

2016年12月

医療の営利市場化と つぶしたい自治体病院の存在

一般社団法人全国労働安全衛生研究会 代表
甲府市議会議員 山田 厚

目次

受診が必要でも抑制そして医療は危険職場に	2
医療費抑制を理由にした医療の営利市場化が	10
自治体病院の社会的存在が営利市場化の弊害に	20
負担を軽減させ！ 国保と自治体病院を守ろう！	..	30

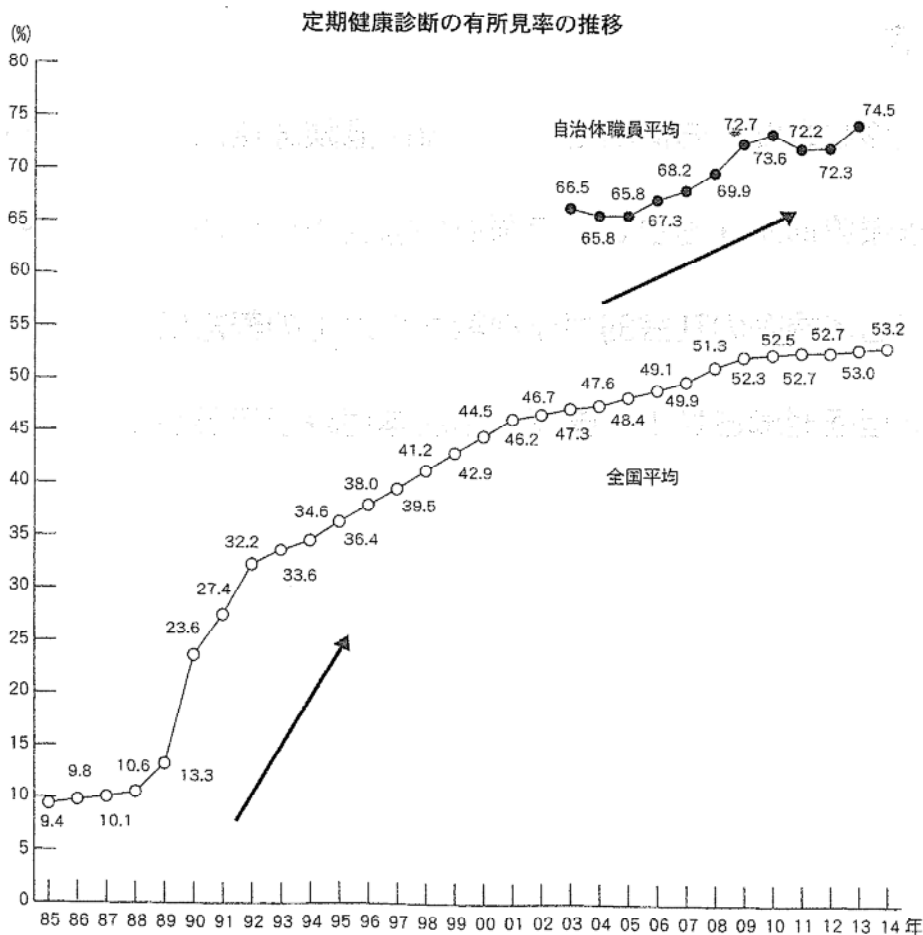
受診が必要でも抑制そして医療は危険職場に

国民は公的医療・受診を今までより必要としています

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。

医療を必要とする要因としては、**高齢化と高齢者労働**の広がりがあります。65歳以上の全人口に占める高齢者割合が2015年 26.7%にもなりました。そして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い低賃金ですから、当然、医療を必要とする事態が深まります。

労働者の健康状態の不全傾向！ 特に自治体はひどい！



資料 全国平均は…厚生労働省「年別健康診断結果」より作成
自治体職員平均は…地方公務員安全衛生推進協「地方公務員健康状況等の現状」より作成

現役労働者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、2015 年 53.6%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、2014 年度の有所見率は 74.4%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）も極めて高く女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。さらに労働法の改悪と「女性の活躍推進」はこのことをさらに強めていきます。

しかし貧困と権利状態の低さから受診抑制傾向があります

これらのことから、公的医療・受診を必要とする客観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
- ・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%。
- ・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
- ・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実例調査」（『社会保障 461 号』）。

●**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る

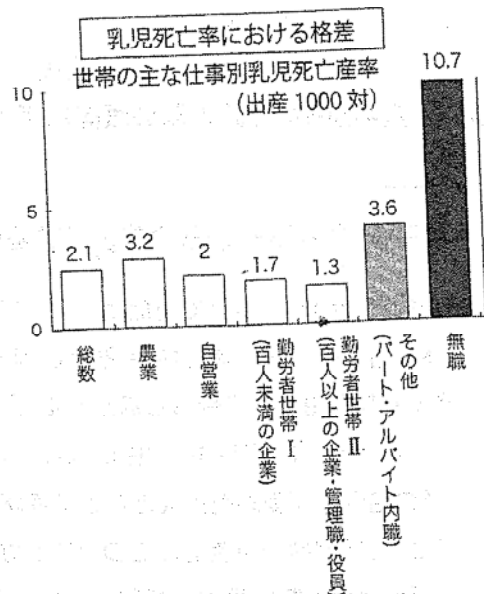
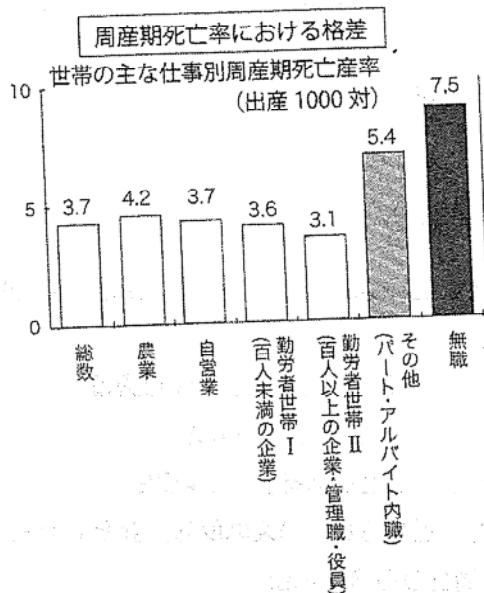
す。甲府市の国民健康保険で、資格証とされた人こそ受診抑制となります。2015年度の資格証の甲府市の世帯数は484世帯で、国保世帯の平均人数は1.6人ですから、約800人の市民が「資格証＝無保険」となっています。

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1.1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。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7年間で17人は、受診しないままに、亡くなっています。2015年は全国でこの資格証明書された世帯は24万もあり同じ状況だと思われます。

つまり高すぎる保険料⇒保険料滞納⇒資格証＝無保険⇒無医療⇒いのち・健康破壊となっているのです。

●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。

すでに所得の格差が小さな命の格差となっている！



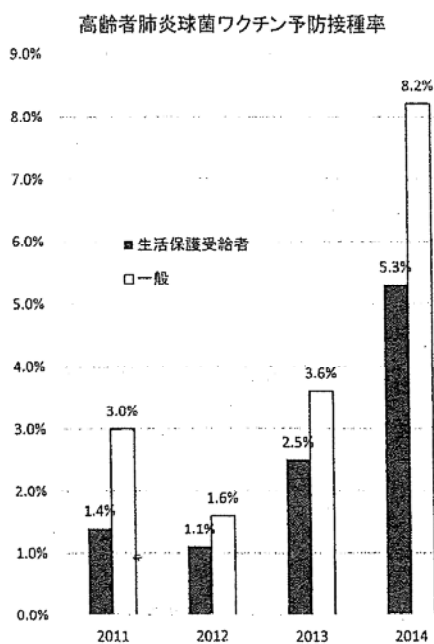
厚生労働省 2014年人口動態統計より山田が作成

●そして、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。

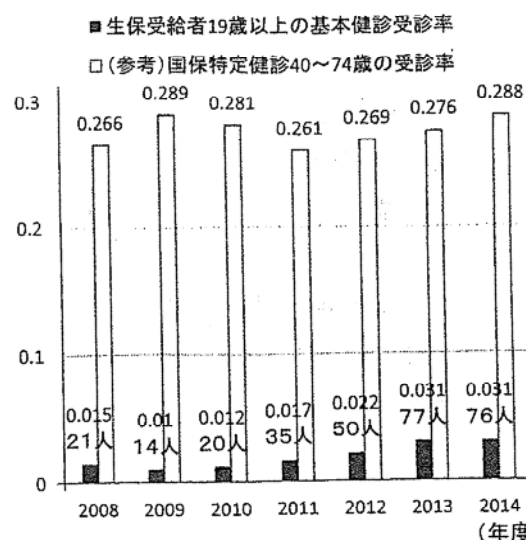
職場では簡単に病休も取れず、年休も取れなくなっています。政府統計では全国平均の年休取得率も1980年には61.3%でしたが、2013年には48.8%労働者が取得した日数は実質8.6日となっています。（平成26年就労条件総合調査結果）。連合の調査ではまったく年休を取得できていない労働者が22.8%もいます。

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は極めて高い状況があります。



生活保護受給者の基本健診の受診率の低さ



甲府市健康衛生課資料より作成

現在の国民の健康状態はよくありません。高齢化も含めて医療・受診が切実となっています。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。

医療労働者にとって「危険な職場」となっている医療現場

病院はどこも多忙化 特に自治体病院は人手不足の傾向が確かにあります

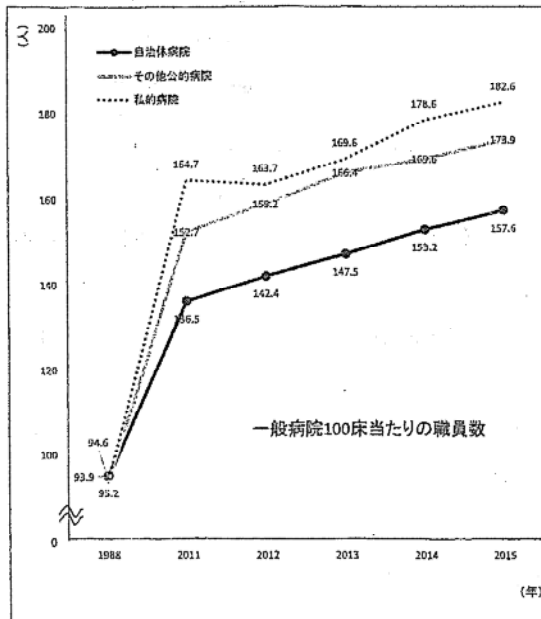
医療職場は労働安全衛生上でみるなら「危険職場」となっています。これは、この間の医療政策による医療システム（慢性的な人手不足・入院日数短縮化・病床の回転速度の高まり・説明責任や提出物増加など）によって過重労働過密労働・個人責任が強められているからです。

特に、自治体病院の職員数は民間病院やその他公立病院より相対的に職員数が少なく過重性が強くなっています。

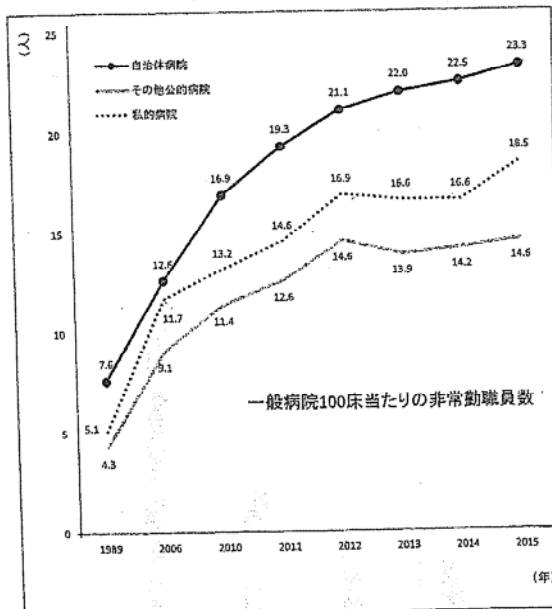
病院では人件費コスト削減のために**非正規雇用を増加**させています。特に自治体病院の非正規雇用の増大傾向は著しい状況です。自治体病院職員構成をみると、その他公立病院や民間病院より非正規職員の割合が増大している傾向があります。

このことも正規非正規の労働者全体の過重性を強め安全性にリスクを与えます

自治体病院の職員数は相対的に少なくなっている



自治体病院は、非常勤職員数が多くなっている



『病院経営分析調査報告』より作成

医療従事労働者の長時間過密労働で医療事故が増加しています

医療職場は、「実質的な低権利状態」で「危険職場」です。医療従事労働者の労働災

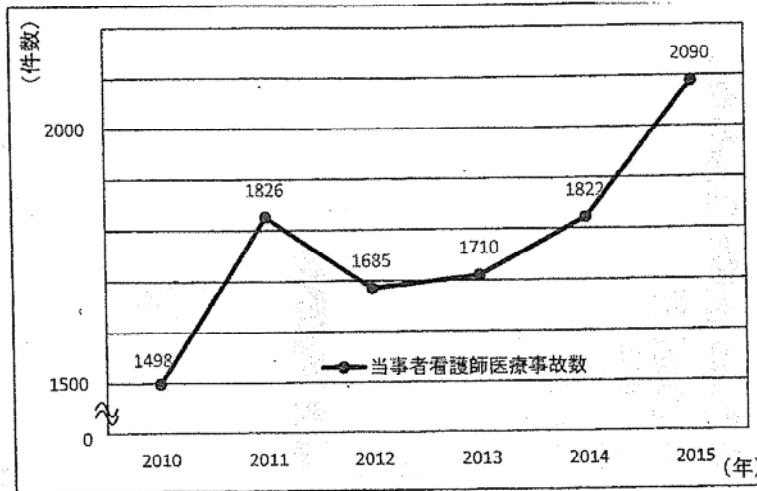
害・医療事故も増加傾向です。

●**過重労働の権利取得できない、勤務医の実態**

『勤務医の就労実態と意識に関する調査』（2012年労働政策研究・研修機構調査）

- ・勤務医の4割が週「60時間以上」 約半数が年休取得3日以下
- ・宿直の平均睡眠時間は4時間未満で、翌日は通常勤務が86.2%

●**看護師の医療事故も増加しています**



『医療事故情報収集等事業報告』医療事故防止センター より作成

●**針刺し切創事象や皮膚粘膜暴露事象も少なくはなっていません**

以下は、全国と市立甲府病院（406床）の調査結果です

100稼働病床当たりの発生件数

1) 職業感染制御研究会調査結果

	平成24年度 (88施設)	平成26年度 (92施設)
針刺し切創事象	6.23件	6.4件
皮膚粘膜事象	1.02件	1.3件

2) 当院

	平成25年度	平成26年度	平成27年度
針刺し切創事象	約3.7件	約6.7件	約5.7件
皮膚粘膜事象	約2.0件	約1.0件	約0.3件

※ [発生件数 / (402床 × 病床利用率)] × 100

●**長時間労働による増加傾向にある医療事故**

『医療事故情報収集等事業報告』医療事故防止センター 2006年～2015年まで

事故当事者の1週間の勤務時間

医師 40時間未満 13.9%のみ

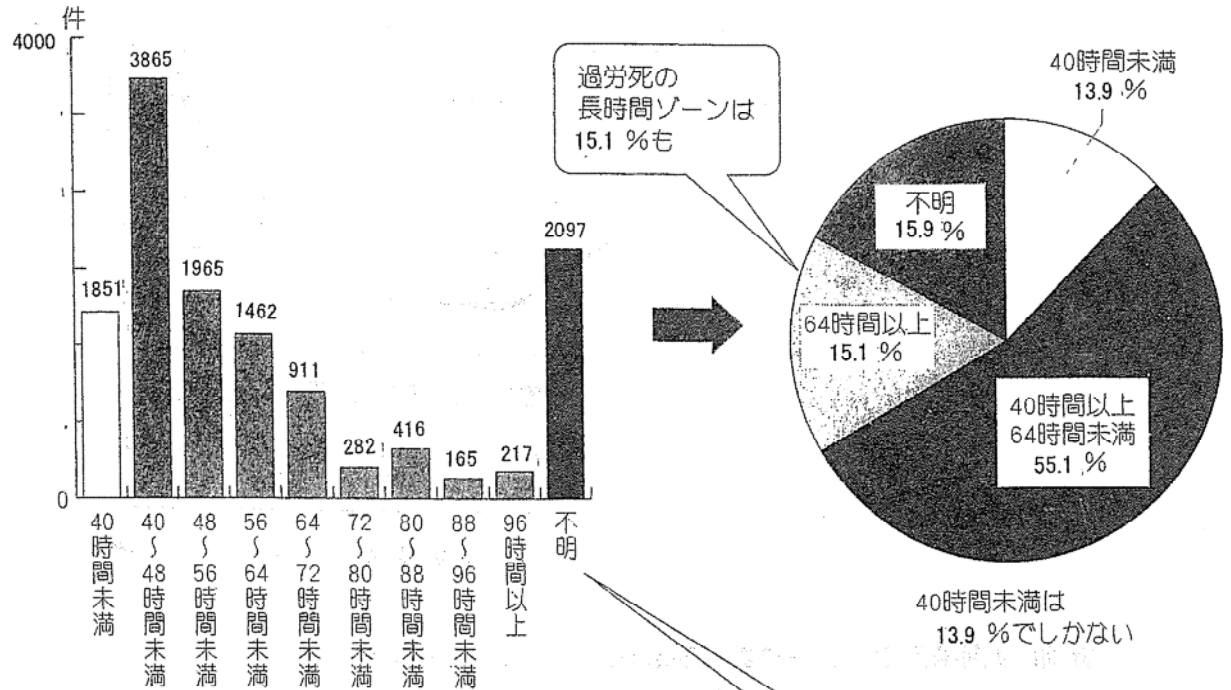
看護師 40時間未満 46.0%のみ

つまり、週40時間の労働基準法の法定時間外で医療事故が多発しています

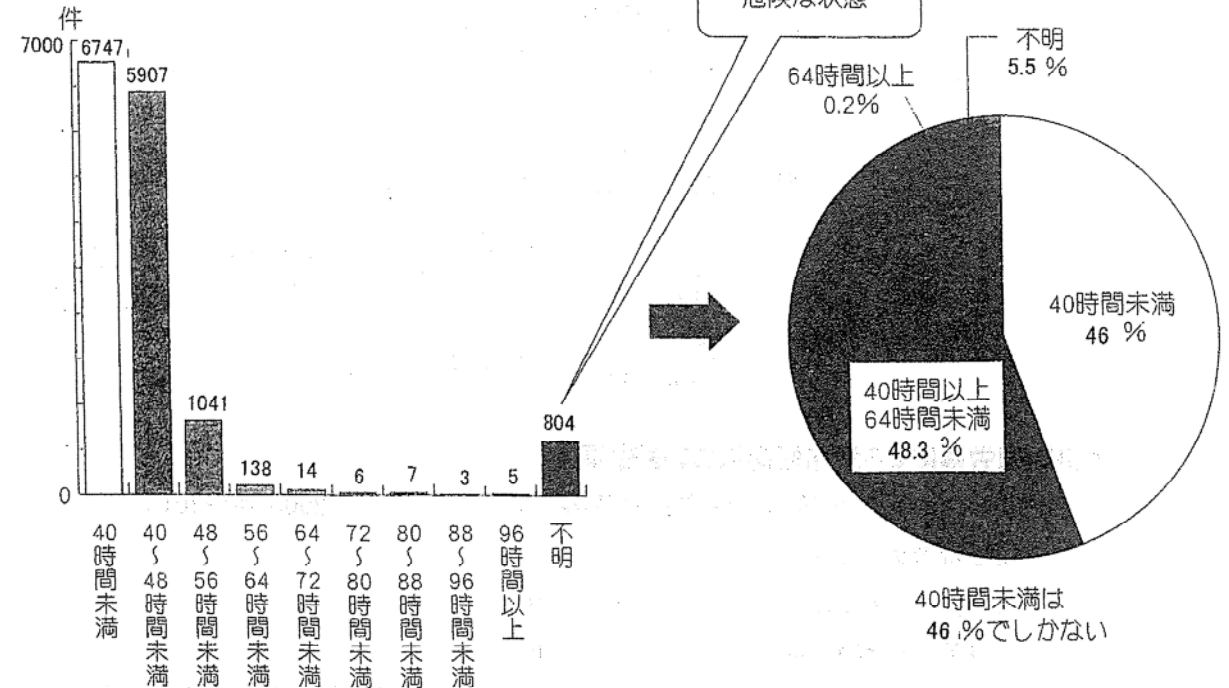
※ 労働者の長時間過密労働は、疲労を招きます。疲労は注意力の持続性と注意の幅を狭めますから、安全を阻害します。当然、ミスと事故を発生しやすくなります。

**週40時間未満の法定労働時間内なら医療事故の多くは防げる！
勤務時間が「不明」も危険な状態です！**

事故当事者の医師の勤務時間（直前1週間前）



事故当事者の看護師の勤務時間（直前1週間前）



2006~2015年まで「医療事故情報収集等事業報告書」
日本医療機能評価機構医療事故防止センター資料より作成

●自治体の医療関係労働者の心身の健康と安全の状況はどうか？ 極めてよくない状況です。

公務災害が極めて多い医療従事者 地方公務員『職種別公務災害千人率』では

	2013年度		2014年度	
	千人率	認定件数	千人率	認定件数
1位 医師・歯科医師	30.86	785	34.6	866
2位 清掃業務員	33.5	1,270	30.82	1,132
3位 調理員	25.80	796	24.76	715
4位 警察官	21.99	5,630	21.59	5,544
5位 看護師	20.82	2,771	20.16	2,637
6位 その他医療技術者	9.49	360	10.26	392
7位 消防吏員	8.89	1,403	8.42	1,330

『公務災害の現況』2017年（平成26年度認定分 地方公務員安全衛生推進協会）

これは極めて高い数字です。民間の全国平均の労災千人率は2.3ですが、自治体職員の千人率は9.22です。これもかなり高いものですが、そのなかにあつて医療従事者の被災率は極めて高いものです。

●はじまっている医療政策によってさらに医療現場は困難にされ、医療従事労働者と患者・家族との**対立も生まれやす**くなり、患者・家族からの乱暴な言動や一部の医師からのパワハラなどの傾向もあり心身のストレスも強まっています。

●医療・介護職の**腰痛**は極めて多い状態です。2015年に認定された業務上〔保健衛生業「業務上疾病調」〕の災害性腰痛は1361件で、日本全体の30.1%にもなっています。そのすそ野には膨大な数の過労性腰痛があります。

●夜勤労働は男女ともに有害ですが、特に女性に有害です。このことで離職する看護師もすくなくありません。離職率は介護職が極めて高い状態ですが、夜勤のある医療職も高く特に新規採用者に多い状況があります。

医療の安全は、まず医療労働者のゆとりと安全であり、それは快適職場の形成と労働者の健康確保ですが、このことがかなり不十分な現状が強められているのです。

身近な地域の公的な医療の必要性は高まっています。しかし、医療職場では、これまでの医療システムによって医療従事労働者の実質的な低権利状態と労働過重性が強められ、心身の健康と安全が脅かされています。このことを放置すれば安全安心な医療の基本が危ぶまれることとなります。特に、地域の自治体病院では公的な必要性は高まっているものの困難な環境が強くなっています。

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」を制限するために「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」がどのようであろうとも、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再び制限することで、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「入院したいが病院がない、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。

国民の負担を強めることで受診抑制・無医療の悪質な悪条件を強めます

また、医療の「需要」を暴力的に切り縮めるために、さらに国民から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。確かに国民医療費は41兆円をこえ、国際的には中位の段階ですが増大しています。

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。

2017年度からの医療介護の主な高齢者負担計画〔11月30日現在〕

- ・後期高齢者医療制度〔75歳以上〕保険料軽減特例措置の段階的廃止で、対象者は全体の60%弱で300万人の保険料2倍から10倍に
 - ・70歳以上の高額療養費制度の上限額を引き上げ。「現役なみ」の年収370万円以上は月4.4万円から8万円以上に、370万年未満の場合には月1万2000円を5万7600円以上に
 - ・65歳以上の療養病床で光熱水費を1日320円から370円に
 - ・介護の利用者自己負担を383万円以上の「現役なみ収入」の所得者は3割負担に、十数万人が負担増に
 - ・一般世帯の介護の利用者負担の上限額を7200円引き上げ4万4400円に、10万人が負担増となる
- ※2017年8月から現役世代の健保組合・共済組合の介護保険料が引上げになるなど、特に2018年度から本格的に高齢者だけでなく国民全体の負担増が強まります。

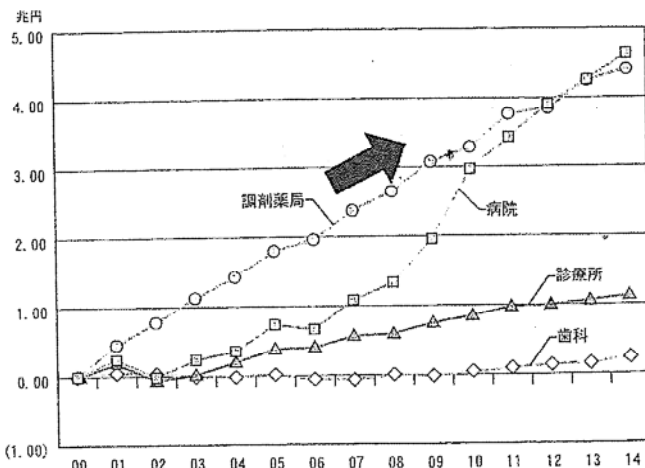
医療費が増えている原因は薬剤費なのに、それを高齢者の問題にすりかえます

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。

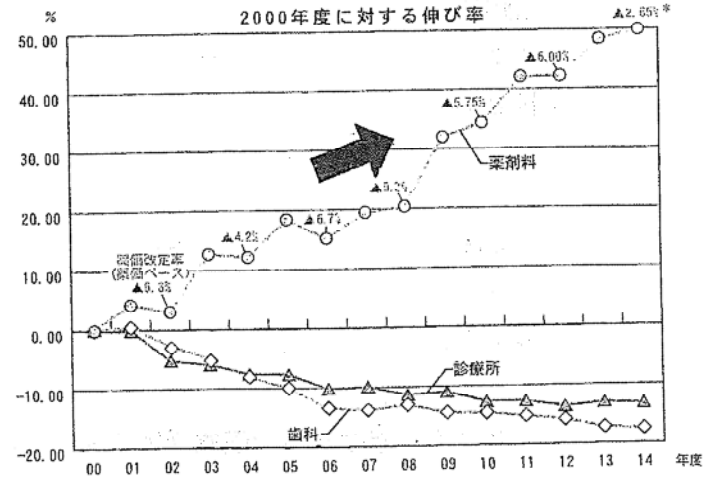
国民総医療費の支出内容をよくみるなら、**その原因は薬剤費**だということがわかります。C型肝炎治療薬や新抗がん剤など高額な新薬が増え続けています。最新医療に貢献してもいるでしょうが、新薬創出加算も含めて製薬会社の「言い値」の状態が持ち込まれてきているのです。国民に負担を求める前に、諸外国と比較しても極めて高額となっている日本の薬価を是正する必要があるにもかかわらず、それを放置してきています。

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 2015.10

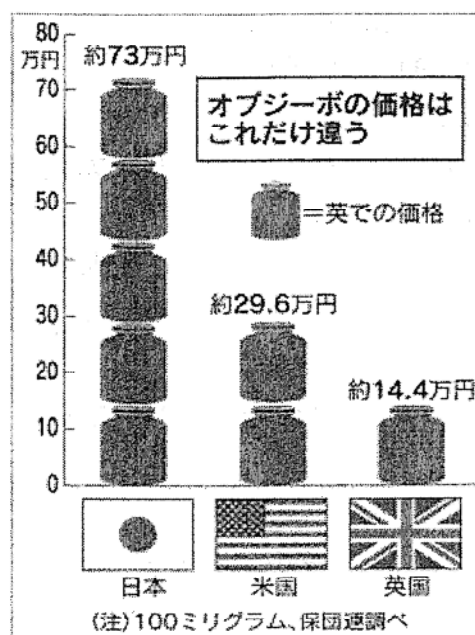
医療費の伸び(対2000年度)の推移



入院外レセプト1件当たり薬剤費・医療費の伸び率の推移



※高額薬剤で問題になっていた抗がん剤オプジーボの薬価が是正され来年度 50%引き下げられます。この薬価は患者一人当たり年間 3500 万円というもので患者数が 5 万人なら年間 1 兆 7500 億円の薬剤費です。したがって例外中の例外の是正にすぎません。50%下げても、まだアメリカより高く世界一の高額薬価です。これは是正というより製薬会社優先のおかしさを明らかにした事例といえます。



社会保障・社会保険の基本的理念をなくし公的責任を放棄していきます

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」の考え方すらもなくして、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。

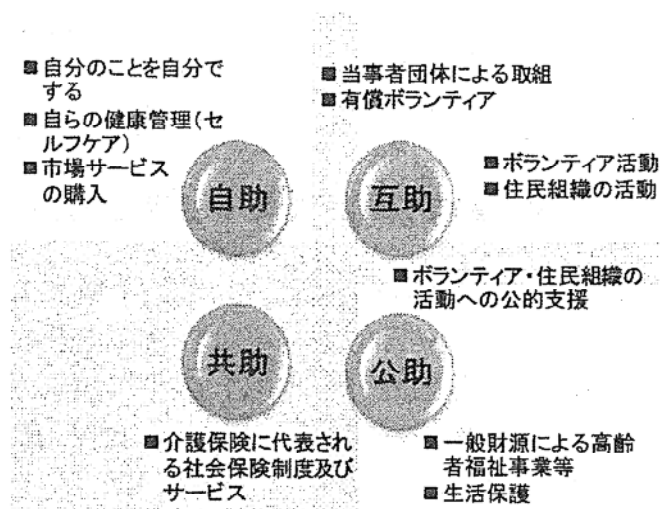
憲法 第25条〔生存権〕 すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

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。

<地域包括ケアシステムを支える「自助・互助・共助・公助」>



消費税増税で医療機関の経営を圧迫し営利主義に誘導しています

医療の診療報酬には消費税が入りません。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。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。全額、医療機関の持ち出し＝「損税」となります。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。

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となります。

自治体病院の消費税の「損税」額 — 病院種類別の平均金額（1病院当たり） —

収支項目等	病院の種類・規模	法適総数								独法
		一般病院							精神病院	
		20～99床	100～199床	200～299床	300～399床	400～499床	500床～			
病院数	159	155	28	32	16	27	25	27	4	5
平均病床数	304	306	69	147	240	341	437	621	234	395
控除対象外消費税（損税）推計額	1億2414万	1億2693万	1786万	3439万	7930万	1億1604万	1億9748万	3億2323万	1581万	1億6673万
消費税率が10%になった場合の控除対象外消費税（損税）推計額	2億4828万	2億5386万	3572万	6877万	1億5860万	2億3208万	3億9496万	6億4647万	3163万	3億3347万

(円)

全国自治体病院協議会『消費税に関する緊急調査結果』2012年より作成

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ています。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うか。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うか。

安倍政権は、アメリカの大統領選挙で一旦中断したTPP（環太平洋経済連携協定）やそれに類似した内容の国際協定も含めて強引に進めようとしています。それは「自由貿易」とか「条約」を名目にして国内の規制をなくし、医療においては国民皆保険制度を内容的に崩し、医療の営利市場化を徹底して目指したいからです。

そのため国は2つのシステムづくりを進めています

医療・介護を再編する大悪政の計画は、2つのシステムづくりではじめられています。

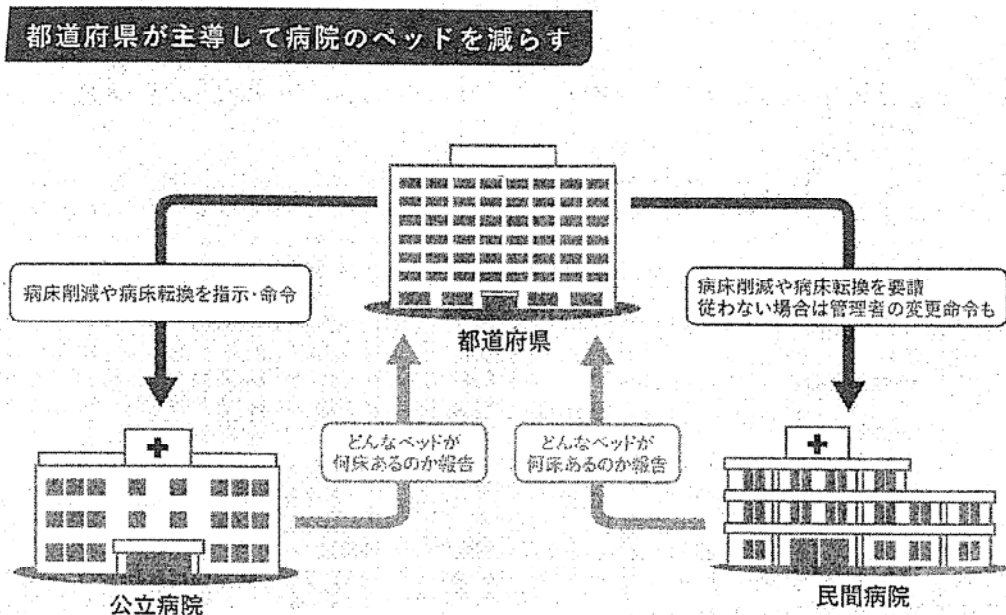
病院統廃合と病床削減で患者を病院に入れないシステム

国は2014年に医療法も「改正」した「医療介護総合確保推進法」を成立させました。このことによって医療機関は「病床機能報告制度」で都道府県に「報告」し、都道府県は「地域医療構想」と「医療費適正化計画」を策定します。そこから強引に4つの医療機能で病床を区分し病床削減を行い、医療機関を再編成していく仕組みをつくるのです。患者を絞り込み、なるべく病院に受診させない入院抑制が目指されます。入院となった場合にも今まで以上に病床稼働率を高め早期退院をはかることとなります。これは実に暴力的です。具体的には次の流れとなります。

- ① 国の「地域医療構想策定ガイドライン」にもとづいて患者を**4つの医療機能**〔高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能〕で根拠も明らかでないままに新たに定義づけ、病床を機械的に区分します。それに基づいて地域ごとの「入院ベッドの必要推計数」を都道府県が策定します。
- ② これを構想区域ごとに半ば強制的に参加させた「地域医療構想調整会議」開催し、「合意」をとりつけ、病院に「医療機能と病床数」の**計画の「履行」**を民間病院には「要請」、自治体病院には「指示」として押し付けます。
- ③ 「地域医療構想」を進めるために、診療報酬を使い急性期病床を削減し回復期病床に転換させます。慢性期だけでなく回復期からも**在宅医療と介護に押し出していきま**

す。また、今後の人口減少推計を理由として**医療従事者の削減**にむけ、医学部入学定員の削減などをはじめます。

- ④ 「病床過剰地域」とされた地域では、病院の「病床機能報告」で病床稼働率が不十分とみなすと、都道府県の知事は、民間病院には**病床削減**を「要請」、それに従わない場合には「勧告」、それにも従わないとその病院名の公表、各種補助金や融資対象からの除外、管理者変更「命令」などのペナルティーを行ないます。自治体病院〔公的病院〕などにははじめから病床削減の「命令」です。それに従わない場合には各種の承認取り消しと管理者変更命令です。極めて高圧的で強制的です。



全国保険医団体連合会2016年『医療・介護が危ない！？』より引用

- ⑤ 病床削減の場合、特に**自治体病院からまず狙われます**。はじめから「命令」を受けるだけでなく、自治体病院は2014年からの新会計制度で「大赤字」が演出されます。また地域医療の実情によって病床稼働率が高くなることもあります。それらのことによって自治体病院の病床削減だけでなく、統廃合、民間譲渡、廃院への社会的な雰囲気や悪宣伝が強まることが考えられます。日本医師会〔民間病院〕も、地域医療構想による病床削減・病床機能転換に医療経営としての危機感を感じています。それだけに、「共同して地域医療を守ろう」という考えと取組みがないと民間病院と公立病院〔特に自治体病院〕が分断され「自治体病院から先に削減をするのが筋です」となってしまいます。それでは、安倍政権の思うつぼです。

「公立病院から ダウンサイジング[縮小・削減]を進めることが筋である」

公立病院には、一般病床または療養病床の病床利用率が 3 年連続 70%未満の病院が約 3 割ある。また公立病院には改革に向けて減反補助金のような財政措置もある。仮に構想区域で病床削減を行う必要がある場合には、公立病院から検討を始めることとなろう。国全体の歳出改革を考えると、地方交付税、運営費交付金、国庫負担金・補助金、政府出資金のあるところから、必要な場合にはダウンサイジングを進めることが筋である。「国立・公的医療機関等の経営状況 ―地域医療構想との関係から―」
2016.11 / 16 日本医師会総合政策研究機構 前田由美子

- ⑥ 都道府県が「計画策定」し、医療機関に「要請」「指示」「勧告」「命令」行い強い権限を持つようになります。しかし各都道府県の対応ではそれぞれバラバラとなります。日本経団連などの要望や安倍自民党の2016年の参議院選挙公約をみると「全国道州制で都道府県を廃止する」としています。そのことも含めて、今後は国の中央主権的な強制力が強まると考えるべきです。

日本医師会の「地域医療構想の策定状況（2016年夏）」によると8月23日時点で情報公開されている都道府県の36%が「病床削減のものではない、減らすものではない」と明記されていた県は、岩手県、秋田県、茨城県、栃木県、群馬県、福井県、山梨県、兵庫県、山口県、香川県、高知県、大分県）でした。

これによって医療機関を締め付け、病床機能と病床削減から病院の再編成を推進する仕組みです。2015年の社会保障制度改革推進本部（本部長・安倍首相）の「第1次報告」では、2025年に向けて全国の一般・療養病床134.7万床病床から15～20万床削減して115～119万床に削減すべきとしています。他方、現状のままでは高齢化で152万床が必要と見込まれるので、実質的には約37万床と大幅な削減をしていくとされています。こうして医療と入院を病院から締め出すとしているのです。

地方自治は！病院の自主性は！患者の権利は！住民の生存権は！医療における民主主義はどこに行ったのでしょうか！地域医療と患者の実情を無視した削減の数字だけが独り歩きする暴力的なシステムとなってしまいます。目的は国民のいのちや健康ではなく公的医療費削減だけをのシステムです。

これは主に自治体病院が対象とされているだけに医療における（いのちの）地域格差をさらに進めることになってしまうでしょう。

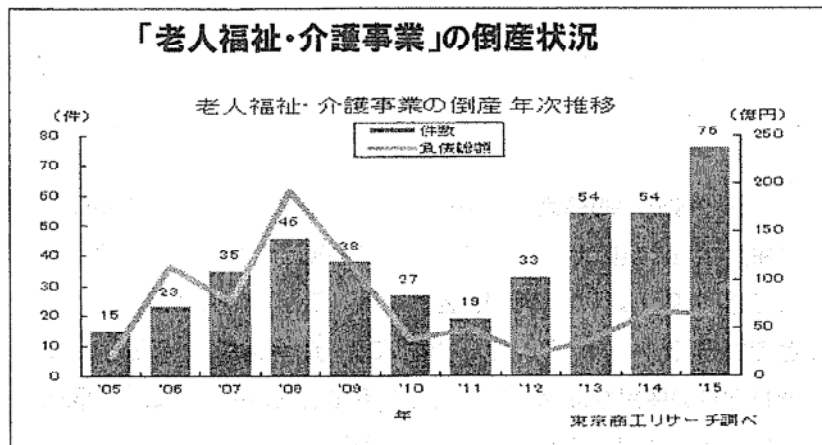
① 患者を「地域包括ケア」として「受け皿」にもならない在宅に押し込めるシステム

病院が締め出した患者は、医療ではなく「受け皿」として主に介護に押し付けます。そして介護は介護施設ではなく、「地域包括ケアシステム」として最後まで患者を在宅医療・在宅介護として在宅に押し込めるとします。

しかし地域包括ケアシステムを掲げても、安倍政権はそれを担うこともできなくしています。介護報酬は引き下げられ、在宅医療の診療報酬も下げられ、その一方で消費税では、医療の診療報酬と同じく介護報酬でも利用者に消費税を転嫁できない持ち出しの「損税」が強いられています。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。

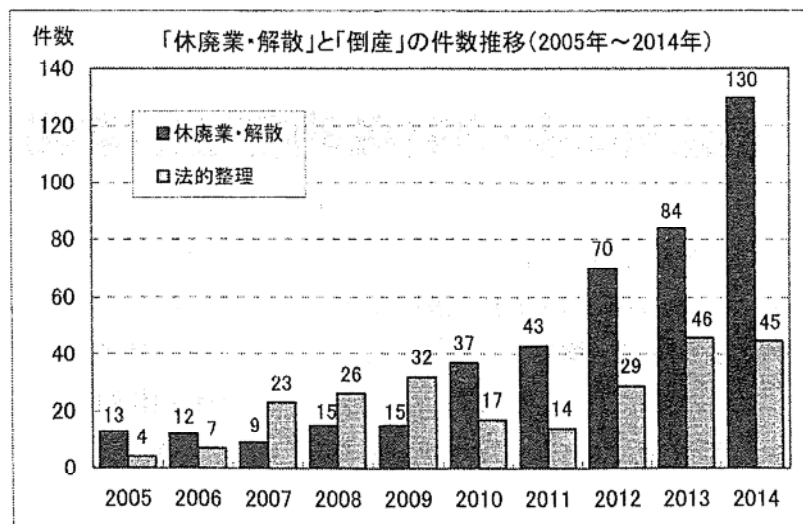
介護報酬が2015年4月から9年ぶりに引き下げられたが、2015年（1-12月）の「老人福祉・介護事業」の倒産は76件に達した。

前年に比べて4割増になり、介護保険法が施行された2000年以降では過去最多になった。介護職員の深刻な人手不足という難題を抱えながら、業界には厳しい淘汰の波が押し寄せている。東京商工リサーチ公開日付：2016.01.13より



老人福祉事業者

帝国データバンク
2015.3/9



国際的にも少ない日本の介護従事者も離職者がさらに多くなり絶対数が不足しています。多くの地域ではハローワークに求人を出しても介護職に応じる人もいない状態もあります。負担が重くされている介護料で受診抑制と同じく介護サービス抑制もは

じまっています。今後は公的サービスの撤退と「混合介護の弾力化」などとしてさらに負担が重くなります。

「互助」などとしても地域協力は崩壊してきています。「自助」である個々の家庭の状況をみても認知介護・老老介護・一人世帯の増加など、在宅移行は困難を極めているのです。つまり病院から押し出された患者の「受け皿」とはならないのです。

しかも、本当に患者のための在宅中心の地域包括ケアシステムを進めるのなら、それぞれの住宅と患者に必要な医療・介護の装備の設置、日常的に訪問できる医療・看護・介護のスタッフのシステム、どのような場合にも欠かせない病院と救急医療のシステムが必要となります。したがって施設医療・施設介護より、在宅中心の地域包括ケアシステムの方が、はるかに実質的なコストがかかるのです。

つまり、安倍政権は住民と患者のいのちを大切に考えていません。この計画の骨子を作った地域包括ケア研究会報告書には、以下のような「孤独死・孤立死を当然視するもの」と保険医団体からも批判されている内容もあるのです。

本人と家族の心構え 従来のような、常に誰かが家の中にいて急変時には救急車で病院に搬送され、病院で亡くなるといった最期ばかりではなくなる。むしろ、毎日、誰かが訪問してきて様子は見ているが、翌日になったら一人でなくなっていたといった最期も珍しいことではなくなるだろう。常に『家族に見守られながら自宅で亡くなる』わけではないことを、それぞれの住民が理解したうえで在宅生活を選択する必要がある。

(地域包括ケア研究会報告書『論点整理』2008年)

自治体病院の社会的存在が営利市場化の弊害に

ここから自治体病院がどのようにされようとしているのか検討していかねばなりません。結論から言いますと医療の営利市場化をめざす勢力にとっては自治体病院の社会的存在と機能が弊害になっているのであり、その存在と機能を崩すか、縮小、変質化させたいのです。そこでまず、なぜ自治体立の自治体病院が全国の地域に設立され運営されてきたのか？ その基本から考えてみましょう。

住民の生存権と公共の福祉のための自治体病院

自治体病院の社会的な存在意義とは、生存権から規定された地域住民のいのちと健康を医療機関として守り増進させる必要があるからです。もちろん国民皆保険制度もその

ためのものですが、それだけでは不十分なのです。全国一律の診療報酬からの医療費であつても医療が必要とされるそれぞれの地域に医療機関と診療行為がなければ保障されたことにはなりません。

そこでの地域が医療経営にとって、十分な採算性が見込まれなければ民間の医療機関では運営できません。しかも不採算地域だけでなく、産科、小児科、救急、感染症予防など診療報酬だけでは赤字となる不採算診療や保健衛生の対応も必要です。さらには、不採算地域でなくても地域の医療水準を確保するための先行した設備投資で先進医療設備の確保も必要となります。

そのために診療報酬を引き上げることで解決できません。それでは患者負担や保険料を重くするだけで、医療の地域格差はそのまま続いてしまうからです。

住民に必要な医療を提供し、国民皆保険制度を完成させるのが、地域医療の要である自治体立の自治体病院の役割です。なぜ自治体立なのか？それは自治体の基本的役割とは「住民福祉の増進」だからです。

地方自治法 総則

第1条の2 地方公共団体は、住民の福祉の増進を図ることを基本として、地域における行政を自主的かつ総合的に実施する役割を広く担うものとする。

そのため、公共の福祉の増進を目的とする、自治体の地方公営企業としての自治体病院があるのです。

地方公営企業法（経営の基本原則）

地方公営企業は、常に企業の経済性を発揮するとともに、その本来の目的である公共の福祉を増進するように運営されなければならない。

つまり自治体病院の社会的な存在意義とは、憲法の**生存権**（第25条）から規定された（国の義務）からはじまり、地方自治法の自治体の基本である「住民の福祉の増進」をうけて、地方公営企業法の（経営の基本原則）としての「本来の目的である**公共の福祉を増進する**」機能をもつものなのです。

法的な基本原則によって公的財政から自治体病院への繰り入れがある

独立採算制の民間病院と異なり、自治体病院を公的な財政によって維持する必要性があります。そこで収入源も2つとなります。

自治体病院の2つの収入源とは

- ① 診療報酬など患者負担からの収入
- ② 公的な他会計からの収入
 - 1) 国の国庫補助金
 - 2) 自治体の一般会計繰入金（一般会計には地方交付税が収入として交付されている）

これはよく言われる「赤字補填」とはまったく別なものです。自治体からの**一般会計繰入金**とは自治体病院（地方公営企業）にとっては毎年度の恒常的な収入であり、そのため法令上に定められた**総務省繰出基準**もあるのです。また、その基準に合わせて**地方交付税**〔全国の行政水準を均等にするための自治体共有の財源であり、それを国が自治体に交付する税〕が自治体病院を運営している自治体に交付され、その自治体が自治体病院を維持するための収入源ともなっているのです。

法的には地方財政法から、一般会計繰出金の根拠と恒常的な「**2つの経費負担区分**」の原則がはじまり、自治体病院が対象となる地方公営企業法でもそのことが規定されています。

地方公営企業法 （経費の負担の原則）

第17条の2 次に掲げる地方公営企業の経費で政令で定めるものは、地方公共団体の一般会計又は他の特別会計において、出資、長期の貸付け、負担金の支出その他の方法により負担するものとする。

- 1 その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもつて充てることが**適当でない経費**
- 2 当該地方公営企業の性質上能率的な経営を行なつてもなおその経営に伴う収入のみをもつて充てることが**客観的に困難であると認められる経費**

これを自治体病院会計でみるなら、1の「**適当でない経費**」とは、保健衛生行政・防疫・防災行政などの行政活動も自治体病院は担っていることから**行政上必要な費用（1号該当行政経費）**とされています。2の「**客観的に困難であると認められる経費**」とは民間病院ではできない**不採算の公的医療（2号該当不採算経費）**とされています。それぞれ法的にも自治体病院会計に自治体一般会計などからの繰出金をすべきとしているのです。

そこで、一般会計の繰出金と自治体病院会計の繰入金における関係とは、どうなのかです。それは権利と義務の関係となるのです。

- ・自治体病院会計からすると一般会計の繰入金は **権利** です。
- ・自治体の一般会計からすると公営企業会計への繰出金は **義務** となります。

参照『質疑応答 公営企業実務提要』 ぎょうせい

この権利と義務の関係は安倍政権のもとでかなりあいまいにさせられ、自治体病院関係者でも忘れ去られています。この基本自体は現在でも継続されています。

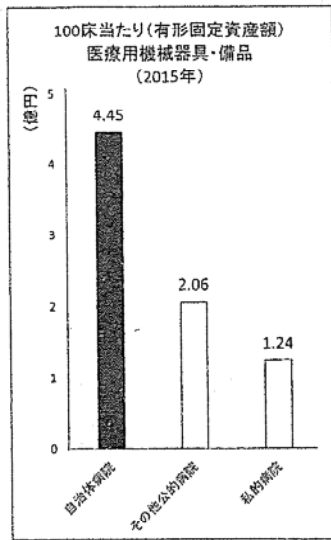
これまでの自治体病院の「赤字」の原因とは

そこでこの間、言われてきた自治体病院の赤字をどうみるのかです。自治体病院の「赤

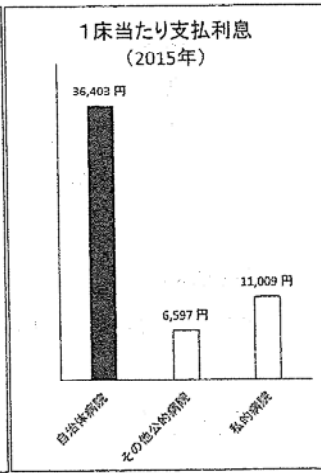
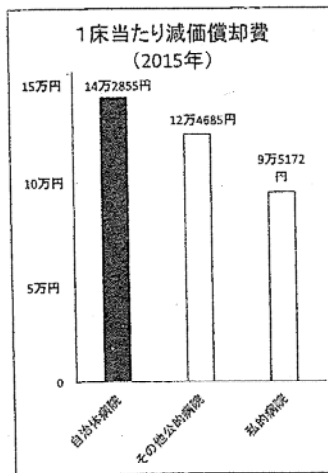
字」とは、そのほとんどが病院自体の経営上の不十分さではなく、ましてや病院職員の働き度や人件費の問題ではありません。整理するなら次のことが主に上げられます。

- ・医療従事者の不足による診療休止や病棟の閉鎖
- ・医療設備を整えるための病院事業債の政府関連資金の高金利払い
- ・この間続いてきた診療報酬のマイナス改定や診療報酬による医療合理化への誘導
- ・消費税「損税」の累積した影響額
- ・国による地方交付税と国庫補助金の削減
- ・自治体によっては一般会計繰入基準以下の減額傾向 など

これらの事態は、医療を取り巻く社会経済的な政治要因によるものです。特にこの間の自治体病院会計（地方公営企業会計）の原則を崩してきた政府自民党の医療政策・医療構造改革による弊害です。また各自治体当局にも問題と責任があるのです。

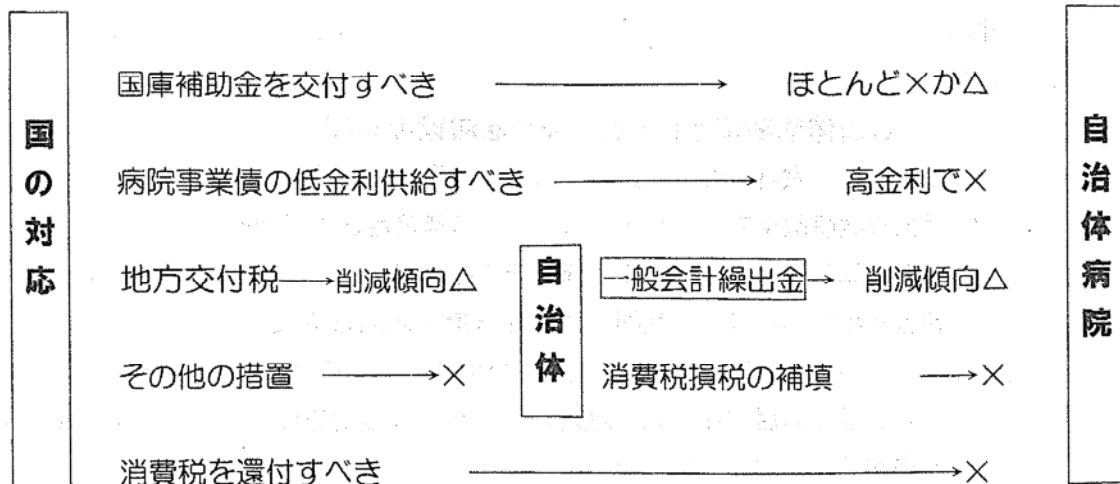


『平成27年 病院経営分析調査報告』より作成



『平成27年 病院経営実態調査報告』より作成

この間の後退している自治体病院への公的財政対応のイメージ



前ガイドラインは自治体病院を後退させたが失速した

国から自治体病院の社会的機能を崩すための政策がこの間行われてきました。2007年に「前公立病院改革ガイドライン」と各自治体病院に「黒字化」を求めた「前改革プラン」（2009年度～2013年度）がありました。これは市町村合併後のうごきとも連動して自治体病院「改革」として、病床削減、経営形態の変更、廃院を進める役割を果たしました。

前ガイドライン期における自治体病院機能の後退

△157病院 △4万2626病床 △職員1万3751人

『自治体病院経営ハンドブック』ぎょうせい より

確かに前ガイドラインと前改革プランによって全国の自治体病院の機能は後退を強いられました。

しかし、政権交代の一時期とも重なり「国の方針をそのまま受け入れなくていいのでは」という病院側のフンイキも生まれました。それに何よりも、「なんとか病院を維持したい」という医療関係者と地域住民の動きも強くありました。自治体議会でも良心的な議員のがんばりもあり、「改革」は失速し、進まない状態となってきたのです。

安倍政権側にとっては、これでは不十分と考えるはずですが。医療の営利市場化をめざすための弊害となる自治体病院の機能を破壊するための新たな計画がはじまりました。

医療・介護における一連の再編成と連動した自治体病院への「新会計制度の導入」「新公立病院改革ガイドライン」「新改革プラン」の指導です。

新公立病院改革ガイドラインとは 新改革プランとは

一連の医療・介護の再編方針をやりきるために、自治体病院への強引な対策がはじめられています。

自治体病院にかけられた様々な対策の時期

- ① 新公営企業会計制度の導入は2014年度会計から
- ② 新公立病院改革ガイドラインは2014年3月31日から
- ③ 「新改革プラン」は2016年度までに完了
- ④ 新会計制度の猶予措置期間（2014年度～2016年度）

「赤字化」が表現される2017年度のその決算期は2018年の秋です

- ⑤ 改革プランの目標年度は、2020年为目标年度であり、2025年の地域医療圏構想につながっていきます。

したがって2018年が当面の重要な節目となり、2025年度までが医療・介護そして自治体病院にとって、重要な時期となってきます。

新公立病院ガイドラインとは、前ガイドラインの方向を強めたものです。それに地域医療構想などが連動しているだけに危険です。

自治体病院の機能を奪う新ガイドラインの内容

- ① 「経営の効率化」—「問題解決の手段としてふさわしい数値目標を設定」し経費削減や収入確保で持続可能な医療提供体制を確立
- ② 「再編ネットワーク化」—地域の医療提供体制にむけ「地域医療構想の達成」推進する。そのための「地域医療構想調整会議」なども活用して、他の民間医療機関との統合・譲渡などの改革案の検討
- ③ 「経営形態の見直し」— 公営企業法全部適用や独立行政法人化や指定管理者制度導入、民間譲渡などの検討 地域医療構想の構想区域における将来の病床数や医療・介護の需要動向を検討し、老人保健施設など事業形態自体も幅広く見直し
- ④ 「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」—地域構想区域の地域医療提供体制の目指すべき内容に従い、機能区分ごとの病床数の必要量などの整合性からの役割を明かにする

『自治体病院ハンドブック』ぎょうせい より引用

つまり、一連の医療・介護政策と一体のものとしてその「改革」を自治体病院に強制しているのです。

新改革プランとは、「地域医療構想」の策定状況に従い、それを着実に実行するために「自己申告」させるものです。自治体病院の独自性が圧迫されるなかで、無理な計画の策定が2016年度までに強いられ、その実行と結果で詰められることとなります。新ガイドラインは各病院の新改革プランと地域医療構想との整合性をとるべきとして、地域医療構想調整会議の合意との不一致がある場合には、当該の新改革プランを修正すべきとしています。

労働者で言うなら、会社から無理やり高い「自己目標管理」が強いられ、それが達成できなければ「人事評価制度」で問題にされ降給・降格さらには退職が強えられることと同じです。

自治体病院には、知事から様々に命令ができることになっています。したがって、新改革ガイドラインと新改革プランは、自治体や自治体病院に「自主的な改革を要請する」としていても、前回と異なります。国指導による都道府県の権限強化で、実質的な拘束力を強めて、自治体病院と地域の医療を後退させることとなります。

新会計制度で「大きな赤字」と「病院の経営危機」を演出

そこで威力を発揮するのが2014年度からはじまっている新地方公営企業会計制度です。その役割とはなにか？ とにかく自治体病院会計の「大きな赤字」を演出したいのです。

粉飾される「大きな赤字」の主なやり方とは

一般会計繰入金を財務諸表に収入として入れないで『赤字』化する

自治体病院〔地方公営企業会計〕の収入は、診療報酬・患者からの収入だけでなく、国や自治体から会計からの収入も毎年度あります。自治体では、義務として一般会計から総務省の繰出基準に基づいて自治体病院に会計にくりいれます。そのため国は地方交付税を自治体に交付しています。自治体病院は、一般会計からの繰入金を権利として毎年度収入に入れます。

この毎年度、法的に決められていて確実に入ってくる収入〔流動資産〕を、新会計制度では、あいまいにして、しかも帳簿上の財務諸表にいれない仕組みにして「赤字」にします。

今まで借入資本金としてきたものを固定負債・流動負債のみとして『赤字』化に

特に、問題なのは、施設を整備するための大きな借入金である病院事業債〔企業債〕の扱いです。これまでの地方公営企業会計制度では、「借入資本金」として民間の長期借入金と異なる扱いをしてきました。なぜならいままでの政府の説明あるように、民間と異なり株式の発行もなく病院事業債（企業債）で設備投資＝資本形成するからです。

これまでの自治省の公的説明による企業債の性格

問 資本の構成の要素として企業債が含まれているが、負債とするべきではないのか。

答 地方公営企業は、建前上事業資金の源泉を企業債に求めるものであり、従って実体資本の構成要素をなすものであるから、建設改良のために発行した企業債を資本として整理することとしたものである。 『地方公営企業関係法令実例集』自治省公営企業第一課編

しかもその病院事業債の発行は、自治体病院ではなく自治体の権限で行うものであり、その病院事業債の元利の返済金の2/3がまたは1/2が自治体の一般会計からの繰出額として毎年度義務付けられているからです。さらに、その繰出額の60%が地方交付税で交付されているからです。つまり民間の長期借入金と異なる性格と運営があるから

です。

それを、新会計制度では借入資本金〔資本〕を廃止して長期借入金〔負債〕として一年以内に返済する企業債を流動負債に、それ以外を固定負債として表記することになりました。これは大きな負債額となります。しかも確実に毎年度一般会計から繰入られる収入（流動資産）を財務諸表にいれないのです。

自治体病院職員の全員が「自己都合退職」するとして『赤字』化する

さらにひどい会計表記があります。いうまでもなく自治体職員は雇用保険もなく失業給付もない終身雇用制です。それを『簡便法』というやり方で、定年退職者を除いて年度内で病院職員全員が自己都合退職したと想定し、その退職金の合計額を負債として計上しました。この新たに会計に義務付けられた「退職給付引当金」は実際の現金支出がなくても、帳簿上の大きな固定負債となります。

それまで退職金の積立金がある場合には資産でしたが、新会計制度では負債となるのです。しかも『簡便法』とは、民間の小企業が行う会計制度であり、自治体病院と自治体職員に適用すること自体が作為的です。

地方公営企業職員の退職金は一般会計で支出すべきです

自治体が責任をもつ地方公営企業会計の退職給付引当金ですから、ここからも一般会計でできる限り財政対応すべきです。

甲府市の場合は、病院も含めて公営企業会計職員の退職金は全額一般会計で支払うとして、この引当金による負債額はありません。

最悪の場合でも、この退職給付引当金は一般会計職員と公営企業会計職員は人事異動が頻繁ですから、しっかり一般会計で対応させ、 $\text{在職期間の年数} \times \text{職員数} = \text{引当金}$ として計算すべきです。

企業会計の原則からも逸脱している新会計制度

そのやり方は、きわめて乱暴です。新会計制度は「民間の企業会計との整合性」をはかるものとされていますが、実際には民間の企業会計のルールもあいまいして、企業会計の原則からみてもおかしいのが新会計制度です。

企業会計の諸原則からも 新会計制度はおかしい!

- ・**真実性・明瞭性の原則**では、財政・経営状態を不明瞭にして実態以上に負債をふやし多く見せ、公的な一般会計繰入金や補助金を見えなくしています。
- ・**正規の簿記の原則**では、公費の繰入部分がみえず、すべての経営活動(収支)が正確に網羅されているとはいえません。
- ・**明瞭性の原則**では、企業の真実の姿をできるだけ明瞭で分かりやすく形で反映するものとして財務諸表つくることですが、ますます企業会計はわかりにくくなっています。そして「判断を誤りやすく」させています。
- ・**継続性の原則**では、「処理の原則及び手続を每期継続して適用し、みだりにこれを変更してはならない」ものを法的に大変更させました。これは毎年度の比較をできなくさせ、会計上の傾向と一貫性をつぶします。※従来の経営分析指標からまったく異なる指標となります。
- ・**保守主義の原則**では、「損失は予想すれども、利益は予想すべからず」という思想からです。しかし全員が自己都合退職を想定する退職給付引当金などの極端で作為的なやりかたは、保守主義ではなく真実性の原則に反するといえます。
- ・**単一性の原則**では、企業が会社内部で作成する会計帳簿は一つだけしか認めないとする原則で、いわゆる二重帳簿など不正な経理をしないことです。公営企業では税金対策もありませんから、もともと二重帳簿などは必要ではありません。しかしこの新会計制度では、経営の現状の実態が見えないだけに、正確に事態を把握する帳簿も必要となる可能性があります・・・。

同じ事業活動と財政状況でも 新会計で分析指標は『大きな赤字』に

この新会計制度によって、今までと同じ病院の事業活動をおこない、同じ財政状況で、同じ現金収支であっても、激しい赤字傾向が帳簿上で演出されます。そのため市立甲府病院の平成 26 年度の決算の数字を用いて新会計制度と前会計制度で分析指標を比較すると、次のように「大きな赤字傾向」になります!

なお、財政の専門的な分析指標ですから、私たちはその数値の急激な変化=悪化を見るだけで充分です。

市立甲府病院の前会計制度と新会計制度による分析指標の相違と「赤字化」

分析指標	現会計→新会計	指標からの判断
流動負債構成比率	8.6%→16.4%	流動負債が大きいと高くなる
自己資本構成比率	19.8%→12.4%	自己資本が減少に

固定比率	446.7%→720.8%	自己資本が少ないと高くなる
固定資産対長期資本比率	96.8%→111.2%	100%以上で経営が不安定性に
酸性試験比率	112.5%→60.9%	100%以下で経営の不安定性に
現金預金比率	8.6%→4.7%	減少傾向で現金預金が足りず
負債（総額）比率	405.1%→706.9%	負債が大きくなると数字が大きくなる
給与費比率	(58.8) →61.0%	給与が上がっていないのに

流動比率 前会計 121.3% ⇒ 新会計 65.2%

市立甲府病院経理係 2016 年作成

一般的な経営分析は、まず流動比率をみることで「赤字危機」の認識に

一般論として、まず民間経営の分析に使われるのが、「流動比率」です。これは一年以内に現金化できる流動資産（現金・預金・売掛金・棚卸資産）と一年以内に返済義務がある流動負債を比較するだけのものです。

$$\text{「流動比率」} = \text{流動資産} \div \text{流動負債}$$

業種などによって異なりますが一般的に流動比率は 120%以上とされています。「必ず支払う予定額以上に現金がないと困る」のは当然だからです。

今回の新会計制度で流動負債が大きく表現され、その一方で流動資産が現実より、少なく演出されるのは財務諸表に正確に記載しないことであり、同時に、一般的にわかりやすく経営上の「赤字」「危機状態」が演出されることとなります。

市立甲府病院の場合には

$$\text{流動比率 } \text{前会計 } 121.3\% \Rightarrow \text{新会計 } 65.2\%$$

一般的に企業会計だけしか知らない人が、市立甲府病院の「流動比率 65%」だけを見たのなら必ず「この病院は現金ショートだ！危機的状态だ！」と驚くこととなります。この演出によって、さらに自治体病院の「赤字危機」が強調されることになり、新ガイドラインのめざす方向にすすまされてしまいます。

また、注意すべきは、これらの一般会計からの繰入金を財務諸表にいれないのは、もちろん『大赤字』みせるための演出であり粉飾です。しかし、それだけではなく今後、自治体病院への公的な繰入出金を形がい化させ法令上からもなく改悪を考えているとみるべきです。

負担を軽減させ！国保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41兆円〔2014年度〕となり膨張している」と国は強調します。しかし、それを財源別でみると国の負担は10兆5000億で全体の25.8%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す。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。

市町村国保を都道府県広域化から守ろう

国民健康保険は国民皆保険制度を支える公的な社会保障の医療保険制度として発足

しました。国保は他の公的医療保険に加入できない人も入ることのできる大切なセーフティネット＝医療における社会保障です。

その市町村国保の財政難が社会的な様々な要因から続いています。大きな原因は国の責任です。国保への国の交付金割合が1984年から大幅に削減され財政的に困難な事態を招いているのです。国の国保会計への収入への負担割合をみると、1975年度は58.5%だったものが2014年度では23.7%となり激しく削減していることから明らかです。

低所得者の多い国保であっても国はこのことの改善もしないで**国保の都道府県単位の広域化**をしようとしています。しかも国はこの広域化の移行に伴い自治体と約束していた2017年度分の財政支援3400億円のうち、すでに500億円も減額するとしています〔2016・11/20 報道〕。国保の加入者にとってなにもいいことはありません。それどころか保険料はさらに負担増になると思われま

す。広域化が2018年4月実施とされていても、その広域化で何がおこなわれるのか、全国3600万人の国保加入者や市町村国保運営委員会、自治体の議会には何も知らされていません。

- 「保険料はどうなるのか？」
- 「市町村独自の減免制度はどうなるのか？」
- 「一部患者負担金減免制度はどうなるのか？」
- 「滞納に対しての差し押さえや保険証取り上げの猶予はどうなるのか？」
- 「市町村の一般会計からの繰入金はどうなるか？特に法定外繰入金はどうなるのか？」
- 「人間ドックなどの保険事業はどうなるのか？ 過疎地の診療所はどうなるのか？」
- 「赤字繰越の市町村国保はどうなるのか？」
- 「そもそも市町村国保の役割はどうなるのか？」
- 「都道府県は市町村に強制力をもつのか、それとも『技術的助言』にとどまるのか？」
- 「安倍自民政権は、今後、都道府県をなくし全国道州制にするというのがこの場合、国保はどうなるのか？」

これらのことにこだわり、解明させ是正させる努力がなければ、国保から国民皆保険制度が制度的にも崩されてしまいかねません。

自治体病院つぶしを許さない！ 一自治体病院を守ろう

地域医療の要である**自治体病院の統廃合・縮小と営利主義への変質化**が狙われています。「新公立病院改革ガイドライン」と、はじまっている「新公営企業会計制度」に

よる「赤字」宣伝が威力を発揮することになります。「地域医療構想」では、国は都道府県知事を使い病床削減や病院統廃合を自治体病院には命令で強制的に行おうとしています。

放置すれば、必ず、医療従事者の労働と雇用の条件はさらにきつくなります。そしてこれは医療を必要とする患者のいのちの問題です。「地域に病院がない」「ベッドがない」となり、入院しても改正医療法の「国民の責務」として「手術したらすぐ退院」などの苛酷な状態を当然としてきます。これは極めて大きな社会問題です。はじめられている今の時点から各病院の「改革プラン」や「地域医療構想調整会議」にも注意と是正を行い、官民の医療機関の区別なく、医療従事者も、地域住民も患者も、労働組合も、自治体議員も共に共同していのちと健康、雇用と労働、医療と自治体病院を守っていかねばなりません。

当面の改悪目標年度は2018年度 いのちを守る国民共同の闘いを

「地域医療構想」などの医療の再編が目指されている年度は2025年度ですが、国の「改革工程表」と「医療介護提供体制の見直しスケジュール」をみると、2016年度からはじまり、2018年度は、国保の都道府県広域化の実施年度であり、診療報酬と介護報酬を同時改定する年度です。ここにむけて国の基本方針と各自治体の計画が2017年度中に策定されることとなります。したがって日本の医療にとって当面の重要な節目が2018年度となります。そして医療・介護における国民負担も必ず強められます。

大きな社会問題を、大きな社会問題としてはじまっている事実を上げていきましょう！安倍政権は、このことを争点化しないようにしていますが、私たちは、衆議院選挙や各種自治体選挙のなどや、国会だけでなくむしろ自治体議会においても大きな争点にすべきです。

憲法改悪を許さないために、平和とともに生存権を守る最重要な闘いとして、国民共同のいのちを守る闘いとしていきましょう。