

様式(細則 5-2)

平成26年10月27日

浜田市議会議長
原 田 義 則 様

議員名 澁 谷 幹 雄



調 査 研 究 活 動 報 告 書

下記のとおり調査研究のため研修等を行ったので、その結果を報告します。

記

1. 期 間 平成 26年10月20日(月)～10月24日(金)
2. 研修内容 平成26年度 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
3. 研 修 先 全国市町村国際文化研修所(JIAM)ー滋賀県大津市唐崎
4. 調査経費 45,382円
(経費内訳 研修費 17,222円 交通費 28,160円)
5. 調査研究活動の概要 別紙添付



研修・講義内容

医療・介護提供体制の将来像と地域医療

「税と社会保障の一体改革」→すでに、公共事業や防衛費をゼロにしても、社会保障費が賄えない状態→どうしても増やさなければならぬ→消費税UPへ

日本は、急性期病床平均在院日数17日と長い→日本は病床が多い。→他の先進国は、とりあえず退院できる状態になることで退院→在宅ケア

医療系から、居住系施設重視の政策へ

「21世紀型コミュニティ再生」→コンパクトシティ建設

世代間の公平感に十分留意する必要がある→保険料値上げ→現役世代の負担増、消費税増税→全員負担

病床数→九州・中国・四国→西高東低

5疾病→ガン・脳卒中・心筋梗塞・糖尿病・認知症→在宅医療重視へ

医師会→「家庭医」は身分を表し(⇔専門医と対立)、「かかりつけ医」なら良い→総合医を育成しなければならない

医療費のUP→高齢化が進んでいるからではない、医療技術の進歩が原因→高度医療

日本の医療費は、GDPの10%行っていない⇔米国18%

2025年問題→団塊の世代が全員後期高齢者になる

急性期病院は、入院は黒字だが外来は設備大で赤字→バスでくる元気な年寄ではなく、紹介状を持ってきた年寄を診察→入院の可能性大

無床診療所は、外来黒字

介護保険のこれからと市町村の役割

医療介護総合確保推進法

2025年には、現在の社会保障費110兆円が150兆円に!

給付の見直しによる制度のスリム化と、負担の強化が必要→子育てしやすい環境の整備、女性の活用、高齢者の社会活動の推進

医療改革の取組み→急性期への医療資源集中と慢性期医療の機能強化

医療から介護重視へ、病院→地域へ→在宅へ

地域包括ケアシステムの構築と介護予防の実施→訪問介護と通所介護→市町村へ丸投げ

サービスの充実 ①在宅医療・介護連携の推進 ②認知症施策の推進 ③地域ケア会議の推進 ④生活支援サービスの充実と強化

医療との連携は必須→医師会との話し合いが必要、関係を築けるかどうかポイント

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(中学校区)を単位として想定されている

認知症の初期対応→早ければ早いほど効果がある

地域支援事業の見直し→予防給付の見直し→在宅サービスの見直し→費用負担の見直し

総合事業への指定事業者制度の導入

特養ホームは全国に7800施設、43万人が入所、待機者45万人

民間参入させれば、全国平均月4900円の介護保険料7000円になるが、待機者ゼロに2割負担→福祉制度なら応能負担だが、保険制度なので負担の差別はおかしい

超高齢社会における地域の看護師等の人材の役割

社会保障予算は国家予算90兆円のうち30兆円→保険料合計110兆円

市場原理で処遇を良くしてヒトを集めるのが基本

官僚の問題→評価しないで減点主義、してもしなくても給与不変、縦割りと役人思考の限界、未来を証明せよとの不可能な追及を受ける、パソコンの怪——見リッパに見える

どう変わろうとも、社会保障は損得ではなく、安心である

消費税20兆円全部使っても、社会保障は賄えない

社会保障改革を言う人は2種類—負担を下げよう⇔内容を充実しよう

日本は早い者勝ちだが誰でも最高水準の医療、米国は金持ちだけが最高水準の医療、英国は予算制限がある、スウェーデンは保険協会による差別がある→限られた資源をどう配分するか！

無知は恐怖を生み、恐怖は差別を生む

生活保護の現状と課題

生活保護法の基本原理—国家責任の原則、無差別平等の原理、最低生活保障の原理、保護補足性の原理①資産②能力③扶養④他法

お金がなく、能力があり、働く意思があり、働く場所がない—要件

居住用土地・家屋—処分価値が著しく大きくない場合は保有容認

申請は誰でもできる

母子家庭123万世帯のうち11万世帯が生活保護受給

不正受給があっても、そのことが生活保護制度がいらぬことにはならない

生活保護家庭の連鎖の断絶→子供たちに学習環境を提供する以外にない

ホームレス→「ホームレス自立支援法」成立後25000人が7000人に減少しているが、病気、借金、障がいなど課題をかかえている人多い

全国で400万世帯が生活保護基準以下の生活

働く貧困層が、1000万人を超えている

生活保護は、4分の3国負担、地方自治体4分の1—交付税

医療・福祉ロボットおよびサービスロボットの社会での活用

医療・福祉—実用性や製品化にこだわり、人が嫌がる危険な仕事や汚い仕事をロボットが代わりにするところに需要がある

人間の生活空間で共存—バイタルセンサーでユーザの健康状態を把握

笑いで健康増進を支援するロボット、病院内巡回ロボット、注射薬混合アシスト、介助ロボット、生活支援ロボット、認知症予防ロボット

超高齢社会に向けた医療・福祉システムと自治体の役割

「人間の尊厳」からの出発—社会サービスの普遍化 ①生活水準の向上—戦後GDP4兆円が今400兆円(物価10倍) ②少子高齢化—鮮度の平均寿命男50歳女54歳→30年間伸びた ③家庭機能の外部化—衣服・お弁当 ④自治体の変容—家庭で介護をすると憎しみが生まれる—地方分権—国の丸投げ
社会保障の二つの体系①現金給付の体系60兆円②社会サービス給付の体系40兆円
社会保障会計100兆円→税金40兆円と保険料60兆円
医療福祉にとって、人が住みやすいかがポイント

社会保障の現状と展望

社会保障給付費GDP比22%
年金54兆円、医療費35兆円、その他福祉20兆円
介護費用—どんどん増えている
失業保険・家族手当・生活保護・—微増
高齢者の自己負担が低いため、単価の安い高齢者が多くの医療資源を使っている
人件費比率低い(日本47%、欧米60%)—安い単価で長時間労働
税を増やすか? 保険料を増やすか?
雇用の確保—保険料から支払→内需拡大

「地域包括ケア」の実現のために

地域包括ケア—高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で自立した、日常生活を営むことができるよう、医療介護予防住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制
→住み慣れた地域で暮らし続けるためには、個々の高齢者の生活そのものを組み立てていくような包括的な支援が必要
病院に対し、在宅医療に貢献すればお金を出しますよ!
しばらく、迷走するだろう!

子育て・子育て支援策の歴史と今後の方向性

人口政策—戦争に負けないための戦闘力確保のための人口増政策
フランス(普仏戦争の敗戦以来危機感)—家族手当、家族法典を制度化
ファシズム政権—優生学的人種優越主義による人口政策
戦後、西欧諸国も、ベビーブームもあり、出生促進政策への関心喪失
1990年代日本、人口問題審議会が今後の人口減少の深刻さを警告→少子化対策へ
2000年代、少子化社会対策大綱、子ども子育てビジョン—但し看板倒れ
⇨高齢者給付に偏り、家族政策への給付が限定的

先進諸国も、出生促進政策→但し、家族に対する公的関与では対極にある英仏の出生率は戦後ほぼ同水準

出生率の向上には一女性の社会参加、同棲・婚外子率、男性の家事参加率 +子育てしやすい社会保障

日本一児童福祉法、経済的支援策としての児童扶養手当、ひとり親世帯への支援、保育政策

日本には、子どもを育てる家族を支援するという家族政策的な考え方

家族政策としての意図を持った具体策

子供の成長を支援するという人的)資源政策の視点

存在しなかった。

→出生率回復の政策の回復の政策を実行するかどうかは、国民の選択の問題！

→妊娠、出産、子育て、男性の家事支援、生活支援と保育支援、教育支援、女性の働き易さ
一国民全体の総意

所感

5日間の日程で、ボリュームもあったが、当然全ての講義が理解できたわけでもなく、大学教授の講義のレベルに疑問を持つものもあった。しかしながら、全体的にはかなり有意義な研修であったと思う。私は福祉関係の常任委員会は今回が初めてで、委員会では結構知っただけに発言しているとしても、社会保障全般を法に基づき体系的に理解できているわけではなかったのだが、それが今回少しは是正できたような気がするからだ。

医療・介護・生活保護・子育て・社会保障・地域包括ケアシステム・福祉関連の人材育成と供給・サービスロボットの今後の展開などなど、それぞれの講義には、丁寧な資料が添付されており、復習すれば、一年間の議会での質問や質疑に十分のような気がしたほどだ。

すなわち、社会保障を充実するためには、税金で賄うか、保険料などの自己負担を増やす方法のどちらかを選ばなければならない。

高額所得者には相応の負担をお願いすべきではないか、と講師の教授に質問したところ、福祉政策なら合理的だが、保険制度である以上同じ負担であるべきだ、との答弁だった。

しかし、確実に日本においても、格差が拡大している以上、理想ばかりに拘っていても、問題は解決しないのではないかと！ 浜田においても、国保料の値上げ、消費税の値上げ、今後の介護料や水道料の値上げ、と市民の生活は増々苦しくなると推測される。国の対応が後手後手である以上、地方自治体は大胆な税金投入が必要なのではないかと感じたところだ。すなわち、今後の議会における自分の論戦は、この点に尽きるのではないかと感じたということなのだ。

セミナーの参加者は、36人で、6班編成。私の班は、山形・千葉・兵庫・愛知・滋賀・島根からの議員。同時期に自治体職員の研修が3コース開催されていた。総務省の管轄だそうなので、研修施設はリゾートホテルのよう。参加者のうち、女性議員が15人。年間ある議員対象の研修にはすべて申し込むというマニアもいた。申し込んでも、当たらなかつたり、議会と重なってしまいキャンセルすることもあるとのこと。交通費はかなりかかるが、浜田市議会も積極的に利用する価値十分と感じた。

最終日、ワークショップの内容である、今後の浜田市の持続可能な医療・介護制度について、私がグループを代表して7分間で発表した。他の発表を完全に凌駕していたと、自画自賛。

(澁谷幹雄)