

10月23日

あきる野市議会議長 殿

会 派 名 くさしぎ

代表者名 辻よし子



会派の（ 調査研究 ・ 研修 ） 報告書

このことについて、下記のとおり実施したので報告します。

記

1 調査研究または 研修実施日	平成29年10月16日（月）～20日（金）
2 調査研究または 研修の場所	全国市町村国際文化研修所
3 調査研究事項 または研修名	市町村議会議員研修〔5日間コース〕 「社会保障・社会福祉コース」
4 参加者氏名 （ 1 名）	辻 よし子
5 調査研究または 研修の概要及び 感想等	別紙のとおり



【概 要】

5日間で8つの講義を受けるとともに演習をおこなった。演習ではグループワーク討議をおこない、「高齢化が進展する中、医療・介護保険制度について、将来にわたって持続可能なものとするために市町村がこれからすべきこと」をテーマに想定自治体の実施すべき施策についてまとめ、最終日に発表をした。

(1) 各講義の概要

①「介護保険のこれからと市町村の役割」鏡諭氏（淑徳大学コミュニティ政策学部）

- *平成30年度からの第7期介護保険事業計画では、これまでのプロフェッショナルの事業者からボランティアな団体によるサービスの転換が期待されている。そこには厚労省や財務省の給付縮減の意向がある。
 - *総合事業の実施では、多様な主体の参入が期待されていたが、実際には国が思い描いたような状況には至っていない。
 - *介護保険は社会保険制度であり、社会福祉制度ではない。社会的弱者に対する救済制度ではなく、あらかじめ起こりうるリスクに対して、構成員が保険料を拠出して財源に充て、必要に応じで再配分する仕組みである。
 - *介護保険制度は、突き詰めれば給付と負担のバランスをどう取るかということであり、その采配は保険者である市町村が各自治体の実情に応じて決めるべきことである。
 - *介護施設職員の報酬はこの10年間で約9%減少しており、危機的状況にある。本来は国が保証すべきであるが、国はむしろ縮減を進めており、自治体独自の加算も視野に入れて考えなければならない状況にある。
 - *総合事業は、自治体が組み立てる事業であり、責務が課せられているのは訪問介護型事業と通所介護型事業である。その事業の実施方法を整理し、報酬や委託料の払い方、実施指導や事務監査、個別サービスの金額等を自治体が決定することが重要であり、その規範は条例化することが望ましい。
 - *総合事業は、介護保険の給付制度ではないので、被保険者の受給権は保証されない。サービスの内容や制度、運営上の対応には、自治体間で差異が生じる。そこには、各自治体の要介護者や市民の合意形成が求められる。
- ②「社会福祉法人の経営の在り方」松原由美氏（早稲田大学人間科学学術院）
- *今年、社会福祉法人の制度ができてから60数年振りの大改革が行われた。その主旨は、社会福祉法人のガバナンス改革である。そのポイントは、非営利組織に相応しい経営をしているか、事業費が公的資金（税＋社会保険料）で賄われていることに相応しい経営をしているか、ということにあった。
 - *非営利組織の「利益」と営利組織の「利益」とは異なる。非営利組織の「利益」は、事業の安定継続に必要な将来の事業費を賄うのに必要な利益であり、実質は費用である。

- * 必要利益には、減価償却費と借入金返済額とのギャップから生じるキャッシュフロー不足を補う分、数十年後に建て替える見込みの建設費が現行施設の建設費を上回る額を補う分、大規模修繕分などが含まれる。
 - * 本来必要な改革は、非営利性に反する組織運営になっていないか、私物化経営になっていないかなどをチェックする評議員体制を取ること、情報開示、監査制度を徹底すること、利益、内部留保の適切な管理、公益性の強化などにある。
 - * 地域財産として社会福祉法人を育てていくことが大切である。
- ③「地域医療の確保に関する課題」尾形裕也氏（東京大学政策ビジョン研修センター）
- * 2006年に医療制度構造改革が始まり、2013年の社会保障改革プログラム法に続いて、2014年に地域医療・介護総合確保推進法（地域医療構想の策定）、2015年に医療保険制度改革法（国保の都道府県単位化）、2017年に介護保険法改正（介護医療院創設）と続いている。2018年は、国保の都道府県単位化と介護医療院創設、介護報酬と診療報酬の改定とが同時に行われ、「惑星直列」の年と言える。
 - * 社会保障制度に関しては政権交代の影響をあまり受けない。
 - * 2025年ビジョンのポイントは、増大する費用について消費税で対応すること＝「社会保障と税の一体改革」と、急性期医療の確立と居住系サービスを中心とする在宅サービスの充実にある。
 - * 医療・介護サービスにおける政策は、本来、国民の選択の問題であるが、ほとんど国民の間で議論になっていない。
 - * 選択に当たっては、世代間の利害の対立に留意すること、消費税の増税の是非（逆進性をどうするか）、増税規模、タイミング、保険料引き上げをどうするかなどを考えないといけない。
 - * 病床数には地域差があり、「西高東低」の傾向がみられる。
 - * 日本における人口変動は、ここ100年でうなぎ上りに増え、今後100年で一気に下がることが予測される。
 - * 病院で看取る数が自宅で看取る数が超えたのは1975年以降のことであり、ここ数年病院で看取る数が減少傾向にある。
 - * 「地域医療構想」では、2025年に向け、病床の機能を「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」に切り分け、医療需要と病床の必要量を推計している。それを見ると、東京、神奈川、千葉、埼玉、大阪、沖縄は若干病床が不足するが、その他の道府県は病床が過剰になる。
 - * 重要なことは、都道府県レベルでの推計ではなく、各自治体、あるいは2次医療圏での状況を推測し対応していくことである。
 - * 慢性期の医療については、医療機能を内包した介護施設サービス、あるいは医療を外から提供する居住スペースと医療機関との併設など、新たな機能を持った機関が必要になってくるだろう（その中で、老健は本来の医療と在宅の橋渡しの役割に純化させていく）。
- ④「社会保障の現状と展望」植村尚史氏（早稲田大学 人間科学学術院）

- * GDPに対する医療費の国際比較をすると、日本はヨーロッパ並みになっているが、実際はGDPの伸び悩みが影響している。
 - * 社会保障費用の伸び率を先進7か国と比較すると、日本はドイツと共に他国に比べて伸び率が低い。
 - * 近年の社会保障給付の増加は必ずしも高齢化によるものだけではなく、非正規雇用の増加も大きく影響している。
 - * 社会保障給付費は年々増加する一方、社会保険料収入は伸び悩み、「赤字」が増加している。
 - * 平成27年度の厚生年金決算は2兆2600億円の黒字と発表されたが、共済組合との合併による徴収金を除くと4.1兆円のマイナス、他に運用による損益は時価ベースで5.8兆円のマイナスである。
 - * 平成28年度は医療費の伸び率がマイナス0.4%になったが、これは前年に「抗ウイルス剤」の薬剤料が一時的に大幅に増加した影響である。
- ⑤「超高齢社会に向けた医療・福祉システムと自治体の役割」河幹夫氏（神奈川県立保健福祉大学）
- * 政策を考える上で、ミクロの世界における事業とマクロの世界における制度とがある。その2つをつなぐ中間団体が重要であり、その役割を果たすのが地方自治体である。
 - * 社会保障においては、特にミクロから考えていくことが重要である。
 - * その人が人間らしく自由に生きられることが、人間の尊厳であり、尊厳は本質的な自由の尊重である。
 - * 社会保障には、社会的な支援である制度によるお金と、個別的な支援である社会サービス給付がある。
 - * 社会サービス給付について、良質なサービスが提供されているか中間団体としてしっかり見ていくのが、地方自治体の役割である。
 - * 年金は、現金が受給者にそのまま届くが、社会サービスはお金が形を変えサービスとして利用者に届けられる。
 - * そのサービスを作り出すのは自治体の役割であり、介護というサービスが過疎地で仕事を生み出し、町づくりの中核になったケースもある。
- ⑥「地域包括ケア～高齢期の「すまい」と地域づくり～」植村尚史氏（早稲田大学人間科学学術院）
- * 地域包括ケアシステムは、介護・医療・介護予防・住まい・日常生活支援の5つが一体になって提供されるシステム。
 - * 病院に入院しているときは、5つがすべてそろっているように見えるが、しかし、住まいとは、本来、固有の時間を持てる場、自分の自由な生活を支える基盤であり、その意味で住まいと言えるだろうか
 - * 住とは自己の生活基盤を提供する場、自己の支配できる時間と空間。
 - * 「住まう」福祉のステップ＝施設の住宅化（ユニットケア、グループホーム）→介護

保険サービス（小規模多機能、24時間巡回）→住宅政策（新しい住居への転居）→地域づくり（高齢者の住まうコミュニティ）

*Aging in Place とは、普通の場所で歳を取ることを。

*Aging in Place の方向としては、「高齢者を他の地域に移して、若者の街に作り替える」「高齢者が住み続けられるようにしながら、若者も入ってくる街にしてい」「高齢者が住みやすい街にして、高齢者が亡くなった後に、高齢者が入ってきて、Aging in Place が継続するようにする」

*高齢者にとって住みやすいコンパクトシティを作っても、わざわざ引っ越してくる高齢者は多くない。契機は退院。退院後、以前と同じようには自宅で暮らせなくなったことで、コンパクトシティへ移る。それには病院の前に街をつくるのが最適。「院前町」の構想。実際に病院がそのような住宅を提供している例がある。

*海外の例。アメリカの Assisted Living（高齢者向けコミュニティを新たな土地に作り受け入れる）。イギリスの Sheltered Housing（高齢者に適したコンパクトな家への住み替え）

*「住まう」福祉実現の条件整備には、「住み慣れた家から、ライフステージに応じた住まいへの発想の転換」「家は一代のものではなく、長年にわたって引き継がれていくものという考え方」「住に対する行政の積極的関与」が必要なのではないか。

⑦「子育て支援の現状と展望」伊奈川秀和（東洋大学社会学部）

*日本には、子ども全体に関する基本法がない。学校を卒業した後の若者に対する支援が非常に薄く、空白期間がある。

*戦前の「産めよ殖やせよ」への反動から、人口政策への取り組みは意識回避されてきた。少子化対策が初めて登場したのは2001年である。

*各国の家族関係社会支出（出産・育児休業給付や就学前教育・保育への給付、家族手当など）を比較すると、日本は約6兆円でGDPの1.26%であるのに対し、フランスは2.91%、イギリスは3.80%、ドイツは2.23%、スウェーデンは3.64%である。

⑧「生活保護制度の現状と課題」柴田純一氏（中部学院大学）

*ケースワーカーという言葉に法的根拠はない。生活保護の担当部署の職員の4分の1が、1年で他部署に移動してしまう（全国平均）という現実がある。

*貧困の実態を知らない、貧困に対する思いやりがないことが差別につながり、法を十分活かしきれない問題がある。

*2013年に保護費が下げられた際、国会の参議院厚生労働委員会で「地方自治体にいわゆる水際作戦があってはならない」という付帯決議を付けた。すなわち、不適切な対応があったことを国が認めたということである。

*その翌年の2014年に千葉県母子事件（貧困に追い込まれた末に母親が娘を殺害してしまった事件）が起きている。

*貧困に対する支援には、人権を守るための経済的支援（お金を出す）と、自立の助長

という社会福祉の支援の2つがある。

*生保の対象になるかならないかは、対応する職員の恣意的な判断が入ってはならず、生活保護基準表に基づき、客観的に判断すべきである。ただし、働く能力の判断には難しい面がある。

*お金が無くなるということは、どこにも行き場がなくなるということであり、近年では、そうしたホームレスの人々が貧困ビジネスの餌食になっている。行き場のない人々を公的機関が救済し、生保の対象者には適切な措置をし、自立支援をしていくのが本来の自治体の役割ではないか。

(2) 演習のまとめ

あきる野市を想定自治体に、現状、10年後、20年後の課題、将来に向けての施策を下記の通りにまとめた。

①想定自治体をあきる野市にした理由と、想定自治体の現状

*地域医療構想に基づき二次医療圏の比較をした。40万人程度が全国的な標準とされる中で、中間点である「西多摩保健医療圏」が様々な指標で標準的な位置にあることから「あきる野市」を選んだ。

*「西多摩保健医療圏」の特徴として、療養病床および精神科病床が都平均より大幅に多く、一方で一般病床が都平均の3分の2と、2025年推計病床数(2014年との比較)で高度急性期-242床、急性期670床、回復期-811床、慢性期846床となっており、高度急性期と回復期の病床数の不足が課題となっている。

*「あきる野市」は、旧秋川市、旧五日市町が合併し、人口81,403人、高齢化率は28.4%である。

*市内には、公立あきる医療センター(急性期249床・回復期45床・慢性期16床、累積赤字73億円)、秋川病院(精神科113床)、あきる台病院(慢性期48床・一般52床)、櫻井病院(慢性期60床)があり、有床を含む診療所がある。

*地域包括支援センター(2か所・ランチ3か所)、訪問看護ステーション(7か所)

*特別養護老人ホーム(1,300床)、介護老人保健施設(3か所)、グループホーム(3か所)

②想定自治体の10年後・20年後の医療・介護保険制度に関して想定される課題

*医療・介護従事者の不足(医師の高齢化・看護師と介護福祉士および介護職員の不足)

*在宅サービス(特に認知症について)の不足

*公立あきる医療センターの存続が危ぶまれる。

③想定自治体において、医療・介護保険制度を将来にわたって持続可能なものとするためにこれから実施すべき施策案

*地域の医療と介護の資源を連携させ、公立あきる医療センターが中心となって地域包

括ケア体制を構築する。

- * 急性期基幹病院として二次救急および高度医療・政策医療など医療加算が見込める分野の充実を図る。
- * 臨床研修、教育、臨床研究の充実を図り、優秀な医療従事者の育成・確保を図る。
- * 人工知能を活用した遠隔診療システム（セカンドオピニオン型）により医療の改善を図る。
- * 在宅医療における訪問看護の遠隔支援システムを構築し、ケア会議に基づく巡回医療を強化する。

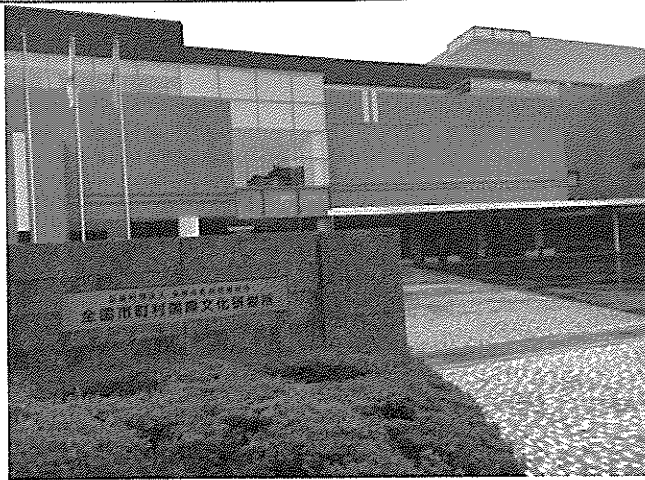
<感想>

講師の多くが、国の医療・介護の方針・計画を策定する現場で働いて来られた方々であり、どのような背景で各施策が作られ、そこにはどのようなねらいがあり、また、どのような限界や問題点があったのか、その一端を知ることができ、たいへん興味深い講義内容だった。

また、少子高齢化が進む中、今後予想される課題は、これまで考えていた以上に深刻であることを実感した。社会保障制度については、結局、市民一人一人がどのような公的サービスを求め、それに応じた負担をどこまで背負うかという問題に行き着く。それには本来、国民的議論が必要であるが、今はそれが十分になされていないことが問題であると感じた。

社会福祉に関しては、ミクロの世界である現場が特に重要であり、マクロの世界で制度を決める国の役割以上に、現場で実践をする自治体の役割が大きいことを改めて認識した。

5人のグループでおこなった演習では、あきる野市を想定自治体として課題を分析して将来構想を考えたために、たいへん勉強になった。公立阿伎留医療センターの経営改善と、介護との連携を核にした事業改革が、あきる野市における医療・介護の持続可能性の大きな鍵を握っているのではないかと感じた。



研修会場（講義中の写真撮影は禁止されている）