

『住民と自治』(通巻 609 号)1月号付録 2014 年1月1日発行 自治体研究社

とちぎの地域と自治

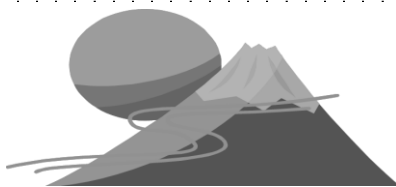
とちぎ地域・自治研究所 所報 第132号

〒3210218 壬生町落合 1-15-5 ポラーノ・どんぶり103号 TEL/FAX 0282(83)5060

メール: support@tochigi-jichiken.jp ホームページ: http://tochigi-jichiken.jp

郵便振替 00170-7-251641 とちぎ地域・自治研究所

- 新年 (2014 年) を迎えて 北島 滋 ----- 1
- 社会保障制度改革にどう立ち向かうか. 医療篇 天谷 静雄 ----- 3



一般会員も参加できます

第10期とちぎ自治講座(地方議員研修会)

- ☆ 第1講 1月26日(日) 13時30分～16時
「財政分析から見る地方財政の課題～予算・決算審議にどう臨む」
・講師 大和田一紘氏 (多摩住民自治研究所理事長、都留文科大)
- ☆ 第2講 2月2日(日) 10時～12時30分
「地域経済活性化のための公共事業のあり方と公契約条例」
・講師 市村昌利氏 (建設政策研究所研究員)
- ☆ 第3講 2月2日(日) 13時30分～16時
「憲法・地方自治法の理念と議会の役割～議会基本条例・議会改革」
・講師 加藤幸雄氏 (元全国市議会議長会事務局調査広報部長)
- 会場 パルティとちぎ (栃木県男女共同参画センター) 302会議室
- 参加費 各2000円 (ただし、議員でない一般会員は各1000円)

新年 (2014年) を迎えて

とちぎ地域・自治研究所 理事長 北島 滋

あけましておめでとうございます。新年にあたりご挨拶を申し上げます。

私は「新理事長就任にあたって」(所報第125号、6月1日発行)の拙文でアベノミクスについて次のように述べました。

第1の矢として、インフレターゲット2%を目標として量的金融緩和等の推進。

第2の矢として、国土強靱化(減災対策)と称して公共事業の拡大。

第3の矢として、再生医療、女性の活用等

を並べていますが、その核心は規制緩和（TPPの妥結を前提とした）の優先。

その後の半年の間で事態は大きく変化しました。第1の矢は円安・株高にシフトし、輸入価格の高騰（石油、天然ガス等）に伴い物価高の上昇に転じています。しかしその恩恵は未だ輸出関連企業、金融・証券企業に限定されています。賃金上昇への波及効果は安倍総理が声高に叫んでも実現されていません。むしろ物価高は国民生活を圧迫しています。第2の矢は、国土強靱化基本法の成立と相まって、補正予算、次年度予算で公共事業費の増額が目白押しです。第3の矢である成長戦略を推進する産業競争力強化法、国家戦略特区関連法が成立しました。特区構想はTPPの露払いの役割を担っているのであり、それは韓国・アメリカのFTAを見ればよく理解できます。安倍内閣の狙いは規制緩和を推進するTPPの妥結です。農産物の＜聖域＞の骨抜きにより2013年度内の妥結を急ぐのだと思います。加えて徹底した企業の優遇策（企業負担の軽減）です。

私は前記した指摘の中でわかっていながらやや軽視したことがあります。国家と自治体・国民生活の関係で、国は長期・中期的には国民生活から＜手をひく＞と述べました。その大筋は間違いのないのですが、政策の意思決定の在り方、政策の内容を精査すると、経済・産業政策はデフレ脱却・成長戦略をうたい文句にした国民に対する＜目くらし＞ではないかと思えます。安倍政権の第一義的目標は憲法の改正（改悪）に基づく国家の在り方を変えることにあります。そこに向けた露払いが特定秘密保護法、国家安全保障会議設置法であり、次に出てくるのが国民の自由な活動をさらに規制する〔共謀罪〕の導入です。国民の目・活動を規制し、他方で成長戦略による成果の一滴をお裾分けする。長期的には子供た

ちの教育を国定教科書（検定の強化）により＜国を愛する＞方向に統制する、これは統制型国家への転換です。国会における一強全弱を逆手に取ったトップ・ダウンの意思決定です。消費増税、社会保障の改悪、労働法制の改悪、原発のベース電源への位置づけ等々、枚挙にいとまがありません。結果は、国民負担の大幅増加と企業負担の限りなき軽減です。私が危惧するのは、大手企業は税の軽減、円安・株高、規制緩和で我が世の春を謳歌していますが、安倍政権による市場主導型（規制緩和）と市場介入型の政策の矛盾がいずれ破たんする可能性があり、注視する必要があります。さらに言えば、現在の経済・産業政策は、安倍内閣の第一義的目標を達成するための手段なのであって、目標からずれた時には安倍政権の経済・産業政策が強権による統制型に転換するのであって、経済界にとっても＜目くらし＞になる可能性があります。

ところで安倍政権による自治体政策に関して極めて危惧すべき政策があります。道州制もさることながら、その危惧すべき政策は法人住民税の実質的な＜国税化＞です。トップ・ダウン型意思決定とはいえあまりにも乱暴です。企業が立地している大都市圏の豊かな自治体の法人住民税を国が徴収し、それを財政の脆弱な自治体に再配分する、つまり自治体間の格差是正にある、というのが狙いであり、理由です。しかし人の懐に有無を言わず手を入れ、取り上げるこの方法を是認したならば、住民自治というものは成り立ちません。強権政治そのものです。もちろん脆弱な自治体の財政を是正する必要は緊急の課題ですが、前記した方法は本末転倒です。

とちぎ地域・自治体研究所は、このような事態を見据え、県民の研究所として活動していかなければなりません。本年も会員の皆様のご協力をよろしくお願いいたします。

社会保障制度改革にどう立ち向かうか。医療篇

天谷静雄（栃木民医連：生協ふたば診療所・医師）

1、栃木民医連の医療事業と経営の現状

私たち栃木民医連は2008年7月、全日本民医連の46番目の県連として結成されました。2診療所、4介護事業所、2調剤薬局が加盟する、職員数170～180名が参加する組織です。1975年10月に開所の宇都宮協立診療所がその源流です。現在、常勤医は5人ですが、1988年以來の県保健医療計画による病床規制にさえぎられて、残念ながら病院化できずに今日に至っています。

ここで民医連について一言ご紹介しますと、そもそも全日本民医連は1953年に結成、佐賀県を除く全国46都道府県に県連組織をもち、綱領に「無差別平等の医療と福祉」をかかげて活動している事業体であると同時に運動体でもあります。経営体としての特徴は民主的集団所有の徹底のために医療生活協同組合の方式をとっているところが多いということです。

私たち栃木も経営体としては医療生協として活動しているので、その現状報告から出発してお話したいと思います。

まず栃木保健医療生協の年商は約10億円であり、そのうち宇都宮協立診療所（有床）が5割、ふたば診療所（無床）が2割、その他の3割を介護事業が占めています。全体の収支は黒字基調であり、2012年度は4364万円の黒字、4.5%の利益率でした。

今は黒字基調ですが、2003年の新築移転は小泉構造改革の時期と重なり、赤字経営

に苦しんできました。とくに2006年4月の診療報酬3.16%のマイナス改定は痛手でした。これに対抗しようと、新たに調剤薬局法人を立ち上げ、そことの連けいで院外処方を開始したりしています。

外来患者総数はここ10年来ずっと5万人と頭打ちですが、総収益は1.3倍と着実に増えています。

その有力な原因は、24時間在宅患者に対応する、いわゆる在宅療養支援診療所の活動が手厚く見積られるようになり、両診療所がそれにエントリーしたためです。そもそも2012年の診療報酬改定では、常勤医3人、在宅看取り実績2件以上、緊急往診5件以上などの高いハードルで、在宅療養支援診療所の強化型が認められるようになりました。1件当たり約7万円の収入で、両診療所で約250件の訪問診療患者を担当しています。このような訪問診療収益が外来医療収益の4～5割を占めていることが経営の安定要因にもなっています。

癌末期患者も含めた在宅者取り件数も多く、家族に感謝されています。ちなみに、この在宅療養支援診療所は強化型ではない一般型も含めて全国の診療所総数の1割くらいしかエントリーがありません。それはそもそも1人医師体制では厳しい、身が持たないと言う理由もあるようです。

一方、純粋な外来医療の方は待合室混雑で長い待ち時間に対する苦情が多く、自然、1ヶ月、2ヶ月の長期処方となって行きます。診察後、医療ミス、計算ミスにつながるような電子カルテへの正確な打ち込みの課題もあり、半日でせいぜい35人の診療

が精一杯で、医師がくたくたに疲れている、と言った現状があります。地域医療の現場はこのように医療スタッフの自己犠牲的な労働に支えられているということを初めにお分かり頂きたいと思います。

2、消費税増税と「損税」対応問題

さて昨年8月成立の社会保障制度改革推進法は徹底した社会保障費削減を求めており、それだけでも「消費税増税は社会保障のため」と言う口実は吹っ飛びました。今後予定されている消費税増税は、いわゆる「損税」として医療機関の経営に重くのしかかってきます。民医連の報告では最終消費者としての消費税納税額の事業収益費平均1.4%と見積もられています。これが倍になるだけで、わずか1~2%の利益率の黒字法人では容易に赤字転落すると言う重大事態が予測されています。ちなみに自治体立926病院のアンケート調査では、2010年度の1病院当り消費税負担額は約1億2千万円であり、これが10%になるとても経営が成り立たなくなることがわかりました。

2002年から4回連続の診療報酬マイナス改定は、医療経営に打撃と医療崩壊に拍車をかけました。厚労省発表の改定率では、2002年▲2.7%、2004年▲1.05%、2006年

▲3.16%、2008年▲0.82%です。それ以降、民主党政権時代は、2010年+0.19%、12年+0.004%と微々たる上昇に止まっています。2010年の改定では診療所外来医療も基本部分である再診料が71点から69点へ、1点が10円ですから20円づつ引き下げられました。私たちの場合、年間5万人の患者総数ですから100万円の減収につながっています。消費税負担は年額800万円に上っていますが、これが増えても、それをそのまま患者負担に上乘せすることはできません。

このような「損税」の見返りとしての「戻し税」の実施や診療報酬アップを私たちは強く要求して行きたいと思います。ここで診療報酬アップと言うと、患者の窓口負担増加につながるから反対と言う意見も出てきそうですが、だからこそ私たちは一般3割、高齢者1割に引き上げられてきた窓口負担を元の1割負担や定額負担に戻せ、とも要求しています。

3、社会保障制度改革のメニューについて

今回の社会保障制度改革法の基本思想は、自助・共助の強調ばかりで、国の責任は投げ捨てられていることです。社会保障とは名ばかり、徹底した保険主義で歳入・歳出のバランスをはかるとしています。これは社会保障制度の事実上の骨抜き解体に当た

る、憲法25条の「解釈改憲」だと酷評もされています。

(ア) 70~74歳の窓口負担1割から2割へ、入院時給食費の全額自己負担へ

70~74歳の窓口負担1割から2割負担への強化が当然のように言われています。そ

これは旧自公政権が2008年に2割負担化を決めたものの、後期高齢者医療制度実施への反発を受けて1割に据え置かれてきたものです。来年4月から70歳の誕生日を迎えた方から次々と実施されます。これで年間2千億円の国費が浮く勘定です。乏しい年金暮らしで病気の数も多いお年寄りにとって受診抑制と病気の悪化につながることは目に見えています。大病院に紹介状なしでかかる場合、1回1万円くらいの負担増を求める方針もあります。入院時給食費の全額自己負担も言われ、安心して入院もしていきられなくなります。

(イ) 国保の広域化

国民健康保険の運営責任を市町村から都道府県へ一元化、いわゆる国保の広域化も実施されようとしています。2017年度末までの実現をめざしています。これはもともと国保財政が慢性赤字で自治体財政からの繰入れでまかなっていたことや自治体独自の減免措置などが行なわれなくなる、全体で平準化されて血の通った国保行政が行なわれなくなると言った危険性をはらんでいます。

ちなみに2011年の数字で、我が栃木の市町村国保税平均額は年間一人当たり9万7千円、世帯当り18万円で全国一高い。収納率は東京に次いで全国ワースト2位です。滞納世帯数は33万軒で21%に及びます。滞納の結果、短期証交付が6.0%、保険証取り上げられ代わりに資格証発行が15720世帯、その交付率は3.8%で、4年連続で全国ワースト1位でした。これによって北海道などは他県に比べて高い保険料となり、地域格差が増す事態となります。都道府県知事会としても国保運営がこれによって後退悪化しないように国の関与を求めているところですが、県独自の対応のあり方としても

問題にして行きたいと思います。

(ウ) 病床再編、病院から在宅へ、医療から介護への誘導

厚労省は病院の病床を医療機能別に区分し、基準病床数を超えている場合には新規開設や増床を許可しないことや、財政支援によって必要病床数へ誘導し、これによって2025年に必要とされる202万床を現状とほぼ同じ159万床に抑えていく方針です。

再編案は各医療機関が現状と今後の方向を県に報告し、国のガイドラインに沿って県がビジョンを策定、稼動していないとみなした病床の削減を公的病院ばかりか一般病院についても指示できるように医療法を変えていく方針です。診療報酬が高い一般病床が主にその標的になっています。

急性期病床を減らして、病院から在宅へ、医療から介護への誘導も行なおうとの考えです。医療も介護も総合的、地域密着型に推進しようとする、いわゆる「地域包括ケア」推進も元はと言えば医療費削減が主な狙いで行なわれようとしています。病院から入院患者を追い出し、在宅や施設での看取りを増やすという発想です。

60年前は80%以上が自宅で最後を迎えていました。現在は病院での死亡が78.4%を占めていますが、国はこれを50%以下にする施策を打ち出しています。現状は、在宅（自宅と老人ホーム）で死亡の割合は16.1%に過ぎません。すでにクオリティ・オブ・ライフならぬクオリティ・オブ・デスなる言葉も使用されています。私たちの事業も当面そのような「在宅重視」の動きに乗っている感がありますが、今後は高齢社会の深化もあいまって、地域の開業医が否応無く、このような在宅医療の課題に向き合わざるを得ない時代になると思われま

このような中で地域の中小病院の身の振り方が問題になります。民医連の経営実態調査では、急性期大病院は健闘しているものの、中小病院の経営悪化が報告されています。医師確保の困難がこれに拍車をかけています。急性期医療を堅持しながら、慢性期、高齢者医療の課題にも応えていく、在宅医療を進める診療所や介護事業所なども有機的に連けいする、そのようなポジショニングの課題を深めない生き残れない、と言ったことも民医連の中では真剣に話し合われています。

(工) 混合診療も解禁か

4、社会保障を支える財源問題、民医連の提案

最後に、社会保障を支える財政問題について私たち民医連の考えをお話しします。民医連は2008年に医療・介護再生プランを発表しましたが、今回その新バージョンが準備されています。かつては日本医師会も保健投資論、つまり国民の健康を守り、社会を活性化させることが経済活性化につながる、そのために社会保障としての医療を充実せよ、と言う要求でした。しかしこの論理は経済が低成長不況化し、国の財政が悪化した時代にはそのまま通用しなくなりました。国民医療費は年々増加し、37兆4千億円に上る。そのうち公費負担の割合は38.1%であると言われます。これをどうするか。

私たちは、第一に経済や財政が悪化しようとしまいと国民の権利として社会保障としての医療はきちんと守られるべきだ、と主張します。そもそも社会保障とは弱肉強食の資本主義社会において、社会の平和と安定につながる富の再分配制度と位置づけ

また、アベノミクスやTPP参加の中で混合診療の解禁が追求されています。混合診療とは公的医療保険が適用される保険診療と、保険外の自由診療とを併用する仕組みです。現在は原則禁止で、高度先進医療などで一部例外的に認められているだけです。保険外診療が拡大されると貧富の差で医療差別が行なわれかねない。さらに公的保険の適用範囲の縮小で、防衛的に民間医療保険にも加入せざるを得ない。アメリカ型の営利本位の医療とアメリカ発の民間医療保険が幅をきかす大変な事態となりかねません。それこそ国民皆保険制度の崩壊です。

られています。国民生活が安定し、消費が増せば経済も財政も好転するという考え方であり、国民負担を強化し、消費を冷え込ませる一方のアベノミクスのやり方はこれに逆行するものです。

同時に、国家財政の厳しさから小手先での対応では今やむずかしく、保険料アップや増税でこれに答えなければならない、と率直に指摘もしています。これをいったい誰に負担させるのか。民医連は次の6つの提案を言っています。

- ① 社会保障費への国庫負担をGDP比でOECD水準並みに増額、国庫負担率を国保32%→50%、協会けんぽ16%→30%にする
- ② 大企業の法人税率は国際的には低くないものの、社会保険に対する負担が極端に少なく、合算すると先進国の中で最低クラス。だから法人税率引き下げは中止、さまざまな大企業優遇措置を改める。所得税は総合・累進課税を追求する。
- ③ 事業主の保険料負担を増やし、国民一

人一人の保険料も応能負担の原則で逆進性を改善させる。社会保険料のうち、事業主負担と労働者負担を比較すると、2003年度以降は非正規雇用増大などで、事業主負担が労働者負担より低くなるという逆転が見られています。

- ④ 地域密着型の内需拡大で雇用と賃金アップ。
- ⑤ 無駄な大型公共事業や米軍思いやり予算、軍事費の削減、憲法違反の政党助成

金廃止。

- ⑥ 医薬品や医療材料の高騰を防ぐ

今回の降圧剤ディオバンの研究データ捏造問題もありますが、製薬企業のボロもうけにメスを入れ、適正価格に抑えていくことも重要です。

以上、民医連で検討されている新、医療・介護の再生プランの要点についてご紹介させて頂きました。

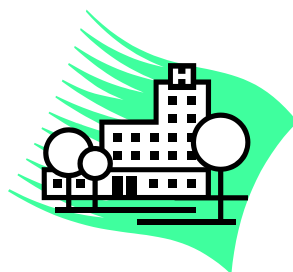
5、反構造改革と診療報酬改定の行方は

さて、今後のたたかいと対応はどうか。日本人はなかなか我慢強い民族のようで、社会保障問題はなかなか国政選挙の重大争点にはなりにくかったのですが、小泉構造改革で国民がさんざん痛めつけられた後には、2009年のいわゆる政権交代選挙がありました。自公悪政が批判され、反構造改革の機運が盛り上がり、社会保障制度守れの声も大きな国民的なスローガンになりました。しかし民主党政権は3年しか持たず、2012年総選挙では公約反故を批判されて退場の結果となりました。このように私たちは政権党に2度のダメ出しをしており、政治を動かすのは最終的には主権者国民の意思であることをはっきりと確認しておきたいと思います。

8月からは生活保護費の切り下げが実施され、10月からは年金削減が実施され、そ

れが具体的に判明するのは12月15日の振込みの日です、「これほどまでに削減するのか」と言うパニックと怒りの声が街に溢れると思います。さらに消費増税賛成とっていた人々も来春からの増税には悲鳴をあげることと思います。

このような中、来春2014年春の診療報酬改定にはいささかの期待も持ち合わせることはできません。私たちは国民が政治を動かす力を信じて、消費増税中止や医療、介護を改善させる署名運動を推進しています。国保手遅れ、介護実態調査、生活保護受給者の実態調査にもとりくんで、社会に告発しています。無料低額診療事業と困難事例の追跡も行なっています。このように社会保障・医療を守る運動と、独自に事業経営を守る課題を両立させて行きたいと思



◎そもそも新制度とは何か

テッテイ
解明!

子ども・ 子育て支援の新制度

—今考えること、取り組むこと—

中山 徹・杉山隆一・保育行財政研究会 編著

定価 1500 円(税込)



—主な内容—

- 第1章 子ども・子育て「新制度」の概要
- 第2章 子育て支援法の本質と問題点
- 第3章 公務としての保育
—公設公営の施設と事業の役割—
- 第4章 「新制度」のもとで議論すべき点
- 第5章 本格実施までに市町村、保育所、
保護者が検討すべきこと

2012年8月に「子ども・子育て支援法」が可決されました。

本書は、「そもそも新制度とは何か」「これから保育所や幼稚園はどうなってしまうのか」という疑問に対して、新制度の概要と経過、新制度の本質と問題点を解明しています。

◎本格実施までに何をすべきか



直前対策! 子ども・子育て支援新制度2

—本格実施までに、何をすべきか、考えるべきか—

中山 徹・杉山隆一・保育行財政研究会 編著

定価 1500 円(税込)

—主な内容—

- 第1章 新制度の本格実施までにしなければならないこと
- 第2章 大都市における保育の現状と課題
- 第3章 20万都市における保育の現状と課題
- 第4章 過疎地における保育の現状と課題
- 第5章 市町村の子ども・子育て支援事業計画で重視する点
- 第6章 本格実施までのスケジュールと
考えておくこと

新制度は、2015年4月から本格的に実施されます。政府は、実施に向けて着々と動いています。自治体は、新制度にもとづき事業計画や基準策定作業を進めています。そのため運動としては、問題点指摘にとどまらず、事業計画への提案が必要です。

本書は、「本格実施までに、どのようなことを考えなければならないのか」「新制度の弊害を少しでも緩和することができないのか」などの意見に対して、事業計画策定にあたってのポイントを全国の具体的事例にもとづいて紹介しています。

自治体研究社

〒162-8512

東京都新宿区矢来町123

TEL03-3235-5941 FAX03-3235-5933

http://www.jichiken.jp/ E-Mail info@jichiken.jp