

ステージB 医療・介護・国保・公衆衛生は、いま

□ 総括報告

1. 社会保障制度改革は「住民」と「自治体行政」にどう現れているか

税と社会保障一体改革にはじまり、現在は、医療、介護、国保等の一体改革になって国民の暮らしに襲いかかっている。以下、その仕組みを説明する。

- ① 安倍政権は、医療費抑制を最大課題にすえている。しかも医療を成長産業にするための薬価引上げ等による負担増までをカバーできるほどの医療費抑制を策している。
- ② 具体的には、医療・介護総合確保推進法により全都道府県に「地域医療構想」を策定させ、41道府県に病床数をはじめとした提供体制縮小を求めている。また、公立病院には総務省をつうじて第2次の「公立病院改革」による合理化を迫っている。
- ③ 埼玉は縮小ではなく「増」になっている。しかし、それは「本来の体制増を抑制した増」であることを見抜かなければならない。そして、地域の医療機関縮小(病床数含め)、医療従事者数の抑制の結果、ますます非正規化や劣悪な働き方を求められることになる。
- ④ 住民にとっては、慢性期患者の病院からの追い出し ⇒ 受皿は介護施設 ⇒ そのため、事前に軽度介護者を追い出す(要支援と要介護2までは実行済) ⇒ 地域の安上がり受皿は自治体の総合事業で ⇒ はみ出した者は行き場がなくなる = 「医療難民」「介護難民」「死に場所難民」は決して大げさではなくなってしまう。
- ⑤ さらに、医療費抑制の進捗をチェックするために、医療費統制の単位となる都道府県に国保事業者にして、市町村を統制するための都道府県移管を再来年4月実施。

すでに、各市町村は国保税徴収制度の統一、一般会計からの繰り入れ抑制、徴収率向上策を進めており、今後は市町村ごとに医療費抑制貢献度で財政圧力がかかって、住民の医療要求ではなく、徴収率・財政で国保事業が行われることになりかねない。

2. 財務省主導で進められる社会保障解体

第二次安倍政権以降の社会保障解体の「深掘り」は、次ページの資料のとおり、その多くは「財務省案」が先にある、そのもとで厚生労働省が具体化している。つまり、厚労省は財務省に動かされている～そして、自治体は厚労省の指示のもとに動かされている～これでは働く意欲が減退してしまう。この構造は国民主権、地方自治などの憲法の原理とは異なるものであり、ここでも安倍政権の憲法ないがしろの姿勢が明らかになる。

3. 自治体職員への犠牲転嫁のもとに進められる社会保障解体

- ① 社会保障の実務は誰が担っているのか。自治体や社会福祉法人等の労働者である。しかし、その処遇は極めて低劣であり、それが担い手不足に拍車をかけている。
- ② 長時間労働、不安定雇用、低賃金のうえに、医療・介護・公衆衛生は成り立っている。
- ③ 医療・介護の担い手は、シルバー人材・外国人技能実習生がねらわれている。
- ④ 度重なる制度変更と権限・事務移譲で自治体正規職員は疲弊している。

● 財務省主導で進められている実態

今後の「社会保障改革」の工程（財務省案）

検討項目	工程
【医療】	
○高齢者の高額療養費を現役世代と同水準に	16年末までに結論、速やかに実施
○入院食費・居住費に患者の預貯金等にもとづく負担を導入	16年末までに結論、速やかに実施
○一般病床（難病のぞく）の居住費（光熱水費分）を患者負担に	検討のうえ、17年に法案提出（※）
○かかりつけ医以外を受診した場合の追加負担	検討のうえ、17年に法案提出（※）
○市販品類似医薬品の保険給付外し	検討のうえ、17年に法案提出（※）
○75歳以上の窓口負担を原則2割に	できる限り早期に具体化案まとめる
【介護】	
○高額介護サービス費の負担上限引き上げ	16年末までに結論、速やかに実施
○軽度者に対する生活援助を原則自己負担に	検討のうえ、17年に法案提出（※）
○軽度者の福祉用具・住宅改修を原則自己負担に	検討のうえ、17年に法案提出（※）
○要介護1・2への通所介護を地域支援事業に	検討のうえ、17年に法案提出（※）
○65～74歳の利用料負担を原則2割に	検討のうえ、17年に法案提出（※）
○75歳以上の利用料負担を原則2割に	できる限り早期に具体化案まとめる
【年金】	
○所得が一定以上の高齢者の年金一部支給停止	検討のうえ、17年に法案提出（※）
○支給開始年齢のさらなる引き上げ	次期の財政検証ふまえ、法案提出
○公的年金等控除を含めた年金課税の見直し	税制調査会で議論
【生活保護】	
○能力に応じた就労等を行わない受給者に対する保護費減額	18年に法案提出等の措置

（※）速やかに関係審議会において実現・具体化に向けた検討を開始し、16年末のできる限り早い時期に結論を得て、遅くとも17年通常国会に所要の法案を提出

出典：財務省資料より小池事務所が作成

地域医療構想で国の医療責任・公的役割は後退

これからの地域医療を考える場合に、一つは厚生労働省が進める「地域医療構想」の策定と具体化誘導による、a) 病院機能の分化・連携、b) 病床数見直し、c) 医師・看護師等の確保も含めた医療提供体制がどうなるか、d) それらも含めて医療費の抑制がどのように進められるかがポイントになる。

もう一つは、総務省が求める「新公立病院改革プラン」策定の中で、a) 公立病院が地域の医療水準を高める役割を果たせるのか、b) 縮小再編が求められる中で、民間病院も含めた「再編・ネットワーク化」に耐えられるのか、c) 独立採算全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者化などの経営形態の導入圧力に対抗できるか、d) 医師・看護師不足の中で小児や周産期医療体制の確保ができるのか、e) そして、それらも含めて「黒字化」が実現できるかが迫られている。

さらに一つ加えると、東日本や熊本地震をふまえ、不採算であっても住民の命を守る公的な医療体制の充実も問われている。以下、3視点から地域医療行政を考えてみる。

1. 地域医療構想によって「医療を受ける権利」が抑制？

- ① 2014年6月に成立した「医療・介護総合確保推進法」をうけ、全ての都道府県で2016年度中の「地域医療構想」の策定が進められている。
- ② 「地域医療構想」とは、2025年にむけて、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分で地域ごとの病床数を推計して定め、医療需要に合わせて医療体制の適正化を図るものと説明されている。実態や本質は別にして、である。
- ③ 全国の推計状況をみると、病床の3割以上削減10県、2~3割削減17県、1~2割削減1道9県、1割未満削減1府3県、増加1都1府4県で、医療過疎の埼玉は当然「増加県」に入っている。ただし、これで埼玉の医療が改善されると思ったら誤りである。
この推計システムは削減ありきで厚生労働省が作成した「地域医療構想策定ガイドライン」を根拠にしており、本来の必要数からみれば大幅に足りない可能性がある。
- ④ この構想ガイドラインは、a) 根拠のない病床稼働率と、b) レセプトで算出されている。しかし、病床稼働率は必ずしも医療の需要と一致するものではない。病状にかかわらず利益をあげようとするれば稼働率は高くなるはずである。レセプトも診療の結果であり、患者の医療ニーズではない。医療費負担が重くて診療を抑制している住民が多数存在するもとの、本来増える分の医療需要を抑制されたのではたまらない。

2. 埼玉県のとりのくみ状況

- ① 埼玉県は「埼玉県地域保健医療計画（第6次）改定案」として埼玉県地域医療構想を策定し、2016年6~7月に県民意見聴取にかけ、2016年8月30日に埼玉県医療審議会で決定している。その数値は次表のとおりで、総数では増加しているものの、機能別、地域別では減少している区分もある。

全県の計画決定は、医師会 5 人、歯科医師会 2 人、精神病院協会 1 人、薬剤師会 1 人、看護協会 1 人、県議会 3 人、地域婦人会 1 人、市長会 1 人、町村会 1 人、公募 1 人、学識 1 人の 18 人で構成された埼玉県医療審議会決定されており、患者の意見反映の機会は無に近い状況だった。今後、各二次医療圏で「地域医療調整会議」が設置されて議論が行われることになっているが、ここでどの様に深められるかがポイントになる。

- ② 埼玉の医師・看護師不足への対応が、具体策として重要になる。様々に計画がつけられたとしても、現場で患者と向き合うのは医師・医療従事者である。その過重労働が問題であり、そこが改善されなければ本質的改善にはならない。

3. 公立病院改革プランへのとりくみ

- ① 地域医療構想と一体で、2007 年に続き、2015 年 3 月、総務省は新ガイドラインを出し、基本は規模縮小を全国に迫っている。そして、収益体制の強化と費用抑制を迫っていることから、住民と医療労働者への犠牲との対抗は避けて通れない。患者により良い医療の提供のためにも、正規職員態勢の強化、健康破壊の過密労働の抑制、子育て・両立支援のできる勤務環境づくりなどの労働組合運動の前進も求められている。
- ② 埼玉における公立病院の動きとして特徴的なのは、高度医療を行う体制のある、埼玉県立、春日部、草加、越谷、川口、さいたま、などの自治体立大病院については機能強化・拡張が行われてきた。蕨市立や小鹿野町立も地域のニーズと自治体の支援のもとに機能を維持してきた。

一方で、飯能市立と志木市立では、医師不足や一般会計からの財政繰り入れの困難などを理由に、第 1 次の公立病院改革の流れのなかで縮小・指定管理化と売却になってしまった。医療過疎と言われる中での公立病院潰しは、県民の命よりもコストを優先するものであり、憲法 25 条の「国は、すべての生活部面について～社会保障～の向上及び増進に努めなければならない」が実態として形骸化されていることに他ならない。

4. 県民の医療に様々な危機が～～だからこそ県政の役割発揮を

- ① 医療の問題は供給体制ばかりでなく、a) 払えない国民健康保険（それでも、都道府県を保険者（2018 年 4 月）にするのはなぜ？）の問題、b) 医療従事者の養成機関や確保のための処遇改善、c) 小児医療センター問題、d) 病院から在宅医療への移行・介護から障害者施設の医療体制の問題など様々である。埼玉県の役割が問われている。
- ② 埼玉の地域医療でもう一つ深刻なのが、厚生連の久喜と熊谷病院の売却である。久喜は佐賀に本部のある巨樹の会に、熊谷は北海道の法人：北斗に売却され、地域では医療体制の不安が、職場では雇用・労働条件に不安が広がっている。自治体の出番である。

● 埼玉県地域医療構想の病床数			
二次医療圏	2015年	2025年	増減
南部	4,346	5,025	679
南西部	3,909	4,777	868
東部	7,474	8,935	1,461
さいたま	7,007	7,664	657
県央	3,525	3,534	9
川越比企	7,273	7,652	379
西部	7,350	7,951	601
利根	4,423	4,630	207
北部	3,886	3,442	▲ 444
秩父	830	600	▲ 230
合計	50,023	54,210	4,187

● 埼玉県地域医療構想の機能別病床数			
機能	2015年	2025年	増減
高度急性期	6,389	5,528	▲ 861
急性期	24,674	17,954	▲ 6,720
回復期	4,023	16,717	12,694
慢性期	12,552	14,011	1,459
その他	2,385	0	▲ 2,385
合計	50,023	54,210	4,187

地域の介護に何がねらわれ、どうすれば良いのか

1. 介護保険について現状と課題は？

昨年の8月から一定以上の所得者に利用料の2割負担が始まり、低所得者に対する減額も資産について単身で1000万円未満の預金しかないこと条件をつけるなど、給付費の抑制が行われています。また、特別養護老人ホームへの入所は原則として要介護3以上とされました。

また、来年4月から新総合事業が実施され、いままで介護保険で予防給付を受けていた要支援者1・2の方のホームヘルプとデイサービスが市町村の地域支援事業として実施されることとなります。新総合事業では現行サービスの他に無資格者でもできる基準を緩和したサービス、ボランティア等住民主体による支援、専門家による短期集中予防サービスがあります。

介護保険料については、現在全国平均月5,514円となり、前回より10パーセント以上値上がりしており、10年後の平成37年には、8,165円になると、試算されています。

2. 現行憲法の観点や、地方財政からは

現行憲法25条では、生存権つまり健康で文化的な最低限度の生活が保障されています。介護保険の現場からみて、生活保護一步手前の人たちがとにかく大変だと思います。

年金収入160万円代で課税者にあつては、私の草加市では1年間の介護保険料が71,580円です。これでいざ介護が必要になったとき、電気代・ガス代等の生活費の中から、1割の負担を支払って介護保険が利用できるかというとなかなか難しいと思います。この段階の方々に、頼れる家族等がない方はもうすでに限界にきていると思われるので、ですから、実は介護担当としては、なんとか生活保護になってもらった方が当人は病院にも行け安全ですし、保険料も滞らなくなりますので、安心できます。

財政面からみると、今後の社会保障改革（別添資料参照）で注目すべきは、改革案の出どころが「財務省」になっていることです。軒並み厚生労働省ではなく、財務省案が先に報道発表され、99.9パーセント同じ厚生労働省案が後から続くという有様です。先に財政ありきなのです。

3. 市場化・民営化については

介護保険制度が始まった平成12年には「介護の社会化」という名目で始まりましたが、実は介護保険は初めから事業の実施者は主として株式会社で成り立っており、今後「介護の商品化」がますます懸念されます。

たとえば、多くの市町村が来年4月から始まる新総合事業についても、すでに28年3月に政府は「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集」(＝混合介護)を発行しており、保険外中心のサービスを推奨しています。これはつまり、お金がなければ利用できないということになります。

平成27年に介護報酬を2.27パーセント下げたため、介護事業者の倒産が相次いでいます。結果的に、ますます介護従事者の待遇は厳しくなっていくかざるを得ません。

そして、付け加えるなら、未だ、介護殺人・介護心中が年間50件ほどあります。

4. 最後に展望、世界の状況

社会保障費が足りないからという理由で給付を削り、市町村に工夫しろと迫るのは疑問です。もちろん、中には工夫し成功している市町村もあり、埼玉県では和光市が全国的に有名で、介護認定者率も10パーセント未満とダントツです。それは自立支援型マネジメントにより、要介護状態を「卒業」とされています(行き過ぎた卒業が一部のメディアに掲載されていましたが)。他にも千葉県の柏市やモデルとして推されている市町村はあります。

しかし、展望とはそういうことではないと思います。ここでもし展望として国の枠組みの中で工夫してうまくやっている市町村があるということを紹介しても、他の市町村が追随できるとは思いません。社会保障費が足りないという前提があるからです。

むしろ軍事費拡大が問題です。「なぜなら社会保障費がないから」。公共事業拡大も反対です。「社会保障費がないから」です。他からの財源を社会保障費に投じるべきです。また、消費税と社会保障費を一体として考えるのも大きな間違いです。「消費税がアップできないのなら、介護保険料の軽減もできない」というのは作り話です。実は消費税は既に国税の中でシェアナンバーワンです。所得税又は法人税の逡増度を昔みたいにあげるべきです。そして、払えるところに課税すべきです。

また、日本が介護保険の軽度者の給付を削る方向転換をするなかで、韓国、ドイツは、逆に軽度者への給付を増やす転換をしています。韓国は昨年から中重度以上の3段階から軽度者を含む5段階へ拡大し、日本が介護保険制度発足にあたり参考にしたドイツは来年度からやはり軽度者にも拡大します。軽度者への保険適用がいかに重要か、今後の趨勢を見守る必要があります。

最後に、住民は市町村に対し、粘り強く、そして積極的に要求をすべきです。何もしなければ、主権者である住民も了解しているとされ、国が示すガイドラインどおりに進められてしまうだけです。

他にも、応益負担ばかりが叫ばれる中で、所得再分配機能をどうするか、市町村の介護事業計画は民間委託がほとんどである現状をどうするかなど。職員が考えなければならぬことが山ほどあるのが介護の現状です。みなさんの関心を期待しています。

国保の都道府県事業化にひそむねらいは

1. 国保の都道府県移管の準備作業はどうなっている

2018年4月から国民健康保険の事業主体（保険者）が市町村から都道府県（以下、埼玉の例で「県」にする）に移管されます。

ここに至るまでには基調報告にもあるとおり、○2012年の「税と社会保障の一体改革」を起点に、○社会保障制度改革国民会議が推進を提言した報告書があり、○一般会計からの法定外繰り入れを心配した全国知事会の反対を懐柔する1700億円の保険者支援制度の導入があり、○2015年5月の「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」の成立を経て、具体化に向けた最終作業として、○各市町村から県におさめる納付金の仮算定、標準となる保険料率の仮算定、運営のための方針の策定、システムの改修作業が行われている段階にあります。

ただし、後で述べる移管目的の一つである「保険料の賦課方式」「保険料水準の統一にむけた引上げ」「一般会計からの繰り入れの減額」「収納率の向上」等の統一化と自己責任化については市町村が先を見越して手をつけている実態もみられます。

2. 社会保障制度改革国民会議の報告書には何が

社会保障制度改革国民会議（以下「国民会議」）が行った県移管の仕掛けは、一般に説明されるような、○国民健康保険財政の安定化、○国からの支援の拡充、○保険料水準の統一による公平化、○事務の効率化、広域化などという単純なものではありません。

国民会議の報告書には、○医療提供体制改革を実効ならしめる、○医療計画・医療適正化計画の策定主体である都道府県が、国民健康保険の財政運営の主体となることが望ましい、とあるように、都道府県の「地域医療計画」や、すでに行われている「病床機能報告制度」、そして診療・介護報酬改定などを通じて、医療費支出抑制を進めていくために、県民の医療情報を一括管理できるようにし、県の権限のもとに自治体や地域の民間病院を管理統制していくための仕組みとして進められていることを見抜く必要があります。

3. 直接的には何がどう変わるのか

（1）県の役割は～～財政運営の主体になることです。県内の国保運営を統一して行うための運営方針を示し、市町村事務の標準化、広域化が進められます。

- ① 何のことはない、住民の健康・医療にかかわる市町村の自治を取り上げて、県が一括管理する体制がつくられるということです。住民要求で保険料をどうする、直接に影響する法定外繰り入れをどうするかなどに始まり、個人の徴収免除や保険証発行の是非にまで財政と運営方針をつうじて県が介入できる仕組みになるということです。
- ② 具体的には、県が標準保険料率を算定し、それを公表して、順次一元化がねらわれることとなります。
- ③ 市町村ごとの医療費の全体情報把握を通じて、市町村の保健事業も「助言・支援」と

いう名目で画一的な取り組みが進められることになるでしょう。

- ④ 県が給付に必要な費用を市町村に「適正」に支払うこと（財政圧力？）を通じて、市町村は保険料率の改定、保健事業の成果、収納率の引上げ「努力」などを求められることとなります。

（２）市町村は～～割り当てられた納付金を県におさめ、被保険者証の発行など、被保険者の資格を管理して実務を担い、基本的なことは県からの指示のもとに運用していくことになるでしょう。

- ① 例えば、県から示された標準保険料率をもとに保険料を決定し、その収納率向上が至上課題になってきます。なにせ、自分で決めて県に約束したことなのですから。
- ② 保険給付の決定を行います。場合によっては窓口で住民に、国が決めた制度だから仕方ないこと、県に制度上の実質的権限があって市町村ではどうにもならないこと、短期保険証や資格証の発行基準があるから、と納得してもらうしかないことを強く「お願い」するような場合もあるでしょう。
- ③ そして、市町村間の相違・実情は関係なしに、保険料率、法定外繰り入れ、収納率、減免規定などが「見える化」するそうであり、一面的な数値が公表されて住民間の分断にもつながる事態が心配されます。

4. 国民健康保険の役割と課題は

（１）憲法 25 条の理念の実現をふたたび

国民健康保険は 1958 年に制度化され、1961 年にはすべての国民が何らかの保険に加入する状況がつけられました。そこには憲法 25 条の生存権保障の理念が今よりもシッカリと社会の中に位置づけられていたことを物語っています。

いま、格差と貧困が問題にされ、安心して医療にもかかれない時代へと逆行しています。あらためて憲法の理念を具現化するための、○いつでも、○どこでも、○誰もが、○十分な医療を、○負担能力に応じて受けられる仕組みづくりが求められています。

（２）住民自治・団体自治をいかした、当面する国保都道府県移管での課題

- ① 移管後も市町村単位での国保財政計算が行われることから、現実の赤字対策としての法定外繰り入れなどをどうするか～～住民の視点からはどう守るかが課題です。
- ② 収納率の比較は必ず問題になり、その向上に向けた様々な圧力があるもとの、現実に払えない保険料をどうするか、そこには資格証、短期保険証発行基準や住民の財産権も絡んできます。そこをどうするか、何が住民主権、住民福祉かを深めることが課題です。
- ③ 事務処理効率化ということで、統一化・平準化が問題になります。とりわけ、統一保険料制度問題への対応が課題になります。
- ④ 国民会議報告の構想（安倍政権の意図）からすれば、医療費支出の抑制＝受診抑制の住民動向が必ずでてくるでしょう。住民の保健をになう自治体・自治体労働者として、場合によっては矛盾する位置に立たされる場合もあるでしょう。仕事で、また社会的にどう向き合うべきかが課題になります。