

調査・研修等計画届出書

令和 元年 11月 1日

瀬戸市議会議長 様

議員名 新井 亜由美 

政務活動 として、下記のとおり調査・研修等を実施いたします。

記

期 日	令和 元年 11月 5日から 11月 6日まで (0泊2日)	
調査先・研修名	第48回市町村議会 議員研修 in名古屋	
会場名 (会場所在地)	ウィンクあいち (愛知県産業労働センター)	
調査・研修の目的 (今回の調査・研修に係る瀬戸市・自己の現状と課題を踏まえて)	「自治体再編と社会保障」 「介護保険・医療保険制度の現状と自治体の課題」 ますます加速していく少子高齢化社会を自治体はどう生き抜いていくのか。膨らんでいく社会保障費と向き合い、憲法で保障される生活と権利を守るにはどうあるべきか、学びます。	
議長名の依頼	要 ・ 不要	依頼先 (名称)
同行者名	浅井寿美	

※行程表を添付してください。

第48回市町村議会 議員研修会

in 名古屋

議員力アップで、 わがまちの未来をひらく

写真提供(公財)名古屋観光コンベンションビューロー

2019年11月5日(火)・6日(水) 会場:ウインクあいち 愛知県産業労働センター

〒450-0002 愛知県名古屋市中村区名駅4丁目4-38 TEL/052-571-6131(受付時間:9:00~20:00) FAX/052-571-6132

1日目 全体会 13:00~16:50 (休憩・質疑含む)

講演 **自治体再編の流れをみすえ、
これからの社会保障を考える**



芝田 英昭 立教大学コミュニティ福祉学部教授

総務省「自治体戦略2040構想研究会」報告の具体化がすすんでいます。2040年にむけての自治体再編の潮流を踏まえることは、これからの自治体政策を考えるうえで必須です。社会保障の分野もその例外ではありません。概要を解説し、ポイントを整理します。そして住民の生活を守るために、それぞれの自治体でなにかができるかを考えます。



名古屋駅前

2日目 選科3コース 9:30~15:30 (休憩・質疑含む)
選科A・B・Cのいずれかをお選びいただけます。

選科A
**持続可能な社会に向け、交通権を
保障した地域交通政策を考える**



可児 紀夫 愛知大学非常勤講師
(交通運輸政策論)

交通は、暮らしをささえ、交流を促し豊かな地域社会を創造します。交通は基本的人権です。地域では交通問題が切実で深刻です。地域の交通問題を解決するためには、持続可能な地域社会を創造する総合的な交通政策を提言する政策能力を身につけることが大切です。事例などをもとに地域交通政策の立案と実現へのプロセスを学びます。

選科B
**市町村財政分析でひらく、
まちの未来**



渡辺 繁博 元國學院大學経済学部兼任講師
杉戸町のまちづくりを考える会代表
木村 芳裕 埼玉自治体問題研究所 副理事長

財政は、自治体の基本的役割である「住民の福祉の増進」の手段です。財政を上手に使って住民が望むいいまちをつくる…そのためには住民の代表である議員が、財政を知り、自治体の課題をトータルにとらえることが不可欠です。“わがまちの財政は、地域の特性やポテンシャルを引き出すものになっているのか”…それを診断するための基礎知識を身につける入門講座です。



大須商店街

選科C
**介護保険・医療保険
制度の現況と自治体の課題**



服部 万里子 服部メディカル研究所 所長

2018年度に介護保険制度と医療保険制度の同時改正が行われました。改正後、介護や医療の現場、自治体でなにが起きているのでしょうか。現状を知り課題を整理します。また地域でのその人らしい暮らしの実現のために、介護・医療政策として自治体でできることや役割を考えます。いま社会保障制度は大きな転換点に立っています。

企画 ● 自治体問題研究所 主催 ● (株)自治体研究社

調査・研修等報告書

令和 2年 3月 2日

瀬戸市議会議長 様

議員名 新井亜由美



政務活動として、下記のとおり調査・研修等を実施したので報告します。

記

期 日	令和 元年 11月 5日から 11月 6日まで (0泊2日)
調査先・研修名	第48回市町村議会 議員研修 in名古屋
会場名(会場所在地)	ウィンクあいち (愛知県産業労働センター)
調査・研修の目的 (今回の調査・研修に係る瀬戸市・自己の現状と課題を踏まえて)	「自治体再編と社会保障」 「介護保険・医療保険制度の現状と自治体の課題」 ますます加速していく少子高齢化社会を自治体がどう生き抜いていくのか。膨らんでいく社会保障費と向き合い、憲法で保障される生活と権利を守るにはどうあるべきか、学びます。
調査先の事業の現状・課題 / 研修で学んだこと・キーワード等	
1.自治体再編とこれからの社会保障を考える 柴田英昭 (立教大学) I 自治体再編の動き～自治体戦略2040構想研究会報告からみえてくるもの～ (1) 議員・自治体職員減る→自治権が弱くなる 自治体合併(平成の大合併)ではなく「圏域行政体」の構図 議会をもたない広域行政体は、これまでの自治体行政とは全く異質 ↑ 行政権・自治権が及ばなくなり、国にとって都合が良い 住民サービスはとにかく外部化され、自治体はマネジメントのみ。 苦情の対応は自治体ではなくサービス供給体へ。	

- (2) 自治体戦略 2040 構想「我が事」「丸ごと」地域共生社会の近似性
行政は直接サービスを提供するのではなく「頑張る住民を応援」する！

地域住民に丸投げすれば、地域の格差が大きくなっていく
地域住民の責任と仕事を拡大＝自治体機能の縮小

II 「全世代型社会保障改革」と社会保障の未来

- (1) 全世代型社会保障検討会議の新設（首相直属の会議体）

第4次第二期安倍内閣 2019.9.11 内閣改造 基本方針閣議決定
お金を負担する人を増やして「広く薄く」国民が負担する仕組み
全世代を通して今以上に負担を増加し給付は削減

社会保障費 120 兆円の約 7 割が年金・医療・介護で占められている事に対して、
「バランスが悪い」と表現し「高齢者に使いすぎ」と自然増部分まで削減している。

<高齢者の貧困の実態>2018.7 時点

○生活保護受給 1,629,000 世帯

→高齢者世帯 897,000 (内 9 割 820,000 世帯が高齢独居世帯)

○高齢者年金受給 2,040,000 世帯

→所得 150 万円以下 1,450,000 世帯

○高齢者独居 6,830,000 世帯 (内 生活保護受給者 12%)

現役時代の安定度（不安定）が老後に反映されている

- (2) 全世代型社会保障検討会議の目指す社会保障

① 年金

受給年齢の柔軟化 70 歳・70 歳以上へ引き上げる ほぼ確定

「高齢者の就労意欲が高い」だから受給年齢引き上げ←間違った理論付け！

年金が少なすぎて働かないと生きていけないのが事態

② 医療保険・医療制度改革

後期高齢者 75 歳以上は窓口負担を 1 割→2 割（所得制限あり）

自己抑制により受診率を下げ給付削減を目指す、重篤化してからの受診により結果的に医療費増大する恐れがある。

医療も介護も、早期発見・早期治療が、長期的には医療費（介護給付費）を抑制する。

名指しで病床削減を厚労省が発表

民間病院の病床管理のために都道府県知事の権限を強化し強制力を付与
公立・公的病院へは県知事の強制力が働く

③ 介護保険

2割3割負担者の所得制限の額を引下げ、利用者負担を増加する一方、要介護1・2＝軽度者（約4割）本体給付から外し、介護給付を制限することで介護給付費が3割くらい削減される見込み。

特養の他床室を有償化（住宅と同じ考え方）し、介護保険施設以外に療養病棟・介護医療院の室料も自己負担化していく。

居宅サービスの「総量規制」制度を導入し、本人に合わせたケアプランからサービスに利用者を合わせるケアプランになっていく。

<障害者65歳問題>

障害者総合支援法7条 「重複規制 同じサービス（介護保険・国保など）を受ける場合、総合支援法の支援サービスを重複して同じサービスを受けられない」

「65歳介護保険優先」ということは書いていない「重複規制」のみで、法的な拘束力は全くない。介護保険は要介護認定を自ら申請して受けなければ、サービスは開始しない。障害者総合支援法の対象者が介護保険認定申請をしない場合に、行政から「介護認定申請」の強制はできない。

2. 介護保険・医療保険制度の現状と自治体の課題

服部 万里子（服部メディカル研究所 所長）

はじめに…

日本の2019年敬老の日の高齢化率→28.4%世界トップ

（75歳以上が特に多いのが特徴的）

2位はイタリア23%

日本では「かかりつけ医がある」人→66%（選んだ理由＝自宅から近い8割近い）
世界では「家庭医」を持っている。

1. 2020年医療保険制度改正と自治体の課題

①持続可能な制度再構築・医療保険

能力に応じた負担→「資産能力に応じた」「経済的な負担能力」と考え、資産には「持ち家・田畑」も含まれるが、金融資産の保有状況を考慮する制度設計の検討が必要。

○かかりつけ医の評価

介護サービス利用時に「診療情報」を作成し「機能強化加算」として初診料に上乗せできるが、届出は「病院＝77.8%・有床診療所49.3%・無床診療所48.1%」。届出の基準が厳しく診療所は届出が少ない。夜間・休日対応への課題がある。

○かかりつけ歯科医 口腔機能の健康維持

歯がなくなる→食べにくくなる→しっかり食べられない→低栄養
よく噛めない→飲み込みが上手くできない→誤嚥→肺炎で入院

○かかりつけ薬局 かかりつけ薬剤師の活用で重複処方が防げる

受診病院が増えると薬局も増えて3カ所以上の薬局はしごは20%

薬剤師から医師への情報提供や処方の変更提案などをする「かかりつけ薬剤師
指導料」算定実績はわずか1.5%

2. 2020年介護保険制度改正と自治体の課題

①地域包括支援システム

○個別のサービスを評価しない方向性

いつ・何回・どんなサービスを利用しても介護度別一律の介護報酬＝上限設定
定期巡回随時対応型訪問介護看護（上限設定）

○生活支援を介護保険から外す方向（NPO・ボランティア・企業・社会福祉法人）

○保険者機能強化による給付抑制

市町村を競争させインセンティブ交付金のアウトカム指標の設定

○介護事業所の経営効率化

複数の社会福祉法人を統合して連携推進法人

経営規模拡大 EX) 一般社団法人

○介護の総量を自治体が管理・操作

自治体に「事業所の指定をしない」ことができるようにしていく
供給量のコントロール

②介護保険改正

○ケアプラン作成に自己負担導入の問題点

ソーシャルワークに自費導入は妥当ではない

↓

精神福祉・児童福祉など本人家族の抱える困難は複雑で専門性が必要
ケアマネの訪問や相談に利用料が発生すると「家族の言いなりプラン」の作成
が増える、また虐待ケース等に介入できなくなる危険性が高い。

介護者（家族）と本人の意向は違うもので、「遠慮して言えない介護を受ける本
人の意見」の代弁はケアマネが行っている。

居宅での虐待通報（7割以上が認知症自立度Ⅱ以上）、介護離職が増加している

現状に、ケアマネはとことん寄り添い本人も家族も人間らしく生きられる支援を行う必要がある。

3. 介護人材不足対応と認知症ケアにおける自治体の課題

①介護職員がいないのではなく介護職についていないだけ

ヘルパー 2 級以上資格取得者 267 万 3 千人の内、86.5%は介護現場ではない
介護福祉士 145 万人の内、介護現場で働いているのは 55 万人

↓

介護現場で働かない理由

- ・労働環境が悪い、社会的評価が低い
- ・賃金の全産業平均よりも 7.2 万円低い
- ・雇用が不安定・非正規の割合が高い

○介護が必要になった理由のトップは「認知症」

○パワハラの実態調査（厚労省）

6 種類：身体的攻撃・精神的攻撃・人間関係からの切り離し・過大な要求
過小な要求・個の侵害

○外国人労働者の導入で解決するのか！？

4. 共生社会、全世代型社会保障

①地域包括ケアシステムの深化・推進

地域医療介護連携協議会（市町村は設置義務化）医療介護の連携強化

○「自立支援」の間違った解釈

「介護保険卒業」「自立」「介護サービスを使わないことが良い」

ADL が改善・介護保険サービスを使わない＝自立ではない

目的を間違えないような、制度的支援・地域の資源・本人家族の努力をサポートする仕組みが必要。

○税による福祉から「保険制度」へ転換してきたことのリスク

- ・保険料を払っていないとサービスが受けられない
- ・サービス量により支払い（負担）が変わる
- ・障害が重い・介護度が高い人は費用負担大

この場合のサービスは「商品」ではなく、健康に人間らしく生きるために必要な「介護」である。

調査先（主な質疑・応答内容） / 研修（受講後の感想）

調査・研修の成果・考察

（瀬戸市への反映・自己の能力開発への寄与等）

自治体戦略 2040 構想研究会報告を学び、行政としての役割が真に問われていると感じました。「行政サービスは外部委託」「地域の事は地域で頑張れ！」この流れがどんどん加速していけば、行政の役割が不明確になり自治体としての機能も縮小し、住民の意思を反映する議会の機能も弱くなってしまえば、「住民の福祉の増進」に誰が責任を持つのが、みえなくなってしまう。

全世代型社会保障の検討においては、超高齢社会の現在「働いている高齢者が多い」という事実に対して、その背景や問題点に向き合わずに、これから先の団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年問題を乗り越えることは困難です。「働きたい」と「働かざるを得ない」とでは、大きく違います。年金だけでは暮らせなくて、働かないと生きていけない低所得の高齢者が増えており高齢者の貧困は社会問題です。

また、若い世代・現役世代では、不安定労働者が多くダブルワーク、トリプルワークも珍しくありません。健康を考える時間的・物理的・経済的ゆとりは保障されておらず、おまけに「不健康は自分の責任」と考えさせられる社会です。

医療も介護も必要なのに「受診しない」「治療しない」「介護を受けない」という選択肢は本来ないはず。「負担をしないならサービス提供しない」という仕組みが、医療や介護を「受けない」選択をさせています。障害者を育てる、病気になる、失業する、介護が必要な状況になった時に、商品と同じようにお金を出不すと享受できない、所得の低い人が選択できない社会保障の在り方に根本的な課題があります。

介護保険も社会保障の削減という大きな枠組みでは医療などと同じですが、改正や介護保険事業計画の策定では、要介護認定率の上昇下降などを基準として評価する「インセンティブ交付金」を視野に入れた事業計画にならないように注視しなければなりません。介護度改善「善」介護度悪化「悪」というような価値観は危険です。数値目標の達成に向けて、「介護保険利用しなかったら現金給付」などの実施により利用制限・抑制をかけることもできます。また、要介護認定を厳しくすることで意図的に評価を良くすれば、必要な介護を受けることができなくなり、いずれ介護状態や病気が悪化して長期的には不効率で介護給付費の増加につながります。

第 8 期の介護保険事業計画を立てるに辺りどのような調査を行っていくのか。介護職員不足の解消、介護離職「0」、ハラスメントの解消などに向けて、実態調査を市町村レベルでも行っていく必要があります。

消費税の増税で暮らしが厳しくなり新型コロナの影響で住民の暮らしに見通しが持てません。所得の低い人から高い人（大企業・富裕層）へ税金が回っていく仕組みは間違っています。今こそ、行政のあるべき姿が問われています。政府と財界の目指す社会保障の形で本当に住民が守れるのか。実態に即した、住民の暮らしに寄り添った施策が必要です。