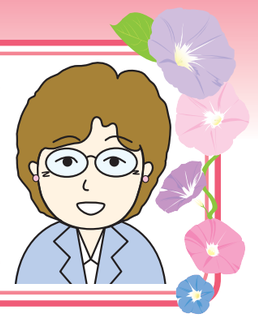
# 井加田 まり
## 県政活動レポート

2017年 7・8月号
No.16
発行責任者／井加田 まり
富山県議会社民党
無所属議員会



２月定例会では、会派を代表して代表質問に立ちました。

２月定例会（予算議会）では、新年度予算案等が審議され、全議案が可決承認されました。社民党無所属議員会では、新年度予算案に対して「ダムに頼らない治水対策」を検討すべきとして利賀ダム建設の再検討を求めました。また、「県立大学看護学部教育棟新築工事」の入札結果（共同企業体一者入札・落札率99.4％）について、公正な競争や透明性確保に問題があるとして反対しました。

県政の本来の役割は、県民福祉の向上、県民生活の安心･安全を図ることです。今後も県政のあり方の改革をめざして全力で取り組んでまいります。

### 社民党無所属議員会

平成29年度から新体制で活動中です！
平成29年度～30年度
―― 井加田の所属委員会など ――
- ◆常任委員会：経済建設委員会（委員長）
- ◆特別委員会：総合交通対策特別委員会
- ◆議会運営委員会
- ◆議会から選出する審議会等
  - ・都市計画審議会
  - ・北陸地方開発促進協議会

## 2017 年前半の活動

### ◆津波対策の調査のため、高知県を視察（2／1～2）

船倉津波避難タワー（高知市仁井田）
高知市：防災対策部防災政策課

防潮堤の整備（国事業）
高知県：危機管理部南海トラフ地震対策課
（土木部港湾海岸課）

津波避難タワー
（市内全域・半径300ｍの範囲で一基設置）
南国市：危機管理課

富山県では「呉羽山断層帯」を震源とする地震の特徴は直下型・津波到達時間は1分程度と想定される。
確実に起こるとされる南海（東海）巨大地震・津波に対して高知県では地域全体で取りくみが進んでいることを実感した。
災害への備えについての防災教育や減災対策として、富山県の特徴を踏まえた浸水域を想定し、津波タワーや高台（高知港ではいのちの丘）などの設置を検討すべきと強く感じた。

全国植樹祭が、
魚津桃山運動公園で
開催されました。（5／28）

地域医療構想で医療・介護がどう変わろうとしているのか、医療現場で働く皆さんとともに考える。（7／7）

### ◆地球環境にやさしい再生可能エネルギー

角川ダム管理用水力発電所の竣工式に参加（7／12）
年間約800MWh（一般家庭約220世帯分の使用電力量に相当）余剰電力は北陸電力㈱に売電。
年間約600トンのCO２削減効果・約４万本のCO２吸収量に相当。

---

### 戦後70年を機会にして、もう一度日中の歴史を学ぼうと 第三次村山談話を継承する平和の旅（７月14日～19日）訪問団に参加しました。

― 731記念館 ―
終戦間際に、証拠隠滅の為に爆破された「731部隊」の跡地（約１万平方メートル）で、2015年８月に新築（３階建てで６つの展示場）された。

哈爾濱　731記念館（７／15）
731部隊罪証陳列館、731部隊関連遺跡の航空班、ガス製造所跡等を視察

幸存者証言を聴取（７／15）
「731部隊」で実験されていた“ペスト菌”の広がりで多くの村民が犠牲になった。当時の生存者（死亡）の妻と娘の証言を聴取

瀋陽（７／16）
9.18事変博物館視察／撫順炭鉱視察／平頂山殉難烈士記念館視察

北京（７／18）
抗日戦争記念館視察後、盧溝橋事件跡視察

## 働き方改革！一人で悩まないでまずは相談を！

富山労働局「雇用環境・均等室」に、過去３年間に寄せられた相談では、マタハラをはじめ、セクハラやパワハラ等で悩む労働者が少なくないとしており、特別相談窓口を開設しています。（７月３日～12月28日）
雇用者、雇用主、男性、女性を問わず相談することができます。

富山労働局「雇用環境・均等室」（総合労働相談コーナー）０７６－４３２－２７４０

## 働き方改革は長時間労働の是正から…

**＜過労死ラインの残業の上限は危険！＞**

政府が策定した「働き方改革実行計画」を受けて、労働基準法改正案が秋の臨時国会に提出され、来年４月施行を目指すとされています。残業時間の上限を720時間、繁忙期で月100時間未満、２～６か月平均で80時間とする内容であり、「100時間未満」という１ヵ月当たりの最長の残業時間は「過労死ライン」とされ、過労死した人の遺族からは批判の声が上がっています。また、適用猶予（５年間）とされている自動車運転業界や医師なども反発しています。

**＜法令順守で長時間労働の規制を！＞**

労働時間の上限は「労働基準法」で週40時間・１日８時間とされ、超えた場合は時間外労働として残業代が支払われます。「36協定」では、延長可能な限度時間を「１ヶ月45時間以内、１年間360時間以内を上限としています。例外措置を認めず、労使双方が法令順守することで長時間労働は規制できます。

政府が検討している労働法改定案（年収1075万以上の高度専門職を労働時間の規制から外す「高度プロフェッショナル制度」創設や実労働時間ではなく成果で報酬を決める「裁量労働制」の拡大）では、「過労死ライン」の長時間労働を容認することになり、働き過ぎの改善にはつながりません。

**＜2016年度の労災認定は498件と最多！＞**

※厚生労働省（６／30）
- 過労自殺（未遂含む）84件、脳・心臓疾患の労災認定260件、うち過労死107件
- 精神疾患の労災申請件数も最多の1586件
- 80時間未満で労災認定のケースが14件
- 富山県は精神疾患で労災認定者５件（うち過労自殺は２件）、脳・心臓疾患の労災認定２件（うち死亡２件）

**富山県は全国平均より年間総労働時間が100時間長い（毎月勤労統計調査）ことが指摘されています。まずは、全国平均より長い長時間労働の是正への取り組みが必要です。**

### 「均等３法」に関する相談の状況（富山労働局調査より）

| | H28年度 | H27年度 | H26年度 |
|---|---|---|---|
| 相談総数 | 1780件 | 607件 | 754件 |
| 均等法<br>育介法<br>パート法 | 261件<br>1501件<br>18件 | 188件<br>386件<br>33件 | 154件<br>466件<br>134件 |
| 行政指導総件数及び最も多い指導内容 | | | |
| 均等法 | 249件（母性健康管理措置の不備） | 239件（セクハラ対策の不備） | 384件（セクハラ対策の不備） |
| 育介法 | 386件（育児休業の不備） | 772件（育児短時間勤務の不備） | 895件（育児短時間勤務の不備） |
| パート法 | 587件（労働条件の文書交付等） | 1029件（労働条件の文書交付等） | 867件（労働条件の文書交付等） |

※「均等３法」＝男女雇用機会均等法、育児・介護休業法、パートタイム労働法
「マタハラ」＝婚姻、妊娠、出産等を理由とする不利益取り扱い・ハラスメント

県政に対するご意見をお聞かせください！
**井加田まり事務所**
高岡市本丸町13-17コンドウビル３階
TEL：0766-21-6311
FAX：0766-21-6312

# 地域医療構想で医療・介護はどうなる？

団塊の世代が75歳以上となる平成37年（2025年）に向けた医療提供体制のあるべき姿として、県の医療計画に位置付けられる**「富山県地域医療構想」**が、平成27年３月に策定されました。

病床の機能分化・連携を推進、回復期機能病床への転換促進、在宅医療等の一層の充実、医療従事者の確保・養成で、地域医療構想を推進していくとされています。

## 医療の供給制限と需要の切り捨て……

今後、高齢化（65歳以上：26.7％）に伴う高齢者労働の広がりで、**医療の必要性は深まることが想定**されます。そうした中で30％を越える大幅な病床数削減方針は、**医療の『供給』を制限し『需要』を切り捨てる**ことにつながります。

平成37年度末の在宅医療の患者数は約4,700人と推計され、今後６年間の経過措置期間で「介護療養病床」から在宅医療となる「介護医療院」への移行分を差し引いて、新たな在宅医療患者見込は約1,800人とされています。

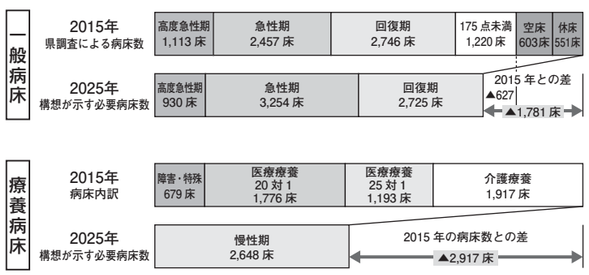
## 提供体制の充実こそが必要！！

在宅医療・介護の受け皿が不十分なまま、高齢患者が施設から在宅へと追い出されることになりかねません。医療費増加の原因を高齢者問題にすり替えた、医療・介護の大改悪ではないでしょうか。

地域の医療・介護の現状や利用者の実態、医療従事者の実態を踏まえれば、病床数の機械的な削減ではなく、提供体制の充実こそが必要ではないでしょうか。

## 資　料

### ≪「富山県地域医療構想」策定のポイント≫




### ≪一般病床と療養病床が削減対象≫

◆Ｈ26年度時点の病床数　14,255床
　Ｈ37年の必要病床数　9,567床（4,698床：33％削減）
　内訳
　・一般病床　8,690床 → 6,909床（約▲600床）
　・慢性期病床　5,565床 → 2,648床（▲2,917床）
◆Ｈ35年度末までに新たな施設類型へ移行
　介護療養病床等は、「介護医療院」等へ移行
◆在宅医療が必要な患者数　約4,700人
　新たな「在宅医療患者見込数」　約1,800人

「地域医療構想」を踏まえて、今後、病院機能の見直しや病床数削減計画が、実行段階に入ることとなります。

国は医療費の公費負担支出を削減するために、国民が必要とする医療の「需要」がどのようにあろうとも、医療の「供給」自体を無理やり制限するやり方を押し付けようとしています。国際的にも日本の医師数をはじめ医療従事者数は未だに少ないにもかかわらず、病院と病床施設の削減を行おうとしているのです。

「医師・看護師不足」「ベッド数不足」「入院日数短縮」などで医療労働者の心身の過重労働による労働災害の増加、また「入院したいが病院が無い・ベッドが無い」「早期退院を迫られ症状が悪化した」など、医療現場の混乱が危惧されます。

**医療費抑制を理由とした医療と介護の再編成の大改悪とならないよう、地域医療を守る視点が重要です。**

# 2018年度から“国民健康保険”が県単位化に！

県単位化とは、国民健康保険の運営主体である保険者を現在の市町村から都道府県との共同で行うことです。

現在の国保は年金受給者と非正規雇用者など、低所得者の受け皿となっていることから、10年以上も前から「国保」の構造的危機と言われてきました。「赤字」の保険者（市町村自治体）が2015年度では996自治体（全国の58％）となっています。

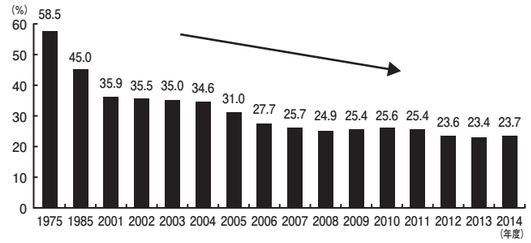
社会保障として国の財政上の公的責任がしっかりと果たされていないことが一番の問題なのです。

## 国庫支出金の削減

被用者保険（協会けんぽ・組合健保・共済組合）は使用者が保険料負担の半額を負担しますが、国保は社会保障として、被保険者（住民）が負担することが困難な場合も援助することが“国保法”に明記されています。国は、被用者保険以上に負担することが前提となっているのです。**【図表①】**

しかし、1975年度では国保会計の**収入の58.5％が国庫支出金**だったものが、2014年度では**23.7％と半分以下**に下げられています。

**図表①　国保会計への国庫支出金の割合の低下**
**－年度別国民健康保険特別会計事業勘定収入構成比－**




【国民健康保険事業年報より作成】

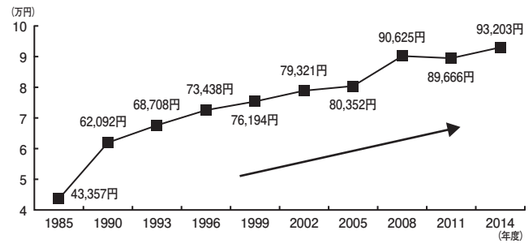
## 負担能力を超える過酷な保険料

住民の保険料と患者の窓口負担が強められ、１人当たりの国保保険料（税）は、1985年度は43,357円だったものが、2014年度では93,203円にもなっています。**【図表②】**

世帯の所得に占める国の保険料負担割合は、全国平均で約14％、世帯人数が多ければ20％にもなります。低所得者には「払いたくても払えない」実態があるのです。

滞納世帯は加入者の16％（313万世帯）、差押え件数も増加（2014年度28万件）、正規保険証が取り上げられている世帯は119万、うち保険証のない資格証世帯は20万と公表されています。

**図表②　１人当たりの保険料が益々重くなっている**
**－１人当たり保険料・税（調停額）－**




【国民健康保険事業年報より作成】

## 保険者は市町村・財政運営の権限は県（国の指導の下）

県は、各市町村の「標準保険料率」を算定し「納付金」を決定。各市町村は「標準保険料率」に基づいて保険料を決め住民から徴収し、徴収した保険料を「納付金」として全額支払わねばなりません。県は市町村に“保険給付”に必要な費用の総額である「交付金」を交付します。市町村は残された保険運営の実務の全般を行うことになります。

国保の**効率化・標準化・広域化**で、マンパワーの削減、滞納整理と医療費適正化への締め付けが強まることが懸念されます。県民目線でしっかりとチェックしていくことが必要です。