等割減の独自軽減制度を実施していますが、子どもの人数、年齢、世帯所得などの条件がありますので、試算額には反映していません。

国保料(税)試算額比較

2022 年度と

2021 年度

4 人家族(子ども未就学、試算条件参照)

	2022年度		2021年度		増減額 (円)		2022年度		2021年度		増減額 (円)
	所得に占め る割合%	国保料（税） 年額（円）	所得に占め る割合	国保料（税） 年額（円）			所得に占め る割合%	国保料（税） 年額（円）	所得に占め る割合	国保料（税） 年額（円）	
千代田区	15.39	424,750	16.89	466,250	-41,500	町田市	14.28	394,240	15.20	419,622	-25,382
中央区	16.85	465,186	18.21	502,727	-37,541	小金井市	13.84	382,097	15.01	414,340	-32,243
港区	16.89	466,118	18.62	513,911	-47,793	小平市	13.07	360,821	14.42	398,121	-37,300
新宿区	16.91	466,584	18.55	512,047	-45,463	日野市	12.85	354,740	13.38	369,260	-14,520
文京区	16.95	467,749	18.61	513,678	-45,929	東村山市	14.99	413,730	15.98	441,115	-27,385
台東区	17.02	469,846	18.66	515,076	-45,230	国分寺市	11.73	323,682	13.18	363,682	-40,000
墨田区	16.99	468,914	18.70	516,008	-47,094	国立市	11.78	325,195	12.87	355,195	-30,000
江東区	17.13	472,875	18.82	519,503	-46,628	福生市	12.82	353,770	13.30	366,955	-13,185
品川区	17.24	475,904	19.01	524,629	-48,725	狛江市	12.90	356,026	13.91	384,001	-27,975
目黒区	16.96	467,982	18.52	511,115	-43,133	東大和市	15.98	440,976	16.77	462,929	-21,953
大田区	17.12	472,409	18.81	519,270	-46,861	清瀬市	12.88	355,525	13.90	383,739	-28,214
世田谷区	17.19	474,506	18.86	520,435	-45,929	東久留米市	14.28	394,115	15.48	427,366	-33,251
渋谷区	17.07	471,011	18.81	519,270	-48,259	武蔵村山市	13.88	382,950	15.03	414,927	-31,977
中野区	17.21	475,063	18.29	504,676	-29,613	多摩市	12.54	346,172	13.96	385,172	-39,000
杉並区	17.04	470,312	18.68	515,542	-45,230	稲城市	12.77	352,382	14.30	394,782	-42,400
豊島区	17.13	472,875	18.89	521,367	-48,492	羽村市	13.70	378,119	14.49	400,033	-21,914
北区	17.20	474,739	18.72	516,707	-41,968	あきる野市	12.82	353,700	12.88	355,394	-1,694
荒川区	16.80	463,555	18.49	510,416	-46,861	西東京市	12.55	346,309	13.93	384,409	-38,100
板橋区	17.23	475,671	18.92	522,299	-46,628	瑞穂町	11.95	329,686	12.80	353,196	-23,510
練馬区	17.23	475,671	18.95	522,998	-47,327	日の出町	12.73	351,340	13.77	380,052	-28,712
足立区	17.16	473,574	18.68	515,542	-41,968	檜原村	10.44	288,250	10.79	297,760	-9,510
葛飾区	17.12	472,409	18.54	511,581	-39,172	奥多摩町	12.96	357,655	13.35	368,545	-10,890
江戸川区	18.94	522,785	19.88	548,749	-25,964	大島町	13.03	359,600	13.23	365,190	-5,590
八王子市	16.07	443,500	16.59	457,990	-14,490	利島村	9.47	261,481	10.49	289,481	-28,000
立川市	14.68	405,283	16.27	449,083	-43,800	新島村	11.34	313,060	11.54	318,450	-5,390
武蔵野市	12.41	342,510	13.06	360,590	-18,080	神津島村	13.99	386,087	14.69	405,462	-19,375
三鷹市	12.63	348,640	13.46	371,590	-22,950	三宅村	14.05	387,771	15.68	432,771	-45,000
青梅市	13.70	378,140	14.42	398,090	-19,950	御蔵島村	8.24	227,548	8.29	228,798	-1,250
府中市	10.67	294,434	11.80	325,594	-31,160	八丈町	14.49	399,980	14.21	392,090	7,890
昭島市	13.35	368,515	14.77	407,515	-39,000	青ヶ島村	12.31	339,640	13.50	372,640	-33,000
調布市	12.31	339,807	13.67	377,207	-37,400	小笠原村	11.16	308,120	11.24	310,229	-2,109
協会けんぽの場合、同条件で											
		年額23万3,580円		本人負担分（2022年4月納付分から）							

試算条件：4 人世帯。年齢と収入は以下の通り：①世帯主40歳代・給与収入400万円（所得276万円）、②妻40歳代・専業主婦、③子ども2人（未就学児）、④固定資産税5万円

※武蔵野市、昭島市、東大和市、清瀬市、武蔵村山市、あきる野市などでは子どもの均等割額の独自軽減制度を実施していますが、子どもの人数、年齢、世帯所得などの条件がありますので、試算額には反映していません。

2022年度 試算の保険料(税)高い順位表

4人家族(試算条件参照)

順位	自治体名	所得に占める割合	国保料 (税)年額	医療分	支援分	介護分	順位	自治体名	所得に占める割合	国保料 (税)年額	医療分	支援分	介護分
1	江戸川区	21.03	580,385	358,035	118,879	103,471	32	八丈町	15.47	427,080	231,850	93,240	76,790
2	品川区	19.25	531,204	335,228	105,924	90,052	33	神津島村	15.45	426,387	214,477	108,658	79,237
3	練馬区	19.24	530,971	335,228	105,924	89,819	34	小金井市	15.26	421,097	244,732	99,765	76,600
4	板橋区	19.24	530,971	335,228	105,924	89,819	35	青梅市	15.22	419,940	262,200	90,235	67,505
5	北区	19.20	530,039	335,228	105,924	88,887	36	羽村市	15.02	414,619	245,097	94,992	74,530
6	世田谷区	19.20	529,806	335,228	105,924	88,654	37	昭島市	14.77	407,515	240,480	98,425	68,610
7	足立区	19.16	528,874	335,228	105,924	87,722	38	小平市	14.42	398,121	235,144	94,864	68,113
8	豊島区	19.14	528,175	335,228	105,924	87,023	39	奥多摩町	14.36	396,255	242,880	86,270	67,105
9	江東区	19.14	528,175	335,228	105,924	87,023	40	日野市	14.34	395,840	248,220	81,610	66,010
10	葛飾区	19.12	527,709	335,228	105,924	86,557	41	稲城市	14.30	394,782	256,628	60,927	77,227
11	大田区	19.12	527,709	335,228	105,924	86,557	42	狛江市	14.28	394,226	237,183	88,736	68,307
12	中野区	19.11	527,563	337,414	104,188	85,961	43	福生市	14.26	393,570	224,500	101,761	67,309
13	渋谷区	19.07	526,311	335,228	105,924	85,159	44	清瀬市	14.26	393,525	239,684	83,571	70,270
14	杉並区	19.04	525,612	335,228	105,924	84,460	45	あきる野市	14.24	392,900	243,086	82,639	67,175
15	台東区	19.03	525,146	335,228	105,924	83,994	46	日の出町	14.22	392,440	242,259	88,969	61,212
16	墨田区	18.99	524,214	335,228	105,924	83,062	47	三鷹市	14.05	387,840	235,490	91,400	60,950
17	目黒区	18.96	523,282	335,228	105,924	82,130	48	大島町	14.00	386,300	217,800	75,400	64,600
18	文京区	18.95	523,049	335,228	105,924	81,897	49	多摩市	13.96	385,172	238,084	87,074	60,014
19	新宿区	18.91	521,884	335,228	105,924	80,732	50	西東京市	13.93	384,409	252,453	65,144	66,812
20	港区	18.89	521,418	335,228	105,924	80,266	51	武蔵野市	13.79	380,510	228,430	87,835	64,245
21	中央区	18.86	520,486	335,228	105,924	79,334	52	調布市	13.67	377,207	232,725	83,004	61,478
22	荒川区	18.80	518,855	335,228	105,924	77,703	53	青ヶ島村	13.50	372,640	208,500	49,320	29,320
23	八王子市	17.95	495,500	310,910	104,460	80,130	54	瑞穂町	13.20	364,186	228,888	69,183	66,115
24	東大和市	17.68	487,876	306,331	100,755	80,790	55	国分寺市	13.18	363,682	226,170	83,183	54,329
25	千代田区	17.18	474,050	321,290	92,134	60,626	56	国立市	12.87	355,195	208,150	81,940	65,105
26	東村山市	16.77	462,930	287,000	97,365	78,565	57	新島村	12.54	346,060	219,490	73,280	53,290
27	立川市	16.27	449,083	281,714	98,992	68,377	58	府中市	11.80	325,594	205,555	64,244	55,795
28	東久留米市	16.00	441,715	267,416	101,695	72,604	59	小笠原村	11.68	322,320	136,050	60,550	52,620
29	町田市	15.95	440,140	275,769	92,600	71,771	60	檜原村	11.54	318,550	197,510	65,820	55,220
30	三宅村	15.68	432,771	275,295	99,260	58,216	61	利島村	10.49	289,481	129,473	97,396	62,612
31	武蔵村山市	15.51	428,150	268,503	92,639	67,008	62	御蔵島村	8.72	240,548	103,100	43,265	30,013

子ども国保料(税)比較 2022年度 と 2021年度 (2022年度から未就学児は半額)

自治体名	2022年度 子ども国保 料(税)：円	2021年度 子ども国保 料(税)：円	増減 円	自治体名	2022年度 子ども国保 料(税)：円	2021年度 子ども国保 料(税)：円	増減 円	自治体名	2022年度 子ども国保 料(税)：円	2021年度 子ども国保 料(税)：円	増減 円
千代田区	49,300	48,300	1,000	葛飾区	55,300	52,000	3,300	東久留米市	47,600	47,100	500
中央区	55,300	52,000	3,300	江戸川区	57,600	55,500	2,100	武蔵村山市	45,200	43,700	1,500
港区	55,300	52,000	3,300	八王子市	52,000	47,500	4,500	多摩市	39,000	39,000	0
新宿区	55,300	52,000	3,300	立川市	43,800	43,800	0	稲城市	42,400	42,400	0
文京区	55,300	52,000	3,300	武蔵野市	38,000	35,700	2,300	羽村市	36,500	35,500	1,000
台東区	55,300	52,000	3,300	三鷹市	39,200	38,300	900	あきる野市	39,200	35,200	4,000
墨田区	55,300	52,000	3,300	青梅市	41,800	40,100	1,700	西東京市	38,100	38,100	0
江東区	55,300	52,000	3,300	府中市	31,160	31,160	0	瑞穂町	34,500	33,500	1,000
品川区	55,300	52,000	3,300	昭島市	39,000	39,000	0	日の出町	41,100	40,200	900
目黒区	55,300	52,000	3,300	調布市	37,400	37,400	0	檜原村	30,300	27,000	3,300
大田区	55,300	52,000	3,300	町田市	45,900	43,800	2,100	奥多摩町	38,600	36,000	2,600
世田谷区	55,300	52,000	3,300	小金井市	39,000	39,000	0	大島町	26,700	26,700	0
渋谷区	55,300	52,000	3,300	小平市	37,300	37,300	0	利島村	28,000	28,000	0
中野区	52,500	48,600	3,900	日野市	41,100	38,400	2,700	新島村	33,000	29,500	3,500
杉並区	55,300	52,000	3,300	東村山市	49,200	47,500	1,700	神津島村	40,300	35,380	4,920
豊島区	55,300	52,000	3,300	国分寺市	40,000	40,000	0	三宅村	45,000	45,000	0
北区	55,300	52,000	3,300	国立市	30,000	30,000	0	御蔵島村	13,000	13,000	0
荒川区	55,300	52,000	3,300	福生市	39,800	36,900	2,900	八丈町	27,100	18,600	8,500
板橋区	55,300	52,000	3,300	狛江市	38,200	37,300	900	青ヶ島村	33,000	33,000	0
練馬区	55,300	52,000	3,300	東大和市	46,900	44,500	2,400	小笠原村	14,200	14,200	0
足立区	55,300	52,000	3,300	清瀬市	38,000	38,000	0	協会けんぽ = 扶養であれば保険料はゼロ			

武蔵野市、昭島市、東大和市、清瀬市、武蔵村山市、あきる野市では子どもの均等割額の独自軽減制度を実施していますが、子どもの人数、年齢、世帯所得などの条件がありますので、試算額には反映していません。

2022年1月14日

東京都後期高齢者医療広域連合長
山崎 孝明 殿

東京都社会保障推進協議会会長 吉田 章
連絡先 東京都豊島区南大塚 2-33-10 東京労働会館 6 階
電話 03-5395-3565

東京高齢期運動連絡会会長 杉山 文一
連絡先 東京都豊島区南大塚 3-43-13 スミヨシビル 3 階
電話 03-5956-8781

窓口負担および保険料に関する要請

【要請項目】

- 1、国や関係機関に対して、後期高齢者医療費窓口負担 2 割化の中止を求める意見書を提出してください。
- 2、後期高齢者医療保険料を引き下げる、少なくとも据え置きにしてください。また、そのために必要であれば財政措置を国や東京都に求めてください。

【要請趣旨】

高齢者の所得の 8 割は公的年金が占め、約 7 割の世帯は公的年金を主な収入源として生活しています。その年金も昨年 4 月から 0.1%引き下げられました。後期高齢者医療制度は、低年金・無年金の高齢者からも保険料を徴収しており、多くの高齢者からは、保険料を含め税負担が重いという声があがっています。このような実態から働かざるを得ない高齢者も増え、貧困化も広がり、生活保護利用世帯のうち高齢世帯が 65.2%（厚労省生活保護被保護者調査 2020 年 10 月）を占めています。

2020 年 12 月の全世代型社会保障検討会議の方針を受け、昨年の通常国会で 75 歳以上医療費窓口負担を 1 割から 2 割に引き上げる（単身世帯年収 200 万円以上）関連改定法が自民・公明与党などの賛成多数で成立しました。全国の後期高齢者のうち約 370 万人が負担増になる引き上げを、政府は 2022 年 10 月から実施すると決めました。国は、配慮措置期間中

でも全国平均で年間 2 万 6 千円の負担増、配慮措置が終われば年間 3 万 4 千円の負担増になると試算しています。東京においても 75 歳以上の 23.1%、36.9 万人が対象となります。

医療関係者や高齢者団体が実施したアンケート調査でも窓口 2 割負担となれば、「受診回数を減らす」「受診科数を減らす」「薬の飲み方を自己調整する」など 3 割近い人が受診を控えると回答しています。

また、新型コロナ感染拡大第 5 波の際には深刻な医療崩壊が起こり、コロナ蔓延期には感染を恐れて高齢者の外出抑制と広範な受診控えが発生しました。現在、第 6 波が襲い急速に感染が拡大しています。収束の見えないコロナ禍は、受診をためらってきた高齢者にさらなる追い打ちをかけることになります。

高齢者の生活実態やこうした現況を考慮しない窓口負担 2 割化導入が、さらなる受診抑制を招くことは必至です。高齢者のいのちや健康を守るため、貴広域連合として窓口負担 2 割化の中止を求める意見書を国へ提出してください。

後期高齢者医療の保険料は、保険料の均等割り軽減特例がなくなった上に、来年度は保険料のさらなる値上げが提案されています。貴広域連合が示した 2022～2023 年度保険料算定案は、市区長村負担金（試算で合計 2 カ年分 224 億円となる特別対策）を継続実施した場合で、均等割額 46,800 円（2,700 円増）、所得割率 9.74%（1.02 ポイント増）となり、1 人あたりの平均年額では 106,133 円（5,080 円増）となっています。また、あわせて示された政令通りの場合（特別対策を実施しない場合）では、1 人あたりの平均年額が 111,793 円（10,740 円増）となっています。

団塊の世代が高齢者となれば高齢者の医療費が増大するのは当然のことです。これに国や都が適切な対策を施すこともなく、高齢者に年々負担増を押しつけるのは大変理不尽なことと言わざるをえません。そもそも病気が多くなる 75 歳以上の高齢者だけを「姥捨て山」のように囲い込んで、独立した保険制度としている国は世界に類をみません。健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を保障する憲法 25 条にも反し、その根本が間違っています。

介護保険料は値上げされ、消費税は 10%に引き上げられ、年金は引き下げられ、食料品など生活必需品の価格が上昇して年齢別にみた消費者物価は高齢者ほど高くなっています。この上後期高齢者医療保険料まで引き上げられれば高齢者の生活への打撃はいっそう深刻なものになります。

貴広域連合として財政上のあらゆる手立てを尽くし、国はもとより東京都にも財政的措置を求めて、2022 年度 2023 年度の保険料を現行より引き下げる、少なくとも据え置いて下さい。

第8期都内各自治体の介護保険料（第1号被保険者数による加重平均 基準月額保険料） 円

自治体名	2018年 第7期	2021年 第8期	第7期との 差額	7～8期 増減率	対第1期倍 率	自治体名	2018年 第7期	2021年 第8期	第7期との 差額	7～8期 増減率	対第1期倍 率
千代田区	5,300	5,400	100	1.89%	1.79	八王子市	5,408	5,750	342	6.32%	1.82
中央区	5,920	5,920	0	-	1.99	立川市	5,880	5,880	0	-	1.87
港区	6,245	6,245	0	-	2.05	武蔵野市	6,240	6,240	0	-	1.89
新宿区	6,200	6,400	200	3.23%	1.97	三鷹市	5,750	5,900	150	2.61%	1.86
文京区	6,017	6,017	0	-	2.02	青梅市	5,000	5,300	300	6.00%	1.84
台東区	6,142	6,442	300	4.88%	2.39	府中市	5,708	5,992	284	4.98%	1.89
墨田区	6,480	6,390	-90	-1.39%	2.10	昭島市	6,050	6,280	230	3.80%	2.12
江東区	5,400	5,800	400	7.41%	2.00	調布市	5,600	5,900	300	5.36%	1.90
品川区	5,600	6,100	500	8.93%	1.85	町田市	5,450	5,750	300	5.50%	1.74
目黒区	6,240	6,200	-40	-0.64%	1.88	小金井市	5,400	5,600	200	3.70%	1.85
大田区	6,000	6,000	0	-	1.96	小平市	5,300	5,800	500	9.43%	1.93
世田谷区	6,450	6,180	-270	-4.19%	2.08	日野市	5,480	6,115	635	11.59%	2.04
渋谷区	5,960	5,960	0	-	1.94	東村山市	5,750	5,750	0	-	1.83
中野区	5,726	5,726	0	-	1.91	国分寺市	5,917	5,917	0	-	1.92
杉並区	6,200	6,200	0	-	2.11	国立市	6,025	6,183	158	2.62%	2.04
豊島区	6,090	6,200	110	1.81%	2.08	福生市	5,900	6,125	225	3.81%	2.08
北区	6,117	6,117	0	-	2.10	狛江市	5,950	6,250	300	5.04%	2.07
荒川区	5,980	6,480	500	8.36%	2.19	東大和市	5,200	5,300	100	1.92%	1.67
板橋区	5,933	6,033	100	1.69%	1.96	清瀬市	5,825	6,183	358	6.15%	1.95
練馬区	6,470	6,600	130	2.01%	2.13	東久留米市	5,400	5,900	500	9.26%	1.99
足立区	6,580	6,760	180	2.74%	2.10	武蔵村山市	5,392	5,533	141	2.61%	1.83
葛飾区	6,400	6,710	310	4.84%	2.21	多摩市	4,808	5,200	392	8.15%	1.71
江戸川区	5,400	5,900	500	9.26%	2.02	稲城市	5,200	5,400	200	3.85%	1.80
23区単純平均	6,037	6,164	127	2.11%	2.03	羽村市	4,800	5,100	300	6.25%	1.78
						あきる野市	5,200	5,750	550	10.58%	2.05
大島町	5,400	5,700	300	5.56%	1.90	西東京市	6,367	6,050	-317	-4.98%	2.07
利島村	7,500	7,900	400	5.33%	1.98	瑞穂町	5,550	5,550	0	-	1.80
新島村	6,200	7,300	1,100	17.74%	2.35	日の出町	5,500	5,500	0	-	1.61
神津島村	6,500	6,500	0	-	1.81	檜原村	6,300	7,900	1,600	25.40%	2.63
三宅村	5,832	5,850	18	0.31%	1.79	奥多摩町	6,300	6,783	483	7.67%	2.31
御蔵島村	4,800	4,800	0	-	1.40	三多摩単純平均	5,622	5,896	274	4.88%	1.93
八丈町	5,883	5,925	42	0.71%	2.19						
青ヶ島村	8,700	9,800	1,100	12.64%	2.45	全都単純平均	5,834	6,061	228	3.90%	1.97
小笠原村	3,374	3,374	0	-	1.34						
島嶼単純平均	6,021	6,350	329	5.46%	1.93	全都加重平均	5,911	6,080	169	2.90%	1.99

順位		自治体名	円
基準月額上下位 5自治体	1	青ヶ島村	9,800
	2	檜原村	7,900
	3	利島村	7,900
	4	新島村	7,300
	5	奥多摩町	6,783
		⋮	
	57	青梅市	5,300
	57	東大和市	5,300
	59	多摩市	5,200
	60	羽村市	5,100
	61	御蔵島村	4,800
	62	小笠原村	3,374

順位	自治体名	増減額	増減率
増減額上下位 5自治体	1 檜原村	1,600	25.40%
	2 新島村	1,100	17.74%
	3 青ヶ島村	1,100	12.64%
	4 日野市	635	11.59%
	5 あきる野市	550	10.58%
	：		
	58 三宅村	18	0.31%
	59 目黒区	-40	-0.64%
	60 墨田区	-90	-1.39%
	61 世田谷区	-270	-4.19%
62 西東京市	-317	-4.98%	

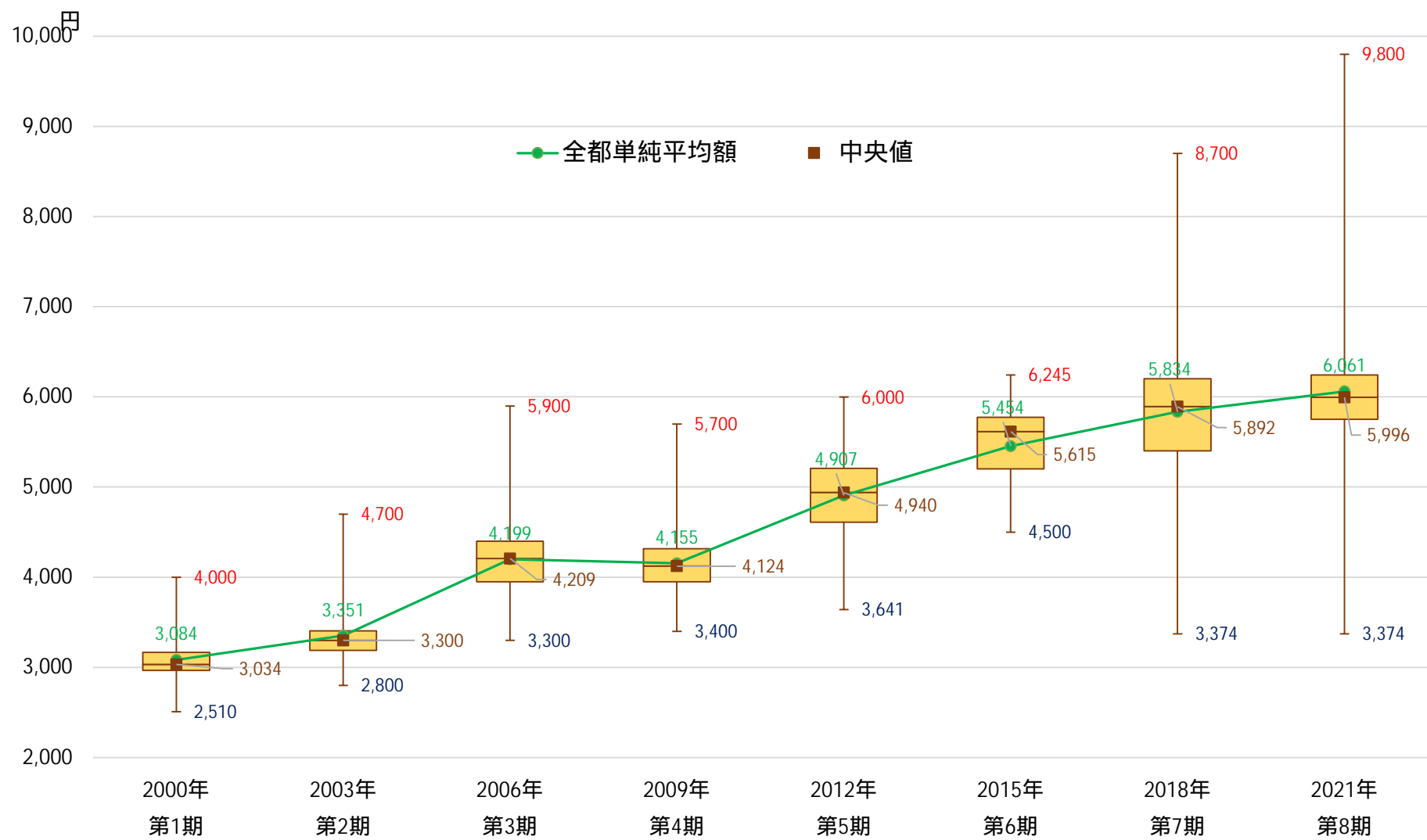
値上げ41自治体

値下げ4自治体

据置17自治体

中央、港、文京、大田、渋谷、中野、杉並、北
立川、武蔵野、東村山、国分寺、瑞穂、日の出、神津島、御蔵島、小笠原

都内自治体介護保険料（標準月額）推移



2021年11月11日

介護・認知症なんでも電話相談 フリーダイヤル電話件数

都道府県名	総呼数	完了呼数	接続完了率	時間外呼	平均通話時間	集約表データ	差
北海道	173	3	1.7	0	17分36.0秒	3	0
青森県	66	1	1.5	0	6分14.5秒	1	0
秋田県	29	0	0	0	0.0秒	0	0
岩手県	155	9	5.8	0	28分40.0秒	8	1
宮城県	79	4	5.1	4	15分47.5秒	4	0
山形県	104	4	3.8	1	27分45.0秒	4	0
福島県	112	5	4.5	2	23分7.0秒	3	2
新潟県	156	4	2.6	5	12分43.5秒	2	2
長野県	185	4	2.2	2	17分7.5秒	5	-1
群馬県	68	3	4.4	0	33分28.5秒	2	1
栃木県	32	3	9.4	0	26分6.5秒	1	2
茨城県	136	4	2.9	0	17分25.5秒	4	0
東京都	809	29	3.6	10	18分54.0秒	26	3
神奈川県	217	6	2.8	0	13分10.0秒	7	-1
千葉県	184	5	2.7	0	16分20.0秒	3	2
埼玉県	124	4	3.2	0	19分17.5秒	5	-1
山梨県	0	0	0	0	0.0秒	0	0
愛知県	212	6	2.8	0	18分36.5秒	4	2
静岡県	83	7	8.4	0	15分3.0秒	7	0
岐阜県	60	1	1.7	0	1.0秒	1	0
三重県	0	0	0	0	0.0秒	0	0
富山県	107	3	2.8	0	26分27.0秒	3	0
石川県	86	1	1.2	0	15分37.5秒	1	0
福井県	71	4	5.6	0	15分50.0秒	2	2
大阪府	126	0	0	0	0.0秒	1	-1
京都府	12	1	8.3	0	18分55.5秒	1	0
滋賀県	1	0	0	0	0.0秒	0	0
奈良県	99	3	3	4	24分10.0秒	2	1
和歌山県	7	2	28.6	0	10分56.0秒	2	0
兵庫県	127	5	3.9	0	15分37.5秒	2	3
岡山県	75	1	1.3	1	25分35.0秒	0	1
広島県	124	3	2.4	0	36分4.0秒	4	-1
島根県	44	3	6.8	0	20分9.0秒	3	0
鳥取県	6	0	0	0	0.0秒	0	0
山口県	13	0	0	0	0.0秒	0	0
香川県	6	1	16.7	0	12分16.0秒	0	1
徳島県	40	0	0	0	0.0秒	0	0
高知県	12	1	8.3	0	3分55.5秒	1	0
愛媛県	102	2	2	0	23分17.0秒	2	0
福岡県	321	11	3.4	3	19分17.0秒	8	3
佐賀県	15	1	6.7	0	4分29.5秒	0	1
長崎県	163	7	4.3	0	13分12.5秒	4	3
熊本県	21	0	0	0	0.0秒	0	0
大分県	11	3	27.3	0	23分31.0秒	1	2
宮崎県	80	0	0	0	0.0秒	0	0
鹿児島県	65	2	3.1	0	25分47.5秒	2	0
沖縄県	12	0	0	0	0.0秒	0	0
050番	2	0	0	0	0.0秒	0	0
その他	0	0	0	0	0.0秒	19	-19
合計	4732	156	3.3	32	19分19.5秒	148	8

【修正版】

2021 年 11 月 12 日

(11 月 11 日「介護の日」)

「介護・認知症なんでも無料電話相談」の結果について(速報版)

中央社会保障推進協議会
連絡先：台東区入谷 1-9-5
日本医療労働会館 5 階
電話 03-5808-5344
E-mail k25@shahokyo.jp

昨日 11 月 11 日(木)「介護の日」に、全国を対象に「公益社団法人認知症の人と家族の会」と中央社会保障推進協議会・東京社会保障推進協議会は共同で、今年で 11 回目となる「介護・認知症なんでも無料電話相談」を行いました。東京をキーステーションに北海道、岩手、秋田、埼玉、千葉、神奈川、山梨、岐阜、静岡、愛知、三重、滋賀、京都、大阪、兵庫、鳥取、広島、山口、香川、高知、宮崎、鹿児島、計 23 都道府県で相談窓口を設けて、全国で 553 件(昨年 271 件の 2 倍)の相談を受けることができました。

相談の中での特徴は、コロナ禍で施設での介護も在宅での家族による介護も、大変困難な状況が続き、やれる範囲で自己努力を行ってきたがもう限界、なんとかして欲しい、まずは思いを受け止めてほしいとの悲痛な叫びが全国各地で出されました。私たちは、コロナ禍以前から度重なる介護サービス利用抑制・制限の政策がある中で、追い打ちをかけるコロナ禍という事態の中でさらに一層介護利用者、家族、介護従事者が苦しめられているが、昨年の 2 倍の相談件数となっており、あらためて、介護現場が認知症介護サービスの充実を求めていることがわかりました。また高齢介護者が相談しやすい医療・介護機関を求めていることもわかりました。行政への働きかけを強めます。

引き続きコロナ禍で、介護施設での面会が思うように進んでいないことへの不安や不満が多数出されました。ワクチン接種が条件となり体質的が原因で接種出来ない家族に対して面会を許可しない、施設の所在する県外からの面会は許可されないなど、納得できないことが話されました。また、やっと久しぶりにタブレット越しで顔を見ると、印象が変わるほどに痩せ細っていたり、認知症が進んでいたりと悩みが出されています。そして、「老いいく家族との残り少ない時間への焦り」を語られています。介護施設との信頼関係も壊れ、八方ふさがりに置かれている利用者・家族が多数いることもわかりました。

また、コロナ禍で在宅介護の比重が高まった事の反映と思える相談も多数ありました。「一人での夫の介護に疲れた。うつ状態の精神状態です。この先、この介護はいつまで続くのか」「コロナ感染予防のため、通いで家族の支援を受けることができない」など孤立した家族介護の実態も見えてきました。そうした中、ケアマネージャーなど専門職との相

談の機会、コミュニケーションの機会も薄くなり信頼関係が壊れる中で、相談先を失っている方もいく人も見受けられます。

8月の補足給付の制度改悪で、2万円以上の負担増になり、払えない、退所を考えざるを得ないなどの相談も多数寄せられました。

さらに、例年より一層多くなったのが、「とにかく、一度話を聞いてもらいたかった」など差し迫った不安な中、電話をかけてきている方です。コロナ禍で家族間、知人間の交流も制限される状況が続き、相談をする機会を失って、報道を見ているも立っていられず電話をしてきた様子が伺われます。

最後に、相談内容でいわゆる「8050問題」に関わるものが引き続いてあり、高齢の親に依存する子どもへの対応での悩みが解決できていないことも明確になりました。

政府は、介護サービス利用を抑制する政策をさらに押し進めようとしています。私たちは、この電話相談に寄せられた「苦悩」や「叫び」とも言える相談内容を真正面からとらえて、国民が本当に願う「介護の社会化」が実現できるよう、介護保険制度の抜本的な改革を求めています。

(なお、詳細のまとめ・分析は今後行い、公表していく予定です。)

各都道府県・件数 総合計 553 件

北海道 51 件、岩手 10 件、秋田 6 件、埼玉 23 件、千葉 19 件、東京 148 件（メール 2 件含）、神奈川 42 件山梨 3、岐阜 21 件、静岡 14 件、愛知 38 件、三重 5 件、滋賀 6 件、京都 21 件、大阪 58 件、兵庫 21 件、鳥取 0 件、広島 27 件、山口 3 件、香川 1 件、高知 7 県、宮崎 12 件、鹿児島 17 件、

以上

介護保険制度の抜本的転換を求める意見書提出に関する請願

2021年12月13日提出

東京都議会議長

三宅 しげき 殿

守ろう！介護保険制度・市民の会

公益社団法人認知症の人と家族の会 東京都支部

介護をよくする東京の会

〒170-0005 東京都豊島区南大塚 2-33-10

東京労働会館 6階 東京社会保障推進協議会内

電話番号 03-5395-3165

担当 伴 香葉

【請願項目】

下記項目が実現するよう、都議会として国に意見書をあげてください。

- 1、安心して介護サービスを提供できるよう新型コロナウイルス感染症対策を強化すること
- 2、介護保険料・利用料負担の軽減やサービスの拡充など介護保険制度の抜本的な改善を行うこと
- 3、すべての介護従事者の給与を全産業平均水準まで引き上げること、その財源は全額公費負担でまかなうこと
- 4、介護保険財政における国庫負担割合を大幅に引き上げること

【請願の理由】

コロナ禍のもと、高齢者施設でのクラスターが続発し、介護現場では先が見通せない不安と緊張の日々が続いています。高齢者の命とくらしを守るために、感染防護具の供給や検査体制の拡充、感染が生じた事業所へのサポートなど政府による感染対策の強化が求められています。

政府は少子高齢化が進む中で、高齢分野への財政支出を増やすことなく、「制度の持続可能性」維持の責任を国民に押し付け、利用者の費用負担を増やしサービス削減を続けてきました。その結果、利用者・家族の介護・生活困難が拡大、介護離職は年間10万人のまま高止まりし、介護殺人も後を絶ちません。

地域での介護を支える介護事業所は、低く据え置かれてきた介護報酬のもとでの経営難にコロナ禍が直撃し、大幅な減収に直面しています。2021年4月に介護報酬を0.70%引き上げましたが、「焼け石に水」であり、感染対策（期間限定の+0.05%）としてもまったく不十分です。

介護従事者の賃金は全産業平均と比べ月9万円も低いまま、何年勤めても賃金が上がらず、やりがいを感じながらも働き続けられず辞めていく職員は後を絶ちません。政府は見守り機器の導入などを条件に人員基準を緩和しましたが、機械に介護はできません。このままでは担い手がいなくなり、とりわけ介護求人倍率が全国1、2位と高い東京では、制度そのものが維持できなくなることが必至と思われます。

政府は、2022年早々から審議される次の介護保険制度見直しにむけ、要介護1、2の生活援助やデイサービスを総合事業に移すことや、利用料負担の原則2割化、ケアプランの有料化などを検討課題として、さらなるサービス削減を進めようとしています。

新型コロナウイルス感染症の蔓延は、社会を支える介護という仕事の重要性を浮き彫りにし、政府のこれまでの介護保険の見直しが、地域の介護基盤を大きく切り崩し、介護の担い手の処遇や社会的地位を低く留めて置いてきたことを明らかにしました。これ以上の負担増・サービス削減はぜったいに許されません。

東京都議会として、施行後20年以上が経過した介護保険、「介護する人」「介護を受ける人」がともに大切にされる制度への抜本的転換を図ることを求め、上記項目が実現するよう国に対して意見書を提出していただきたく、請願するものです。

東京の介護保険認定者数(2022年)

2022年1月分

保険者	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	認定者 合計	65歳以上人 数(22年1月)	認定 率	要支援 者率	20年認 定率
合計	181,426	127,281	105,487	79,778	77,373	59,004	630,349	3,115,210	20.2	28.8	19.9
千代田区	666	475	410	293	300	228	2,372	11,120	21.3	28.1	20.5
中央区	1,428	1,094	836	736	631	487	5,212	24,912	20.9	27.4	20.9
港区	2,639	1,712	1,584	1,263	1,104	953	9,255	43,240	21.4	28.5	21.0
新宿区	4,452	2,698	2,258	1,592	1,707	1,400	14,107	65,952	21.4	31.6	20.9
文京区	2,163	2,061	1,336	1,067	1,076	997	8,700	43,174	20.2	24.9	20.1
台東区	3,134	2,104	1,666	1,304	1,186	927	10,321	44,833	23.0	30.4	22.4
墨田区	3,051	2,579	2,002	1,554	1,606	1,097	11,889	60,129	19.8	25.7	19.5
江東区	6,361	3,372	3,668	2,923	2,675	1,860	20,859	111,438	18.7	30.5	18.6
品川区	5,888	3,058	2,134	1,785	1,722	1,257	15,844	81,143	19.5	37.2	19.4
目黒区	3,478	2,649	2,161	1,404	1,366	1,213	12,271	54,795	22.4	28.3	22.2
大田区	6,879	6,127	6,294	4,217	3,903	3,375	30,795	164,217	18.8	22.3	18.5
世田谷区	11,135	6,964	7,738	5,367	4,900	4,133	40,237	185,194	21.7	27.7	21.8
渋谷区	3,427	1,558	1,202	1,050	1,034	875	9,146	42,536	21.5	37.5	21.3
中野区	4,680	2,282	1,967	1,506	1,616	1,220	13,271	67,050	19.8	35.3	19.5
杉並区	7,593	5,916	3,428	2,739	3,097	2,447	25,220	119,470	21.1	30.1	21.1
豊島区	3,774	2,181	1,780	1,474	1,458	1,198	11,865	56,129	21.1	31.8	20.7
北区	6,835	3,358	2,627	2,048	2,357	1,570	18,795	85,658	21.9	36.4	21.5
荒川区	2,639	2,070	1,568	1,150	1,292	807	9,526	48,424	19.7	27.7	19.0
板橋区	8,522	4,121	4,538	3,579	3,032	2,364	26,156	131,013	20.0	32.6	19.9
練馬区	8,688	6,441	7,191	4,758	4,281	3,496	34,855	160,974	21.7	24.9	21.7
足立区	10,171	5,163	7,219	5,191	4,963	4,204	36,911	168,569	21.9	27.6	21.5
葛飾区	5,668	3,914	4,895	3,475	2,858	2,324	23,134	112,887	20.5	24.5	20.3
江戸川区	7,637	6,458	4,270	3,412	3,244	2,515	27,536	146,289	18.8	27.7	18.7
23区小計	120,908	78,355	72,772	53,887	51,408	40,947	418,277	2,029,146	20.6	28.9	20.4

東京の介護保険認定者数(2022年)

2022年1月分

保険者	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	認定者 合計	65歳以上人 数(22年1月)	認定 率	要支援 者率	20年認 定率
八王子市	8,896	8,165	4,489	2,824	3,126	2,408	29,908	153,848	19.4	29.7	19.1
立川市	2,702	2,257	1,220	1,161	1,102	576	9,018	45,368	19.9	30.0	19.1
武蔵野市	880	1,719	1,607	982	937	707	6,832	32,819	20.8	12.9	20.1
三鷹市	2,291	1,929	1,232	1,029	1,033	751	8,265	41,464	19.9	27.7	19.1
青梅市	1,677	1,123	960	907	1,060	672	6,399	40,915	15.6	26.2	15.2
府中市	3,575	2,378	1,680	1,366	1,500	961	11,460	57,634	19.9	31.2	19.9
昭島市	1,394	1,250	857	827	869	585	5,782	29,955	19.3	24.1	18.9
調布市	3,754	1,957	1,690	1,288	1,344	866	10,899	51,130	21.3	34.4	20.5
町田市	6,632	5,376	3,343	2,681	2,706	1,992	22,730	116,555	19.5	29.2	18.9
小金井市	1,669	1,289	819	614	617	521	5,529	26,381	21.0	30.2	20.6
小平市	3,031	1,980	1,602	1,073	1,227	773	9,686	45,704	21.2	31.3	20.7
日野市	3,464	1,780	1,466	1,224	1,058	756	9,748	46,503	21.0	35.5	20.3
東村山市	2,664	1,826	1,275	972	884	607	8,228	40,803	20.2	32.4	20.5
国分寺市	1,532	1,469	959	710	616	446	5,732	27,855	20.6	26.7	20.3
国立市	1,218	1,060	477	458	388	329	3,930	18,109	21.7	31.0	20.9
福生市	546	601	404	396	378	245	2,570	15,230	16.9	21.2	15.6
狛江市	1,205	1,001	793	545	617	391	4,552	20,070	22.7	26.5	21.4
東大和市	1,685	979	681	533	513	294	4,685	23,283	20.1	36.0	19.2
清瀬市	1,384	1,105	640	560	547	405	4,641	20,936	22.2	29.8	21.2
東久留米市	1,957	1,778	910	858	728	454	6,685	33,377	20.0	29.3	19.0
武蔵村山市	868	700	464	439	427	269	3,167	19,077	16.6	27.4	15.3
多摩市	1,614	1,333	1,050	857	856	649	6,359	42,855	14.8	25.4	14.1
稲城市	980	590	510	375	427	294	3,176	20,056	15.8	30.9	14.9
羽村市	653	575	358	321	321	227	2,455	14,563	16.9	26.6	15.7
あきる野市	854	849	677	597	570	353	3,900	24,218	16.1	21.9	15.3
西東京市	2,145	2,994	1,767	1,589	1,460	1,017	10,972	49,445	22.2	19.5	21.5
市部小計	59,270	48,063	31,930	25,186	25,311	17,548	207,308	1,058,153	19.6	28.6	19.0
瑞穂町	403	265	283	233	197	112	1,493	9,560	15.6	27.0	14.8
日の出町	297	196	117	93	93	86	882	5,970	14.8	33.7	14.0
檜原村	14	16	33	41	32	16	152	1,076	14.1	9.2	15.4
奥多摩町	91	64	64	75	77	58	429	2,493	17.2	21.2	17.7
大島町	140	102	95	71	70	71	549	2,794	19.6	25.5	18.3
利島村	3	2	2	4	3	4	18	76	23.7	16.7	20.3
新島村	38	42	51	42	38	30	241	1,040	23.2	15.8	22.5
神津島村	27	20	24	18	21	20	130	611	21.3	20.8	22.0
三宅村	46	42	31	30	21	21	191	937	20.4	24.1	19.3
御蔵島村	1	0	0	2	1	1	5	56	8.9	20.0	15.8
八丈町	166	92	77	88	97	81	601	2,826	21.3	27.6	19.6
青ヶ島村	0	0	0	2	0	1	3	37	8.1	0.0	20.7
小笠原村	22	22	8	6	4	8	70	435	16.1	31.4	16.1
町村部小計	1,248	863	785	705	654	509	4,764	27,911	17.1	26.2	16.4

「介護保険制度の抜本改革提言(案)」

2020 年 12 月 2 日
中央社会保障推進協議会
運営委員会

本提言案の構成

1. はじめに
2. 施行 20 年を経過した介護保険制度の問題点
3. 介護保険制度の抜本的改革提言(案)
 - (1) 介護保険制度の「抜本改革」案－本来の社会保険への転換をめざす制度の「再設計」
 - (2) 当面の「緊急改善」案－現状の困難を打開するとともに、さらなる制度の後退を許さない
4. おわりに

1. はじめに

新型コロナウイルス感染の拡大で「日本の社会保障制度の脆さ」があきらかになりました。医療施設と共に、介護分野でも高齢者施設でクラスターが発生し、感染しても入院できない、またデイサービスやショートステイが休止・縮小されて通えなくなるなど、多くの問題が明るみになりました。ひたすら効率だけを追い求め、社会保障への公費負担を切り詰め、介護保険制度改悪して国民負担を強いてきた結果がこれです。そして新しく誕生した菅内閣は、「自助」を前面に公的責任を放棄し「自分のことは自分」でやれと国民に強いています。

2000 年介護保険制度は「介護の社会化」を掲げて導入されました。介護心中・介護殺人、介護離職、認知症での家庭崩壊など介護をめぐる厳しい現実が改善されとの期待する声が多くありました。私たちは、高齢になっても一人ひとりが人間らしく豊かに、そして何よりも尊厳をもって暮らしていくことを期待していました。しかし、現実はその国民の期待に応えるものとなっていないのではないのでしょうか。介護を必要とする誰もが必要な公的介護サービスを自由に選択できるはずだった介護保険の当初の理念は、忘却の彼方となっているのではないのでしょうか。介護保険施行後 20 年を経た今、もう一度、目指した「介護の社会化」とは何だったのか問い直したいと思います。

介護保険制度は、高齢化社会を支え、高齢者とその家族、地域の暮らしを豊かにする社会保障制度でなければなりません。憲法が規定する健康権を実現し、健康で文化的な生活を実現するための制度としての機能を取り戻さなければなりません。私たちは介護改善運動を大いに広げ、世論を呼び起こし、政府の姿勢・施策を変えていくためにこの「介護保険制度の抜本改革提言(案)」を提起します。

20 年を過ぎた介護保険制度の問題点、その抜本的な改革の方向性について私たちの考え方を示していますが、高齢者の皆さん、介護の当事者の皆さん、介護従事者・事業者、そして多くの国民・市

民、介護保険や社会福祉に携わる行政の方々等とともにさらに意見交換し本提言案の内容を深化させていきたいと思ひます。手を携へ、国民の願う真の「介護の社会化」を実現していきましょう。

2. 施行 20 年を経過した介護保険制度の問題点

現状の介護保険制度は、憲法で保障された「健康で文化的な」介護の制度とはとは大きく乖離をしています。高齢者が日々暮らしていく上で欠かせない介護サービスが充たされていないこと、そして個々人の負担能力を超えた負担が強制されることにより十分な介護サービスを受けることができない制度になっています。その底流にある日本社会の思想には、介護をはじめとしたケア労働の専門性を認めず、女性が担当する仕事、子育てや家事をしながらできるものとの見方が根強くあります。そうした中、専門職でなくても良い、社会の維持に必要な不可欠な仕事であるにも関わらず、低賃金で恒常的な人手不足をもたらしたまま介護職の地位を低くみる傾向があり、制度が形つくられてきていることを重要視する必要があります。

第 1 の問題点は、高すぎる保険料、利用料負担の問題です。当初は国民の反発を抑えるために低く抑えたものの、3 年に一度の「介護保険事業計画」見直しごとに上がり続けています。現在、全国平均でも基準保険料 5,869 円(月額)と高くなっていますが、政府はこれまで利用サービスを抑制しつつ、保険料を上げる改悪を進めてきました。多くの利用者は、介護保険料が天引きされ残りの年金でどれだけの「利用料」を負担できるか心配しながらサービスを利用することになります。また、特別養護老人ホームなどの施設では、低所得者の利用料負担を低減する「補足給付」の制度も、適用要件が厳しくなり負担が増してきています。今後、利用料負担を 1 割から原則 2 割にしていくことも企図されています。

第 2 に、利用するサービスが制限され自由に選択ができなくなってきました。「要介護認定」により、利用者自身・その家族が必要とするサービスが受けれないとの悩みがあります。特別養護老人ホームは、「要介護 3」以上でないと原則入所できない、訪問介護サービスの時間が短縮され生活援助の利用回数の上限が設定される、2017 年からは「介護予防・日常生活支援事業(総合事業)」が全国的に開始され「要支援 1、2」の方々のデイサービスや訪問介護はボランティアへ移行していく、さらに 2020 年には、総合事業の対象を「要介護認定者」全体に広げることが打ち出しました。認知症の方の要介護認定が低く出る傾向があり、家族が必要だと思うサービス量とのギャップがあります。政府・厚労省は、より重度の高齢者に介護サービスの利用を重点化するとして、比較的軽度の方々のサービス利用を抑制し効率化を図っていく考えと説明していますが、「介護保険は使えなくなる」との危惧が広がっています。そして、65 歳で障害者が要介護認定に申請をしないことを理由に障害福祉サービスの更新を却下する問題があるとともに、中軽度の障害福祉サービスから外されていく問題も重要視していく必要があります。

第3に、介護サービスを提供する介護事業所は、介護報酬が低く固定化され、事業所運営が厳しい状況になっています。特に、過去最大級のマイナス改定となった2015年介護報酬改定の影響は大きく、倒産に至る介護事業所が急増しました。「基本報酬」に加えて条件を満たせば「加算」（上乘せ）されますが、満たせない場合「減算」（減らされる）制度が強められてきています。小規模事業所ではその影響は大きく、地域に根づいて利用者を支えてきた訪問介護やデイサービスなどの事業所の存続が非常に難しくなっています。

第4に、介護労働者の高齢年齢化が進み、今後介護労働者がさらに不足していくことが懸念されています。根本的問題は賃金が低く抑えられていて、介護労働者の賃金は全産業労働者の平均賃金より月額9万円も低いとの統計があり、このことが介護現場での「人手不足」「採用が困難」の最大の原因ともなっています。また、人員配置基準によって各施設の介護体制が定まりますが、法定の基準では十分な介護ができない現実があります。若い皆さんが希望をもって働けない職場に未来はありません。外国人労働者の活用を政府は企図していますが、「2025年度末までに約55万人、年間6万人程度の介護人材を確保する必要がある」との厚生労働省の予測にこのままでは対応できる見通しが立っていません。新型コロナウイルス感染でのデイサービスなどの自粛の背景にはこうした実情もあるのです。

第5に、重要な問題として、「自立」理念がすりかえられたことがあげられます。必要なサービスを利用しながらその人らしく生活していくという意味合いの「自立」ではなく、「自立＝サービスがいらないう状態」とされました。そのことにより「尊厳の保持」抜きの「自立支援」（介護保険からの“卒業”の強制）が横行しており、総合事業をはじめ、軽度給付の縮小・切り捨てを加速させる流れがつくられています。そしてそれを推し進めていくためにも、財政インセンティブの導入です。2017年法「改正」で、「自立支援」等に成果を挙げた自治体に「成績」に応じて交付金を傾斜配分する「保険者機能強化推進交付金制度」が創設されてきました。給付の抑制に自治体を駆り立て、競わせる仕組みであり、保険者機能自体を大きく歪めるものです。

さらに、現在議論が進められている全世代型社会保障改革は、「働き方も含めた改革を正にパッケージ」として行い、年金、医療、介護、働き方など各制度全般にわたって改悪し、全世代に「負担増と給付の削減」を強いるものです。高齢者をターゲットに負担増を迫り、高齢者の負担増をてこに「現役世代」にも負担増を迫る、そして全世代に社会保障の給付を削減していく「全世代型」の社会保障改悪です。今後引き続き、利用する介護サービスは縮小され、介護保険料は引き上げられ続けるというまさに「保険あって介護なし」の改悪が強められていきます。

2020年の新型コロナウイルス感染拡大は、経営難、人手不足で疲弊しきっていた介護事業所、介護従事者を直撃しています。マスク、ガウンなどの物資の不足、根本的には日常的にも不足していた厳しい職員体制の中、職員は「いつ感染するか」「感染させてしまわないか」という強い不安と緊張を抱きながら介護にあたり、利用者も不安な日々を送っています。コロナ禍を経験し、政府の介護施策の

脆弱性、弱体化が浮き彫りになった今こそ、もう一度原点に立ち返り、抜本的な改革の方向性を一緒に探っていきたいと考えます。

3. 介護保険制度の改革提言案

(1)介護保険制度の「抜本改革」案ー本来の社会保険への転換をめざす制度の「再設計」

介護保険制度は、「介護の社会化」という大きな期待を背負いつつも、利用者(受益者)負担、保険給付の上限設定(支給限度額)をはじめ、出来るだけサービスの利用を抑え込む仕組みを組み込んで創設されました。施行後は、政府による相次ぐ制度の見直しによって、利用者負担は引き上げられ、サービスは削られ、事業所に支払われる介護報酬は低く抑え込まれる一方、介護保険料は右肩上がりに上昇を続けています。

こうした経過の中で利用者や介護現場での様々な困難が広がっており、さらに介護保険自体が、①「保険あって介護なし」という制度の機能不全、②打開を見通せない深刻な介護の担い手不足、③保険料の支払い困難がまねく財政破綻ーという危機的な状況に直面しています。

高齢化の進展に伴い、介護の需要は今後いっそう増大していきます。いま必要なのは、創設時に立ち返った介護保険制度の立て直し＝「再設計」です。憲法 25 条を土台にすえ、介護が必要な時に必要なサービスが保障される「必要充足の原則」を貫いた「本来の社会保険」へと転換させることが必要です。そのためには、利用者・事業所の直接契約に基づくサービス費補償方式(現金給付)から、国、自治体が介護保障に最終責任をもつ現物給付方式に切り替えることが不可欠です。その裏付けとなる財政措置の強化(保険財政に対する国庫負担割合を大幅に増やす、介護保険財政とは別立てで公費を大胆に投入する)も必要です。

(1) 給付と負担のあり方に関わること

① 介護保険料について

- 逆進的な定額負担ではなく、所得に応じた定率負担制に切り替える。市町村民税非課税者から保険料を徴収しない
- 年金天引き制度(特別徴収)、未納者・滞納者に対する制裁措置を廃止する
- 介護保険料の減免制度を法定化する

② 利用者負担について

- 利用料は廃止する
- ホテルコスト(居住費・食費)については、施設への入所やサービス利用に支障を来さないよう必要な補償を行う

③ サービス利用の仕組みについて

- 現行の要介護認定制度は廃止する。要支援・要介護度ごとに設定された保険給付の上限(区分支給限度額)は撤廃し、利用者の介護の実態に見合った給付内容を保障する
- 利用するサービスの内容については、ケアマネジャーの裁量を高め、ケアマネジャーと本人、家族が協議して決定することを基本とする仕組みに改める。その際、市町村は必要十分なサービスを確保できるよう責任を果たす

④ 給付の体系について

- 訪問看護、リハビリテーション等の医療系サービス、施設での医療提供については医療保険に戻す
- マネジメント業務(「公平・中立」が要請される居宅介護支援、介護保険対応にとどまらない役割をもつ地域包括支援センター)は、介護保険から切り離し一般財源化を図る
- 一般介護予防事業は、介護保険から切り離し保健事業に移す

(2) サービス提供のあり方に関わること

① 介護報酬について

- 介護報酬をサービス利用の対価ではなく、「介護の質の維持・向上」「経営の安定性・継続性の担保」「働き続けられる労働環境の確保・維持」「感染症・自然災害等への適切な対処」等が可能となるよう、人件費をはじめとする必要経費の補償を行う考え方に改める
- 基本報酬の底上げを図る。その上で、加算については政策誘導の手段ではなく、事業所の特徴的な取り組みを評価する内容に改める
- 改定に際しては介護事業所の経営実態を適切に反映させる

② 介護従事者の処遇改善・職員確保について

- 介護の公共性をふまえ、すべての介護従事者の賃金をその専門性にふさわしい水準を確立し引き上げる
- 行き届いたケアの実現、ケアの質の向上、実務負担の軽減、感染症・自然災害等の備え等が可能となるよう、現行の人員配置基準を大幅に引き上げる
- 正規雇用を基本に、実効性のある職員確保対策を講じる。常勤換算方式は廃止する
- 養成施設に対する支援を強化する

③ 介護サービス基盤整備に関して

- 特養建設等に対する助成制度の復活、民間事業所の参入が困難な地域における市町村直営事業への支援など、介護サービス基盤整備に対する国の財政支援を抜本的に強化する
- 地域の実情に応じ、感染症・自然災害を想定した緊急時の介護サービスの提供支援体制を構築する
- 多様な事業者によって介護サービスが提供されることを前提に、介護の公共性が確保される仕組みをつくる

(3) 制度理念について

- 「自立」の理念について、「介護サービスが要らない状態」ではなく、「必要な介護サービスを利用しながら、その人らしく生活すること」に改める

(4) 財政運営・保険者のあり方について

- 介護保険料と給付費が直接連動しないよう、財政運営や保険者のあり方を抜本的に見直す

(5) 国・自治体(保険者)のサービス保障責任について

- 利用者・事業者の個別契約に基づくサービス費補償方式(現金給付)から現物給付方式に切り替え、国・自治体(保険者)が介護サービス保障に最終責任を負う制度に転換する ※。

※＜解説：サービス費補償方式（現金給付）と現物給付方式＞

個別契約に基づくサービス費補償方式（現金給付）か、現物給付方式かの問題は制度の根幹に関わる問題です。

医療保険では、保険者（健保組合など）が医療機関を通して医療を患者に現物として提供します。それに対して介護保険は、利用者と事業所との契約に基づいて、保険者（市町村）がサービス利用に必要な費用の 9 割分（利用料 1 割負担の場合）を利用者に直接支給します（介護保険法 41 条等）。利用者は 9 割分の費用に残り 1 割分の利用料を加えて事業者を支払うことでサービスの提供を受ける（「購入する」）ことになります。ただし煩雑さを回避するために、実際はそのサービス費用を介護報酬というかたちに変えて事業者が受領します（代理受領）。

つまり利用者と事業所との関係では、利用者は費用の対価として現物のサービス（訪問介護など）を受け取る形になりますが、保険制度のもっとも基本的な関係となる保険者（＝市町村）と被保険者（＝利用者）の間では、サービス費用の授受（現金給付）の関係になることがポイントです。

そのため保険者である市町村は、介護サービス費用を支給する責任を負うものの、そのサービス費が必要十分な水準か、そのサービス費を使って利用者が必要なサービスを利用できているのかにまで関知する必要はありません。この点に現在の介護保険が公的責任の度合いが薄く、「必要充足」原則から乖離した制度となっている根本的な原因があります。

保険給付の上限が金額として自在に設定可能なもの（区分支給限度額）、介護職員の処遇改善部分を報酬上加算として切り分けられるもの（処遇改善加算）、医療保険と異なり、サービス費を支給する方式（現金給付）だからです。

同じ社会保険でありながら、必要な医療（医師や看護師などの人件費をふくめて）が丸ごと提供される現物給付の医療保険と大きな違いがあります。

（6）関連する制度の見直しについて

- 様々な事情で介護保険の利用に困難を抱える高齢者への対応や、介護保険給付ではカバーできない支援を可能とするために、公費による高齢者福祉制度（現行老人福祉法）の拡充を図る
- 「介護保険 65 歳優先原則」を規定した現行障害者総合支援法第 7 条を廃止する

（2）当面の「緊急改善」案－現状の困難を打開するとともに、さらなる制度の後退を許さない

当面の課題は、利用者、事業所、介護従事者が現状で抱えている困難を早急に打開するための制度の緊急改善をはかることです。これまで政府が進めてきた給付削減・負担増の制度見直しは利用者・家族に深刻な介護困難・生活困難をもたらしています。重い利用料負担のため必要な介護サービスの利用を断念するケースはあとをたちません。家族の介護を理由に仕事を辞めざるを得ない「介護離職」は毎年 10 万人前後で推移しています。「介護心中・介護殺人」と称される痛ましい事件もたびたび報じられています。高齢者の生活を支える介護事業では、厳しい経営難と深刻な人手不足が続いています。

また、強い反対の声を前に先送りとなった「ケアプランの有料化」「要介護1、2の訪問介護等の地域支援事業への移行」などの見直し案は、3 年後の「改正」において「引き続き検討する」とされています。これ以上制度を後退させることは絶対に許すことはできません。

（1）介護保険制度の緊急改善

① 費用負担について

- 利用料の2割負担、3割負担を1割に戻す。低所得者を対象とした利用料の減免措置を講じる
- 補足給付(低所得者＝市町村民税非課税者を対象とした施設等の入居費・食費の負担軽減制度)の「資産要件」「配偶者要件」を撤廃する。認知症グループホーム、特定施設に対象を拡大する。2021年8月から実施が予定されている補足給付の新たな見直し(食費の引き上げなど)の実施をとりやめる
- 公費を投入して介護保険料を引き下げる

② 認定システム、保険給付の上限について

- 軽度判定されやすい認知症など、個々の状態が正確に反映されるよう認定システムの大幅な改善を図る
- 区分支給限度額を大幅に引き上げる

③ 給付、サービス基盤の整備について

- 総合事業(介護予防・日常生活支援総合事業)の「従前相当サービス」を保険給付(現行予防給付)に戻すこと。要介護者(要介護1～5)を対象を広げる「弾力化」は撤回する
- 特養の入所対象を要介護1以上に戻す
- 生活援助を「一定回数以上」利用する場合のケアプランの届出制を廃止する
- 福祉用具貸与について、貸与価格の上限設定をとりやめる
- 特養などの施設建設や地域密着型サービスの整備に対する財政支援を強める

④ 介護報酬について

- 介護報酬の土台となる基本サービス費(基本報酬)の大幅な底上げを図る
- 新型コロナウイルス感染症に伴う新たな事業環境(「密」の回避など)にふさわしい報酬・諸基準に見直す
- 改定に際しては小規模事業所などの経営実態を適切に反映させる
- サービス利用に支障が生じないよう、利用料の負担を軽減させる措置を講じる

⑤ 介護保険財政について

- 以上の制度改善、高齢者の介護保険料負担の軽減を実現するために、保険財政における国庫負担割合を大幅に引き上げる(当面5割まで引き上げる)

(2) 介護従事者の処遇改善、働く環境の整備

- 介護施設・病院等の就業場所や職種を問わず、すべて介護従事者の給与を少なくとも全産業平均水準まで引き上げる。その財源は消費税以外の国費で賄う
- 介護従事者を大幅に増やす。介護ロボット、ICTの導入による人員配置基準の緩和・削減を行わない

(3) 保険者機能に関すること

- 介護給付費の削減を目的にした「適正化」事業を廃止する
- 保険者を給付の抑制に駆り立て、競わせる保険者機能強化推進交付金制度、保険者努力支援制度など財政インセンティブ政策を廃止する

- すべての自治体に介護・福祉行政を担う専門職を配置する

(4) 新型コロナウイルス感染症への対応－現状の困難の打開と今後の備え

- 衛生用品・防護具の安定的な供給、介護従事者・利用者・家族に対する必要なPCR検査の迅速な実施、介護従事者への支援など、新型コロナウイルス感染症に対する対策を強化する
- 介護事業所での感染対策に伴うかかり増し費用、利用控えによる減収分を公費で補填する

(5) これ以上の制度の後退を許さない～次期の見直し(2023年法「改正」)に向けて

(以下の見直し案を検討・実施に移さない)

- * 被保険者・受給者範囲の見直し(被保険者の年齢を30歳以上に引き下げ)
- * ケアプランの有料化
- * 要介護1、2の生活援助、通所介護等の地域支援事業への移行
- * 多床室の室料負担の拡大(老健、介護療養、介護医療院の多床室での居住費徴収)
- * 補足給付の資産要件拡大(預貯金だけではなく、固定資産税の申告に基づく不動産の評価を追加)
- * 現役並み所得、一定以上所得の判断基準の見直し(利用料2割、3割の対象拡大)

4. さいごに

介護保険法が1997年12月に成立し、2000年4月からの実施を前にして関係者や国民から不安や負担増を懸念する声が上がリ、見直しを求める運動は粘り強く広がってきました。中央社保協は当初から介護保険の持つ問題点を具体的に明らかにしながら、対政府・国会に対する運動と各自治体に対する改善要求の取り組みをすすめてきました。

介護保険開始以降この20年の中で、そしてこの間のコロナ禍を通じて介護保険制度の脆弱性がいいよ明確になってきました。2020年秋、厚生労働省は省令改正で総合事業を要介護認定者全体に広げようとしています。「介護保険からの卒業」そして「介護保険は使わせない」流れが強化されているものと感じます。もう黙ってはいられない！そんな思いを持たれているのではないのでしょうか。

政府は、これまで介護を必要とする高齢者をはじめ私たち国民の実態や意見にどれだけ向き合ってきたのでしょうか。介護保険制度の持続可能性を口実に、国民の介護や暮らしの持続性は後景に追いやリ介護保険を解体してきました。当事者である高齢者自身が声を上げるのには困難も多く、また介護する家族の多くも一人で介護を背負い込み孤立しています。介護改善運動に取り組む諸団体、介護事業者など力を合わせて、当事者の皆さんとともに世論作りと政府への働きかけを強めていきたいと考えています。

2020年9月に発足した菅内閣がさらに進めようとしている「自助・共助・公助、そして絆」の社会は、自助を基本とする自己責任の社会であり、社会保障・社会福祉に対する政府の責任を放棄する社会でもあります。介護保険制度においても「自立」「介護保険からの卒業」が強制される社会へさらに突き進んでいくことは、これまでの施策で明らかではないのでしょうか。

「介護保険制度」で本当に国民が願う介護が実現するのか、との意見もあります。今回は現在の保険制度を前提にその改革のための提言案を提案していますが、「高齢」といういわば「リスク」を抱えた方々を主たる加入対象とする保険制度の「限界」についての指摘もあります。介護保険の根本的な矛盾や本来求められる高齢者介護の制度的保障のあり方、改革の方向についても、今後議論し共有し合うことが大切になっていると考えます。そして、改革のための財源についても、議論を深め一致点をつくる必要があります。

私たちは、日本国憲法の目指している権利としての介護保障、権利としての社会保障の実現へむけて一緒に考えていきたいと思えます。そして、介護保険改善の運動においても広範な団体・個人の皆さんと連携を広げ深めていくための一助になるよう、介護改善運動の「羅針盤」となるよう、ぜひこの「介護保険制度の抜本改革提言(案)」について意見交換や議論で深めていただけますように呼びかけます。

以上

新生存権裁判東京ニュース

発行：生存権裁判を支える東京連絡会 2022年2月18日

第11回口頭弁論行が行われる

◆口頭弁論

2022年2月8日、東京地方裁判所103号法廷において、「新生存権裁判東京」の第11回口頭弁論が行われました。

北風の吹く中、開廷前10時頃に東京地裁前では、裁判の争点や意義などを訴えるチラシの配布と声掛けなどの宣伝行動が行われました。

11時から始まった裁判では、傍聴者の制限にもかかわらず原告側に22人の傍聴者が参加で始まり、原告弁護団から準備書面(17)に基づき、「国は生活保護基準を引き下げた理由を替えてきている」と指摘し、「最大の争点である物価偽装の説明が替わるのはおかしい」と追求しました。

これに対し、被告(国)側の弁護士は、反論書を出したいと小さな声で述べ増したが、裁判長から「いつまでに出すのか」と聞かれると「4月28日をメドに」と応えたので、次回の裁判(第12回口頭弁論)は7月19日(火)となりました。

また、今回の法廷では京都地裁や金沢地裁などで原告の訴えを退けた判決の中で判決文が酷似していたことや、文中の「NHK受信料」が「NHK受診料」と誤字まで同じ判決文であったことを原告側の黒岩弁護士が指摘し、裁判官に誠意を持って望むよう要請しました。



◆原告弁護団の報告集会

その後、午後1時30分から第1衆議院議員会館第2会議室で報告集会を開きました。

原告弁護団から裁判での弁論の主旨と論点について、概要次の通り報告がありました。

今回の口頭弁論の中で、

①国は、引き下げの根拠を「マイナス4.78%の物価の下落、デフレ調整」といつてきたが、その根拠はことごとく原告弁護団に崩され「物価偽装」したことが明らかにされた。

②国は、これまでデフレ調整の目的を「生活保護受給世帯の可処分所得の実質的增加の調整」としてきたが、「一般国民との不均衡の調整のため」とすり替えてきた。

原告弁護団は、その「すり替え」の根拠や過程も不明なので、今後の裁判で詳細に指摘する、また、「首都東京の裁判は政治的、社会的な影響がとても大きい。焦らずに勝ちに行きましょう」と訴えました。

会場の元中日新聞記者の白井靖彦さんは、「物価の論点ではこちらが国を圧倒しており、国は反論できなくなっている。このことで世論を大きくして裁判に勝利しましょう」と発言しました。

また、田村智子・山添拓日本共産党の国会議員から激励の挨拶をいただきました。

なお、報告集会では、全国で行われている「いのちのとりで全国アクション」に東京も合流することが報告されました。

◆次回の生存権裁判を支える東京連絡会幹事会

3月14日（月）13：30～ 南大塚労働会館5階会議室

◆今後の生存権裁判の予定

【次回の生存権裁判の予定】

2022年 7月19日（火）

11：00～第12回口頭弁論 103号法廷

宣伝行動：10：00～（予定）

報告集会：13：30～（予定）

生活保護基準引下げ違憲訴訟 各地の裁判進行表

* 原告数は提訴した最初の人数です

2022年3月21日現在把握分 いのちのとりで全国アクション事務局

	県名	原告数	2次 新規	3次 新規	合計	提訴日	2次 16年	3次 17年	弁護団	支援する 有◎	提訴内容	裁判の現段階			最新の 原告数	控訴審の 原告数
												最近の口頭弁論	次回弁論	この間の弁論		
1	佐賀	15	9		24	2014年2月25日			8	◎		21年12月24日(結審)	22年5月13日(金)13:10～(判決)	21年6月18日(第26回)、21年9月3日(第27回)	22	
2	熊本	49			49	2014年5月15日			16	◎		22年1月12日(結審)	22年5月25日(水)14:00～(判決)	21年9月15日(第32回)、21年11月24日(第33回)	42	
3	愛知	16	5		21	2014年7月31日	4月21日		17	◎	国賠(1万円)	22年1月24日(高裁4回)	22年4月25日(月)14:30～(高裁5回)	21年6月24日(高裁2回)、21年9月27日(高裁3回)	18	13
4	埼玉	28	7		35	2014年8月1日			18	◎	国賠(1万円)	22年2月2日(第26回)	22年5月11日(水)14:00～(第27回)	21年7月21日(第24回)、21年10月27日(第25回)	32	
5	三重	27			27	2014年8月1日			5	◎		21年12月9日(第31回)	22年4月21日(木)11:00～(第32回)	21年6月17日(第29回)、21年9月16日(第30回)	24	
6	宮崎	4			4	2014年9月17日			3	◎		22年1月28日(第27回)	22年4月22日(金)13:30～(第28回)	21年8月20日(第25回)、21年10月22日(第26回)	4	
7	群馬	10			10	2014年9月22日			16	◎	冬季加算、期末一時扶助	22年1月19日(第27回)	22年5月18日(水)14:30～(第28回)	21年5月19日(第25回)、21年9月15日(第26回)	8	
8	石川	4			4	2014年10月15日			12	◎	国賠(25万円)	21年6月7日(結審)	21年11月25日(木)13:30～(不当判決)	20年12月7日(第22回)、21年3月1日(第23回)	4	4
9	沖縄	9			9	2014年10月17日			3	◎		22年3月15日(第40回)	22年5月24日(火)13:30～(第41回)	21年11月9日(第38回)、22年1月25日(第39回)	9	
10	和歌山	9	2		11	2014年10月27日	済		7	◎	国賠(5万円)	21年12月10日(第32回)	22年3月15日(火)11:00～(第33回)	21年6月4日(第30回)、21年9月24日(第31回)	10	
11	岡山	46			46	2014年10月30日				◎	国賠(1万円)	21年11月17日(第24回)	22年3月16日(水)15:00～(第25回)	21年3月24日(第22回)、21年7月21日(第23回)	37	
12	滋賀	5	8		13	2014年10月31日	17.9月		18	◎	国賠(1万円)	22年1月14日(第30回)	22年4月14日(木)13:30～(第31回)	21年7月1日(第28回)、21年10月7日(第29回)	11	
13	愛媛	42			42	2014年11月11日			3	◎		22年1月12日(第22回)	22年5月11日(水)14:00～(第23回)	21年5月26日(第20回)、21年9月22日(第21回)	36	
14	広島	63			63	2014年11月21日			45	◎		21年12月22日(進行協議)	22年3月9日(水)11:00～(進行協議)	21年5月19日(進行協議)、21年9月13日(進行協議)	57	
15	北海道	142	7	4	153	2014年11月28日	5月12日	4月20日	23	◎	札幌、旭川、釧路	21年3月29日(不当判決)	21年4月12日(月)(控訴)	20年8月26日(第23回)、20年11月30日(結審)	136	102
16	千葉	12			12	2014年11月28日			12	◎		22年1月21日(第25回)	22年6月10日(金)11:00～(第26回)	21年6月18日(第23回)、21年9月17日(第24回)	12	
17	大阪	51	2		53	2014年12月19日	済		16	◎	国賠(1万円)	22年1月27日(高裁3回)	22年4月22日(木)15:00～(高裁4回)	21年9月14日(高裁1回)、21年11月17日(高裁2回)	42	42
18	京都	57			57	14年12月25日、15年1月15日				◎	国賠(1万円)	21年5月25日(結審)	21年9月14日(火)14:30～(不当判決)	20年12月7日(第22回)、21年2月2日(第23回)	44	35
19	富山	3	2		5	2015年1月8日	2月12日		7	◎	国賠(5万円)	22年1月17日(第22回)	22年4月27日(水)11:00～(第23回)	21年7月5日(第20回)、21年10月20日(第21回)	5	
20	奈良	2	3		5	2015年2月13日				◎		22年1月13日(第27回)	22年4月26日(火)13:20～(第28回)	21年6月3日(第25回)、21年9月30日(第26回)	5	
21	福岡	103	5	9	117	2015年3月16日	12月6日	12月6日	12	◎	国賠(10万円)	22年2月4日(高裁1回)	22年6月24日(金)14:00～(高裁2回)	21年5月12日(不当判決)、21年5月24日(控訴)	91	44
22	兵庫	6	18		24	2015年5月18日	4月28日		18	◎		21年7月29日(結審)	21年12月16日(木)14:00～(不当判決)	21年2月18日(第24回)、21年5月20日(第25回)	24	21
23	秋田	48	5		53	2015年5月22日	9月13日		6	◎		21年11月1日(結審)	22年3月7日(月)14:00～(不当判決)	21年7月2日(第34回)、21年8月6日(第35回)	48	
24	東京	33			33	2015年6月19日				(◎)	国賠(1万円)	21年12月22日(結審)	判決日は追って指定される	20年12月23日(第17回)、21年6月25日(第18回)	31	
25	静岡	5	4		9	2015年7月9日	3月7日		7	◎		22年2月3日(進行協議)	22年3月10日(木)14:00～(第22回)	21年8月24日(進行協議)、21年12月2日(第21回)	8	
26	神奈川	48			48	2015年9月24日			12	◎	国賠あり	21年12月13日(第22回)	22年4月20日(水)11:45～(結審)	21年7月12日(第20回)、21年9月8日(第21回)	39	
27	鹿児島	32			32	2015年12月24日			21	◎	国賠あり	21年12月22日(第20回)	22年3月16日(水)14:30～(第21回)	21年7月2日(第18回)、21年10月6日(第19回)	31	
28	宮城	1			1	2016年2月29日			4	(◎)		22年2月28日(結審)	22年7月27日(水)13:10～(判決)	21年10月4日(第24回)、21年12月15日(第25回)	1	
29	青森	4			4	2017年1月27日				◎		22年1月21日(第20回)	22年4月15日(金)14:00～(第21回)	21年8月20日(第18回)、21年10月29日(第19回)	3	
30	東京(新)	39	17	1	57	2018年5月14日	7月2日	9月14日		◎	国賠(1万円)	21年2月8日(第11回)	22年7月19日(火)11:00～(第12回)	21年6月14日(第9回)、21年10月1日(第10回)	56	
	合計	913	94	14	1021				309						890	261

※表中で(進行協議)とある広島は、次回口頭弁論日が未定。静岡の2018年引き下げ提訴の弁論は、6/19(第1回)、10/2(第2回)、21年1/29(第3回)、5/14(第4回)14:30～、22年2/4(第5回)14:30～(今後)青森(22回)2022年6月10日(金)14:00～、三重(33回)2022年7月14日(木)11:00～、沖縄(42回)2022年7月14日(木)13:30～、

愛知控訴20年7月7日、大阪・付帯控訴21年3月8日、北海道控訴21年4月12日、福岡控訴21年5月24日、京都控訴21年9月22日、石川控訴21年12月8日、兵庫控訴21年12月28日

消費税導入から33年 減税・廃止を求めて声を上げよう

止まらない物価上昇 いますぐ、5%に引き下げを

消費税が1989年4月1日に3%で始まり、33年経ちました。税率は10%まで引き上げられ、国民の負担は重くなるばかりです。

消費税は低所得者ほど負担の重くなる逆進性を持つ税金です。コロナ禍や物価の高騰による影響も重なるなか、負担を軽減する対策が必要です。

世界では80カ国・地域で消費税の減税が実施されています。日本でも負担軽減につながる消費税減税に踏み出すべきです。

不公平な税制を正せば 消費税は減税できる

消費税が導入された1989年以降、日本社会の格差が広がりました。内閣府の調査によると、1994年と2019年の世帯所得を世代別に比較したところ、最大184万円も減少していることが明らかになりました。

一方、消費税導入以降33年間で法人税は326兆円、所得税は287兆円も減収しています。減収分は度重なる消費税増税で穴埋めされています。低所得者ほど負担の重い税制が格差を広げている実態に目を向けるべきです。

大企業や富裕層に恩恵を与える、不公平な税制を正しましょう。能力に応じた税制に転換すれば、消費税の減税や廃止も可能です。

「消費税の引き下げを」「公平な税制の実現を」の声を一緒に上げましょう。

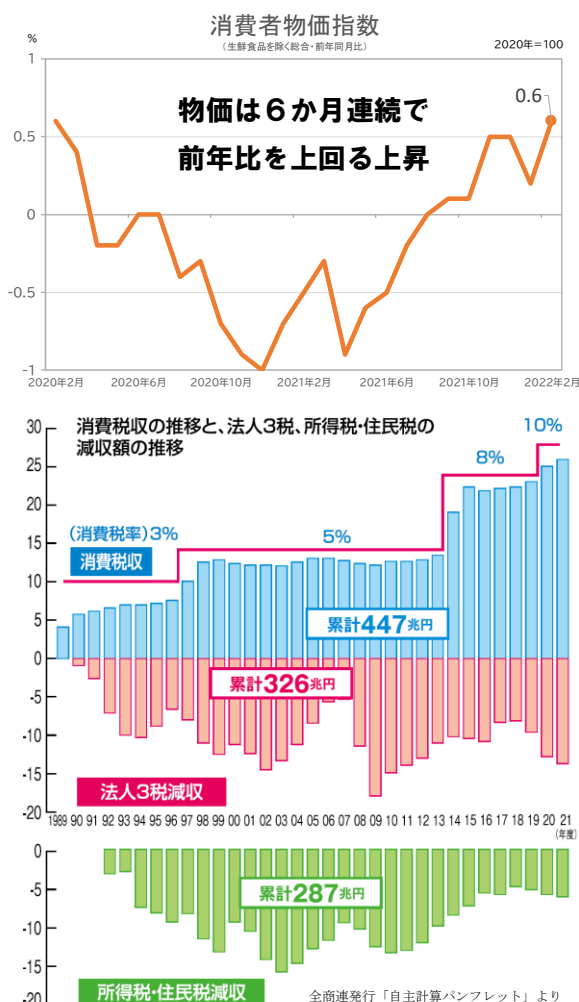
**消費税率5%への減税を求める
国会請願署名にご協力ください**

4月に予定される主な値上げ

商品	値上げ幅・額
輸入小麦 (国の売り渡し価格)	17.3%
食用油	40円以上 (1キロ当たり)
トマトケチャップ	3~9%
紙おむつ	10%
トイレットペーパー ティッシュペーパー	10%以上
ガス	83円※

※標準家庭のモデル料金

各社報道を基に作成



消費税廃止各界連絡会

東京都豊島区目白 2-36-13
全商連内
電話 03 (3987) 4391
FAX 03 (3988) 0820



東京都の補聴器助成自治体 一覧

2022.4 現在

自治体名	助成限度額	対象年齢	条件(一部)	問い合わせ先
千代田区	50,000円	20歳以上	千代田区内に住所を有し、現に居住していること。補聴器の必要性を認める医師の意見を得ることができる方。一耳の聴力レベルが40デシベル以上である方。	保険福祉部障害者福祉課障害者福祉係
中央区	35,000円	65歳以上	65歳以上の区内在住者。耳鼻科の医師が補聴器の使用を必要と認める方	高齢者福祉課高齢者活動支援係
港区	137,000円	60歳以上	住民課税の方は1/2。「補聴器相談医」および「認定補聴器技能者」と連携し、補聴器購入前の相談から、購入時の調整・アフターケアまで。医師から補聴器が必要と認めた方	
新宿区	支給 (2,000円負担)	70歳以上	70歳以上で聴力を低下した方。生保世帯以外が2,000円負担。	高齢者支援課
文京区	25,000円	65歳以上	区内に住所を有する65歳以上で、住民税非課税(個人)の方。医師の診断を受け、医師が補聴器の必要性を認める方	高齢福祉課高齢福祉推進係
墨田区	20,000円	65歳以上	墨田区内在住の満65歳以上で住民税非課税の方。耳鼻いんこう科の医師から本事業の所定の基準を満たすと認められ、当該医師の意見書等を提出することができる方	高齢者福祉課
江東区	現物支給 又は30,000円	65歳以上	江東区にお住まいの65歳以上の在宅の方。区で定める所得以下の方。区の高齢者補聴器支給事業の現物支給または購入費助成を受けていない方	福祉部 介護保険課 在宅支援係
大田区	20,000円	70歳以上	満70歳以上であること。大田区内に住所を有し、現に居住していること。住民税非課税世帯。耳鼻咽喉科の医師が補聴器の使用を必要と認めていること	福祉課高齢者地域支援担当
渋谷区	35,000円	65歳以上	渋谷区内に住所を有する65歳以上。住民税非課税世帯。耳鼻咽喉科専門医から本事業の基準を満たす証明を受けた聴覚障害による身体障害者手帳の対象とならない方。	高齢者福祉課サービス事業係
豊島区	20,000円	65歳以上	豊島区に住所を有する65歳以上のかた。住民税本人非課税のかた。日常生活などで耳が聞こえにくく、耳鼻科の医師から本事業の基準を満たす証明を受けた方(中等度難聴程度)。	保険福祉部高齢者福祉課
板橋区	20,000円	65歳以上	板橋区内に住所を有する65歳以上。住民税非課税世帯。耳鼻咽喉科が補聴器の使用が望ましいと判定した中等度難聴者(両耳とも)	健康いきがい部 長寿社会推進課 高齢者相談係
練馬区	25,000円	65歳以上	練馬区内に住所を有する65歳以上。住民税非課税世帯の方または生活保護受給者、中国帰国者支援給付受給者。耳鼻咽喉科の診断結果(意見書)を得られる方。身体障害者手帳をお持ちでない方で、聴覚障害による身体障害者手帳の対象とならない方。聴覚障害による身体障害者手帳の対象とならない方	高齢者施策担当部 高齢者支援課 高齢者給付係
足立区	25,000円	65歳以上	65歳以上の方。住民税非課税世帯。聴力レベルが両耳とも40dB以上70dB未満の方	高齢者福祉在宅支援係
葛飾区	35,000円	65歳以上	葛飾区民の方。満65歳以上の方。住民税非課税世帯の方。医師が補聴器を必要と認めた方	高齢者支援係 在宅サービス係
江戸川区	20,000円	65歳以上	満65歳以上で江戸川区内在住の方。住民税が非課税の方。医師から補聴器が必要と認められた方	福祉部福祉推進課
三鷹市	40,000円	18歳以上	所得制限210万円未満。医師から補聴器が必要と認められた方。22年10月から	
利島村	20,000円	65歳以上	島内に住所を有し、住民税非課税(個人)の方。医師の診断を受け、医師が補聴器の必要性を認めた方。	

東京23区は15区で実施。

平和的生存権をまもれ

—9条・25条を一体で考える—

日本国憲法・前文(抜粋)

われらは、全世界の国民が、ひとしく恐怖と欠乏から免かれ、
平和のうちに生存する権利を有することを確認する。

憲法
特集

本書を活用して、
自民党改憲を阻止しよう!

改憲議論が活発になり、憲法9条だけではなく私たちのいのちと健康、暮らしを支える25条の実質的な改悪も狙われています。「憲法特集号」で平和と人権、社会保障を学び、平和と人権を守る学習と活用を呼びかけます。

／ 宣伝・活動で使える ／

Q&Aを掲載!

地域での街頭宣伝や署名活動、
学習などですぐに実践できる、分かり
やすいQ&Aを掲載しています。

Q. 憲法前文では「平和的生存権」が謳われていますが、9条と25条の関係は?

Q. 自民党は戦前～戦争中のように再び「人権」を大きく制限しようとしていると聞きますが?



目次

巻頭言・コトノハ

小森 陽一

東京大学名誉教授・九条の会事務局長



憲法を守りいかす運動の呼びかけ

憲法改悪の悪だくみ解説「Q&A」

論文1

支配者・自民党にとって、
なぜ憲法・人権が
邪魔なのか

井上 英夫

金沢大学名誉教授



論文2

人権としての
社会保障の歴史と現在

村田 隆史

京都府立大学准教授



論文3

人権後進国から先進国へ
—憲法を守り、人権を発展させる

高田 清恵

琉球大学教授



注文お申し込みの締切

第1次

4/13 [水]

第2次

4/20 [水]

中央社会保障推進協議会(中央社保協)

〒110-0013 東京都台東区入谷1-9-5 日本医療労働会館5階

TEL: 03-5808-5344 FAX: 03-5808-5345 E-mail: k25@shahokyo.jp

(資料と解説) 激動する情勢や社会保障制度がよくわかる!役に立つ!

社会保障

隔月刊(1・3・5・7・9・11月発行)

中央社会保障推進協議会 発行
定期購読(年6回)3,840円税込・送料込
定価550円税込(送料別)

平和的生存権を考える「憲法特集」
(No.502 初夏号)5月に発刊



購読申込書	定期購読申し込み	_____号から申し込みます。_____冊 (年6回)3,840円税込		社会保障 憲法特集 申し込み	憲法特集 _____冊 (定価550円税込・送料別)
	住所	(〒 -)	都道府県	区市町村	
	氏名または団体名			TEL ()	FAX ()
■請求先(送付先と異なる場合のみ)					
	住所	(〒 -)	都道府県	区市町村	
	氏名または団体名			TEL ()	FAX ()

FAX番号 03-5808-5345 *ホームページからのご注文もできます。

憲法改悪ストップ! 平和的生存権を学ぶ「憲法特集」号 9条・25条を一体で考える

巻頭言・コトノハ 小森陽一 東京大学名誉教授・九条の会事務局長
憲法を守りいかに運動の呼びかけ

特集 憲法改悪の悪くみ解説「Q&A」

論文1 支配者・自民党にとって、なぜ憲法・人権が邪魔なのか
井上英夫 金沢大学名誉教授

論文2 人権としての社会保障の歴史と現在
村田隆史 京都府立大学准教授

論文3 人権後進国から先進国へ—憲法を守り、人権を発展させる
高田清恵 琉球大学教授

地域・草の根
から憲法改悪
を止めよう!

中央社保協

中央社会保障推進協議会 <https://www.shahokyo.jp/>
〒110-0013 東京都台東区入谷1-9-5 日本医療労働会館5階
TEL 03-5808-5344 FAX 03-5808-5345

高校生向け社会保障教育指導者用マニュアル

高等学校新学習指導要領対応 人生 100 年時代の社会保障を考える「主体的・対話的で深い学び」実現のための高校生向け社会保障教育指導者用マニュアル

社会保障とは何でしょうか。その本質をわかりやすい一言でいえば「支え合い」、もう少し詳しくいえば「個人や家族の力だけでは備えることに限界がある生活上のリスクに対して、何世代にもわたる社会全体で支え合って備える仕組み」です。この本質を理解することが、社会保障について考える出発点となります。

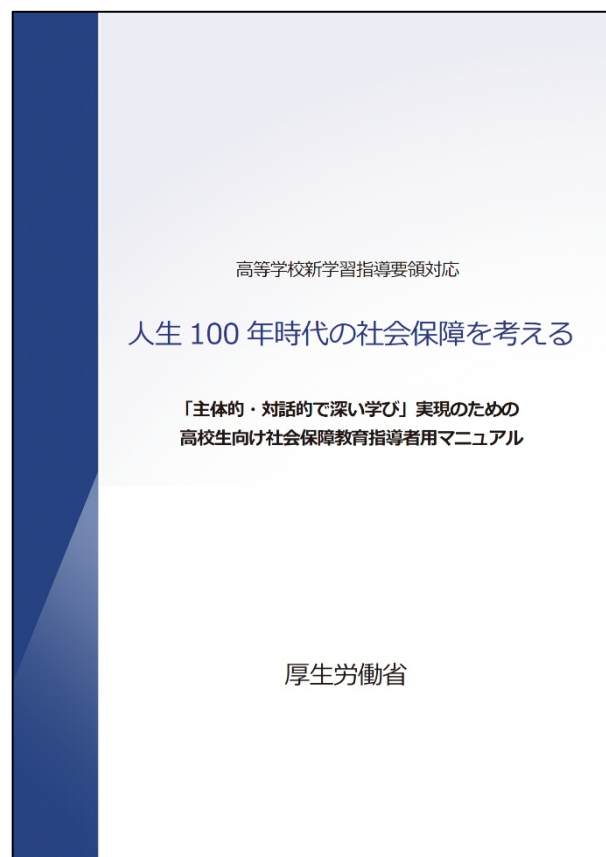
さて、令和 4 年 4 月から高等学校の新学習指導要領が年次進行で実施されます。新学習指導要領では、公民科の新科目「公共」において、「少子高齢社会における社会保障の充実・安定化」を取り扱う旨が記載されています。もちろん、安心して安定した生活を送るためには、社会保障制度を活用するための知識が必要不可欠です。しかし、学習指導要領改訂のねらいの 1 つとされている、「生徒が未来社会を切り拓くための資質・能力を一層確実に育成する」ためには、単なる制度についての知識を教えるだけではなく、社会保障の本質を理解したうえで、社会保障制度の課題と向き合い、その解決方法を主権者として皆で模索していく力を育成する必要があるのではないのでしょうか。

このような観点から、このたび、厚生労働省において社会保障教育モデル授業等に関する検討会を開催し、高等学校の教員の方々のご意見もうかがいながら、モデル授業の指導案・副教材・ワークシート等を作成しました。これらをご活用いただくことによって、公民科の「自立した主体としてよりよい社会の形成に参画する私たち」の授業等において、

- ・ 社会保険の仕組みや社会保障と財政などを含む社会保障総論と、
- ・ おおむね 20 歳から保険料を支払うこととなる公的年金保険や乳幼児期から高齢期まで一生涯の医療を支える公的医療保険という社会保障各論

の両方を題材とし、課題解決的な学習の過程を展開しながら、社会保障について教えていただくことができます。

このマニュアルが、全国の高等学校における社会保障に関する教育の一助となれば幸いです。



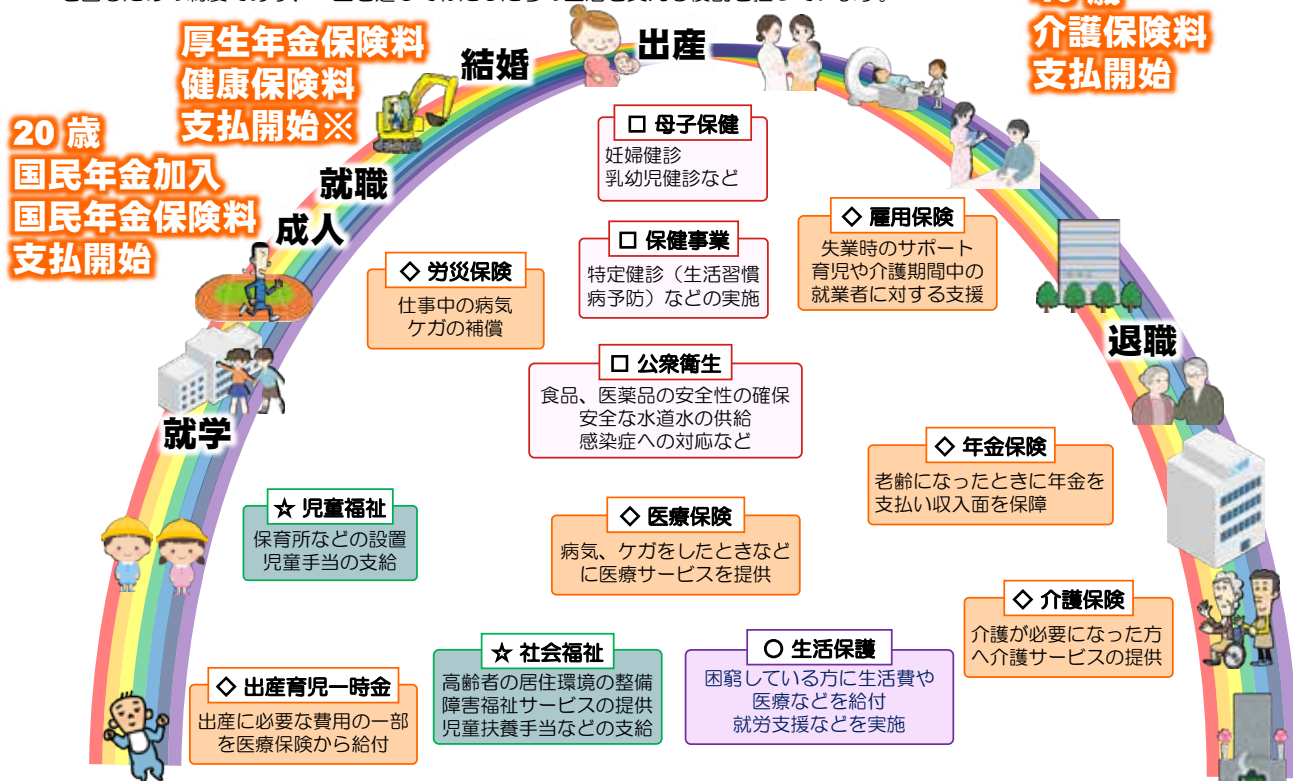
社会保障について考えてみよう

ひとくらし、みらいのために


 厚生労働省
 Ministry of Health, Labour and Welfare

わたしたちの生活と社会保障制度

わたしたちの安定した生活に欠かせない社会保障制度。日々の「安心」の確保や生活の「安定」を図るための制度であり、一生を通じてわたしたちの生活を支える役割を担っています。



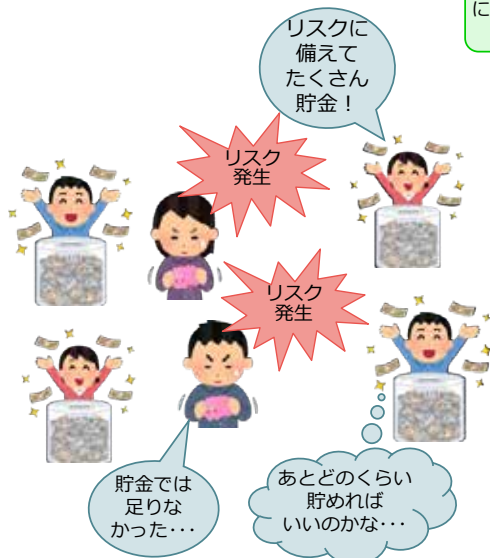
※自営業者は国民年金保険料・国民健康保険料

社会保険とは？

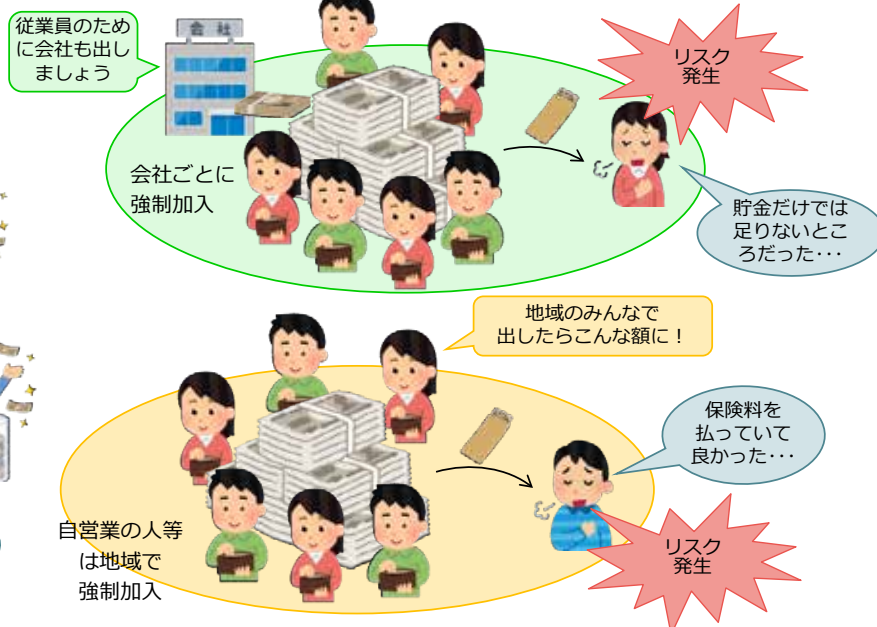
「保険」とは、誰もが人生のなかで遭遇する可能性のある様々なリスク（病気・ケガ・退職や失業、長生きによる収入減少など。）に備えて、人々が集まって集団（**保険集団**）をつくり、あらかじめお金（**保険料**）を出し合って、リスクに遭遇した人に必要なお金やサービスを支給する仕組み。

⇒社会全体でこのような「保険」の仕組みを作るのが「**社会保険**」

社会保険がないと・・・



社会保険があれば・・・



4

日本の社会保険制度

- ・「医療保険」は、病気やケガなどで通院や入院をした、出産したときなどに給付され、国民全員が加入しています（国民皆保険）。



- ・「年金保険」は、収入減少というリスクに対して収入面で保障する制度で、長生きをした（老齢年金）、障害を負った（障害年金）、お父さんやお母さんなど家計を支えていた方が亡くなった（遺族年金）ときなどに受給できます（国民皆保険）。



- ・「介護保険」は、高齢者の介護サービスを提供しています。

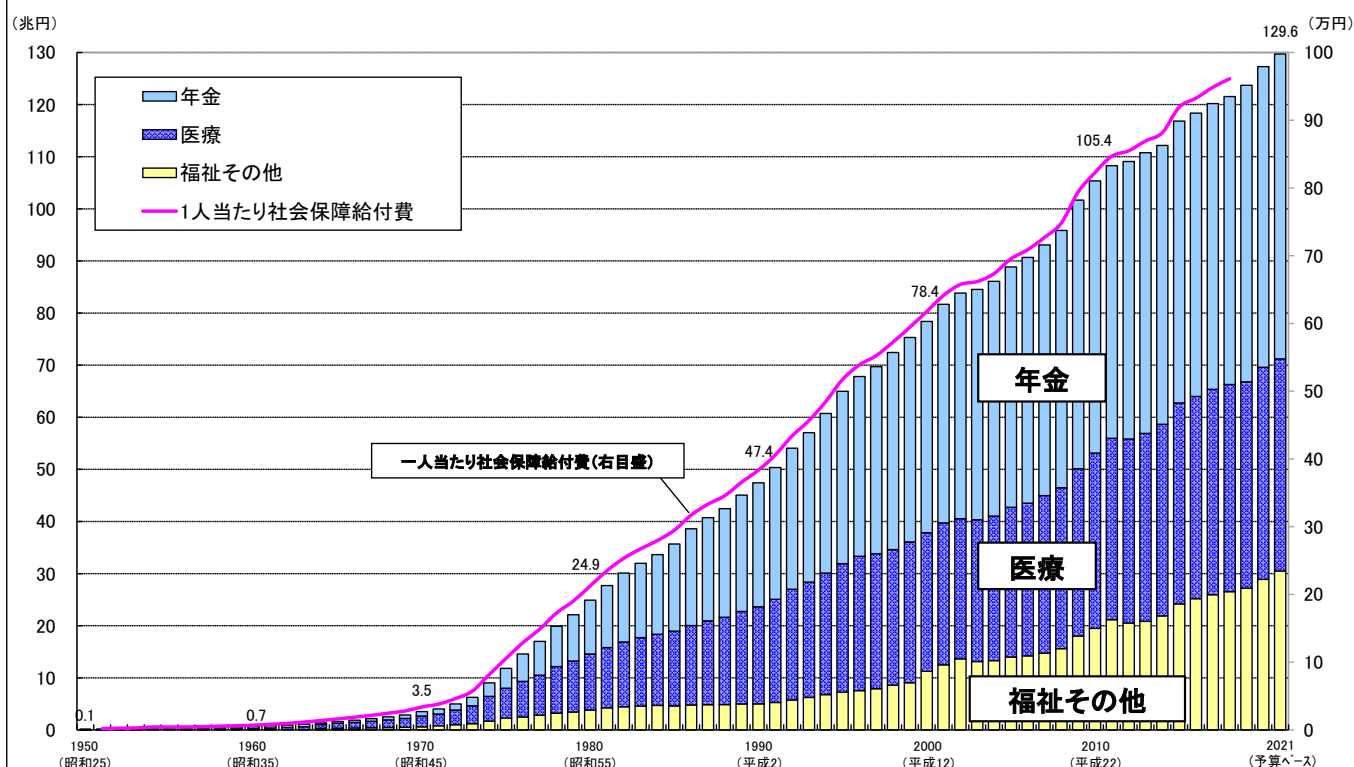


これらの社会保険制度は、

皆さんが支払う**保険料（収入に応じて負担）**と**税金**で運営され、社会全体で支え合う仕組みになっています。

5

社会保障給付費の推移



6

社会保障の給付と負担の現状(2021年度予算)

【給付】 社会保障給付費 **129.6兆円** (対GDP比 23.2%)

年金 58.5兆円(45.1%)

《対GDP比 10.5%》

医療 40.7兆円(31.4%)

《対GDP比 7.3%》

福祉その他
(介護、子ども・子育て支援等)
30.5兆円(23.5%)
《対GDP比 5.4%》

【負担】

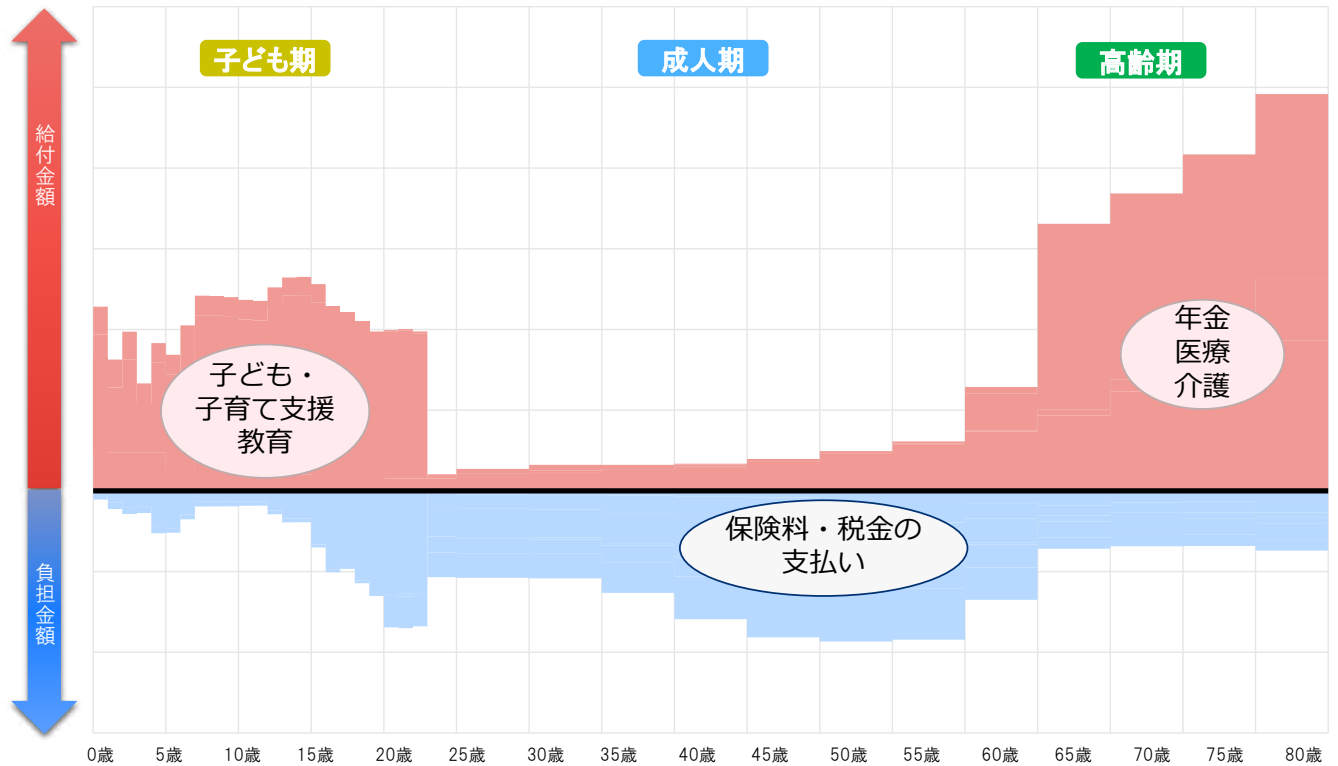
保険料 72.4兆円(58.6%)

税金 51.3兆円(41.4%)

その他の歳入

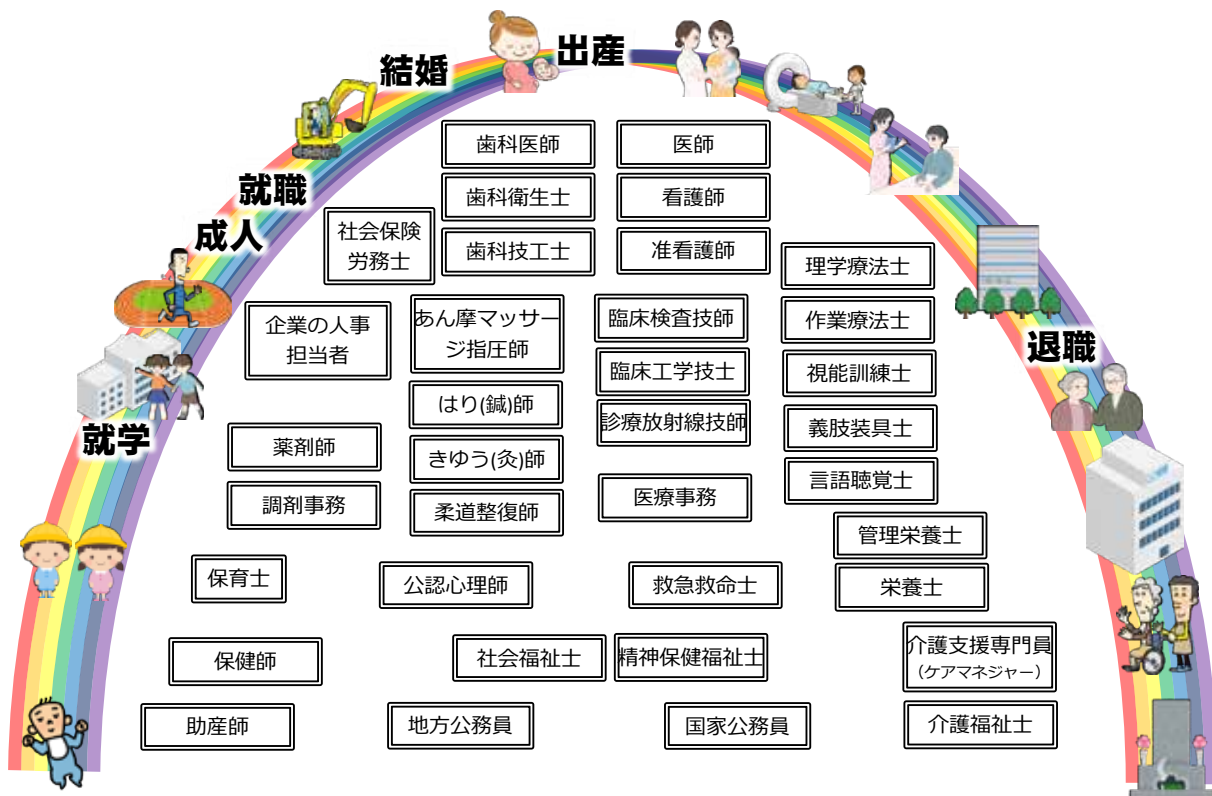
7

ライフサイクルでみた社会保障の給付と負担のイメージ



8

社会保障制度を支える主な「職業」



9

東京社保協集約署名数（2021年4月23日第51回総会～2022年3月31日）	筆	累計
お金の心配なく、国の責任で、安心してらせる社会へ社会保障制度の充実を求める請願署名（中央社保協）	5	5,632
お金の心配なく、国の責任で、安心して暮らせる社会に社会保障制度の充実を求める請願署名（東京社保協）	58	68,662
うち ハガキ筆数（ハガキ6通うち駅頭配布ハガキ4通）	10	－
75歳以上の医療費負担の原則2割化反対保険料引き下げを求める請願署名	76	708
公立・公的424病院への「再検証」要請を撤回し、地域医療の拡充を求める署名	9	182
75歳以上医療費窓口負担2割化に反対する請願署名	90	1,356
安全・安心の医療・介護の実現のため夜勤改善と大幅増員を求める国会請願	0	70
安全・安心の医療・介護の実現と国民のいのちと健康を守るための国会請願署名	131	905
都立・公社病院の地方独立行政法人化を中止し、医療サービスの充実を求める請願	5,168	28,651
「STOP介護崩壊」新型コロナ対策の強化、介護報酬の引き上げ、介護従事者の大幅な処遇改善、介護保険制度の抜本改善を求める請願署名	33	87
都立・公社病院の地方独立行政法人化を中止し、都民のいのち・くらしを守る医療の充実を求めます	37	2,443
高すぎる国民健康保険料（税）を引き下げ、誰もが安心できる国民健康保険制度の実現を求める請願	15,816	24,668
都立・公社病院の地方独立行政法人化を中止し、コロナ禍で都民が安心して医療が受けられる東京へ	56,878	56,878
介護保険制度の抜本的転換を求める請願署名	105	105
高齢者のいのち・健康・人権を脅かす75歳以上医療費窓口負担2割化中止を求める請願署名	1,042	1,042
安全・安心の医療・介護・福祉を実現し、国民のいのちと健康を守るための国会請願署名	1,462	1,462
都立病院を廃止するな！都立・公社病院の地方独立行政法人化の中止を求める請願	59,422	59,422
憲法改悪を許さない全国署名	30	30
7月からの都立病院・公社病院の地方独立行政法人化中止を求める請願	28	28
合 計	140,390	252,331

累計は署名開始時点から