

# 第9回地域医療を守る運動全国学習交流集会 基調報告

## I. はじめに

安倍政権による医療制度改革は、「社会保障・税一体改革」と「経済・財政一体改革」の2つの枠組みで具体化され、実行されてきています。医療費・介護費用の抑制に向け、提供体制改革を推進するとして、医療から介護へ、施設から在宅・地域へ、という「川上、川下」一体改革を進めてきています。その歪が、医療難民、介護難民を生み出す危険をますます高めています。

本来、必要な時に、どこでも誰でも必要なだけ医療や介護を受けられることを保障することこそ、憲法が求める政府の社会保障責任にほかなりません。医療・介護など社会保障を「自助・互助・共助・公助」、「社会保険＝自助の共同化」、医療制度では「健康の自己責任」を描き、効率的サービス提供を受忍することを患者・利用者・国民と医療・介護労働者に押し付ける姿勢は、断じて容認できません。

地域医療構想は、2016年度内にすべての都道府県で策定が完了し、その後、「地域医療構想調整会議」において構想の実現に向け、個々の病院の病床再編に向けた協議が始まっています。

厚労省の報告によると、全国の341の地域医療構想区域のうち、公立・公的病院等の再編・統廃合の議論が進んでいるのは24構想区域となっています。各構想区域では、公立病院は「新公立病院改革プラン」、公的病院等は「公的医療機関等2025プラン」をそれぞれ策定し、地域医療構想調整会議で協議することになっています。厚労省は今年度、構想区域ごとに取り組み状況を分析し、好事例の「見える化」を行うなどして、再編・統廃合へ誘導していく考えです。

こうした中で、本集会では、政府が進める医療提供体制の縮小・削減をくい止め、地域医療を守り充実させるため、シンポジウムと全国の運動について交流を深めるとともに、展望を明らかにしていきます。「いつでもどこでも誰でも安心してかかれる医療」の実現をめざしていきましょう。

## II. 地域医療構想と調整会議の強化

### 1. 地域医療構想、具体化進まず

地域医療構想は、病床機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、それに対応した医療提供体制を具体化するもので、全ての都道府県が2016年度中に策定を完了しました。現在は、構想区分（構想圏域の区分は全国で341区域）ごとに設けられた「地域医療構想調整会議」で協議が進められています。

「医療・介護専門調査会」が2015年6月に「医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって」と題する「第一次報告」を行い、都道府県の2025年推計値と、病床機能報告による数値とを示し二つの目標値の間に大きなずれがあり、最大20万床の削減が必要であるとしました。

これに対して、「公立病院ですら地域の実情や政治に左右され、病床の再編は容易

でない。将来の推計で余るからといって、民間病院に病床数削減の要請なんてできるのか」、「国から『病床数が多いと医療費が高い』と言われれば、『削減』を前提にせざるをえなかった」、「『削減ありき』で進めれば、患者が行き場を失う可能性がある」といった疑問や反発の声が、各都道府県から相次いで出されています。

こうしたことから、病院ごとの役割を明確化し、全体で病床数を減らす「地域医療構想」はなかなか進んでいません。策定された地域医療構想に基づき、病床数の削減など対応が決まっている医療機関は2017年度末現在、全国1万4000カ所のうちわずか117カ所にとどまっています。しかし、これらの地域はいずれも、いのちと健康を守る住民にとって大事な医療機関であり、病床です。決定プロセスへの住民の意見反映がされていないままのベッド削減・統廃合は地域医療をさらに荒廃させかねません。

## 2. 地域医療構想調整会議の実施状況

「地域医療構想調整会議」の実施状況（2017年度末まで）をみると、全341構想区域で1,067回（平均3.1回）、調整会議以外の意見交換会が228回行われています。最も開催回数が多いのは、鹿児島県の始良・伊佐地区の14回となっています。また、2017年度の病床機能報告では、未報告の医療機関が455施設（151区域）あり、そのうち未報告医療機関のあり方を議論した構想区域は33区域となっています。非稼働病棟のある医療機関は1,158施設（285区域）で、そのうち非稼働病棟のあり方を議論した構想区域は66区域となっています。

地域医療構想調整会議における議論では、どうしても病床の必要量ばかりが注目がされがちとなっています。地域医療構想＝病床削減と思っている委員がいると議論がずれていく、「病床機能報告の4機能毎の病床数」と「推計された2025年の4機能毎の病床の必要量」が異なる性質であるにも関わらず、その推計方法等への疑問や問題点に議論が終始してしまっている、地域や医療機関のデータを出しても、病床の必要量ばかりが注目されがちとなっているとの声があがっています。

こうした状況について厚労省は「調整会議の議論が低調との指摘があり、我々もそのように認識している」として、調整会議を活性化するための方策を提案しました。

## 3. 地域医療構想調整会議の強化について

（1）「地域医療構想調整会議」では、機能分化・連携、病床削減等を、公立病院、公的医療機関の再編も含めて協議し、構想の実現を目指しています。そこでは、医療機関の間での調整の難しさを想定して、都道府県知事に医療機関への命令や罰則を含めた強い権限を与えるとともに、厚生労働省が調整会議の開催状況から検討内容までチェックするなど、厳しい監視と主導のもとで具体化が進められています。

厚労省は、地域医療構想調整会議の体制の充実・強化に向けた方策として、①地元に着した「地域医療構想アドバイザー」の育成、②都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置、③都道府県主催研修会の開催支援について、都道府県に対して通知しました。

(2) 地域医療構想調整会議の体制強化のために補完するとされる「地域医療構想アドバイザー」は、その選定要件として、①地域医療構想や医療計画などの制度を理解していること、②医療政策、病院経営に関する知見を有すること、③各種統計、病床機能報告などに基づくアセスメントができることがあげられています。都道府県では、この選定要件を参考にして、都道府県医師会と協議して選定することになっています。また、厚労省は「地域医療構想アドバイザー組織」を新たに設置し、全国各地で開催される地域医療構想調整会議に出席し、地域医療構想の進め方などの議論に参加するほか、地域医療構想アドバイザーへの助言を行うとしています。

なお、地域医療構想調整会議は、地域医療構想区域単位で設置がされていますが、構想区域間での情報の共有や、構想区域を越えた調整が必要な課題の議論を行うため、都道府県単位においても設置するとしています。費用は地域医療介護総合確保基金を利用できるとしています。

ただし、設置については法的な規定がないため「推奨」とされており、「地域医療構想に関するワーキンググループ」の会合では、座長から「何を協議する場であるかを含め、通知で位置づけを明確にすべき」とする声があがっています。また、日本医師会の委員は、「事務局は都道府県が主体になるのではなく、都道府県医師会が担い、それを都道府県が支援する形にすべき」と主張しています。

(3) 地域医療介護総合確保基金は、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に基づき、消費税増収分等を活用した財政支援制度として各都道府県に設置されました。2018年度は、都道府県負担額も含めて前年度より30億円増額され、医療分934億円が計上されています。なお、地域医療構想について厚労省は、2017年度、2018年度の2年間で集中的な検討を促進するとされており、具体的対応方針の速やかな策定を求めています。

医師確保対策の推進、病床機能の分化・連携が進んでいる都道府県には、基金を優先的に配分するなどのインセンティブの仕組みを構築し、都道府県の権限強化等と組み合わせ、「具体的対応方針」の速やかな策定を求めています。

#### 4. 地域医療構想、地域経済にも悪影響

(1) 地域医療構想による「必要病床数」への病床削減と病床機能転換によって、最も少なく見積もってもおよそ1兆4,800億円もの医療費が削減されることが推測できます。この医療費削減額をもとに、『産業連関表』を活用した「経済波及効果」とそれに基づく「雇用誘発効果」を試算すると、経済波及効果は、マイナス2兆4,802億円となります。都道府県別で見ると、マイナス額が大きいのは①東京都▲1,364億円、②愛知県▲1,230億円、③北海道▲1,148億円の順となります。「雇用誘発人数」は、試算できる33都府県の合計では、マイナス14万7,751人の削減となります。削減人数が大きいのは、①愛知県▲1万1,238人、②東京都▲8,658人、③新潟県▲7,796人の順に多くなります。

(2) このように、地域医療構想に基づく『必要病床数』への病床削減・機能転換

は大幅な医療費削減効果をもたらします。とりわけ、病床削減率の高い県においては、地域医療のみならず地域経済の一層の疲弊を招くことにつながります。

**高度急性期**＝1日3,000点（3万円）以上を区分とし、増減病床数に1日3万円を乗じて1日当たり医療費の増減金額を試算。

**急性期**＝1日600～3,000点を区分とし、その中間値＝1日1万8,000円を乗じて試算。

**回復期**＝1日225～600点を区分とし、その中間値＝1日4,125円を乗じて試算。

**慢性期**＝1日225点以下を区分とし、1日2,250円を乗じて試算。

\*合計1日当たり医療費削減額＝4区分（高度急性期＋急性期＋回復期＋慢性期）の総和。

\*年間医療費削減額＝1日当たり医療費削減額×365日として試算。

### Ⅲ．地域医療計画

（1）第7期の地域医療計画は、5疾病・5事業（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患、救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）についての医療体制が書き込まれました。同時に、地域医療構想とその実現のための施策、医療・介護連携、基準病床数（一般病床・療養病床）が盛り込まれたことから、医療費適正化計画と一体的に取り組まれることとなります。また、介護保険事業計画も、医療・介護提供体制再編に対応した計画となっており、この計画も含めて都道府県は、医療・介護提供体制再編に権限と責任を持つことになりました。

（2）基準病床数の算定に際し、計算に用いる病床利用率については、地域医療構想が一定の値を用いることに準じて下限を定め（一般76%、療養90%）、平均在院日数についても「地域差の是正」を加味しています。また、「介護施設対応可能数」を「在宅医療対応可能数」に変更して枠を広げ、「入院から施設・在宅へ」という地域医療構想がねらう「川上の改革」を織り込み、病床数を削減し規制を強化する方向となっています。さらに、地域医療構想において、将来、既存病床を上回る医療需要の増加が見込まれる地域であっても、基準病床の見直しは1年毎に状況に応じて検討し、需要増が見込まれる場合でも機械的に増床を認めるのではなく、基準の引き上げはあくまで抑制的に行うとしています。

（3）厚労省は、医療計画の在宅医療体制と、それに連動する市町村計画の医療介護・連携医療計画に含まれる「在宅医療の体制」について、地域医療構想や介護保険事業計画と整合的な目標を設定するとし、地域医療構想による慢性期・在宅医療等の需要推計を踏まえ、「在宅医療のニーズ」と「目標とする提供体制の考え方」を記載するとしています。在宅医療のサービス必要量について、都道府県と市町村は新たな「協議の場」を活用して、医療計画と介護保険事業計画について整合的な見込み量を設定することとされ、この見込み量は3年1期の介護保険事業計画の期間ごとに、療養病床の転換、介護施設の整備、一般病床の移行分などと整合性をはかる方針です。

(4) 医療需要は二次医療圏単位で推計されるため、市区町村の在宅医療等の需要は人口で按分し、外来対応分、在宅医療対応分、介護サービス対応分に按分していますが、一般病床や療養病床から在宅等へ移行するうちの相当部分を外来対応と見込むことを前提にしており、往診・訪問看護・介護など在宅医療・介護の需要を少なく見積もることになりかねません。地域医療構想により入院医療を効率化し、「新たに在宅などで対応」する需要だとして、入院患者を病院から押し出しながら、その受け皿を十分な量と質で見込むことすら忌避するものであって、大量の医療・介護難民を生み出す計画となりかねません。「誰もが住み慣れた地域で安心して暮らせる地域包括ケア」とは程遠い水準の医療計画・介護保険計画にさせないことが求められています。

(5) 「既存病床」・「基準病床」・「必要病床」の関係と問題点

- ① 「基準病床」とは、都道府県による医療計画において医療圏ごとに割り当てられるベッド数をいいます。現時点において医療提供体制の整備のため必要とされる病床数を指します。都道府県知事は医療計画に基づいて、病床過剰な場合は病床増床の許可を与えないことができます。
- ② 「既存病床」は、開設許可（増床を含む）を行う際に基準病床数と比較し、病床過剰地域か否かを判断する際の基準となる病床数（一定の補正を行う）です。
- ③ 「必要病床」は、地域医療構想において、医療需要の変化に応じた将来（2025年）における病床の必要量（必要病床数）を定めたものです。

(6) 公示された「既存病床」・「基準病床」・「必要病床」の関係を整理すると、以下のように、6つのパターン（分類形）に各都道府県を分けることができます。

病床管理3基準の相互関係分類における都道府県の分類			
分類形	基準	都道府県数	備考
A	既存病床数 > 基準病床数 > 必要病床数	12	青森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、富山、長野、岐阜、鳥取、島根、宮崎
B	既存病床数 > 必要病床数 > 基準病床数	24	北海道、茨城、栃木、群馬、石川、福井、山梨、静岡、三重、滋賀、奈良、和歌山、岡山、広島、山口、徳島、香川、愛媛、高知、佐賀、長崎、熊本、大分、鹿児島
C	基準病床数 > 既存病床数 > 必要病床数	1	兵庫
D	基準病床数 > 必要病床数 > 既存病床数	1	宮城
E	必要病床数 > 既存病床数 > 基準病床数	8	千葉、東京都、神奈川、愛知、京都、大阪、福岡、沖縄
F	必要病床数 > 基準病床数 > 既存病床数	1	埼玉
	計	47	
	* 全国合計の分類形式は=B		

(7) 各分類形の特徴と問題点について、

- ① A（既存病床数 > 基準病床数 > 必要病床数）及び、B（既存病床数 > 必要病床

数>基準病床数)では、既存病床数が最も多いことから、新規の増床は認められないまま、病床機能転換による必要病床数4区分整備が進むとみられます。必要病床数へ向けた病床削減が強力に進められる可能性があります。

- ② C(基準病床数>既存病床数>必要病床数)は、兵庫県のみ。制度的には基準病床数に満たないため、増床は可能とみられますが、必要病床数の達成に向けては、「回復期」の増床に限定される可能性があります。
- ③ D(基準病床数>必要病床数>既存病床数)は、宮城県のみ。制度的には、基準病床数までは増床が可能ですが、必要病床数までに抑えられる可能性があります。
- ④ E(必要病床数>既存病床数>基準病床数)は、大都市圏中心とした8都府県が該当しています。既存病床数が基準病床数を上回っているため、制度的には、新たな増床が認められません。しかし、必要病床数が最も多いことから、このままの状態では2025年を迎えると必要病床数の大幅な不足が生じてしまいます。
- ⑤ F(必要病床数>基準病床数>既存病床数)は、埼玉県のみ。既存病床数が最低のため、基準病床数までは増床が可能ですが、Eと同様に2025年の必要病床数整備には、基準病床数を超える増床ができない問題があります。

(8) 全国合計では、「既存病床数」が123万68床に対して、「基準病床数」は101万8308床となっており、既存病床数の方が21万1760床多くなっています。しかし、「必要病床数」119万800床に対しては、わずか3万9268床多いにすぎません。

また、基準病床数と必要病床数の比較では、基準病床数が17万2492床少なく、病床の必要数を示す「指標」が、基準病床数となるのか、必要病床数となるのか、「ダブル・スタンダード」となっている今の状態が、今後、2025年に向けてどのように整理されていくのか注視する必要があります。

(9) 今回の医療法改正では、地域医療構想の達成を図るため、構想区域において既存病床数がすでに将来の病床数の必要量(必要病床数)に達している場合には、当該構想区域に医療機関の新規開設、増床等の許可の申請があっても、必要な手続きを経たうえで、都道府県知事が許可を与えないことができるようにする規定等が整備されました(医療法第7条の2)。

#### IV. 地域医療構想と整合的に策定される医療費適正化計画

##### 1. 入院医療の効率化を織り込み策定される医療費適正化計画

(1) 「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき5年1期で策定されてきた「医療費適正化計画」も、2018年度の第3期計画から医療計画と同じ6年1期に改定され、地域医療構想を含む医療計画との整合性が図られることになりました。第3期計画では、適正化の取組目標として、「特定健診等の実施率の向上」に加え「糖尿病の重症化予防の取組」、「後発医薬品の使用促進」、「医薬品の適正使用(重複投薬、多剤投与の適正化)」を盛り込み、さらに、入院医療費について「病床機能の分化・連携の推進の成果」を踏まえて推計するとされ、地域医療構想により入院医療の効

率化をはかることが織り込まれます。

(2) 内閣府の「医療介護情報専門調査会・第二次報告」は、国の示した標準的な算定式による医療費の見込みを示し、入院外・歯科医療費で2023年度医療費を29.7兆円と推計し、適正化効果は「▲0.6兆円」とする一方、入院医療費については2023年19.8～20.1兆円とすると同時に、在宅医療等への移行による入院外医療費の増は「見込んでいない」とし、これに関しては、「自治体は独自に推計することが出来る」としています。

(3) 専門調査会・第二次報告は、地域医療構想による医療費の適正化効果は明示していません。しかし、適正化計画を策定した都道府県公表の資料には、国提供の推計システムにより積算された適正化目標の基礎データを公表したものがあり、このデータから、地域医療構想による医療費削減規模の推計が可能です。データが公表されている京都府の場合、計画年次の2023年までの適正化効果は113億円です。一方、積算資料を基に計算した地域医療構想による2025年の入院医療費の適正化効果は838億円と推計され、入院再編は、入院外の適正化をはるかに上回る規模となっています。後発医薬品への転換や、保健・重症化予防などはるかに上回る規模の医療費抑制が、病床再編と在宅への追い出しによりねらわれている実態を各県ごとに明らかにすることが求められます。

(4) 内閣府・専門調査会は今後の課題として、医療費の地域差半減に向け、地域医療構想や地域医療介護総合確保基金、診療報酬など、医療費適正化計画の枠組みだけでなく「政策手段を駆使していくべき」とし、都道府県が医療費適正化計画に積極的に取り組むインセンティブとなる制度的枠組みの検討にも言及しています。「経済・財政再生計画 改革工程表」に盛り込まれた地域医療構想や医療費適正化計画、医療費の地域差半減、介護保険事業計画のPDCAサイクル強化、地域包括ケアシステム構築など、医療・介護分野の施策を統合的に推進していくことが重要であるとし、財政健全化目標を確実に実現するため、これらを連動して進めていく方策を早急に検討していく必要があるとしています。

## 2. ねらわれる都道府県別「診療報酬特例」の具体化

(1) 「骨太方針2017」では、高齢者医療確保法（高齢者の医療の確保に関する法律）第14条に規定される「都道府県別の診療報酬」について、「必要な場合に活用できるよう2017年度中に関係審議会などで検討する」としました。診療報酬は「全国一律」ですが、高齢者医療確保法では「厚生労働大臣が、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる」という特例が規定されています。

(2) 財務省は、医療費適正化に向けた診療報酬の設定について「考えられる例」として、①医療費の伸びが高く住民の保険料負担が過重となる場合における診療報酬 1 点単価の調整、②入院医療費地域差是正の観点から特定の病床が過剰な地域における当該入院基本料単価の引き下げ、③調剤業務の需要に見合わない供給増が生じた場合の調剤技術料の引き下げ等を例示し、都道府県に医療費適正化の実効的な手段を付与し権限を強化する観点も踏まえて、地域別診療報酬についてどのような活用が考えられるか検討すべきとしています。

(3) こうした中で、奈良県が 3 月 28 日、高齢者医療確保法に基づいて、「いわゆる地域別診療報酬の適用、すなわち本県における診療報酬について異なる定めを行うよう、国に意見を提出することを検討する方針です。」と表明しました。具体的には、「診療報酬単価（1 点 10 円）を一律に引き下げることを含めた診療報酬上の対応により、本県における国保の保険料水準引上げを回避できる水準まで医療費水準を抑制していくことを検討します。」としています。さらに「医療費適正化計画期間（H30～H35）を通じて行き、計画期間が終了する前であっても、同法第 14 条等の趣旨を踏まえ、必要に応じ政府に診療報酬に係る申入れ等を行う方針です。」としています。

(4) これに対して、近畿医師会連合は 9 月 9 日、地域別診療報酬特例の撤廃などを強く要望することを決議しています。決議文では「わが国の医療制度は長年にわたって全国どこでも均一、かつ良質な医療を一律の診療単価で提供してきた。地域別診療報酬が導入されるようなことになれば、医療の格差や質の低下を招くことになり、断固として容認することはできない」と地域別診療報酬の導入に反対しています。また、日本医労連は、2017 年の春・秋の中央行動において、厚労省に対して、「地域別診療報酬は導入しないこと」を要請しています。

## V. 国立・公立・公的病院等の再編・統廃合へ誘導

厚労省の報告によれば、全国 341 の地域医療構想区域のうち、公立・公的病院等の再編・統廃合の議論がすすめられているのは、24 構想区域となっています。各構想区域では、公立病院は「新公立病院改革プラン」、公的病院等は「公的医療機関等 2025 プラン」をそれぞれ策定し、地域医療構想調整会議において協議することになっています。厚労省は今年度、構想区域ごとに取り組み状況を分析し、好事例の「見える化」を行うなどして、再編・統廃合を進めていくとしています。

また非稼働病棟を持つ医療機関がある構想区域は 285 区域、1158 施設となっています。この状況を「改善」させるために厚労省は、「すべての医療機関の実態を細かく把握しながら検討を進める」とし、66 構想区域で非稼働病棟の対応について議論が開始されています。厚労省は、都道府県に対して、病床が全て稼働していない病棟がある医療機関を確認したときには、地域医療構想調整会議へ当該医療機関を出席させ、非稼働となった理由などを説明させるよう求めています。公立・公的病院等の再編・統廃合への誘導、病床削減に向けた動きの一つとみることができます。

## 1. 国立医療機関における新たな統廃合の動き

### (1) 八雲病院の統廃合計画

- ① 2015年6月、国立病院機構は「八雲病院の機能移転に関する基本構想について」を一方的に発表、さらに18年5月、機構は「機能移転」後の職員配置等の案を発表し、2020年8月1日を目途に統廃合をすすめる「基本計画」を明らかにしました。しかし、これまで機構が約束してきた患者・職員への丁寧な説明・対応はなく、200kmもの患者移送についても一切の説明がないなど、官僚的で無責任な対応に終始しています。こうした状況の下でも、機構は職員に対する「意向調査」を18年6月に強行しました。
- ② 八雲町など地元自治体そして国会議員や道議会議員への要請に取り組んできました。要請に繰り返し取り組む中で、八雲町長は「八雲に残りたいという患者や家族、病院職員もいる。町として対応策を強化したい」と、後医療等について初めて前向きな回答を行いました。
- ③ こうした自治体や議員対策を踏まえて、10月13日に「障害者医療は守られているのか」と題して「さっぽろ集会」を開催しました。短期間の準備にもかかわらず、100名を超える参加者に加え、複数の国会議員が出席するなど大きく成功させることができました。さらに11月3日には「健康まつり」を開催するなど、住民と労働組合が一体となった運動が一気に広がってきています。引き続き八雲の地で医療を受けたいという患者・家族の意向を尊重し、地域医療の強化を求める草の根からの取り組みを大きく強化していきます。

### (2) 徳島病院の統廃合計画

- ① 17年12月、機構は徳島県の地域医療構想調整会議に対し、「東徳島医療センターと徳島病院の機能再編案」を提出したことを明らかにしました。再編案は「東徳島医療センターの地に徳島病院の医療機能等を移転・統合し、医療機能の集約化による充実・強化と病床数の適正化等を図る」「3～4年後の移転を目途に調整」とする、徳島病院の実質的な廃止計画を打ち出しました。さらに、18年2月、機構は「東徳島医療センター及び徳島病院の機能統合に伴う新病院に関する基本構想について」を公表し、統合予定時期を2022年度としました。
- ② 全医労は地元の吉野川市、板野町への要請に取り組み、4月には、徳島県議、吉野川市長、市議会議長が機構本部に直接出向き、徳島病院の存続を強く要望しました。さらに、6月には吉野川市議会は「徳島病院の存続を求める意見書」を採択しています。
- ③ 8月には住民による「徳島病院を守る会」が結成され、徳島病院の存続を要望する署名の取り組みが開始されました。住民の繋がりを生かした草の根の活動により、短期間の取り組みにもかかわらず、3万筆を超える署名を集約し、機構に提出しています。署名提出にあたっては、5名の地元選出国会議員の賛同署名を添えています。全医労と県医労連も「守る会」の呼びかけにこたえ、街頭宣伝署名行動や戸別訪問などに取り組みました。
- ④ 今後、徳島病院と東徳島病院の周辺自治体への意見書採択を求める取り組み

を重ねながら、県議会での決議を目指していきます。

## 2. 新公立病院改革プランと公的医療機関の縮小・再編の動き

(1) 新公立病院改革プランは、2015年3月に総務省が示した「新公立病院改革ガイドライン」の中で、2016年度までに策定することを要請していたもので、2020年度までを標準として、①地域医療構想を踏まえた役割の明確化、②経営の効率化、③再編・ネットワーク化、④経営形態の見直しの4つの視点に立った公立病院改革に取り組むよう求めているものです。

また、経営戦略策定ガイドラインでは、経営戦略は10年以上の計画期間を基本として、施設・設備に関する投資、投資以外の経費及び財源の見通しを試算した収支計画（投資・財政計画）を策定するとともに、組織効率化・人材育成や広域化、PPP/PFI等による経営健全化の取組について検討し、取組方針を記載することを求めています。総務省では、こうした公営企業の経営戦略及び新公立病院改革プランの策定状況を毎年度調査し、結果を団体・事業（病院）別に公表することとしています。

(2) 地域医療構想調整会議において、具体的な医療機関名を挙げた議論の状況（平成30年9月末現在）をみると、新公立病院改革プラン対象病院では、策定対象823病院のうち、プラン策定が完了していないのは1病院のみ、議論に合意が273病院、議論継続中495病院、議論未開始55病院となっています。病床数で見ると、総数が約18.8万床のうち、議論合意済み7万3118床(39%)、議論継続中10万4721床(56%)、議論未開始1万1518床(4%)となっています。

(3) 医療・介護の提供体制の見直しは、医療・介護全般の見直しの突破口となるだけに、最重要課題として推進されていくこととなります。こうしたなかで、再び大きく動き出しているのが公立病院改革です。安倍首相自らが5月の経済財政諮問会議で「地域医療構想の着実な実現には、この平成30年が非常に重要な年となる」と発言するなど、更なる病床削減に強い決意を示すなか、「地域医療構想調整会議」のなかで照準が当てられているのが公立・公的病院と言えます。すでに、国公立・公的病院はこの20年間で1割にあたる209施設も減少（2016年で1540施設）していますが、「地域医療構想調整会議WG」では、「新公立病院改革プラン及び公的医療機関等2025プラン対象医療機関を中心とした機能分化・連携の推進」に向け、具体的な再編・統合の事例の紹介、都道府県主催研修会の開催支援や地域医療構想アドバイザーの育成などを準備し、更なる公立・公的病院等の再編統合の具体化を迫っています。

一方、千葉県などでは県循環器病センターの県立病院への統合に、「地域医療と公立病院を守る県民連絡会」が立ち上がり、住民から7万筆の署名を集めるなど、地域からの運動により千葉市伊南地域で唯一の県立病院を守りぬく運動の成果も上がっています。

(4) 総務省が人口減少を前提とする 2040 年の自治体のあり方について「自治体戦略 2040 構想研究会第二次報告」として公表し、自治体再編を促す新たな行政の枠組み「圏域」の法制化にむけた議論が始まっています。現在も人口 5 万人程度の中心市と近隣の市町村が連携する「定住自立圏」(121) や政令指定都市や中核市を中心とする「連携中枢都市圏」(28) の実績がありますが、議論がすすめられている「圏域」は、法制化により行政単位として位置づけることで、行政の広域化を容易にし、医療や学校、水道などの施設・事業の集約化(統廃合)を促すことが目的とされています。今後、「圏域」の法制化と「新公立病院改革プラン及び公的医療機関等 2025 プラン対象医療機関を中心とした機能分化・連携の推進」がリンクし、公立・公的病院の統廃合に拍車がかかることのないよう注視していく必要があります。

#### 4. 「公的医療機関等 2025 プラン」と縮小・再編の動き

(1) 厚労省は 2017 年 8 月、日本赤十字社や済生会、厚生連をはじめとするすべての公的病院及び、国立病院機構、各特定機能病院開設者、各地域医療支援病院開設者宛てに、①地域医療構想調整会議における具体的な議論の促進に資するよう、「公的医療機関等 2025 プラン」を策定すること、②策定した「公的医療機関等 2025 プラン」を地域医療構想調整会議に提示し、具体的な議論を進めることについて、それぞれが設置する医療機関に対し依頼するよう、医政局長通知を発出しました。

(2) 「公的病院 2025 プラン」作成の要請を受けて、国立病院機構や日本赤十字社では、地域医療構想調整会議の議論を見据えたプラン作成が進められ、議論が開始しています。

地域医療構想調整会議において、具体的な医療機関名を挙げた議論の状況(平成 30 年 9 月末現在)をみると、公的医療機関等 2025 プラン対象病院では、策定対象 829 病院のうち、プラン策定はすべての病院で完了し、合意済み 423 病院、議論継続中 372 病院、議論未開始 34 病院となっています。病床数で見ると、総数が約 31.4 万床のうち、合意済み 162,911 床(52%)、継続中 13 万 9513 床(44%)、議論未開始 1 万 1518 床(4%)となっています。

#### 5. 「地域医療連携推進法人」の設立状況

(1) 地域医療連携推進法人が 2017 年 4 月 2 日から施行となり、全国で 4 法人が認定を受けスタートしています。昨年 4 月に認定を受けたのは、①愛知県の(社)尾三会、②兵庫県の(社)はりま姫路総合医療センター整備推進機構、③広島県の(社)備北メディカルネットワーク、④鹿児島県の(社)奄美南部メディカルケアステーションとなっています。

その後、2018 年 4 月 1 日に福島県の「医療戦略研究所」、山形県の「日本海ヘルスケアネット」が認定され、2018 年 7 月現在、6 法人が認定されています。

厚労省は、この新型法人の趣旨について、「医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢」であるとし、また「これにより競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制

を確保」と説明しています。

(2) 福島県の「医療戦略研究所」は、運営方針として「2 病院（石井脳神経外科・眼科病院、中村病院）、2 診療所（石井医院、木田医院）、ケアハウス小名浜と介護老人保健施設いきがい村の連携により、地域に合った医療・介護そして福祉の事業連携を構築し、地域全体に情報発信して福島県の地域モデルを創設する」などを掲げています。その他、医薬品・医療機器等の共同購入による価格交渉を行い、経営の効率化を図ることや、参加法人共同で医療・介護従事者向け研修会を実施し、地域連携に不可欠な多職種連携のスキルを向上させることなどを挙げています。

(3) 山形県の「日本海ヘルスケアネット」は、「ここ庄内地域において急速に進む少子高齢化、過疎化の状況の中で、山形県が進める地域医療構想の実現を図り、地域包括ケアシステムのモデルを構築し、医療、介護、福祉等の切れ目のないサービスを、将来にわたって安定的に提供することを目指す。」として、①診療機能等の集約化・機能分担、病床規模の適正化、②地域医療構想の実現に向け、病床規模の適正化を図るため、病床調整等の検討、③医療機器等の共同利用、④医療材料・薬品等の共同交渉・共同購入、⑤委託業務の共同交渉、⑥連携業務の効率化、⑦医療介護従事者の派遣体制の整備、人材育成、人事交流等をあげています。

また、入院患者の在宅療養生活への円滑な移行の推進、病院と介護施設の連携強化として、要介護者の急変時に対応できるよう、24 時間、365 日対応できる病院（日本海総合病院、酒田医療センター、本間病院、山容病院）、診療所（上田診療所等）、介護施設（ひだまり、うらら、シェ・モア、かたばみ荘等）、訪問看護ステーション（スワン、かがやき等）の連携体制の強化を図り、地域包括ケアシステムの構築を実現するとしています。

(4) 全日本民医連は、地域医療連携推進法人の定款では、参加する法人はその重要な意思決定の際にあらかじめ地域連携推進法人の意見を聞くことを定めることになっており、独自の意思決定ができなくなるという危惧があると指摘しています。

## V. 介護医療院の動き

(1) 「介護医療院」は、従来の介護療養型施設（介護療養病床）が 2017 年度末で廃止されるのにあたって（ただし 6 年の延長の経過措置がある）、その受け皿として 2018 年度から新サービスとして創設されました。主として長期にわたり療養が必要である要介護者に対し、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とした施設となっています。

(2) 厚生労働省がまとめた介護医療院の開設状況では、2018 年 9 月末時点で、全国で 63 施設が開設されています。6 月末時点の調査に比べて 42 施設、3,183 床の大幅な増加となっています。療養床数の内訳は I 型介護医療院が 2,524 床（前回比

1,743床増)、II型介護医療院が2,059床(1,440床増)となっています。

10月26日の2017年度病床機能報告では、6年後に「介護保健施設」への転換は16,000床が予定していると発表。高い点数を設定した診療報酬や病床転換助成事業など、介護医療院への転換のために強い誘導策が実施されています。小規模な自治体では、「医療保険適用の医療療養」から「介護保険適用の介護医療院」へ転換が生じた場合、介護費が急増し、保険料が高騰してしまうため「転換に極めて後ろ向きである」と指摘されています。

## VI. 「我が事・丸ごと」地域共生社会

(1) 新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン(2015年9月)、我が事・丸ごと地域共生社会実現本部の発足(2016年7月)、社会福祉法人制度改革(2016年3月)など、共助型地域づくりの動きが急速に進展しています。ニーズの多様化、複雑化への対応は、行政だけでは無理として、支え・支えられる地域づくり、社会福祉法人の社会貢献活動などで対応する方向を打ち出しています。また、人材不足に対応するとして、複数の専門を持つ人材育成も提起しています。最終的には、自助・互助・共助・公助の地域包括ケアシステムの構築へ向けたものとなっています。

(2) 「我が事・丸ごと地域共生社会実現」政策は、高齢者・子どもなどの福祉と医療を地域単位で一元化し、「地域包括ケア」をめざすとしていますが、狙いは公的責任を後退させ、地域での支援サービスの縮小と質の低下、地域格差の拡大です。福祉も介護も、再び家族責任・家族依存の時代に戻してしまおうとするものです。2017年の介護保険法、2018年及び2021年の介護・障害福祉の報酬改定、さらに、2018年の生活困窮者支援制度の見直しに向けて、横断的に幅広く検討を行うとしています。社会福祉法や障害者総合支援法を改定し、障害・福祉施設が介護サービスも提供できるよう基準緩和します。「我が事・丸ごと」地域共生社会の実現の名目で、福祉の公的責任を減退させるものです。

## VI. 地域医療構想と連動した医療従事者の働き方改革

### 1. 医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会

(1) 厚労省の「医療従事者の需給に関する検討会」(5月28日開催)は、医師需給分科会・第3次中間取りまとめ(案)を大筋で了承し、2020年度と2021年度の医学部入学定員について、「暫定措置」として現状を「概ね維持」するが、2022年度以降については「医師の働き方改革」や「医師偏在対策」の結果などを踏まえ、「減員」に向けて定期的に検討していく方針が明記されました。

(2) 「中間まとめ」では、①高齢化の進展による医療ニーズの増加、②人口減少に伴う医療ニーズの減少、③医療提供体制の再構築(地域医療構想の実現)、④医師の高齢化、⑤医師の働き方改革等による業務の効率化、⑥ICT、AI等の活用による医師の業務効率化、⑦性・年齢に基づく「医師の仕事量」、などの要因に配慮し、将来的な医師需給について厚労省が行った推計を明示しています。具体的には、以

下の3ケースを提起しています。

①ケース 1：医師の需要がもっとも大きくなる（医師にも、一般労働者と同じ時間外労働規制（月 60 時間まで）を行い、AI 等の活用で 2040 年には業務が 7%削減される、などと仮定）

・2033 年頃に医師の需給が約 36 万人で均衡。以降、医師供給数が過剰となり、2040 年には 2 万 5000 人程度の医師過剰となる。

②ケース 2：医師の需要が中程度となる（医師の時間外労働規制を、過労死ガイドライン水準（月 80 時間まで）とし、AI 等活用で 2040 年には業務が 10%削減される、などと仮定）。

・2028 年頃に医師の需給が約 35 万人で均衡し、以降、医師供給数が過剰となり、2040 年には 3 万 5000 人程度の医師過剰となる。

③ケース 3：医師の需要がもっとも少なくなる（医師の時間外労働規制を、米国の研修医並み（週 80 時間まで）とし、AI 等活用で 2040 年には業務が 20%削減される、などと仮定）

・2018 年頃に医師の需給が約 32 万人で均衡し、以降、医師供給数が過剰となり、2040 年には 5 万 2000 人程度の医師過剰となる。

ただし、「医師の働き方改革」については、関連検討機関の「医師の働き方改革に関する検討会」の報告書がまとまっていないことや、ICT などは今後も進歩し続けることは考慮しています。

（3）しかし、時間外労働規制については、ケース 2 でも過労死ラインを目標としており、医師の健康や医療の安全性を脅かす内容となっています。また、AI・ICT、IoT 等を活用した効率化、医師から他職種へのタスク・シフティング等により、一定の労働時間が削減されると推計されていますが、看護師をはじめとする医療従事者全体が長時間・過密労働を強いられているなかで、医療の安全面からも業務移管には多くの問題があります。

（4）そもそも医師不足の根本原因は、歴代政権が「医師が増えると医療費が膨張する」として、医師養成数を抑制してきたことにあります。人口 1,000 人当たりの医師数が OECD 加盟国で単純平均 3.4 人に対し、日本は 2.4 人と約 12 万 9500 人も少ない水準となっています。また、人口 10 万人当たり医師養成数（医学部卒業生）は OECD 加盟国単純平均 12.4 人に対し、日本は 6.7 人で最低です。医学部定員数を増加するとともに、地域枠拡大などに向けた議論が求められています。

日本医労連は、医師養成定員を減らす政府方針の見直しを求めて、地方議会への陳情・意見書採択運動に取り組んでいます。医師数については OECD の平均以上の水準に増やすことを求めています。

## 2. 医療従事者の需給に関する検討会・看護職員需給分科会

(1) 「医療従事者の需給に関する検討会・看護職員需給分科会」は、2016年3月に第1回、同年6月に第2回が開催されましたが、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」(2017年4月報告書とりまとめ)の議論や、医師の「働き方改革実行計画」(2017年3月働き方改革実現会議)を受けて、「医師の働き方改革に関する検討会」での議論を踏まえ、医師の需給推計のスケジュールに合わせて再開するとされていました。こうしたなか、2018年5月に医師の需給推計について、第3次中間とりまとめが行われ、看護職員についても、医師と同じ前提での推計が可能となったとして、看護職員需給分科会が再開されました。

(2) 10月29日の看護職員需給分科会に示された看護職員の需給推計(案)では、推計の基本方針として、①地域医療構想との整合性の観点から、2025年における看護職員の需給推計を行う。②医師の需給推計の方法を踏まえながら、直近のデータを用いて、看護職員の需給推計を行う。その際、看護職員に固有の事情は考慮する。③看護職員の需給推計は、都道府県が推計ツールを用いて行う需給推計を全国ベースに集約したものとする、としています。

(3) また、各都道府県が行う看護職員の需要推計は、以下のような方法で実施するとしています。

- ①現在の病床数・患者数及び看護職員数をもとに、医療需要(病床数あるいは患者数)あたり看護職員数を設定。
- ②医療需要については、
  - ・一般病床及び療養病床については、都道府県の地域医療構想における2025年の病床数の必要量による。また、訪問看護事業所、介護保険サービスについては、介護保険事業計画による。
  - ・地域医療構想で医療需要が示されていない領域(精神病床、無床診療所(外来)、保健所・市町村・学校養成所等)については、一定の仮定を設定して推計を行う。
- ③①②により、将来の看護職員数を推計する。その際、常勤換算人員数に加えて、実人員数も推計する。また、看護職員の労働時間や勤務環境改善に関する複数の仮定を設定して推計する。

(4) さらにこのうち、一般病床・療養病床の「医療需要あたり看護職員数」の計算は以下のとおりで、都道府県で異なる現場実態を反映するよう、県ごとに集約された病床機能報告に基づき計算するとされています。

- ①病床機能報告制度により病院等が報告した4つの医療機能ごとの病床数及び看護職員数のデータを用いて算出する
- ②病棟以外(手術室、外来、その他)については、「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」のうち、最も多い病床数をもつカテゴリを当該施設の機能として算出
- ③現状の療養病床における25:1配置が、2025年までに20:1の配置基準を達成す

るものとして反映する

この推計方法は、基本的に現状の人員配置を追認するもので、地域により異なる需給バランスの下で生じている同一病床機能における人員配置の格差を将来にわたり固定化し、また、病棟以外の配置を適切に見込むものともなっていません。

(5) このように、看護職員の需給推計は、都道府県の地域医療構想における 2025 年の病床数の必要量を前提に推計がされます。しかし、地域医療構想の問題点については、これまでの本集会で明らかにしてきたように、地域住民の需要をきちんと把握できていないところにあります。国の医療需要の推計では、高度急性期・急性期・慢性期について、2025 年の推計人口に、2013 年度の入院受療率を乗じて数値を求めるため、2013 年度での「未受診者」や、国民の健康状況、医療内容等は反映されておらず、2013 年の「許可病床数」と比較すると 15 万 6,117 床の大幅削減となっています。看護職員の需要推計は、この数が用いられ、需要総数が少なく前提され、また、救命救急や ICU、HCU などで行う診療密度を「高度急性期」とする等、地域医療構想で想定した患者像に応じた各機能の適正配置の設定とはせず、病床機能報告の現状を追認している点も大きな問題です。これらを前提に推計するのですから、本来必要となる看護職員数よりも大幅に低く推計されることとなります。

(6) 他方、看護職員の労働環境に幅を持たせた推計を行うとして、超過勤務時間や有給休暇の取得日数について 3 つのパターンを設定するとされています。

	1 月あたり超過勤務時間	1 年あたり有給休暇取得日数
シナリオ①	10 時間以内	5 日以上
シナリオ②	10 時間以内	10 日以上
シナリオ③	0 時間	20 日以上

しかし、基本となる年間総労働時間や現状の時間外労働や有給取得の実態は明示されておらず、週休・休日制の設定や夜勤回数、インターバル規制など、重要な労働条件やその改善が勘案されていません。

(7) また、医師の長時間労働を是正する対策として、新たな資格を含むタスク・シフティング（業務移管）など、医行為の業務委譲、看護師・の業務範囲の拡大を進めるとしてはありますが、需給推計（案）には業務拡大分は反映されていません。スケジュールでは、来年（2019 年）6 月に報告書がとりまとめられることになっていますが、このままでは、医療従事者の養成を増やして抜本的に改善していく方向にはなりません。地域医療構想にもとづく、病床の削減・再編をやめさせ、各需給見通しが、医療職場の慢性的な人手不足の解消となるものにさせなければなりません。需給推計の抜本的な見直しを求めていくことが重要です。

## 2. 医師の「偏在解消」と「医師確保計画」

(1) 医師の地域偏在の解消を目的とする、医療法・医師法が先の通常国会で成立しました。新たに導入する「医師偏在指標」を踏まえて、都道府県に医師確保計画

の策定を義務付けています。医師確保計画には、確保する医師数の目標や達成に向けた施策を示すことになっており、都道府県は医師偏在指標に基づき「医師少数区域」と「医師多数区域」を指定し、「医師少数区域」の医師確保のため重点的に対策を進めることになっています。また、「医師少数区域」などで一定期間勤務した医師を厚生労働省が認定する制度も創設されました。認定されると、地域医療支援病院などの院長になるための要件の一つを満たすことができます。

(2) ただし、この新たな医師偏在解消対策においても「地域医療構想との整合性」をふまえることとされ、地域医療支援センターによる医師の派遣も「整合的に行うことが必要」とされています。病床の減る地域や、身近に必要な医療体制がないため医療ニーズがレセプトに反映されず医療需要がカウントされない地域などでは、医師不足は固定化される可能性があります。

(3) 9月28日の医師需給分科会に示された「医師偏在指標」案は、地域の医療需要に対するその地域の医師の対応力の多寡を全国平均ベースで相対化し、地域間で比較するものとなっています。この指標を基に、医師少数区域・多数区域が設定され、偏在対策が医師確保計画の中心になるなら、医師労働の実態の改善や、少数区域以外の地域に山積する課題は後景に追いやられる可能性があり、また、多数区域の体制後退を伴ってしか少数区域の改善はないことにもなります。多数区域の医療体制拡充の妨げとなり、開業規制につながる可能性もあり、相対的に医師の多い都道府県の地域枠・地元枠の抑制・削減、医師養成定員全体の削減へとつながりかねません。医師確保計画には、「偏在指標を踏まえた目標医師数」が設定されますが、住民ニーズに対応して必要充足を満たし、医師の過酷な労働実態を改善する「必要医師数」の明確化と、その確保に国が責任を持つことを求めることが重要です。

(4) 「四病院団体協議会・専門医制度のあり方検討委員会」は、専門医制度への提言のなかで、「将来的には、地域・診療科偏在解消対策に関しては、地域の疾病構造や人口構成から推測する「(認定) 専門研修修了医師 certified doctor」数を国がリーダーシップをとって定め、さらに地域医療対策協議会等の議論を経て定員制を敷くことが求められる。」として、専門医制度の見直しを求めています。

## **VII. 国民健康保険の都道府県移行、保険財政と提供体制の一体管理**

### **1. 国民健康保険財政の市町村から都道府県への移行 (2018年度から)**

(1) 国保の財政運営が2018年度から都道府県に移されました。都道府県は、市町村とともに国民健康保険の管理・運営をスタートさせました。都道府県が国保運営方針を定め、財政運営に責任を持つことになり、医療費および提供体制をコントロールすることができるようになりました。都道府県は、保険など国保事業に必要な費用を算定し、市町村ごとの国保事業費納付金を決定(市町村ごとの年齢構成の差異を調整した医療費を計算し、市町村に割り振る、その医療費水準及び所得水準を考慮、収納率、法定外繰り入れは考慮しない)します。

(2) 国は全国統一の保険料算定ルールにより、都道府県ごとの標準保険料率を提示します。都道府県は、県内統一の保険料算定ルールにより、市町村ごとの標準保険料率（県内統一保険料率を検討する自治体もあり）を算定・公表します。市町村は、都道府県が示す標準保険料率等を参考に、それぞれの保険料算定方式や予定収納率に基づいて保険料率を定め、保険料を賦課・徴収し、納付金を100%完納します。なお、都道府県が示す市町村の標準保険料は、収納率、法定外繰り入れを考慮しないので、現在の保険料よりも高くなります。また、年齢調整後の医療費が高い市町村は保険料が高くなります。

(3) 国は、都道府県・市町村が求める国保の構造的赤字解消に向け、毎年、公費3400億円を投入（市町村の法定外繰り入れ額は3900億円）します。2015年度からの低所得者数に応じた公費投入1700億円に加えて、2018年度から新設の保険者努力支援制度（800億円）と財政調整交付金（800億円）等に1700億円となっています。

(4) 厚労省が3月30日に取りまとめた結果では、平成30年4月施行の国保改革前後における、市町村ごとの一般被保険者一人当たり保険料または納付金の理論値の伸び率（平成28年度と平成30年度を比較し、単年度換算したもの）を見ると、保険料ベース、納付金ベースで、それぞれ約59%、約55%の市町村が維持または減少、約41%、約45%の市町村が増加となっています。保険料の下げ幅がもっとも大きかったのは、沖縄県粟国村でマイナス51.9%、反対に上げ幅がもっとも大きかったのは、伊豆諸島の東京都御蔵島（みくらじま）村で、26.6%となっています。

(5) この3月に厚労省が取りまとめた「各都道府県の国保料(税)の算出結果について」は、都道府県単位化前後に、「保険料または納付金への影響」がどうであるのかを調査したものです。経過措置により県単位化による負担増の程度が、移行初年度は一定抑制されたとは言えるでしょうが、「過半数が下がる」とまでは言えないようです。広島市など、県の試算や国調査とは異なり、「値上げ」で動いた自治体もあります。厚労省調査の「伸び率」や「一人当たり保険料」の数値は、各県試算結果とは少なくないズレが生じているのが実態です。都道府県単位化では、「他保険とくらべ異常に高い」「高くて払えない」という国保の構造的な問題は何ら解決していません。引き続き改善運動を各地に広げていくことが大切です。

**【保険料ベースで提出した都道府県】**

伸び率	-3%以下	-3%超 -2%以下	-2%超 -1%以下	-1%超 0%以下	0%超 1%以下	1%超 2%以下	2%超 3%以下	3%超	計
市町村数	230 (32%)	55 (8%)	45 (6%)	91 (13%)	110 (15%)	93 (13%)	51 (7%)	38 (5%)	713

**【納付金ベースで提出した都道府県】**

伸び率	-3%以下	-3%超 -2%以下	-2%超 -1%以下	-1%超 0%以下	0%超 1%以下	1%超 2%以下	2%超 3%以下	3%超	計
市町村数	136 (17%)	68 (8%)	78 (10%)	165 (20%)	144 (18%)	174 (21%)	29 (4%)	17 (2%)	811

## 2. 国保都道府県化によりねらわれる保険財政と提供体制の一体的管理強化

(1) 政府・厚労省は、国保の都道府県化を契機として「都道府県の保健ガバナンスの抜本強化」をねらっています。「骨太 2017」では、「国保の財政運営責任を都道府県が担うことになること等を踏まえ、都道府県のガバナンスを強化するとともに、アウトカム指標等による保険者努力支援制度、特別調整交付金等の配分によりインセンティブを強化する」と明記。厚労省は、予防・健康・医療・介護について、これまで制度がバラバラで都道府県の役割が限定的だったところを変えて、「都道府県を個人・保険者・医療機関等の自発的な行動変容を促す司令塔へ」と変え、そのため「制度（権限）・予算（財政）・情報（データ）・人材などの面で、都道府県の保健ガバナンスの抜本強化を」はかるとしています。

(2) 具体的な「国保制度のインセンティブ改革」としては、都道府県間の医療費格差を解消していくよう、2018 年度から①医療費適正化等の成果を評価する指標導入、②1,000 億円規模のインセンティブ制度の構築、③普通調整交付金の見直し検討を打ち出し、加点方式で調整交付金を加算する「保険者努力支援制度」では医療費適正化の取り組み実施状況を評価項目に設定します。また、標準的な医療費水準に基づく調整交付金の配分を行うなど、患者・住民の受療行動や保健予防、医療機関の提供体制再編などについて“自発的行動変容”を促し、提供体制の再編を進めて受療行動を適正化して医療費の地域差を適正化することに都道府県が努力するよう仕向ける仕組みづくりをすすめています。都道府県が国言いなりで医療費「適正化」のお先棒を担ぐのか、地域住民の命と健康を守る防波堤となるのか、まさに、その真価が問われます。

### 医療分野での都道府県のガバナンス強化に向けた具体策

	手段・権限の付与	インセンティブの強化
地域医療構想の着実な推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 客観的・定量的指標に基づく病床機能報告の実施とこれによる進捗把握</li> <li>▶ 慢性期病床の地域差是正・受け皿への移行に向けた地域における標準的な意思決定プロセスの整備</li> <li>▶ 病床再編に向けた都道府県の権限の整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 都道府県ごとの地域医療構想の進捗状況の公表</li> <li>▶ 進捗に応じた保険者努力支援制度等や地域医療介護総合確保基金の配分</li> </ul> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 受益と負担の牽制による保険財政運営                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 都道府県が国保の財政運営の責任主体となり、市町村ごとの納付金や標準保険料率を決定</li> <li>・ 標準的な医療費水準（注）に基づく国保普通調整交付金等の配分</li> <li>・ 法定外一般会計繰入の解消</li> </ul> </li> </ul> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 医療費等のアウトカム指標に応じた保険者努力支援制度等の配分</li> </ul>
医療費適正化	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 二次医療圏・市町村等の医療内容の可視化</li> <li>▶ 地域における医療関係者を含めた医療費適正化に向けた協議の枠組みの構築</li> <li>▶ 高確法14条（地域別診療報酬の特例）の活用</li> </ul>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 受益と負担の牽制による保険財政運営                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 都道府県が国保の財政運営の責任主体となり、市町村ごとの納付金や標準保険料率を決定</li> <li>・ 標準的な医療費水準（注）に基づく国保普通調整交付金等の配分</li> <li>・ 法定外一般会計繰入の解消</li> </ul> </li> </ul> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 医療費等のアウトカム指標に応じた保険者努力支援制度等の配分</li> </ul>

（注）全国平均の性・年齢構成別一人当たり医療費をもとに、性・年齢構成を当該自治体と等しくした場合の医療費水準。

## VI. 東日本大震災から7年半、被災者が希望のもてる復興を

### 1. 東日本大震災から7年・被災者本位の復旧・復興を

東日本大震災から7年目を迎えましたが、避難者は7万3,349人(2月13日現在・復興庁)で、県外への避難者は福島が3万4,095人、宮城が4,893人、岩手が1,227人にのぼっています。避難指示は、福島県大熊町、双葉町と一部市町村の帰還困難区域で継続されています。その他の地域は、昨年4月までに解除され、避難指示区域は当初の約3分の1に縮小しました。しかし、避難者は精神的に追い詰められています。

福島大学うつくしまふくしま未来支援センターが今年1月に発表した「第2回双葉郡住民実態調査」では、半数を超える56.5%でうつ病に近い傾向を示しました。今後の生活の経済的不安については「とても不安」33.8%、「ある程度不安」40.5%となっており、7割を超えています。将来の仕事や生活への希望について「全く希望がない」19.1%、「あまり希望がない」31.3%で、半数を超えています。

その背景には、支援の打ち切りがあります。安倍政権と福島県は昨年3月末で「自主避難」とされた地域などの避難先の住宅約1万戸の無償提供を打ち切りました。今年3月末には、檜葉町からの避難者への無償提供(1,682戸、昨年5月末時点)を打ち切り、来年3月末には飯舘村、葛尾村、川俣町、川内村、南相馬市の帰還困難区域を除く地域(3,688戸)が打ち切られることになっています。本来であれば、加害者である国や東京電力の責任で支援を継続するべきです。

また、福島県は県内への避難者数について、住宅無償提供を打ち切った人を統計から除外しています。福島県外への避難者数についても、複数の自治体で同様に除外して復興庁に報告されています。このため、復興庁が発表している避難者数は、実態よりも過小となっています。生活再建ができていない中で、支援を打ち切り、避難者としても扱わないとする安倍政権のやり方は許せません。

### 2. 医療機関再開の状況

震災から7年を迎えるなかで、岩手県、宮城県の沿岸部では、被災した病院や診療所の多くが再開しました。岩手県の沿岸部では、震災前にあった病院と診療所計240のうち約9割が開業しています。宮城県も、再編前の震災時の医療圏ごとにみると、旧気仙沼医療圏は約8割、旧石巻医療圏は約9割が開業しています。

しかし、被災3県の沿岸部は震災前から、人口10万人当たりの医療機関に従事する医師数が全国平均を下回っていましたが、その傾向は現在も変わっていません。2016年末時点の全国平均240.1人に対し、釜石保健医療圏(岩手)が145.8人、旧気仙沼医療圏(宮城)が136.5人、いわき医療圏(福島)が161.0人となっています。

特に福島県は、原発事故による避難指示が出た地域は100施設のうち、再開したのは28%にとどまっています。いわき構想区域の医療提供体制は「療養病床が他地域に比べて多く、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟などへの転換に必要な施設設備の整備」や「医師、看護師、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士などの不足している医療従事者の確保」「救急医療体制の改善」などが課題と

してあがっています。

### 3. 被災者生活再建支援制度の抜本的な改善を

2014年8月には広島市の豪雨土砂災害、15年9月には関東東北豪雨災害、16年4月には震度7の激震が二度も熊本地方で発生し、大量の家屋が全半壊、または一部損壊する被害が発生しています。そして今年7月には西日本豪雨災害は発生し、近畿や四国を中心に、土砂崩れや河川の氾濫が相次ぎ、大きな被害がでています。また、9月6日には、北海道胆振（いぶり）東部地震の発生により、大規模な土砂崩れによる被害、北海道全域が停電になるブラックアウトが発生し、地震の影響が直接の被災地にとどまらない状況で、全面復旧には時間がかかる見通しとなっています。

共通している被災者の最大の願いは、一日でも早く安心できる住まいや生活空間を得て、地域で暮らすことです。特に住宅の再建は、一人ひとりの被災者の生活再建の要であり、地域での定住を促して人口流出を防ぎ、地域の活力やコミュニティを保つためにも支援が不可欠となっています。現在、全壊家屋の再建には最大300万円の被災者生活再建支援金が支給されますが、今日の資材や人件費等の高騰のもとで自宅再建や住宅を確保するために500万円への増額が急務となっており、全国災対連（災害被災者支援と災害対策改善を求める全国連絡会）では、被災者生活再建支援制度の抜本的な改善を求めて署名・宣伝行動に取り組んでいます。

## Ⅶ. 地域医療を守る運動の発展に向けて

地域医療をめぐる状況は、かつてない重大な状況となっています。政府は、2030年、2040年にむけて医療提供体制や医療保険制度全面的な改悪を進めてきています。すべての地域で医療を守る運動をさらに大きく強くすすめることが求められます。

### 1. 地域から求められる国公立・公的医療機関、地域医療体制

- (1) 患者・地域住民の意見が反映できる医療機関の運営と情報公開に努める。
- (2) 住民のくらしと地域医療の実態をふまえ、地域に必要とされる診療科・医療体制をめざす。
- (3) 医師不足を解消し、先進国（OECD）並みの医師確保と定着をはかり、保健・医療・介護・福祉のネットワークを担う。
- (4) 地域住民に安全・安心の医療を提供し、患者負担の軽減に努める。
- (5) 地域の医療機関などと連携し、地域医療の水準の向上に努める。
- (6) 救急、へき地、災害などの医療、不採算医療などを担う。
- (7) 医師の臨床研修をはじめ、医療従事者の研修・養成に対応し、教育・研修機能を担う。
- (8) 国・自治体は、医療・社会保障予算を増やし、患者負担を軽減し、医師・看護師など医療従事者を増やす。
- (9) 国・自治体は、国公立・公的医療機関の役割を果たすために、政策的支援・財政措置を強める。
- (10) 国・自治体は、地域医療の後退をまねき国公立・公的医療機関の役割を否定

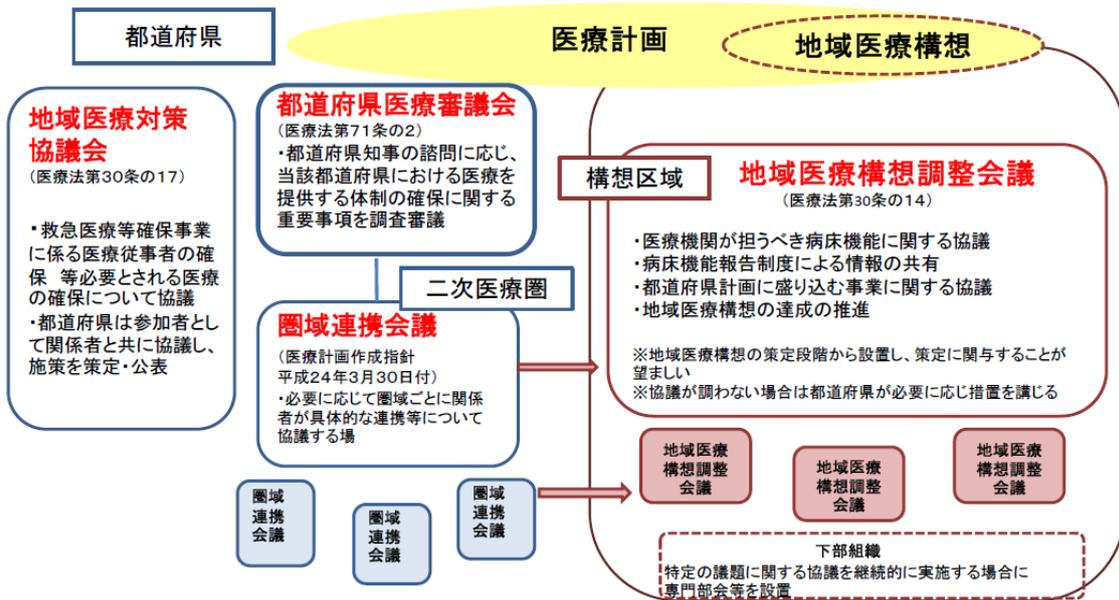
する経営形態の見直し、再編成・統廃合を押し付けない。

## 2. 地域医療を守る運動の発展に向けて

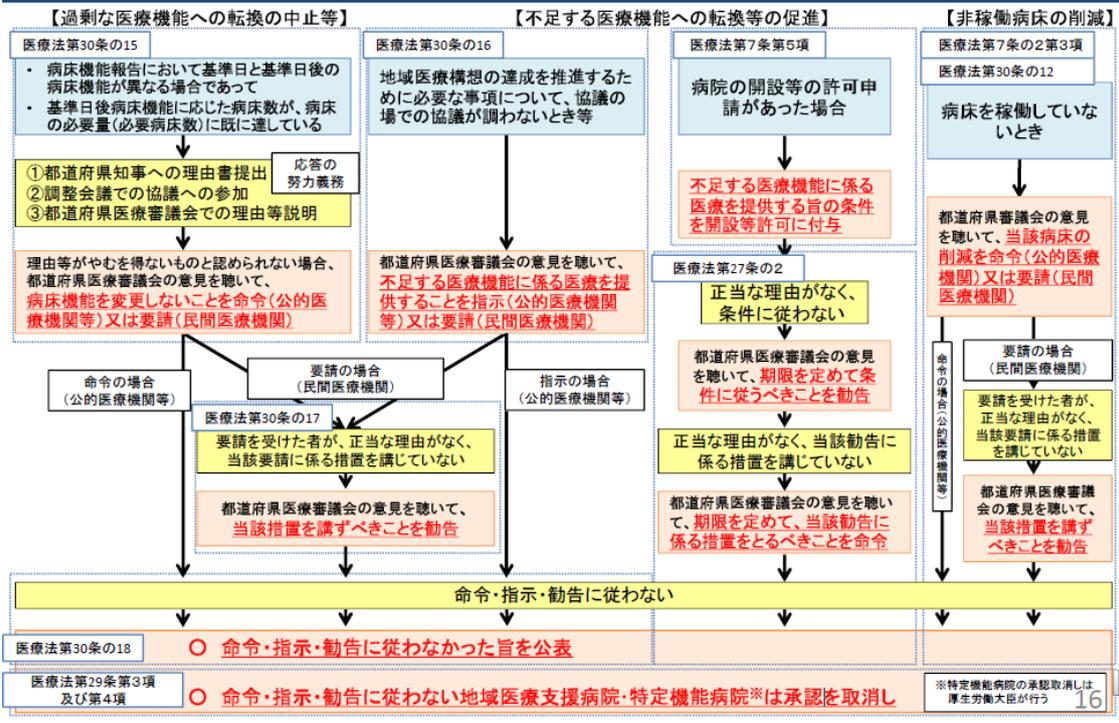
- (1) 「地域医療構想」について、都道府県の進捗状況や見解をただし、実態を無視した病床削減を行わないよう求めましょう。調整会議への傍聴行動を強めましょう。
- (2) 医療従事者（労働組合）は、地域医療を守り充実をはかる立場で、「声明」を出すなど、職場と地域に宣伝を行い、学習活動に取り組みましょう。中央社保協が提起した「憲法 25 条を守り、活かそう」の共通スローガンを掲げ、「社会保障・社会福祉は国の責任で！」の共同行動を成功させましょう。
- (3) 医療崩壊の深層と世界と比較した日本の医療の現状、さらに医療機関の再編成・統廃合が住民のいのちと健康、地域の医療・介護体制、地域経済・雇用などに及ぼす影響などを学習しましょう。
- (4) 患者・地域住民、医療関係団体、地域自治会と医療従事者（労働組合）で協力して、地域医療を守る組織を結成し、集会・シンポジウム・パレードなどの運動に取り組みましょう。
- (5) 医療機関の再編成・統廃合に反対し、医療機関の存続と地域医療の充実を求めて、自治体・国会に対する「請願」「陳情」に取り組みましょう。
- (6) 医療従事者（労働組合）や地域医療を守る組織で、地域医療の実態や患者・地域住民の医療要求をつかむ「地域医療要求アンケート」や地域医療実態調査に取り組みましょう。
- (7) 「地域医療要求アンケート」や地域医療実態調査などをもとに、地域医療改善のための「政策提言」をつくり、関係者に働きかけましょう。
- (8) 地域医療を守り充実をはかる立場で、開業医や医師会、医療関係団体、地域の著名人、有力者、諸団体と懇談や共同を強めましょう。
- (9) 地域医療を守り充実をはかる立場で、自治体への要請、全ての政党・議員に協力を要請しましょう。
- (10) 新聞、テレビ、ラジオなど地元のマスコミ関係者に取材を要請し、地域医療を守る広範な世論を形成しましょう。
- (11) 医療従事者（労働組合）と地域住民が手を結び、全国・各地の地域医療を守る運動の連携・発展、ネットワークを作りましょう。

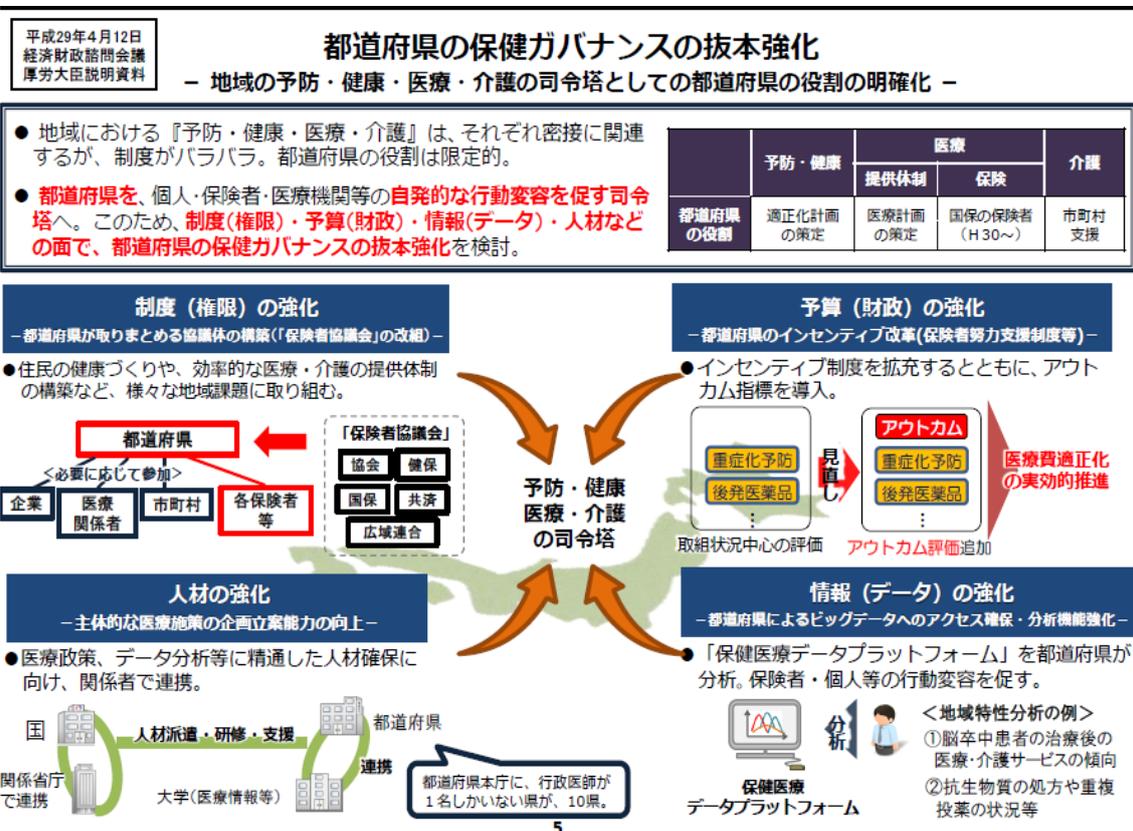
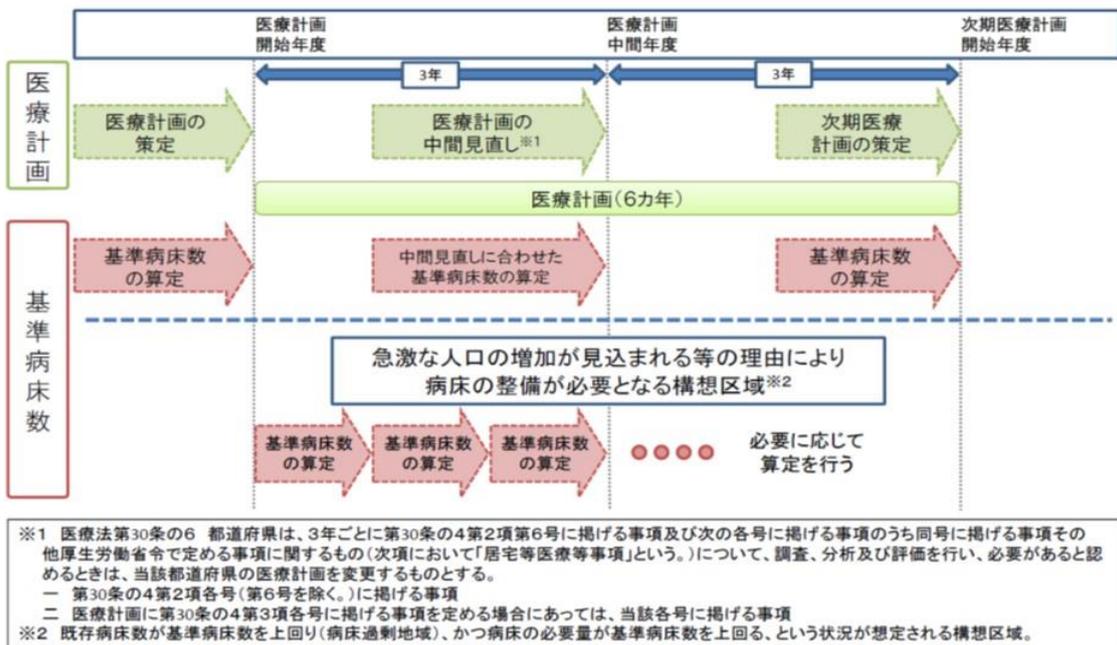
以 上

# 地域医療を話し合う「会議」



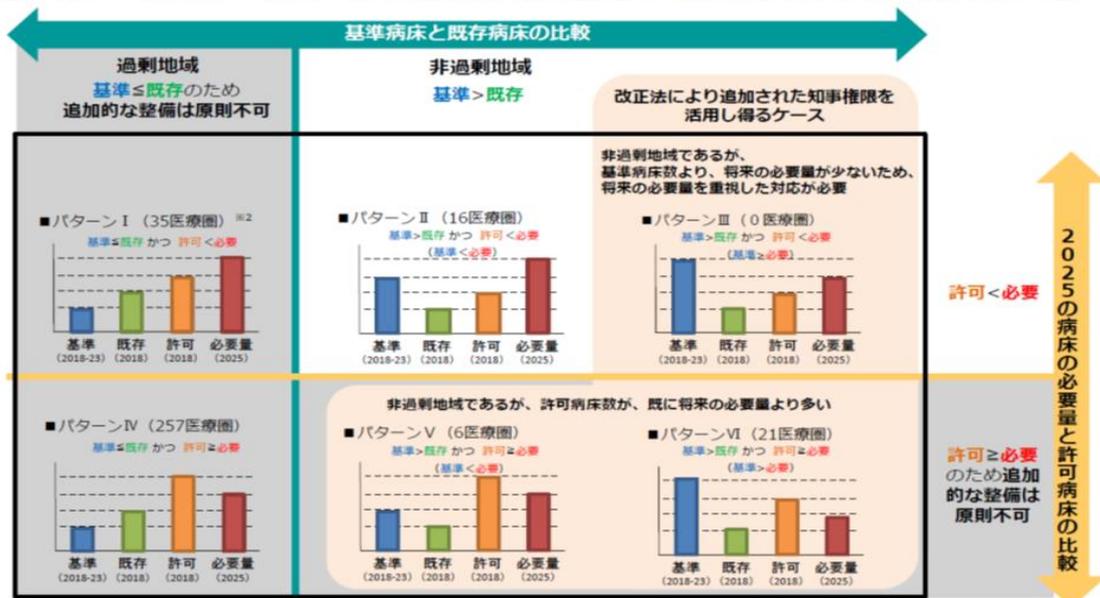
## 都道府県知事の権限の行使の流れ





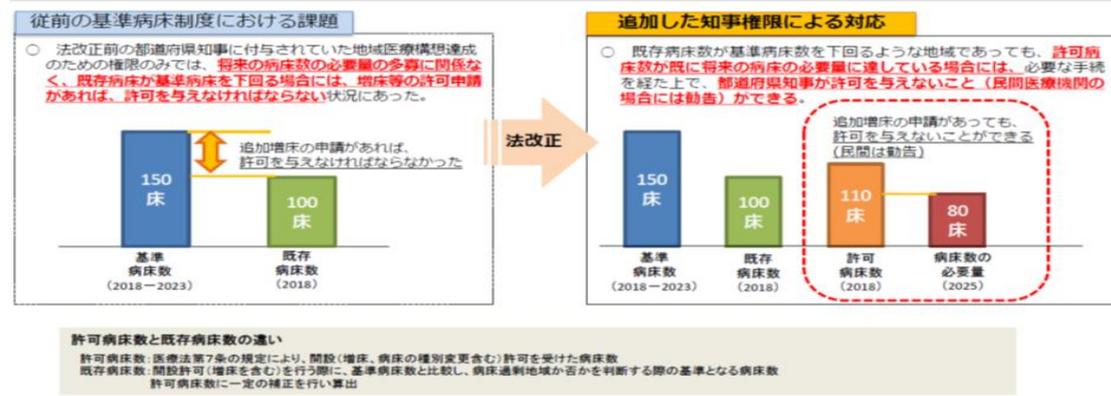
厚労省は、▼基準病床（医療計画）▼既存病床（実際に、現時点で何床のベッドがあるのか）▼病床の必要量（地域医療構想）-の関係と、都道府県知事との関係について下図のような整理をおこなっている。

基準病床・既存病床・病床数の必要量等の関係の整理（追加された知事権限を踏まえた類型）※1



※1 パターン別の医療圏の数は平成30年4月からの第7次医療計画に記載された内容等に基づき算出  
 ※2 既存病床数が基準病床数を越えている病床過剰地域で、病床数の必要量が将来においても既存病床数（及び許可病床数）を大きく上回ると見込まれる場合は、高齢者人口の増加に伴う医療需要の増加を勘案し、必要に応じて基準病床数の見直しを行うことが可能。

地域医療構想の達成を図るための都道府県知事等の権限の追加について



- 許可病床数と既存病床数の違い
- 許可病床数: 医療法第7条の規定により、開設(増床、病床の種別変更を含む)許可を受けた病床数  
 既存病床数: 開設許可(増床を含む)を行う際に、基準病床数と比較し、病床過剰地域が否かを判断する際の基準となる病床数  
 許可病床数に一定の補正を行い算出
- 既存病床数には算入しない病床は次のとおり
- ①平成18年12月31日以前に許可を受けた診療所の一般病床
  - ②以下の施設の病床のうち、一般の患者の利用に供さない部分
    - ・宮内庁病院、自衛隊病院、刑事施設等、労災病院
    - ・特定の事業者等の従業員及びその家族の診療のみを行う医療機関
    - ・障害者総合支援法に規定する療養介護を行う施設、児童福祉法に規定する入所施設
    - ・独立行政法人自動車事故対策機構法に規定する施設
  - ③放射線治療室の病床
  - ④国立及び国立以外のハンセン病療養所の病床
  - ⑤医療観察法に基づく指定入院医療機関である病院の病床

新たに付与された都道府県知事の権限が執行される対象が、第7次医療計画では「27医療圏」あることが分かります。