

全世代型社会保障検討会議 『中間報告』に見る健康自己 責任論とビジネス化



立教大学教授
しばた ひであき
芝田 英昭

はじめに

安倍首相は2019年9月11日、内閣改造に当たって、「全ての世代が安心できる社会保障改革」を掲げた『基本方針』を閣議決定し、9月18日内閣府に全世代型社会保障検討会議（以下「検討会議」）を設置し、同検討会議事務は、内閣官房全世代型社会保障検討室が担うこととなった。

検討会議委員には、経団連会長：中西宏明と、経済同友会代表幹事：櫻田謙吾の財界ツートップが顔を揃えたことから、今まで以上に財界主導の社会保障改革を目指すものとなった。

本稿においては、第5回検討会議（2019年12月19日）に提出された『中間報告』を中心に、政府がどのような社会保障を目指すのかを検討したい。また、それに先立ち、連立与党の自民党と公明党は、『中間報告』への反映を目的に社会保障改革の意見書を取りまとめている。具体的には、自民党が2019年12月17日に公表した自民党人生100年時代戦略本部『取りまとめ』、及び公明党が

2019年12月18日に公表した全世代型社会保障推進本部『安心の全世代型社会保障の構築に向けて（中間提言）』であるが、同2文書も、本稿の検討対象とした。

1 全世代型社会保障検討会議『中間報告』等に示された社会保障改革の中身

『中間報告』の基本的スタンスは、「給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目なく全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う『全世代型社会保障』への改革を進める」、であり、給付の見直しというよりも、全世代に満遍なく負担を課すことにあると言える。

また、自民党は『取りまとめ』において、「給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、すべての世代を対象とし、すべての世代が相互に支え合う仕組みに転換するという全世代型社会保障への改革」としており、『中間報告』とほぼ同様の文言を用い、高齢者への負担増を求めている。

さらに、公明党は『中間提言』において、「全世代型社会保障を考える際、高齢者の医療・介護費用の上昇は、そのまま現役世代への負担につながることを忘れてはならない。全世代型社会保障を力強く支えている現役世代の負担に目を向けずして、全世代型社会保障の構築に向けた道筋を描くことはできない」とし、現役世代の負担を減らしその分を高齢世代の負担増で賄う方向を鮮明にしている。

この文脈からすると、政府・与党が目指す全世代型社会保障は、全世代「負担増」型社会保障といえる。

2 医療保険、および医療制度改革の具体像

1) 後期高齢者医療制度の一部負担増は、全世代3割負担への布石

自民党『取りまとめ』や公明党『中間提言』では、一定所得以上の後期高齢者に関し「窓口負担割合を引き上げる」、「負担能力に応じた負担」を求めるとしたが、『中間報告』では、一歩踏み込んで「一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割」とするとした。現在、現役所得並みの75歳以上の方は、既に3割負担であることから、かなり低い所得階層の高齢者から2割負担とする、と考えられる。

さて、企業の健康保険組合が加盟する健康保険組合連合会（健保連）は、2019年9月9日『今、必要な医療保険の重点施策—2022年危機に向けた健保連の提案—』を政府に提出し、75歳以上の後期高齢者医療制度の75歳以上高齢者一部負担を現行1割から2割負担に引き上げる政策提言を行った。

健保連の試算では、高齢者給付を支えるため、現役会社員の平均社会保険料負担割合（医療、介護、年金）が、2019年度29.1%、2022年度30.1%、2025年度31.0%へと上昇することから、高齢世代の負担割合を増やすべきとしている。

もちろん、社会保障制度を論じる場合、財源を無視した議論は無謀ではあるが、人権視点が欠落した中での改革議論も極めて本質を見失う可能性がある。安倍政権の全世代型社会保障議論、健保連の議論も、財政的つじつま合わせに終始していると言わざるを得ない。

筆者は、医療保険の一部負担に関して分析し、結論的には「一部負担の根拠は、極めて政策的判断であって、基本的人権からの視点は皆無¹⁾」であると指摘した。つまり、2割負担も政策的判断であり、今後とも2割で止まる根拠は存在しないばかりか、2002年10月施行の「健康保険法等の一部を改正する法律」の附則2条においては、「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする」、と将来全ての医療保険において一部負担を3割にすることは既に法定されている。

したがって、『中間報告』が、後期高齢者医療における一部負担1割を堅持し、一定所得以上の者についてのみ2割とするとの方向は、「近い将来3割」にするためのステップと見るべきではなかろうか。骨太方針2019の「年齢等にとらわれない視点から検討を進める」との文言はその点を傍証する材料となる。(表1)

2) 大病院外来受診時定額負担の拡大

経済同友会代表幹事の櫻田委員は、第4回検討会議において、外来時定額負担の導入に関し、「自己負担割合の引き上げと、受診時の定額負担

表 1 後期高齢者の一部負担のあり方

引用元	引用文
全世代型社会保障検討会議 『中間報告』 2019年12月19日	<ul style="list-style-type: none"> ・医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。 ・後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。 ・その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。
自由民主党人生100年時代 戦略本部『取りまとめ』 2019年12月17日	<ul style="list-style-type: none"> ・医療においても、現役並みの所得の方を除く75歳以上の高齢者医療の負担の仕組みについて、すべての世代が公平に支え合うため、負担能力に応じたものへと変革していく必要がある。 ・医療費の窓口負担割合が現在1割とされている高齢者（75歳以上。現役並みの所得者は除く）であっても一定所得以上の方に限っては、その医療費の窓口負担割合を引き上げる。 ・その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、具体的な所得基準とともに、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。
公明党全世代型社会保障推進 本部『安心の全世代型社会保 障の構築に向けて(中間提言)』 2019年12月18日	<ul style="list-style-type: none"> ・現行の1割負担という仕組みを基本として、後期高齢者の負担のあり方の検討にあたっては、生活実態や利用状況等を踏まえ、具体的な影響を丁寧に見つつ、負担能力に応じた負担という観点に立って、慎重に検討するべきである。

出典：全世代型社会保障検討会議『中間報告』2019年12月19日、自由民主党人生100年時代戦略本部『取りまとめ』2019年12月17日、公明党全世代型社会保障推進本部『安心の全世代型社会保障の構築に向けて(中間提言)』2019年12月18日、より筆者作成。太字筆者。

が議論されているわけですがけれども、(中略)当然にして、これはどちらも実行するべき²⁾とした。また、東京大学大学院客員教授の増田寛也^{ますだひろや}委員も、「外来受診時の定額負担についても制度改革を実現して、(中略)、その実施を2022年の年初までに確実に間に合わせることが、極めて重要である³⁾と指摘した。

しかし、『中間報告』、及び自民党『取りまとめ』では、「外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討」と同じ文言が記述され、かかりつけ医の確立とセットで、今後の検討に回された。検討会議委員からは、強い口調で「受診時定額負担」の導入が叫ばれたが、政府は国民の納得が得られないと判断し、中間報告では、現在400床以上の病院への紹介状なしの初診時5000円、再診時2500円の定額負担を、200床以上の一般病院に拡大することとした。

ちなみに、2013年度の厚労省の資料⁴⁾によれば、400床以上の病院数は、全病院8605病院の内

822病院で、全病院数の9.6%で1割を切っている。しかし、200床以上の一般病院が対象となれば、その数は2654病院で、全体の30.8%となり、身近な病院へもかかることができなくなる可能性が高い。

しかし、『中間報告』の「まずは、(中略)大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充」との文言からも、今回の提案は全ての「医療機関での受診時定額負担」へのステップであり、最終報告ではその対象が全ての医療機関に拡大される可能性もある。(表2)

3 介護保険制度改革の具体像

当初予想されたような、一部負担を1割から2割へ倍加、また要介護1・2の方の訪問介護・通所介護等を介護保険から外し自治体の地域支援事業へ移行する、との方向性は示されなかった。政権与党の公明党『中間提言』でも、「多様な担い

表2 大病院外来受診時定額負担の拡大

引用元	引用文
全世代型社会保障検討会議 『中間報告』 2019年12月19日	<ul style="list-style-type: none"> ・医療のあるべき姿は、「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での看取りを含めた生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療に変わりつつあり、身近なところで診療を受けられる「かかりつけ医」の普及や訪問看護の充実が不可欠となる。 ・大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。 ・一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担う方向を目指す。 ・外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討。 ・まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。 ・他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上（医科の場合）の定額負担を求める。 ・大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。
自由民主党人生100年時代戦略本部『取りまとめ』 2019年12月17日	<ul style="list-style-type: none"> ・医療のあるべき姿は、「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での看取りを含めた生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療に変わりつつあり、身近なところで診療を受けられる「かかりつけ医」の普及や訪問看護の充実が不可欠となる。 ・大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。 ・一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担う方向を目指す。 ・外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討。 ・まずは、選定療養である現行の紹介状なし大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。 ・紹介状なしで大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上（医科の場合）の定額負担を求める。 ・大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。
公明党全世代型社会保障推進本部『安心の全世代型社会保障の構築に向けて(中間提言)』 2019年12月18日	<ul style="list-style-type: none"> ・受診時定額負担による受診抑制により重症化させて大きなリスクを作る影響があるならば受け入れることは困難である。 ・一方で、病院・診療所の役割分担と連携を推進する観点から、現行の選定療養制度のあり方を検討することも必要である。

出典：全世代型社会保障検討会議『中間報告』2019年12月19日、自由民主党人生100年時代戦略本部『取りまとめ』2019年12月17日、公明党全世代型社会保障推進本部『安心の全世代型社会保障の構築に向けて(中間提言)』2019年12月18日、より筆者作成。太字筆者。

手によるサービス提供等が市町村で大きな格差がある中、要介護1・2の軽度者を地域支援事業に移行することは適当ではない」と指摘され、次回衆議院総選挙をたたかうには不利と判断し、具体的表現を避けたとも考えられる。

しかし、「介護サービスと保険外サービスの組み合わせに関するルールの明確化」との表現で「混合介護の拡大」を提案したことは、介護保険分野のビジネス化を現在以上に促進する可能性が高い。現時点では、介護保険で許されている「混合介護」は、同一時間内において介護保険給付サービスと保険給付外サービスを併用（併給）はできないことから、保険給付サービスを行う時間と保険給付外サービスを行う時間は、明確に分離

しなければならない仕組みである。

例えば、東京都豊島区は、2017年に「選択的介護構想」を掲げ、国家戦略特区に手を上げ、2019年4月より3年間のモデル事業に着手した。当初導入を予定していた「保険内外の同時一体的提供」、「指名料等」は、利用者の保護の観点から実施を見送り、現行の規制の範囲内で実現可能なサービスと規制緩和が必要なサービスを整理して、優先的に着手する内容を決めモデル事業を実施した。従来のような民間主体の混合介護ではなく、保険外サービスにおいても「書面契約やサービス提供の記録」等を提供事業者を求める。加えて、ケアプランに保険外サービスに関しても記載を義務化した。

表3 介護保険制度改革の具体像

引用元	引用文
全世代型社会保障検討会議『中間報告』 2019年12月19日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 公的保険制度における介護予防の位置付けを高めるため、介護インセンティブ交付金の抜本的な強化を図る。 ・ 介護サービスと保険外サービスの組み合わせに関するルールの明確化。 ・ 科学的なエビデンスの構築等による標準的な介護サービス水準に関する社会的な合意形成の促進等やそれらに基づく介護報酬、人員基準の見直しにより、介護事業者の創意工夫と投資を引き出し、効果的・効率的、健全で持続可能性の高い介護提供体制の構築を進める。
自由民主党人生100年時代戦略本部『取りまとめ』 2019年12月17日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護サービスと保険外サービスの組み合わせに関するルールの明確化。 ・ 科学的アプローチに基づく標準的な介護サービス水準に関する社会的な合意形成の促進等、介護事業者の事業機会・リスクの予見可能性を高め投資と創意工夫を引き出すことにより、効率的、健全で持続可能性の高い介護提供体制の構築を進める。
公明党全世代型社会保障推進本部『安心の全世代型社会保障の構築に向けて(中間提言)』 2019年12月18日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 軽度者に対する給付のあり方については、総合事業の実施に関して、多様な担い手によるサービス提供等が市町村で大きな格差がある中、要介護1・2の軽度者を地域支援事業に移行することは適当ではない。

出典：全世代型社会保障検討会議『中間報告』2019年12月19日、自由民主党人生100年時代戦略本部『取りまとめ』2019年12月17日、公明党全世代型社会保障推進本部『安心の全世代型社会保障の構築に向けて(中間提言)』2019年12月18日、より筆者作成。太字筆者。

この点を鑑みれば、政府の思惑通りの「混合介護」が進んでいるわけではない。しかし、『中間報告』公表後の第6回検討会議（2020年2月19日）において、「介護サービスの生産性向上」と「保険内外のサービス提供」が主要課題であったことを考えると、今後は、混合介護の促進、一部負担の見直し、軽度者の保険給付からの除外、また個々の事業者における介護給付費の割引を通して実質的に価格競争を促し、介護保険の「私保険化」を進める可能性がある。（表3）

4 年金制度改革の行方

第1回全世代型社会保障検討会議において、経団連会長の中西委員は、より多くの方が年齢に関わりなく活躍できるよう「年金の受給開始年齢の弾力化」をすべき、と発言。また、櫻田委員は、年金改革を「支え手の拡大を、働き方改革とあわせて検討していく必要がある」と強弁した。

また、骨太方針2019では、「高齢期における職業生活の多様性に応じた一人一人の状況を踏まえた年金受給の在り方について、高齢者雇用の動向、年金財政や再分配機能に与える影響、公平性

等に留意した上で、繰下げ制度の柔軟化を図るとともに、就労意欲を阻害しない観点から、将来的な制度の廃止も展望しつつ在職老齢年金の在り方等を検討し、社会保障審議会での議論を経て、速やかに制度の見直しを行う⁵⁾としている。

厚生労働省は、第10回社会保障審議会年金部会に年金繰下げ支給の根拠とされる高齢者の就労意欲の高さを示した資料⁶⁾を提出した。同資料によると、「現在仕事をしている60歳以上の約8割が65歳を超えても、又は年齢にかかわらず働けるうちはいつまでも仕事をしたいという意向を持っている⁷⁾」こと、また健康度も「10～20年前と比較すると、5～10歳程度若返っている⁸⁾」ことから、繰下げ制度柔軟化の根拠としている。

しかし、高齢者の労働意欲が高いことが、年金の繰下げ支給の理由として適切かは大いに疑問である。高齢者の老齢年金収入や、その他の収入が低いことから、生活費を得るために働かざるを得ない実態があり、労働意欲の高さは、「労働せざるを得ない生活実態の裏返し」と理解できる。

この間、高齢者世帯の貧困化が確実に進んでいる。厚生労働省の生活保護被保護者の調査によれば、2019年7月時点で生活保護受給世帯は162万9000世帯、そのうち約半数の約89万世帯が高齢者世帯、また、その約9割の81万9132世帯が一人暮

表4 年金制度改革

引用元	引用文
全世代型社会保障検討会議 『中間報告』 2019年12月19日	<ul style="list-style-type: none"> ・60歳から70歳まで自分で選択可能となっている年金受給開始時期について、その上限を75歳に引き上げる。 ・今回の改正では、50人超規模の企業まで厚生年金（被用者保険）の適用範囲を拡大することとする。 ・60～64歳に支給される特別支給の老齢厚生年金を対象とした在職老齢年金(低在老)については、就労に与える影響が一定程度確認されているという観点、2030年度まで支給開始年齢の引上げが続く女性の就労を支援するという観点、また、制度を分かりやすくする観点から、現行の28万円から65歳以上の在職老齢年金制度(高在老)と同じく47万円の基準に合わせることをとする。
自由民主党人生100年時代 戦略本部『取りまとめ』 2019年12月17日	<ul style="list-style-type: none"> ・年金の受給開始時期の上限を75歳に引き上げる。 ・今回の改正では、50人超規模の企業まで適用するスケジュールを明記する。 ・60～64歳に支給される特別支給の老齢厚生年金を対象とした在職老齢年金(低在老)については、就労に与える影響が一定程度確認されているという観点、2030年度まで支給開始年齢の引上げが続く女性の就労を支援するという観点、また、制度を分かりやすくする観点から、現行の28万円から65歳以上の在職老齢年金制度(高在老)と同じく47万円の基準に合わせる。
公明党全世代型社会保障推進 本部『安心の全世代型社会保 障の構築に向けて(中間提言)』 2019年12月18日	<ul style="list-style-type: none"> ・年金の受給開始時期は、60歳から70歳の間で選択できる。(中略) 上限年齢を、75歳に引き上げるべきである。 ・労働者の職場選択や事業者間の競争に影響を与えることも鑑みれば、可能な限り被用者保険の適用を進めるべきである。 ・60歳前半を対象とした在職老齢年金（低在老）は、就業抑制効果を確認した調査もあることから、その基準を47万円まで速やかに引き上げ、在職老齢年金制度を、年齢による違いがないわかりやすい制度とすべきである。

出典：全世代型社会保障検討会議『中間報告』2019年12月19日、自由民主党人生100年時代戦略本部『取りまとめ』2019年12月17日、公明党全世代型社会保障推進本部『安心の全世代型社会保障の構築に向けて(中間提言)』2019年12月18日、より筆者作成。太字筆者。

らし高齢者世帯である。同世帯は、2008年46万8390世帯（4～7月期平均）、2013年64万7317世帯（4～7月期平均）と2000年代以降、確実に右肩上がりに増加しているし、2008年と2019年の比較では、一人暮らし高齢者生活保護世帯数は1.7倍に増加したことになる。

2017年の老齢年金受給者実態調査によれば、老齢年金受給の一人暮らし世帯の家計収入は、年平均約240万円で、そのうち老齢年金受給額が約145万円と家計の約7割を占めている。また、4割の世帯が年平均収入150万円未満となっている。

これらの実態からも、高齢者の就労意欲が高いのは、収入を得るため止むを得ず働く姿であり、一定の年金収入等で十分生活できるのであれば、無理を押しつけて就労することはなくなる。厚生労働省が社会保障審議会年金部会に示した、高齢者の労働意欲の高さから、年金受給年齢の繰り下げを論ずるのは、事実の歪曲であり、削減ありきの結論を導き出すためのレトリックと言わざるを得ない。

また、年金は、現役時代の不安定な就労実態が、低年金・無年金へと繋がる。現在、約4割と言われる非正規労働者が、高齢期を迎え老齢年金受給となった場合、不安定な年金額と低収入から、結果的に益々高齢者の生活保護受給者が増えることになるのではないだろうか。

年金改革の柱には、誰もが老後も安心して暮らせるだけの租税財源の基本年金支給がますます求められるのではなかろうか。(表4)

5 安倍政権が狙う「健康自己責任と健康・医療産業の促進」

安倍政権の全世代型社会保障改革は、単純に全世代の負担増を狙っているだけではない。その究極の目的は、社会保険がカバーする範囲を縮小し健康・医療産業を育成することで、財界の新たな儲け先を開拓していくことにある。

『中間報告』は、「平均寿命の伸びを上回る健康

寿命の延伸へ向けた予防・健康づくりの強化、セルフケア・セルフメディケーションの推進、ヘルステアリテラシーの向上」を目指すとしているが、実は2014年制定の「健康・医療戦略推進法」以降、健康自己責任と健康・医療産業の促進がセットで着々と準備が進められてきた。

骨太方針2019では、「個人の自発的な予防・健康づくりの取組を推進するため、ヘルステアポイントなど個人のインセティブ付与につながる保険者の取組を支援し、先進・優良事例の横展開を図る」⁹⁾とし、その具体化として、厚生労働省の国民の健康づくりに向けたPHR（Personal Health Record、個人の健康情報を一元管理するシステム）の推進に関する検討会は、2019年11月に『国民・患者視点に立ったPHRの検討における留意事項』を提出し、「PHRについては、国民・患者の保険医療情報を本人自身が活用して予防・健康づくり等に活用するとともに、それを本人同意の下に医療・介護現場で役立てることを目指す。個人の健康医療情報をサマリー化・ストーリー化など個人が理解しやすい形で提供することで、自らの健康管理・予防行動につなげられるようにする」¹⁰⁾とし、「個人の自発的な予防・健康づくり」との文言で健康自己責任論を展開している。

また一方で、「健康・医療戦略推進法」は、その1条で「健康長寿社会の形成に資する新たな産業活動の創出及び活性化並びにそれらの環境の整備を図るとともに、それを通じた我が国経済の成長を図ることが重要となっていることに鑑み、健康・医療に関する先端的研究開発及び新産業創出に関し、基本理念、国等の責務、その推進を図るための基本的施策その他基本となる事項について定める」とし、また14条は、「国は、健康長寿社会の形成に資する新たな産業活動の活性化を図るため、医療分野の研究開発の成果の企業化の促進その他の新たな産業活動の創出及びその海外にお

ける展開の促進に必要な施策を講ずるものとする」との目的を示した。

同法に則り健康・医療分野産業を促進する目的で、2014年7月内閣に「健康・医療戦略推進本部」が設置された。それに伴い、2013年6月14日に策定された『健康・医療戦略（2014）』が改定の上、2014年7月22日に閣議決定された。

同戦略（2014）は、「世界最先端の質の高い医療の実現に加え、疾病予防、慢性期の生活支援等を念頭に置いた公的保険外の新しいヘルステアの市場を創出する。また、新しい医薬品、医療機器等及び医療技術並びに医療サービスや新しいヘルステアサービスの海外展開を図ることで、国際的医療協力を図りつつ、国外の市場も開拓する」¹¹⁾とし、いわば公的保険がカバーする範囲を縮小したところに、ヘルス産業を促進し海外にまで進出することを明確にした。

この戦略を主導したのが和泉洋人^{いずみひろと}と大塚寛子^{おおつかひろこ}である。和泉洋人は、国土交通省の官僚であったが、2013年の第2次安倍内閣改造において、「国土強靱化及び復興等の社会資本整備並びに地域活性化並びに健康・医療に関する成長戦略担当」総理大臣補佐官となり、同時に内閣官房健康・医療戦略室室長に就任している。また、大塚寛子は、医師で厚労官僚。同氏は、2015年に内閣官房に出向し、健康・医療戦略室参事官に就任、その後2019年7月には、厚生労働省大臣官房審議官に就任。内閣官房健康・医療戦略室次長を兼ねている。つまり、和泉総理大臣補佐官と大塚大臣官房審議官が、健康・医療分野ビジネス化の実質的な牽引者である。

経済産業省は、2019年4月に「多様で魅力的な公的保険外の民間サービスを地域において創出することが不可欠、(中略)、公的な医療・介護と民間サービスとが整合的、相互補完的に位置づけられることが重要」¹²⁾「『地域包括ケアシステム』を

補完する形で、『予防・健康サービス』、『食・農』、『観光』等の地域資源を活用し、医・農工商による連携を通じ新たなビジネスを創出する¹³⁾との方針を明確にしている。

国民の生存権・生活権に関わる健康・医療分野を資本の利益のためにビジネス化すれば、健康・医療が商品化され、買える者とそうでない者との分断を引き起こし、最も弱い立場にある人々が排除されることになる。人権原理から考えれば、健康・医療分野こそビジネスにはそぐわない分野である。全世代型社会保障改革の下で繰り広げられる健康・医療分野のビジネス化の本当の狙いを見極めつつ、人権原理から社会保障推進を訴える国民的運動がますます求められている。

【注】

- (1) 医療保険の「一部負担」に関する見解は、芝田英昭(2019)『医療保険「一部負担」の根拠を追う』自治体研究社を参照されたい。
- (2) 全世代型社会保障検討会議(2019)『第4回議事録』2019年11月26日、p8。
- (3) 全世代型社会保障検討会議(2019) p12。
- (4) 第3回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方

- に関する検討会(2013)『資料5』2013年1月11日。
- (5) 経済財政審問会議(2019)『経済財政運営と改革の基本方針2019(骨太方針2019)』2019年6月21日、p58、59。
- (6) 社会保障審議会年金部会(2019)『今後の年金制度改正について』2019年9月27日。
- (7) 社会保障審議会年金部会(2019) p5。
- (8) 社会保障審議会年金部会(2019) p4。
- (9) 経済財政審問会議(2019) p61。
- (10) 厚労省国民の健康づくりに向けたPHRの推進に関する検討会(2019)『国民・患者視点に立ったPHRの検討における留意事項』2019年11月、p1。
- (11) 閣議決定『健康・医療戦略(2014)』2014年7月22日、p13。
- (12) 経産省(2019)『地域でのヘルスケアビジネス創出に向けた取組方針』p1。
- (13) 経産省(2019) p1、2。

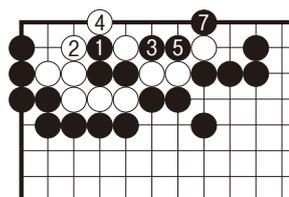
しばた ひであき 1958年福井県敦賀市生まれ。立教大学コミュニティ福祉学部教授、自治体問題研究所理事、医療生協さいたま理事、日本医療福祉政策学会幹事、ニュージーランド学会理事。近著に『医療保険「一部負担」の根拠を追う』(2019年)自治体研究社、『新版基礎から学ぶ社会保障』(2019)自治体研究社、『高齢期社会保障改革を読み解く』(2017)自治体研究社、など。

詰碁・詰将棋の解答と解説

詰碁の解答と解説

解答 黒先、白死。

解説 黒1と三子にするのが好手です。白2に黒3、5の切りが先手になり解決です。



白6 二子ツグ

詰将棋の解答と解説

解答 ▲2三金△同角▲2二竜△同玉▲3一角△1二玉▲2四桂まで七手詰。

解説 俗手の▲2三角は△同角▲同金△同玉▲4一角△1三玉で詰みません。正解は軽く捨てる▲2三金です。△同玉は▲3二竜△1三玉▲3一角までですので△2三同角ですが、そこでの▲2二竜が決め手の捨て駒で△同玉に▲3一角から▲2四桂までとなります。