

2020年2月2日

医療・介護問題交流会

甲府市議会

山田 厚

はじめに一要約として

社会保障を壊す医療・介護の主な流れとは

国及び大企業側の医療（病院・国保）介護の社会保障における主な内容の大筋とは

要約一 国と大企業側の医療介護における主な狙いとは

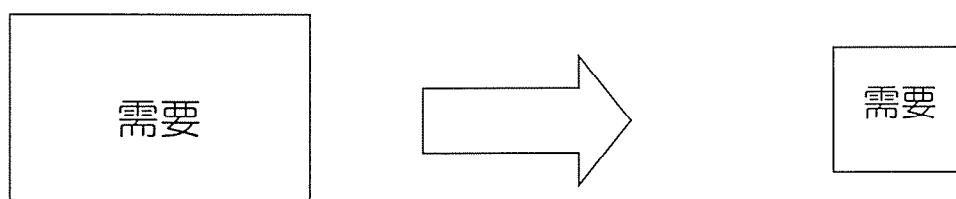
1. 社会保障における公的支出〔主に国支出〕をいかに削減するか、公的役割をいかに後退させるかです。
そのために社会の需要と供給の仕組みを壊すこと
2. 公的役割の後退と切り捨てによって、本来の社会保障の分野を大企業側のための営利市場化をさらに進めること
3. 公的病院、特に自治体病院への「赤字」「税金投入」を煽り、本来の目的を営利優先に変質化させ、機能の縮小と統廃合をすすめること
4. 都合のいい社会的な常識づくり＝「避けられない超高齢化社会」「財政難」などとして家庭と地域の自助・共助への「動員」の考えと政策を広げること

公費削減のため社会の需用と供給の仕組みを壊す

公的支出・公的役割の後退に向けて、社会保障における需用と供給の仕組みを「暴力的に」壊すことを行ってきました。

① 高まる医療・介護の需用を「自己責任」で抑えます

医療・介護の必要性＝需要は高まっています。国の公的な支出増加を止めるために、保険料や窓口負担増で家計を圧迫させ「自己責任」で受診抑制・利用抑制で需要を抑えます。



- ・負担増で受診抑制、利用抑制させる
- ・滞納で無保険にして無医療・無介護に

1) 窓口患者負担・利用者負担割合・限度額の引上げを増大させていく

- ・診療報酬・介護報酬のマイナス傾向と限度額引上げで報酬における公費負担部分の抑制をしてきました
 - ・医療における自由診療の拡がり 差額ベッドなどの営利化
- ↓
- ・患者窓口負担・利用者負担で支払いが困難な状態が広がりました
- 医療・介護では「払えないという自己責任」による
受診抑制・利用抑制を強いること
- ↓
- 医療なら売薬ですませ、ガマンさせます
介護なら、家計の状態の利用回数をおさえます

2) 保険料の引き上げで、国の公費負担の後退と無医療・無介護に

- ・国の公費負担額と収入割合を後退させていきます
- そのため、取れる世帯からは徹底して負担増にしていきます

例えば、国保全体の収入で国の交付金割合は

1975年は58.5%⇒2016年は21.0%

↓

- ・保険料の負担増で「払いたくても払えない」ことによる滞納傾向を強める

権利である減額免除制度の活用をひろげません

自治体の公費負担のおさえこみ 医療費抑制の競争・強制的な監督

国は差押えの徹底を指導

2006年9万5228件⇒2017年34万9108件

11年間で4倍近くの差押え！

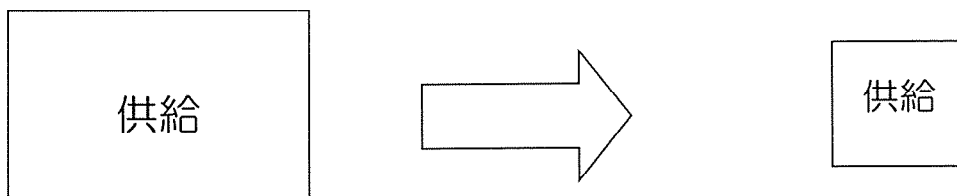
↓

保険証の取り上げ＝「資格証」〔短期証・留め置き〕状態に

「自己責任」による無医療・無保険・無介護に

② 供給の制限・廃止で公的支出の削減します

医療・介護の供給を絞っていきます。国は供給をしなければ公的支出は少なくて済みます。そこで地域によっては供給自体を廃止し、供給を求めないようにさせていきます。



- ・ 医師などの養成数減、人材不足で事業撤退・病床・病院数の削減、経営難で倒産・撤退

3) 医師・看護師・介護福祉士などの従事者数を抑制する

- ・ 医師の養成数の抑制方針へ
- ・ 医療従事者の過重労働と人件コストの切り下げを目指す
- ・ 労働過重による離職・「人手不足」供給の担い手を疲弊させ、つぶします
- ・ 病院・介護に必要な「スタッフ不足」による診療科目・事業の閉鎖

4) 医療・介護の公的保険制度から供給を廃止していく

- ・ 介護 「要支援 1.2」の介護保険からの廃止

「要介護 1.2」の介護保険から廃止予定へ

- ・保険外の自由診療、混合介護へ

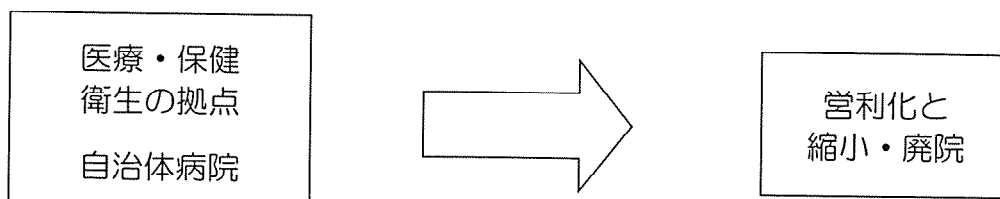
5) 消費税増税でさらに病院・介護事業所の経営の困難さをすすめて供給の制限を

- ・医療機関（診療報酬）は患者から、介護事業所（介護報酬）は、利用者から消費税を取ることができない。また、輸出企業のように、それまでかかった消費税分の還付がされません。そのことで「損税」が大きくなり経営を圧迫。
- ・介護事業経営など倒産傾向の増大。しかも事業所ないでもサービスの廃止も増加傾向。介護保険「要介護 1.2」の廃止による介護事業所の経営の困難さをさらに進めます。

社会保障としての公的病院の役割を縮小・廃止に

④ 「赤字」を理由に公的病院の社会的役割を制限・廃止に

供給を制限し国をはじめとする公費の削減で有効なのは公的病院であり自治体病院です。しかも公的病院には地域の医療・保健衛生などの要であり、ここでの役割を縮小・廃止は確実に社会保障と安全の後退につながります。



地域の医療保健衛生の拠点であり要の自治体病院を営利化・機能縮小・廃院に

6) 自治体病院の本来の目的と機能を、そのための財政措置の基本を明らかにしない

- ・自治体病院の医療・保健衛生・防災防疫などにおける大切な地域の拠点機能を明らかにしません

- ・そのための憲法から規定されている法的な制度上の財政措置を明らかにしません
- ・法的に必要とされている一般会計繰入金を「赤字補てん」「税金の過剰な投入」とする間違っただ見解を野放しにしています。

7)政策的に経営の困難さをすすめ、営利化をすすめさせ、からの供給の停止に

- ・診療報酬・介護報酬の低下傾向による赤字化・経営困難の条件づくりを進めます。
- ・自治体病院では
「地方公営企業会計制度」の改悪で同じ経営状態でも「赤字化」を粉飾的に際立たせています
地方交付税制度の改悪による地方交付税の削減による収入減
病院への一般会計繰入金の削減
- ・民間病院もこれから医療計画で締め付けることで、民間病院側から「税金を使う公立病院の統廃合、縮小を！」と言わせるようにしています。
- ・本来の自治体病院の目的を見失い、経営のために自由診療の拡大や保健衛生機能の縮小・廃院に、人件費圧縮に向かわせます。

8)地域医療計画や名指しの公的病院の統廃合で供給の制限・停止に

- ・地域の病床削減と社会保障としての病院機能の後退
- ・公立病院の統廃合・廃院・機能縮小による地域の供給停止
- ・公立病院の「税金投入」を問題化していく、社会保障を支える機能を壊す。公立病院の存在を地域からなすことがポイント

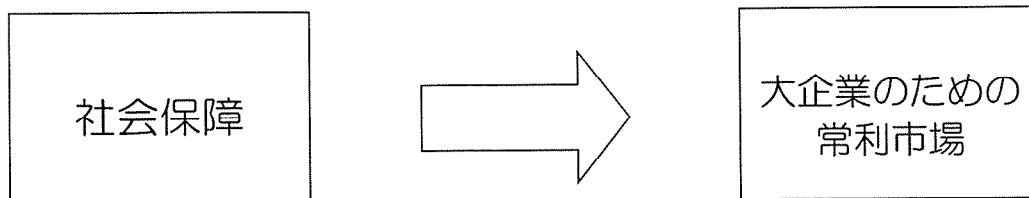


これらによって、「患者を病院に入れない病床につかせない」仕組みづくりを進めていきます。

大企業の営利市場化と「国民の責務」「助け合い」に

⑤ 大企業グループの利益のための営利市場化に

医療・介護は社会にとって必要不可欠です。公的社会保障を壊しても、その必要性は残ります。社会保障が壊されるだけ企業グループの利益のための営利場となります。



- ・ 公的病院の機能をこわし大企業グループに
- ・ 公的保険を壊して民間保険会社の市場に

9) 医療介護を大企業の為の市場にしていく

- ・ 経営内の利益優先主義に、病院内の自由診療の拡大 差額ベッド化
- ・ 利益が確保できる富裕層のための医療介護はより充実させます

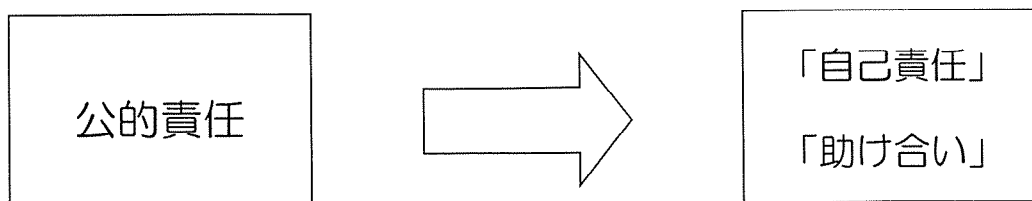


- ・ 医療・介護経営の中小を淘汰して、医療・介護の大企業グループ化にしていく。医療介護を直接の営利市場化〔もうけ先〕にします。

10) 公的保険制度から民間サービス・民間保険の市場にしていく

公的な社会保障を壊し、信頼をなくすことで、「自己責任」による民間保険への様々なメニューの加入促進を進める。民間保険会社の市場をつくることになります。

⑥ 自助・共助の常識と「助け合い」への「思想と動員？」



- ・ 公的責任を放棄して、自助・共助に
- ・ 「国民の権利」から「国民の責務」に

11) 高齢化社会の避けられない問題としていく

国民医療費の増大など、医療介護が今まで以上に公的費用がかかっているこ

と「財政難」を過度に強調し、「避けられない高齢者化社会」における問題とします。

12) 国の生存権保障ではなく「国民の責務」に

憲法にある生存権を国が保障するのではなく、個々の国民の「自己責任」「自助・共助」としていく「相互扶助」の考えに。これは戦前国保の「相扶共済」の考えかたです。

平成になってから様々な法律に「国民の責務」が入れられています

13) 「相互扶助」の常識から、地域の「支え合い」「助け合い」に

要支援 1.2 からさらに要介護 1.2 が保険からはずされ検討が・・・

医療も在宅型に、この対応の地域の「の考えと、そのためのボランティア「動員？」へ

しかし、実態は継続的な「支え合い」「助け合い」「わがこと丸ごと」などではない

生存権である

医療・介護における基本的な認識として

国民は公的医療・受診・介護をさらに必要としています

いままでになく公的な医療・受診を必要とする情勢があります。それは日本の国民、特に勤労者・高齢者のいのちの不安と健康不調が今までになく強まっているからです。

●医療・介護を必要とする要因としては、社会の**高齢化**があります。65歳以上の全人口に占める**高齢者割合**が2019年 28.4%にもなりました。

●これは、高齢者が増えているだけというより、**子どもが少なくなっている**ということです。少子化によって、高齢者のその割合が増えていることにもより

ます。主に大企業のための労働政策によって、正規非正規雇用の実態、雇用から押し出された独立自営業の実態によって低所得で家庭が持てない・子どもを育てられない厳しい労働と所得の状況からです。

●高齢者の健康と安全をさらに脅かし老化を進める**高齢者労働**の広がりもあります。65歳以上の就業率は12.9%です。安倍政権は「生涯現役世代」を掲げ、年金支給開始年齢の引上げ、年金支給額減額をおこない、労働機能が低下している高齢者を「生活のために」さらに働かせようとしています。その働かせ方も、高齢者に配慮した労働条件・労働環境上の改善もなく低賃金ですから、当然、医療を必要とする事態になります。

●**現役労働者**の心身の健康状態もいままでになく不調になっています。

- ・労働者の「定期健康診断結果」の有所見率（要再検査・要経過観察など健康不全者の割合）では1985年は9.4%でしたが、2018年55.5%であり統計史上最悪の健康不調状態が続いています。今までにない心身の過重労働によって労働者の心身の健康が脅かされています。
- ・「公務員はラクだから」とされている自治体でも、実際はかなりの過重労働であり、2018年度の有所見率は76.4%と極めて劣悪な状況です。

●また、**女性の心身**の健康状態も悪化し続けています。この間の女性の有訴者率（人口千人当たりで病気やけが等で自覚症状のある者）も極めて高い状態です。

2016年	20歳～29歳	30歳～39歳	40歳～49歳	50歳～59歳
男性	167.7	209.0	224.9	263.0
女性	250.3	291.2	313.6	352.8

※1992年 全体で 男性231.0 女性286.2

- ・性の定期健康診断結果の有所見率の高さをみてもわかります。
- ・自治労北海道女性部の2019年の1万人を超える実態調査では、「定年まで働きますか?『いいえ』」の回答者は39.1%にもなりました。
- ・「生理障害」「無月経」状態など女性の健康状態からも妊娠・出産が困難な状態が深まっています。

戦時無月経 女工無月経 「中高女子高性の無月経8割」(毎日 20.1/16
さらに労働法改悪と「女性の活躍推進」の具体化はこのことをさらに強めてい
きます。

●「フリーランス」「1人親方」という**独立自営業者**とされていても、実質労働
者の激増し公的も500万人、実際には1000万人近くになっています。こ
の人達の低所得で無権利な状態とそして「労災・職業病」は極めて多くなっ
てきています。

今の日本の労災死は、2018年909名が認定されていますが、「1人親方」
は毎年100名ほどの死亡者が認定されています。しかも、独立自営業者の場
合には労災死亡統計に入らないのです。しかし、いままでになく医療を必要と
している状況はここにもあります。

しかし貧困と負担増 無権利状態で受診抑制に

公的医療・受診を必要とする社会的な情勢は強まっているのです。しかし、
その一方で、貧困によって受診を我慢し、医療から離された人が増加しています。
安倍政権の宣伝と異なり、貧困化がすすみ「平和のうちに生存する権利」(憲法
前文)は、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有す
る」(第25条)がますます奪われています。これは、「戦争に向う社会環境づ
くり」ともなりますが、医療では、まず受診抑制と医療難民状態をつくり出し
ます。

●この**貧困からの受診抑制の傾向**は医療団体の調査からも明らかです。主なもの
をまとめてみました。

医療団体の調査からの貧困による受診抑制傾向

・経済的理由の治療中断で重症化 医科では40%以上が経験、歯科では50%超 全国
保険医団体連合会受診実態調査結果 2016年4月公表

<p>・経済的な理由により受診しなかったが9.5% 日本医師会2012年9月調査 「過去一年間に経済的な理由により受診しなかったことがある」 9.5%、 その結果で「受診を控えたことで症状が悪くなったことがある」 54.5% 「窓口負担割合の引き上げについて」は、「反対」「どちらかといえば反対」計81.4%。</p>
<p>・低所得者の4割が受診を抑制 日本医療政策機構2008年調査 低所得・低資産層の4割が受診を抑制。高所得・高資産層の2倍の水準 受診抑制の実態と、経済力による「格差」が鮮明に</p>
<p>・手遅れで56人の死亡事例を報告 全日本民医連「2014年の経済的事由による手遅れ死亡事例調査」(『社会保障461号』)。</p>

●国民健康保険の資格証世帯(=滞納で無保険世帯)こそ受診抑制で命が失われています。

甲府市の国民健康保険で、資格証とされた人こそ受診抑制となります。2019年度の資格証の甲府市の世帯数は382世帯で、国保世帯の平均人数は1.5人ですから、**約600人の市民が 資格証=無保険**となっています。全国では2018年度は17万1455世帯ですから約27万人にもなります。短期証世帯も75万3410世帯です。

これらの甲府の市民の、ほとんどが医療を受けていません。2015年度でみると11人ですから、資格証とされた人の内1.4%ぐらいの人しか受診していませんのです。当然、資格証とされた人は医療を受けられず、命の危険性があっても受診しないで死亡する状況がはじまっています。

●甲府市では、この2001年度～2018年度までの10年間で22人の方が**医療機関に受診しないままに、亡くなっています**。全国にもこの傾向があると思われます。

高すぎる保険料⇒保険料滞納⇒資格証=無保険⇒無医療⇒奪われるいのち・健康となっているのです。

甲府市で資格証とされた人で、
1年間で受診している人

年度	人数	件数
2009年	10	17
2010年	16	34
2011年	29	58
2012年	13	30
2013年	15	25
2014年	7	18
2015年	11	16
2016年	13	20
2017年	16	36
2018年	9	22

甲府市の国保で資格証で
亡くなった人数と受診暦の状況

年度	人数	状況
2009年	2	過去1年間受診暦なし
2010年	2	過去1年間受診暦なし1人・あり1人
2011年	4	過去1年間受診暦なし
2012年	2	過去1年間受診暦なし(歯科のみ1人)
2013年	2	過去1年間受診暦なし
2014年	0	
2015年	5	過去1年間受診暦なし
2016年	2	過去1年間受診暦なし
2017年	2	過去1年間受診暦なし
2018年	1	過去1年間受診暦なし

●無権利の**非正規労働や失業は**、ゆとりのない生活の日々となり新しい命、生まれたばかりの小さな命をも奪っています。厚生労働省の人口動態統計 2014 年によると**周産死亡率**(一般的には妊娠満 22 週以降～出生後満 7 日未満)、**乳児死亡率**(1 年未満乳児死亡)をみるとパート・アルバイト世帯、特に無職世帯の死亡率が 3 倍から 5 倍と極めて高くそのいのちの格差が明らかです。

※この統計の新資料も現在公表されなくなりました

●そして、**過重労働で時間的に余裕がない** (時間的貧困＝実質的な権利の貧困) ことによって受診できない現役労働者の受診抑制も増えています。定期健康診断結果に見られるように、健康不調が増えているにもかかわらず、**過重労働と実質的な低権利状態**によってなかなか通院ができない状態が強まっているのです。

職場では簡単に病休も取れず、年休も取れなくなっています。政府統計では全国平均の年休取得率も 1980 年には 61.3%でしたが、2013 年には 49.4%労働者が取得した日数は実質 9 日間となっています。(平成 30 年就

労条件総合調査結果)。

●事業者の責任である定期健康診断も受けていない労働者も少なくありません。職員が4265人いる静岡市(平成26年度決算書資料より)の有所見率は86%で健康不調者が極めて多い状態です。またこの定期健康診断を受診していない人も507人と多く、全体の受診率は88%でした。これらのことから職場のゆとりのない過重労働や低権利状態から正規雇用労働者であっても受診抑制を招いていることは確実です。

●生活保護の受給者はどうでしょうか? 医療扶助を受けていますから保険料も患者負担もありません。

しかし「社会的な生活保護バッシング」の中で、受給者の基本健診受診率や予防接種率は、一般の市民より低い状況があります。これはバッシングのなかで医療扶助の権利が行使しづらいという受診抑制の状態があるからです。

そして生活保護受給者の死亡率は高く死亡平均年齢も短く、自殺率(通常の2倍も高い状況もあるのです。特に生活保護受給者の青年の自殺率〔通常年齢層の5倍〕は極めて高い状況があります。

●現在の国民の健康状態は極めてよくありません。高齢化も含めて男性も女性も子どももおとなも医療・受診が切実となっています。

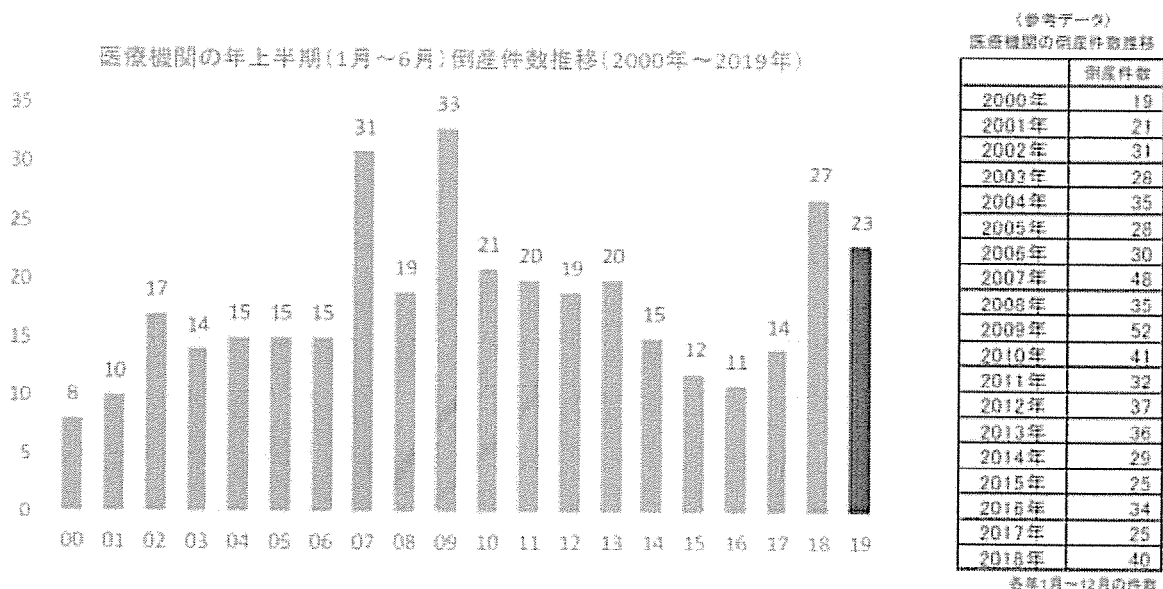
※「本当か? 日本の平気寿命は世界最長?」と政権は誇りますが、平気寿命統計は各国それぞれの基準〔ものさしの当て方〕ですので、事実かどうかもわからないのです。

医療も介護も倒産状況が強まる傾向があります

しかし、医療の必要性が強まっているものの、社会の貧困化と職場の権利後退の中で受診抑制や無医療状態が強まっています。それだけに身近な地域医療＝自治体病院の役割は極めて大切になってきています。

●2019年の医療機関(病院・診療所・歯科医院)の倒産(負債1000万円以上、法的整理)は45件過去3番目の水準で、2010年以降の10年間では最多となり

ました。休業・廃業は、その10倍とされています。

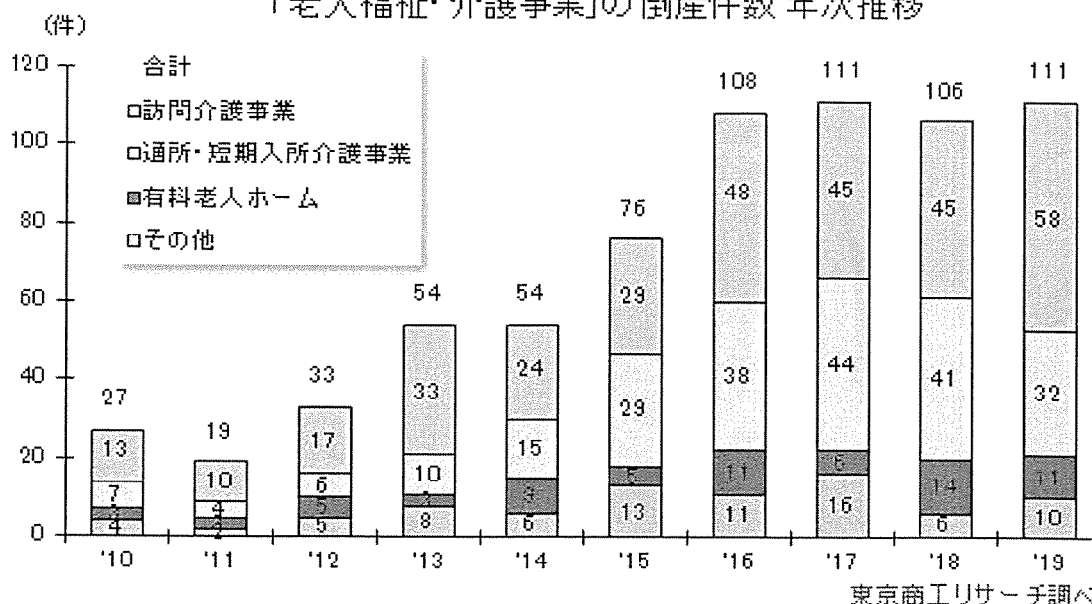


©TEIKOKU DATABANK,LTD.

●すでに地域では老人福祉・介護事業所の倒産や廃業件数も今までになく多い状態で介護施設も不足しています。

東京商工リサーチによると「2019年(1-12月)の「老人福祉・介護事業」倒産は、集計を開始以来、**過去最多だった2017年の111件に並んだ**。2016年(108件)から4年連続の100件台と倒産が高止まり」「外国人介護人材の受け入れや介護ロボット等の活用等も期待されるが、現実的にはまだ時間を要するため、当面は介護人材の確保が大きな課題にあがっている。特に、資金力の乏しい小規模事業者の淘汰が鮮明になっており、しばらく倒産は高水準をたどる可能性が高い」とされています。

「老人福祉・介護事業」の倒産件数 年次推移



倒産は、企業にとっての最悪の頂点です。そのすそ野には、転業・休廃業は10倍以上あります。さらには、介護サービスの指定を受けていても、「人手不足」「このサービスを続けられない」としてそのサービスを辞めてしまう事業所もその100倍はあるのです。

医療費抑制を理由とした医療の営利市場化が

この矛盾に満ちた医療の事態を、さらに徹底して悪化させようとしているのが、安倍政権による一連の医療・介護の再編成の大改悪です。この大改悪が目指している主な内容とやり方を様々な国の報告から整理してみます。

目指されている医療の再編成合理化のやり方

医療の「供給」制限と「需要」を切り捨てます

国は医療費の公費支出を削減するために、国民が必要とする医療の「需要」がどのようにあろうとも「需要」を抑え込み、医療の「供給」自体を無理やり制限するやり方をしています。

医療施設と病床数を減らし、医師などの医療関係者の養成を制限することで、その医療の「供給」を切り縮め、「需要」を暴力的な切り捨てることによる公的医療費の削減が目指されているのです。

これは自民党政治の従来からのやり方であり、この間の大学医学部の医師養成を制限して「医師不足」となり「診療閉鎖」問題を招きました。今回は、国際的にも日本の医師数は、いまだに少ないにもかかわらず再びこの医師養成の制限をおこなうとともに、それに先行して病院と病床の施設削減を行おうとしています。

この場合、現に「需要」があるにもかかわらず「供給」を強制的に制限するのですから、「医師、看護師不足」「ベッド不足」「入院日短縮」などで医療現場の混乱が待ち受けています。医療の供給側である医師も含めて医療労働者の心身の過重労働はさらに苛酷になります。医療現場での労働災害や医療事故も増えるとみるべきです。

●また需要側である地域の患者も、特に高齢者だけでなくだれでも「入院したいが病院ない、ベッドがない」「チューブをつけたまま強制的な早期退院で症状が悪化した」「本人が希望しない追い出し転院」など乱暴な扱いがさらに強いられていきます。

すでに政権側は、2014年の医療法を改正し、立憲主義の原則から逸脱した「国民の責務」を盛り込みました。これは言うまでもなく、これからの「地域医療構想」などの医療の改悪にむけて、患者の主張や権利を認めず、一方的に患者を従わせるためのものです。このことは医療現場での患者と医療従事者との「ぶつかり」ともなります。

改正医療法（国民の責務） 法6条の2第3項

国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。

「供給」の制限は、「地域差の縮小」を口実として高齢者の多い地方からはじまります。都市部ではなく人口数がすくない地方から医療施設・病床の削減となり医療の地域間格差が強まります。

そこで地域の中核病院であり、過疎地でも不採算診療でも必要な医療を「供給」している自治体病院の存在が、当然「特にじゃま」となり、ここへの圧力が強まっています。

国民負担を強めることで受診抑制・無医療の悪条件を強めます

また、医療の「需要」を乱暴に切り縮め、さらに国民の負担を重くして受診抑制を強めていきます。「国民医療費の膨張が続く」「今後の社会保障費の持続が困難になる」を理由として、社会保険料負担や患者負担をさらに重くします。そのことによって「経済的自己責任」による受診抑制や、国保の「払いたくても払えない」保険料滞納による保険証取り上げなどによって、無保険・無医療状態の悪条件をさらに強めています。

医療費増は薬剤費、それを高齢者問題にすりかえます

● 社会保障・医療費が増える、この原因として「高齢者の医療費がかかりすぎるから」として「**高齢者バッシング**」ともいえる雰囲気と社会的な常識を作り出して、まず、年金給付をさらに削減し高齢者の医療・介護の費用負担をより強める計画です。

● しかし国民医療費が増えている原因を、高齢者の医療費とみるのは表面的で意図的な見方です。実態はそうではありません。高齢者の一人当たりの受診率も含めて国民一人当たりの受診件数はこの間増えているとは言えません。入院の受診率では明らかに減っています。

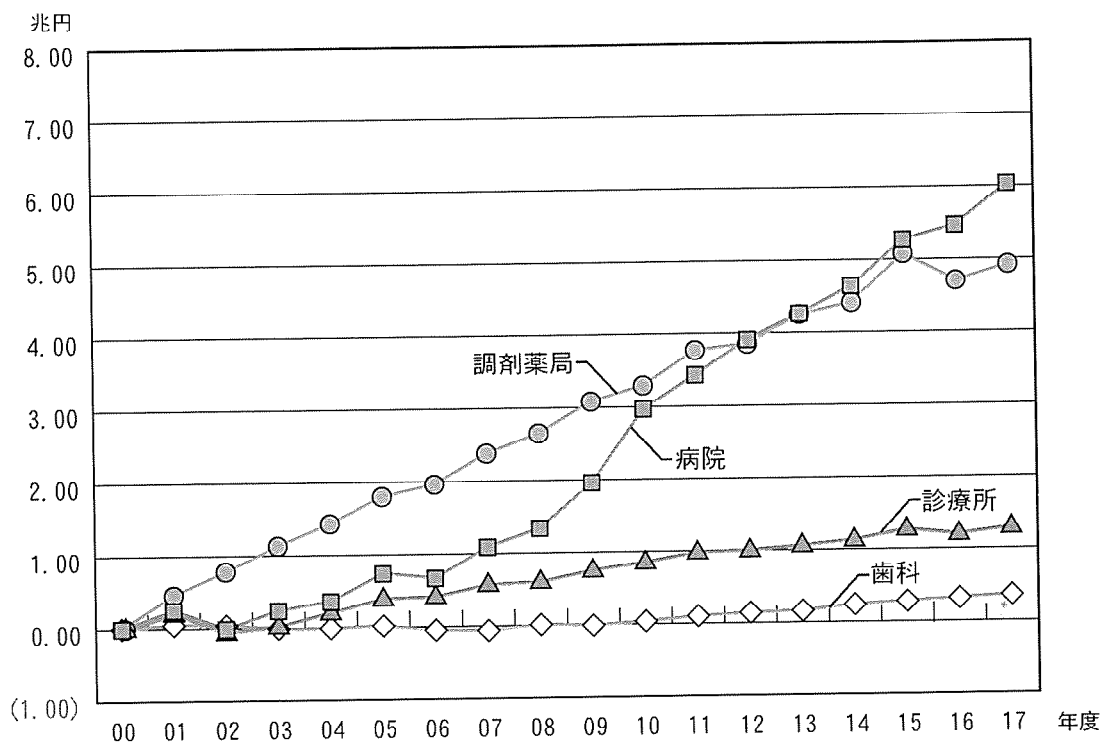
国民総医療費の支出内容をよくみるなら、**その原因は薬剤費**だということがわかります。C型肝炎治療薬や新抗がん剤など高額な新薬が増え続けています。最新医療に貢献してもいるでしょうが、新薬創出加算も含めて製薬会社の「言い値」の状態が持ち込まれてきているのです。

同じく、**医療材料・機器の保険価格**は高く、諸外国と比べ2倍～9倍もの内

があるとされています。(参考 日医総研 No302. 2013 年)

国民に負担を求める前に、諸外国と比較しても極めて高額となっている日本の薬価・医療機器を是正する必要があるにもかかわらず、それを放置してきています。

薬剤費の高騰が国民医療費を膨張させています 全国保険医団体連合会調べ



●**そもそも医療における民主的な基本は高齢者の負担軽減**です。

1982 年までは老人福祉法で 70 歳以上は『老人医療無料』でした。それぞれの自治体では 65 歳からの無料化も広がっていました。その後の老人保健法でも軽減化が図られ、高齢者への無保険である資格証の発行は認められませんでした。そのことを忘れてはいけません。

●**国民医療費**はのびているものの、国際的に中位であり、国の実質の負担割合は 25%程度です。また事業者の割合も少なくなっています。結局、保険料と患者負担額が増大しているのです。そもそも、国の公的費用も税金でもあります。

国民皆保険制度を内容的に崩し、医療の営利市場化をめざしています

国は診療報酬の合理化を行い「自由診療」「混合診療」をさらに広げようとしています。それによって医療における公的保険給付の適用範囲を狭めさらに患者負担を強めることで、国民皆保険制度を形式からではなく内容から崩しています。

そして医療でも、利潤追求のための本格的な営利市場化を目指しています。安倍政権は「膨張する国民医療費の抑制」といいますが、そのうちの国の公費負担を削減したいだけで、国民の保険料や患者負担による国民医療費はどのように増やしてもかまわないのです。

むしろ、**アメリカの医療をみならい**、製薬会社や医療機器メーカー、民間保険会社、さらには病院の大型チェーン店化を目指している大企業の利益のためにも国民の医療費負担は増やすべきとも考えています。なぜなら人間にとって医療はどのような事態となっても不可欠であり、国民の負担による国民医療費の増大は、それだけ大きな利益を得られる大きな市場となるからです。

「**医療特区**」(アベノミクス戦略特区)だけでなく、病院の株式会社化・大型チェーン店化・スパードクターや最新機器を抱える最先進病院を公然とはじめようとします。日本の富裕層の患者もこういった病院と医療を歓迎しますから、多くの国民の受診抑制の一方で富裕層のための特定の営利病院の利益はあがります。

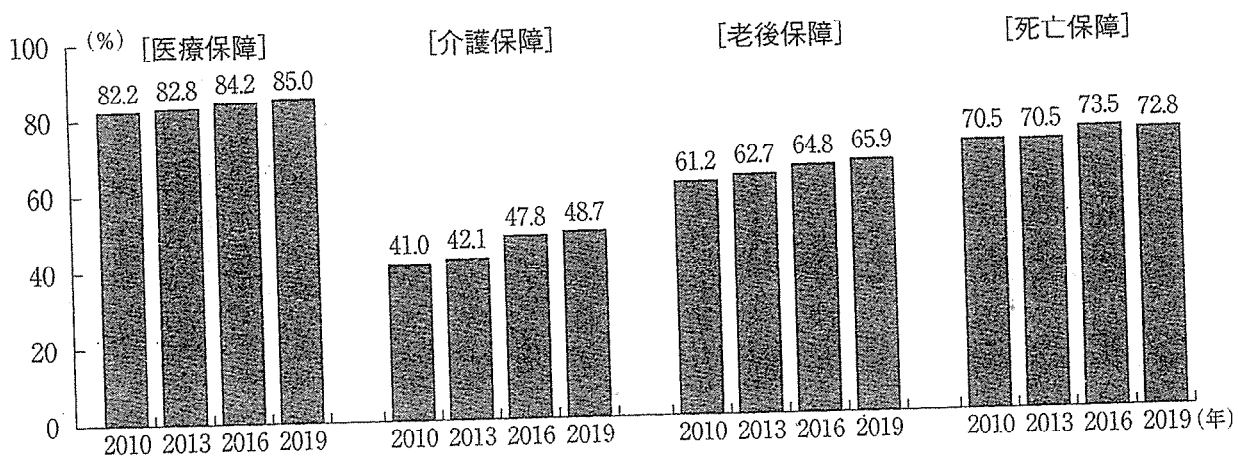
つまり医療の「供給」制限とは、普通の患者への制限であって、日本でもかなり多くなってきている富裕層の患者には、つまりいくらでも金を出せる患者には、しっかりと特定の最先進医療を「供給」しようという仕組みです。また、普通の患者であっても、命のために「すべての資産を投げ打つ」患者、「破産してもいい」という患者には、その「供給」が歓迎されるのでしょ。2016年4月からはじまった「費用はかかっても〇〇治療がいいならお願いします」という「患者申し出制度」はこの内容の先駆けとしたいのです。明らかにアメリカだけでなく、日本でも「貧富の格差は、いのちの格差」となってきました。そして貧困が受診抑制すすめるだけでなく、医療が貧困を生み出すことにもなるのでしょ。

自己責任でいのちと生活を守るために民間保険＝営利市場に向かわせる

公的な社会保障、公的病院があてにならなくなれば、国民の不安は強まります。その不安はもうけ先になるのです。つまり民間保険会社の医療・介護・老後・死亡のための保障保険に家計費を削っても入るしかありません。これは当然、営利市場を大きくしていきます。

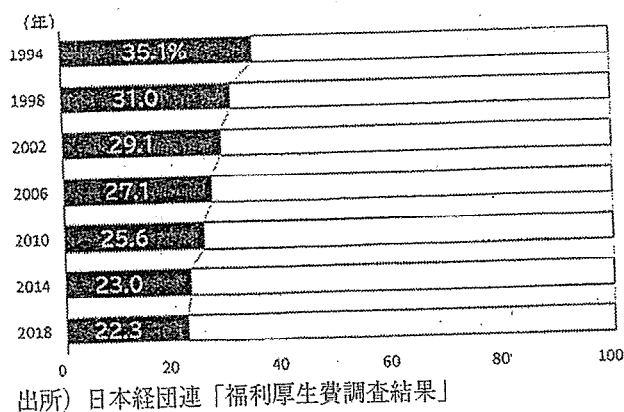
企業内の福利厚生も削減されているだけに、「自助・自立」「自己責任」にされる傾向がさらに強まるのです。

自助努力による経済的準備（「準備している」の割合）



出所) 生命保険文化センター「2019年度生活保障に関する調査」

図9 大企業の福利厚生費における法定外福利厚生費の削減傾向



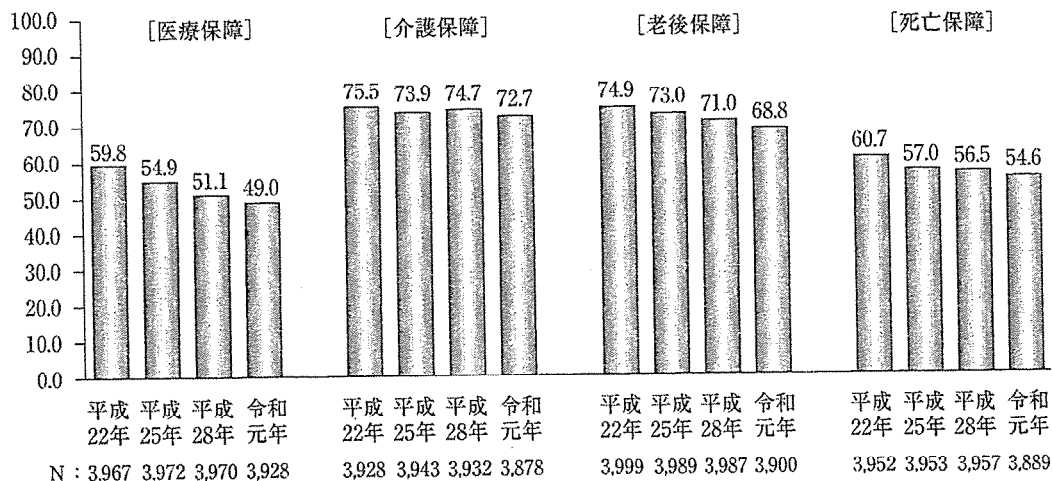
出所) 日本経団連「福利厚生費調査結果」

生活保障準備は老後保障と介護保障で「充足感なし」が約7割

自助努力による準備に公的保障や企業保障を加えた生活保障準備に対する充足感について、「充足感なし」とした割合は、老後保障（68.8%）と介護保障（72.7%）で約7割と高くなっている。一方、医療保障（49.0%）と死亡保障（54.6%）は5割前後となっている。

図表3 生活保障準備に対する充足感（「充足感なし」の割合）

（単位：%）



消費税増税で医療介護の経営を圧迫し営利主義に誘導

リベラルと言われる人も含めて多くの方が、消費税制度には肯定的な認識になっているようです。それは「人口減少社会であり超高齢化で、社会保障を持続させるためには消費税が必要」という認識です。特に朝日新聞・毎日新聞も含めてマスコミは「消費税を10%で封印するな」と消費税再々増税の主張ばかりです。

しかし、事実は違います。消費税は社会保障を後退させる役割があるのです。

消費税増税で自治体財政はさらに厳しくなるのです

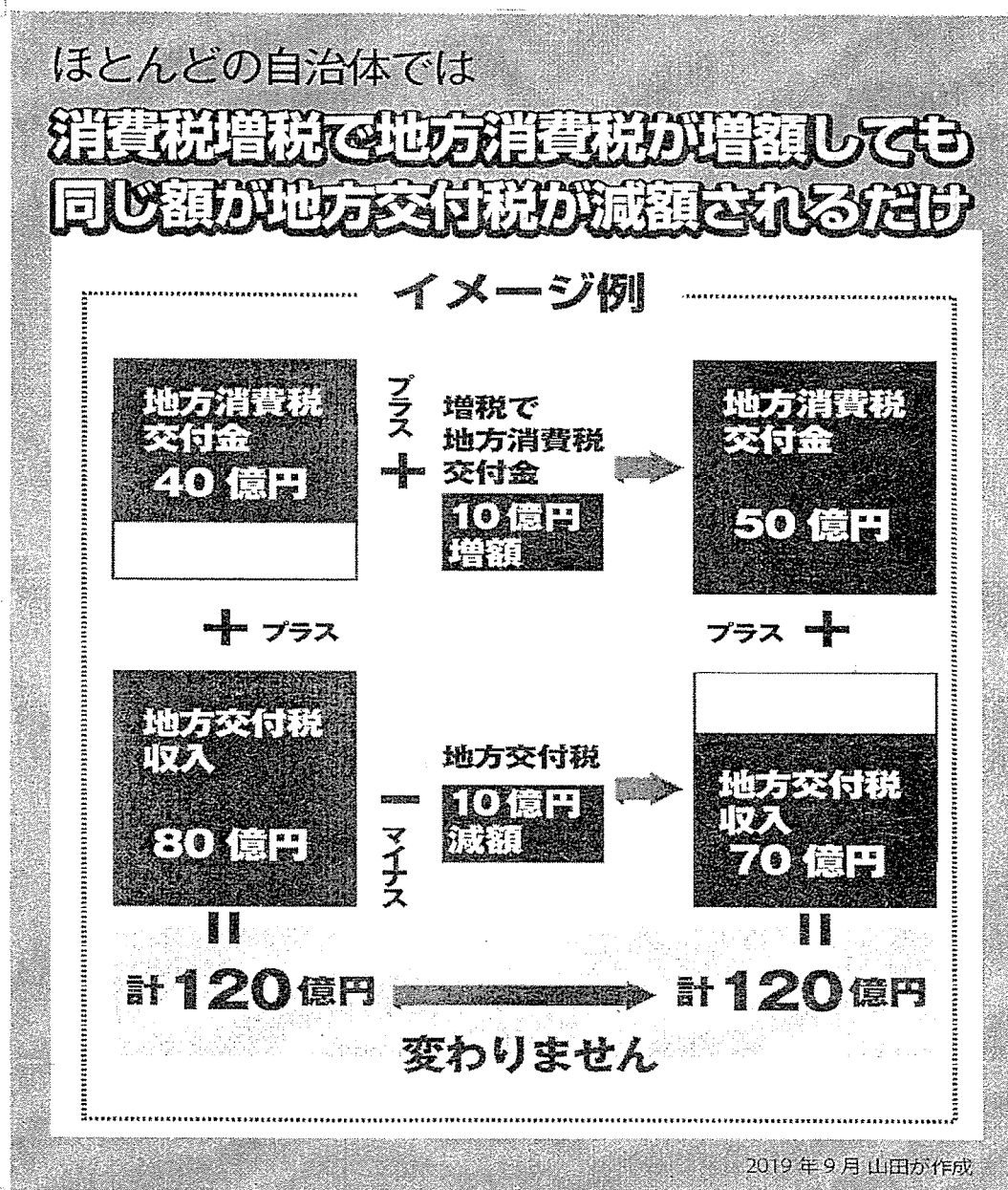
このことは、自治体財政をみればわかります。社会保障の子育てや教育を具体的に担うのは自治体だからです。国がアピールするように消費税が10%に増税されると、確かにその増税分が**地方消費税交付金**として自治体に増額交付されます。

しかし地方消費税で交付された収入の増額部分は、地方交付税が交付される

全ての自治体で、その消費税増額分が、そのまま**地方交付税の減額部分**となるのです。これでは国の地方交付税の制度を悪用していることと同じです。

(2019・9・14 本会場で活用したパネル)

$$\boxed{\text{地方消費税交付 10 億円増額}} - \boxed{\text{地方交付税交付 10 億円減額}} = \boxed{\text{相殺でゼロ}}$$



消費税増税で自治体の地方交付税収入が同じ額が減額されます

例えば、消費税増税で地方消費税 10 億円が、今までより多く自治体に交付され収入となったとします。しかし地方交付税が交付されている 96%自治体では、その 10 億円分が減額され、プラスとマイナスでゼロとなるのです。こ

の地方消費税交付で**自治体間の財政格差**は広がります。しかも地方交付税と異なり地方消費税の財源は自治体が自由に使えず、国が自治体に条件と制限をつけることができます。それだけに国の権限が強まり**自治体を統制する制度**でもあるのです。

※**地方交付税とは**、自治体間の財政の不均衡・格差を調整して、すべての自治体が一定の水準を維持することができるように財源を保障するための制度です。国が自治体固有の財源を自治体に代わって徴収し、一定の均等性を確保する基準により低い自治体に再配分する財源です。地方交付税が交付されていない不交付自治体は都道府県では東京都のみで、自治体全体では4%程度です。つまりほとんどの自治体が地方交付税を受けているのです。

どの自治体も消費税を支払う消費者で実質支出増に

それだけではありません。消費税は、企業ではなく消費者が最終的に国に支払う税金です。そして**自治体も消費者**です。自治体の医療・保育など子育て・小中高の学校・保険衛生費・施設管理運営費・委託料などのすべてに消費税の負担増が強いられます。

このことで自治体支出はさらに大きくなるのです。そのことを本会議場でもパネルで主張してきました。

消費税増税で自治体の社会保障・教育予算が実質的に後退します

●甲府市の場合では、消費税8%の段階でも毎年13億円以上の消費税支出が強いられています。それが10%の消費税増税となると、これからは毎年、国に払い続ける消費税は16億円もの支出が続くのです。

また、消費税は、自治体の**社会保障・教育関係の財政を圧迫**しています。特に市立甲府病院会計では消費税が10%になると3億4000万円もの支出となり国に納める額が大きくなるのです。

●自治体にとって、大きな消費税負担額ですから、地方消費税が実質の収入となる地方交付税の不交付自治体であっても、財政が圧迫されていきます。したがってどの自治体も医療・社会保障・教育から**実質的な予算の後退**がはじまるのです。

**自治体は消費者です！
 国に多額の消費税を納めています！
 特に社会保障・教育の負担増で、実質予算の減額です！**

甲府市の主な社会保障・教育関係の消費税負担額

	消費税 8%	消費税 10%	増税負担額
公立保育所	494 万円	617 万円	124 万円
学 校	1 億 6,671 万円	2 億 838 万円	4,168 万円
小学校	1 億 1,355 万円	1 億 4,194 万円	2,839 万円
中学校	3,914 万円	4,892 万円	978 万円
甲府商業高校	1,148 万円	1,435 万円	287 万円
商科専門学校	254 万円	317 万円	63 万円
保健 衛生	8,567 万円	1 億 709 万円	2,142 万円
市立甲府病院	2 億 6,889 万円	3 億 3,611 万円	6,722 万円
介護保険事業	4,428 万円	6,504 万円	2,076 万円

甲府市全体では
 消費税 8%で13億円の負担 ➡消費税 10%で約**16億円**以上の負担に

この消費税負担で自治体の実質予算額がさらに減額することになるのです

平成30年度決算資料より算出の甲府市財政課資料より作成 2019年9月

特に、自治体と自治体病院、そして介護では

医療の診療報酬には消費税分が入りません。つまり患者に消費税が転嫁されません。これは患者にとってはいいことです。しかし、それまでの医薬品・医薬材料・医療機器・施設建設には全て消費税がかかっていますから、その費用はすべて医療機関の持ち出しとなります。

介護の介護報酬も基本は、利用者に消費税が転嫁されません。医療も介護も経営側は消費税を国に納めるだけとなります。しかも国は医療機関から受け取った消費税分を戻しません。医療機関・介護事業所の持ち出し＝「損税」となります。医療機関のこの「損税」額は実に大きく、消費税10%になると400～499床の自治体病院では約4億円もの「損税」額になります。

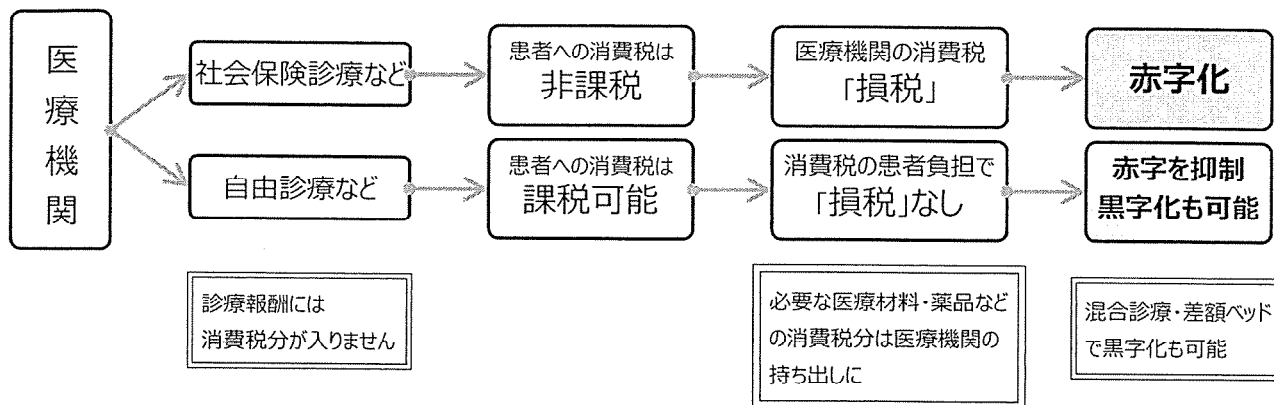
国は今回、「医療機関や介護への財政措置をした」と言いますが、そのことで巨額な「損税」の穴埋めなどは出来ません。

経営は赤字病院にならないために差額ベッドなど自費診療を進める

病院は特に公立病院は、地域の要として医療の水準を確保するために、医療機器と不採算の診療も行う責任があります。これらには、かなりの大きな消費税がかかります。しかし診療報酬には消費税は入りませんので、仕入れに必要な消費税分は全て病院が「損税」＝持ち出しとなり、大きな支出となります。

市立甲府病院の累積した赤字の約40%分＝40億円は消費税の「損税」の累積です。

- 国立大学病院からはじまって、公立病院でも「生き残りのため」に、消費税がかからない**差額ベッドを増やし、自由診療＝自費診療を増やす**傾向がはじまっています。



消費税で病院が黒字になるためには、差額ベッド・混合診療が強いられる！

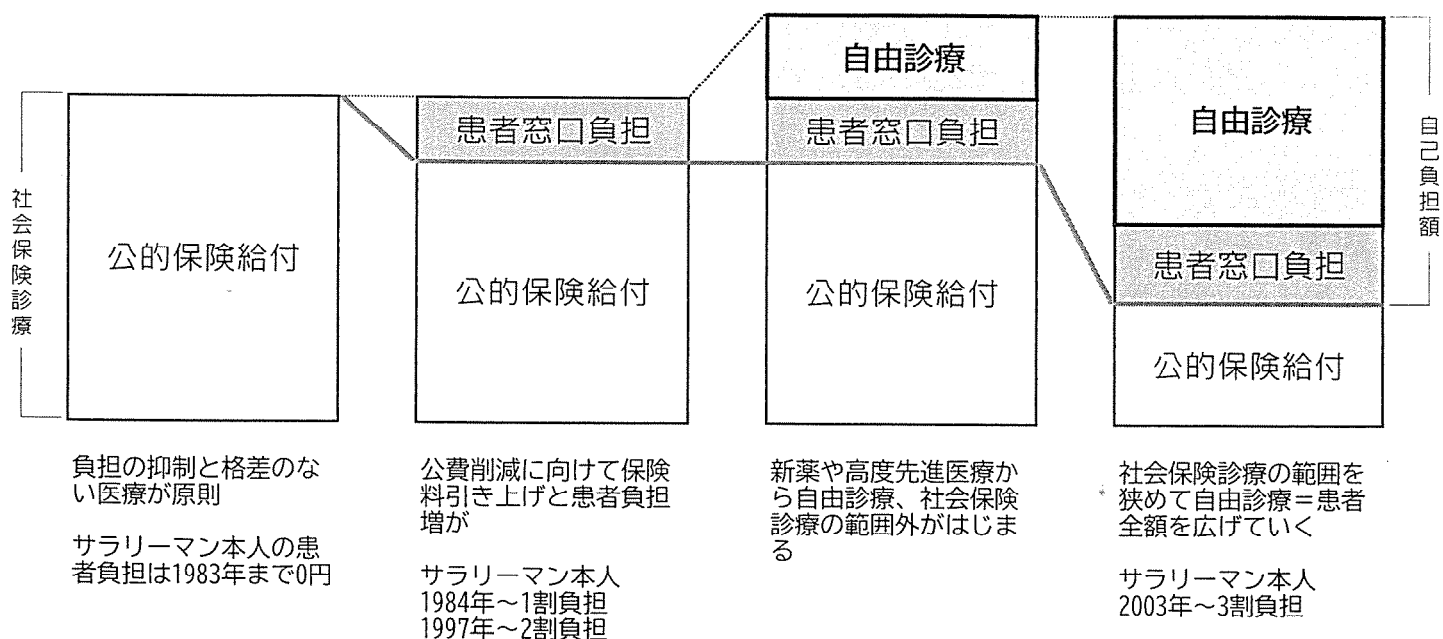
医療経営としては、この大きな消費税「損税」をできるだけ少なくして収益を上げようとなります。そこで診療報酬以外の「自由診療」による「混合診療」の拡大を求めて

しまいます。通常より多く収益の上がる「自由診療」は、消費税を患者に転嫁でき、「損税」はかからないで済むからです。

また「自由診療」を本格的に進めないまでも、医療経営にとって「価格が自由で損税がない」収入である「分娩介助料」「差額ベッド」「文書代」などの患者負担を様々に引き上げ営利主義に誘導されることになります。

消費税で強められる混合診療は医療における格差と患者負担を増す！

①原則 → ②患者負担増 → ③混合診療導入 → ④混合診療常態化



しかし、この方向は患者負担を限りなく重くし、貧富の格差=いのちの格差につながっていくものであり、**本来の公立病院の設立目的から変質**していくことになります。

私は、甲府市立病院の資料倉庫から、1989年度の消費税発足時からの決算書を全て調べて「累積損税額」が40億円以上になることを明らかにしました。このことで、甲府市立病院の「マスコミ風の累積赤字額」の約40%にもなることを問題にしてきました。

参考までに、幼児教育無償化でも自治体負担と民営化が

政権自慢の消費税財源を使うとする幼児教育無償化についても、様々な問題が発生し

ています。今回の、認可保育所・幼稚園・認定こども園に通う3～5歳児の保育料無償化には、意外と反対や危惧している人が多くいます。「待機児童の解消を優先すべき」「保育士の賃金アップや労働環境の改善を優先すべき」「無償化は高所得者ほど恩恵が大きい政策だから」〔朝日新聞 9/29〕という当然の理由からです。

それに、**給食費や行事費はこれからも保護者負担**です。非正規の低所得者への支援につながらず、子育て世帯間の格差が広がってしまいます。また施設における保育の質の格差の改善にもなりません。

●市町村の財政からみると、国は民間保育所の負担は1/2で県1/4、市町村は1/4ですが、公立保育所は市町村10/10としています。つまり、公立の幼稚園・保育所は、全額市町村で全額負担しろとしているのです。

無償化の負担割合：国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4。ただし、公立施設（幼稚園、保育所及び認定こども園）は市町村等 10/10」〔閣僚合意〕

甲府市の場合、市立幼稚園はなく、市立保育所も5園しかありませんが、それでも、無償化に伴う追加の**負担額は 毎年約3,800万円**です。通常19万程度の自治体では10～15園程度あるのですから毎年5億円程度の費用増となります。

●したがって、公立の保育所・幼稚園を多く持ち幼児教育が充実している市町村ほど大きな負担となり、財政的な劣化が進みます。さらには財政難からの**公立幼稚園・公立保育所の廃園・民間委託、職員の非正規化**も強まり、それは保育の質を低下させることとなります。

感染症病棟（6床）を稼働した場合のシミュレート（対象診療科：外科）

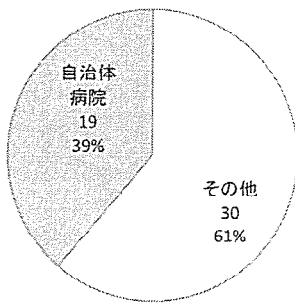
$$1人1日平均稼働額 \times 病床数 \times 外科病床利用率 \times 稼働日数$$

$$63,740円 \times 6床 \times 67.63\% \times 365日 = \underline{94,405,122円}$$

※数値は、平成30年度決算ベースで算出

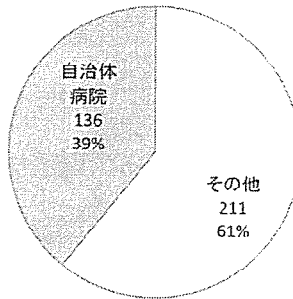
指定医療機関等における会員病院の割合

都道府県がん診療連携拠点病院



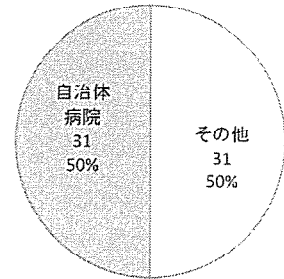
平成28年10月1日一覧から

地域がん診療連携拠点病院



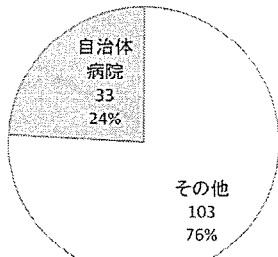
平成28年10月1日一覧から

基幹災害拠点病院



平成28年4月1日一覧から

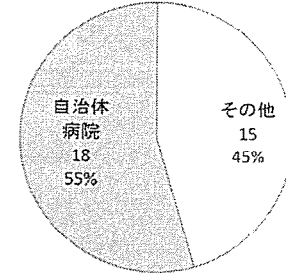
精神科救急入院料認可施設



日本精神科救急学会
平成28年8月末一覧から

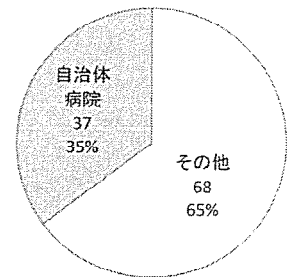
※ 合併症型を含む

心身喪失者等医療観察法の指定
入院医療機関



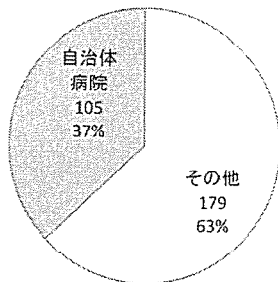
平成28年9月1日一覧から

総合周産期母子医療センター



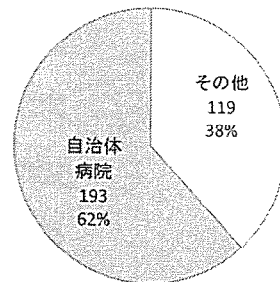
平成28年4月1日一覧から

救命救急センター



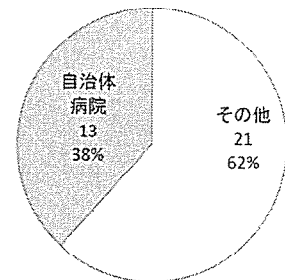
平成28年10月28日一覧から

へき地医療拠点病院



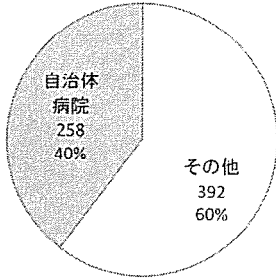
平成28年1月1日一覧から

小児救急医療拠点病院



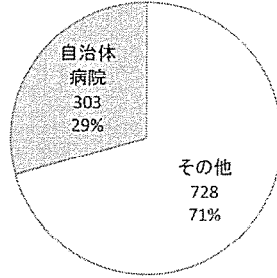
平成27年4月1日一覧から

地域災害拠点病院



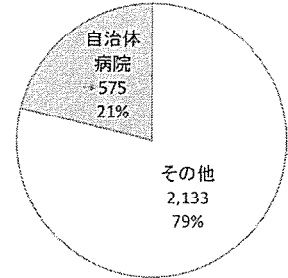
平成28年4月1日一覧から

基幹型臨床研修病院



平成29年度に臨床研修プログラムを実施する予定の臨床研修病院一覧から

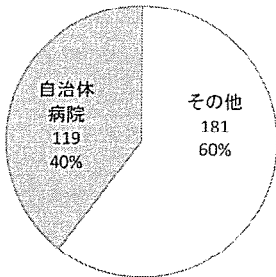
協力型臨床研修病院



平成29年度に臨床研修プログラムを実施する予定の臨床研修病院一覧から

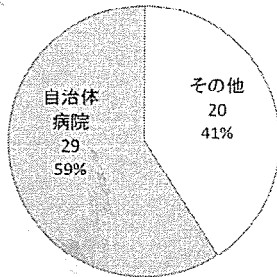
※ 基幹型と協力型が重複している病院はそれぞれで集計

地域周産期母子医療センター



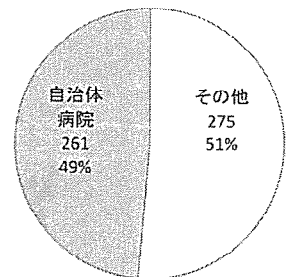
平成28年4月1日一覧から

第一種感染症指定医療機関



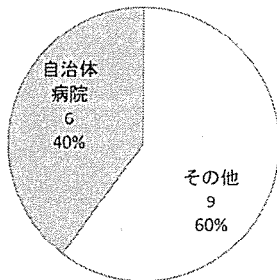
平成28年10月1日一覧から

第二種感染症指定医療機関



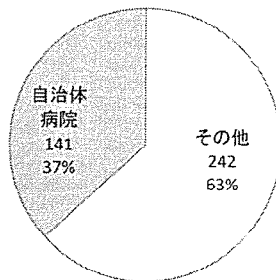
平成28年4月1日一覧から

小児がん拠点病院



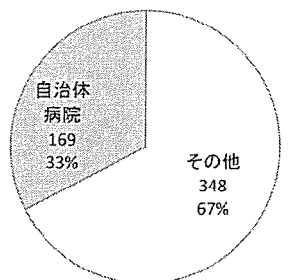
平成28年10月1日一覧から

エイズ治療拠点病院



平成28年12月28日一覧から

地域医療支援病院



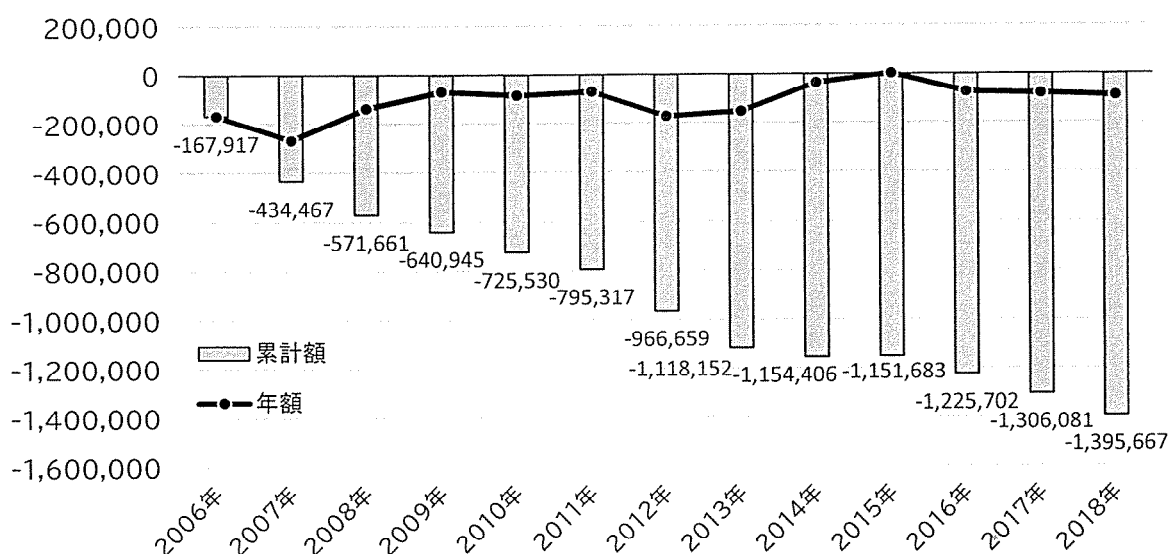
平成27年12月1日一覧から

一般会計繰出金も点検を！甲府市の場合極めて足りません

甲府市立病院では、繰入金は13億9600万円も不足！

病院事業会計繰出金実績表

(単位:千円)



負担を軽減させ！皆保険と自治体病院を守ろう！

生存権の保障としての国民皆保険制度が崩されようとしています。そのためにも、保険料や患者負担など国民負担の抑制をやめさせ、国民健康保険と自治体病院をぜひとも守らなければなりません。

国民への相次ぐ医療・介護の負担増をやめさせましょう

「国民医療費が4兆23000億円〔2018年度〕となり膨張している」と国は強調します。しかし、それを財源別で見ると国の負担は1兆5000億で全体の25%止まりです。今では防衛費は5兆円を超えその半額に迫っていますが「防衛費の膨張」については、国は全く心配していません。増えてい

るのは自治体の負担で、5兆3000億円13%です。国民の負担額（患者負担と保険料負担の合計）は16兆3000億円で全体の40%を超えています。

ここで大きな問題とすべきは、**国と企業の事業主の負担割合が軽減**していることです。国の国民医療費の負担割合は1975年度28.9%だったものが、2014年度では25.8%に軽減しています。特に企業の事業主負担割合で、25.1%が20.4%にも軽減しています。企業の支出額も極めて抑制されています。国民医療費の問題についてもと大企業に甘すぎる状況があります。薬剤会社の「言い値」になりはじめている高額薬剤費や高額医療機器価格の抑制も含めて是正すべきです。大企業の非正規雇用や自治体の官製ワーキングプア状態を少しでも是正し、社会保険・労働保険の適用と保険料の企業負担や企業内の福利厚生をしっかりと求めるべきです。

それと国民負担の国の医療費の負担割合を元に戻すべきです。そして足元の自治体では市民の医療費や介護の助成を広げ、それを国の制度にもしていくべきです。

大企業のための政治を行っている安倍政権は、これからさらに「高齢者と若者の世代間」の対立もあおりながら国民の医療と介護などの負担を様々に強めようとしています。様々な負担増は2017年度から、まず先行して高齢者関係から強まり2018年度においては医療と介護の報酬が同時に改定されるだけに国民全体の負担が限りなく強まっていくとみるべきです。それにしっかりと抵抗していきましょう。

想定される政府の主な医療・介護負担増メニュー

医療	75歳以上の窓口負担の原則1割から2割への引き上げ
	75歳以上の3割負担者（現役並み所得）の対象拡大
	「かかりつけ医」以外や少額の受診は一定程度の追加負担
	処方箋がなくても買える薬（花粉症薬、湿布、漢方薬等）は保険から外すなど
	預貯金が一定ある高齢者は入院時の食事・室料代は全額自己負担
	費用対効果が悪い、財政影響が多い高額医薬品は公的保険に入れない
介護	ケアプラン作成に自己負担を導入
	利用料2割、3割負担の対象拡大

要介護 1・2 の生活援助サービス等の保険外し (市町村裁量の総合事業に移行など)
介護施設 (老健、介護医療院等) の相部屋の室料負担を徴収
低所得者に対する介護施設利用時の食事・移住被補助の削減

「改革工程表 2018」、財務省「建議 2019」に基づき保険医団作成

甲府市の現行国民健康保険料 シミュレーション

- ① 年収 600 万円 (所得 426 万円) 夫婦+子 1 人
⇒679,780 円
- ② 年収 200 万円 (所得 122 万円) 親 1 人+子 1 人
⇒213,220 円 (2 割軽減)
- ③ 年収 140 万円 (所得 75 万円) 親 1 人+子 1 人
⇒115,520 円 (5 割軽減)

※大人は、介護保険第 2 号被保険者の設定です。

予定されている国保保険料の上限額が 99 万円となったと仮定した場合

保険料 99 万円も払う該当世帯収入額 (給与) は、

現行の料率で試算した場合、(介護分を含みます。)

- ① 両親と子 2 人 収入額 9,059,838 円 所得額 6,953,854 円
- ② ひとり親と子 1 人 収入額 9,559,328 円 所得額 7,403,395 円

国の公的責任を放棄し「国民の責務」「自助・共助」に

国民からの負担を徹底して強めるために、国民に「自助」「互助」「共助」を社会的な常識として広げています。社会保険から「公助」の考え方もなくして、社会保障における国の公的責任の放棄を当然としていきます。この国にとって都合のいい考え方は、2002年に成立した健康増進法にある「自らの健康」は、「国民の責務」という内容からもすでにはじまっています。

健康増進法 (国民の責務) 第 2 条 国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない。

これは国民の権利を保障するために、国の義務を規定した最高法規である憲法 25 条の生存権を放棄したものです。

憲法 第25条〔生存権〕 **すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。**

医療と連携して進められている「地域包括ケアシステム」の骨格を示した地域包括ケア研究会の報告書では、次の図にあるように社会保障である介護保険などの社会保険を「共助」とし、「公助」を生活保護などに限定しています。これは暴論です。これは憲法25条の生存権の実質的な解釈改憲です。

しかし、国民健康保険などでもすでに国側は「国保は助け合いの制度です」などの言葉を意識的に使い始めてもいます。それを今回の医療再編成でさらに拡げています。もし国保が「助け合いの制度」であるなら社会保障ではありません。「公助」もみえなくして「自助」を基本とした「相互扶助」なら、戦前の国保に逆戻りです。また、今の民間の相互生命保険会社と同じとなってしまいます。

※もっと原則的に考えるのなら、「公助」という考え方も正確ではありません。国の義務であり、責任である生存権とその社会保障を「公が助ける」という内容では不十分だからです。

●**自民党の改憲草案**をみてみれば分かります。**例えば**、悪質な改憲内容に「**国民の責務**」の押し付けがあるのです。

現行憲法 第12条 この憲法が国民に保障する自由及び権利は、国民の不断の努力によつて、これを保持しなければならない。又、国民は、これを濫用してはならないのであつて、常に公共の福祉のためにこれを利用する責任を負ふ。



自民党憲法改正草案 第12条 この憲法が国民に保障する自由及び権利は、国民の不断の努力により、保持されなければならない。国民は、これを濫用してはならず、**自由及び権利には責任及び義務が伴うことを自覚し、常に公益及び公の秩序に反してはならない。**

「公共の福祉」を「**公益および公共の秩序**」とし、国民の「**責任および義務**」

= 「国民の責務」を求め「それに「反してはならない」としていること自体が民主的な憲法とは言えません。これでは主権者であるはずの国民が国家権力の支配下（「公益および公共の秩序」）に置かれることになってしまいます。

●そして様々な負担を「自己責任」と「家族責任」の問題とし、さらには地域の「支え合い」の課題としています。例えば、「**家族の助け合い**」も改憲内容に新設するとしています。

自民党日本国憲法改正草案（新設） 第24条 家族は、社会の自然かつ基礎的な単位として、尊重される。家族は、互いに助け合わなければならない。

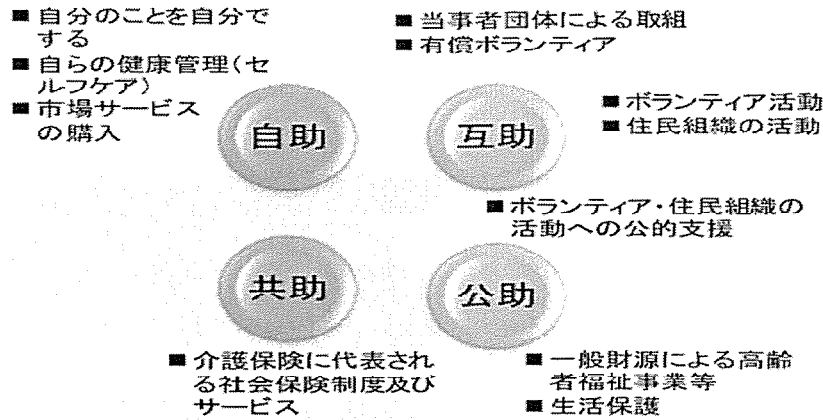
草案の前文には新たに「家族と社会全体がお互いに助け合って」が入っています

自民党日本国憲法改正草案前文 日本国民は、国と郷土を誇りと気概を持って自ら守り、基本的人権を尊重するとともに、和を尊び、家族や社会全体が互いに助け合って国家を形成する。

●これを「一般的な美文」で、すまずことは出来ません。具体的に国民の責任と負担が強制されていくからです。最近強調される「**自助**」「**共助**」「**互助**」「**公助**」のやり方は、そのためのものです。そして必ず「**公助**」の役割と負担は軽くなり見えなくなっています。例えば、「**共助**」に社会保障である介護などの**社会保険制度**もいれているのです。

そして、政権に影響され自治体行政でも「**相互扶助**」との言い方も多くなっています。これでは、公的責任・公的支出がなくても「支え合いでやれ」であり、戦前と同じであっても、民主的な社会保障・教育・防災などの憲法と生存権の保障とは言えないのです。

地域包括ケアシステムを支える「自助・互助・共助・公助」



厚生労働省委託『地域包括ケア研究会報告書』より)

国民の責務を求める法律が次々と作られています

●**介護保険法**では「国民の共同連帯」と「国民の努力及び義務」が明文化されています。

介護保険法(目的)

第1条 この法律は、・・・**国民の共同連帯**の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(国民の努力及び義務)

第4条 **国民は**、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に**努めるもの**とする。

2 **国民は**、共同連帯の理念に基づき介護保険事業に要する費用を公平に**負担するもの**とする。

●2000年制定の**健康増進法**でも、健康は「国民の責務」として明文化されています。

健康増進法（国民の責務）

第2条 **国民は**、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に**努めなければならない**。

もともと、社会保障の基本は公的責任による**措置制度**と、保険料負担などは負担能力がある人から応分の負担を求める**応能負担原則**だったはずですが。それが介護保険制度の発足頃から、「本人の選択と契約」による「福祉サービス」とその人が受けたサービス受益量による「**応益負担**」に転換させられてきているのです。そして国の公的責任は「**支援**」となり、国民は「**国民の責務**」とされてきているのです。

●**防災**では「自助7割・共助2割・公助1割」として、国の治山治水や抜本的な防災工事はなおざりのままで、国民の避難行動の強調ばかりです。2011年の**大震災復興基本法**は、「相互扶助と連帯の精神」が強調されています。

東日本大震災復興基本法（国民の努力）

第5条 **国民は**、第二条の基本理念にのっとり、**相互扶助と連帯の精神に基づいて**、被災者への支援その他の助け合いに努めるものとする。

法の主語が「**国民は～**」となっていることに注視して下さい。国の責任であるものが、「国民は～」とされているのです。

私が調べてだけでも「国民の責務」を明記する法律が次々と作られています。

- ・子ども子育て支援法（2018年）
- ・高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法（2016年）
- ・アレルギー疾患対策基本法（2014年）
- ・水循環基本法（2014年）・障害者総合支援法（2013年）
- ・子どもの貧困対策の推進に関する法律（2013年）
- ・障害を理由とする差別の解消の推進に関する法（2013年）
- ・国土強靱化基本法（2013年）
- ・障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法（2011年）
- ・東日本大震災復興基本法（2011年）・海洋基本法（2007年）
- ・自殺対策基本法（2006年）
- ・高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法（2006年）

- ・がん対策基本法（2006年）
- ・食育基本法（2005年）・障害者自立支援法（2005年）
- ・高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法（2005年）
- ・環境配慮促進法（2004年）
- ・犯罪被害者等基本法（2004年）・発達障害者支援法（2004年）
- ・次世代育成支援対策推進法（2003年）
- ・少子化社会対策基本法（2003年）
- ・特定製品に係るフロン類の回収及び破壊の実施の確保等に関する法（2001年）

・**健康増進法〔2000年〕**

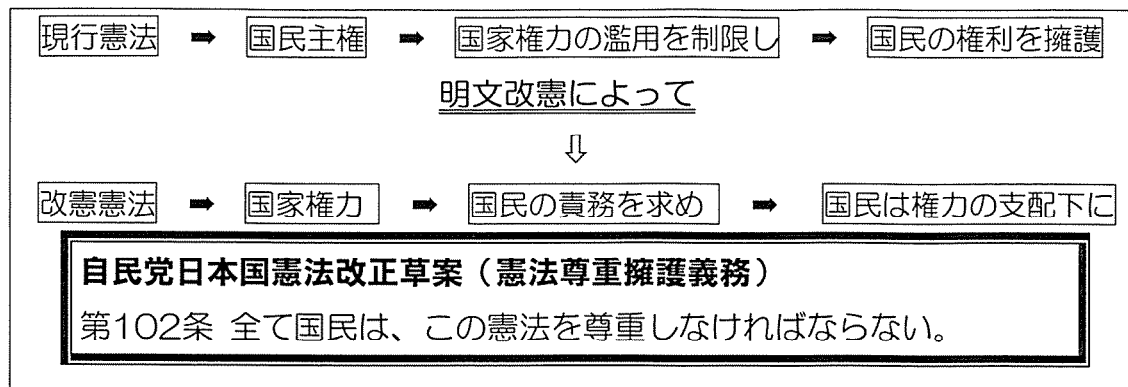
- ・国等による環境物品等の調達の推進等に関する法（2000年）
- ・循環型社会形成推進基本法（2000年）
- ・人権教育及び人権啓発の推進に関する法（2000年）
- ・ダイオキシン類対策特別措置法（2000年）
- ・男女共同参画社会基本法（1999年）
- ・感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法（1998年）
- ・地球温暖化対策の推進に関する法（1998年）・**介護保険法〔1997年〕**
- ・建築物の耐震改修の促進に関する法（1995年）
- ・環境基本法（1993年）
- ・自動車から排出される窒素酸化物及び粒子状物質の特定地域における総量の削減等に関する特別措置法（1993年）
- ・看護師等の人材確保の促進に関する法（1993年）
- ・スパイクタイヤ粉じんの発生の防止に関する法（1990年）
- ・土地基本法（1989年平成元年）
-
- ・悪臭防止法（1971年）・障害者基本法（1970年）・廃棄物の処理及び清掃に関する法（1970年）
- ・水質汚濁防止法（1970年）
- ・戦傷病者特別援護法（1963年）・知的障害者福祉法（1960年）・身体障害者福祉法（1949年）

国民に「改正憲法」擁護義務が強いるその改憲を絶対ストップ！

イメージは以下の通りです。「自己責任」「家族責任」「支えあい」とは、社会保障・教育・防災・雇用・生活などを後退させ、国の公的責任を放棄させ、憲法改悪につながります。そして明文改憲は、最高法規として国民を虐げ**憲法尊重擁護義務**を国民に強いることとなっていくでしょう。

まだ間に合います。でも、すぐそこまで来ています。だからこそ、この大切

な参議院選挙から気が付いた全ての人とスクラムを組んでストップさせていき
ましょう！



介護保険法や健康増進法では「国民の責務」が明文化されています

「国民の責務」を求める新法律とは明文改憲の下地となる

新たにつくられている社会保障と生活関係のいくつもの法律・基本法には「国民の責務」が入れられてきています。平成=1989年以降の法律、特に介護保険法の成立以降に多くなっています。他にもあると思われませんが、私が調べた範囲で「国民の責務」が入っている法律は次のように数多くされているのです。

●これらの平成になってからの新法律、特に介護保険以降の法律には、国と自治体の施策へ国民が協力する努力義務の内容が入っています。国民主権というより国家が優位になってきている傾向があるのです。

このような法律の傾向は、最高法規である憲法に悪影響を与えます。本来、憲法とは国家権力を規制し、権力の濫用（らんよう）を抑え、国民の権利を保障する役割を果たすものです。それが、平成になってから、法律の段階で「国民の責務」が強調される傾向にあること自体が、**改憲への下地**がつけられていると考えるべきです。

当面の改悪を許さず、いのちを守る共同の闘いを

2020.1.27

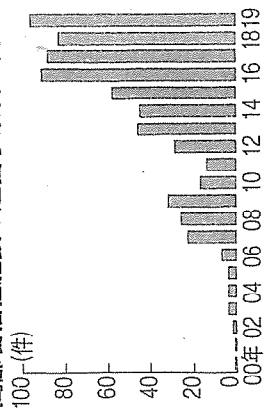
高

新

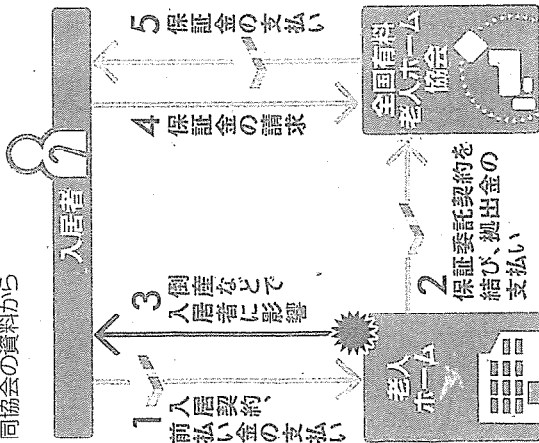
日

業

高齢者福祉施設の運営事業者の倒産



入居一時金の保全制度のしくみ
保証機関が全国有料老人ホーム協会の場合、同協会の賃料から



高齢者福祉 倒産最多に

老人ホームや介護施設を運営する高齢福祉事業者の2019年の倒産が、前年より13件多い96件と過去最多だった。利用者が増える一方で、競争も激しくなっている。ホームヘルパーなど介護人材の人手不足も、経営の重荷となっている。

調査会社・帝国データバンクによると、都道府県別では大阪が19件と最も多く、神奈川10件、東京8件、北海道・兵庫各7件と続く。負債総額も過去最高の約16.1億円。昨年1月に民事再生法を申請した、介護付き老人ホームの運営会社「未来設計」（東京都）の負債額が約54億円と多額で全体を押し上げた。業態別では訪問介護が過半の51件を占め、通所介護24件、老人ホーム10件、高齢者向け住宅6件と続いた。

激しい競争を背景に、倒産は11年の14件以降増える傾向だ。介護保険法が00年に施行され、参入が相次いだ。厚生労働省によると、訪問介護と通所介護の施設・事業所数は01年に約2万1千だったが、17年に約7

老人ホームなど 人手不足が打撃

万9千まで増えた。異業種から参入した運営者は「ウハウウなどが不十分なまま、介護サービス事業に活路を見いださざるまま業績不振の企業も多かった」（帝国データバンクの阿部成伸氏）という。倒産が多いのは小規模事

業者。負債額別では1千万〜5千万円未満が67件と約7割だった。介護福祉士やケアマネジャーら介護人材が不足し、大手より好待遇を提示しにくい小規模事業者が深刻な影響を受けている。倒産の5割超は設立後10年未満の事業者という。

入居一時金の扱い 要注意

運営会社が倒産すると入居者はどうなるのか。多くの場合、ほかの事業者が入居者ごと施設運営を引き継ぐ。注意が必要なのは、入居一時金の扱いと、サービス内容の変更だ。

老人ホームは、一定期間の月額利用料を入居一時金としてまとめて前払いする施設が多い。都市部などで数百万〜数千万円に及ぶこともある。倒産で入居者の一時金が戻らない事態を避けるため、老人福祉法が06年に改正され、同年4月以降の設置施設は500万円を上限に保全が義務化された。事業者は銀行・保険会社、全国有料老人ホーム

協会などと契約し、返還を保証するしくみだ。21年4月以降は既存施設を含めた全事業者へ適用される。

一方で、介護・福祉分野に詳しい外岡弁護士は「保全措置の手続きを急ぐと、倒産した際に（一時金）が返還されなかったケースもあった」と注意を呼びかける。厚生労働省の調査（18年6月時点）によると、保全義務がある1440施設のうち約4%の59施設が措置をとっていないという。

介護付き有料老人ホームなど一時金が必要な施設では、運営者が保全の手続きを終えているかを確認することが大切だと、外岡弁護士は指摘する。施設見学時などに、どの保証機関と契約してお金を納めているかを問うのが一つの方法だ。

倒産に至らなくても、経営悪化に伴って事業者は変わることもある。この際、食費やレクリエーションの内容の変更や、入浴回数削減に注意が必要という。

（鈴木友幸）

資料 2

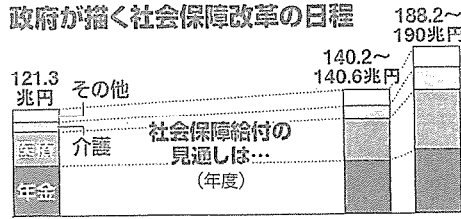
年金・介護・医療負担増を議論

社会保障改革 政権が会議新設へ

安倍政権が社会保障改革に関する会議の新設を検討している。政権は参院選への影響を考慮し、国民負担を伴う社会保障改革の議論を先送りしてきた。しかし、2025年以降は人口の多い「団塊の世代」が全員、75歳以上の後期高齢者になる。年金や介護、医療の費用が急増する見通しで、負担増が会議の焦点になる。

▼3面へ負担増に課題

「団塊の世代」が後期高齢者に



年度	年金	介護	医療
18年	年末までに改革案を提出	改革案を議論・骨太の方針に記載	関連法案を提出
19年	新会議設置	骨太の方針2020	関連法案を提出
20年	関連法案を提出	骨太の方針2020	関連法案を提出
21年	関連法案を提出	骨太の方針2020	関連法案を提出
25年	関連法案を提出	骨太の方針2020	関連法案を提出
40年	関連法案を提出	骨太の方針2020	関連法案を提出

- 主な検討項目**
- 厚生年金のパートへの適用拡大
 - 在職高齢年金制度の見直し
 - 年金の繰り下げ受給の選択肢拡大
 - 確定拠出年金の加入期間延長など
 - ケアプラン作成費に自己負担導入
 - 介護サービス利用時の自己負担(原則1割)で2、3割負担の対象者拡大
 - 要介護1、2の人への生活援助サービスを市区町村事業に移行
 - 75歳以上の窓口負担(原則1割)の引き上げ
 - 薬の公的医療保険適用の範囲見直し

安部首相は2日の政府与党連絡会議で来週、内閣改造を行う方針を表明した。今回の改造では社会保障改革の担当閣僚を改めて任命し、改造後の今月中下旬にも会議を設けるとみられる。会議をめぐっては、公明党の石田祝稔政調会長も8月29日、菅義偉官房長官と面会した際、「社会保障について全体的な会議を作るべきだ」と提言していた。官邸関係者によると、会議は有識者や関係閣僚で構成する。議長は首相が務めるとみられる。事務局は内閣官房か内閣府に置く方向で検討が進んでいる。官邸幹部は今回の社会保障改革について「首相にとっては長期政権の中で、総仕上げのものになるだろう」と語った。

格化させる背景には膨らみ続ける社会保障給付費がある。政府見直しによると、18年度に約121兆円だった社会保障給付費は、団塊の世代が全員75歳以上となる25年度には約140兆円、65歳以上人口がピークとなる40年度には約190兆円に膨らむ。それだけに財政圧迫の最大要因となる社会保障費の抑制は喫緊の課題になる。

新たに設けられる会議の議論は当面は年金制度と介護

保険制度の改革が焦点になる。政府は来年の通常国会に改進黨連法案を提出する予定で、会議ではそれに向けた改革の方向性を示すとみられる。

公的年金制度は先月発表された財政検証の結果を踏まえ、高齢者らの就労を促し「支え手」を増やす改革に重点が置かれる見通しだ。想定される主な改革項目には、厚生年金のパートらへの適用拡大や、働いていて比較的収入が多い高齢

者の厚生年金をカットする「在職高齢年金制度」の縮小・廃止などが挙がる。老後に向けた資産形成を促すため、私的年金「確定拠出年金」の加入拡大を図る見直しも行う。

介護保険制度の議論では、介護サービス利用者の負担増に踏み切るのかが大きな課題だ。介護サービス利用時の自己負担(原則1割)について2、3割負担の対象者の拡大、在宅サービスの利用計画「ケアプラン」の利用計画「ケアプラン」

介護保険法改正へ負担増の議論開始

社保審部会 意見集約は難航も

来年の通常国会での介護保険法改正に向けた本格的な議論が29日、社会保障審議会(厚生労働相の諮問機関)の部会で始まった。介護費が増え続ける中で「給付と負担」の見直しは急務だが、介護サービス削減や利用者の負担増への賛否は割れており、12月までの意見集約は難航も予想される。

介護サービスの費用は、保険料と公費、サービス利用時の自己負担(原則1割)

で賄う。2019年度介護費(予算ベース)は11.7兆円で、介護保険が始まった00年度の約3倍。団塊の世代が全員75歳以上になる25年度以降は財政が厳しさを増すと見込まれる。保険料も年々上がっている。65歳以上が払う平均保険料は19年度は月5869円で、00年度の約2倍になった。

厚生省は部会で、自己負担の引き上げなど改正の検討項目を提示。経団連の井上隆常務理事は「持続可能な制度の再構築には痛みを伴う」と述べ、利用者の負担増につながる改革も進めるべきだと主張した。一方、「認知症の人と家族の会」の花俣ふみ代さんは「(負担増は)サービス利用を控えることになる。介護家族の生活が立ちゆかなくなるなどの影響がすでに出ており、容認できない」と訴えた。

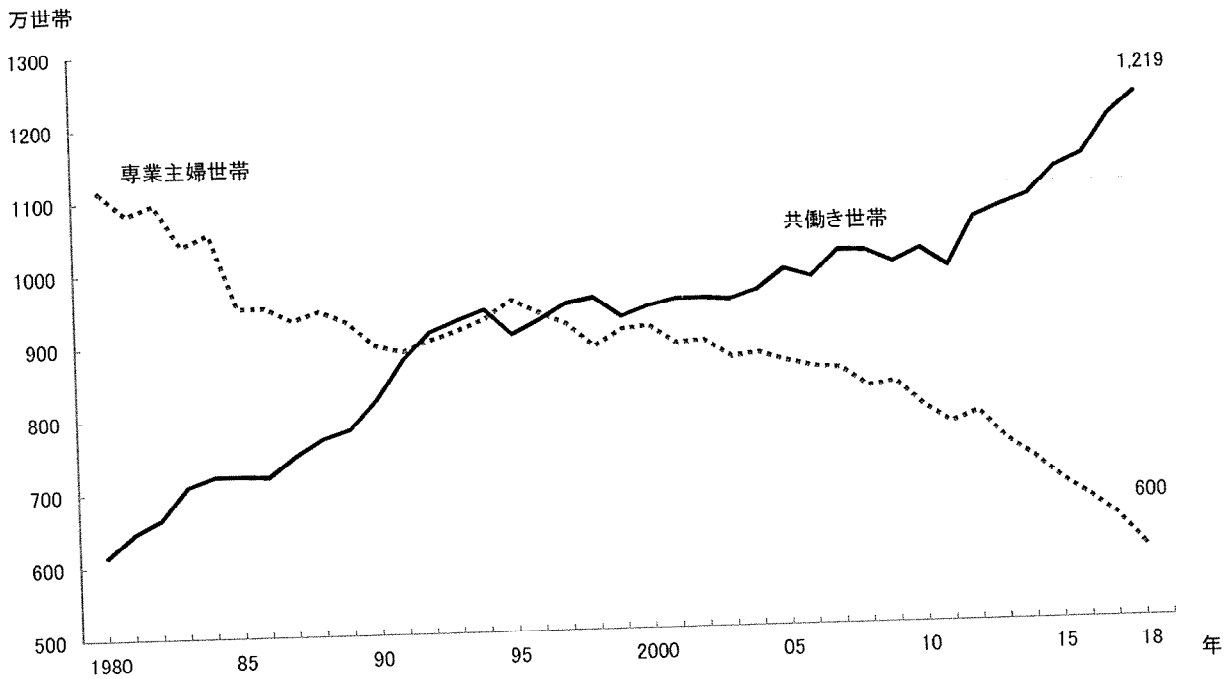
(石川晋菜)

「」の作成費用への自己負担導入などを検討する。医療保険制度は来年度「骨太の方針2020」への改革案の明記に向け、議論が進む見通しだ。75歳以上の窓口負担(原則1割)の引き上げや、公的医療保険を適用する薬剤の範囲の見直しなどがテーマになる。ただ、新たな財源が確保されない中では、利用者の負担増につながるため、意見集約の難航は必至だ。

(及川綾子 山本恭介)

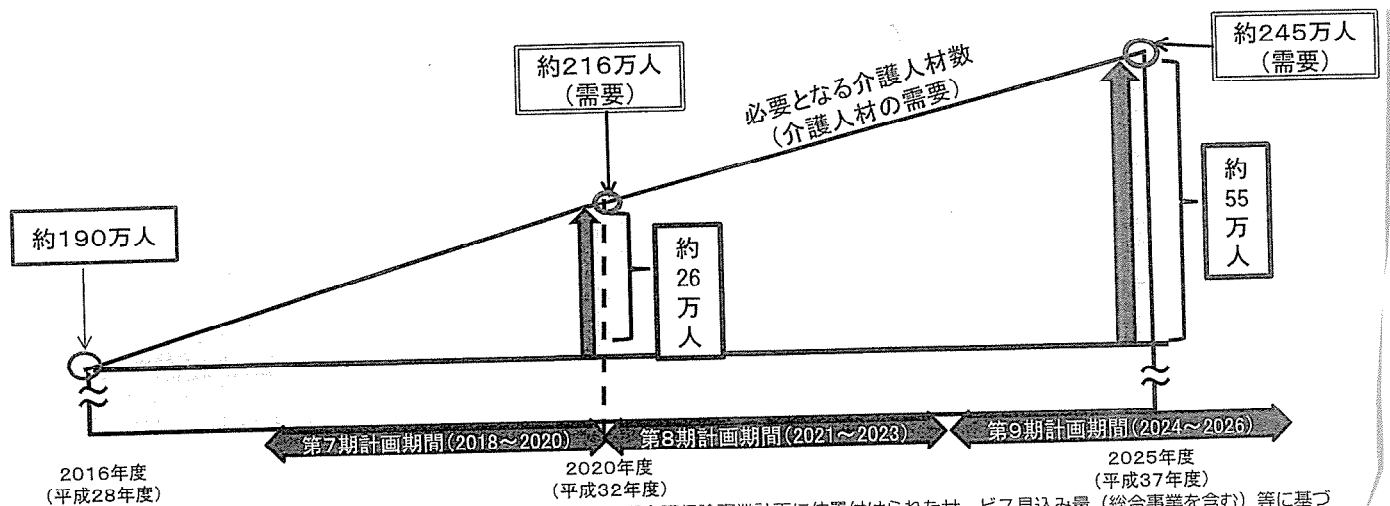
2019.8.30

図12 専業主婦世帯と共働き世帯 1980~2018年



資料出所 厚生労働省「厚生労働白書」、内閣府「男女共同参画白書」、総務省「労働力調査特別調査」、総務省「労働力調査(詳細集計)」
 注1 「専業主婦世帯」は、夫が非農林業雇用者で妻が非就業者(非労働力人口及び完全失業者)の世帯。
 注2 「共働き世帯」は、夫婦ともに非農林業雇用者の世帯。
 注3 2011年は岩手県、宮城県及び福島県を除く全国の結果。
 注4 2013年~2016年は、2015年国勢調査基準のベンチマーク人口に基づく時系列用接続数値。

労働政策研究・研修機構 (JILPT)



注1) 需要見込み(約216万人・245万人)については、市町村により第7期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量(総合事業を含む)等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。
 注2) 2016年度の約190万人は、「介護サービス施設・事業所調査」の介護職員数(回収率等による補正後)に、総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員数(推計値:約6.6万人)を加えたもの。