

医療保障の充実に向けて

～地域医療構想、公立・公的病院の再編・統合など～



津市立三重短期大学教授

ながとも まさてる
長友 薫輝

1 医療崩壊という現象

医療崩壊という現象が起きている。

2004年の新臨床研修制度の開始によって、各地で同時多発的に医療崩壊が起きたことは記憶に新しい。医師不足となった大学病院への医師の引き上げ等が起き、診療時間の短縮や病棟の閉鎖といった事態となり、医療提供体制の厳しさが表面化した。

今回の新型コロナウイルス感染拡大においても、やはり医療崩壊が起きているといえよう。医療現場では感染拡大にともない患者数が増加し、医療機関における指定感染症病床をはじめとする医療提供体制はもちろんのこと、医療労働者の負担は各地ですでに限界を超えている。介護現場や社会福祉施設の現場においても同様である。また、医療機関や介護施設等の縮小や閉鎖によって影響を受けている、地域住民の生活実態の把握と対策を早急に進める必要がある。

医療機関等での院内感染が相次いで発生してい

る事態は、防護服やマスクなど衛生材料の乏しさに加え、感染症対応に熟練した医療従事者の不足も大きく影響している。このような深刻な事態は日本医労連の記者会見（2020年4月7日）においても明らかとなっている。

医療機関での受け入れ体制が厳しい状態になっているとして、軽症段階にある患者には宿泊施設等を利用することが各地で計画・実行されている。これ以上の医療崩壊を防ぐためとされているが、すでに医療機関ではない宿泊施設を利用せざるを得ない状態が、まさに医療崩壊していることを意味している。

2 医療保障の充実を図る

感染症の拡大といった事態が起きると、途端に医療崩壊となるような非常に脆弱な体制となっていることがわかる。そして、政策動向をふまえれば、これまで公的医療費抑制策を継続してきたことが主因であると考えるのが妥当である。

今回、露呈した医療崩壊の主因である公的医療

費抑制策の転換、ならびに保健所をはじめとする公衆衛生機能の強化を図る必要がある。保健所に関しての詳細な記述は別の機会に行うが、地域保健法以降進められてきた、保健所の統廃合をはじめとする政策動向の影響は無視できない。

公的医療費抑制策を転換するために、具体的には地域医療構想の推進を中断した上で検証を行い、地域医療を充実させる病床および人員体制の整備を進めることが重要である。

病床や人員といった医療提供体制の充実とともに、公的医療保険における皆保険体制の充実も同時に図る必要がある。日本の医療保障は医療提供体制と、公的医療保険による皆保険体制の2つを通じて実践されているためである。医療保障には両者一体となった充実が欠かせない。

本稿では、医療保障の充実を図るために重要な、皆保険体制の国保に関して、新型コロナウイルス感染症との関連に限って自治体の対応や制度改善についても触れていきたい。

また、地域医療構想や公立・公的医療機関をめぐり政策動向を概観し、医療提供体制との連動での地域づくりについても述べることにする。

関連した最新刊として、^{よこやまとしかず}横山壽一氏（佛教大学教授）との共編著である『地域の病院は命の砦－地域医療をつくる政策と行動－』（自治体研究社、2020年）がある。労働組合の方々による、各地の地域医療をつくる行動実践を学ぶことが可能である。是非ご一読頂ければ幸いである。

なお、本稿は同書、ならびに日本医療総合研究所が発行している『国民医療』に掲載した拙稿「医療保障の充実に向けて－新型コロナウイルス感染症への緊急対策から－」（『国民医療』No.346、2020年春季号）を参考に、加筆修正し執筆していることを添えておく。

^{すずきとみ}鈴木土身『お医者さんも来なくなる地域づくり』（旬報社、2020年）は筆者も学ぶ秋田県鹿角地域の住民運動。参考にされたい。

3 地域医療構想を進める政策動向

医療提供体制において、感染症病床でその多くを担っているのは公立・公的病院である。全国の感染症指定病床は367病院・1869床（2019年4月時点）、このうち346病院は公立・公的病院が担っている。

従来の地域医療構想にもとづく医療提供体制の再編策は、公立・公的病院の病床を再編・統合や機能転換などによって縮小する計画である。現時点でも政策転換は図られていない。むしろ従来の政策を継続し発展させるための予算措置が講じられている。

医療崩壊がなぜ起きているのか、医療現場で起きている諸課題をふまえて、これまでの医療政策に問題はなかったのかどうかを少なくとも検証する必要がある。

地域医療構想は病床だけでなく、医療提供体制における人員体制の抑制にも連動する政策である。「地域医療構想」「医師偏在対策」「医師・医療従事者の働き方改革」とともに三位一体で推進されることとなっており、医師配置の均てん化・抑制を進め、地域に必要な医療提供体制の充実を図るものではないことが明らかである。

今回の新型コロナウイルス感染拡大という事態に際して、各地ですでに医療崩壊となっているのは、「地域医療構想」に象徴される公的医療費抑制策が根底にあると考えられる。公的医療費抑制策については、病床だけでなく人員体制も含めた提供体制の見直しが必要の課題である。医療従事者をはじめ介護や社会福祉の現場で働く人々の懸命な努力が続けられている今、私たちの受療権や健康権、生存権を保障する担い手の人員体制に目を向け、政策転換を図ることが重要である。

4 地域医療構想とは何か

地域医療構想は、2014年の医療介護総合確保推進法によって制度化され、2016年度中にすべての都道府県において策定された、入院できる病床数（ベッド数）を各地で管理する計画の1つである。地域医療構想は、各都道府県内の2次医療圏を原則とした全国341構想区域で、「必要病床数」を算出している。この「必要病床数」は地域の病床数を管理する手段としてだけでなく、実は「医師需給推計」や「看護師需給推計」にも連動させている。昨年9月の名指しリスト公表により、病院の再編統合を進めることで医師など人員体制の集約が図られ、「三位一体」の改革の推進へとつなげていくねらいがあるということになる。

2025年における医療提供体制のあるべき姿を描いたものが地域医療構想である。2018年4月からスタートした第7次医療計画の一部となっている。地域医療構想は機能別での病床数を管理するもので、そのために使われるのは、各医療機関が厚労省に機能別の病床（現状と今後の方向）を報告する病床機能報告制度である。

病床機能報告とは、2014年の医療介護総合確保推進法により改正された医療法改正によって定められた。一般病床と療養病床を有する病院・診療所は毎年、都道府県に対して病棟ごとに4つの医療機能区分で報告することになる。4つの医療機能区分とは、高度急性期、急性期、回復期、慢性期である。最も診療密度が高いものは高度急性期となる。

地域医療構想は構想区域ごとに、この4つの医療機能ごとの2025年の医療需要と必要病床数を推計し定められた。地域医療構想を策定した都道府県は、厚労省から提供されたデータとソフトを使

用し推計を行なったが、なお、この推計がどのように算出されるのかという重要な根拠は公表されていない。

2次医療圏を基本とした構想区域ごとに、地域医療構想調整会議が設置されている。都道府県は毎年度、地域医療構想調整会議で合意した具体的方針をとりまとめている。その内容は、2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割と、2025年に持つべき医療機能ごとの病床数を含むものである。

地域医療構想で示した必要病床数の実現に向けて各地で病院の再編統合、ダウンサイジング、機能転換等が求められてきたのが現状である。そのために地域医療介護総合確保基金の活用や予算措置が講じられている。

ところが、地域医療構想が思うようには進まないため、地域医療構想の病床削減計画の実現を急ぎ、公的医療費抑制を進める政策手段として、昨年9月に424の公立・公的病院を名指しするリスト公表となった。

5 424の公立・公的病院名指しリスト公表

厚生労働省が公表した全国424病院のリスト。2019年9月26日に明らかとなった同リストは各地で波紋を広げることとなった。

公立・公的病院のうち、再編統合の議論が必要として名指しされた424病院について、厚生労働省が各地で実施した意見交換会では、病院長や首長などから「あまりに地域の実情を踏まえない一方的なやり方ではないか」「もっと丁寧な議論を重ねて公表すべきだったのではないか」といった声が続出した。

今回の事態は地域医療構想の実現を急ぎ、公的医療費抑制を進める政策が招いたものである。地

域での議論をふまえてという手法ではなく、国が地方に対して一定の方向性を指示する内容であったことが特徴である。

どのように424病院がリストに挙げられたかという点、まず2017年度時点で1652の公立・公的病院のうち、「病床機能報告」で高度急性期・急性期と報告した1455の公立・公的病院を対象とした。

次に、高度急性期・急性期と報告した1455の公立・公的病院の中から、「診療実績が特に少ない」「類似かつ近接」という2つの基準で該当するとされたのが424病院である。

では、この基準は誰が見ても納得できる妥当なものなのか、というところが重要となるが、実際に2つの基準の根拠は不明瞭なものである。データに客観的な妥当性がなく、むしろ恣意的に操作したものとするのが妥当である。もちろん、政策的な手段には一定の政策意図が反映する。だからこそ、手段には客観的な事実を用いて理解を得ることが肝要となる。

また、地域医療構想は地域包括ケアシステムの構築とも連動しており、地域の医療従事者のみならず、地域住民の参加や自治体とともに地域医療をつくるために必要な、客観的なデータを提示しなければならない。ところが、そのようなデータ提供はなされていないのが現状である。

6 「骨太の方針2019」などに みる状況

2019年9月の時点では公立・公的病院のみを対象にリストが公表されたが、その後、2020年になって民間病院のデータは都道府県にすでに提供されている。その公表については都道府県に任せるといった内容である。

民間病院については、2019年5月31日の経済財

政諮問会議は「病床数の削減・再編に向けた具体的な道筋を明らかにすべき」と指摘した。「骨太の方針2019」では、民間病院についても地域医療構想調整会議での議論が進展せず、病床の機能分化・連携が進まない場合は「2020年度に実効性ある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる」としていることがわかる。

公立・公的病院だけでなく民間病院についても、医療機関にダウンサイジングや機能分化、再編統合等を強制することのないよう、慎重な対応を求めなければならない。

一方、公立・公的病院に関して、経済財政諮問会議の資料（2019年4月10日）では「地域医療構想の実現等」が冒頭に挙げられている。さらに、同年5月31日の会議では、各地の地域医療構想調整会議で合意された公立・公的病院の具体的対応方針（先述の通り）では「地域医療構想における2025年の病床の必要量と比べて大きな開きがある」として、「全体として2025年に達成すべき病床数等に沿ったものとなっていない」と指摘された。

公立・公的病院の具体的対応方針の内容について「民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、適切な基準を新たに設定した上で、期限を区切って見直しを求めるべき」としていることがわかる。

これを受けて同年6月21日の「骨太の方針2019」では「医療提供体制の効率化」として、公立・公的病院については上記の経済財政諮問会議とほぼ同様の文言で具体的対応方針の見直し・再検証を求め、「2019年度中」という期限を設定している。

こうした要請を受けて、公立・公的424病院の名指しリストの公表に至ったと考えられる。つまり、地域医療構想の実現を急かされたという背景

があったと見ることができる。

このように424名指しリスト公表は公立・公的病院の424病院にとどまるものではなく、424病院以外の公立・公的病院はもちろん、民間病院についても例外ではない。

地域医療構想は、医療の供給量の調節を行う装置として、公立・公的病院や民間病院の病床転換、病床数の削減といった機能を持ち合わせているものである。経済財政諮問会議や骨太の方針などに記されているように、「地域医療構想の実現」を急いでいるということになる。

7 地方の中小病院に焦点

これまでに、2007年12月に総務省より出された「公立病院改革ガイドライン」で経営効率化、経営形態の見直し、再編ネットワーク化の3点が強調され、公立病院改革プランが策定された。

2015年3月31日には「新・公立病院改革ガイドライン」（総務省）が出され、先の3点に加えて、「地域医療構想をふまえた役割の明確化」が新たな柱として付け加えられることとなった。なお、同日には「地域医療構想策定ガイドライン」が発表されている。

これらのガイドラインに従って、「新・公立病院改革プラン」が策定され、各公立病院の2025年に向けた具体的対応方針が示されることとなった。

424病院の名指しリスト公表以前に、地域医療構想をふまえた公立・公的病院の具体的対応方針は2019年3月末時点で公立病院の95%、公的病院の98%（いずれもベット数ベース）で各地の地域医療構想調整会議で合意がなされていた。

ただし、合意された2025年の機能別病床数についてはその内容が現状とほぼ変わらないため、今

回の424病院の名指しリスト公表に至ったものといえるだろう。

名指しリスト公表による再検証の要請は、公立病院の具体的対応方針が本当に地域医療構想との整合性があるものなのかどうか、再検証を求めるという内容である。

また、公立病院だけでなく公的病院にも同様に、地域医療構想をふまえた「公的医療機関等2025プラン」の策定を求める通知が、厚労省より2017年8月に出されている。

こうした経緯をふまえて策定された公立・公的病院の改革プランは、地域医療構想調整会議で合意された。ところが2025年に向けた具体的対応方針は現行の機能別病床数とほとんど変わらないという状況となったため、424病院の名指しリストの公表と再検証の要請という事態へと至ったわけである。

厚生労働省は、病床数や診療機能の縮小などを含む再編統合などを地域で検討し、名指しリストの対象となった病院には、具体的方針を2020年秋までに示すように求めていたが、本年3月4日の通知により期限は改めて整理すると変更された。

都道府県別に見ると、各都道府県内の病院のうち対象となった病院数の割合では、新潟県（53.7%）、北海道（48.6%）、宮城県（47.5%）、山口県（46.7%）、岡山県（43.3%）の順で高くなっている。新潟県や北海道など雪の多い地域を、全国一律の基準で判断することが地域の実情に合っているかどうか。

424病院を病床規模で見ると、約4分の3は200床未満の病院で313病院、74%。100床未満の病院が155病院、36%となっている。

次に人口規模別では50万人未満20万人以上の構想区域に存在する病院が290病院、68%。人口規模20万人未満の構想区域に存在する病院が119病院、28%である。

このように、名指しリストの424病院の特徴は、

地方の中小規模の公立・公的病院がそのほとんどを占めていることにある。

8

公的医療費抑制策

経済財政諮問会議の2019年5月31日資料では「都道府県が主体的な役割を果たすガバナンス構造の確立」と記されている。都道府県には地域医療構想を通じて、公的医療費抑制の新たな段階を担う責任を持たせている。

地域医療構想という政策手法の登場に至るまで、公的医療費抑制策として1980年代以降、病床再編などの供給体制の再編が進められてきた。

「川上から川下へ」「医療から介護へ」「入院から在宅・地域へ」などの用語に象徴されるだろう。「川上」の部分に該当する「地域医療構想」は、2016年度末までに各都道府県で策定された。そして、市町村には「川下」部分として「地域包括ケアシステム」構築が求められ、在宅医療・介護の体制づくりが急務となっている。なお、この「地域包括ケアシステム」の範囲は以前より拡大する傾向を見ることができる。

供給体制再編の端緒^{たんじょ}となったのは1986年1月に出された「国立病院・療養所の再編成計画（統廃合や移譲計画）」であった（拙稿「国立病院・療養所の再編成計画がもたらした地域医療への視座」『21世紀の医療政策づくり』本の泉社、2003年を参照）。なお、その1ヵ月前、1985年12月には医療法改正によって、地域医療計画にもとづく「地域医療圏」の策定が求められている。

この「国立病院・療養所の再編成計画」に端を発し、公的医療機関は再編を志向すべきという動きが強まっていった。近年ではさらに国立病院・療養所の再編成計画が出され、各地で患者・地域住民、医療従事者の方々が自治体や議会とともに

実態を共有し、計画への反対意思を表明し行動するといった事態となっている。

その際に注目すべきは地域経済と医療保障という視点であろう。『平成22年版厚生労働白書』が述べているように、社会保障は地域経済の良い循環をつくり出し、新たな雇用を生み出すことが期待できる分野といえる。

医療機関は地域にとって医療提供主体というだけでなく、地域経済の重要な拠点としても認識することが重要となる。地域医療構想などによって供給抑制を図ることは、地域経済へ影響し、地域の疲弊につながることになる。もちろん、地域住民の医療需要にも対応できなくなる。地域経済の良い循環をつくり出すことができる重要な拠点が公立・公的病院などの医療機関であるという認識を持つべきであろう。

9

地域包括ケアシステムの構築と連動

これまで述べてきたように、地域医療構想は医療提供体制の再編の象徴である。そして、地域医療構想と法的にもワンセットとなっているのが地域での医療・介護の受け皿づくりを意味する地域包括ケアシステムの構築である。

「地域医療構想策定ガイドライン」（2015年3月31日策定）によれば、「効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法を始めとする関係法律について所要の整備等を行うものとされ、この中で医療計画の一部として『地域医療構想』が位置付けられるとともに、その実現を目的に『協議の場』を構想区域ごとに設置する」（一部省略）こととなった背景がある。

つまり、地域医療構想を把握するには、地域包

括ケアシステムの構築に関する内容まで理解を進める必要がある。

地域医療構想や公立・公的病院424病院の公表リストといった病床削減に焦点が当てられる傾向にある。ただ、病床削減や病床転換、機能分化を構想するだけでなく、実際には在宅医療・介護の体制づくり、各地で地域包括ケアシステムの体制づくりが喫緊の課題となっている。退院した患者・地域住民の行き先がなければ安心して暮らすことができない。

自らが望む人生の最終段階の医療・介護等について、事前に話し合っ共有する「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」の普及も、こうした政策的な意図が反映した体制づくりの一環として進められている。

地域包括ケアシステムを構築するためには、医療・介護従事者・地域住民・自治体職員といった方々が地域の医療保障・介護保障に関する共通認識を図り、将来像を描いていくことが重要となる。各地で関係者が様々な場で会議等を重ねて奮闘しているところに行われたのが、公立・公的424病院の名指しリスト公表であった。大きな打撃を地域に与えている。

地域医療構想も地域包括ケアシステムもそれぞれ、地域の実情を反映したものを地域でつくり上げていくことが重要である。公立・公的424病院の名指しリスト公表のように、国から一方的に指示され、再編統合を強制ではないとしながら期限が設定されるような内容では、医療従事者、地域住民、地方自治体の意思や実情を反映することができない。

2020年1月17日に「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」（都道府県宛て厚労省通知）では、具体的対応方針の再検証を求めているのは「技術的助言」としている。ただ、技術的助言としながらも、地域医療構想調整会議において議論し合意した具体的対応方針につ

いて、再検証を要請する方針には変更がない。

名指しリストの公表という手法については、全国の自治体63%が「不満」「やや不満」と回答している。一方で、「妥当」「おおむね妥当」は12%にとどまっている（「共同通信」アンケート調査、2020年2月2日報道）。地域住民の不安を煽るような内容や、地域での議論や合意を尊重する姿勢が感じられない政策手法への疑問の声が、地方自治体から出されたものと理解できる。

公立・公的病院と地域医療を考える上で重要なことは、地方自治、そして住民自治の観点で地域医療構想、地域包括ケアシステムをとらえ、地域から実情を反映した中身につくり変えていくことにある。

今後の政策展開には、地域住民の理解と参加を得る手立てを尽くすことが必要である。そのために議論する材料として、反証できないような非科学的なデータではなく、地域の実態を把握できるデータが不可欠となる。

10 供給抑制策と新たな段階

先述の通り、日本の医療保障は、①医療提供体制、②公的医療保険における皆保険体制の2つを通じて実践されている。この2つを連動させ、都道府県に責任を持たせる新たな公的医療費抑制の仕組みが2018年度から始まった。

都道府県に、地域医療構想などを通じて医療提供体制の管理責任（供給量の調節）を負わせるとともに、国民健康保険の保険者として運営責任を持たせることとなった。医療費の支出目標にあわせた医療保障のあり方への転換である。都道府県は2018年度から新たに国保の保険者となっている（拙稿「公立病院と地域づくり」『いま地域医療で何が起きているのか』旬報社、2018年を参照）。

都道府県は地域医療構想を策定し医療の供給量の調節を行いながら、「医療費適正化計画」において医療費水準の目標設定が求められる。いわば、医療費の支出目標に合わせた医療保障のあり方の追求である。

医療や介護のニーズに応じた医療・介護提供体制の整備が必要であるにもかかわらず、費用抑制策に応じて供給量を調節し、供給量に応じて需要（医療や介護のニーズ）を調節することを可能にするものである。公的医療保険の給付対象を狭くすることにも連動する。

11 保険者による国保の傷病手当金創設

皆保険体制の中でも重要な国民健康保険をめぐる直近の政策動向としては、被保険者のうち被用者（雇用されている人々）として加入している人に対して、傷病手当金が支給されることとなった（国保および後期高齢者医療制度において）。これまで国保には傷病手当金制度を条例等によって設置できるものの運用実績が乏しく、従来から問題視されてきたところである。

「新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策―第2弾―」（2020年3月10日新型コロナウイルス感染症対策本部決定）を受けて同日、厚生労働省は「国民健康保険及び後期高齢者医療において、新型コロナウイルス感染症に感染するなどした被用者に傷病手当金を支給する市町村等に対し、支給額全額について国が特例的な財政支援を行う」との通知を発出した。感染拡大を防止するという公衆衛生という観点からも注目に値する。

新型コロナウイルス感染症に感染した被用者（発熱等の症状があり感染が疑われる者も含む）に対する傷病手当金支給について、感染状況等をふまえ、市町村、後期高齢者医療広域連合及び国

民健康保険組合において検討するように、という通知である。現在のところ、適用期間は2020年1月から9月末までとされている。

同年3月24日には条例参考例とQ&Aを主とした通知が厚労省から出されており、その中では4月6日までに都道府県に各市町村の動向をとりまとめるよう依頼が出されている。市町村においてはようやく4月下旬になってホームページにて公表するところが散見されるようになってきた。

12 保険者である自治体の動向

国の動きを受けて早急に動き出した自治体では、早くも条例を改正し、国保被保険者の被用者に対して、傷病手当金の支給が円滑にできるよう進めているところがある。中央社会保障推進協議会の調べによれば、神奈川県厚木市^{あつぎ}が全国で初めて条例改正を行い、傷病手当金を被用者に対して支給できるように整備し、同県の秦野市^{はだの}、平塚市^{ひらつか}と続き、4月中には県内すべてで実施できる体制となるとのことである。神奈川県が国の動きに呼応していち早く対応を進めて、県内自治体に対して条例改正案の助言等を行ったことが背景にあると推察される。

他の都道府県においては4月に入ってから条例改正案が提起されるなどの動きが見られている。なかには緊急的な対応として北海道岩見沢市^{いわみざわ}のように、専決処分として対応する自治体もある。

4月下旬以降、各自治体のホームページにて傷病手当金の設置を掲載するところが増えつつあるが、未だ対応を検討中で公表前のところも多い。ただ、新型コロナウイルスに関する傷病手当金の運用開始は、被保険者の受療権および健康権保障はもちろんのこと、感染拡大を防ぐ意味でも緊急的な対応として整備が急がれるものである。

早急にすべての自治体で支給体制を整備するとともに、被保険者への周知を進めることが重要である。

13 傷病手当金の意義

そもそも、傷病手当金とは被保険者が病気やケガのために働くことができず、仕事を休んだ日が3日間あった上で、4日目以降の休んだ日に対して支給されるものである。協会けんぽや組合健保などサラリーマンが多く加入している公的医療保険には、従来から傷病手当金が設置されている。ところが、同じ公的医療保険でも国保にはこの制度がなく、以前からその不備が指摘されてきたことは前述の通りである。

「平成30年度（2018年度）国民健康保険実態調査」によれば、国保の被保険者のうち、無職の方が45.4%、そして次に多いのは被用者で32.3%となっている。自営業は15.8%、農林水産業は2.3%となっている。

ここでいう被用者とは、つまり何らかの形で雇用されているにもかかわらず、国保に加入している人々である。ところが、この方々には傷病手当金がなく、他の公的医療保険との差異が生じていた。国保の被保険者のうち、今回の傷病手当金の対象となる被用者は同調査のデータでは、全国で約580万世帯となっている。

今回のような実態に即した制度の新たな運用開始は歓迎されるが、このこと自体が新型コロナウイルス感染に限定せず、時限的なものではなく恒常的に傷病手当金を国保にも設置することの意義を現している。収入の保障がなければ、病気やケガで体調不良であっても無理をして職場に行かざるを得ない。感染症でなくても同様である。

なお、今回の政策的対応は国保の被保険者のう

新型コロナウイルス感染症に関する国保・後期高齢者医療における傷病手当金の対応について 別添

1. 制度概要

○ 国保制度等においては、様々な就業形態の者が加入していることを踏まえ、傷病手当金については、条例を制定して支給することができることとしている（いわゆる「任意給付」）。

2. 新型コロナウイルス感染症に関する対応

○ 国内の感染拡大防止の観点から、保険者が傷病手当金を支給する場合に、**国が特例的に特別調整交付金により財政支援を行うこととする。**

●対象者

被用者のうち、新型コロナウイルス感染症に感染した者、又は発熱等の症状があり感染が疑われる者

●支給要件

労務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日から労務に服することができない期間

●支給額

直近の継続した3月間の給与収入の合計額を就労日数で除した金額×2/3×日数

※ 上記の支給額について、特別調整交付金により財政支援。

●適用

令和2年1月1日～9月30日の間で療養のため労務に服することができない期間（ただし、入院が継続する場合等は健康保険と同様、最長1年6月まで）

ち、被用者のみが対象となっているが、自営業者等も対象とすべきと考えられる。国が「全世代型社会保障改革」として政策的に進めていることにより、フリーランスも増加し国保に加入している。今回の傷病手当金の対象拡大によって、自営業者等を含めて対応することが求められる。新型コロナウイルス感染者または感染の疑いがあり仕事を休まざるを得ない人々に対して支給がなされるものであり、被保険者本人や家族の健康のみならず、感染拡大防止等の観点からも有効である。

今回の措置は国による特別調整交付金によるもので、決められた対象や支給額を超える分については保険者が持ち出せば可能というものである。自治体による独自の対応も可能ということを意味している。もちろん、同時に保険者である自治体に対しては、対象を自営業者等も含めて拡大するよう国への要請を行うことが求められる。

14 医療保障を充実する改革を

新型コロナウイルス感染拡大は社会保障制度をめぐる政策動向、直近では雇用・労働と社会保障を一体とした「全世代型社会保障改革」への疑問を投げかけている。

「全世代型社会保障改革」とは、人口減少による労働力不足を補うため、労働規制がかからない

よくするニュースvol.1
「三重の地域医療・介護をよくするネットワーク」結成!
 (略称: みえ医療介護よくするネット)

〒510-0775 三重県津市 津市東区7-5-0 みえ平和と労働会館
 TEL: 059-223-2615 FAX: 059-223-4495
 E-mail: 11@mieroren@zifcuis.ocn.ne.jp

「いつもありがとう」
 新型コロナウイルスとたたかう医療・介護者のみなさんへ、マスク1万枚を贈呈します

拍手で医療・介護者への感謝をあらわしました

5月10日、新型コロナウイルスが猛威を振るう中、「三重の地域医療・介護をよくするネットワーク」が三厚労事務所にて結成されました。三密を避けるため出席人数を絞り、初めてzoomを活用しネットでも双方向にやりとりをしました。

新型コロナウイルスへの感染の予防、治療のために医療体制の確立、暮らしを支える介護サービスなどの継続、未曾有の経済的危機など、広範な脅威に立ち向かい、国民のいのちと暮らしを守るために、医療・介護分野の関係者はもちろん、様々な分野の団体・個人が手をつなぎ、共同して危機に対応する必要があります。

以下の体制でがんばります!

2020年度役員体制
 代表委員 三重県厚生連労組 畑中剛喜委員長
 三重県医労連 黒田純香委員長
 みえ自治労連 新家忠文委員長
 事務局長 みえ労連 高岡秀基事務局長
 事務局: 三重県厚生連労組・三重県医労連・みえ自治労連・みえ労連

「三重の地域医療・介護をよくするネットワーク」結成
 (2020年5月10日)



市立四日市病院へのマスク贈呈 (2020年5月13日)

想の推進を中断し、地域医療を充実させる病床および人員体制を図ることが重要である。

なお、その際には、地域医療構想や424の公立・公的病院名指しリストのように反証できないようなデータにもとづくのではなく、科学的根拠にもとづいた政策展開を進めることで信用度を高め、医療機関や介護・社会福祉施設、医療・介護等の従事者、地域住民、自治体とともに政策形成を図ることが不可欠である。

医療労働者をはじめ、いわゆる「エッセンシャルワーカー」への賛辞や激励、ライトアップなどが日本国内でもなされている。そのようなアクションは是非、公的医療費抑制策の転換、医療保障の充実に関わる行動へと発展して頂けたらと願っている。

5月10日、三重県において「三重の地域医療・介護をよくするネットワーク」が結成された。労働組合をはじめ医療機関や介護施設等で働く方々によるものである。筆者は呼びかけ人のひとりである。具体的な活動としては、三重県内の8つの地域医療構想調整会議の座長や地区医師会長との懇談、新型コロナウイルス感染による医療・介護への影響調査、医療・介護労働者への具体的支援などとなり、さしあたり指定感染症病床のある7病院へマスク寄贈が行われた。このような行動が各地で展開されつつあることに期待している。

ながとも まさてる 日本医療総合研究所理事、自治体問題研究所理事など。専門は社会福祉論・社会保障論。最新刊に横山壽一氏(佛教大学教授)との共編著である『地域の病院は命の砦—地域医療をつくる政策と行動—』(自治体研究社、2020年)。

フリーランス化を推進し、病気や要介護にならないように予防に努め、健康は自己責任でという内容を含んだ改革である。

「全世代型社会保障改革」という名称だが、中身は雇用・労働の改革を中心に据えたもので、雇用改革と社会保障改革が一体化したものである。地域医療の提供体制、皆保険体制の根本を揺るがしていくものとして認識する必要があるだろう。

今回の緊急対応策では、国保の被用者のみを新型コロナウイルス感染に関連して限定的に傷病手当金の対象としている(ただし、上記の通り、保険者である自治体の条例改正等が必要)。「全世代型社会保障改革」としてフリーランス化を進めるものの、国保ではその方々を傷病手当金の対象とはせず、病気やケガで休んでも保障はない状態が続くことになる。

国保を運営する保険者である自治体には、地域住民の医療保障を充実する視点から国に対して政策転換を働きかけるとともに、国においては被保険者の雇用・労働と生活実態に応じた政策的対応を進めることが求められる。

上記のような国保の緊急対応策をはじめとして医療保障の充実へ向けた方向へと政策転換を図る必要性が浮上している。

今回、露呈した医療崩壊の主因である公的医療費抑制策の転換を図る必要がある。また、公立・公的病院の再編・統合をはじめとする地域医療構