

2024年6月5日

地域医療・介護などの社会保障破壊

一般社団法人 全国労働安全衛生委員会 山田 厚

はじめに 国策路線の「社会保障」政策とは？

国の及び独占企業の「社会保障政策」とは、「いかに負担を普通の国民から搾るか？」「いかにその公費を少なく国民の社会保障に支出するか？」そして「いかに自分たち一部の者のための利益を使うか？」となっています。

この場合、少数の者の利害が、圧倒的多数の者の利害に反する政策を行う場合には、その具体的な内容を隠すか、デメリットとなる事態をメリットとして虚偽を強調します。

これから地域の実情から具体的に調査し開明していくことが圧倒的多数者の国民の力となります。ここでは医療を基本に考えていきます。

I 典型的な国策の社会保障の地域医療構想とは

1. 地域医療構想とは

当然、地域全体の急性期病床数の削減が強められます。それは25年以上前からの政府方針として、民間診療所もかき集め独立法人化や病床を削減する方針があるからです。今はさらに統廃合として激しく医療後退となっています。

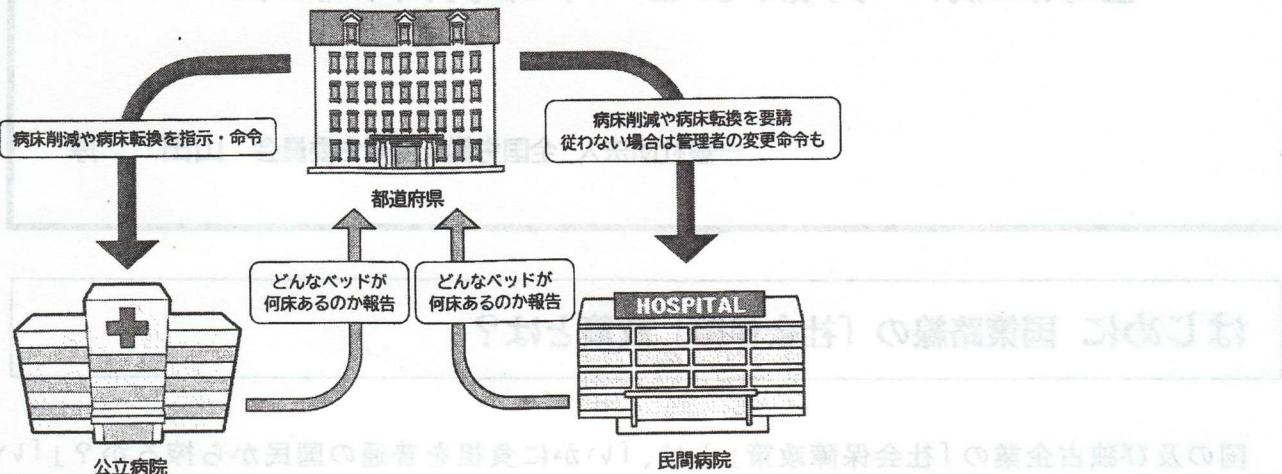
地域医療構想が求めているのは、医療の病床削減で公費削減をすることです。構想区域内の病床を「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」に4機能分化し、

- (1) 日本の病床数は過剰であるとして、全体の病床を削減する。
- (2) 「慢性期」病床を削減するために介護施設、在宅へ移行させる。
- (3) 「急性期」病床を過剰として削減させる。
- (4) 「回復期」病床への移行促進をさせる。

そのため、本来の医療の必要性と関係なく、機能ごとに医療需要と病床の必要量を政策的に推計

します。そして構想区域の各医療機関の状況を「病床機能報告」で出させ、「地域医療構想調整会議」で協議し、知事権限で達成に向け医療機関に圧力をかけるのです。2025年度が病床数削減の目標年度でした。

都道府県が主導して病院のベッドを減らす



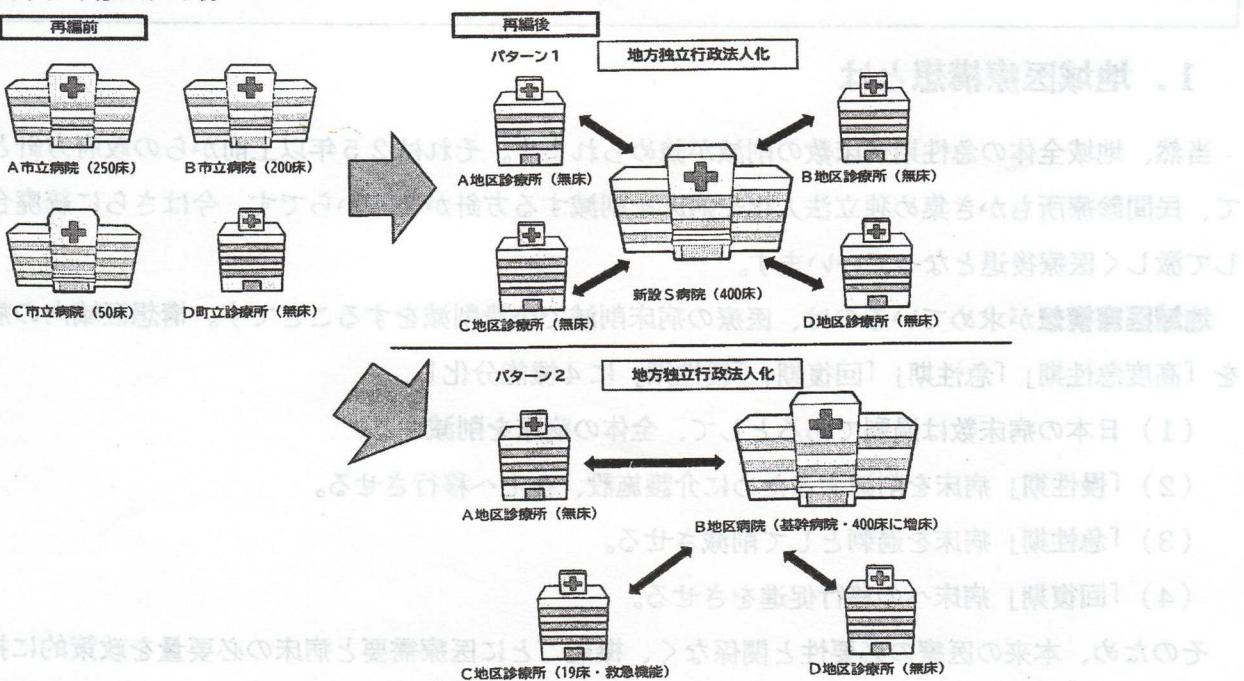
全国保険医団体連合会2016年『医療・介護が危ない!?』より引用

また、政府は2019年9月、全国424の公立・公的医療機関について「再編・統合の必要がある」と公表しました。その後、対象の病院を増やし現在436病院です。コロナ感染症期にも病院と病床を削減しましたが、国のねらい通りには統廃合による病床削減が進んではいません。

しかし、病院統廃合で病床と医療を後退させ、医療への公費を減額させる方針は続けられています。主なやり方は非公務員化の地方独立法人化で統廃合を進めるやり方です。

20年前の統廃合イメージが進んでいます。(2007年公立病院改革ガイドラインより引用)

再編・ネットワーク化のパターン例



2006年度～2018年度までで、94病院が61独立法人化しています。国は独法化を税制度からも優遇していますが、指定管理者より民営に近い経営となります。

税制度で優遇されている独法化ですが、経営は営利優先化に

経営形態の見直しによって課税が増えることに

			地方公営企業		指定管理者方式		PFI方式		地方独立行政法人	
			外部委託	代行制	利用料金制		BTO	BOT	一般型	公営企类型
国税	所得課税	所得税	×	(非課税)	○	○	○	○	○	×
		法人税	×	○	○	○	○	○	○	×
		印紙税	×	○	○	○	○	○	○	×
	資産課税	登録免許税	×	×	×	×	×	○	○	×
		地価税	×	×	×	×				×
	消費税	消費税	○	(課税対象)	○	○	○	○	○	○
	所得課税	法人住民税(均等割)	×	○	○	○	○	○	○	×
		法人事業税	×	○	○	○	○	○	○	×
地方税	資産課税	不動産取得税	×	×	×	×	△ (所有権の帰属により判断)	○	○	×
		自動車税	×	○	○	○	△	○	○	×
		鉛色税	×	○	○	○	△	○	○	×
		市町村民税	×	○	○	○	×	○	○	×
		固定資産税	×	×	(地方団体所有)	×	×	○	○	×
		軽自動車税	×	○	○	○	△ (所有権の帰属により判断)	○	○	×
		特別土地保有税	×	○	○	○	×			×
		自動車取得税	×	○	○	○	△	○	○	×
		事業所税	×	○	○	○	○	○	○	×
		都市計画税	×	×	(地方団体所有)	×	×	○	○	×
	水利益課税	水利益税	×	○	○	○	×	○	○	×
		共同施設税	×	○	○	○	×	○	○	×
		宅地開発税								
	消費税	地方消費税25%	○	○	○	○	○	○	○	○

※税制については移行型抜法を想定

『自治体病院経営ハンドブック』より掲載

2. 地域の全体の医療機関の休廃業に拍車をかけます

病院と病床の削減は確実に進んでいます。地域の医療機関は先行きが見えず、倒産のまえの休廃業数が過去最多傾向になっています。

「診療報酬引き下げ」「マイナンバー」や「電子カルテ」や「消費税負担の損税問題」やそれに「高齢化」「人材難」「後継者難」などで、地域の診療所が無くなっています。

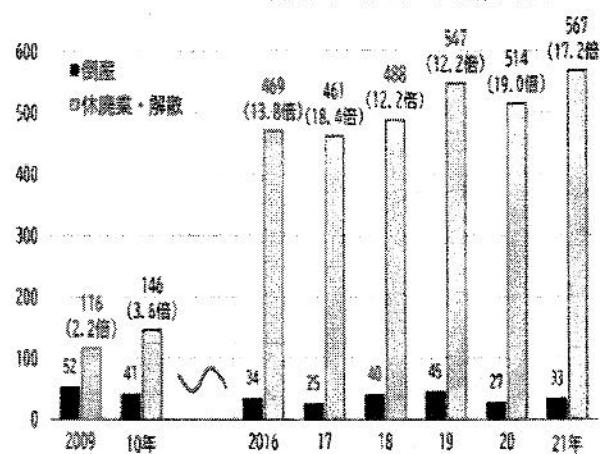
先行きが見えないために医療機関のM&A（合併・買収）も激しくなっています。

訪問介護の報酬引き下げなどを見ても、盛んに「入院から在宅で」と強調されていても在宅介護と在宅医療も困難にされています。

とにかくこの国策の情勢ですから新病院による病院の統廃合・ネットワーク化は、対象病院に留まらず、診療所や病医院の統廃合となっていくと考えられます。

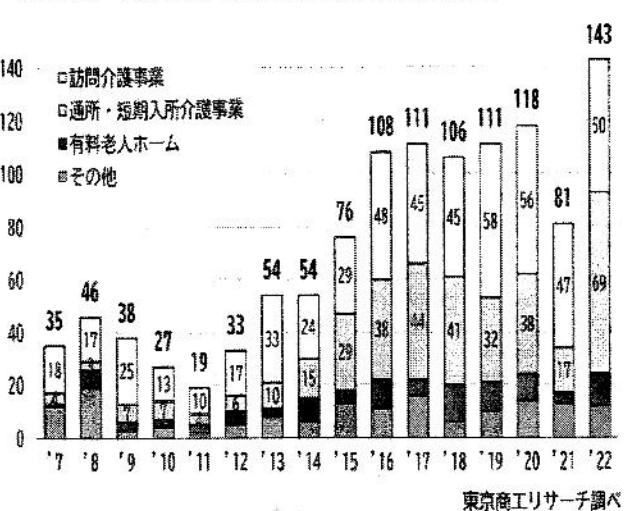
また、医療機関だけでなく社会保障の後退期ですから、すでに、介護・老人福祉施設も地域から無くなっていますから、ここでも加速します。

医療機関の倒産件数：休業・解散件数
倒産より17倍も多い、先行き不安が…！



資料：帝国データバンク「医療機関の休業・解散動向調査」より作成

「老人福祉・介護事業」の業種別、倒産件数年次推移



東京商工リサーチ調べ

3. 地域に病院がなくなると救急搬送も慢性疾患対応も困難に

医療資源は、まず身近にあった方が安心です。「小回りが利かなくなる」ことは、特に救急に現れます。救急を集約してはいけないのです。

「高齢化と人口減少地域」であれば一人暮らしの高齢者が多くなり、当然にも救急車を利用する必要性がある可能性も高くなります。出動件数も増えますから、救急車が足りなければ通報から現場到着時間は伸びます。さらに地域の病院が統廃合・集約され、受け入れ先の病院がなければ、**病院収容所要時間はさらに伸びることになります。**

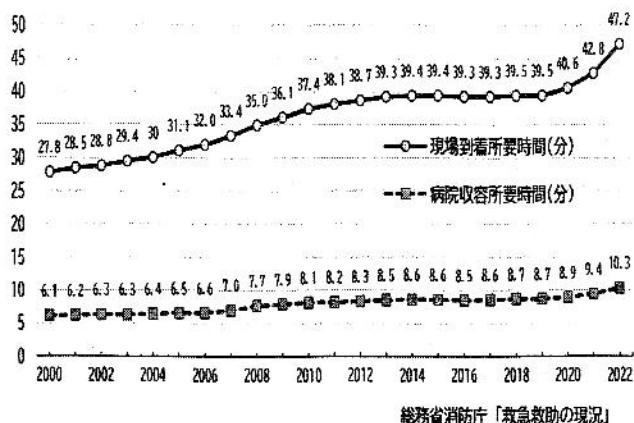
2003年

- ・救急自動車による救急出動件数、483万813件
- ・現場到着までの所要時間は、全国平均で6.3分
- ・医療機関収容までの所要時間は、全国平均で29.4分

2022年

- ・救急自動車による救急出動件数、722万9,572件
- ・現場到着までの所要時間は、全国平均で約10.3分
- ・医療機関収容までの所要時間は、全国平均約47.2分 … 18分弱遅れている

救急車の現場到着及び収容所要時間の推移



総務省消防庁「救急救助の現況」

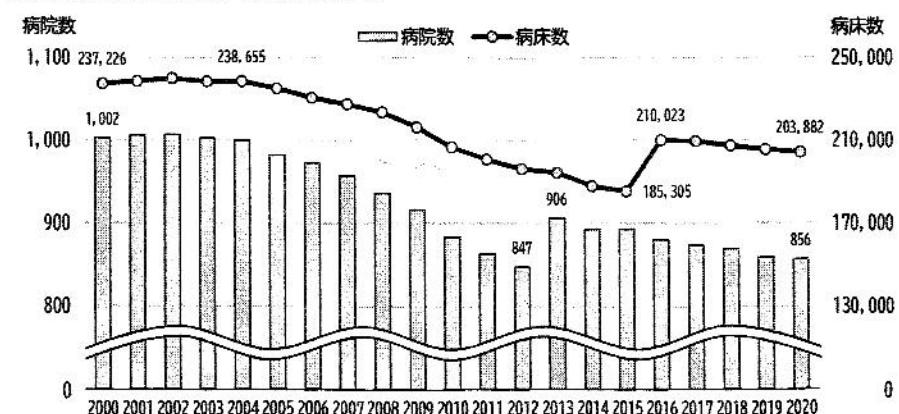
病院があっても「措置困難」な回復期・慢性期のみでは救急対応できることになってしまします。また、高齢者が地域に多くなれば、高血圧・糖尿病・高脂血症など慢性疾患の医療対応が必要になります。これこそ地域医療が必要ですが、国策とともに「立派な新病院」で後退されていきます。

独立法人病院を自治体病院としたが削減され続けている自治体病院

公立病院数及び病床数の比較（3万6039床減に）

	H14 (ピーク前)	H20	R2	増減率 (H20→R2)	増減率 (H14→R2)
病院数	1,007	943	853	▲9.5%	▲15.3%
病床数	239,921	228,280	203,882	▲10.7%	▲15.0%

自治体病院の病院数・病床数の推移



※2013年度以降は地方独立行政法人を含む値

自治体病院経営研究会「公立病院経営ハンドブック」

自治体病院からその地域の機能を失わせて独立法人化しても**名称は「県立」として「自治体病院」**とするやり方が行われています。統計も2013年度以降は独法病院も「自治体病院」とされていますが、しかし公的な医療機能と病床数も削減されています。

これまでも統廃合計画が進み、コロナ期でも病床が削減されています

病床ひっ迫のコロナ期でも、全国の病床は5万8000床も削減されています。

コロナ禍で…	2019年12月末	2023年12月末	増減数
病床総数	1,617,334	1,559,539	▲ 57,795
病院の病床数	1,527,321	1,483,651	▲ 43,670
感染症病床	1,884	1,921	37
結核病床	4,301	3,766	▲ 535
療養病床	306,410	273,848	▲ 32,562
一般病床	888,459	884,931	▲ 3,528
一般診療所	89,957	75,828	▲ 14,129

厚生労働省「医療施設動態調査」より作成

II 今までの自治体病院と異なることがはじめられて

全国の大きな病院統廃合のねらいの内容は、経営目標として一般的に「公費削減」「経営改善」のための独立法人化です。そのためにまずは人件費のダウンと患者からの収益確保です。

差額ベッド（健康保険適用外の特別療養環境室）も確実に広がります。

1. 独立法人化すると個室の差額ベッドが確実に広がります

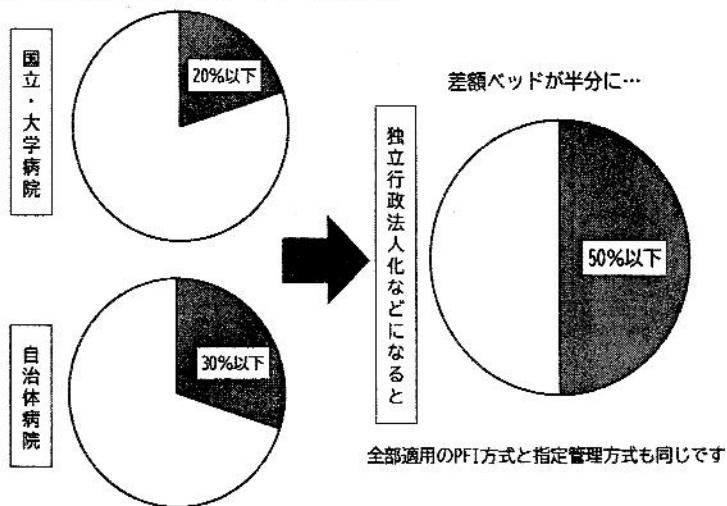
差額ベッドにすると、経営的な大きな利益があり、公費の削減にもなります。その反面、患者からの負担だけは確実に強まります。独立法人にすると差額ベッドが拡げられます。

- 1) 自治体病院では病床30%以下に規制されていますが、独立行政法人になると全体の**病床数の半分以下**にすることができます。ギリギリまで行う場合、1000床であれば499床まで差額ベッドにすることができます。
 - 2) また差額ベッドは、複数病室より**個室**を多くすると差額代が多額に取れるために、新病院では個室の差額ベッドが多くなるはずです。
- ※1床当りの面積を計算すべきです。
- 3) 差額ベッドは**高額療養費制度**の対象にはなりません。公的医療保険制度には、1ヶ月の窓口負担額が自己負担限度額を超えた場合、超えた分の金額が払い戻される高額療養費制度がありますが、差額ベッド代はそもそも健康保険対象外の費用であるため高額療養費の対象にはならないのです。
 - 4) 日本ではいわゆる「混合医療」が禁止されているため、保険外診療を受けると保険が適用される診療・手術分も含めて**全額患者自己負担**となってしまいます。
 - 5) **差額ベッド自体が高額**になり個室が多くされます。例えば、7泊の入院で個室差額ベッ

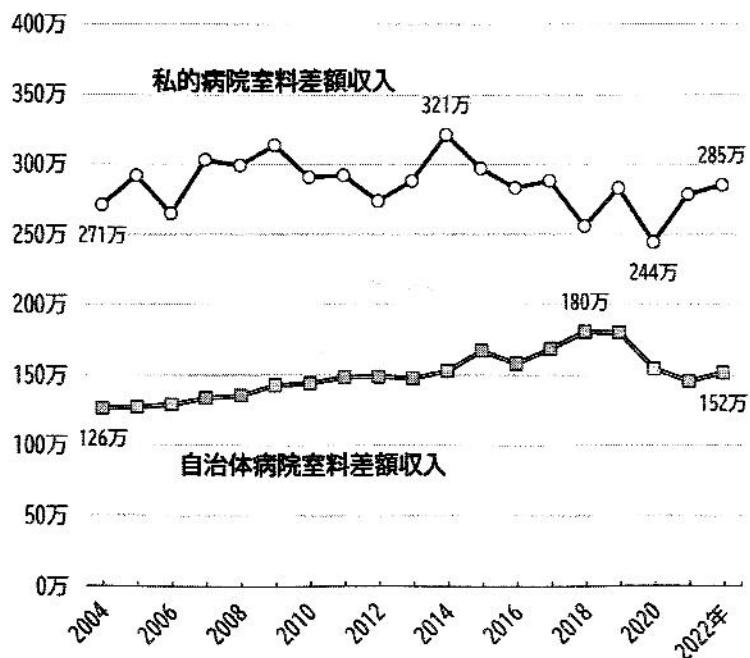
ド（全国平均個室約8400円）の入院の場合、差額ベッド代は8日分となり6万7200円。東京平均の差額ベッド2万円に2泊入院の場合差額ベッド代は3日分となり6万円にもなります。

- 6) 差額ベッド代については、**消費税の課税対象**となります。その額だけ病院の支出減となり、損税となりません。したがって消費税分が患者負担となります。
- 7) 病院経営にとって**差額ベッド収入**は大きく、コロナ期で一時的に減ったとしても、その傾向は止まりません。

全体の病床数における差額ベッドの割合



100床当たり室料差額収入金額の推移

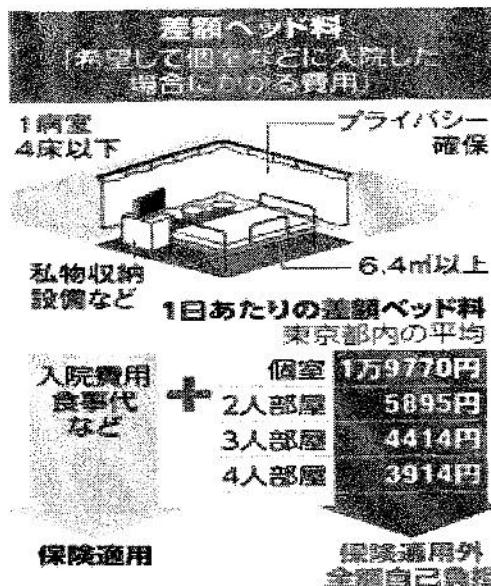


出所：全国公私病院連盟「病院運営実態分析調査の概要」より作成

**都道府県別
個室の平均差額ベッド料(円)**
(2022年7月現在)

1 東京	19,770
2 神奈川	12,997
3 大阪	10,712
4 千葉	10,280
5 栃木	10,083
6 埼玉	9,703
7 兵庫	9,545
8 京都	9,055
9 奈良	8,841
10 愛知	8,154
11 和歌山	7,829
12 静岡	7,421
13 茨城	6,765
14 宮城	6,557
15 岡山	6,456
16 福岡	6,178
17 滋賀	6,019
18 群馬	5,940
19 福島	5,909
20 山梨	5,885
21 香川	5,615
22 広島	5,453
23 三重	5,403
24 岐阜	5,340
25 長野	5,315
26 岩手	5,245
27 福井	5,185
28 愛媛	5,149
29 石川	5,035
30 高知	4,830
31 富山	4,830
32 沖縄	4,703
33 新潟	4,681
34 徳島	4,673
35 島根	4,592
36 熊本	4,586
37 山口	4,489
38 北海道	4,463
39 鹿児島	4,460
40 山形	4,360
41 宮崎	4,280
42 大分	3,955
43 佐賀	3,839
44 青森	3,805
45 長崎	3,798
46 鳥取	3,697
47 秋田	3,538
全国平均	8,322

(2023年8月18日 朝日新聞)



差額ベッドなら個室が多くされます

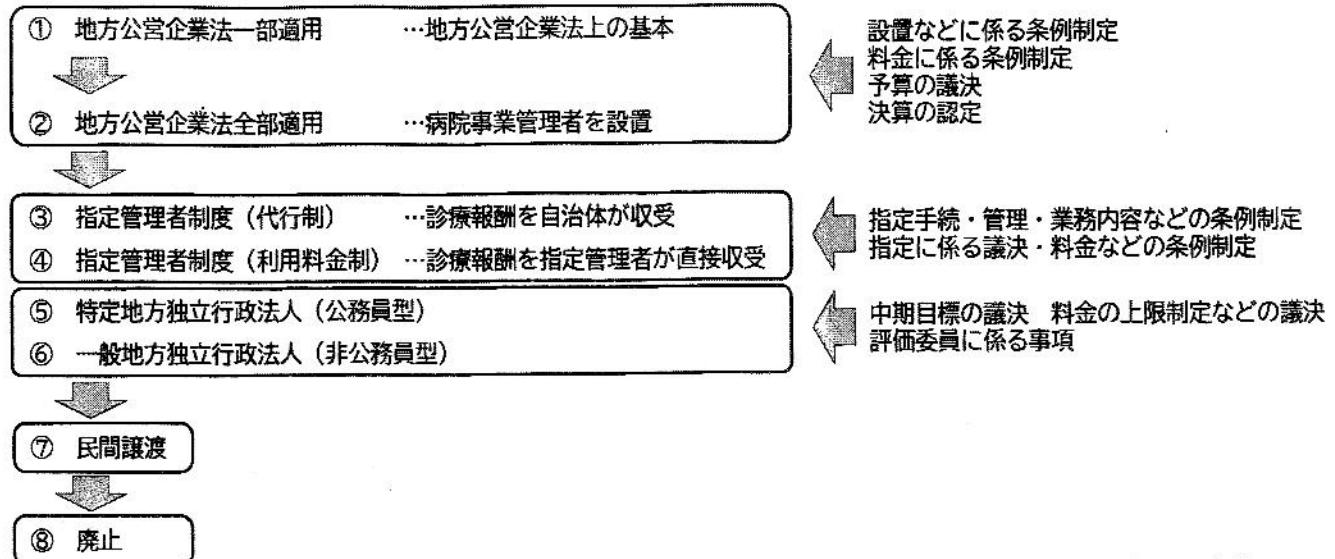
2. 住民の声と自治体議会の見解が病院に届かない独法化

独法化により、住民と自治体議会のチェック・監視機能が極めて弱まることは確実です。もともと独法化は「福祉の増進」(自治法)としての自治法本来の自治体病院機能ではないからです。

住民の声と自治体議会の機能を弱める独法化・民営化

自治体病院の経営形態の見直しとは

経営状態によって、譲渡・廃止へ進みます



総務省「公立病院改革懇談会」資料『自治体病院経営ハンドブック』（平成20年版）より作成

かなり大きい自治体病院の経営形態見直しのデメリット

	公営企業 全部適用	PFI方式	指定管理者 制度	地方独立 行政法人	民間譲渡	廃止
地方交付税が交付され続ける	◎	○	○	△	×	×
有利な長期借入金である病院事業債を使える	◎	△	△	×	×	-
病院の初期経費や追加的通常経費はかかるない	○	△	×	×	×	-
病院の所得税・資産税などの非課税が維持される	◎	×	×	○	×	-
差額ベッドなどの患者負担が抑制される	○	×	×	×	×	-
公的医療（不採算医療も）が維持される	○か△	△か×	△か×	△か×	×	-
住民・議会のチェックと意見は反映される	○	△か×	△か×	△か×	×	-
住民の公的財産（病院土地施設）は維持される	◎	○	○	○	×	△か×
病院職員の労働条件の変更はない	○か△	×	×	×	×	×

◎はOK、○は普通はOK、△は疑問、×はダメ

2003年の独立行政法人法案に対する国会付帯決議

2003年に独法化の法案が出された時からその危惧が大きく、衆参の国会からも付帯決議が出され、「配慮」も求められていました。

「地方独立行政法人法案」に対する付帯決議

政府及び地方公共団体は、本法律施工に当たり、次の事項について配慮すべきである。

- 1 地方公共団体が地方独立行政法人を設置するか否かについては、あくまでも地方公共団体の自主的な判断を尊重すること。
- 2 地方独立行政法人化に当たっては、雇用問題、労働条件について配慮して対応するとともに、関係職員団体又は関係労働組合と十分な意思疎通を行うこと。
- 3 地方独立行政法人の業務の実績の評定に当たっては、財務面の評価のみならず、社会的評価の観点を加味して行うこと。
- 4 第三セクター等の経営立て直しの手段として地方独立行政法人が選択されないようにするとともに、その早急な抜本解決を促し、経営責任の明確化、清算の可否、民営化の是非などを厳しく精査、検討すること。
- 5 公立大学法人の定款の作成、総務大臣及び文部科学大臣等の認可に際しては、憲法が保障する学問の自由と大学の自治を侵すことがないよう、大学の自主性・自律性が最大限発揮しうる仕組みとすること。

2003年6月3日 衆議院総務委員会

地方独立行政法人法案に対する附帯決議

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について十分配慮すべきである。

- 1 地方独立行政法人の設立に当たっては、地方公共団体の自主的判断を尊重すること。
- 2 地方独立行政法人への移行等に際しては、雇用問題、労働条件について配慮し、関係職員団体又は関係労働組合と十分な意思疎通が行われるよう、必要な助言等を行うこと。
- 3 地方独立行政法人の情報公開に関しては、住民に対して業務状況等を積極的に公開することとともに、その公表方法の改善に努めるよう、必要な措置を講ずること。
- 4 地方独立行政法人の業績評価に当たっては、財務面のみならず、住民の意見を積極的に取り入れることにより、住民の視点に立った評価制度が確立されるよう、その体制整備に努めること。
- 5 第三セクター等の経営健全化に関しては、その手段として安易に地方独立行政法人への移行が選択されないようにするとともに、地方公共団体に対し、法的整理を含めその早期抜本処理を促し、経営責任の明確化、清算の可否、民営化の是非を精査検討できるよう、必要な対策を講ずること。
- 6 公立大学法人の設立に関しては、地方公共団体による定款の作成、総務大臣及び文部科学大臣等の認可等に際し、憲法が保障する学問の自由と大学の自治を侵すことがないよう、大学の自主性・自律性を最大限発揮しうるための必要な措置を講ずること。右決議する。

2003年7月1日 参議院総務委員会

III 消費税で病床削減と病院統廃合を進めています

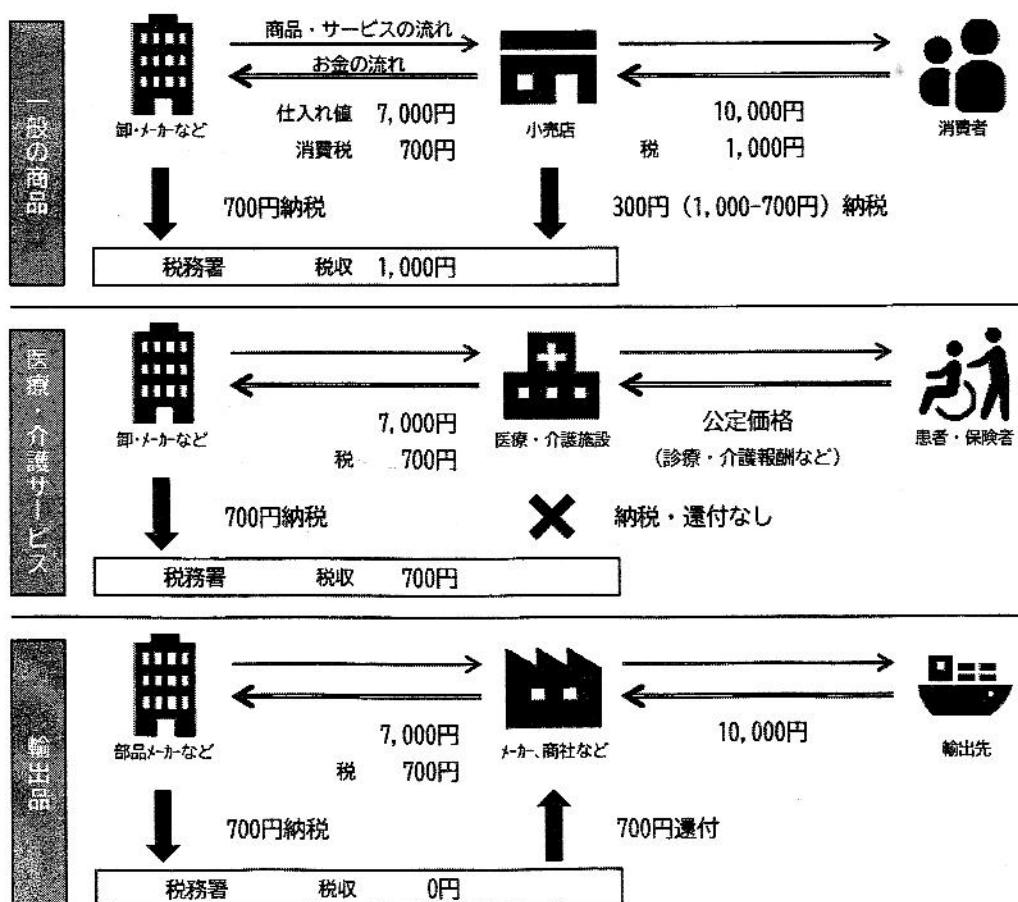
1. 消費税は、福祉財源ではありません！逆です！

消費税は、大企業の外注化を拡げ、輸出関連企業を優遇します。さらには医療・介護経営を壊す仕組み＝「損税」があります。

医療機関の診療報酬では、介護報酬と同じく患者（消費者）に消費税分を転嫁できません。医療機関は医薬品・医療機器・診療材料・施設維持費などにかかる**多額な消費税額を国に納付**し続けています。しかし国から医療機関への輸出企業と異なり「税還元」はありません。つまり多額な「損税」となり、医療機関経営を圧迫し続けているのです。

日本医師会の調査では、消費税導入年度から2011年度までで医療機関の消費税「損税」の「単純累計額は約4兆1000億円」としています。想定で今では10兆円以上でしょう。例えば400床の市立甲府病院では、国に納付するだけの消費税額は毎年3億円もの「損税」となり、導入年度からの累計額は50億円程度にもなっています。

輸出品の消費税は還付されるが、医療・介護には還付がない



国は、目的税でもない消費税の使い方を、「社会保障財源」とみせかける宣伝を繰り返しています。実際は黒字法人税の減免のためにはじまりました。自治体に対しては決算書に地方消費税収入を「社会保障財源」としての書き込みを通達で指導しています。そのことで自治体議員にも「社会保障財源」として信じ込ませています。

しかし、実際は**地方交付税制度**（都道府県の不交付は収入が多い東京都のみ）**で減額となり相殺**されるのです。逆に自治体は医療・介護以外にも、教育・保育など最大の消費者として多額の消費税を国に治めているのです。自治体は消費税で社会保障事業から疲弊させられているのです。

2. 消費税財源を使って医療をつぶしています！

「**病床機能再編支援給付金支給事業**」が2021年度からはじめました。これは消費税財源を使って、さらに**病院統廃合と病床をつぶすための交付金制度**です。

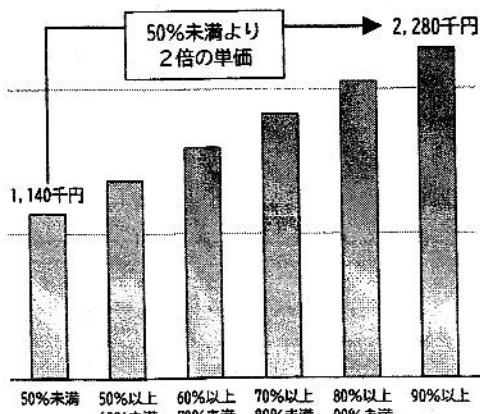
消費税財源で2021年度分は2770床を削減しました。急性期病床や長期入院向けの慢性期病床の計2770床の削減に対し、29都道府県120医療機関に57億9千万円を交付しています。

給付額は、削減する病床稼働率の高さに応じて交付金単価を引き上げています。これは実におかしい！ 空床が目立つ稼働率50%未満の病院の病床を削減するだけでなく、稼働率が高いほど交付金単価を引き上げているからです。稼働率90%以上の単価は、50%未満の倍額です。稼働率90%とは、ほとんど空きベッドがない状態となります。ここからも交付額を多くして病床削減を進めようとしているのです。

病床稼働率で削減した場合の1床あたり単価

50%未満	1,140千円
50%以上60%未満	1,368千円
60%以上70%未満	1,596千円
70%以上80%未満	1,824千円
80%以上90%未満	2,052千円
<u>90%以上</u>	<u>2,280千円*</u>

*50%未満の2倍



しかも、「2～3床減らす」などは許さず、交付金の対象を「稼動している病床の10%以上を削減する場合のみ」としています。いかに徹底して病床数を削減したいかがわかります。

現在、日本の**病床稼働率はかなり高く**、平均して約75%です。これは自民党政権がこの間「諸外

国と比べて病床が多く効率が悪い」を口実として病床削減を続けてきたからです。また2014年の『新公立病院改革ガイドライン』(総務省)では「3年間連続70%未満の病院は見直し」、つまり**統廃合の対象病院**にするとあります。これは実質の脅しです。

しかし、一定の空きベッドは必要です。通院時の診察で直ちに入院を必要とする患者の場合や救急搬送のためなど、もちろん災害時の病床確保は不可欠です。通常でも入院待ちの状態が続くことは患者のいのちと健康を脅かすことになるからです。また平均在院数と病床稼働率が高くなるほど、医療従事者のゆとりがなくなり過重労働状態ともなります。

したがって、病床稼働率は80%程度以下に抑えるべきで、国の言うように90%を目標として**在院数の短縮化**はいけません。このような稼働率の高さでは感染症がひろがる「有事」どころか、「平時」でも連日「病床ひっ迫」で「受け入れ拒否」になってしまいます。

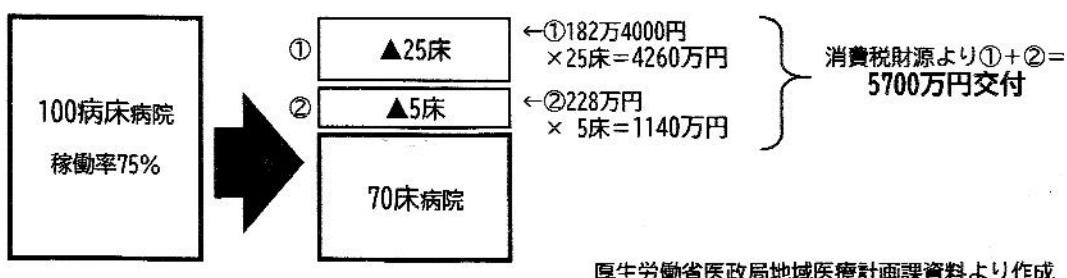
3. 厚労省の削減・統廃合の具体例で検討してみましょう

病床削減の場合・・・

例えば100床の病院で稼働率が75%なら25床を削減すると1床あたり交付金は「単価182万4千円」。25床削減すると100%の病床稼働率となり、この病院では日々「病床ひっ迫」となります。ここからさらに5床削減すると1床あたりは「単価228万円」にもなります。しかし、これでは「入院の受け入れ拒否」を進める制度内容です。

病床を削減すると消費税より交付金が…

- 支給額の算定方法イメージ -

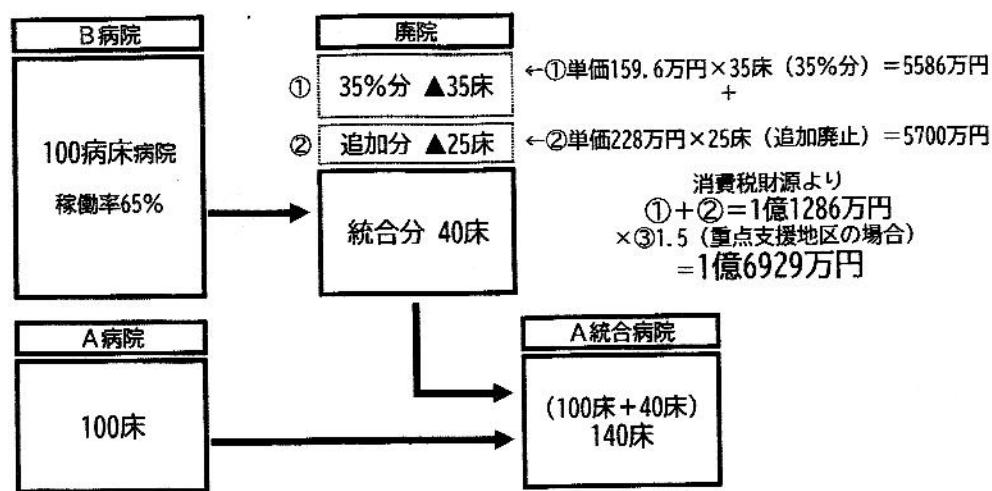


病院統廃合の場合・・・

例えば、100床で病床稼働率65%のB病院を廃院し、A病院に統合する場合。35%分の35床削減すると、35床×単価159万6千円=5586万円が交付されます。さらに追加し25床削減すると単価は上がり、25床削減×単価228万円=5700万円が交付され、合計1億1286万円となるのです。

しかも「**重点支援地区**」（地域医療構想調整会議で削減を「合意」し「申請」した地区）の場合は、合計額は1.5倍の1億6925万円の交付です。

病院統廃合で病床を削減すると消費税から交付金が…

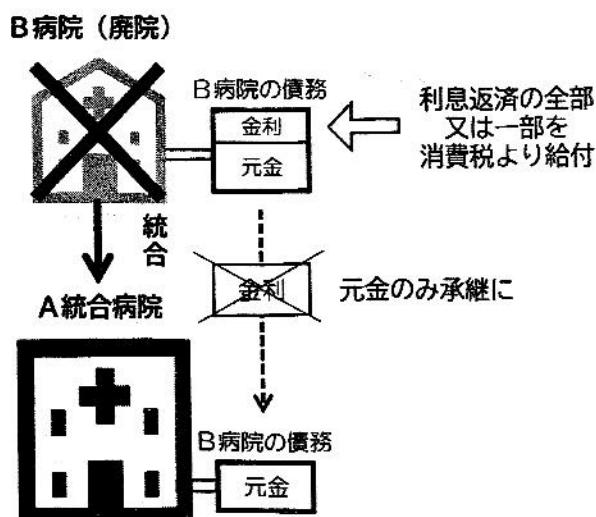


厚生労働省医政局地域医療計画課資料より作成

廃院にともなう債務の利子負担の場合・・・

例えばB病院を廃院しA病院に統合すると、B病院の病院事業債の元金とこれからの利息返済が残ります。元金の編成はA統合病院に承継され、**利息分の返済**は、消費税財源から全部または一部を補給交付するとしています。これは地域の病院を廃院にするやり方といえます。

廃院病院債務の利子補給を消費税で行う



本来、逆進性の高い消費税財源を医療削減に使うことなど許されない

財源となる消費税は所得の低い方からも課税する逆進性の高い大衆課税です。国はこれまでの口実として「消費税は社会保障財源とする」としてきました。その具体的実態は虚偽ですが、意外と信じている人も多いようです。しかも、2021年度からは、その医療機関からも納付させた消費税財源の「還元??」として、病床削減と病院統廃合に使っているのです。

IV そもそも日本の医療は「病床過剰」ではない！

保健所と病院と病床の削減が続いています

国は「日本の病床は諸外国と比べて過剰であり効率が悪い」としてきました。そして「国民医療費が膨大になっている」を社会の常識としています。そのためとして、国民医療費の抑制と病床削減と病院統廃合と公衆衛生後退の政策が、1980年代後期から続けられてきました。

保健所数は、2019年までの28年間で45%までに削減した。

病床数は、2019年までの25年間で、一般病床32万4000床削減した。

感染症病床は、結核病床含めると2万2000床削減。これはコロナ期でも削減が続きました。

それに伴い**医療従事者の人手**も削減しています。削減される前の保健所数と病床数があれば、コロナ感染症に対しても自宅療養ではなく多くの国民のいのちを救うことができたはずでした。つまり、国策の医療政策そのものが、間違っているし、悪質なのです。

日本の病床は、そんなに多すぎるのか???

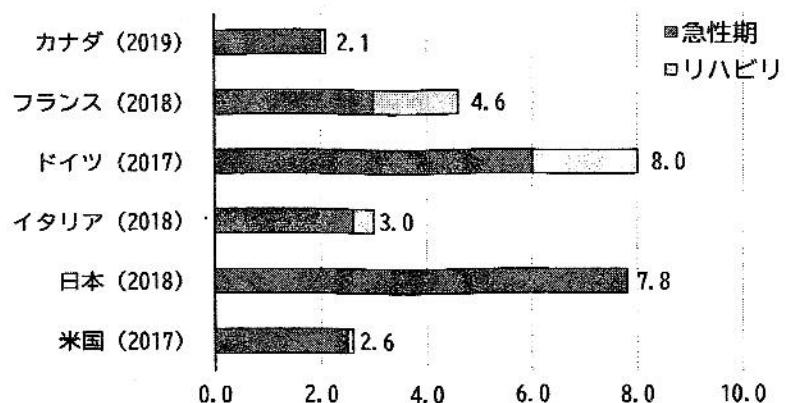
政府はデータの単純比較から「日本の病床が多い」を繰り返していました。また、日本のマスコミや様々な専門家も「病床が多すぎる」ことを常識として主張していました。

ならばどうしてコロナ感染症で日本はあつという間に医療ひっ迫となったのでしょうか??

それに、日本政府は情報やデータの「改ざん隠ぺい」を繰り返しています。安易には信じられない—と考えるのが普通の思考力です。

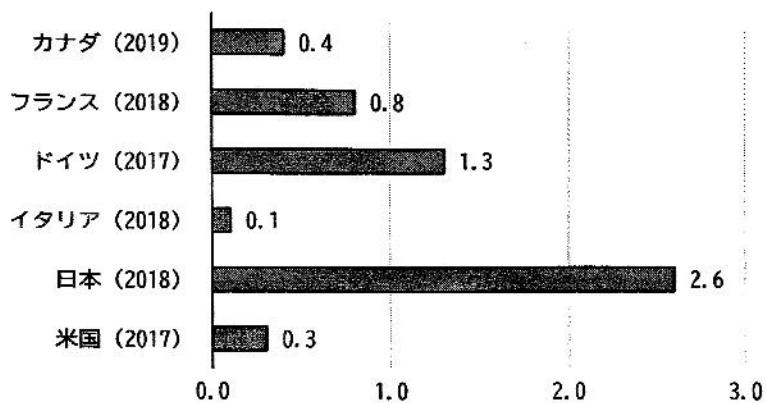
そこで日本医師会の『日医ニュース』や『日医総研No.102』もみてみました。

人口1,000人当たり
「急性期病床数」+「リハビリ病床数」



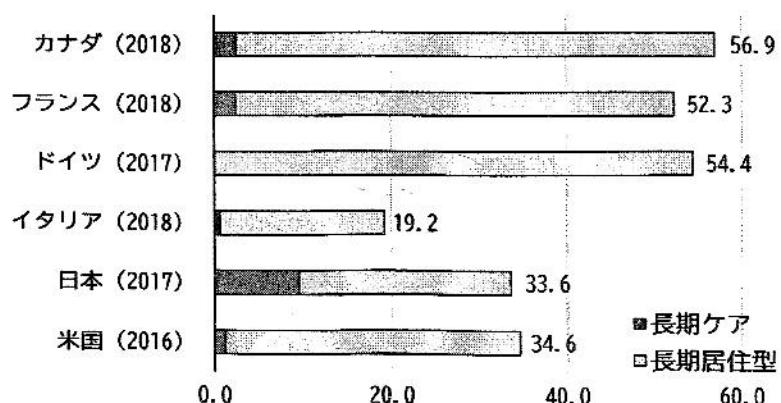
OECD Health Statistics 2020から作成

人口1,000人当たり「精神病床数」



OECD Health Statistics 2020から作成

65歳以上人口1,000人当たり
「長期ケア病床数」+「長期居住型施設定員数」



OECD Health Statistics 2020から作成

日医総研リサーチエッセイより引用

日本の病床数は本当に多いのか？『日医ニュース』2021年4月5日（月）

OECDデータによると、日本13・0床、米国2・9床、ドイツ8・0床となり、これだけを見ると確かに日本の人口当たり病床数は多いように見えます。しかし、日本人の疾病構造が他国と比較して大きな違いがあるとは思えませんし、日本人だけが長く入院しているとも思えません。・・略・・OECDデータにおいて、日本の病床の特徴として以下のものが挙げられます。

- ① 精神科病床（Psychiatric care beds）が多い
- ② 長期ケア病床が多い
- ③ 有床診療所の形態があること
- ④ 急性期病床とリハビリテーション病床の区分がないことです。

精神科病床を見てみると、諸外国は人口1000人当たり1床以下ですが、日本は2・6床となっています（図表⑥参照）。長期ケア病床（long term care beds）も他国は65歳以上1000人当たり1～2床程度ですが、日本は9・5床となっています。これらの共通の理由は、諸外国は精神科施設や長期ケア施設を「施設」に分類しており、「医療機関」とはしていないためです。・・略・・

病床は各国の歴史的な経緯でつくられ、それらの法律もさまざまです。OECDデータでは、各国が違う経緯、違う法律でつくられた医療機関や施設を英語に置き換えて記載するため、ある単語が同一の機能を表現しているかもはっきりしません。

この見解では、「各国の病床数等は、そもそも医療提供体制の仕組みが異なるので、用語ですらも単純には比較できない。たとえば日本では精神病床が多く、それが総病床数を押し上げている。また、日本では急性期病床にリハビリ病床が含まれる。病床数の国際比較を行う際には、総病床数だけ見て終わるのではなく、医療機能別の病床数も確認しておくことが望ましい」と強調されています。

これは、私たちの経験からも間違っていません。

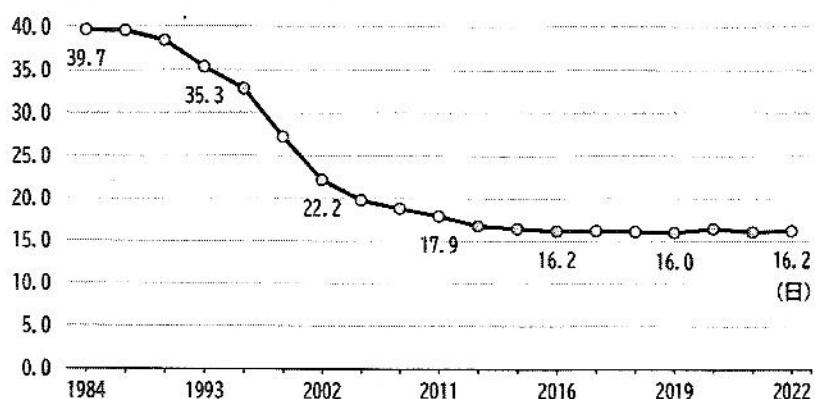
- ・「院内ではベッドの回転を早め、すぐ埋まるようにしている」
- ・「入院待ちの期日が長くなっている」
- ・「手術したら次の病院に回される」
- ・「入院は、早めの退院が求められる」
- ・「コロナ災害期では病床はひっ迫し人手も絶対数も足りず、自宅療養にされた」

いわゆる「平時」でも「緊急事態」でも、医療現場の実態からみると「日本は病床が多すぎる」などと思えません。コロナ期前には病院の平均病床稼働率が75%にもなり、さらに多くの病院では80%を超えていました。

平均在院日数も短縮されています。さらに2024年度からの診療報酬改定では、平均入院日数も「16日以内に短縮する」ようにしています。それだけ医療現場は超過密労働になり、患者は早期退院が強いられます。この状態で病床過剰とは、まったく思われません。

医療現場は病床の回転率が高く、過密対応が強いられています

一般病床の平均在院日数の推移



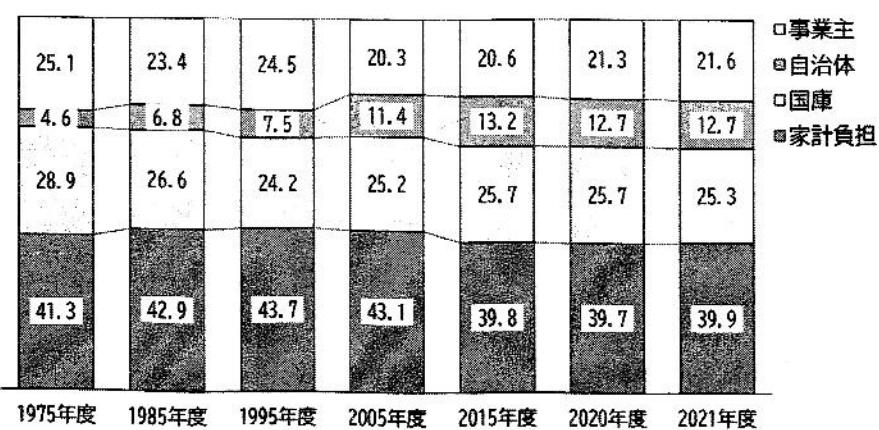
出所：厚生労働省「病院報告」より作成

「国民医療費がぼう大で持続可能性のため」という論法？？？

国は「国民医療費がぼう大で46兆円」「持続可能性のため高齢者の医療費を抑える」という論法で社会常識をつくっています。しかし、あてにならない政府統計でも事業主割合が減っていますし、国庫負担割合は25.3%にもなり減っています。

たとえどのように国民医療費が膨大になろうとも、国民のいのち、健康の問題として考えるべきです。

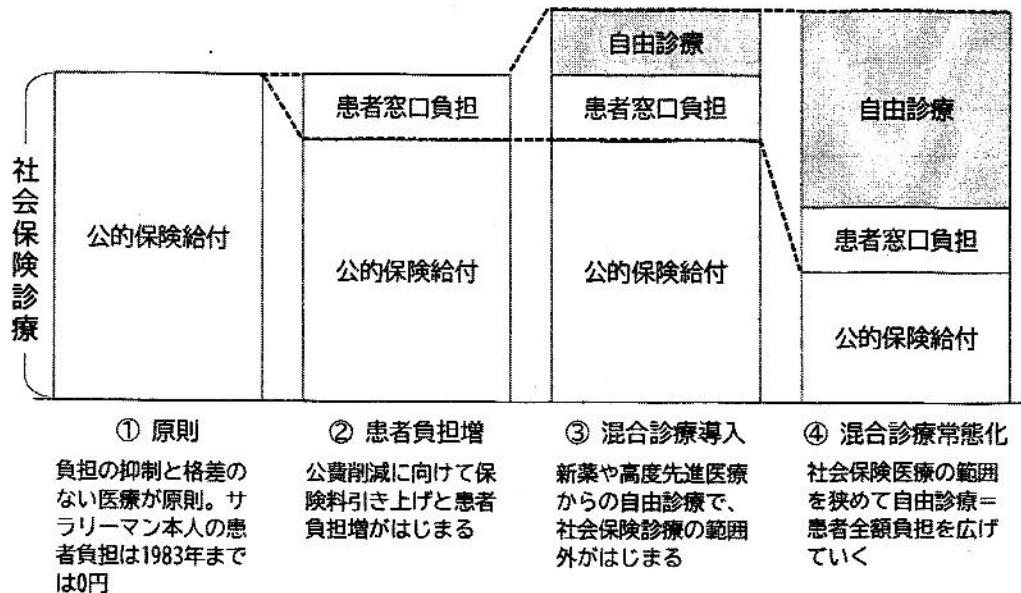
国民医療費の財源別負担者割合の推移



出所：厚生労働省「国民医療費」より作成

しかも膨大になっているのは普通の国民側の医療費です。保険料・患者窓口負担に自由診療（高額療養費も関係なく、消費税も取れる）です。それに、「公的社会保障があてにできないため」に厳しい家計を削って民間保険にかけるしかなくなっています。

また25.3%の国庫負担では単純計算で11兆6300円となります。防衛費はすでに9兆円です。実際の日本の防衛費は、憲法9条をかいくぐるために他の省庁に分けますから実際には10兆円以上にはなっているはずです。そこで公費を削るのは軍事か？普通の国民のための医療か？どちらか？となるのです。



V 営利のための病院経営に必ずなっていく

1. 国策である医療ツーリズムで地域医療は後退に

人間ドックや観光もかねての医療ツーリズムが国策にもなっています。その経済効果は5500億円にもなるという試算も以前から言われていました。

広島は東京や大阪・京都と同じく国際的に有名です。飛行場も新幹線もあります。新病院の医療ツーリズムの引き込みがあるはずです。

医療ツーリズムで受け入れる外国人患者さんは、日本の医療保険と関係ないため**自由診療**です。医療機関が自由に価格を設定できます。また医療ツーリズムで来る患者さんは富裕層が多いので、医療機関にとっては価格を高く設定することで利益を確保しやすくなります。**差額ベッドの高額化**です。慶應大学病院では7泊の差額ベッド代だけで、年収200万円の所得額です。これが同じ人としての対応といえるでしょうか。

これらの個室も新病院で準備されかねません。ますます自由診療に傾き、病院のアウトソーシング化（外部化）・不採算医療の切り捨て（感染症・周産期・小児救急・精神・へき地など）がはじまりかねません。

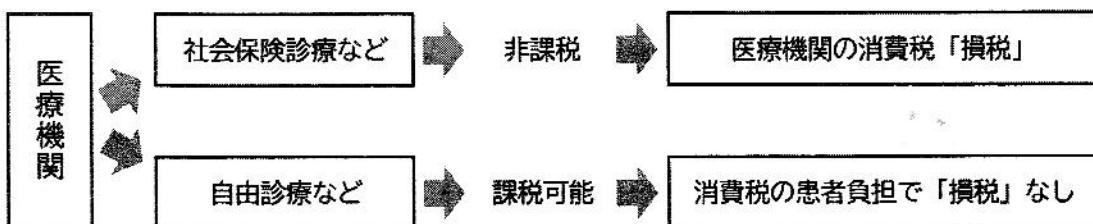
結局、貧富の格差が、富裕層のための医療となり、地域住民は遠ざけられ、いのち健康の格差とされることになるのです。差額ベッドと医療ツーリズムはその典型であり、富裕層ビジネスと

なってしまいます。

高額な差額ベッド代の設定がある病院（東京都内）

病院名	所在地	室料差額
慶應義塾大学病院	新宿区	254,100 円
東京大学医学部附属病院	文京区	231,000 円
東京女子医科大学病院	新宿区	198,000 円
癌研究会有明病院	江東区	167,000 円
帝京大学医学部附属病院	板橋区	165,000 円
日本赤十字社医療センター	渋谷区	150,000 円
国立国際医療研究センター	新宿区	135,000 円
国際医療福祉大学三田病院	港区	125,800 円
NTT東日本関東病院	品川区	120,000 円
(平均)		171,767 円

病院の営利化では、差額ベッドと医療ツーリズムなどの利益をも強めます
医療機関は消費税増税とTPPによって自由診療（混合診療）に誘導される



VI 医療後退と公金投下は大企業の営利市場づくりです

今の大企業優先の国策の方向は、新病院の内容にも影響を与えます。政治経済的には次のことが考えられます。それぞれが連動していますが、医療・社会保障で考えてみます。

大企業優先の国政の今の流れとは

この間の実質賃金の低下と物価高騰（独占価格の便乗・円安）で消費経済が普通の国民の節約志向となり行き詰まりっています。これまでの通常の市場が小さくなり利益が少なくなります。そのため、技術革新も道具にしながら、今までの社会のシステムも壊し、大企業のための新たな市場を（利益先）つくり出す政策です。

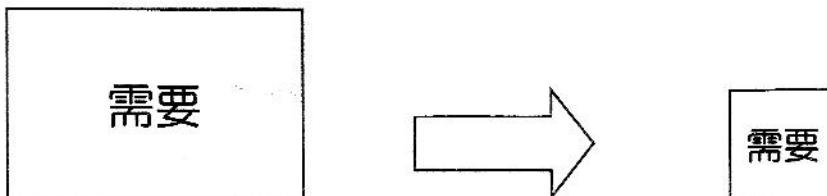
- 1) 公的な医療・社会保障の後退と破壊で、「あてにならないから」「不安だから」として「個人の家計支出」を強いて民間医療保険・民間年金を拡大させ儲け先をつくろうとします。
- 2) 今まで通用してきたシステムやモデルを、「生産性・A.I.化・DX化」などとして無理やり壊し、新たなもうけ先をつくっています。
- 3) 普通の国民から公費（社会保障負担増・増税金・国債大発行）を絞って、その公費を投下・しての新たな大規模事業を大企業と一緒に行います。
- 4) 軍事産業に膨大な国費をかたむけ発注して軍事産業の国内市場づくり拡大へと進みます。

1. 公費削減のため医療・社会保障の需用と供給を壊します

公的支出・公的役割の削減・後退に向けて、社会保障における需要と供給の仕組みを「暴力的に」壊すことを行ってきました。

① 高まる医療・介護の需用を負担増で高め「自己責任」で抑えます

医療・介護の必要性＝需要は高まっています。しかし国は公的な支出増加を止めるために、保険料負担増や窓口負担増で家計を圧迫させ、さらには滞納処分で保険証を使えなくし、無医療・無介護にさせます。これらのことでの患者の「自己責任」で受診抑制・利用抑制で需要を小さくさせます。



1) 保険料の引き上げで、国と自治体の公費投入の後退と無医療・無介護に

・国と自治体の公費投入を後退させていきます

そのため、取れる世帯（上限額の引上げ）からは徹底して負担増にしていきます。

例えば、国保全体の収入で国の交付金割合は

1975年度は58.5% ⇒ 2017年度は21.1%

※この国保の状態は2017年度を最後に一般公表されていません。



- ・保険料の負担増で「払いたくても払えない」ことによる滞納傾向を強める

権利である減額免除制度の活用を拡げません

自治体の公費負担のおさえこみ 医療費抑制の競争・強制的な監督

国は収納と差押えの徹底を指導します。

2006年9万5228件→2017年34万9108件



保険証の取り上げ=「資格証」〔短期証・留め置き〕状態に

- ・患者「自己責任」による無医療・無保険・無介護に

2)窓口患者負担・利用者負担を増大させていく

- ・診療・介護報酬のマイナス傾向で報酬における公費負担部分の抑制をはかりました。
- ・医療における診療報酬以外の自由診療を拡げ、差額ベッドなどの高額営利化です。



- ・患者窓口負担・利用者負担増で支払い困難が広がりました

医療・介護では「払えない自己責任」による受診抑制・利用抑制を強いること

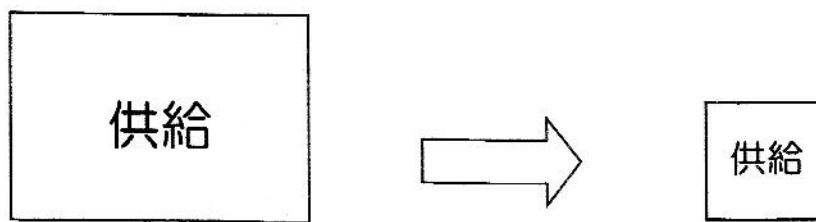


医療なら売薬ですませ、ガマンさせます。

介護なら家族対応?の状態で利用診療回数をおさえます。

② 供給の制限・廃止で公的支出の削減します

医療・介護の供給（＝医師などの養成数減、「人手不足」「後継者難」で事業撤退・病床・病院数の削減、経営難で倒産・休廃業の撤退）を絞っていきます。国は供給をしなければ公的支出は少なくてすみます。そこで供給自体を休廃止し縮小させていきます。

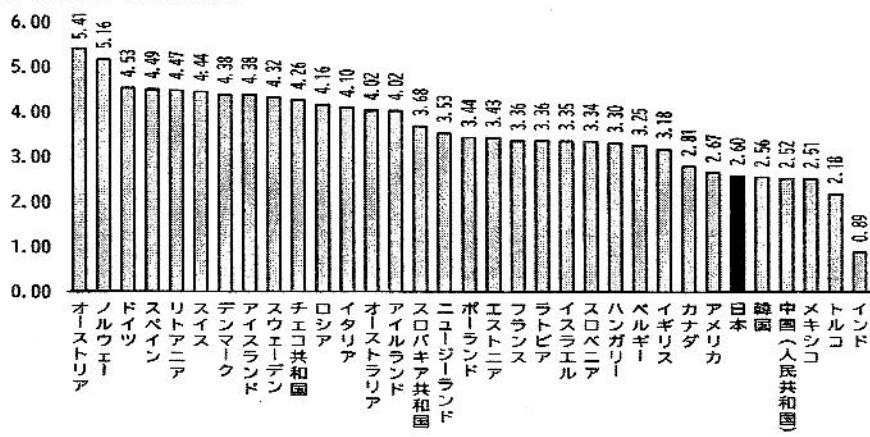


3)医師・看護師・介護福祉士などの従事者数を抑制する

- ・医師の養成数の抑制方針をつづけました。
- ・医療従事者の過重労働と人件コストの切り下げを目指しています。

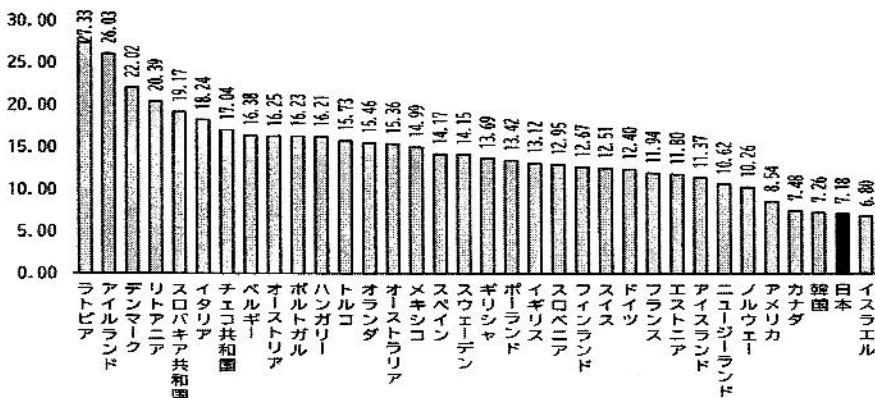
- ・労働過重による離職・「人手不足」にして供給の担い手を疲弊させ、つぶします。
- ・病院・介護に必要「スタッフ不足」による診療科目・事業の閉鎖です

人口1,000人対医師数



OECD Health Statistics : Doctors (2021) より作成

人口100,000人当たり医学部卒業生



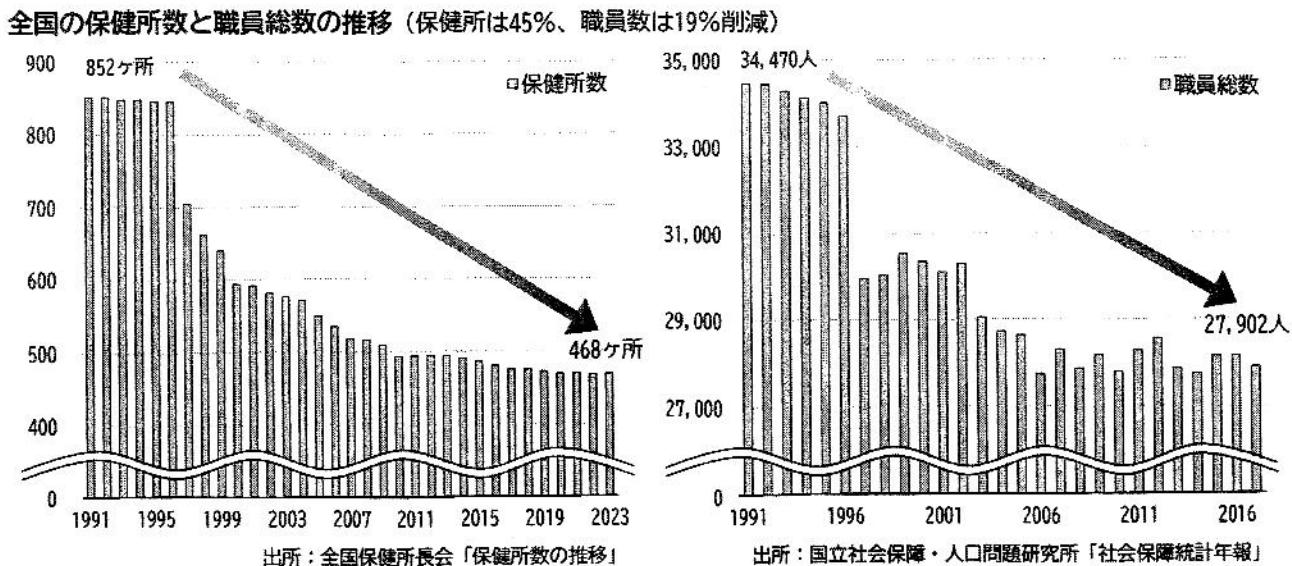
OECD Health Statistics : Medical graduates (2021) より作成

4) 医療・介護の公的保険制度から押し出し供給を廃止していく

- ・介護「要支援1.2」を保険から廃止。「要介護1.2」の介護保険から廃止予定へ。
- ・保険外の自由診療・混合介護で公的支出をなくしています。

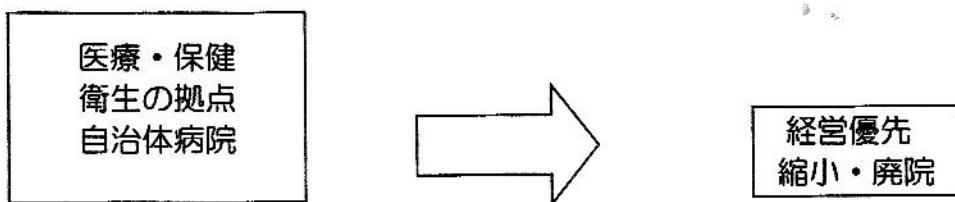
5) 消費税増税などで病院・介護の経営困難を強め休廃業・倒産で供給を絞ります

- ・医療機関（診療報酬）は患者から、介護事業所（介護報酬）は利用者からそれまでの消費税を取ることもできません。しかし、輸出企業のように、それまでかかった消費税分の還付がされません。そのことで持ち出しの「損税」が大きくなり経営を圧迫してきました。
- ・不採算の診療科目も減らし、介護事業所内でもサービスの廃止も増加傾向。
介護保険「要介護1.2」の廃止や訪問介護の報酬削減は困難さをさらに進めます。
- ・マイナンバー・電子カルテなどでも、診療所や介護経営など休・廃業・倒産傾向の増大。



③ 社会保障としての公的病院の役割を縮小・廃止に

供給を制限し国をはじめとする公費の削減で有効なのは公的病院であり自治体病院です。しかも公的病院は地域の医療・保健衛生などの要であり、ここで役割を経営優先化・縮小・廃止は確実に社会保障と安全の後退につながります。



6)自治体病院の本来の目的と機能を、そのための財政措置の基本を明らかにしない

- ・自治体病院の不採算医療・保健衛生・防災・防疫などにおける大切な地域の拠点機能を伏せています。
- ・そのための憲法から規定されている法的な制度上の財政措置を明らかにしません。
- ・法的に必要とされている一般会計繰入金を「赤字補てん」「税金の過剰な投入」とする、間違った見解を野放しにしています。

7)政策的に経営の困難さをすすめ、営利化をすすめさせ、供給の停止化に

- ・診療報酬・介護報酬の低下傾向による赤字化・経営困難の条件づくりを進めます。
- ・自治体病院では

地方公営企業会計制度の改悪で同じ経営状態でも「赤字化」を粉飾させています

地方交付税制度の改悪による地方交付税の削減による収入減

病院への自治体からの一般会計繰入金の削減

- ・民間病院もこれから医療計画で締め付けることで、民間病院側から「税金を使う公立病院の統廃合、縮小を！」と言わせるようにしています。
- ・本来の自治体病院の目的を見失い、経営優先のために自由診療の拡大や保健衛生機能の縮小・廃院に、人件費圧縮に向かわせます。

8) 地域医療計画や名指しの公的病院の統廃合で医療供給の制限・停止に

- ・地域の病床削減と社会保障としての病院機能の後退
- ・公立病院の統廃合・廃院・機能縮小による地域医療の供給停止
- ・公立病院の「税金投入」をとして問題化していく、社会保障を支える公的機能を壊す。

公立病院の存在を地域からなくすことがポイント

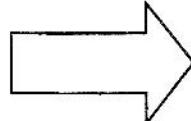


このことで「患者を病院に入れない、病床につかせない」仕組みづくりを進めます。

④ 「あてにならない」公的的社会保障から民間保険へ

公的な医療・福祉施設が淘汰され、無くなり、公的な医療・社会保障があてにならない事態となります。そうなると普通の国民は、自分の賃金・家計の生活費から、民間健康保険や民間年金に「自己責任」で費用をかけるしかありません。実質の賃下げとなります。その一方で、大企業の保険会社や薬剤・医療機器メーカー、大病医院、介護グループの市場が、さらに広がります。

社会保障の
破壊



民間営利市場
の
拡大化

9) 「自己責任」とされ、民間の保険会社などの新たなもうけ先にされます

- ・公的責任から「自己責任」とは、普通の国民の困難さを新たな市場＝大企業のための儲け先とします。
- ・戦争中の民間保険は「徴兵保険」が売りでした。かつてアメリカにも自治体病院がありましたが、今ではありません。しかも医療（民間保険）にかけるアメリカ国民の費用は多額です。民間保険証が何枚も必要となり、しかも民間保険料額での格差がつくられるのです。

新たな市場形成を大企業のために無理やり作ろうとします

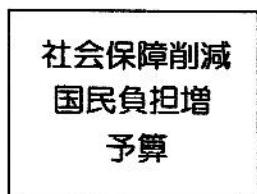
経済の基本である消費経済や民需は、普通の国民生活の疲弊・貧困化によって低迷せざるを得ません。そのため大企業のための新たなもうけ先を海外だけでなく、国内にも作ろうとします。

ぼう大な公費（＝増税（不公平税制）・社会保障負担増・国債発行で普通の国民から搾り取つて）を使って、大企業のための新しい市場先（新たな利益先）を無理やり作るやり方が全国の自治体でも行われています。

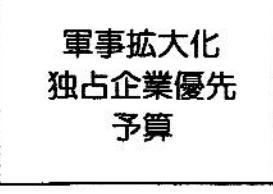
国策に従って自治体段階（県も市町村も）での、社会のデジタル化・電子化も学校・保育のＩＣＴ化もそうです。大坂万博・リニア建設・原発もそうです。タワーマンションや観光施設への優良建築物事業（民間1/3で公費は2/3）などもそうです。公共施設の統廃合と新たな大きな施設づくりもそうです。医療もそうです。

⑤ 社会保障破壊と軍事予算拡大は一体です

国家予算で見ると、今までの社会保障の破壊（予算の切り捨て）とは、異常な事態であり、社会そのものの生きづまりです。独占企業その場合「新たな市場（儲け先）」とは、軍事産業となります。



勤労国民の貧困化



超富裕層・独占企業利益増

医療従事者の賃金・労働条件の向上が患者の安心・安全につながります

通常の医師の（時間外労働が年間960時間・月100時間未満）事態など明らかに苛酷であり、看護師も含めて医療従事者全体の労働が劣悪で人手が足りません。

國の方針の「医師の働き方改革」の兼業・副業や医療デジタル化で解決できることではありません。特にタスク・シェアリング（医師の仕事を看護師や医療技術者にやらせる）などは危険でもあります。

『医師の働き方改革に関する検討会報告書』(抜粋) 2019年

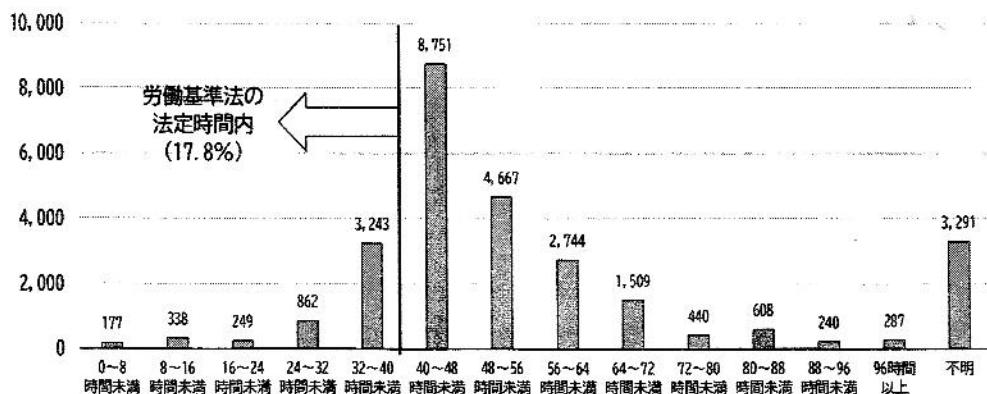
- 医療機関内のマネジメント改革（管理者・医師の意識改革、医療従事者の合意形成のもとでの業務の移管や共同化（タスク・シフティング、タスク・シェアリング）、ICT等の技術を活用した効率化や勤務環境改善）
- 地域医療提供体制における機能分化・連携、プライマリケアの充実、集約化・重点化の推進（これを促進するための医療情報の整理・共有化を含む）、医療偏在対策の推進
- 上手な医療のかかり方の周知を、全体として徹底して取り組んでいく必要がある。特に、地域医療提供体制における機能分化・連携、集約化・重点化の推進に関しては、個々の医療機関レベルでの努力には限界があり、地域医療構想と連動した取組等が重要である。

また官利に傾くと、人事評価などでもマイナス相対評価を与え、労働者間の差別と競争を強め、総額人件費のカットを求める。離職率が高まるだけでなく、医療従事者の不足（集まらない）ことにもなってしまいます。

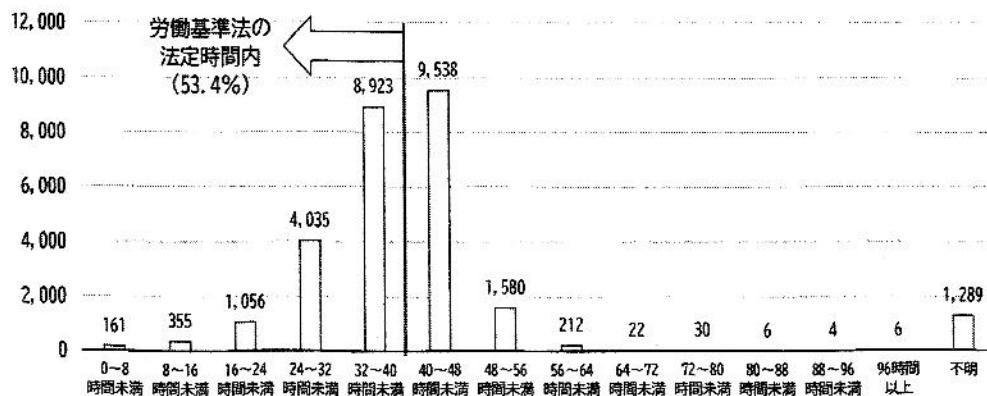
医師・看護師の労働条件確保が医療事故の防止に

医療事故当事者の直前1週間の勤務時間（2010～2022年合算）

医師



看護師



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

注意すべきは、医療従事者の苛酷さは、ゆとりある丁寧な医療ができないことにつながります。患者にとっての安心と安全を奪うことになります。苛酷な労働は医療事故も必ず引き起こすことになるからです。

さらにひどい労働法の改悪が検討されています

マスコミ報道も含めてほとんど知られていませんが、これから戦後史の中で最も大きな労働法の改悪がねらわれています。医療従事者のいのち健康も危惧されます。労働組合との連携も大切になっています。主なものを資料とします。介護労働では深夜の割増金をなくすことも言われています。

参考 独占企業体と政府が考えている労働法関係の改悪とは

一部賃金のみ

- ・賃金支払い原則に、株式報酬制度・キャッシュレス化・資金移動業者の口座での支払いなど。
- ・家族手当・住宅手当等の諸手当等の廃止。連動して割増賃金の引下げに。会社独自の単価計算に。
- ・出勤日数にあわせて基礎賃金・標準報酬の見直しで通勤手当の引下げ
- ・副業・兼業の長時間労働や介護労働の深夜労働の割増賃金の撤廃。
- ・スキル差に応じた賃金格差の拡大。・所得税の扶養控除等の申請申告書提出廃止。
- ・いわゆる「106万円・130万円の壁」税控除制度の撤廃。
- ・「円滑な自己退職」にむけて障壁の除去。退職所得課税控除の削減・退職金制度の廃止も。

VIII 自治体の基本は住民の「福祉の増進」です

自治体病院の機能を奪うための財政制度の改悪で「赤字化」に

国は自治体病院の本来の役割をなくすことが、医療の公費削減になるとしてきました。その政策的な典型は、会計制度を改悪して自治体病院の「赤字」を強調し、「先行きがない」とすることです。

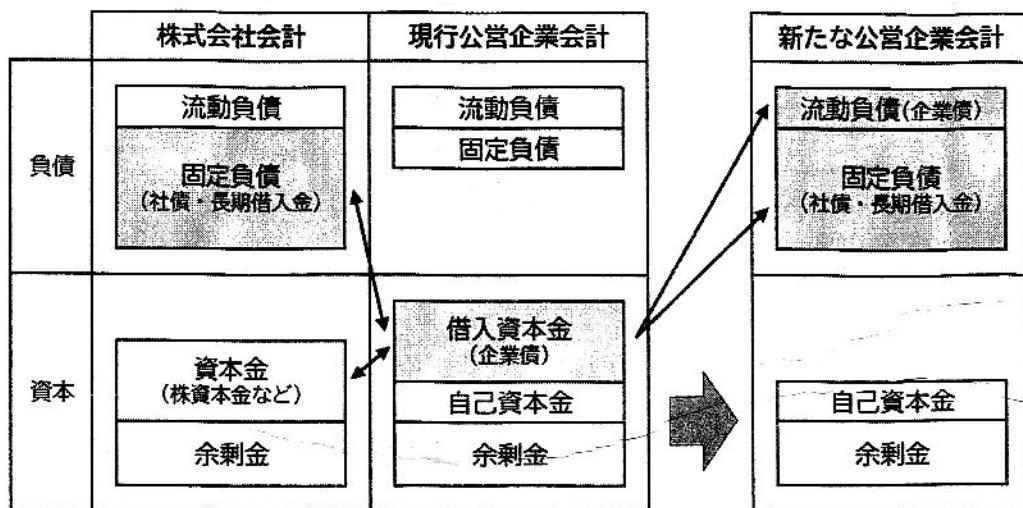
地方公営企業会計制度が2016年度から50年ぶりに大「改正」されました。それは「民間会計にあわせる」としながら民間会計にもない独自の会計制度で、事業の公共性・福祉性を失わせ、実際以上に「赤字」を「粉飾」するものです。

※「一般会計繰入金」について

病院・診療所などへの「一般会計繰入金」を「赤字補てん」などとする意見がつくられてきましたが、それは過ちです。総務省の地方公営企業操出規準があり、毎年度「操出金について」が出されます。それは、一般会計の義務であり、病院側にとっては権利なのです。典型は企業債を「資本」の「借入

「資本」としていたものを、「負債」の「固定負債」と「流動負債」としました。しかも年度内に入る「一般会計繰入金」の収入を「流動資産」にも計上させない制度としました。

長期借入金の取扱いの相違



『公営企業の経理の手引き』などから作成

2016年度からの会計制度では、同じ病院の仕事で、同じ年度会計収支であっても、すべての項目や経営指標で「経営の困難さ」「赤字」が強調されることになったのです。

以下は市立甲府病院の会計制度が2016年に変えられた違いと「同じ年度の収支」で前会計制度と新会計制度を比較したものです。ここにある「現制度」とは2016年制度以前の会計制度です。特に最後の欄の「流動比率」(流動資産 = 1年以内に現金化が予定される資産に対する流動負債 = 1年内に支払いを要する負債の割合)では、100%にならない「資金ショート」(年度内の支払いができない可能性)とされてしまいます。

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%	自己資本が減少する
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%以下で経営が不安定性に
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
前会計 新会計		
流動比率	121.3% ⇒ 65.2%	

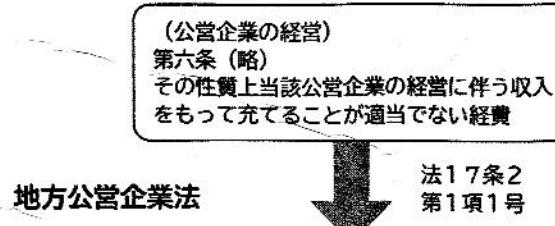
市立甲府病院経理係2016年作成

この会計制度では、ほとんどの普通の自治体病院は、「還付なし」の消費税損税累積と会計制度で「赤字」とされ、廃院や統廃合の対象とされてしまいます。それだけに、自由診療や差額ベッドでの収入増や総額人権費の歳出削減に向かってしまいます。

操出金は自治体病院の「赤字補てん」ではありません！一般会計の法令上の義務です

地方財政法

行政経費



法17条2
第1項1号

不採算経費

当該公営企業の性質上能率的な経営を行つてもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費

法17条2
第1項2号

地方公営企業法

(経費負担の原則)
第十七条の二（略）
その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費

法8条5
第1項5号

当該地方公営企業の性質上能率的な経営を行つてもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費

法8条5
第2項2号

地方公営企業施行令

(一般会計において負担する経費)
第八条の五（略）
●看護師の確保を図るために要する経費
●救急の医療を確保するために要する経費
●及び集団検診、医療相談等保健衛生に関する行政として行われる事務に要する経費

●山間地、離島その他へんびな地域等における医療の確保をはかるために設置された病院又は診療所での立地条件により採算をとることが困難であると認められるものに要する経費
●及び病院の所在する地域における医療水準の向上をはかるため必要な高度又は特殊な医療で採算をとることが困難であると認められるものに要する経費

操出金通達(操出基準)

- ・看護師の確保を図るために要する経費
- ・院内保育所の運営に関する経費
- ・伝染病に関する医療に要する経費
- ・救急医療を確保するための経費
- ・保健衛生行政事務に要する経費など

- ・へき地医療の確保
- ・不採算地区病院の運営に関する経費
- ・精神病院、結核病院の運営に要する経費
- ・高度特殊医療に要する経費
- ・リハビリテーション医療に要する経費
- ・周産期医療に要する経費
- ・小児医療に要する経費
- ・付属診療所の運営に要する経費
- ・病院の建設改良に要する経費など

公営企業経営の原則

負担区分の原則

一般会計が負担する経費の基本

一般会計の操出基準

『自治六法』などから作成

これは最高法規の憲法の生存権や、地方自治法にある自治体の基本である「福祉の増進」とも異なるものです。自治体病院の目的と機能は、そもそも経営優先ではない、自治体としての医療における「福祉の増進」です。

だからこそ行政経費と不採算経費の区があり、それ憲法→地方自治法→地方財政法→

公営企業法→地方公営企業施行令→操出金通達としてあるのです。

これは、憲法からも規定され、地方自治法のからの自治体病院の会計上の基本原則の流れです。
現状は、明らかに異なってきています。

地域住民の声や自治体議会の審議と採択と関係なく、当局の判断の国策方針が進んでいます。憲法は、地域・職場から身近なところから改悪され脅かされているのです。

憲 法

第25条 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。

② 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。

↓

地方自治法

第1条 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。

↓

地方公営企業法

(経営の基本原則) 第3条 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。

例えば、異なるのが ↑ 広島県当局の新病院の基本計画です

当局の「迅速で柔軟な対応の必要性」とは、

- ・予算執行に至るまでに、予算の要求・調整・編成、議会の議決といったプロセスを経る必要があるため一定の時間を要し、また、年度途中では、予算の範囲内での執行が求められる。
- ・地方公務員法に基づく選考手続きが必要であり、再編・統合対象となる医療機関から新病院へ移行する職員の受け入れに課題が残る。
- ・職員定数は条例で定めており、改正する場合、議案の作成・調整、議会の議決といったプロセスを経る必要があり、一定の時間を要し、また、時期の制約を受ける。(基本計画 143頁)

地域医療を壊し、地域住民と医療従事者のいのちと健康を危うくする「柔軟な計画」(勝手な計画)となってしまいます。これも憲法破壊であり、平和を脅かすものに連動していきます。

平和を脅かすのは、外交だけではありません。住民の声と働くものの権利と生活を脅かす日々の身近な悪政こそが、平和を脅かす土壤となるからです。

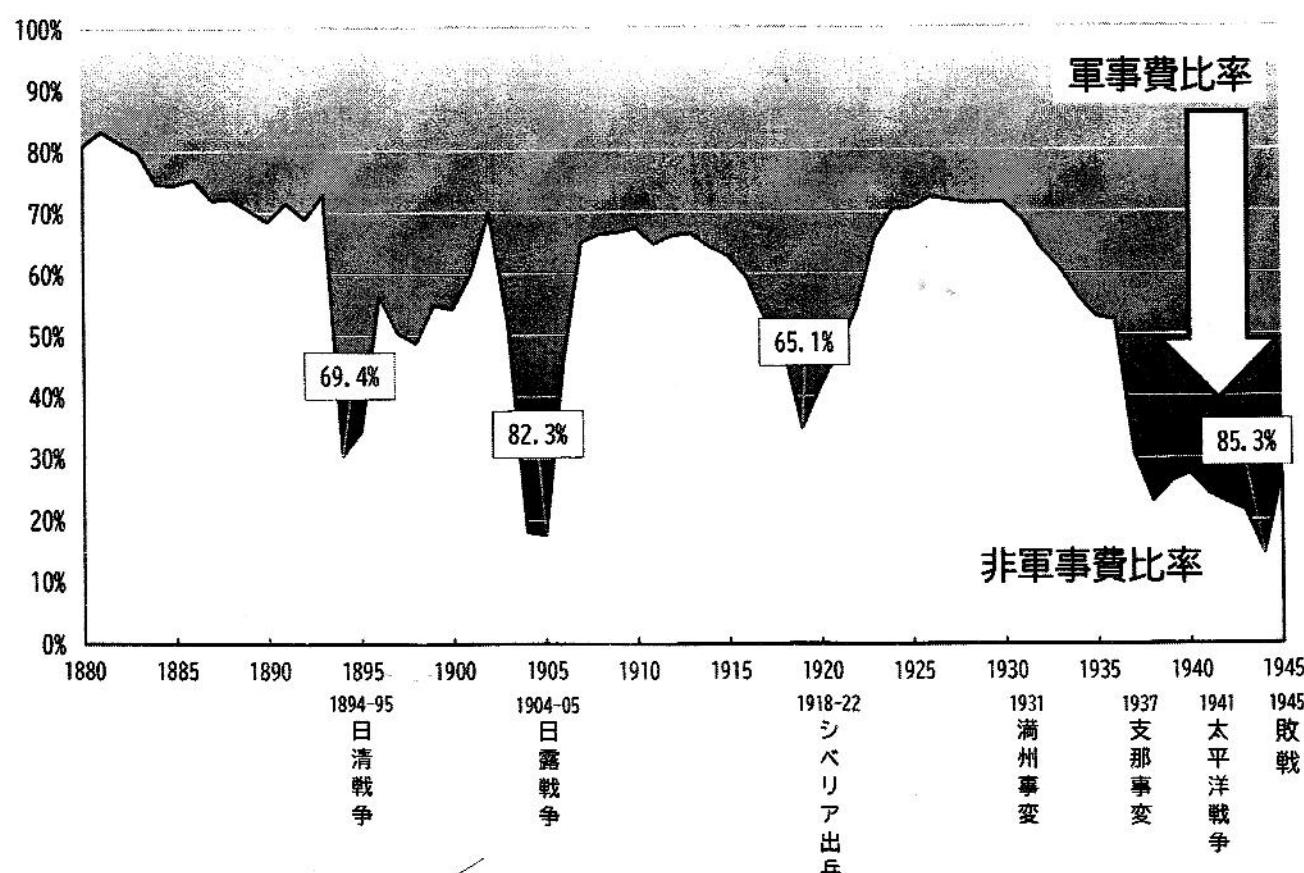
地域医療を守るためにも、私達の生活といのちを守るためにも、取り組んでいきましょう。そのためにも、まずは、実態の交流であり「ウソと隠蔽」から騙されないことです。そして、10年前や30年前40年前の状況と今とを比べてみる必要があります。

ナチスヒットラーの発言として有名な言葉があります。「大衆の受容能力は非常に限られており、理解力は小さいが、そのかわりに忘却力は大きい。」(『我が闘争』より)

日々の苛酷な生活と労働に追われている私たちは、確かに社会=体制側の主張に巻き込まれやすいし、かつての社会保障や年金や労働の権利も忘れていました。ここでも「新たな戦前」でしょうか。

また、戦前の特に戦中の国家予算をみても、社会保障予算と軍事予算の関係がうなづけます。

国家財政に占める軍事費の比率 (%)



資料:「大蔵省決算書」帝国書院HPより作成