

## 地域医療問題を考える in 東京（二日目）

日 時：平成 26 年 7 月 15 日（月）10：00-12：00

会 場：アットビジネスセンター東京駅八重洲通り

主 催：地方議員研究会

テーマ：地域医療再生への処方箋Ⅱ（実践編）

～これからの社会と社会保障

講 師：城西大学経営学部教授 伊 関 友 伸 氏

出席者：創新 本 田 俊 治

### 【記 録】

P2 これからの地域と行政はどうなっていくのか

P3 今、地域に起きていて、これから一層進むこと

- ・国際化・情報化の進展と社会の二極化
- ・急激な人口の高齢化
- ・地域での個の孤立の拡大
- ・国・地方政府の機能劣化

#### ※↑ポイント4つ

- ・国際化、情報化 社会の二極化 キーポイント
- ・いいことの反面、不の面もある。

P4 国際化・情報化の進展と社会の二極化

国の境目を超えて国際化・情報化が進む

人・物・情報・資本は国の壁を越えて自由に移動する時代に

同時に IT の進歩は我々の生活を大きく変えた

P5 国際化・情報化は我々に生活の豊かさを与えてくれたが、同時に不の側面が無視できないほど大きくなっている。

P6 例として 環太平洋戦略経済連携協定（TPP）

いい面も悪い面もある。

P11 日本の医療への影響

TPP に参加した場合、非関税障壁として原則認められない「混合診療」や株式会社の医療参入を全面的に解禁することを求められる可能性がある。

日本医師会は、TPP 参加を国民皆保険制度を崩壊させる可能性があるとして反対している。

P12 混合診療

保険診療と自由診療を併用して医療を受けること

現在は、認められていない。→ 組み合わせると全額自費になる。

但し、先進医療や選定療養費という形で部分的には認められている。

**P13 無制限に混合医療を認めると**

より質の高い医療を受ける点では良い

医療を受ける方の間に格差が生じる（お金のある人は受けられる。）

利益の上がる最先端医療は都市部に集中、結果、医師の地域偏在が加速する可能性がある。

**P14 厳しい混合医療禁止のルールだから**

現状は、保険を受けられる治療方法が限定され、医療費はある程度抑制できる

医療費の進歩に合わせた治療行為の保険適用を行う必要がある。

**P15 自由診療により詐欺的医療が増える可能性がある。**

保険診療と自由診療を組み合わせた詐欺的な医療が増える可能性あり

治療効果が認められた治療法のみ保険で対応すべき

**P16-P17 の図 厳格な区分の有無による差**

厳格な区分がなくなると、自由診療部分が保険適用治療効果のない詐欺的治療法、詐欺医療の区分がつかなくなる危険性がある。

**P18 アメリカの医療について**

医療技術は最先端であるが、医療政策としては明らかに大失敗

公的医療保険は人口の3割程度（最貧困層と高齢者のみ）

残りは民間の医療保険に入る（アフラックの様な）

個人個人が掛け金をかけ、会社の場合は会社が保険をかける。保険料が高騰。

**GM の例** 医療保険の掛け金が高くなり、車の価格に上乗せ。

競争力が落ち、企業経営まで圧迫

無保険者、若い人たち 人口の15%無保険 4,600万人いる。

民間の保険は、掛け金で受けられる治療に差がある。

**P19-P20 対 GDP 総医療費**

アメリカが最も高く、明らかに医療費のコントロールに失敗している。

一人当たりそう医療費も群を抜いている。

医療費の相当額は民間保険会社の利益

アメリカの方が日本より医療費がかかっているが、医療への満足度は日本より高い。

日本の医療は空気のようなものに ありがたみを感じられない。。

水もおなじ、飲める水が流れている。あたりまえになっていてありがたみを感じなくなっている。アメリカの医療を真似ろという人もいるが...

これまで日本は医療費の抑制政策が厳しすぎた。

が、日本も高齢化により医療費は上がってきている。

P21 TPPに参加してもしなくても国と国の壁は低くなっていくのが世の中の流れ  
日本は輸出で成長してきた国  
何を守り、何を変えていくのか、考えなければならない。  
国民皆保険制度は守るべき価値のあるもの、農業も同様。  
この二つは守ってゆくべき

P22 国際化や情報化は社会の二極化を加速化させる。  
自由競争の社会は、社会の二極化、格差を生む。  
日本はこれまで格差が少なく、安定していた。  
いかに国際化、情報化を進めつつ、日本の安定をまもっていくのか  
国だけに任せればおかしくなる、生活に密着した地方の力が必要、しっかり発言  
をしていくべき

P23 さらに厳しいのは急激な高齢化  
特に都市部を中心に高齢化が進展する。  
高齢化はまだはじまっていない。これからはじまる！

P24 都道府県別高齢化グラフ  
これからはじまる高齢化。

P25 2010年と2040年の比較 ※data ネット検索可能自分の県の情報が見れる。  
一都三県の2040年の75才以上高齢者数は602万人 2010年から284万人増加  
物凄い数字

P26 埼玉県の将来人口（P27-P28を比較）2010年 2040年

※高齢者が増えると

年金がふれえる

医療費が増える

介護がふれる。 ※2025年問題（医療と介護）

まだ、本格的な高齢化がはじまっていない

これから10年経つと大変である。

2025年への対策はまだどこの市町村も動いていない。

超高齢化社会への対応、対策 市町村レベルで動いているところない。

**※要チェック**

**現在の75歳以上高齢者は何名か？ 2025年には何人になるのか？**

**さらに、2040年には何人になるのか？**

**社会保障人口問題研究会のデータを活用してチェックを**

P29 川越市の将来人口（P30-P31を比較）

P32 高齢化のピークでおきること？

医療、介護の絶対的資源不足

医療、福祉、年金の支出の増大

## 税収の減収

一番あぶないのは固定資産税。

家を買う人がいなくなる→家屋の価値が暴落→税収減（固定資産税は危険な税）

※一方で、元気な高齢者もいる。元気な高齢者を使わない手はない。

### P33 地域における個人の孤立の拡大

確実に進んでいる。

これからさらに深刻化する可能性が高い。

### P34 児童相談所における児童虐待相談対応件数が増えている

### P35-P38 読売ウィークリーの孤独死についての特集（紹介）

### P39 個人の孤立化で何が起きるか？

悲惨な事件が増大、社会不安が増大、行政不信が増大、地域住民の相互不信、社会的コスト・行政コストが増大

### P40 更に、国や地方自治体の機能劣化

社会不安が深まる一方、国や地方自治体、政治家・行政職員が共に機能劣化

### P41 ある自治体のアンケート結果

首都圏の比較的財政状況のいい団体（3団体）

ポイントは、この1年間、仕事で感動した経験がない49%、今、働く喜びがない45%

やりがいをもって仕事をしている人は少ない

いわれた事を、おかしいと思いつつも、前例踏襲でただ仕事をしている。

この10年、15年と公務はたたかれ続けたので、

一生懸命、体を張って仕事しよう人は希少種 絶滅危惧種

ルーチンの仕事も忙しいが、本当にやらなければならない社会問題に解決しなければならない問題があるはずなのに、ここに手がけようとする職員は少ない。

### P42 財政の危機的状況

### P43 国債の種類発行残高 26年で780兆円（一般会計の税収の16年分）

### P44 国と地方の長期債務残高

※国の債務は増えているが、地方は変わっていない。

・普通の自治体は借金が減っている。小金がたまっているはず。財調を貯めている。

### P45 債務残高の国債比較（対GDP比）

債務残高 国内で処理できているうちは大丈夫

これ以上出し続ければ、危ないレベル。

### P46 なぜ国・地方自治体が機能不全を起こしているのか？

### P47 戦後の日本の公務員組織

廃墟の時代から欧米諸国に追いつくため努力してきた

仕事の多くは不足する住宅、交通、産業、区養育、健康、医療などの人的、物的な基盤整備に力を注いできた

P48 集権的システムが機能してきた。(これまでは)  
中央省庁を頂点とする集権的行政システムが機能  
国が税金を集め、各省庁が全国に計画的に配分  
結果、全国どの地域も物質的には豊かになった。

P49 の図参照 計画的な分配がされてきた

P50 日本の公務員組織は成果を上げてきた

社会水準が一定水準に到達

バブルの後くらいまでは、社会資本がたりなかったのも、建設事業をやったこと、国が集め資源を効率的に配分する手法に効果があった。

P51 しかし、今は、豊かさゆえの新しい問題に直面することになった。

P52 (例)

児童虐待、引きこもり、ホームレス等は、現場に一番近い市町村が地域の人々と連携をして問題解決をするのが一番効果的。

高齢化、個人の孤立の問題は基礎自治体が頑張らなければならない。

P53 日本の公務員組織はこれまで成果を上げてきた。

成功体験が幹部を中心として多くの職員の中にあり→変革を妨げる要因  
成功体験が変革を遅らせている。問題の先送り

P54 お任せの国民

国民にも問題がある。

なんでも行政にお任せ、上手くいっても褒めない、上手くいかないと叩く  
人材など必要な投資をしない。

高齢化の問題、社会の孤立化の問題もコミュニケーションの断絶とう問題

それを繋ぎ止める為には人が必要。しかし人を増やさない。

P55 人口千人当たりの公務員の就業状況

日本は物凄く少ない。

P56 公務員は世界的にみると少ない

フランス、英国、米国、ドイツとの比較でも一番少ない。

これまで、かなり極限まで人をしぼってきた。

これ以上しぼれば、必要なことができなくなる。

**重要なこと、** 高齢化対策のための職員をふやすべき

保健師、臨床心理士、社会福祉士等コミュニケーションして社会問題を解決  
するような担当職員は増やさなければならない。

孤立させ無駄な社会コストをかけることになる。

必要な人材を雇う時代。

P57 公務員が少ない上に間違っただマスコミ、議員、住民は犯罪を犯した者のように  
「そんな公務員クビにしまえ！」と... 公務員を叩く。

批判されるばかりの公務員が、リスクをもって新しい仕事をするであろうか？必要以上のことをしない、事なかれの公務員ばかりになる。

成功体験を重ね、社会問題にどんどんチャレンジする活きのいい公務員を増やすべき。 が、そういう職員がどんどん減っている。

高齢化を考えると、地域包括ケア・保健医療福祉分野に役所のナンバーワン、ナンバーツーを張り付けることが必要な時代。

今までは、行革、財政、人事に優秀な人材をはりつけていた。

それは行政自体がリソース・いろいろな予算を分配することに価値があったから、これからは社会問題をいかに解決するか、地域に出て行くかが重要な時代。そこに優秀な人材を配置するか育てなければならない。

積極的に取り組んでいるところはまだない。

医療・福祉系が重要になる。

10年後を踏まえて人を育てなければならない。

**P58** 社会問題解決には人が必要

新しい社会問題の解決には人が必要

コミュニケーションは省略できない。

IT がどんなに進んでも最後は **FACE TO FACE**

言葉の豊かな、言葉を伝える事のできる公務員を増やさなければならない。

共感を生み出し一緒になって変えていこうという言葉が豊かな公務員をもっと増やさなければ地域は荒れてくる。

社会問題はどんどん難しくなる。

しかし、国民はさらに公務員を減らすことが正義と考えている。

必要なところに人材を配置しなければあぶない、社会問題は解決できない。

**P59** 地域の最重要課題は高齢者をいかに支えるか

激増する高齢者の生活をいかに支え、看取っていくかである。

65-90 歳台の看取りをいかにしていくかが地域にとって重要な時代。

これがはじまる。

**P60** 世界と日本の高齢化超長期推移（グラフ）

この 10 年ではじまり その後 30 年、40 年続く

それを見据えて地域を考えなければならない。

2040 年までの高齢化をどう考えるか

医療、福祉、介護はどうするのか戦略的に考えられる職員を育てなければならない。

しかし、今は、目先の介護保険制度運用をやるだけで精一杯では

だんだん厳しい時代がやってくる。

P61 例 救急搬送に時間がかかるようになっているケース

※119番から病院まで所要38分（東京は54分） 過去最長（日経新聞より）

※過去最多の570万7655件の救急出動

※都道府県別では東京、埼玉、千葉が最も時間がかかっている。

高齢者の増により救急車の利用が増えてきている。搬送先の決定に時間がかかる。

今後、さらに増えるだろう。

※パンクしたときに救急車の有料化の話も...

P63 絶対的な医療資源不足

爆発的な高齢者の増に対して絶対的なマンパワーが不足

入院病床などの医療資源も不足

今は地方が苦しんでいるが、都市部でもおきてくる。

今、都市部で考えられる問題が起きているのが被災地。

仮設住宅に高齢者が残り、医療機関が少ない、福祉サービスも少なくコミュニティーが崩壊している。（20年前倒しで今起きている）

P64 安心した老後を送るためには（図を参照）

急性期病院では、急性期医療、慢性期医療の一部、終末期医療の一部しかカバーできない。

残りの（図上）医療、福祉・介護、健康づくりが満たされて、はじめて、安心した老後を送ることができる。

この図のすべてのサービスの提供をどうするか？

パッケージでサービスを提供するために自治体のマネジメントが必要

サービスをする人が少ない中では知恵をしぼる必要がある。

P65 多職種連携、地域の関係者との関わり

絶対的に高齢者が増えている。

お金が無くなっている。

どうマネジメントをするのか？

この状況の中でどの様に取り組んで行くのかがこれからのテーマ

少ない体制でいかに効果的なのか？

**多職種連携（※キーワード）**

いままでは医師がすべて診ていた。

いろいろな職種の連携が必要になる

高齢化により医師や看護師だけで対応しきれなくなってくる。

高度・専門化、高齢者の急増で、医師や看護師だけでは、全ての医療を担う事が難しくなっており、医療関係者の連携が必要になる。

**いままではP66の絵 これからはP67の絵に ※重要です。**

これまでは、医師中心のシステム 医師の指示で看護師、薬剤師等が患者を管理

これまでは、効率的であった。家族は外部に。

病院は短い期間治療する事を目的に設置されていた。

これからは、いろいろな職種が連携する仕組みに（包括ケアへ）

医師不足が深刻になり医師だけでは対応しきれなくなる。

今は、給料がやすく、養成のしやすい職種を増やす傾向に、シフトさせる傾向。

処方箋は薬剤師がアドバイスする、薬について一緒に考える関係へ

看護師にも 看護補助をつける。

退院調整にはメディカルソーシャルワーカーをつける。

看護師の負担軽減を

管理栄養士 NSP（術後の回復期から関わり、早く退院させる。

リハビリ専門職を

歯科医師・歯科衛生士が口腔内ケアを

#### P68 チーム医療の推進（例）

薬剤師が勤務医の負担軽減のために病棟で行う業務に加算が付く。

例 病棟薬剤業務実施加算 100点（週1回）

薬剤師が少なくこの加算がとれていない病院が多い。

薬剤師が現場に入り、薬に貢献しなさいという方針。

加算をとり収益を上げる仕組みをよみとることも必要。

#### P69 在宅医療は患者を中心に様々な職種がサポートし患者さんの生活を確保

医師が中心ではなく、訪問看護師、ケアマネ、介護スタッフが重要な役割になる。

いろいろな人で支える事により、特定の人に負荷が行かないようにする。

#### P70 超高齢化社会＝医療・福祉資源が絶対的に不足する社会にどの様に対応するか

#### P71 国の社会保障政策はどの様に動いているのか。

#### P72 税と社会保障の一体改革が動いている

H24年2月には社会保障・税一体改革大綱が閣議決定

H24年6月に民主、自民、公明3党が「社会保障・税一体改革」に合意

8月に「社会保障と税の一体改革改革関連法案」が成立

※スタートは福田内閣「社会保障国民会議」からはじまっている。

きちんとしたサービスを確保、その分税源を確保する考え。

その議論を引き継いで、現在に、その流れは変わらない。

#### P73 制度改革の前提はなにか → 社会保険給付費が非常に増えてきている。

※グラフのとおり。

昭和47年 田中内閣時代 年金給付を拡大 それ以降急激に増えてきている。

日本の社会保障給付費で一番の大きいのは年金でこれからも増えいく。

年金問題は国家的課題 国レベルの議論になる。



P74 2012 年度予算ベースの社会保障の給付と負担の状況

109.5 兆円 年金が 53.8 兆円 (約半分)、医療が 35.1 兆円 (3 割)

その他福祉が 20.6 兆円 (内介護 8.4 兆円、子供子育て 4.8 兆円)

※バランス的にみると介護、子供子育ては増やさなければならぬ。

※医療をこれ以上増やすのは難しい。

財源としては、保険料は 60 兆円、40 兆円が税金から、

保険料のうち被保険者 (本人負担) 32 兆円、事業者企業負担が 28 兆円

この事業者企業負担が企業経営を圧迫している。

中小企業はきびしいかも、大企業はもう少しだせるのでは? と思っているが、

国際競争力を考えると難しい、バランスを考えなければならない。

税金は、国 (一般会計) が 29.4 兆円、地方 (一般財源) が 10.9 兆円

P75 H24 国の一般会計歳出予算 (グラフ) では

社会保障費が既に 30% 近い (29.2%)

公共事業を減らし福祉へまわせという意見があるが、公共事業にまわすお金がない。

公共事業は 5.1% しか予算はない。

H25,26 年では安倍内閣の国土強靱かで予算が少しは増えるかもしれない。

日本は災害が多く、その復興のための工事の施工能力、体制維持が必要であり、これ以上公共事業を減らすと国民の生活、安全に支障を来す恐れがあるので、今の水準は必要、やむなし。

文教費も世界的レベルから見れば少ない

財務官僚から見れば地方交付税と社会保障に手を入れたいというのが正直な気持ちである。

しかし、社会保障費は増やしてゆくことが必要→その財源をどうするのか?

P76 H24 年国の一般会計歳入予算 (グラフ) では

その財源の半分は公債費 (国債)、税金等でまかなっているのは 46.9%

※公債費は建設公債は 6.5%、特例公債 42.4%

この状態で 2025, 2040 問題 (超高齢化) をクリアできるかは難しい。

消費増税へ ※わからない訳ではない。

P77 歳出の増加要因 (グラフ)

社会保障関係費、地方交付税交付金が増加の要因

P78 そういう中で税と社会保障一体改革では、消費税率を 5% から 10% に 5% 引上げることにより社会保障制度の安定財源の確保を図ろうとする狙い (資料)

5% 上げても、4% は社会保障の安定 (基礎年金国庫負担 1/2 の恒久化、後代への負担の付回し等これまで安定化ということで、借金でまかっていたものを減らしていくこと考え)、社会保障の充実が 1%、2.8 兆円程度しかない。

子供・子育て支援、医療・介護の充実、年金の改善に充てられるが実質は国債を減ら

すという意図が強い。やむを得ないと思うが...

**P79** 基礎年金国庫負担割合の 1/2 恒久化のイメージ (図のとおり)

※基礎年金部分の財源が無くなった。

H21 年度財政投融资特会等から充当してきたが、消費税を当て込み 1/2 は税金で  
という考え方。これも無理はないと考えるが

**P80** 社会保障・税一対改革が目指す医療・介護サービス提供体制改革  
高齢化社会を踏まえどの様なサービスをするのかを考えた改革

**P81** 医療・介護サービス保障の強化 (イメージ図)

病気になった場合の急性期病院はきっちり整備する。

ある程度急性期医療の病院が分散しているものを特化・集約  
(早く退院してもらい)

亜急性期、回復期のリハビリの病院も特化する。

(出来るがけ元気に帰れるようにする。)

普段はかかりつけ医に見てもらおう。

**P82、P83**

サービス、機能の特化を目指すと共に病院の連携を

急性期病院は人員を 1.6 倍から 2 倍 医師や看護師を集中。

一般病床の中に新たな類型として「急性期病床群」を創設

医師や看護師などの医療人材を集中して投入

一般急性期、亜急性期、長期療養の医療機関と医療連携を行う。

**P84** 医療・介護機能再編成のイメージ

2011 年 一般病床 107 万床、療養病床 23 万床、介護療養病床、介護施設 92 万人分  
在宅系サービス 3 万人分、在宅サービス

2015 年 一般病床 (高度急性期、一般急性期、亜急性期)、長期療養 (医療療養等)  
介護療養病床、介護施設、居宅系サービス、在宅サービス

2025 年 高度急性期、地域に密着した病床での対応 (一般急性期、亜急性期等、  
長期療養)、介護施設、居宅系サービス、在宅サービス

※相互の連携深化を

その地域、病院の性格によって一般急性期、亜急性期、長期療養を選ぶことになある  
高度急性期か一般急性期、亜急性期等、長期療養を

亜急性期にした瞬間に、その選択により医師がやめるかもしれない。

その戦略を如何に行うか難しい時代である。

**P85** 現在の一般病床入院基本料等の病床数と 2025 年のイメージ比較図

現在は看護体制により入院基本料が区分されるが

7 対 1、10 対 1 の看護基準に病床が集中してしまった。

看護師さんの集中 (見方によっては無駄遣い)

療養病床をベースにしたワイングラス（盃）型の病床配置

2025 年に向け医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

2025 年は高度急性期（18 万）一般急性期（35 万）亜急性期（26 万）、長期療養（28 万）の釣鐘型を目標としている。※地域に密着した病床（24 万）

この形に誘導していこうとしているが、この方向にいくかどうかはまだ判らない。

**P86** 地域レベルでは地域包括ケアシステムを（イメージ図）

住まいの中で医療は訪問・在宅医療、訪問看護をきちっと行う。

介護は出来るだけ通所で、当然、入所型も一定の整備もする。

地域で自立できる仕組みを作る。

自宅とケア付き高齢者住宅を住まいと位置づける。（自宅だけが全てではない）

ケア付き高齢者住宅の質をいかに保証するか重要な課題。（質の悪いところ多い）

※劣悪な環境、サービスのところあり。（質の保証が課題）

全部公的なサービスでは難しく、ケア付き高齢者住宅はやらざるを得ない。

**P87-89** 医療・介護サービスの提供体制改革の政策責任者は誰かという議論がある。

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案の概要について（成立したばかり）P88 の概要版

新たな基金の創設と医療・介護の連携強化

地域における効率的効果的な医療供給体制の確保

※医療については、この法案で都道府県が担うことが義務付けられた。

地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化等について方向性が示された。

**P89** 地域包括ケアを確立するための 900 億円の基金が設置された。（都道府県単位）

300 億円は既存の補助金の組換え、実質の上乗せは 600 億円

一都道府県 20 億程度か

都道府県の工夫でやるのが可能になる。

場合によってはこの基金を活用して地域包括ケアのモデルをつくこともできる。

この基金にアンテナを張っておく事が必要。医療、介護のどちらで利用可能。

医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

全国ある程度共通の方針を定めることは必要。

※地方分権には疑問あり

原理的に進めると 各都道府県、各市町村は自由になる

自己責任→福祉、医療の切り捨てを判断するものも（市場原理）

4 年毎にトップが替われば安定感を失う可能性もある。

国と市町村は対等な立場で、一緒になって国民の生活を守る「共管」（共同管理）

共管領域 一緒になって責任をしようという分野がある

医療福祉の分野は共同管理の部分が多い。

国は、財源を確保し、かつ、システムの方向性を作るべき  
都道府県は都道府県として、市町村は市町村として責任があり、きっちりやらなければ国民の生活は守れない。

医療については、都道府県に対して、各医療機関が高度急性期、一般急性期、亜急性期、長期療養のどれを選ぶか最終的に報告させられる。

踏まえて、都道府県が「医療ビジョン」を策定する（地域医療構想）

かなり強い権限が都道府県に与えられている。

場合によっては市町村計画に変更を求めることもあり得る。

**P91 医療に関しては都道府県の果たすべき役割が大きくなる。**

**P92 社会保障・税一本改革で導入が検討されているのが国民健康保険の保険者を市町村から都道府県に変更することが検討されている。（確実に進む）**

国民健康保険の保険者はだれになるか？

市町村から都道府県へ（都道府県は反対しているがそちらへ）

**P93 国民健康保険法がどんどん改正されている。（法律案の概要）**

**P94 財政基盤強化策の恒久化**

高額医療費共同事業、保険財政共同安定化事業

**P95 財政運営の都道府県単位化の推進**

都道府県調整交付金の割合の引上げ

※定率国庫負担を給付費等の32%とする。

**P96 社会保障財源についての（表）**

国保、国 41/100 都道府県 9/100 保険料 1/2 不足分一般会計繰入

**P97 運営を都道府県単位にして定率負担割合を減らし、都道府県調整交付金の割合を上げる事で、都道府県レベルの医療費効率化政策を進める可能性がある。**

別資料 医療費の地域差（医療費マップ）※HPで検索可能

西日本、北海道、石川が医療費の支出が多い

全国一律定率で交付金が来たら、医療費多い都道府県が大変になる。

医療費を如何に抑えるかが国民的課題になった場合、ここに手を入れざるを得なくなる。

**P98 医療費抑制を狙い財務省が自治体ごとに数値目標を要求。**

高齢化における医療費の膨張を抑えるため、

財務省は自治体ごとに医療費の「数値目標」をつくることを求める方針を固めた。

医療費に関する電子データの蓄積（レセプトデータ等）が進んでいるため、ビッグデータとして分析・活用することで、無駄をあぶり出そうという考え。

P99 レセプトデータには病名や治療、投薬などのデータがあり、その電子化が進んでいる。  
このデータから適切な投薬量や入院日数などを割り出し、地域ごとに「標準的な医療費」の数値目標を作る。

国は医療費をコントロールする可能性が高い。

地域で適切に医療費を抑える取り組みを過剰な入院を減らすなどの試みが必要。

※法案では P88 をもう一度

医療についてはかなり明確にしているが

介護については お金のことしか言っていない

地域包括ケアの主体（責任者）がまだきまっていない。議論されていない。

※市町村として問われる事（重要）

包括ケアシステムの最終的な責任者は 国、地方、市町村のどこに責任があるのか

10 年先、20 年、30 年先をみて包括的なしくみづくりが必要

自治体がリードして先進的に取り組んでは（重要では）

人の配置が必要、繋ぐ人材が必要である。

基礎自治体の職員がしっかり全体をリードする必要がある。

保健師であり、事務職員であり、10 年、20 年後の地域をリードする人材を育てることがこの 10 年間の重要な課題である。

国が動かないから、都道府県が動かないからとして、自治体は動かないという理屈はない。一歩前倒しで積極的に進めることが重要である。

組織で動いているのであれば、組織をしっかりつくることが課題である。

地域包括ケア担当等人材や組織をどの様に作るか、

医療政策は都道府県が責任をもってやることであるが、共同管理でいけば、市町村にも一定の責任がある。

市町村で医療政策担当部署をつくり、地域包括ケアと連携させるとか、

（今までは医療政策をしなくてすんだ。福祉政策は給付だけやっていたらよかった）

医療と福祉を如何に繋いでゆく政策の策定場面になった時に、チェック・判断をしながら進められる、優秀な人材と担当部署が必要。

それを意識している自治体は 10 年先にも十分対応できる。

P100 社会保障財源が厳しい中でも国民皆保険制度は維持すべき！

P102 保険にお金をだしあっていることを意識すべき

医療費が必要になったとき安い費用で医療の提供がうけられる。

日本の良さ、この制度がなければ安心して医療にかかることはできない。

P103 国民皆保険の意義

適切な医療を適正な負担でうけることができること

医療機関と医療スタッフがいる。

安定的に運営される

これらの事をわが地域は如何に持続的に維持できるか  
その為に保険制度や病院の医療システムなど全体の政策を考えなければならない。  
行政職員も重要。保険制度も、医療制度も非常に難しい分野であるがしっかり勉強し、  
「自分達の地域の医療を守るんだ」という大事な時期にきている。(議員も勉強すべき)

都道府県が保険者になり、医療費の抑制を義務付けられると、市町村毎にノルマがしめされ、医療費の高いところは負担金を求められるなどら、今以上に目に見えやすい医療費の抑制を迫られる可能性がある。

医療費が「高めかな」と思う自治体は、早め早めに医療費を減らす取り組みをしておいたほうが良い。

政策として如何に知恵を使うか大切な時期にきている。

以上