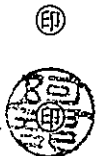




2017年 2月 27日

北名古屋市議会議長  
沢田 哲 様

会派名  
代表者  
若しくは  
議員名 阿部 武史 

視察・研修報告書

政務活動費により視察・研修のため出張いたしましたので、下記のとおり報告します。

記

参加議員名	阿部 武史	
日程	2017年 2月 24日 から 2月 24日 まで 1日間	
月日	視察・研修先	視察・研修概要
2・24	地方議員研究会 (新大阪丸ビル別館)	データで読み解く人口減少対策 医療保険制度の財源と給付から検証する地域・世代・保険者格差
2・24	地方議員研究会 (新大阪丸ビル別館)	データで読み解く人口減少対策 介護保険制度の財源と給付のあり方

旅費合計	交通費	宿泊費	土産代	通信費	参加費
42,390 円	12,390 円	円	円	円	30,000 円

## 調査の成果

人口減少下・急速に進む高齢化の進展で社会保障関連費の増加に歯止めがかからない。本市でもその傾向は見て取れ、一般会計での最大の歳出費目は民生費であり、依然として増加傾向にある。この状況下で地方交付税の段階的引き下げはすでに始まっている。この問題に対し、医療保険制度・介護保険制度の両側面から財源と給付のあり方につきこれからどうあるべきか、本市にとっても喫緊の課題であるため、甲南大学の足立泰美准教授の研修を受講した。

## 社会背景

ほぼ当然のこととなっているが、我が国の財政は歳出が歳入を上回って推移し、なおかつ歳出と歳入の差が拡大している。税収は平成に入り長らく横ばいのままなのに、歳出は増加する一方で、その差額を国債、いわゆる建設国債・特例国債で穴埋めしている状況である。そういった事情も相まって、多くの自治体は公共事業を減らすなど歳出の伸びを抑える一方、少子化対策に取り組んでいる。その背景には、高齢化に伴うこれまで以上の医療・介護・福祉費用の増加に備え将来の見通しに慎重にならざるを得ない現実がある。改めて、平成初期と平成28年度を比べてみても税収は

ほとんど変わらない一方、社会保障費は3倍に、公債費は2倍に腫れ上がっている。団塊の世代の高齢化に伴い、医療・介護分野の給付はGDPの伸びを上回っている状況である。日本の社会保障制度では、給付と負担を保険料により賄う社会保険料方式をとっているが、税で補填せざるを得ない状況が長らく続いたままである。

### 我が国の医療制度

そんな厳しい状況の医療制度を世界と比べてみると、例えば医療費について国際比較して見ると圧倒的に日本の治療費が低いことがわかる。例えば、骨折した場合の治療費であれば日本が15,000円であるのに対し、アメリカでは65,000円、イギリスでは43,400円となっている。アメリカで急性虫垂炎で入院すれば総額で100万円以上かかり、入院は1日、医療費は全て自己負担となるが、日本であれば総額31万円で、入院期間は1週間、患者が実際に負担するのは9万円である。これは、日本が国民皆保険制度を取っており、医療価格を国が決め、提供される医療サービスも入院、外来、薬剤費とも公的保険の対象であるからであり、日本が個人の努力では対処できない一定の出来事に対して社会全体で生活を保障する社会保障制度を取っていることの現れである。だが、たとえば、自営業者とサラリーマン・公務員との間でも納付する保険料に負担の格差があるし、自営

業者が加入する国民健康保険においても大きな地域間格差が生じている。

### 介護保険制度の導入の社会背景と制度

この点、介護保険制度の導入の背景についても制度上の問題点があげられる。高齢化が一気に進展する中で、従前の老人福祉・老人医療制度の問題点、医療と介護の境界が不明瞭であり、家庭や社会から疎外され行き場を失った孤独老人が病院に身を寄せる社会的入院の問題、認知症高齢者の増加、介護の長期化、老老介護など様々な社会問題が発生する中、応能負担の弊害や病院での長期入院のコスト増など制度の限界を乗り越えるため、2000年から介護保険制度が開始した。この介護保険制度においては医療保険制度の問題をできるだけ生じさせないように、給付と負担をできるだけ均衡させるような様々な措置がとられているが、高齢者のさらなる増加の中、3年後との介護事業計画が見直されるたびごとの制度の見直し等により家族の介護負担の増大（それに伴う介護離職・転職数も高どまり）している状況であり介護時間は長時間化（要介護5ならば、ほぼ終日介護）している。また、在宅型・地域密着型・施設型のすべてのサービスが遡増状態であり、なかでも通所介護費用が急上昇している。この状態に対し、厚生労働省では事業者数を調整する総量規制や協議制なども検討され始めた。政策的な観点から医療においても、介護においても、そういつ

たはらみ続ける財政負担と費用抑制の観点から、医療・介護の連携強化などの改革が推し進められている。

医療であれば、ビッグデータを使い、患者カルテや診療報酬のレセプトなどの膨大なデータを分析し、最適な効果があがるようブラックボックスだった『医療のムダ』があぶりだされつつある。また、「施設」から「地域」へ、「医療」から「介護」へと医療・介護の適正化への流れが国の方針で進められている。わたくしども自治体でも押し進められている「地域包括ケアシステム」は、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を単位として想定しているが、わたしたち自治体自身の保険者機能の強化が検討課題である。

今後は、財政健全化に向けて、自治体間で医療費適正化へのインセンティブを強化するよう、自治体ごとに調整交付金の設定が論点になり、国保運営の巧拙は、より自治体運営を左右することになるし、在宅医療・介護連携事業においても地域ごとの独自性が求められていく。地元医師会や医療機関・介護施設などからの理解の必要性、相談・調整業務の人材確保、医療・介護の両側面の事情に精通した職員配置などが現場に求められているが、それだけのニーズに応えられる自治体はまだまだ多くない。都道府県間における取り組みでも格差がすでに生じている。そういった中で中央

官庁では、それぞれの行政政策の評価機能を高めP D C Aサイクルの中で役所組織が不得手としてきた行政評価をレビューする動きがでてきた。

どれもこれも、財源が枯渇し、高齢化の進展のスピードに一步でも追いつくために取り組まれているが、それでも、財源の給付と負担の均衡には上り坂を全力疾走しながらも、また勾配がきつくなるような、途方もない見通しが続いており、医療・介護保険制度の持続可能性を担保するための抜本的な解決策は未だみつからないままである。

#### 医療体制への評価・介護保険制度の在り方

現行の社会保障制度の持続可能性を図るには、医療保険制度においては、給付の抑制と財源の確保の二つの政策立案・評価が重要であり、介護保険制度においても、社会ニーズの中から創設された制度ではあるが、厳しい財源とはらむ給付の中で効率的な政策実施が求められている。われわれ自治体の現場もすでにまったなしの状況である。今後も厳しい見通しの中で、確かな未来を築くためにも、私自身も、今回の成果を糧に、より市民生活・福祉の向上に資するようまちづくりを推進し、より一層の向上に努めていく。

(資料等添付のこと)