

## 「医療提供体制の全体像をつかみ社保運動の強化を！」

地域医療崩壊、医師・看護師など医療従事者不足を固定する  
地域医療構想に反対しよう！

2016年7月

社会保障・地域医療対策委員会

### 1 地域医療構想とは・・・

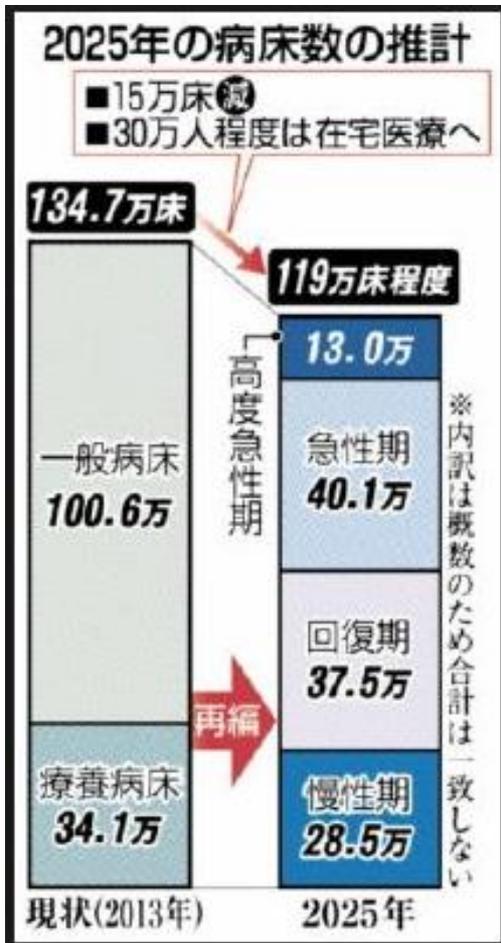
#### (1) 2018年度に向けた政府の考えと「不退転の決意」

2025年の高齢化ピークまで10年を切りました。高齢化の進展により年間死亡数は、2030年代には160万人を超えると予測されています。その「多死社会」を前に、いま、約8割が病院の「見取りの場所」を在宅へとシフトしていくよう、

「自宅で最期を迎えたい」国民が半数という統計も持ち出して、地域包括ケアの構築を含む医療・介護提供体制の一体改革が進められています。

しかし政府・財界の本音は、いま、医療提供の在り方を変えなければ、高齢化により医療需要が増大し、入院が増え、医師・看護師を増やさなければならなくなり、医療費がウナギ昇りに増えてしまう。そうした事態を回避するため、需要自体を抑え込む提供体制改革を、早急に進めよう、というものです。毎年1兆円ペースで増え続ける医療費を抑制することは、軍事強国をめざす安倍政権にとって財政上の大問題なのです。

政府・厚労省は、医療・介護労働に大きな変質を迫り、患者・国民により安上がりで「効率的」な医療・介護を押し付け、医療への国の財政負担



を極力増やさないようにする仕組みづくりを、多方面から急ピッチで進めています。その結節点でありターニングポイントとして、診療報酬・介護報酬同時改定の年である 2018 年に照準があわされています。

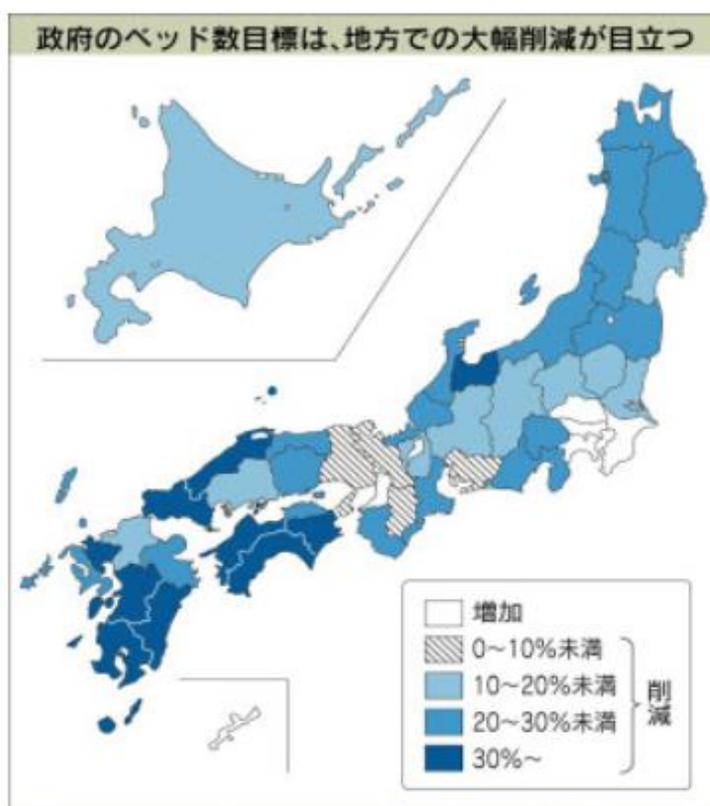
## (2) そもそも「地域医療構想」とは

医療・介護一体改革の節目となる 2018 年スタートの次期医療計画（第 7 次）から、新たに盛り込むことが義務付けられているのが「地域医療構想」です。二次医療圏を基本とした圏域ごとに「2025 年のあるべき医療提供の姿」を定めるものだとされています。

この「構想」は、国が「ガイドライン」（以下、G L）で示す方法に則って、圏域ごとに将来の医療需要を推計し、必要病床数を定めるもので、一般病床と療養病床が対象で、精神病床は含まれません。一般と療養を「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」に分け、機能ごとに、将来の需要と病床数を定めます。構想の策定期限は 2016 年度中で、県によっては既に策定作業を終えたところもありますが、多くは議論の最中です。

G L に則って推計した 2025 年の必要病床数は、全国ベースでは 115 万～119 万床とされ、いま約 135 万床ある一般・療養病床の「大幅削減計画」だと新聞でも報道されました（2015 年 6 月・内閣府発表）。

県別では、病床が「増える」のは埼玉・千葉・東京・神奈川・大阪・沖縄の 6 都府県のみで、他は軒並みベッド減です。全体として急性期を減らして回復期・慢性期へシフト、さらに在宅等へと入院患者を押し出すもので、ひどいところでは 4～5 割も削減となる推計に、県議会等からも G L 見直しを求める声が上がっています。



## 2015年都道府県別病床数の増減推計値

単位：床

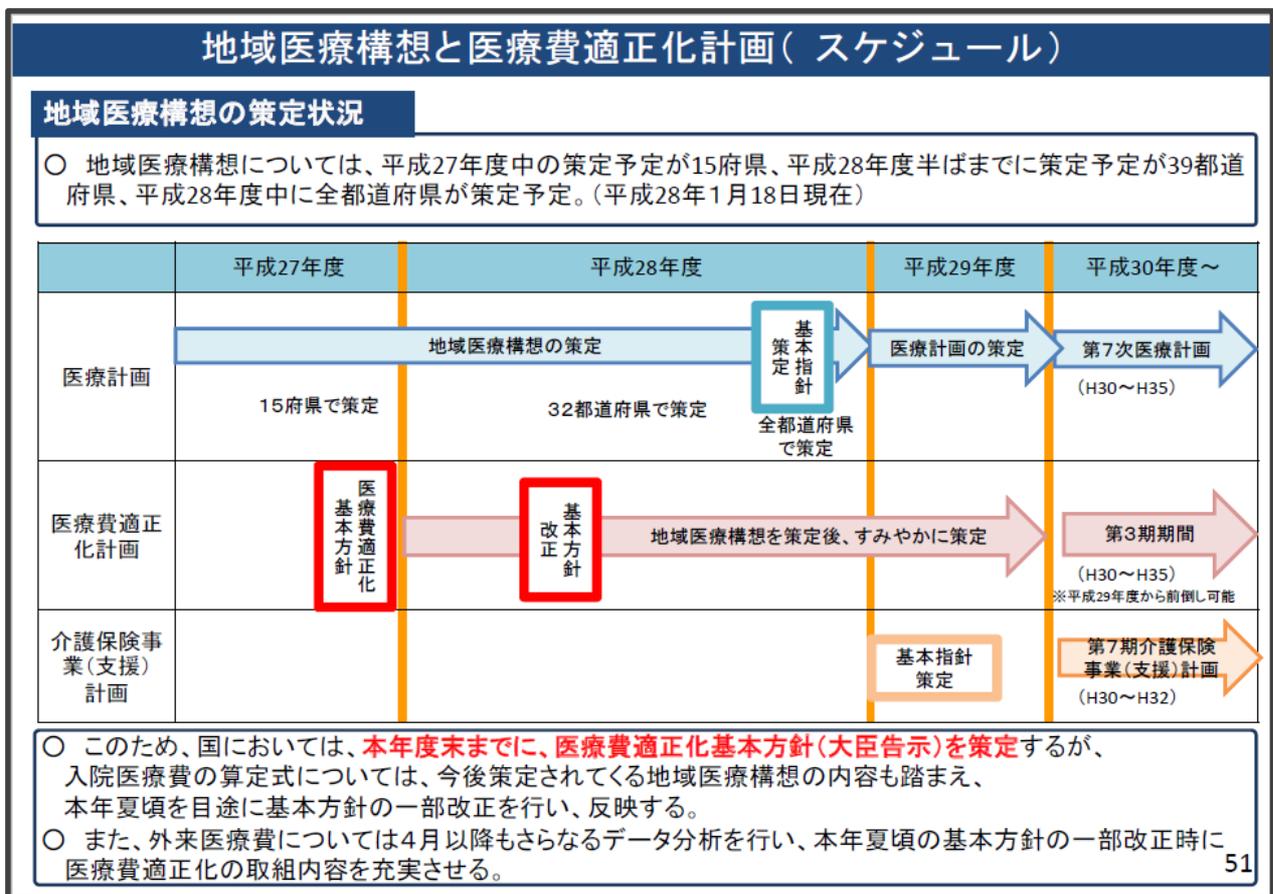
NO	都道府県名	現状 2013年	増減 2025年	NO	都道府県名	現状 2013年	増減 2025年
1	北海道	83,600	-10,300	28	兵庫県	56,200	-3,800
2	青森県	16,500	-4,700	29	奈良県	14,200	-1,200
3	岩手県	15,000	-4,400	30	和歌山県	13,100	-3,600
4	宮城県	21,100	-2,400	31	鳥取県	7,400	-1,600
5	秋田県	12,600	-3,500	32	島根県	9,200	-2,800
6	山形県	12,000	-2,700	33	岡山県	26,100	-5,900
7	福島県	21,500	-6,100	34	広島県	35,200	-6,200
8	茨城県	27,000	-5,200	35	山口県	23,400	-7,600
9	栃木県	18,300	-2,900	36	徳島県	13,300	-4,200
10	群馬県	21,000	-3,400	37	香川県	13,900	-3,700
11	埼玉県	50,600	3,600	38	愛媛県	21,000	-6,200
12	千葉県	47,000	3,000	39	高知県	16,200	-5,000
13	東京都	108,300	5,500	40	福岡県	74,000	-8,500
14	神奈川県	62,900	9,400	41	佐賀県	13,500	-4,400
15	新潟県	23,100	-4,900	42	長崎県	23,300	-6,500
16	富山県	14,400	-4,800	43	熊本県	31,800	-10,600
16	石川県	15,900	-4,000	44	大分県	18,900	-4,200
18	福井県	10,300	-3,700	45	宮崎県	16,500	-5,400
19	山梨県	9,200	-2,300	46	鹿児島県	30,600	-10,700
20	長野県	20,400	-3,600	47	沖縄県	14,600	700
21	岐阜県	18,500	-3,500				
22	静岡県	34,400	-7500				
23	愛知県	59,200	-1,400				
24	三重県	17,300	-3,600				
25	滋賀県	12,800	-1,500				
26	京都府	30,300	-300				
27	大阪府	91,400	10,100				

**(3) 医療計画、医療費適正化計画、地域包括ケアシステム、介護保険事業計画都道府県単位の国保運営などと連関、医療費抑制システムのベースに**

地域医療構想は、単に医療計画に盛り込まれるだけでなく、あらゆる医療・介護関連の計画が地域医療構想と「整合的」に策定することとされ、都道府県単位で医療費を抑制するシステムづくりのベースに位置します。

例えば、医療費適正化計画では、地域医療構想で定めた病床数を前提に医療費目標を定めることとされ、ベッド数が減る県では、その分、少ない医療費目標となります。しかも政府のねらいは、高齢者の慢性期入院が一向に減らないなど、その目標が達成できない場合、県別診療報酬という高齢者医療確保法の特例を「活用」して、その県だけ診療報酬を切り下げること視野に入れていきます。

医師・看護師などの養成数に関わる将来需給の見通しについても、「地域医療構想と整合的に」策定するとされ、ベッドが減れば「増やさなくてよい」となりかねません。その医師数などの「目標値」は、医療計画に盛り込まれようとしています。



一方、地域包括ケア体制の整備や介護保険事業計画は、医療提供体制の再編が前提となり、全国ベースで約 30 万～34 万人を新たに在宅等で対応することが前提とされようとしています。

そして、2018 年から国保の保険者となる都道府県は、医療提供体制のスリム化と医療費「適正化」を推進する役割と、保険者として保険財政を切り盛りする両方の役割を担うことになり、医療・介護提供体制の効率化・合理化と保険財政「適正化」の両面から医療費抑制を推進せざるを得ない立場に追い込まれることになります。

## 2 地域医療構想 どこが問題？ 何をもたらす？

### (1) 医師不足、看護師不足を固定化する

2016 年 4 月、長崎県で医師の過労死をめぐる裁判が新たに提訴されるなど、医療現場の実態は、引き続き過酷を極めています。ところが厚労省は、今から 8 年後に医師の需給が均衡し、医師の供給過剰時代が到来するとする需給推計を 3 月に公表しました。この推計は、医師の将来需要について「地域医療構想との整合性」の確保を前提にしています。

将来推計の公表により、医師需給について議論してきた厚労省の検討会では、この間、増枠してきた医学部定員を今のまま維持するかどうか問題とされましたが、その後の「中間取りまとめ」（医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会／2016.5.19）では、定員増は「当面延長」とされました。しかし、需給推計自体はそのままで、医師需要については 2025 年で 29.2～31.4 万人と、2014 年「医師・歯科医師・薬剤師調査」の医師総数 31 万 1205 人と変わらないかそれよりも低い水準で見込まれています。

「需給検討会」の下には、「医師需給分科会」のほか「看護職員需給分科会」「理学療法士・作業療法士需給分科会」が設置され、2017 年度中に策定される都道府県の第 7 次医療計画（2018 年～2023 年）に検討結果を盛り込めるよう、2016 年内のとりまとめを目指すとしています。そして、看護職員の需給見通しについても、医師需給見通し同様、地域医療構想と整合的に推計を行うとされ、将来需要は地域医療構想の必要病床数をベースに推計する方法が検討されています。そ

の結果が、大幅増員をはばむ「抑制装置」として役割を果たすことは目に見えています。

医療従事者の需給推計方法と、そのベースとされている地域医療構想の抜本見直しを求めることは、安全・安心の地域医療という意味でも、過労死を生むほどの医療従事者の労働実態の改善を図る上でも絶対に避けては通れない課題です。

## **(2) 地域の医療を崩壊させる**

### **① 過疎地域では**

病床数全体が大幅に減る地域は、おおむね、既に高齢化が相当進んだ地域であったり、地域によっては元々医療資源の少ない地域ではないかと考えられます。「老老介護」や「経済負担」に耐えきれない地域の実態が、療養病床の受療率の高さに結びついている地域は少なくありません。そうしたなかで慢性期入院を大幅に減らす計画が、肉体的にも精神的にも経済的にも、患者・家族に計り知れない負担の増大をもたらすことは明らかです。

また、救急医療など、今の地域医療をめぐる患者・住民が願う改善には、地域医療構想の需要推計方法は全く寄与しないばかりか、医療資源の不足した状態を将来もそのまま固定化することにつながりかねません。(3の②参照)

### **② 都市部では**

他方、首都圏など、必要病床が今より多く推計されている地域も、G Lの推計が「機能分化」を前提としていることを考えれば、大幅な効率化や在院日数短縮を迫られ、慢性期・在宅の重症化・重度化がもたらされたうえ、さらにベッドが足りない、と推計されているということになります。

医療・介護現場の超過密労働は加速し、しかも、G Lに基づく将来の必要病床に合わせて医師・看護師の需給見通しを策定するということになれば、医療・看護現場の過酷な労働実態は、さらに過酷さを極めるものとなりかねません。このような地域医療構想とG Lは、全面的見直しを求めていく以外ありません。

### 3 地域医療構想の「カラクリ」—なぜ、多くの地域でベッド減になるのか

#### ① GLの必要病床数と医療需要の推計には重大なカラクリがある

地域医療構想GLに基づく2025年必要病床数の算定は、過去にない新しい仕組みと考え方に基づいています。全体的に急性期は減り、回復期・慢性期から在宅へとシフトし、多くの県で病床削減となるのは、そもそも推計方法に重大なカラクリがあるからです。

2025年の「必要病床数」は、2025年の「医療需要推計」と、国が決めた「各病床機能の稼働率」から算出されています。この国が決めた「稼働率」に明確な根拠はなく、全国一律とすることには批判が上がっています。

さらに問題なのは、2025年医療需要の算出方法です。この将来需要は、2013年のレセプトデータを内閣府の専門調査会が「解析」し、割り出した性・年齢化級別の「受療率」に「将来推計人口」を掛け合わせて算出されます。そこで出てくるのが、受療率を算出するための元データがレセプトであることと、「政策的な一定の仮定」をおいて推計していることに起因する、けっして見過ごすわけにいかない数々の問題です。

#### ② レセプトは診療の結果。医療ニーズそのものではない。

レセプトは、診療の結果であって、患者住民の医療ニーズではありません。必要な医療が身近にない地域や、お金がなくて医療にかかれず、十分な治療が受けられない人の医療ニーズはレセプトには反映されません。救急搬送された時には手遅れだったり、孤独死した人が必要としていた医療需要は汲み取られません。医療過疎地域では、脳卒中や急性心不全など急を要する病気で、高度医療を受けられず亡くなる場合があります。救急搬送が間に合った場合でも、請求されるレセプト件数は、医療が充実した地域より少ない割合となります。つまり「レセプト=需要」という前提にたつと、医療過疎の地域では高度医療の需要そのものが相対的に少ない、という結果になるのです。これをそのまま将来需要の推計ベースとすると、医療過疎地域は、将来も医療過疎地域のまま固定化されることになります。

### ③ 平均在院日数相当で急性期打ち切り。さらに高速回転状態が加速

地域医療構想では、「高度急性期」「急性期」「回復期」の各機能別に分けて需要を推計するため、機能を区分する点数が設定されています。このうち、急性期と回復期の境界点の点数は、全DPCの第Ⅱ入院期間の平均点数とほぼ同じです。つまり、急性期は平均在院日数程度までで区切り、あとは回復期扱いとする基準です。その結果、急性期入院の需要が減り、回復期が増えるという推計値がはじき出される仕組みです。さらに、出来高部分のレセプト点数が175点未満であれば、在宅扱いで需要をカウントしています。

こうした基準でレセプト件数を振り分け、機能別に受療率を算出し、推計人口と掛け合わせて出された将来需要は、今の入院実態とはかけ離れたフィクションです。しかし問題は、今後、診療報酬改定等により、入院の要件や基準が地域医療構想の方向へと誘導される可能性が極めて高いことです。2016年改定でも、地域医療構想と地域包括ケアの推進が改定の主題とされ、例えば、医療看護必要度が見直され、入院の重症度は上がり、在院日数は短縮するように仕組みられました。GLの点数設定でいけば、急性期は今の平均在院日数が、転棟・転院のタイミングになり、在院日数の半減が迫られます。要件強化等による誘導が強まれば、患者には早期の転棟・転院、医療現場にはさらなる高速回転状態の加速がもたらされることになるのです。

### ④ 慢性期入院の一律削減、在宅医療・施設の重度・重症化

多くの地域でベッド数が減る大きな要因は、慢性期入院の一律的な削減を前提にしていることにあります。特殊疾患病棟などの入院を慢性期に振り分け、療養病床に入院する医療区分1の70%は在宅扱いし、全体として、療養病床の入院率が最も少ない県との差を埋めるよう慢性期入院の受療率を設定して、将来需要を推計する仕組みになっています。つまり、療養病床の多いところは“とにかく減らす”です。その影響は、在宅等での対応の増大と、在宅・慢性期入院双方の重度・重症化です。患者家族や施設、慢性期医療の現場とも、これまで以上に医療依存度も介護度も高い患者が増えることになり、受け皿が確保できなければ、医療・介護難民、死に場所難民さえ出てきかねない事態につながります。

## 4 地政府がすすめる医療・介護提供体制の「一体改革」に対するたたかい (具体的な取り組み)

### <単組・支部での取り組み>

#### 1 職場の仲間とともに学習をすすめ運動を強化しよう。

(1) 知って、知らせて、行動しよう。

- ① まず組合役員が、そして、すべての組合員、職場の仲間と社会保障（地域医療構想、地域医療計画、医療費適正化計画、介護保険事業計画）を学び、運動の方向性を明確にしよう。その際、日本医労連社保対策委員会発行の「社保ブックレット」「学習討議資料」を大いに活用しよう。
- ② 執行委員会や職場会議などでミニ学習会を開催し、社会保障運動について学習会を具体化しよう。
- ③ すべての組合員が署名・宣伝行動に参加しよう。

#### 2 対使用者に向けた取り組み

(1) 対使用者に要求し、次の内容を確認しましょう。

- ① 事業所が各都道府県に提出している毎年の病床機能報告の内容
  - ② 事業所の将来構想
    - ・ 地域で担う医療・介護の役割や位置づけ、医療機能について
    - ・ 地域での他事業所との連携
    - ・ 医師・看護師等、医療従事者の確保について
- ※ 医療計画にある5疾病・5事業及び在宅医療、地域包括ケアシステムなどを踏まえた今後の事業所の計画について

#### 3 患者・利用者、地域住民、医療関係者との共同をひろげよう。

(1) 患者・利用者、地域住民、医療関係者などとの学習・経験交流を広げよう。

- ① 患者・利用者、地域住民、医療関係者と共同し、医療介護提供体制の学習会 を開催しよう。
- ② 地域医療実態調査を実施し、地域の課題を明らかにしよう。

※ 京都医労連「地域医療構想の批判的検討」(日本医労連 HP)を参照して  
構想区域(二次医療圏)の入院需要を数値化してみよう!

(2) 自治体要請・懇談をすすめよう。

- ① 地域社保協、民医連、保険医協会など、医療関係団体とともに運動をすすめましょう。
- ② 事前に、学習会等での意思統一、地域実態調査の実施、地域医療要求の把握などを準備して、具体的な提案を踏まえた要請・懇談をすすめましょう。

<日本医労連各加盟組織での取り組み>

1 都道府県に対する要請・懇談をすすめよう。

- ① 各都道府県の地域医療構想、地域医療計画、医療費適正化計画、介護保険事業計画の内容を確認しよう。併せて、医療従事者の需給見通しを明らかにさせよう。
- ② 地域医療構想調整会議のメンバーにも要請・懇談をおこない、地域の実情に応じた現実的な内容にさせよう。

2 意見書採択運動を進めよう。

- ① 各都道府県・市町村議会に対し、2016年12月、2017年3月議会での意見書採択をすすめよう(意見書採択されたら、意見書のコピーと併せて日本医労連に報告お願いします)。
- ② 併せて、首長に対する要請・懇談を実施しよう。

<日本医労連の取り組み>

- 1 第7回地域医療を守る運動全国学習交流集会(2016年11月23日開催)の成功に向け奮闘します。
- 2 社会保障運動推進学習交流集会(2016年12月2日開催)を開催し、学習と交流、取り組みの意志統一を図ります。

- 3 憲法改悪阻止全国代表者会議（2017年1月19日開催）を開催し、取り組みの意志統一を図ります。
- 4 秋・春の対政府要請行動を成功させます。
- 5 医療関係団体との共同を広げ、運動をすすめます。
- 6 引き続き、社保署名（中央社保協）の取り組みをすすめます。



【意見書モデル】

地域の実情に応じた医療提供体制の確保を求める意見書

政府の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」から、2025年の必要病床数の推計結果が発表され、国についての2025年の推計必要病床数は約115～119万病床であり、既存病床数と比べると約15万～19万病床少なく、今後、大幅な削減を求められることが懸念されるところである。

地域の医療提供体制の確保は、国民のいのちと健康を守り、安心して生活するための最重要課題であり、今後もその必要性は変わらないものである。

持続可能な社会保障制度の確立は必要ではあるが、国が一方的に病床削減を強いることは、地域の医療ニーズに十分応じることができなくなるおそれがあるばかりでなく、医療機関の経営基盤を揺るがすとともに、医療従事者の雇用機会の喪失につながり、結果的に地域の医療提供体制の崩壊をまねくこととなります。

よって、国は、都道府県が策定する「地域医療構想」が、地域の実情に応じた現実的な内容となるよう推計方式の抜本的な見直しを行うことを強く要請する。

以上、地方自治法第99条の規定により意見書を提出する。

2016年 月 日

○ ○○○○議会  
議長 ○○○○

【提出先】内閣総理大臣、厚生労働大臣、財務大臣、総務大臣、

2016年 月 日

〇〇自治体  
国保担当課御中

団体名  
住 所  
電 話  
F A X  
メールアドレス  
担当者

## 都道府県国民健康保険運営方針策定要項（案）に関わる

### 懇談のお願い

日々、住民の暮らしと健康を推進する立場で行政に携わっているみなさまに、心より敬意を表します。

さて、2016年1月18日に、「都道府県国民健康保険運営方針策定要項（案）」が厚生労働省より示されました。

要項（案）では、「都道府県とその県内の各市町村が一体となって、財政運営、資格管理、保険給付、保険料率の決定、保険料の賦課・徴収、保健事業その他の保険者の事務を共通認識の下で実施するとともに、各市町村が事業の広域化や効率化を推進できるよう、都道府県が県内の統一的な運営方針を定める必要がある」としています。また、都道府県と各市町村が協議し、平成30年度実施に向けて「運営方針」を決定していくとされています。

国民健康保険の加入者は、「払えない保険料」、滞納による短期証・資格証交付の問題、滞納・差押え問題など、厳しい状況が山積です。新たな運営方針の策定が、加入者にどんな影響を及ぼすのか懸念や不安が広がっています。

つきましては、別紙要請書に基づきまして懇談をお願いする次第です。日程につきましては、後日電話等でご相談、調整をさせていただきます。

ご多忙な中、大変恐縮ですが、よろしくお願いいたします。

以上

〇〇自治体  
国保担当課御中

団体名  
住 所  
電 話  
F A X  
メールアドレス

## 国民健康保険の改善に向けた要請書

日々、住民の暮らしと健康を推進する立場で行政に携わっているみなさまに、心より敬意を表します。

さて、2016年1月18日に、「都道府県国民健康保険運営方針策定要項（案）」が厚生労働省より示されました。

国民健康保険法は、国保を社会保障に寄与する制度だと規定しています。さらに、国が国民健康保険の健全な運営に努めるようにと規定しています。つまり、国民同士が助け合うような制度ではなく、国が財政責任を負う制度であるということです。

厚生労働省は、「国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体（保険者）を都道府県としつつ、国民健康保険の運営に関する業務について、都道府県と市町村が適切に役割分担を行う」として、「都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担のあり方を総合的に検討することを可能とする体制」の実現を展望しています。そのために、都道府県と各市町村が協議し、平成30年度実施に向けて「運営方針」を決定していくとしています。

国民健康保険の加入者は、「払えない保険料」、滞納による短期証・資格証交付の問題、滞納・差押え問題など、厳しい状況が山積です。新たな運営方針の策定が、加入者にどんな影響を及ぼすのか懸念や不安が広がっています。

つきましては、以下のとおり要請します。

### (1) 「高すぎる保険料」を引き下げ、「払える保険料」にしてください。

#### ①国庫負担の増額を国に要請してください。

国保財政が厳しい原因は、国庫負担の引き下げです。

1984年当時「医療費の45%」だったものが、今は25%程度にまで下がっています。

#### ②一般会計法定外繰入をなくさずに増額してください。

一般会計法定外繰入は、赤字会計補填だけでなく、高すぎる国保料を安くするために繰り入れているところも多くあります。

#### ③財政支援策としての保険者支援制度を活用し、国保料の引き下げを図ってください。

### (2) 保険料の算定は、「応能負担」原則にしてください。

保険料の算定は、基本は能力に応じて負担する「応能負担」が原則と考えます。

保険料算定において住民税非課税世帯は所得割をゼロに、市町村独自の所得控除の創設をはかるべきです。

運営方針案では、標準的な保険料算定について、応能割や応益割の割合をどの程度にするか、所得割と資産割、均等割と平等割の割合をどの程度にするかなどが記載されていますが、「払える保険料」とするために「応能負担」の原則で対応するべきです。

(3) 強制的な差押えや滞納処分の禁止および納税緩和措置の周知してください。

運営方針要綱（案）では、収納対策として、滞納の要因を分析し、対策について担当職員の研修会実施、徴収アドバイザーの派遣等、収納対策を具体的に示しています。

しかし、生活に欠く事のできない衣服、寝具、家具、台所用品など、事業を営む者の事業に欠く事のできない器具、給料・賃金、年金や失業保険などの一定額も差押えは禁止されています。預貯金でも、その性格によって差押えは禁止されます。

差押え禁止財産を厳密に厳守し、生計費の差押え等、違法な差押えは行わないことが大切です。合わせて、滞納者には納税緩和措置、「徴収の猶予」や「換価の猶予」等の存在を周知していただくことを要請します。

(4) 所得に応じた新たな減免制度を創設してください。

「払える保険料」、「応能負担原則を満たす保険料」であることは、滞納者を生まず差押えも防止できます。所得階層別に「払える保険料」に見合う上限を設定し、それを超えた部分を減免する新たな減免制度を創設してください。

(5) 市町村との連携会議や国保運営協議会において、広く被保険者の意見を聞き、被保険者の代表を参加させるために、広く公募してください。てください。

以上

## 自治体宛て国保要請書の提出に向けて（解説）

※神奈川県社保協資料参照

### (1) 国保は社会保障であることを高く掲げよう

#### 1) 国保の構造的問題＝圧倒的に低所得者で構成されている

#### 2) 国保は社会保障⇒国と都道府県は国保の健全な運営に義務を負う

- 国民健康保険法（国保法）第1条（この法律の目的）には、「この法律は、国民健康保険事業の健全な運営を確保し、もつて社会保障及び国民保健の向上に寄与することを目的とする」と、国保は社会保障に寄与する制度、つまり社会保障だと明確に規定しています。
- 国保法第4条（国及び都道府県の義務）では、「国は、国民健康保険事業の運営が健全に行われるようにつとめなければならない。（第2項）都道府県は、国民健康保険事業の運営が健全に行われるように、必要な指導をしなければならない」と、国の運営責任や都道府県の指導責任を規定しています。
- 「国保は社会保障」という意味は、「助け合いの制度」（＝国民同士が負担し合う制度）などではなく、「給付と負担の公平」（＝給付に見合う負担を求める給付と負担の均衡論）との概念で捉えることは誤りであり、国が財政的責任を負い、お金のある無しで差別されない制度だということです。
- 数ある医療保険制度の中で、社会保障だと規定しているのは国保だけです。

#### 《参考》

◇健康保険法…第1条で目的を「国民生活の安定と福祉の向上に寄与する」としていますが、第2条（基本理念）では「運営の効率化、給付内容と費用負担の適正化、受ける医療の質の向上を総合的に図り」とあり、受ける医療の質は給付内容と負担のあり方によると規定されています。

◇高齢者の医療の確保に関する法律（高確法／後期高齢者医療制度の根拠法）…第1条で目的を「この法律は、…医療費の適正化を推進するための計画の作成、…国民の共同連帯の理念等に基づき、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者に対する適切な医療の給付等を行うために必要な制度を設け、…」と、高齢者の医療費適正化（＝医療費抑制）が目的だと規定し、国ではなく国民全体で連帯して支え、前期高齢者の財政調整を行い、後期高齢者に見合う医療給付（包括医療や終末期医療の抑制など）を行うことを規定しています。

さらに第2条（基本理念）では「国民は、自助と連帯の精神に基づき、…高齢者の医療に要する費用を公平に負担するものとする」と、費用負担は国民同士ですべきだと規定しています。

### (2) 「高すぎる保険料」を引き下げ、「払える保険料」に

#### 1) 国庫負担の増額を

- 国保財政が厳しい根本的原因是は、国庫負担の引き下げです。1984年当時は「医療費の45%」でしたが、今では25%程度にまで下がっています。国庫負担の増額を求めましょう。

#### 2) 一般会計法定外繰入の増額を

- 保険料引き下げの運動を、全県規模で実施しましょう。  
低所得者ほど保険料が所得の1割以上を占める厳しい状況に置かれています。一般会計から国保特別会計への法定外繰入を増額させる運動が重要です。
- 厚生労働省は、一般会計法定外繰り入れは、新しい運営方針の下でも引き続き実施できるとしてきましたが、運営方針要領（案）では「解消または削減すべき対象」とされています。

一般会計法定外繰り入れは、赤字会計補填だけではなく、高すぎる保険料を安くするために繰り入れているところもあります。

### 3) 応能割の比率（保険料算定割合）の引き上げ

- 税も保険料も、基本は能力に応じて負担する「応能負担」が原則です。
- 保険料は**応能割**（所得割、資産割）と**応益割**（均等割、平等割）で構成されています。運営方針要領（案）でも、これらの組み合わせで保険料を市町村が最終決定するとしています。応能割の比率を引き上げること（＝応益割の引き下げ）が必要です。

### (3) 保険料減免制度の利用を広げ、自治体独自減免（申請減免）の拡充を

- 保険料の減免制度には、国が財政負担をする法定軽減（7割、5割、2割軽減）と、市町村が独自に行っている減免制度（申請減免）があります。法定軽減は所得に応じて自動的に行われますが、周知徹底の不十分さもあり申請減免は十分利用されていない実態があります。制度の利用を広げることが重要です。
- 全県的な集団減免に挑戦しましょう。

#### 1) 保険料算定において住民税非課税世帯は所得割をゼロに

#### 2) 所得に応じた新たな減免制度の創設を

- 「払える保険料」、「応能負担原則を満たす保険料」であることは、滞納を生まず短期証や資格証の交付につながらず、差押えも防止できます。所得階層別に「払える保険料」に見合う上限を設定し、それを超えた部分を減免する新たな減免制度の創設を求めましょう。

### (4) 短期証や資格証に関して

#### 1) 短期証の長期留め置きは是正を

- 田村前厚労大臣は2014年4月20日の参院決算委員会で田村智子議員の質問に答え、「本来、長期間留め置くことはいけない。適切な対応をしてもらう必要がある」と答弁。厚労省国保課長通達（2009年12月）「短期証の交付に際しての留意点」にも、「保留が長期に及ぶことは望ましくない」と明記されています。
- 短期証の留め置きが目立つのは納付相談や高額な支払いを条件に課しているためであり、長期の留め置きは「無保険状態」を意味します。直ちに是正を求めましょう。

#### 2) 資格証でも医療が必要な場合は短期証を交付させ受療権の確保を

- 2008年10月30日の厚労省国保課長通知では、「医療を受ける必要性が生じ、かつ、医療機関に対する医療費の一時払いが困難である旨の申出を行った場合に短期証が発行される」という取扱が示されています。
- 2014年4月14日の田村智子議員の質問に対し、木倉敬之厚労省保険局長は「資格証明書が出ている方につきましても、…医療を受ける必要がある、…負担ができないんだと、そういう申出をしていただく、緊急な対応ということで申出をしていただくという場合には、市町村の方では短期の被保険者証、それで一部負担金だけで受けられるといものを交付できる扱いを示している」と答弁しています。
- 資格証でも、医療が必要で窓口負担が払えない場合には短期証を交付させましょう。

#### 3) 短期証や資格証の交付を中止させ正規の被保険者証を

- 短期証も資格証も本質は滞納への制裁措置に他なりません。受診抑制を引き起こし、死亡事

例まで出ています。滞納対策と受療権は別な概念であり、受療権は生存権です。お金のある無しで侵害されてはなりません。交付中止を求めましょう。

## **(5) 強権的な差押えや滞納処分の禁止を**

### **1) 差し押さえ禁止財産**

○生活に欠く事のできない衣服、寝具、家具、台所用品、畳及び建具、事業を営む者の事業に欠く事のできない器具等は差押えが禁止されています。給料・賃金、年金や失業保険などの一定額も差押えは禁止されています。

○預貯金であっても、その性格によって差押えは禁止されます。2008年に鳥取県が振り込まれた児童手当を差押えた鳥取県児童手当差押え事件訴訟では、その違法性が認められ高裁で勝利判決が出されました。

また、当時の衆院財務金融委員会で財務大臣は、「差押えは違法」との認識を示しています。裁判事例や国会答弁を広げていきましょう。

### **2) 強まる徴収強化に対し、権利行使や制度活用で対抗しよう**

○国保調査にも差押えや取立て処分などの徴収強化の実態が現れています。生計費の差押えや超過差押え等の違法な差し押さえを防止し、徴収体制の強化も注意しましょう。

売掛金、生命保険、土地など容赦のない差し押さえを行う自治体が生まれています。未納者や滞納者に対する懲罰的な差し押さえなどを止めさせる取り組みが重要です。

○納税緩和措置の取り組みを強めるなど、条例や法律をもとに多いに取り組みを進めましょう。

「徴収の猶予」を申請すれば、一年以内の期間を限り徴収を猶予することができ、この場合は「その金額を適宜分割して納付し、又は納入すべき期限を定めることを妨げない」とされています。また「新たに督促及び滞納処分（交付要求を除く。）をすることができない」とされ、大きな利点があります。

差押え財産の換価により事業の継続又はその生活の維持を困難にする恐れがあるときなどは、「換価の猶予」を申請すれば1年を超えない範囲で滞納処分による財産の換価を猶予することができます。

## **(6) 国保運営合協議会の傍聴を**

○国保運営協議会の傍聴も重要です。

一般から公募している場合は、積極的に応募しましょう。

広範な意見を求めるよう要請を強め、パブコメ等の意見募集にも対応しましょう。