

〈回答1〉

医療・介護は、住民の暮らしとコミュニティを支える不可欠の基盤であり、地方・へき地における医療・介護従事者の不足は、地域の衰退と人口減少に拍車をかける大きな要因となっています。農村・中山間地域は、食料・水・木材・電力などの供給地であり、その衰退は都市部を含めた国全体を危機に追いやるものです。

ご指摘のとおり、コロナ危機は、現在の「都市集中型」の過密社会の脆弱性や、「小さな政府」の名で社会保障などの公的サービスを切り捨てる新自由主義の破綻を、白日のもとにさらしました。

また、コロナ危機により、日本では、医療・介護・福祉・保育などのケア労働が、あまりに粗末に扱われてきたことも浮き彫りとなっています。医療従事者の不足は、そのあらわれにほかなりません。

目前のコロナ禍から命・健康・くらしを守るためにも、コロナ危機後により良い未来を切り拓くためにも、国策の抜本的な転換が必要です。

日本共産党は、「自然増抑制」の名で社会保障費を削り続ける政策を根本的にあらため、社会保障の拡充に舵を切ることを提案しています。医療・介護の基盤を再構築するため、▽医師・看護師・介護職員の計画的増員、▽医療従事者の労働条件にかかわる診療報酬の抜本的増額、▽地域医療を担う医療機関への公的支援の強化、▽介護報酬の大幅な引き上げ、▽介護職員の国費による賃金アップと労働条件の改善——などを進めます。

財源は、消費税に頼るのではなく、富裕層・大企業への優遇をやめて応分の負担を求める税制の改革、軍事費や大型開発などの浪費をなくす歳出の改革で確保します。

人口減少を前提に「選択と集中」と称して地方の社会的インフラを後退させ、中小企業や農林水産業を衰退にまかせる政策をやめ、地域経済に希望をもたらす政策に転換することが今こそ必要です。

地方・へき地における医療・介護・福祉、教育・保育の基盤を拡充します。それは、安定した雇用の創出や地域の振興にも貢献します。

中小企業を日本経済の根幹に位置づけ、国の責任で、経営支援、人材の育成・確保、金融の円滑化、事業承継などを推進します。大企業と中小企業の公正な取引ルールを確立します。地域金融機関の健全な金融仲介機能を守ります。

食料自給率の回復を国づくりの中心におき、食料生産の担い手の確保・育成に国が責任をもって取り組みます。農産物の価格・所得補償を抜本的に強化します。家族農業を切り捨てる「農協改革」に反対し、家族農業とその共同組織を支えます。

公共建築への国産材の利用促進や再生林の支援など、林業振興を進めます。

沿岸漁業の振興、魚価安定対策の強化、漁業者を主体にした資源管理などで漁業経営を支

えます。

地域それぞれの条件にあった再生可能エネルギーの開発・利用を計画的に拡大することで、循環型の地域経済を推進します。太陽光・熱、小水力、風力、地熱、波力や、畜産・林業など地域の産業とむすんだバイオマス・エネルギーは、まさに地域に固有のエネルギー源です。この再生可能エネルギーの活用を、地元の中小企業の仕事や雇用に結びつくように追求し、そこから得られる電気やガスを販売することで地域に新たな収入が生まれます。事業の成果や副産物を地元に戻したり、雇用や技術、資金の流れを地元を生み出したりすることで、地域経済の活性化に役立ちます。

〈回答2〉

農協組合員・住民の健康保持を目的にかかげて160を超える医療機関（病院・診療所）を運営し、農村検診センター、へき地巡回診療車、訪問看護ステーション、老健施設、特養ホームなどを展開する厚生連の活動は、地域住民の命と暮らしを支えるうえで重要な役割を果たしていると考えます。

医療法で位置づけられた公的3病院のなかでも、厚生連病院の立地は人口5万人未満の市町村と人口5~10万人の小都市とが6割を占めており（日赤・済生会は3割）、高齢化や人口減少がすすむ農村・中山間地域の住民にとって、文字通りの“命綱”になっています。

〈回答3〉

ご指摘のとおり、人間の命と尊厳を守る医療や介護は、単純なコスト計算で当否が判断されたり、切り捨てられたりするべきものではありません。また、地域住民の命と健康を支える医療機関・介護施設が「不採算」となっていく実態は、今の診療報酬・介護報酬に不備があることを示しています。

現行の診療報酬には、医薬品や医療機器が高く評価される一方、医療従事者の労働がまともに評価されず、産科や小児科への報酬が低く抑えられているなどの矛盾があります。そのうえ、政府の社会保障費削減路線のもと、診療報酬はこの20年間に、トータルで12%も削減されてきました。

高薬価・高額医療機器を是正するとともに、産科・小児科・救急・へき地医療などに係わる報酬を増額し、「不採算」の解消、医療従事者の労働条件の改善、医療の安全と質の向上などに振り向けていくことが必要です。

介護保険は今年で導入20年となりましたが、介護報酬は削減・抑制が続き、介護人材の不足と事業所の経営難が制度の存立をゆるがす事態となっています。この20年間の介護報酬改定率は、もともと国費で措置されていた処遇改善加算と、消費税増税対応分を除けば、6%のマイナスです。

報酬本体を抜本的に引き上げるとともに、介護職員の技能・労働を正當に評価し、給与・待遇の着実なアップにつながる報酬体系への改革をすすめることが求められます。

また、これらの報酬増が、患者・利用者の負担増に跳ね返ることがないように、窓口負担・

利用料の軽減を同時にすすめることが必要です。

コロナ禍のなかで、多くの医療機関や介護事業所が巨額の減収を被っています。同時に、コロナ危機は、急性期病床の淘汰・削減や、公立・公的病院の統廃合を進める路線が、いかに医療現場を逼迫させ、体制を脆弱にしているかを浮き彫りにしました。

日本共産党は、▽コロナ患者の受入病院はもちろん、受診抑制などで医業収入が減少した全ての病院・診療所に減収補てんを行う、▽感染防護具や医療器材を国の責任で現場に届ける、▽地域医療構想による公立・公的病院の統廃合と病床削減を中止する、▽介護・福祉事業所についても利用抑制による減収に補てんを行う——などを政府に要望しています。

〈回答4〉

ご指摘のとおり、業務の必要上、固定資産の額が大きくなる医療機関・介護事業所に対する「固定比率」の規制には、合理性がありません。病院に“自己資本比率の向上”をせまる規制が一律に適用されるなか、経営側の人件費カットで職員の労働条件が悪化したり、ランニングコスト縮減のための外来・救急機能の縮小で患者・住民が不利益を被るなど、深刻な弊害も起こっています。機械的な規制をやめ、医療機関や介護事業所は適用除外としていくことを考えるべきです。

「員外利用率」の規制も、医療資源の乏しい農村・中山間地域で、外来・急患対応・入院など“住民の命綱”の役割を果たしている厚生連病院の実情にまったく合致していません。ご指摘のとおり、一方で、「病院・施設の連携」や「公的病院の役割発揮」を求めながら、他方で、非組合員による厚生連病院の利用に制限をかける、政府の政策は矛盾しています。「員外利用率」規制の厚生連病院への適用も、見直しが必要です。