

人口減少社会における全世代型社会保障 構築に向けた地方行財政運営に関する 調査研究

令和 8 年 3 月

一般財団法人 地方自治研究機構

はじめに

昨今のわが国の地方行政を取り巻く環境は、少子化に伴う本格的な人口減少・高齢化の進行、社会全体のデジタル化の急速な進展、各種災害の激甚化、働き方やライフスタイルの多様化、インバウンドの急増、脱炭素化やSDGs等の地球規模の潮流など、これまでとは大きく異なる変化が見られます。

こうした中で、地方公共団体は、自治体DXの推進、人材の確保・育成、経営マネジメントの強化等を図りつつ、住民ニーズを的確に捉え、地域の特性を活かしながら、住民福祉の向上、地域産業の振興、まちづくりの推進、防災対策の強化、自然環境の保全、共生社会の実現等に関する諸課題に、自らの判断と責任において取り組んでいくことが求められています。

このため、当機構では、地方公共団体が直面している諸課題を多角的・総合的に解決するため、個々の団体が抱える課題を取り上げ、当該団体と共同して、全国的な視点と地域の実情に即した視点の双方から問題を分析し、その解決方策の研究を実施しています。

本年度は4つのテーマを具体的に設定しており、本報告書は、そのうちの一つの成果を取りまとめたものです。

人口減少による少子高齢化は、あらゆる社会問題と強く結びつく課題です。今年度の研究会では、そうした人口減少社会における全世代型社会保障の構築について検討すべく、主に地方医療や介護に係る地方公共団体の取組や制度、一般財源化等の考察について、現地視察、外部有識者及び行政側の報告を踏まえ、意見交換を行いました。

本研究の企画及び実施に当たりましては、研究委員会の委員長及び委員を始め、関係者の皆様から多くの御指導と御協力をいただきました。

また、本研究は、公益財団法人 日本財団の助成金を受けて、総務省自治財政局調整課と当機構とが共同で行ったものであり、ここに謝意を表する次第です。

本報告書が広く地方公共団体の施策展開の一助となれば大変幸いです。

令和8年3月

一般財団法人 地方自治研究機構
理事長 北崎 秀一

目次

研究概要	1
第1部 地方財政と社会保障制度等	111
第2部 地域医療体制づくり：病院統合とその経営	137
第1章 統合病院の過去、現在、そして未来	139
第2章 地域医療体制の確保の在り方などについて	192
第3章 地域医療体制整備と地域包括ケアシステムの構築	202
第4章 病院統合時の諸課題と対応について	206
第3部 在宅医療・離島医療と地方自治体	209
第1章 急性期の在宅治療	211
第2章 在宅医療・介護連携推進事業 蓮田市の現状・課題と自治体に求められる役割	237
第3章 島根の2つの現場から、 全世代型社会保障における地方行財政を考える	256
第4部 日本における仕事と介護の両立についての実証分析	277
第5部 令和8年度の地方財政	295
第1章 令和8年度地方財政対策の概要について	297
第2章 令和8年度各府省関連施策について	320
第6部 今年度の研究のまとめ	335
委員名簿等	343

研究概要

研究概要

1 本調査研究の趣旨

近年、地方の歳出予算に占める社会保障関係費の割合は過去最大となるとともに、増加の一途をたどっており、今後の地方行財政運営にとって社会保障は重要な課題となっている。社会保障の多くは地方公共団体を通じて国民に提供されていることから、地方公共団体が果たす役割は極めて大きい。また、政府において、年金、労働、医療、介護、少子化対策等をはじめ社会保障全般にわたる持続可能な改革の検討が進められている中、これら全世代型社会保障の構築に向けた地方行財政運営のあり方を提示することは重要である。

このような背景の中で、今年度の研究会では、公立病院の統合の効果や地域医療構想に関する地方公共団体の取組み、在宅医療における現場の実態等、全世代型社会保障における地方財政等について、現地視察、外部有識者及び行政側の報告、並びに意見交換を行った。本報告書はその内容を整理したものである。

なお、本研究会では、委員長のご発案で委員の役職や肩書きに関係なく、個人的見解を基に自由闊達に議論するという運営を行っており、本報告書も委員会での自由な議論の結果をできるだけ尊重し、反映した形でまとめている。

2 研究会の開催経緯

今年度は、人口減少社会における全世代型社会保障構築に向けた地方行財政運営に関して、全5回の研究会を開催した。

第1回研究会（令和7年5月12日）では、「地方財政と社会保障等」と題して梶元伸委員より報告があり、質疑が行われた。

第2回研究会（令和7年8月19日）では、掛川市・袋井市病院企業団立中東遠総合医療センターを訪問し、「総合病院の過去、現在、そして未来 ファーストペンギンになることを恐れない」と題して企業長兼院長 宮地正彦氏より、静岡県、掛川市、袋井市の保健福祉部関係の各課より「公立病院の統合時の課題等」の説明を受け、同センターの視察が行われた。

第3回研究会（令和7年11月5日）では、「在宅医療現場の実態と自治体に求められる役割」と題して医療法人社団悠翔会理事長 佐々木淳氏より、「在宅医療・介護連携推進事業 蓮田市の現状・課題と自治体に求められる役割」と題して、蓮田市保健福祉部部长 森上和代氏より報告があり、質疑が行われた。

第4回研究会（令和7年12月8日）では、「島根の2つの現場から、全世代型社会保障における地方行財政を考える」と題して、島根大学法文学部教授 関耕平氏より、「日本における仕事と介護の両立についての実証分析」と題し、菅野早紀委員より報告があり、質疑が行われた。

第5回研究会（令和8年1月22日）では、「令和8年度地方財政対策の概要について」と題して前田優委員より、「令和8年度各府省関連施策について」と題して和田雅晴委員より報告があり、質疑が行われた。

令和7年度地方行財政ビジョン研究会第1回委員会 議事録

日 時:令和7年5月12日(月)17:00~18:31

場 所:中央合同庁舎第2号館6階 自治財政局第2会議室

Microsoft Teamsによるオンライン会議(学識委員4名)

【出席者】

(学識委員)

井手委員長、関口副委員長、青木委員、荒見委員、倉地委員、桑原委員、小西委員、菅野委員、祐成委員、高橋委員、竹端委員、丸山委員、茂住委員、吉弘委員

(総務省委員)

梶委員、前田委員、宮崎委員、長谷川委員、村田委員、高橋委員、馬渡委員、梅本委員、最上委員、伊地知委員、小林委員、山田委員

(地方自治研究機構委員)

伊藤委員

【議事次第】

1 開会

2 議題

① 「地方財政と社会保障等」

総務省自治財政局調整課課長 梶 元伸 様

3 閉会

地方財政と社会保障等

【説明概要】

○ 地方財政の果たす役割等

国と地方の決算ベースの歳出を分野ごとに整理すると、防衛費、民生費のうち年金関係は全て国が負担し、それ以外の分野は、多かれ少なかれ地方の負担がある。社会保障関係は、地方の決算の区分で言うと、民生費や衛生費の一部が該当する。

基本的には地方の歳出を通じて国民(住民)へサービスが提供されるが、一部、年金や防衛については国が直接国民にサービスを提供している。国は、地方に対して社会資本整備や社会保障、教育などの補助金あるいは負担金を交付する。地方団体は、国からの補助に加えて地方負担を足した上で交付する分野と、地方単独事業の分野とがある。地方単独事業についてもある程度国が法令等で義務づけを行っているものもあり、そういった国の関与が乏しい分野(文化・スポーツ等)を地方交付税で財源保障をしながら、どの地域においても必要なサービスが提

供されるように組まれている。

現在の地方向け補助金は、社会保障が占める割合が大変大きくなっている。平成14年度の例示では、社会保障とそれ以外の分野がほぼ半々だった。それから20年ほど経って、社会保障が少子高齢化に伴って伸びている一方、公共事業や文教・科学振興については少し減になっている。

○ 国民生活を生涯にわたって支える社会保障制度

乳幼児のときには健診や母子保健関係の事業、予防接種、勤め始める年齢になれば健康診断といった具合に、国民は、年齢に伴った社会保障関係の保健・医療サービスを受ける。こうした社会保障のサービスの中で、地方との関係が比較的大きいのは、保健・医療や、児童福祉、高齢者福祉、障害者福祉などの社会福祉関係、所得保障のうち生活保護の分野である。社会保障だけではなく教育も含めた社会保険、保育・教育等サービスの給付と負担は、働き始めるまでは給付のほうが大きく、働いている間は負担が大きく、高齢者、引退すると給付のほうが大きくなる。全体としては「給付のほう大きい」バランス関係にある。給付と負担のバランスを取らなければいけないということで、毎年度予算編成がなされている。

年金や労働保険、雇用政策は基本、国が担う。都道府県あるいは県単位の広域連合等も含む県単位で実施されているものが、協会けんぽ、国保の財政運営、後期高齢者医療、郡部の生活保護及び医療提供体制である。市町村は、国民健康保険の資格管理、保険給付、介護保険、児童手当、市部の生活保護及び障害、児童、老人福祉などの各福祉分野を担当している。

○ 社会保障給付費の推移等

費用の推移としては、2020年頃に1回ピークアウトしているように見えるが、これは、新型コロナウイルス感染症の蔓延に伴い、雇用調整交付金とかが暫定的に増えたことによるもので、趨勢としては毎年増加傾向にあり、社会保障給付費は毎年増えている。

2024年度予算ベースとする社会保障関係の財源の内訳としては、ほぼ6割が保険料で賄われており、4割が公費である。保険料には、被保険者が拠出する部分と事業主が拠出する部分がある。公費については、国と地方ということで、国と地方はおおむね2対1という関係にある。社会保障財源、国費と地方費と保険料の区分を分野ごとに分けて、国の負担割合が高いのは生活保護で、国が4分の3負担している。生存権の保障という観点から、国の役割が大きい分野ということになる。その次は児童手当で、国と地方の関係でいうと2対1の関係。現金給付的なものは、どちらかといえば国の役割が大きく、2対1という割合が設定されており、児童入所施設、障害福祉といった、どちらかといえばサービス自体を給付するものについては地方と国で1対1の割合で負担している。国保、後期高齢者医療制度や介護保険は、国、地方（主に県、一部に市町村）で財源の半分を負担し、もう半分は保険料で負担するという、公費と保険料で折半するような形となっている。

○ 国・地方の役割分担に応じた配分等

社会保障を支える財源をどのように確保するかというのは長年の重要な課題である。近年では、消費税を引き上げる際に議論になった。

消費税率を5%から10%に上げた「社会保障・税一体改革」の際に、引上げ分の消費税は地方消費税も含め、社会保障財源だということを明確にし、社会保障における国と地方の役割分担に沿って配分することになった。

社会保障給付費とあるが、これは国において把握をしている社会保障給付費における国と地方の負担であり、把握されていない地方単独事業も存在する。このことから、地方分については、地方消費税の拡充を基本としつつ単独事業など財政力格差に応じて財政力が弱いところでも単独事業が実施できるように地方交付税分も一定確保された。

5%から10%に引き上げたことによる増収分は14兆円程度。消費税は一度に引き上げられたのではなく、5%から8%、8%から10%というふうに、2段階で引き上げられた。5%から8%に上げるときの整理として、重点化・効率化による財源確保分も含めて1.7兆円程度の社会保障の充実を行い、社会保障の充実に回す分以外は、基礎年金国庫負担2分の1への引上げと、後代への負担の付け回し軽減に充てられた。

8%から10%に上げるときにも、従来からのスキームをそのまま右に伸ばすことも方法論としてはあり得たが、政権の意向により、人づくり革命として、社会保障の充実との差額、1.7兆円程度を使って幼児教育や保育の無償化、高等教育、大学の無償化などに充てることになった。

○ こども・子育て政策の強化等

こども未来戦略が閣議決定され、令和10年度までに3.6兆円の充実をする、安定財源を確保するという枠組みが決まった。この3.6兆円のうち8割強まで実現している。

予算も増えており、所得制限撤廃、妊娠・出産時からの支援強化、子供1人当たり10万円相当の経済的支援や、現物給付として相談支援とか産後ケアのサポートを充実するなどの児童手当の拡充を実施している。また、大学等の高等教育の負担軽減が挙げられる。多子世帯の学生等について授業料・入学金を無償化するという一方で、今年度の4月以降、3人以上のこどもがいたら高等教育(大学等)の無償化施策が発動している。

この他に、虐待、貧困対応、医療的ケア児などを預かる環境の整備という多様な支援ニーズへの対応をしたり、育休を取りやすい職場にするために、育休等給付について、現在は手取り8割相当なのを産後一定期間は手取り10割を実現したなか、時短勤務時の新しい給付を創設した。このほか、保育士の配置改善、保育の処遇そのものの改善を図っている。

○ こども・子育て政策の強化(加速化プラン)の財源の基本骨格(イメージ)等

令和6年度の時点で3.6兆円の施策の充実とその財源のフレームがある。プラン完了時点で国・地方合計額として3.6兆円の歳出があり、その内訳は、経済的支援として現金給付の児童手当などで1.7兆円、保育所や「誰でも通園制度」関係で1.3兆円、共働き関係が育休で0.6兆

円となっている。

歳入は、大きく3つ、①規定予算の最大限の活用等(1.5兆円)、②公費(1.1兆円)、③社会保険料(1兆円)である。①は、雇用保険とか事業主拠出金のように、国・地方の公費以外の財源、消費税の引上げ分(人づくり革命に充てられた予算)である。高等教育の無償化分は一部この既定予算の最大限の活用等と整理されており、消費税のインボイス導入による消費税収の増収分についてもここにカウントしている。

②は社会保障改革を徹底することによって、1.1兆円の公費節減効果を生むということ。③は社会保障改革を徹底することによって、社会保険負担の軽減効果を生みつつ、社会保険制度を通じて拠出する仕組みとして新しい支援金制度を設け、医療保険に併せて拠出してもらう仕組みをつくる。これが1.0兆円。これらによって必要な3.6兆円を確保する枠組み。

○ 2025年度予算等における社会保険負担の軽減に向けた取組

社会保障改革として令和10年度(こども未来戦略の期間である)までに何を行うか、今後検討するものも含めてリスト化されている。高額療養費の自己負担の見直しなど、将来の見直すべき取組を記載しつつ、毎年度、予算編成過程で議論をして歳出改革が行われる。

2025年度の社会保険負担軽減効果は、薬価の改定で0.12兆円程度、高額療養費制度の見直しで0.06兆円程度、600億円程度の算段をしていた(高額療養費制度の見直し効果は剥落したので差し引く必要がある)。2025年度は合計マイナス0.17兆円程度。

2023年度、2024年度の軽減効果を合計すると、0.49兆円程度になる。2028年度には1兆円に達するように、残り0.5兆円積み上げていくため毎年度見直す必要があるということになる。この0.5兆円を達成するのは、高額療養費制度見直しの内容によっては、ハードルが上がっている状況である。

○ 子ども・子育て支援法等の一部を改正する法律案のポイント

昨年の通常国会で既に成立済みの法案で、支援金制度を令和8年度に創設をすることとしている。創設後、令和10年度まで段階的に導入をしていく。制度導入により実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせるが、その効果が生じるまでの間は、つなぎとして、国債、子ども・子育て支援特例公債を発行して財源を確保する(財源フレームについては法律で決められている)。

この法律の中に盛り込まれている制度に、「こども誰でも通園制度」がある。これは新しい給付で、満3歳未満で保育所に通っていないこども(基本的に家庭で子育てをしているこども)、月一定時間、例えば10時間まで施設の利用が可能だという給付を新たに設ける内容である。令和7年度現在は、まだモデル状態であり、法律上制度化していないが、現時点で実施するかどうかは自治体の判断となっている。また、令和8年度からは法律に基づく新たな給付制度として、全自治体で実施することが義務づけられるため、準備を進めている状況である。

○ 子ども・子育て支援の特別会計の創設等

従来の年金特会の子ども・子育て勘定と雇用保険特会の雇用勘定を統合した特別会計を創設した(令和7年度～)。この「子ども・子育て支援特別会計」を設けることで、子ども・子育て全体の費用負担の見える化を目指す。

支援金を何に充てるかということはあらかじめ法律で決められており、充当先は、児童手当、妊婦のための支援給付、こども誰でも通園制度、出生後休業支援給付、育児時短就業給付、国民年金の保険料免除の5つの施策である。

加入者当たりの平均月額が250円から450円と書かれているが、これは保険者別に異なる。後期高齢者医療制度の被保険者を含めて負担する仕組みとしており、個人・事業主拠出総額1兆円の按分としては、後期高齢者が約8%、残りが後期高齢者以外となる。後期高齢者以外は、国保と被用者保険は加入者数により按分する。被用者保険の中で協会けんぽ、健保組合、共済組合があるが、それについては報酬により按分する。その按分方法を適用した結果、1人当たりの負担額は、全制度平均250円、350円、450円程度となる。詳細には保険によって異なるが、トータルとしての平均は最大でもワンコインの範囲に収まる。

支援金を創設すると確かに負担は増えるが、給付も増え、結果として合計で146万円給付が改善される予定である。

○ 「こども・子育て支援加速化プラン」に係る令和7年度の地方負担の増等

こども・子育て政策の加速化プランの財源フレーム3.6兆円というのは毎年拡充されていくため、地方負担も毎年増えていくことになる。令和7年度の地方負担は計2,400億円増え、必要な額は地方財政計画の歳出に計上して財源を確保した。

こういった全国的な制度に基づく子ども・子育て施策以外に、地方単独事業でも施策充実の必要があるのではないかと、また、地方単独事業は現金給付より、現物給付事業で充実をしてほしいと、子ども・子育て政策に係るソフト事業の地方単独事業を増やすため1,000億円の増額をするとともに、令和6年度の交付税算定で新たな算定費目「こども子育て費」を創設した。

この他、地方がソフト事業だけではなくハード事業についても事業を拡充できるよう「こども・子育て支援事業債」が創設された。

○ 地域医療提供体制の確保等

医療法等の一部改正は、今、衆議院で審議中である。内容としては、地域医療構想の見直し、医師の偏在是正、医療DX推進が含まれる。

現在、公立病院の赤字病院の割合が非常に増えており、赤字合計額も非常に増えている状態である。これはコロナ禍でのいろいろな支援がなくなったにもかかわらず、患者数がコロナ禍以前の水準まで戻っていないということも原因の一つとして考えられる。国としては、公立病院資金繰り支援のための地方債を創設するなどの対応をしている。また、公立病院の経営強化ガイドラインについても、地域医療構想の策定も踏まえて見直しが必要ではないかと議論、検討を

始めている。

○ 高額療養費制度の見直し、高校無償化等

修正されたのは大きく2点。1点目が高額療養費制度、社会保障の歳出の改革ということで見直そうとしていたものが再検討をすることになった。現行の仕組みとしては、年収ごとに自己負担額の上限が決まっている。例えば年収700万円の場合は現行で8万100円が自己負担の限度額で、この8万100円を超えた部分が高額療養費として保険から給付され、この8万100円が直近の12か月で3回該当したら、4回目以降は多数回該当として負担額の上限が4万4,400円に下がるという仕組みになっている。

政府案では、この8万100円を段階的に引き上げ、4万4,400円も段階的に引き上げるという案を想定し、国会に諮ったが、衆議院、参議院を通じ、この引上げを一切行わず、再検討することになったため、予算上は一旦、高額療養費制度の見直しによって予算確保を見込んでいた額(国においては約160億円の歳出削減効果がゼロに、地方においては53億円がゼロに)を差し引く修正をした。

2点目は高校無償化関係で、政府予算を閣議決定した後、自民党、公明党、日本維新の会の3党で教育無償化等について協議がなされ、2月25日に合意が成ったことにより予算が修正された。合意書の内容としては、①高校無償化、②高校生等障害給付金の拡充、③効率専門学校の施設整備の拡充の3つである。

高校無償化とは、令和8年度から私立加算額を45万7,000円に引き上げるということを決めた上で、先行措置として、令和7年度分について、全世帯を対象とする支援金の支給について収入要件を事実上撤廃すること。年収910万円を超える世帯については、これまで無償化の対象ではなかったが、令和7年度から対象になるため、1,049億円の歳出の増額となる。高校生等奨学給付金とは、高校生向けの奨学給付金、返済不要の教育費以外に充当するための給付金で、これの拡充により国費で5億円、3分の1補助となるため地方費は10億円増える。公立の専門高校の施設整備に対する支援は、特に専門高校の充実が重要だという問題意識により、国費10億円、地方費20億円の充実がされた。

【質疑応答】

○倉地委員

医療保険改革の全体の流れとしては、日本の社会保険制度を応益負担的な仕組みから、より応能的な負担の仕組みに変えていこうという考え方なのか。

→(梶課長)大まかに受益と負担をバランスさせるべきだという文脈がある。ただ、受益と負担のバランスを取るときに、これまで応能負担の観点が強かったのではないかという問題意識を持っているため、応能負担に寄せていこうという検討もなされているという実態がある。

○小西委員

子育ての加速化プラン等で子育てをしている人はトータルで見ると経済的なメリットがあるが、子どもを持ちたいけれども金銭的な理由で子どもを持ってないあるいは子どもを持たないことを選択した人に対しても子ども・子育て支援金は一律で課される。この支援金にかかる負担増は、賃上げによって相殺されることが前提とされている。しかし、その賃上げのメリットが受けられない場合は、子どもを育てる人々とそうでない人々の間で対立が生じ、結果的に断絶をあおるのではないかと懸念するが、この点については、どう理解すべきか。

→(梶課長)非常に大きな議論だと思う。我々の説明では、断絶というよりも、みんなで支えるための仕組み、連帯の仕組みだという説明をしている。実際に子育てに関係ない方も負担があるのは、子供たちが育っていくことによって、誰もが裨益するため。

○茂住委員

高校無償化の話があったが、全世代型の社会保障を実現するという意味では、今後さらに財源調達の課題が出てくると考える。財源調達、特に歳入の面で現在何か議論が進んでいるのか知りたい。現行税制のままで財源調達していこうと考えているのか、子育て支援金のような新たな財源調達手段の議論が起こっているのかどうか。

→(梶課長)高校無償化は、合意書の中で財源についても「政府全体で徹底した行財政改革を行うことなどにより安定財源を確保する」と書いている。確実に予算がかかる事業で、かつ、単年でなく毎年かかるため、これから年末の予算編成にかけて安定財源を確保せねばならない。政府としては、行財政改革を行うことなどにより安定財源を確保すると表明している状態であり、税制を修正するとも修正しないとも言いかねる。

→(茂住委員)今は減税が大きく取り沙汰されているが、消費減税になった場合、非常に重要な社会保障財源がなくなってしまう可能性があり、教育無償化のような事業を実施すると、借金でやるのかというような問題も出てくる。一方で、国も地方も、ハード面ソフト面ともに今後財源が必要になってくることは明白である。給付の充実の議論が高まっていく中、あまり歳入の面では議論が行われていないことが気にかかるところ。

○竹端委員

消費税は、法人税、所得税の穴埋め財源に使われているのではないかと、要は後代への負担の付け直し軽減策なのではないかと野党などで言う人もいるが、これについてどうお考えか。また、昨年度の研究会で、高額療養費を削って財源とするのはおかしいのではないかと質問した。これは金を取りやすいところから取ろうという甘い算段だったのではないかと思うが、それについてはいかがか。

→(梶課長)まず1点目は、消費税の引上げと法人税の実効税率引下げのタイミングが重なっている部分があるのでそのように見られることがあるが、消費税の増収で法人税減収の穴

埋めをしたという1対1の関係にはなっていないため、そういった認識ではないというのが政府としての見解になる。

2点目について、政府として、進め方について反省すべきところがあったのだろうと、患者団体の皆さんの御意見を聞いて秋に再検討することになった。

○高橋委員

今回の議論は、全世代における受益感のない層に対して受益感を醸成するような社会保障構築という話であるが、負担は各層によってばらつきがある。加速化プランと支援金制度において、実質的な負担が生じないようにするということだが、実質的な負担の意味が何であるのかということをお聞きしたい。

→(梶課長)ミクロかマクロかという話であれば、目指しているのはあくまでマクロである。ミクロでのばらつきは絶対に存在する。

→(高橋委員)この場合の支援金制度を構築するということは、高齢者のほうに負担がかかっていくということなのか。どのように負担がばらついていくのか。

→(梶課長)負担のばらつきは、医療加入者1人当たり平均月額で加入する医療保険の平均値を出しているが、被用者保険で言うと、所得が多い人に寄る。後期高齢者は相当押さえており、高齢者の加入が多い国民健康保険は他の被用者保険と比べると低くなっているため、高齢者に寄っているということは恐らくない。提示した按分方法は、介護の納付金などで使われたことがある按分方法で、結果としてばらつきはあると思うが、それは全体を支え合う方法として、既存の、実績のある方法を選択したということ。

→(高橋委員)もちろんマクロの実質的な負担は変わらないが、一方で給付のバランスは変わっていく。歳出改革も含めて行くと、その部分においても負担や受益の関係がまた変わっていくが、どのように変化するのか。世代間だけではなく、所得のばらつき、社会的な属性など、そういったものも加味してまとめると、より負担とは何かということが分かるのではないか。

→(梶課長)支援金の負担は申し上げた按分方法で実施し、歳出改革全体で幾ら負担減を実現するかというマクロは決まっている。ただ、改革工程の中にメニューの候補がいろいろとあって、そのうちどれをやるかはまだ決まっていない。高額療養費でやると、高額療養費の負担が大きい方に負担が寄るわけだが、何をやるかによって負担の状況は違ってくる。例えば応能負担という考え方は、能力に応じた負担ということで、能力がある方への給付を減らすという発想になる。それが実現できるかどうかではなく、今は、合計の効果額は1兆円という決まったフレームの中で、いろいろな改革メニューをテーブルに載せて毎年の予算編成で議論することになっている。

→(高橋委員)その点について、より議論していく場でもあるということか。

→(梶課長)おっしゃるとおりである。誰が負担するかということのも毎年毎年決めていく。

→(井手委員長)支援金制度についてはマクロで見れば負担増になっていないと。だが、1兆

円浮かせたら浮かせた金で充当すればいいだけで、新たにする意味が分からないと恐らく大抵の人が思うだろう。取った代わりに将来の負担を減らすという説明になっているのが分かりにくいところだ。

○荒見委員

1つ目、マクロで見ると負担減だとしても、ミクロでは、人によって、属性によって負担が異なる可能性があり、この按分のやり方だとどうしても現役世代の負担が重く感じるのではないか。個々人の年齢と、世帯年収別にどうなるのかとか、個別の負担と給付の試算ができないだろうか。

2つ目は、薬価と高額療養費を今年減らそうとしていたという話で、薬価のほうも実は値段が下がっていて、薬が不足していることが社会問題になっている。薬価と高額療養費も、現役の働いている人にもマイナスになる可能性があるところから削っておりセーフティネットを崩している印象がある。どうしてここからなのかが気にかかる。他にもメニューがあるので、政府として哲学をしっかりと定めたほうがいいのではないか。

3点目は、公立病院経営強化の推進について、公立病院だからこそ今進めていること、てこ入れしていることというのは、具体的には何か。病院事業債のところの話になるのか。詳しく教えていただきたい。

→(梶課長)個々人のミクロの負担をより区分して出すべきだというのは、国会でも相当議論があった。もっと細分化したものをこども家庭庁は持っているものと思われる。支援金についてどれだけの負担になるのかというのは、こども家庭庁は当時、段階的に情報を国会答弁で出していった。今あるのはこの情報のみである。

社会保障改革の毎年度のメニューは、薬価については診療報酬の改定をやらない年も含めて毎年やるということが決まっているが、薬価改定の中間改定、診療報酬の改定に当たらない年の改定をやめろという意見がある。政府としては、毎年やることになっているので、決められたとおりやっているという見解。これは、いろいろな影響があるからこそ毎年やっている。

薬価改定以外になぜ高額療養費だったかというのは、この内容でよかったのか、反省すべきところが政府としてあったと思う。

→(前田財政課企画官)公立病院へのてこ入れについては、民間病院とのバランスをどう取っていくのかということでいろいろな意見がある。例えば、民間の病院に対しては公的な資金が入らないのに、どうして公立病院ばかり行政が支援するのかというスタンスの方もいれば、公立病院はやはり僻地などで医療を支えているので、そこへのてこ入れが必要だという意見もある。その両者のバランスを取りながら、どう対応していくのかというのは常にある難しいテーマである。現在、特にコロナ禍以降、公立病院の経営は、なかなか患者の方が戻らず非常に厳しい状況が続いているため、経営改善に取り組むような場合には、資金手当という形で起債が新たにできる仕組みをまず導入してみたのが今の状況である。

→(荒見委員)それが病院事業債か。

→(前田財政課企画官)病院事業債だ。厚労省で、病床を減らしたら補助金を出すということをしたら、人気があり過ぎたため公立病院は除外するという事も起きている。その辺りのバランスを取りながらやっていかざるを得ない分野である。

→(井手委員長)1点だけ。財政というのはそもそもパッケージだということを忘れ過ぎではないか。それぞれの世代、年齢に応じて受益と負担というのは常にある。パッケージとして本来財政というのは成り立っているのに、ある部分だけ取り出して、受益がこうで、負担がこうだとやるから社会が分断されるという議論になってしまう。

個別で言うと損をしているのだけれども、別のところで言うと得をしているということはあるわけで、その全体で見て、受益と負担の関係、バランスがどうなっているかということをお我々は考えるのであって、少なくとも財政学者としては、あまり一部分だけ取り上げて受益と負担がというのは言わないほうがいいと考える。政策としても、パッケージで出せばいいと思う。例えば今日の高額療養費制度の話と子育ての話のパッケージを出して、こっちの負担とこっちの負担を見ると負担者は変わっているから、そうすると全体としてバランスが取れるという議論になる。やはり出し方、見せ方の問題ではないか。

○関口副委員長

子ども・子育て支援納付金の按分はそれぞれの保険組合や国保がどれだけの納付金を出すか割り振っていると思うが、この按分に対して保険料率を決めていく段階とかはいつの段階で決めていく段取りになっているのか知りたい。なぜかということ、出した給付額に対して料率を決めていくという観点で捉えると、通常の給付だったら、その給付に対して料率をどうするかとかいう議論が保険者の中で行われると思うが、この場合は、拠出金という形でそもそも額が決められている状態の下で、組合それぞれで料率をどうするか議論をするようになっている。保険の自治の観点から、法律上の立てつけがどうなっているのか気にかかる。つまり、そもそもこの額を受け入れたくないとかということが言える段階がどこにあるのかということ。そうではなくても枠が拠出については決まった瞬間に料率も決まるという感じに法律上の立てつけでなっているのか。税の決まり方と保険の決まり方について整理されたものはないだろうか。

→(梶課長)法律上、令和8年度は支援金総額で幾らというのが決まっており、幾らを目途とするというふうに書かれている。令和10年度は1兆円だが、その数字を決めるときには、年末の予算編成過程の中で保険者の代表者で話し合う場がある。それでオーソライズされたら、拠出金が幾らというのが決まる。その上で、当該年度に保険料として全額取るのか、保険料への反映は来年にするのかというのは保険の自治の範囲になる。

○桑原委員

都道府県ごとに高齢人口の在り方が変わるだろうという想定の部分で、この前提となっているものは今の延長なのではないか。例えば15年後に団塊ジュニア世代が実家(地方)に戻るよ

うな大移動は想定していないのだろうか。

→(前田財政課企画官)東京一極集中は引き続き続いていくという推計だと思う。

→(最上財政調査課課長補佐)やはりそこまで織り込んでいないという認識である。あくまでもいわゆる年齢階層別というところがコホートの形で滑っていくだけ。そこまで精緻ではないと認識している。

○青木委員

今日の全体の議論に関わるような議論として、ピークアウト論というのは政府としてどのぐらい考えているのか。例えば、生産年齢人口が減るので、提供主体がぐっと減る。対象者も過疎地でぐっと減り始めるということで、これは全体的に見ればサービスを受けられない人が出てくるので、そのことの当否は別として結果的にはサービスがシュリンクするだろうから、医療の部分は結構絞れるのではないかと思う。年金というのは対象者がいる限り支出は続くけれども、医療や介護はそもそも供給量が頭打ちになる可能性があり、その場合、総体として福祉サービスに投入される予算額は減っていくかもしれないということで、いずれピークアウトするというような議論も成り立つのではないかと思うが。

→(梶課長)高齢者のピークは2040年とされている。そこを過ぎれば少子高齢化で社会保障給付費が毎年増加という構造からは変わり得るので、ピークアウト論は成り立つと思う。ただ、ピークアウトの試算は見たことがない。必要な視点であると思う。

令和7年度地方行財政ビジョン研究会第2回委員会 議事録

日 時:令和7年8月19日(火)13:00～15:10
場 所:中東遠総合医療センター 3階 大会議室AB

【出席者】

(学識委員)

井手委員長、関口副委員長、青木委員、倉地委員、桑原委員、小西委員、菅野委員、
祐成委員、高橋委員、丸山委員

(総務省委員)

和田委員、青島委員、岩田委員、水谷委員

(地方自治研究機構委員)

伊藤委員

【議事次第】

1 開会

2 議題

- ① 「統合病院の過去、現在、そして未来 ファーストペンギンになることを恐れない」
中東遠総合医療センター 企業長兼院長 宮地 正彦 様
- ② 「地域医療体制の確保の在り方などについて」
静岡県健康福祉部医療局医療政策課 課長代理 村松 斉 様
- ③ 「地域医療体制整備と地域包括ケアシステムの構築 ～中東遠総合医療センター病院統合協議時の課題への対応～」
掛川市地域包括ケア推進課 課長 榛葉 馨 様
- ④ 「病院統合時の諸課題と対応について」
袋井市健康未来課 課長 小澤 由靖 様

3 現地視察

4 閉会

掛川市・袋井市の病院統合について

【説明概要】

中東遠総合医療センターについて企業長兼院長の宮地様よりご説明いただく。

○ 説明の概要と静岡県の医療体制について

掛川市・袋井市が属する中東遠エリアは静岡県の中でも西寄りで、浜松市に近い位置にあり、およそ46万人の人口の医療を行っている。本日は統合について中心にお話する予定であるが、

医療費を削減するにはどうしたらいいか、マイナンバーの活用やデータのネットワーク化など、バランスを考えてそういったこともお話できればと考えている。

そもそも統合と聞くと、極めて良いイメージをお持ちの場合が多い。自分は2代目の院長であり、統合するとすぐ黒字になるよと聞いていたが、実際はそう夢ばかりではない。規模も大きく、莫大な予算がかかること。また、知っておいて欲しいのは、新病院になれば医師が増えると想定することが多いが、そんなことはないということ。病床数は、現状の医師数でまかなえる数より多くしてはいけない。医師が増えるという前提で、「このくらい回せるだろう」、「現人口から考えてこのくらいでいいだろう」と甘い見積りをしてはならない。

人間ドック健診は収益率が高いので、実施した方が良く考えている。よく言われていることだが診療報酬での経営は厳しく、自由診療である程度の収益を上げていかないことには病院経営自体が成り立たない。そして自由診療は地域の予防医療として非常に重要な役割を果たすものであり、日本の医療にとってもやらないといけないことだと強く思っている。

静岡県は人口が360万人と日本で10番目に多いが、人口当たりの医師数が39番目と下から数えた方が早い状況で、中東遠圏域は静岡県の中でもっとも医師の少ない地域である。全国平均の約6割の医師数で医療を実施している。

人口あたりの、医学部に進学するだろうと考えられる人数を表現した表において、静岡県が補助金を多く出したため初期研修医が増えたことが分かるが、8年目研修医の数は減っている。これは静岡県の特徴で、県外のプログラムを受けに県外へ出ていっているためである。県は大学地域枠を非常に多く取っており、これを批判するわけではないが、教育できる病院がそれほど多く静岡県にあるのだろうかという疑問がある。教育できる環境があつて初めて人を集める意義があるのであつて、人を集めてから教育を補うのでは十分な教育ができない。しっかり教育をやる体制を整えるべきだと考えている。

静岡県に医学部ができたのはおよそ50年前、新設校と言われる部類である。それまでは東京、関西や九州の大学が静岡県の医療を支えていた。50年前に浜松医大ができ、静岡県の西側から静岡県の医療ができるようになっていった。昔から浜松医大があれば静岡県内の病院長は浜松医大卒の方になっていてもおかしくはないのだが、実際には3分の1もいない。つまり1つの大学で県内の医療をマネジメントしきれていない状況にある。

○ 病院統合当時の状況について

契機となったのは新医師臨床研修制度。私は名古屋大学出身で、大学を卒業したら外の病院に出て、1年間で全科を回って学んで、最終的にどこの科の医師になるか決めた。新医師臨床研修制度はこれに似たシステムになっている。他の大学が基本的に大学卒業後は大学病院の中で成長して、市町村の病院に出ていく中、新医師臨床研修制度はまったく違うシステムだった。これで何が起きたかという、研修医が自分で病院を選べるようになったため、都市部に集まった。袋井市民病院でも同じ現象が起き、研修医が減ってしまった。

統合直前の袋井市民病院、掛川市民病院の両院を合わせた医師の数が80人だった。この数

字を覚えておいて欲しい。

経営状態を見ていくと、2000年前後は悪くなかったが、その後はどんどん悪くなっていき、2008年に統合しようという話が出た頃には20億円の赤字を抱える病院になっていた。その後、赤字は減っているが、これは統合の件もあって投資をしなくなったからであった。決して収支が良くなったわけではない。両病院はこれ以上経営が悪化しないようにして、統合を乗り切った。ここで考えなければならないのは、病院統合というのは潰れかけた時にはもう間に合わないということ。「危ないけれどまだ維持できる」という状態でなければ統合を乗り切れない。何ができるかという、機能分担していくしかない。

後から考えると、この病院統合はよくやったと思う。通常は単一の大学から医師を受入れるところ、袋井市民病院、掛川市民病院の場合は5大学が絡んでいる。統合する時には、どこかを減らすことになる。撤退は簡単にできるけれど補充は容易ではない。非常に力技が必要だったと思う。

2つの文化圏、ルールの違いがあった。病院機能評価を受け、全国規模のルールが導入され、統一化が図られた。私は突然外から来たので、第3者であったのが良かった。旧掛川派、旧袋井派、それぞれの間に入って話げできた。統合するというのは、根底にそういうところにも問題を抱えるということ。

開院当初、病床数は500床。両病院の合計850床からすると350床の減となる。やはり600床は要るのではないかという話もあったが、医師の数は、メンバーが変わっても人数は変わらず80人だった。80人で診れる病院にしようとなると、一般的に450床から500床になる。もし600床で開院したら、恐らく辞めた人が出てしまったはず。行政なり住民なりどこかでエゴが出たらこうはいかなかった。残った医師の数で想定できる病院にしなければならない。なぜ統合することになったかという、多くは医師が足りないから。病院を新しくしたら医師が増えるだろうなんて、そんなことはない。統合を成功させるためには残った医師の数に見合った病床数を計算して、それに合った医療機能を持たせるべき。

赴任して驚いたのは、大学でさえ持っていないPETを持っていたこと、ダ・ヴィンチを導入しようとしていたこと。今ではそれが役立っていると考えている。

中東遠総合医療センターでは、救急を基本的に断らないようにしている。スライドは、救急車の受入れ先を決めるための時間であるが、開院前は袋井消防で5分26秒、開院後は1分45秒、約4分の短縮となっている。4分というのは心筋梗塞であれば命が助かるかどうか、脳血管障害であれば麻痺が出るかどうかを左右する時間である。1分30秒前後は、必要な情報の受け渡しでどうしてもかかる部分で、当院に搬送されることがほぼ決まってもこのくらいの時間になる。断らない医療をすることで非常に迅速に対応できるようになった。

当院が開院する前は磐田市立総合病院が500床でもっとも大きい病院で、掛川市民病院が450床、袋井市民病院が400床、菊川病院、御前崎総合病院、森町病院が150～200床あった。中東遠総合医療センターができることで約46万人の圏域に基幹病院が2つになった。そして菊川病院には精神科、森町、御前崎総合病院は地域医療を担うなど、ある程度の機能分担

をしていった。

○医師不足への対応について

別件で約200病院にアンケートを取ったところ、統合が終了している病院が25件、現在統合を検討しているが18件、今後検討するが36件と、とても多くの病院が統合を考えていることになる。当院の経験をぜひ伝えたいと考えている。

統合するのは夢ばかりではない。統合する前に考えなければならないこと、統合した後に考えなければならないこと、それぞれある。

院長になる前、救急科の医師が1名になるので、救急診療をどうするか相談を受けた。まったく人脈もない中で、どうにかするしかなかった。どういう方針でこの病院を運営していくか決めるのに2~3か月かかった。

医局長として人事もしていた経験があるため分かるが、やはり大学に人を送ってこなければ、人を病院に送ることはできない。自分たちで育てなければならない、育てて大学に返して初めて医師が増えるのだと職員に言い聞かせた。

救急は全科でやるしかない。皮膚科の医師などからは猛反対があったし、全科で救急対応するのなら辞めると言う人もいた。救急が専門でない人はファーストタッチだけしてもらえばいいと、後ろに控えているからと宥め、なんとか救急を保たせた。

元々、外科でがん医療に携わっていたので、がんに力を入れたかった。そうやって病院のステータスを上げないと人は来ない。

また、働き方改革の時期とも重なった。静岡県の労基署に挨拶に行った時、時間外勤務45時間以内に収めなさいと言われ、それはさすがに無理だと思ったが、そういう考えであるならば、そこを目指そうと思った。

救急が回らないのはもう分かっている。崩壊する前はどうしていたのかというと救急科の医師が中心に初期研修医を教えていた。全科の医師は救急の先生が教えるだろうと考え、あまり携わっていなかったが、救急崩壊した後はそれぞれが自分の専門を初期研修医に教える形になった。初期研修医は、以前は救急医の対応を見て学んでいたが、全科で対応するようになり、常勤医ともに学び、研修医との関わりも密に、主体的な学びになった。

最初は救急の先生や総合内科の先生を探したが、見つからなかった。以前は、教育熱心な人がいないと教育できないと考えていたが、今では全員で教えた方が教育効果は高いと感じている。初期研修医は開院から4年間救急対応したことがなかった。一緒にやるようになって救急対応に必要なことを初期研修医が自ら学ぶようになって、それを見た医学生が「すごい、あんなことがすぐ出来るようになるんですね」と言う。

また、高い学費を払っているのに学外研修をするのに交通費や宿泊費も出さなければならないのかという声があった。これだと思った。そこで、交通費や宿泊費を出すようにしたら来られない理由がなくなって、希望者が増えていった。

当院は名前が売れている病院ではない。マッチングが12枠あったがフルマッチしない、内定

を出しても研修医が国家試験に落ちてしまって採用できない時期もあった。対策をして希望者が増えたことにより枠が14に増えた上、フルマッチして欠員が出なくなった。これにより何が起きたかという、数年で研修医が倍近く増えた。医師たちも最初は「えー」と引き気味ではあったが、教育のシステムを作っていけばきちんと教えられる。今では枠を15人、16人まで増やしてもいいかなと思っている。

全国共通の初期研修医1年目の試験があるのだが、着任当初は503病院中360位だったのが順位がどんどん上がり3年後には642病院中15位とトップクラスにまでなった。これは誰か優秀な人材が単独で成績を押し上げたのではなく、みんなが平均から平均以上、落ちこぼれない状態になったから。それこそが目指すところである。最近順位が落ちているのは基礎ができなかったこともあるが、やる気や能力にかかわらず一人前に育てていく。いい医師、いい教育者が居ないとできないわけではない。むしろ、みんなが教育をすることでより大きな効果を産み出すと思っている。

しかし、2年後に専攻医に残るかというとまた別の話で、優秀な研修医を病院に残ってもらえるようにしなければならない。専攻医プログラムというのが3年目から5年目までであるのだが、これを自分たちで持てば、自分たちの病院の中で教えることができる。そのためには教育システムや人員の必要とされるルールがあり、当院では内科、皮膚科を取っていた。今年から救急科が始まり、整形外科と麻酔科は来年から取ることになっている。小児科は取れる人員がそろっており、心臓外科がそろえば外科も専攻医プログラムを取れるようになる。そうするとより多くの3年目から5年目の研修医を教育することができる。その後はぜひ医局に入ってほしいと考えている。こうすることで3年目から5年目の研修医が多く残る。それが医師確保に非常に有効だと考えているので、基幹プログラムを増やしている。

ところが常勤医師の数は一度90人くらいまで増えてからはほとんど増えていない。なかなか難しい問題である。診療科によっては少なくなっており、たとえば血液内科の常勤医が居なくなったり、糖尿病内科の常勤医が1名になってしまったり、呼吸器内科が5名から1名に減ってしまったりしている。非常に深刻な状態であるが、こうして病院が維持できているのは研修医が頑張ってくれているから。きちんと教育をしているので、研修医も十分に医師として活躍できている。

今、外科に入る人が少ないという話がある。名古屋大学を例として見ていく。A群は名古屋大学でいう内科系、B群が外科系、C群は耳鼻科等のマイナー系にあたる。22年から23年の1年は名古屋大学の医局に入る人は増えているのだけれども、消化器外科系は減っている。また、人事リスト離れというのがある。昔は定年で辞める人が多かったけれど、今は開業で辞める、外科系だと美容外科や在宅に移行して辞めるという医師が多い。つまり、今の外科系は入る人も少ないし、辞める人も多いという状況にある。この現状をどうすべきか。しかし、外科系が人気がないとはとても思えない。学生たちは手技のできる科、つまり外科や、内科でいうと循環器・消化器内科に行きたいはず。忙しい科に行きたいと多くは思っている。そこをどうやって育てるか。育てる途中で脱落しているのが問題である。

同じ規模の病院で外科を選択する人数は、基幹プログラムがある病院では2023年度1.1人、2024年度2.7人、基幹プログラムがない病院では2023年度0.3人、2024年度0.8人と明確な差があることが分かる。つまり基幹プログラムを持つ病院ほど外科に入る人が増える。しかし大学の先生がプログラム取得のハードルを高くしている。私は入るハードルを低くして、そこでしっかり育てて残せばいいと思っている。

○働き方改革と医師の確保について

病院でも働き方改革を実施することにより、各々の病院も努力をしていたが、大学でも大きな変化があった。大学の経営が悪くなってしまったので、経営を維持するために人を多くする、つまり医師を外に出したがるということが起きてしまったのである。なぜなら外に出しても収益も上がってこないのだから大学にメリットがない。それならば優秀な医師は大学の中で囲って、働いてもらったほうがいいという考えになってしまった。

こうなると、1人育てて大学へ戻したら1人病院へくれるという体制は崩れてしまう。せっかく育てても、大学へ戻したらもう帰ってこない。また、大学の若手教育が十分だとは思えないこともある。特に外科は大学の中でほとんど手術をさせてもらえない。地方病院では頻りに手術をするが、大学に3年～4年契約で行って、その間は手術しないとすると自信を無くしてしまう。そうしたタイミングで自分より下の世代がバリバリ手術しているのを見ると、自分はもう無理かもしれないと思って他のところを考え出す。大学にいる間も、大学の中でなくアルバイトでもいいので一定数手術をやれる環境にしてあげれば自信喪失を防ぐことができるのではないかと。手術への自信喪失から在宅や美容外科に流れる人を減らすための取り組みが必要だ。

そのために当院はホワイトな病院で、給料も良く、手術もたくさんできると一生懸命アピールしている。当院の外科は変わっていて、先進的というか、専攻医の2年目後半でダ・ヴィンチを使った手術をしている。当院ではその環境が整っており、すぐできるようになるが、大学に行くと10年はそういった機会に恵まれないこともある。

従来の大学と病院の関係は主従の関係であったが、本来は対等な関係が望ましいと考えている。統合して人員が増える時期というのはあるかもしれないが、旬が過ぎればまた医師の少ない科というのは出てきて、そこが削られてしまう。働き方改革がそれに拍車をかけているという悔しい思いをしている。それでも、マッチングして医師を集め続ける、いい教育をし続ける。それが最終的には病院が生きていくための展望のある方法だと考えている。

病院統合すると業務が過剰になるので働き方は悪くなる。月100時間、年1,200時間以上の人が80人中7～8人で10%くらい、年960時間以上だと20%近い医師が当てはまる環境だった。少しずつ統合の状況に慣れてきて時間外労働が減ってきたタイミングで救急対応を全科で行うことになったので、そこでまた悪くなった。医療事務補助者を増やすなど対策を取り、改善させていった。コロナの時は業務が減ったこともあるが、2022年度以降は年1,200時間を超す人はいなくなって、960時間を超す人もいなくなった。今は、月60時間(年720時間)を越す人がまた少し増えて10人、全体の10%程度いる状態である。

こうして労働時間をかなり減らして、あえて余裕を作っている。これはなぜかという、余裕がないと危ない状況になり得るから。近域に御前崎病院というところがあるのだが、ここが経営がかなり厳しく、医師も少なくなっている。夜間の救急は当院がほとんど受け持っており、おそらく昼間の救急もそのうち診ることになるだろうと考えている。やがて彼らが急性期医療をやらなくなると、当院の患者数がドンと増える。今から20%くらい業務が増えた時に耐えられるように、余裕を持っておかないといけない。当院の経営のこともあるので、あまり余裕ばかり持ってはいられないが、そうしておかないと過剰な負荷がかかった時に当院の医療者が疲弊してしまう。そうして辞めてしまうと地域の医療を支える方法がなくなる。建物よりも人が大事なので、少し余裕を持たせておくべきとして、人員を配置するとともに会議をメール会議にするなど業務内容をスリム化させている。

一方、救急搬送は増えている。年間7,000件を超えており、これは静岡県で2番目くらいに多い件数。浜松市などの救急受入れが多いところは輪番制で対応しているが、当院には輪番制がない。輪番制だと担当日があり、そこに力を入れておけばいいが、当院は毎日同じ緊急度を持って用意しておかなければならず、非効率といえどやらないといけないこととして臨んでいる。そのため他の病院より当直している医師が多い。

救急科の医師が1名になった時に何をしたかという、その医師はICU系の人だったので主にICU行って、全科の医師をサポートした。そうしたらまた救急の医師が3人から5人と増え始めて、余裕ができたのでドクターカーを始めた。業績が増えて、昔はアウトソーシングでお願いしていたが、今では救命救急士の採用も増やして自前でできるようになった。

ちなみに今、静岡では脳死下での臓器提供が多く、人口あたりの数が新潟に次いで2番目に多い県となっている。当院でも年間1件から2件提供している。ただ、残念ながら臓器移植術を行う機関がない。

○がん拠点としての指定について

がんの拠点としては磐田市立総合病院が元々あったので、がん拠点病院の指定を同じ地域で2つは取れないと言われていた。しかしがん診療の約20%前後は地域で完結できていない。そういった方々を地域で診たいと考え、がん拠点病院の指定を取った。これは指定を取ることが目的ではなく、良いがん診療をして地域外に出ていく人をできるだけ少なくしたいという思い。

一番できていなかったのが緩和ケアとがん相談だった。いわゆる患者サービスにあたる部分に不足があるということで、そこに力を入れることで127項目中38項目不備があったところを全て改善した。不備項目が0になってから3年後、地域がん診療連携拠点病院指定を受け、緩和ケア病棟を開設した。

やはり、何か資格を取るといのはそれ自体に意味があるのではない。自分の弱いところを見つけてそこを正してより良い医療にしていくと、結果として資格が取れ、より高みを目指せるのだと思う。

○研究発表について

部門・診療科の発表会は市長や医師会等、院外の方にも聞いていただいている。全国自治体病院学会に積極的に参加し、多くの演題を発表しており、昨年度は優秀演題42演題中4演題が当院から選ばれた。以前は字ばかりだったが、結果を図表で表しなさいと指導した。そうしないと上手くいっているのかどうか評価がしにくく、次どうすべきかが見えてこない。演題は院内で掲示されており、非常に質の高い発表になっている。

○病院経営について

全部適用自治体病院の経営は資料にあるとおり非常に厳しい。ほぼ赤字である。これは材料費が上がったから。給与は人事院勧告によって上がるが、とある病院からは「とてもではないが経営が苦しいので全国自治体病院協議会会長から給与を上げなくていいと言ってくれないか」と提案されたことがある。それは、すべきではないと私は反対した。

10年～15年前は医療者の給与は割と良いという認識があったが、今はそうではない。そんな中で他の業種が給与を上げているのに挙げなかったら医療者になる人がいなくなってしまう。箱物が残ったって働く人がいなくては成り立たない。どんなに苦しくても給与は上げなくてはならないし、それで潰れるなら潰れる姿を見せればいいと訴えた。そのくらいのことをやらないと自分たちの意識が変わらない。

では何をやるかという、診療報酬だけで難しいのであれば自由診療で収益を上げるしかない人間ドックを強化した。都会の方で人間ドックを強化すると、なぜ私たちのやっていることを取るのだと競合意識で反発があるが、実際はそうではなくて、検診者を掘り起こすことに意味があると考えている。競争する必要はない。

社会保険の方は、会社等で健診を受けている人が90%以上だが、国保の人、全国人口の30%くらいの人々の健診率は35%～40%程度に留まっている。これは他で人間ドックを受診しているもの等の数値を正確に取れていないので、受診率が低く見えているだけかもしれないが、それでも国保の人たちには健診を受けていない人がかなりの数いることは明確である。その人たちを健診に誘導すれば、施設間でお互い検診者を取り合うことはなくなる。

また、そういった人たちに定期的な健診を受けてもらうことで、早期の段階でがんを発見できる。早いうちに治療を行うことができれば、手術だけ、放射線治療だけで治療でき、抗がん剤治療等の高額な治療費が不要になる。そこを目指すべきだと思っている。

人間ドックで目指すところは2つだけ。1つはがんを早期発見・予防すること、もう1つは認知症にならない体づくりをすること。この2つのキャンペーンだけで、病院は、人間ドックへ誘導することで収益を上げ、精密検査をすることで一般診療でも業績を上げることができる。行政からすると、寝たきりの人や高額な医療費を払う人が少なくなれば、その分、社会保障に払う金額が減らせることになる。

当院の経営面でいえば、着任した際にあまりに医師の仕事が大変そうだったので外来は全て紹介制に変更した。それまでは来るもの拒まずで、午後に手術や検査を予定していても午前中

の診療でどんどん遅れてしまって13時開始予定だったものが15時、16時開始になることもあった。そうすると当然のように時間外勤務になる。であれば、紹介制にしよう。当然、患者さんからは文句もあったが押し切った。そうしなければ病院の機能が保てない、手術ができないと考えた。

入院患者も多ければ多いほど喜んでいいものか。着任当初、愛知医科大学の在院日数が12.5日くらいだったのに対し、当院は10.5日と短いと思った。でも、短くできる人はもっと短くしていった。そうするとベッドが空いてコロナの時は役立った。

在院日数が短くなっても診療単価が上がるので、入院中の医療収益というのはある程度維持される。これが大事なポイントで、効率を良くすれば損にはならないということ。経常損益を見てみると、開院時は12億円の赤字だったのが6年目でようやく黒字になった。しかしそこでコロナ禍に入り大きな赤字になっている。なお、ここにはコロナの補助金は計上していない。当院は県内で一番コロナ補助金をもらった病院で、当時は揶揄もされたが、コロナの時にもっとも貢献したので恥じることはないと考えている。

そうした経緯もあり、今はある程度伸びやかに経営できているが、補助金等の数字を入れてしまうと甘えが出てきてしまうので、あえてこうした経常損益には出さないようにしている。補助金を含まない数字でも徐々に赤字幅が減っているのは、様々な対策によって努力してきたから。

また、驚かれるのは未収金である。通常、患者は診療を受けたらお金を払う。これは当たり前のことのように思えるが医療の現場では覆ることがある。受診して払わない、次に受診してまた払わない。実はしょっちゅうあること。レストランで無銭飲食なんてあり得ないが、医療だとこれが起こる。これはなぜかという、未収金の催促するのは何カ月か後になるのだが、その間に未収金が膨らんで20万円、30万円となってしまうと患者が支払いを諦めてしまうから。病院が未収金を支払わない人を作ってしまった。病院が悪い。だから早くきちんと請求しなさいと、10万円を越さないように指導しなさいと、分割でいいから払うようにしましょうということをや続けた。

最初は大変だったが、続けることで少しずつ未収金が減っていった。すでに嵩んでしまった分を自分たちだけで回収するのは難しいので、その部分については法律事務所をお願いした。これも無理にお金を寄越せと言っているわけではなくて、制度を知らないために損している人がいっぱいいるので、申請すれば後からお金が戻ってきますよと、払えない人を払えるように誘導することで未収金を回収している。ただ、中にはあくどい人もいるため、そういうケースでは厳しく取り立てている。それまでは年間1,000万円ずつ未収金が積もっていく計算だったが、対策をすることで増えずに済んでいる。未収金の取り立てというと、あくどいイメージ、お金がない人からむしり取っているような印象を抱くが、きちんと対策を取ること、そうではないことや、どういった状況で未収金が発生するのかがよく分かる。

病院統合することに悪いことはない。長く続くかは別問題だが、経営的には良くなることが多い。

○その他・まとめ

当院では、「車より体のケアを」、「若い時から体に投資を」と銘打って人間ドックを推進している。従来の人間ドックは4～5時間かかるが、当院は検査だけなら1時間30分～2時間で終了する。面談入れても2時間～2時間30分で終わる。弁当も持ち帰ってもらって構わないので、半日かからない。これの何が優れているかという、1件を短時間にすることで2セット3セットできること。今、当院では18,000人診ているが、新棟ができれば25,000人～30,000人程度になる。夕方やるのはインバウンドの人。

電子カルテはすごく高いので病院共通になればいいと思っている。当院だと7年ごとに20億～25億円かかる。これはまったく収益を生まないの、無くなったら黒字化も楽にできるのではないかと考えていく必要があるかなと思う。

医療圏と行政圏は異なる。私たちの病院が間に入り、調整することで掛川市と袋井市の連携が良くなったと思う。将来構想としては、周辺の病院を巻き込んで病院群にすれば、赤字の少ない、効率の良い医療を地域に提供できている。これは、行政、大学、病院それぞれのエゴがあるのでとても難しい。しかし地域のためというのであれば、どんどん機能分担していくことが必要だ。

何かやろうとすると、他ではそんなことやっていませんと言われるが、ファーストペンギンになることを恐れず、やるために考え工夫する、結果が出なくても諦めない。またやる。そうしていたら「ピンチはチャンス」と職員も言うようになった。

当院は統合の際に、経営改善のためにいくつかの取り組みを行ったが、救急医療、研修医の教育、がん拠点病院の指定、この3つを同時にやることでより大きな効果を生んだと思う。

【質疑応答】

○倉地委員

今後、人口減と高齢化が進んでいく中で病院経営の在り方がどう変わっていくのか。もし、すでに対策されていたら教えていただきたい。

→(宮地院長)実は、高齢化は若干進んでいるが人口減がそこまで進んでいない。海外の方がある程度いらっしゃる場所なので。そう考えると、我々もっとやれなくてはいけない。たとえば御前崎総合病院と一緒にやっていくとか。当院が急性期、御前崎総合病院が回復期という風に機能分担できればもっと効率が良くなる。

実は、統合する前は掛川市・袋井市の病院費は人口1人あたり9,000円前後、統合することで7,500円になった。隣は24,000円、34,000円、恐らく今はもっと高い。これだけ差があることを住民の方が知ったら大変なこと。しかも医療レベルも当院の方がいいとなれば相当な問題になる。これを知らしめて、みんなが均等のお金で同じ医療を受けられる環境を作ることが必要になってくる。

かなりの力技が必要な統合はさすがにもう難しいので、先述したように機能分担をしていけば、お金がかからず良い医療を安く提供できるようになる。また、旧掛川病院、旧袋井

病院は回復期を担う病院となっており、病院を潰すのではなく機能分担したのが良かったと思う。今後もこれを広めていく必要がある。

○丸山委員

本日、時間の関係でお話のなかったマイナンバーカードの話を知りたい。

→(宮地院長)健診を行う際にマイナンバーカードが使えるかどうかが非常に大きな問題となっている。なぜかというと、日本の健診は、国保、社保が別なのでデータが共有されていないから。人間ドック、健診データを、どこで受診しても利用できるようにしたい。これはマイナンバーカードを使えば本人の同意を得ることで簡単にできる。クラウドのような、情報を集約する場所にデータを置き、企業が情報を使いたいとアクセスする。そこでお金を取る。情報信託銀行をマネジメントするためにはお金は要らなくて、企業がお金を払う。アクセスがあったら本人の同意の下でそれを使える。診療系もそこに入ってくればもっと良い。未病の段階のデータというのは非常に価値がある。病気になってからのデータより価値があると思っている。なぜなら病気にならないためのデータが隠されていると考えているから。そのデータを使うことで新薬や新しい予防制度を作れるようになる。しかしこれがやりにくいのは、人間ドックのデータというのは民間系が多く持っているから。民間系はデータが共有化されてしまうと患者の抱え込みができないと考えていると思われるのでかなりの反対があるだろう。しかし日本の将来のためにはやらねばならない。

それから、マイナンバーカードを使うのであれば0%か100%にして欲しい。20%、30%使うのでは、病院は両方を準備しなければならない。国も100%にするといいつつ、反対意見があると引いてしまう。その繰り返しだ。そうではなくて、やるならやる、やれない人にはやれるようにきちんと説明することが必要。できない人に合わせてはいつまで経ってもできないまま。

○菅野委員

統合の理由として医師の不足があるとのことだったが、これは全国的に同じなのか。また、医療収支はまだ黒字化されていないが、統合は主にこういった理由で行われたものなのかお伺いしたい。

→(宮地院長)統合の話は、病院が古かったことと医師が不足していたことが理由だが、実は掛川市、袋井市、両市の市議会議員の議長が「経営が危ないので統合した方がいい」と市長に進言したことから始まった。市長から市議会を通して県にいき、国にいったという流れだった。恐らく統合したら黒字になるかどうかはその時点では読めていなかったと思う。ただ、医師が少ないので、医師を充足しない限りは病院の存続ができないと。少ない医師に有効に働いてもらうために両病院から集めて、それが機能すると経営的にプラスになる。

多くの統合病院はコンサルタントを雇う。開院前からコンサルタントが入って、良い医療になるように調整する。また、まっさらな状態からリスタートできるというのはメリットで、

自分たちのやったことだけを公表できる。みんなのモチベーションを保つためには方向性を分かりやすいデータで示す必要がある。

地域医療体制の確保の在り方などについて

【説明概要】

○新たな地域医療構想のガイドラインについて

私の方からは「地域医療体制の確保の在り方などについて」と題し、お話する。

現在、国の方で新たな地域医療構想のガイドラインを作成中である。これが現行の地域医療体制からどう変わるのか、総務省の皆様や大学の先生方にご承知とは思いますが、簡単に説明する。

まず位置づけが、今までは医療計画の記載事項の一つであったのが医療計画の上位概念となり、さらに重要な位置づけとなることになった。方向性についても、今は主に入院医療を対象とした病床の機能分化・連携の推進とされていたところを、外来医療・在宅医療、介護連携等も対象とする。また、病床機能にも変更があり、現在は「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」の4区分があるが、このうちの「回復期」が「包括期」に名称が変わるとともに、その機能に高齢者等の急性期患者への医療提供を追加する形となった。さらに、病床機能とは別に、新たに「医療機関機能報告」が追加される。これにより各医療機関は「高齢者救急」、「地域急性期機能」、「在宅医療等連携機能」、「急性期拠点機能」、「専門等機能」といった風に、それぞれの機能報告をすることになる。

○静岡県の地域医療構想について

続いて静岡県のこれまでの取組について説明する。静岡県では、元々2025年に向けて「効率的且つ質の高い医療提供体制」と「地域包括ケアシステムの構築」を目指し、主に「病床機能報告制度」、「地域医療構想調整会議における協議」、「地域医療介護総合確保基金や地域医療連携推進法人制度の活用」を3本柱として取組を進めていた。

そのうちの病床機能報告について、全国の報告の状況がこの表である。2024年の報告がまだ公表されていないため2023年のデータではあるが、右端の地域医療構想における2025年の病床の必要数は119.1万床となっており、2023年時点で、すでに119.2万床ということで着々と進めているところである。

静岡県の病床機能報告だが、2025年の病床の必要数は26,584床であり、昨年度の報告では27,512床となっている。しかしまだ回復期が不足している一方で急性期が多すぎるという現状がある。

病床機能報告は当該病棟で最も多くの割合を占める患者に相当する機能を報告することを基本としている他、4つの機能を区分する基準が不明瞭のため、現在報告されている内容の妥当性や実態の把握に課題があるとされている。そのため、厚生労働省が定量的な基準を各都道府県で定めなさいという通知を平成30年に発出した。

これを受け、静岡県では「定量的基準(静岡方式)」を作成した。地域医療構想アドバイザーへ作成を依頼し、特定入院料等からの区分や急性期一般入院料など、具体的な報告を元に定量的に把握するといった方式を採用した。

具体的な基準についての詳細な説明は省略させていただくが、診療報酬が2年に1度の改定があることから、この静岡方式も改定がある度に見直しをすることになっている。静岡方式を適用した結果、従来の報告よりも2025年の必要病床数の数に近づいていることが分かった。

地域医療構想調整会議では病床機能報告等に基づいて議論を行っていたが、議論が病床の区分を中心になっていき、マンネリ化が進んでいた。さらにコロナの影響で開催が難しい時期があり、なかなか議論が進まなかった。このことから令和5年度に各圏域における地域医療構想調整会議での議論の検討材料となるよう、新たな地域医療構想の検討会議のメンバーでもある産業医科大学の松田晋哉教授に、各圏域の地区診断を依頼し、DPCデータによる各病院の診療実績から圏域の課題を整理した。

データ分析から見えた課題を一部抜粋すると、高度急性期・急性期を担う中核病院の機能維持が必要であること、地域の中核病院以外の急性期病院は、総合診療医及び内科を中心としたコミュニティホスピタルとしての機能充実が必要であることなどが分かった。これを受け、県内を県東部・中部・西部の3地区に分け、市長や医療関係者を対象に、分析結果について研修会を実施した。

○ポジショニングマップについて

参考までに圏域ごとに作成したポジショニングマップを資料としてお持ちした。これは縦軸が急性期指数、横軸を稼働病床数とする表である。急性期指数として病床機能報告においてICUとした病院であれば5点、慢性期入院医療であれば1点といったように病棟ごとに点数化して全体の加重平均を取ったもの。

新たな地域医療構想で医療機関機能報告が始まるが、その前段としてこのポジショニングマップを作成して検討を始めている。例として中東遠圏域を見てみると、中東遠総合医療センターと磐田市立総合病院が急性期医療を支えており、その2つの病院を中心として、マップの左下に菊川市立病院、御前崎総合病院、森町病院などが後方病院としてあり、きれいに機能分担されていることが分かる。

それとは対照的に駿東田方圏域では、県立がんセンターと順天堂大学附属病院を中心としているものの、マップの左下に民間病院が中心に100床から200床前後の病院が集中してしまっている。民間病院であるため機能分担も非常に難しい課題である。

これらを踏まえ、新たな地域医療構想に向けて、これから静岡県でもこういった議論をしていこうかと考えているところである。

○まとめ

最後に、今年度財務省、総務省ら最近の講演会でいただいたコメントを掲載した。財務省主計官からは「従来は別の組織同士、地域で競争相手だったようなところも含め、機能分担や連携をしていく必要がある」と、総務省審議官からは「公立・公的病院の再検証におけるB基準（類似の実績かつ近接）は議論の余地があったのではないかと。A基準というのは診療実績の少ないところのこと。僻地や人口の少ない圏域はどうしても診療実績が少なくなるので批判がすごくあったが、B基準についてはもっと議論・検討できる余地があったのではとのお話だった。また、総務省審議官からは「市町村が自分で病院を持つ感覚を見直せるかどうか、ブロック単位で病院があればよいという感覚が必要だ」というご意見もいただいた。

県としても、こういったご意見等を踏まえ検討し、勉強していきたいと考えている。

【質疑応答】

○井手委員長

静岡方式のオリジナリティはどこにあると理解すれば良いだろうか。

→(村松課長代理)元々は「埼玉方式」といって、埼玉県が最初に取り入れた方式になる。浜松医大にいらっしゃった地域医療構想アドバイザーの先生に相談させていただいて、具体的なところは決めていったが、基本的には「埼玉方式」を採用している。

→(井手委員長)各自治体が「埼玉方式」を念頭に置いて作っているということか。

→(村松課長代理)他の都道府県の実情は分かり兼ねるが、静岡県についてはそのようになっている。

地域医療体制整備と地域包括ケアシステムの構築 ～中東遠総合医療センター病院統合協議時の課題への対応～

【説明概要】

○掛川市について

私は行政の一般事務職ではあるが、統合が議論されていた当時はちょうど旧掛川市立病院の地域連携の部門にいたため統合の状況を病院で感じていた。平成21年に行政へ戻り、地域医療行政、医療政策を取り扱う部署で、外から病院統合について考えてきた経歴がある。今日はその当時を振り返りながらお話させていただこうと思っている。

まず、この中東遠総合医療センターが建っている掛川市は、人口が約11万5千人で高齢化率が28.82%と、ちょうど日本の1,000分の1の縮図のような地方都市となっている。

○統合時の課題について

統合に向けて地域医療に取り組むにあたり、3つの大きな課題があった。

1つは、やはり地域住民の病院への思いの部分。医療機能の病院の設置場所に対する期待と不安が交錯していた。特に、設置場所に対する懸念が強かった。この後の袋井市からの説明

でも触れるが、このあたりは住民の声に耳を傾けた慎重な対応が必要だったと思う。

2つ目が、新しい高度な機能を持った病院が機能するための体制づくり。これが重要だという風に考えていた。後方支援機能の強化など、医療を無駄にしないような仕組みを地域全体で整える必要があった。このため、掛川市では「ふくしあ」という総合支援の地域拠点、市民の生活を医療・保健・福祉・介護の視点から支えるようなシステムを作った。

3つ目は、住民の医療に対する理解と行動変容。こういったものを住民と一緒に作っていかねばならないと感じていた。医療体制を整えるだけでなく、それらを支える住民の意志変革が不可欠ということで、市民の活動を支援し、団体を立ち上げ、協働するといったところで、住民の理解を深める取り組みを進めてきた。

○住民の不安への対応について

掛川市を含む二次医療圏、当時は約47万人、今は1万人ほど減っているが、この地域の中で同様の機能を持つ公立病院が複数存在していた。医療機関や市町村がそれぞれの役割を明確にし、積極的に連携しなければ地域医療の維持が困難になるという危機感があった。この危機感を共有する中で、掛川市でも地域完結型の医療整備を整えるため、医師会や病院等と連携して一次救急体制や二次医療について、中東遠総合医療センターを中核として、その前後を考えるような仕組みづくりを行ってきたところである。

その取り組みの1つで、旧掛川市立病院の跡地を活用した「希望の丘」エリアがある。これは掛川市の医療における喫緊の課題に対応するために重要な取り組みで、リハビリの機能や地域包括ケア病棟など急性期医療の後方支援を担うような掛川東病院を誘致する活動や、一次救急を担う小笠掛川急患診療所を整備し、地域住民が安心して医療を受けられるような体制を整えた。

掛川市の中核となる取り組み「ふくしあ」は、多くの住民の願いでもある「住み慣れた地域で安心して最期まで暮らせる」ように市内5カ所に設置した総合支援の地域拠点である。医療・保健・福祉・介護を柱に、多くの職種が関わることで市民の生活を支えている。

総合相談・各種制度運用・全体のコーディネートの役割を果たす行政、高齢者の総合支援を行う地域包括支援センター、地域の見守りや育成のネットワーク構築を行っている社会福祉協議会、在宅医療を支える中核的な機能を担っている訪問看護ステーション、この4つの団体がそれぞれ市内5カ所に配置されている。全体で100名程度の専門職が私たちとチームを組んでそれぞれの地域で活動する、民間のノウハウと行政の力を融合させた半官半民の総合支援体制となっている。

体制整備も重要だが、やはりもっとも重要なのは医療をどうやって活かすか、使う方たちをどうしていくか。地域医療の持続可能性を確保するためには、医療提供者だけではなく、住民側の理解と行動変容が不可欠だと考え、活動していた。

しかし、当初、住民の医療に対する意識は十分ではなく、大きな課題となっていた。この課題に対応するため、掛川市では、市民活動として「f.a.n.地域医療を育む会」という活動が起こっ

た。これは病院への応援メッセージ、子どもの急病対応ガイドブックの作成、救急法の出前講座など、住民目線での活動を展開している。また、医療資源の少ないこの地域で次世代を担う人材を育成するため、高校生向けの体験講座を中東遠総合医療センターと連携しながら毎年開催している。

新しい医療機能のためにこれらの活動が実現できたのは、医療関係者、住民、議会、行政が一丸となり危機感を共有していたから。この危機感がなければ思い切った活動や地域を巻き込んだ取り組みは実現できなかったかもしれないと感じている。

病院統合時の諸課題と対応について

【説明概要】

○袋井市の概要について

私からは、自治体から病院が無くなった側としての話ができればと考えている。

袋井市は「日本一健康文化都市」を掲げるまちで、心と身体、都市と自然、地域と社会が良好な状態を目指している。人口8万8千人、直近5年の合計特殊出生率が1.56で県内23市町村中3位、高齢化率も25.8%と低く、比較的平均年齢の若いまちである。

○統合時の課題について

病院統合時に苦労した点、言い換えれば市民が不安に感じた点は3つあって、1つ目は建設場所が掛川市では遠くて不便だということ。長年市内にあった市民病院が無くなるという不安はやはり大きいものがあり、建設場所が掛川市内に決まったため既存の市民病院よりさらに遠くなることに伴い、救命救急に対する不安はもとより、特に高齢者からは通院の際の交通アクセスへの不安の声が多く寄せられた。

2点目は、統合することにより全体の病床数が350床減ることへの漠然とした不安。これまで市内にあった400床の病院が無くなるということに加え、2病院で850床あったものが統合することで500床になるということに対し、「入院できなくなるのではないか」あるいは「入院してもすぐに追い出されるのではないか」という不安が大きくなった。

3点目は、統合後の病院が急性期に特化されるということで、気軽に外来受診できなくなることへの不安。それまでの袋井市民病院は紹介状なしでも外来受診できたが、統合後は原則として紹介状が必要になるため受診しにくくなるという不安があった。

○不安への対処について

病院の場所が遠くて不便だという不安へは、「遠くなっても不便はさせない」という強い理念のもとに、掛川市の協力を得て、統合病院へのアクセス道路を整備した。袋井市としても、市の北部・中部・南部の拠点から病院までの直通バスを3路線新設するとともに、地域の自主運行バスについても見直しを行い、アクセスしやすい環境を整えた。なお、統合時は3路線あった直

通バス路線だが、現在は実態に合わせて1路線となっている。

全体の病床数が減少することへの不安への対処としては、統合後の病院が急性期に特化することに伴い、これまで市民病院で診ていた急性期後の回復期、慢性期の患者が取り残されることのないよう地域包括ケアシステムの観点から旧袋井市民病院の跡施設を利活用し、急性期病院の後方支援病院として一般病棟50床、回復期リハビリ病棟50床、療養病棟50床の計150床の病院を開設した。令和6年度の病床稼働率は88.6%、中東遠総合医療センターと磐田市立総合病院、2つの急性期病院からの患者の紹介率が約80%、介護施設を含めた退院は約70%となっている。

急性期に特化するため気軽に外来受診できなくなるという不安への対処としては、統合後の病院では、「一刻を争う命を守る」ために充実した救急医療体制の構築と充実が掲げられていたため、軽症患者は基本的に市内診療所で受診していただくことを市民に周知した。当時はNPO法人の「地域医療を守る会」があったが、現在は活動が停止している。

また、市民病院が無くなるという過渡期における市民の不安を解消するため、医師会と協議の上、後方支援病院に内科、脳神経外科などの外来を設置した。なお、現在の後方支援病院における1日の平均外来受診者は50人程度である。

○統合成功のポイントについて

まず、病院統合の議論、結果などは市民への徹底した情報公開を行ったというのが大きいところがある。特に、こうした情報公開を行うことで、住民に「現状のままでは医師不足で圏域から2つの病院が無くなるかもしれない」という強い危機感の共有化が図られたことが何より大きかった。

【質疑応答】

○桑原委員

袋井市にお伺いする。病院の老朽化の建て替え費用の問題や医師不足というところが非常に課題だったとのことだが、中東遠総合医療センターができると同時に旧病院を活用した後方支援病院も開院しているということで、果たして財政上のメリットがあったのだろうか。また、これにより慢性的な医師不足は解消されたのだろうか。

→(袋井市)財政上のことで言うと、袋井市における病院への税金の投入の仕方が「1人1万円」、当時の袋井市民約が9万人で9億円くらいという目安だった。今は中東遠総合医療センターへは、掛川市と併せて15億円くらい繰り出し金を出しており、そのうち袋井市は6億円くらい出している。そして後方支援病院へは3億円出している。「1人1万円」の予算配分の中で、より機能分化させた、効率の良い税金の使い方になったと、市民にはご理解いただいている。

医師の確保については、さきほど院長からもお話があったが、常勤の医師はあまり変わらなかった。産婦人科が無くなるなど、医師がどんどん減って、急激に落ちてきたという不

安があったが、中東遠総合医療センターがあることで、医局の問題等はあると思うが、きちんと医師を派遣していただいてしっかりとした急性期医療を確保できた。そうして今に至っているのも、諸課題はあるものの、当時からすれば有難い形になったと市は受け止めている。

○青木委員

中東遠総合医療センターは、設置形態が病院企業団ということだが、2市の間でこの形態を選択した経緯や理由があれば教えていただきたい。

→(中東遠総合医療センター職員 大村様)統合時の準備室にいたので私から回答する。今は独立行政法人が主流で当時もそのような話があったが、統合自体が全国で初めてのケースだった。統合するだけでも職員は混乱して大変な中で、独法化すると公務員でなくなるというのがあって、統合の不安に加えて公務員でなくなる不安までこの時点で与えるべきではない、まずはスムーズな統合を優先させようという考えがあって、公務員の企業団という形式を選んだ。

令和7年度地方行財政ビジョン研究会第3回委員会 議事録

日 時:令和7年11月5日(水)17:00~18:49

場 所:中央合同庁舎第2号館6階 自治財政局第2会議室
Microsoft Teamsによるオンライン会議(学識委員4名)

【出席者】

(学識委員)

井手委員長、関口副委員長、青木委員、荒見委員、倉地委員、桑原委員、小西委員、菅野委員、祐成委員、高橋委員、丸山委員、茂住委員、吉弘委員

(総務省委員)

和田委員、村田委員、宮崎委員、青島委員、伊藤委員、伊地知委員

(地方自治研究機構委員)

伊藤委員

【議事次第】

1 開会

2 議題

①「在宅医療現場の実態と自治体に求められる役割」

医療法人社団 悠翔会 理事長 佐々木 淳 様

②「在宅医療・介護連携推進事業 蓮田市の現状・課題と自治体に求められる役割」

埼玉県蓮田市健康福祉部 部長 森上 和代 様

3 閉会

在宅医療現場の実態と自治体に求められる役割

【説明概要】

○在宅医療の概要

在宅医療というのは非常に幅が広くて、例えば生死の考え方、生きる死ぬの考え方、あとは療養生活をどう医学管理していくかとか、ACPとかも含めて非常に幅広いが、限られた時間ということもあって、少しポイントをフォーカスさせてもらう関係で、事前資料と変更がある。

投影の準備ができるまで、話せるところを話し始める。

私たち悠翔会は、2006年に創業した在宅医療専門のグループである。現在、首都圏に21か所、沖縄や鹿児島島の離島などでも診療しており、現在170名の医師とともに常時1万人の患者に24時間体制の在宅療養支援を提供している。

在宅医療というと何となく要介護高齢者というイメージが多いと思うが、障害者ベースで申

し上げると2人に1人ががんの終末期の方になる。それから、難病の方、精神疾患、医療的ケアが必要な子供たち、非常に多岐にわたる。

高齢の方は在宅医療が始まってから平均で2.2年ぐらいお付き合いできるが、がんの方は平均で1か月弱、難病の方は、長い方は10年以上という方もいるが、短い方、つまり積極的治療を希望されない方は半年程度という方もいる。いずれにしても、進行した病気や障害が治らない状態で生きておられるので、例えば終末期医療の議論があるが、そもそも終末期は定義が非常に難しく、治療さえすれば、例えば胃ろうや人工呼吸器を使って国会議員をされている方がいるが、自ら医療機器を使って人生を継続するという選択もできるし、そういう生き方はしたくないと判断すると、それはその人にとっては終末期ということになるので、緩和医療で呼吸が止まるのを待つという方も中にはいる。

なので、私たちは単に目の前の人に医療やケアを提供するということよりも、その人たちがどんな人生を望むのか、あるいはどういう生き方がその人たちにとって最も違和感のない生き方なのかというのを一緒に探りながら、その生き方を支えるための医療を一緒に考えていく。したがって、病気だとガイドラインとかプロトコールがあるので、診断したらガイドラインに従って治療することになるが、我々の場合のガイドラインは患者さんたちの価値観や人生感である。

難しいのは、患者さん自身も自分がどんな人生を生きたいのか、自分がどんな人間なのかというのが、自分自身がよく分からないという方も大変多いので、私たちは日々の対応を通じて自分探しの旅を御一緒させていただく。そんな中で、私たちも例えば優れたインタビュアーの方にインタビューされると、自分たちの考えていたことがうまく言語化できて気づくことが時々あるのだが、患者さんたちもやはりそういう瞬間がやってきて、こうではないかと納得できる答えが見つかったときに、それをどうやって一緒に実現していくかということになる。

「意思決定支援」という言葉があるが、意思決定支援というプロセスは存在しなくて、基本的にはまずは意思形成支援というのがあって、その後に意思表出支援というのがあって、表出された意思を実現するというのがすごく重要で、意思決定したのにそれは無理と言われてしまうと、何のために意思決定したのか分からないので、本当の自分を探るところから伴走していくというプロセスが在宅医療の支援の基本的な我々の態度となる。ただ、その中で、私たちは健康保険の仕事をしているので、健康保険の中で我々は何をやるかということだと思う。意思決定は別に医師免許がなくてもできるので、健康保険を使って私たちは何をやるかということ、やはり医療をやらなければいけないと思うが、治らない病気や障害を持った人たちに対して医療は何ができるかということだと思う。

私たちは自分たちの仕事を基本的には入院への依存度を減らす、これが在宅医療の大事な仕事だというふうに定義をしている。その理由は何なのかというのを、この後お話をさせていただきたいと思っている。今日は自治体の方もいらっしゃいますが、自治体は何となく近くに大きい病院があったほうが安心だみたいなことを皆さん考える。地域住民の方も皆さんそう思っている方が多いのだが、実際はそうではないということを皆様に今日はお伝えできたらと思っている。

○病床減と地域医療の最適化について

私たちの主たる診療圏は首都圏で、毎年5,000人ぐらいの方に新たに訪問診療をスタートする。4,000人ぐらいの方が訪問診療を終了される。そのうちの3,000人ぐらいの方は死亡による終了で、7割ぐらいの方が御自宅で最期を迎えるという形になっている。

私たちは、患者さんたちをなるべく急変させないというのが医療としての在宅医療の大事なミッションだと思っている。なるべく急変しないような予防医学的な管理を日頃から行い、急変の発症を最小限に防ぐ。急変が起こったとしても、救急車ではなくて、まず私たちが駆けつけて、何が起こったのかを自宅で診断し、自宅で可能な限り治療し、なるべく入院しないで済むようにする。結果として、自宅で最期まで過ごせれば、自宅から飛び出すことができる。

今、私たちは1万人の患者を診ているので、年間どれぐらいいわゆる急変が起こるかという、3万5000件くらいになる。1日平均100件、緊急コールを受けている。つまり、3万5000件の取りあえず電話対応をするが、これは東京消防庁が1年間に救急搬送する後期高齢者の搬送件数の12%ぐらいに相当している。このうち3分の1、1万件超は往診で対応するが、これも大規模な救急病院が1年間に受け入れる救急車の台数をかなり大きく凌駕する。在宅医療は地味な地域医療だけれど、きちんと機能することで地域の救急医療システムの負担を軽減し、入院にかかる負担を下げるができると思っている。

ただ、救急車が減らせるとか入院が減らせることが世の中の的に幸せなことと認識されない世界があって、それが病院経営者の方々に、病院は救急車を1台でも多く取れとか、入院患者をできるだけ長く入院させたい。DPC病院ですら、例えば金曜日に退院できるのに月曜日にわざわざ採血を入れて、採血の結果を見て大丈夫だったら退院しましょうみたいな話を患者にするのだけれど、そんなものは最初から必要ない。金曜日の夕方に帰してあげればいいのだけれども、土日月とベッドが空くので、その分だけ減収になってしまう。だから、結局DPCも包括報酬だが、経営の中で利益を最大化するようなベッドコントロールが行われていて、これは私が勝手に言っているのではなくて、実際に病院経営者の方々と話をしているけれども、この辺は診療報酬制度で、長く入院すれば、たくさん医療行為をすれば、ではない形のインセンティブをつけていかないと駄目なのだろうと思う。

私は行く先々で、入院を減らすことは、特に高齢の患者さんたちにとっては利益が大きいのだという話をするのだが、そうすると病院経営はどうなるのだみたいな心配をされる方も中にはおられて、東京都医師会の在宅医療委員会でもこういうふうに地域医療が機能することが大事ではないかという話をする、中小病院の経営をしている会員たちに説明ができないから答申には載せられないとか、この辺りでステークホルダーが医療機関経営者になっているところが問題なのかなと思う。

今日私がお話ししようと思っているのは、地域医療を最適化すればベッドはこんなに要らないということ。ベッドを減らすことで、病院で働いているコメディカルやドクターを地域医療に適宜配置し、病院の医療の密度を濃くすることができる。そうすると、より最適な役割分担の中で国民には最適な医療が届けられ、しかも、コストももしかすると病院という箱をたくさん維持

しなくていい分だけ圧縮できる可能性があるのではないかとこのところを私の見えるところからお話をしたい。

私は2006年にこの仕事を始めたので、ちょうど20年目に入る。この20年で非常に地域医療の状況は大きく変化をしてきており、そんな中で特に東京などは患者さんの意識の変化をすごく感じるようになった。病院に行けたら安心という方は徐々に減ってきて、おうちにいたいとか、薬を飲んでいれば安心という方も減ってきて、薬を減らしてくれと言う方もいる。その辺は大分皆さん認識が変わってきていると思うが、認識が変わっていないのは病院経営をする側、あと病院の先生方の一部という感じかなと思う。

○急性期の在宅医療について

東京を中心に仕事をしているといろいろな課題感はあるのだが、一番は、特にコロナ禍でも何度も経験した救急搬送である。東京消防庁は1年間に約90万件の受電があって、約80万件の救急搬送を行っている。その大部分が実は高齢者。搬送される人たちの内訳を見てみると、御覧のとおり、増え続けているのは後期高齢者の搬送ばかりで、それ以外の年齢層の搬送は増えていないことが分かっている。

では、この人たちはどんな人たちなのか。運ばれた人たちを病院のほうで見ると、55%が軽症で、入院治療が必要のない人たちだった。本来であれば地域医療で対応できたはずの人たちが、地域の1次医療を素通りして病院に運ばれている。これはまさに総務省の皆さんのデータだが、搬送される高齢者の重症度を見ている。増えているのは軽症と中等症ばかりで、重症の搬送は平成元年からあまり増えていない。搬送件数そのものは何倍にも増えているけれども、増えているのは本来救急搬送の必要のない人たちなのである。

救急医療の伸び、特に後期高齢者の救急搬送の増加は、恐らく世帯構成の変化、高齢独居世帯の増加なども関係しているのではないと思うが、こういった社会構造の変化に対して地域医療の提供体制が追いついていないことは明らかだと思う。

もう一つ依存度が大きいのは入院で、これは、年齢階級別の国民医療費の伸びを見ているけれども、御覧のとおり、年齢とともに医療費は伸び続けていく。医療費をかけるなということを言うつもりはないが、今、国民医療費は48兆円になる。半分は70歳以上の高齢者が使っていて、そのうち七、八割は入院によって使われているということ。

病院のほうで見ると、入院患者の3分の2は後期高齢者で、そのうち半分は85歳以上の高齢者である。85歳以上の高齢者というのは、実は入院しても医療密度がそんなに高くない。逆に言うと、入院しなくても診られるような疾患で入院している方が多いのということ。高齢になると、例えば動脈硬化性疾患は増えるけれども、90歳を超えてくると脳梗塞で入院する人は逆に減っていく。がんも加齢とともに増えていくが、治療目的の入院のピークは60～70代で、80歳を超えると抗がん剤とか手術はあまりやらない。だけど、グラフを見ると、90、95、100と入院医療費が伸び続けている。

この人たちは一体何で入院しているのかというと、脳卒中やがんではなくて、感染症と骨折

である。感染症、骨折、肺炎だけで全体の約7割で、感染症の6割は誤嚥性肺炎である。肺炎と骨折だけで全体の50%を占めている。

肺炎と骨折で入院した高齢者はどうなるかという、決して安心というわけではなくて、肺炎で入院した患者の3割は入院中に亡くなる。退院できた方は要介護度が平均で1.7悪化する。骨折も何で死ぬのだという感じだが、1割弱の方は入院中に亡くなられて、退院できた方は要介護度が悪化する。何となく入院できたら安心だと思っている方はたくさんいるけれども、特に要介護高齢者は入院できて安心ということはないということ。しかも、結構コストがかかる。高額療養費が効くので、高齢の方はそんなにお金を払わなくても入院できるのだけれども、コストパフォーマンスとしてはそんなによくないということがお分かりいただけると思う。私は、特に高齢者の入院依存度を下げることが地域医療に求められているのではないかと考えている。

例えば、体の機能が落ちてきて、このままでは危ないというときに私たちは入院する。入院をして、原因が分かって、治療して、ここまで来れば大丈夫、ここで退院するけれども、退院したときは全快ではない。ここから私たちは自分で食べて、自分で動いて、徐々に元気になっていく。つまり、入院治療というのは患者に回復力があることが前提なのである。しかしながら、要介護高齢者は体力が弱いので入院期間は長くなる。退院した後、自力で元気になれるかという、食べられない、動けないままに衰弱が進む。入院による身体機能、認知機能の低下のことを入院関連機能障害といい、一般的に、健常な高齢者が10日間入院すると7年分の老化に相当する骨格筋の喪失があるとされている。つまり、89歳で入院したおばあちゃんは、10日後、96歳になって地域に帰ってくる。

機能が低下するのは筋量だけではなくて、認知機能も低下するし、摂食機能も低下する。結果として、寝たきりになって、食べられなくなって、老衰ではないかと治療が手抜きをされて何となく亡くなってしまう。入院したのだけれども、その場で命は助かったような気はするけれども、生活や人生を失ったという方は結構いる。死亡退院が全体の4分の1、おうちに帰れない方が全体の3分の1。入院というと何となく安心な気がするけれども、誰にとっても安心か。少なくとも本人ではないということ。

長い人生のどこかで、私たちは大きな病気をして要介護状態になる。ここから療養生活が穏やかにいけばいいのだが、実際にはいろいろな事故やいろいろな病気を繰り返しながら階段状に体の機能が低下して、最終的に多くの方が病院で亡くなる。7割ぐらいの方ができたら自宅で望んでいると言われているが、実際には7割の方が病院で亡くなっている。このギャップの大きさは、OECD加盟国の中では日本は最悪のようだ。

ただ、在宅死も年々増えている。在宅医療を頑張っているし、介護保険サービスも充実してきている。だけれども、在宅死というのは死亡場所統計で、この中には相当数の孤独死や異常死が含まれている。

ちなみに、東京は在宅死が3万件ぐらい。警察による検案死がうち1万3000件ぐらいある。だから、半分とは言わないけれども、かなりの割合が警察による検案死になる。高齢者の孤独死だけで一昨年は6,700、このうち半分は男性で、男性の場合は発見までに2週間以上かか

る方が2人に1人と言われている。結構シビアな状況である。

日本で多くの高齢者が人生の最終段階で救急搬送を繰り返し、入退院を繰り返し、最期は病院で亡くなる。これを何とか変えたいというのが私たちの存在意義だと私は理解をしている。

そもそも急変しやすいのは分かっているのだから、急変しないように包括的な健康管理をちゃんとやる。急変したとしても、すぐ救急車ではなくて、まず誰かが駆けつける。自宅で診断して、可能な限り自宅で治療する。どうしても無理なら入院になるけれども、入院できて安心というわけにはならないので、一日も早く地域に帰れるように在宅側の調整をする。帰ってきた直後は皆さん弱っているけれども、退院直後にしっかりケアをすると多くの方は回復する。なるべく急変をさせない、なるべく入院に依存しない、結果として自宅で最期まで過ごせれば、自宅から旅立てるということになる。

○症状別に受診する専門医の弊害について

これは在宅医療のシーン。このおばあちゃんは94歳で、うちに来たときは寝たきり、認知症、摂食障害で、2週間点滴だったが、それから3か月で元気になっている。

何が原因だったのかというとお薬で、おばあちゃんはこれだけ薬を飲んでいて。それまで病院の4つの科にかかっている、今回入院して、退院してきたときに薬をもらってきた。家族は元気にさせたいと思って一生懸命薬を飲ませていたけれど、飯も食べられないのに薬を飲んだってしょうがないだろうということで、薬をやめてもらった。薬をやめただけでこのようになる。

こうやって、お薬で具合が悪くなる方は結構いる。どれくらい飲むと具合が悪いのかというデータも出ている。入院患者に関しては6種類、外来通院患者については5種類。例えば、外来患者は薬の数が5種類を超えると転ぶリスクが2倍になる。つまり、骨折のリスクが2倍になる。要介護のリスクが2倍になるのである。なので、私たち老年医学をやっている医者は薬の数は5種類を超えたくないと思うのだが、病気の数が2種類以上になると高齢者は薬を平均で6剤飲み、老人ホームに入居している人たちは平均で8.3種類の薬を飲んでいっていると言われている。多過ぎるのである。

薬が増えると、その分高齢者は弱る。あたかも加齢が進んだかのように見えるけれども、実は老年症候群だと思っているものの多くが薬の影響かもしれない。厚生労働省の研究班の調査によると、認知機能低下のうちの13%は薬剤ではないかというデータも出ている。薬を減らすだけで元気になる方は結構いるのである。

何でそんなことになってしまうかというと、臓器別に主治医を持つから。例えば、若い皆さんは、心臓の具合が悪くなって、循環器にかかって直してもらったら、元通り地域に帰ってこられるけれども、高齢者の場合は、心臓の具合が悪い、確かにそうかもしれないが、具合が悪いのは心臓だけではない。認知機能も低下し、腎機能も低下し、膀胱機能も低下し、関節も悪くて、骨粗鬆症もある。これらの病名一個一個に日本では今それぞれ専門医がついて、それぞれの病気に最適な治療をしてくれている。でも、それぞれの病気に最適な治療を全部足し合わせると、その人にとっての最適になるかというと、やり過ぎになる。なぜか。高齢者のこれらの病気は、実

は病気ではなくて老化という側面がある。若い人の病気は治せるけれども、高齢者のこういう病気は治せない。なぜかという、背景に老化があるから。老化は治せない。どこまでが病気どこからが老化か、線を引かないままに病名をつけて治療をしているからポリファーマシーが起こる。だから、たくさんの病気や機能低下とともに生きるあなたという人を診てくれる、そういう主治医を地域に増やさなければいけない。

そういうことをやる医者家庭医、総合医と言うのだけれども、日本ではちょっとしかいない。3,000人しかいない。医者は30万人もいるのに3,000人しかいない。イギリスでは2人に1人が家庭医である。こういうところでちゃんとやっていかないと、日本なんて医療依存度が高いのはお年寄りばかりなのに、このお年寄りを専門医で支えようとするから逆に病気が増えるのではないか。

私たちは定期的な訪問診療を通じて、薬物療法の適正化、栄養管理、口腔ケアをやって、その人たちができるだけいい状態で長く過ごせるようにする。

○日本の病院機能と医療実態について

もう一つの大事な仕事は、24時間の緊急対応である。さっき申し上げたとおり、在宅医療は地味だが、ちゃんとやれば地域医療の負担軽減につながるということ。

ちなみに、往診で呼ばれて40分ぐらいで診療を開始できるけれども、今、東京都は救急車を呼んで病院に行って診察を受けるまで平均で55.5分かかるので、医者を呼んだほうが早いということがあるかもしれない。

私は、かつて病院で働いていたので何とも言えないのだけれども、日本の病院はやはりちょっと具合が悪いなと思う。一言で言うと、ベッドが多過ぎる。人口比で、ドイツ、フランスの2倍、イギリス、アメリカの4倍ベッドがある。だけど、医者の数は変わらないので、つまり、ドイツ、フランスの病床当たりの医師数は2分の1、イギリス、アメリカの病床当たりの医師数は4分の1ということになる。結局、低密度の医療しかできない。だけど、ベッドはたくさんあるので、長期間入院してもらわないとベッドが埋まらない。低密度、長期間なのである。

2020年に東京は医療崩壊した。コロナ肺炎の患者さんたち1万人が自宅で苦しんで、私は8月だけで800人のコロナ患者に在宅酸素を持って走り回りましたけれども、そのときでも病床は空いていた。だけど、コロナを診られないという。なぜかという低機能だから。これが日本の病院の実態なのである。本物の病気は診られないけれども、軽症は診られる。でも、軽症だったら自宅でも診られる。

これは、ベッドの数とその地域の1人当たりの入院医療費を見ている。高知県は千葉県、神奈川県に人口当たり3倍のベッドがある。入院医療費は2倍になっている。高知県民は2倍、3倍病気しやすいのかというと、そうではない。2倍、3倍入院しやすい。つまり、これは病院経営者がつくった入院患者ということになる。

実は福井県がレセプト調査をやっていて、これによると、日本の総医療費の最大10%は社会的入院ではないかという試算が出ている。これは数字が間違っていて、48兆円の10%は5兆

円である。だから、医療費は大変だと言うけれども、実はここにケアニーズが結構含まれているのではないか。

何で入院できるのかというと、高額療養費があるから安いのである。自宅で要介護5のおばあちゃんを見ようと思ったら、介護保険の3万5000円の自己負担があって、そこに在宅療養1万円が乗かって、薬代が乗かって、食事代とおむつ代が乗かるから、実は入院するよりも高くなってしまう。こういうのが制度上のバグだなと思う。

日本には今154万床もベッドがある。人口は1億2000万人しかいない。78人に1人がベッドで暮らせる。このうち88万床が一般病床、療養病床が27万床で、精神が33万床、感染症が1万床。これがもちろんフル稼働するわけではない。多過ぎるので。一般床と療養病床は平均で3割が空床、精神も最近空床が増えてきている。維新と自公でベッドを11万床減らそうと言ったけれども、これぐらい減らしたってへのかっぱ。逆に言うと、これぐらい減らしたって医療費は減らない。もともと空床だから。

日本の病床の88万床というのは、さらに機能別に4つに分かれる。御存じかもしれないが、高度急性期、急性期、回復期、慢性期である。今こんな感じになっていて、急性期はこんなに要らないだろうということで、回復期を増やそうということになっている。それでも、僕はこんなに要らないのではないかと考えている。回復期も含めて。

まずは、高度急性期と急性期だけを見たい。高度急性期は大学病院とかが、みんな赤字である。真面目にやっても赤字、真面目にやればやるほど赤字になる。これは点数がおかしいから、点数を変えてもらうしかないと思う。ここはしっかり手厚くしてもらわないと、これはおかしい。だけど、急性期は、さっきも言ったけれども、実は3分の1はケアニーズだと思う。軽い肺炎や尿路感染なんて家で抗生剤を飲めば済むのだけれども、それをわざわざ入院させて寝たきりにして帰す。こういうのをやっているとしょうがないと思う。

しかも、高齢の方々は通院できなくなると、家族だけが通院して薬をもらったりするのだけれども、そういうことやるから健康管理ができない。家に行けば何が問題なのかが分かる。薬を減らして栄養を強化する。しっかり食べて体重を増やすだけで入院しなくなる患者さんたちはたくさんいる。やはり日頃から一次予防をちゃんとした上で、軽度の疾患であれば自宅でちゃんと治療できる体制をつくれれば、急性期はこんなにたくさん要らない。

僕は、回復期病床はこんなに要らないと思う。国は回復期をもっと増やそうとなっているけれども、回復期の入院患者の2割は在宅復帰を目標としていない。あとは、回復期に入れなくても自力で元気になれる人はたくさんいる。

去年の5月にフランスに行った。このおじいちゃんは80代後半、独居、フレイルである。バスに乗ろうとして転んで大腿骨頸部骨折で、病院に運ばれて緊急手術して、3日後に自宅に退院した。日本だと、この後1か月急性期に入院して、回復期に3か月行って、その後、老健に3か月、それからおうちに帰ってくるけれども、フランスだとこんな感じ。もちろん医療処置は必要だけれども、そんなものは訪問看護と訪問リハでできるでしょうという話である。彼はその後、手術してくれた整形外科には再診せず、この後はかかりつけ医が診ることになる。本当はこれで十

分なのである。僕は、回復期の患者は大部分がつくられていると思っている。

実は、介護側にも回復期というのがある。老健施設。これはリハビリ施設である。全国になんと37万床もある。回復期病床の2.5倍。だけれども、ここはリハビリ施設なのだが、ここに入ってしまうと家に帰れる人は3人に1人しかいない。大部分は死ぬまで出られない。入退院を繰り返したり、施設へ転居されたり、あるいはここで亡くなったり。家に帰さないことを目的とする在宅リハビリ施設は必要なのかと。平均在所日数は平均で310日。そもそもはミドルステイ、ショートステイで、1か月から、長くても3か月。3か月は90日だが、平均は310日、年単位で入所している方がたくさんいる。全然ファンクションしていない。これは事実上の特養になっているのである。

慢性期はまたちょっとややこしいのだけれども、「医療区分」という言葉が出てくる。医療区分2というのがこんな感じ。透析・気管切開、経管栄養をしている人が発熱みたいなケース。これよりも医療依存度の高い方が医療区分3、これよりも軽い方が医療区分1とざっくり理解してほしい。療養病床は2と3を合わせて8割以上だと、一番高い入院基本料が取れる。1日当たり2.4万円である。だけど、これは普通に老人ホームでも診ているし、自宅でも診ている。全然負担なく診られる。診られるのだけれども、一方で入院するという選択がある。

でも、在宅で見るとこれはすごいローコストになる。在宅医療は1か月10万円行かないし、訪問看護を毎日入れても20万円も行かない。とにかく安い。家で診ると安いし、診られなくもないし、患者さんたちは治療を継続しながら生活できるのだけれども、ベッドがあるとこっちのほうが安いので、こっちのほうに誘導されてしまうというのがあります。

最近、ホスピスホームという老人ホームに訪問看護を入れているものは、月単位で医療と看護で平均120万ぐらいになる。あれはすごく高い。緩和ケア病棟よりも高い。だから、ここはぜひ適正化しないといけないと思うけれども、なぜか適正化が進まない。

いずれにしても、今日本は世界で断トツたくさんベッドがあるけれども、少なくともこんなにたくさん要らない。慢性期なんて要らない。介護施設で十分診られる。自宅でも診られる。回復期も、本当にリハビリが医療的に必要な人たちはごくわずか。逆に言うと、訪問リハビリテーションとか施設でのリハビリテーションで十分診られる方はたくさんいる。あとは、老健がファンクションすればそれで十分という方も結構いると思う。

急性期は、急変しても、あるいは感染症とか心不全の管理であれば自宅でできる。急変を防ぐということももうちょっとちゃんとやったほうがいい。これをすれば、急性期の入院をもっと減らせる。そうすると、今、病院で医療保険を使って診ている方の3分の1ぐらいは、介護保険と自宅、地域で診られるのではないかなと私は思っている。

○急性期を家で診ることについて

私は内閣府の規制改革推進会議にいる。去年の規制改革で突破したのがこれになる。分かりやすく言うと、田舎のほうで重症患者が入院していない病院に関しては、どうせ急変したらほかの病院に転送になるから当直医が要らないのではないかという議論である。病院というのは

24時間医者を置かなければいけないのだけれども、そういう低機能の病院については当直医を置かなくていい、オンコールでいい、電話が通じる体制であればいいというふうに規制緩和をして、これは通った。でも、昼間は医者がいるけれども、夜は医者がないというのは、特養と何が違うのか。特養、老健と同じである。でも、これを医療保険で養っている。やはりこういうのはおかしいのではないかと私は思う。

こういう話をすると、急性期を家で診るなんて本当にできるのですかと言われるけれども、本当に家でできるのですかみたいなことを言っている国は日本しかないという話をしたい。

急性期を家で診るというのはグローバルスタンダード。肺炎ぐらいは家で診る。どうしても診られない人だけ入院する。例えば、イギリスでは救急車を呼ぶと、救急隊とともにナースとPTが家に行ってアセスメントをして、ERの医者で電話で相談して、家で診ますか、病院に連れていきますかとそこで判断する。大部分は家で診ることになる。

アメリカでは、バーチャルホスピタライゼーションといって、心不全でも肺炎でも自宅で入院という立てつけで、おうちで治療をする。

フランスはHAD、これも在宅入院。オーストラリアも在宅入院。台湾では在宅急性期治療。シンガポール、韓国にも在宅入院がある。肺炎とか尿路感染とか心不全とか、こんなのをどうして家で診ないのでかというのが世界の常識である。

隣の台湾は、実は在宅急性期治療が去年始まった。肺炎と尿路感染と軟部組織感染症の3つについて自宅で治療するプログラムをつくった。これは台南市にある巨大なメディカルセンター、チーメイ病院というところで、2,700床の高度急性期なのだけれども、ここはもう救急がパンクしていたので、救急にきた患者さんたちに、あなたは肺炎です、入院しますか、家で治療しますかというのを患者さんたちに選んでもらう。年齢、性別、重症度で調整をして、入院した患者と在宅で診た患者でアウトカム評価をした。そうすると、在院日数、つまり治療に要した日数は自宅のほうが短くて3分の2、かかった医療コストは3分の1、死亡率と再入院率に差はなくて、患者・家族の満足度は100%という結果が出た。

台湾の在宅救急は、実はバンドルペイメントといって包括払い。2週間の治療プログラムに対して27万円のお給料が出る。訪問診療と訪問看護と遠隔のモニタリングと薬と全部込みで27万円。2週間よりも短くなっても大体27万円もらえる。そうすると、1週間で終わったほうが、1日単価が高くなるから、みんな頑張って治療するようになる。だから、入院は短くなる。高額療養費みたいなサービスは日本ほど手厚くないので、患者さんたちも入院よりも圧倒的に安いお値段で治療が済むので、みんなハッピーという感じ。台湾も老老世帯、高齢独居世帯は多いけれども、それでも遠隔モニタリングとかいろいろ使って自宅で診られる。

2020年の夏、私たちも自宅で普通に肺炎の患者をたくさん診た。コロナの患者だけれども、行ったら酸素85%だった。本当だったらICUに入る人が在宅酸素と点滴で、家で診ていた。でも、ほとんど死ななかった。私たちはトータルで2,600人を診て、自宅で亡くなった方は1人だけ。ちゃんとやれば、治療成績は病院とそんなに変わらない。

急変の9割は自宅で診断ができる。診断ができたら治療ができる。肺炎の治療もできるし、

輸血もできるし、麻薬の治療もできる。こういうことができると、入院を大きく削減できる。私たちの患者さんたちは、在宅医療の導入によって1人平均年間30日入院を減らしている。これは医療費上のインパクトはすごく大きい。私たちは厚労省からこんなにお金をもらっていないから。なので、在宅医療がちゃんと機能するというの、その分の医療費のアドオンではなくて、社会保障資源の適正利用化が進むのではないかということ。重要なのは、肺炎になっても、心不全になっても、自宅でちゃんと治療ができる体制を地域ごとにつくっていくことだと思う。

今、1万人患者がいると年間2,000件ぐらい緊急入院が起こる。ただ、このうちの半分は、本当は回避できた。回避できたはずなのになぜ回避できなかったのかということ、患者側要因、社会的要因がある。患者さんが心配だ、あるいは訪問看護が24時間対応できない、こういった理由で入院が起こっている。医学的理由で入院が必要な人が全員入院しているわけではないということ。

こういったケースにおいて、どうやったら入院が回避できるかという要因分析もしたのだが、有意差が出たのは、独居ではないとか、施設にいるとか、そういうことではなくて、有意差が出たのは訪問看護が24時間だったかどうか、ACPをちゃんとやっていたかどうか、この2つだけだった。したがって、訪問看護というのは実は急性期をちゃんと見ていく上でもすごく重要なものと、あと看取りを見ていく上でも訪問看護はすごく大事なのだと。

とはいっても、急性期の方を自宅にほっぽっておくのは心配なので、私たちは今こういう遠隔のモニタリングデバイスを使っている。これは通信を使うので総務省の管轄かもしれない。眠りSCANというのですけれども、マットレスの下に1枚シートを敷いておくと、ベッドの上にいるのか、いないのか、ベッドの上で寝ているのか、起きているのか、心拍数と呼吸数まで分かる。それができると何が起こるか。呼吸数がモニタリングできると、肺炎と心不全のモニタリングができるのである。

この患者はここで緊急入院してしまったのだけれども、緊急入院の直前で息苦しさを訴えて往診を呼んだ。だけど、振り返ってみると、この方は3日前から呼吸数が増えている。ここで誤嚥か何かが起こっている。誤嚥性肺炎を起こして心不全が悪化して、苦しくなってコールしてきたのだけれども、本人も気づかない変化がここで生じている。このとき、私たちはこれを見ていないのだけれども、介護事業者がこれを見ていた。何ともないのでほうっておいたのだけれども、これを見ると3日ぐらい前から呼吸数の増加という形で早期発見ができていた。ここで発見できていたら、飲み薬を飲むだけで入院を回避できていた。こういうことが起こる。

この人は独居の方だけれども、家で看取りをしてほしいと言う。さすがに死んだ状態で発見するのは気持ち悪いので、シートを敷いてもらった。そうすると、亡くなる3日ぐらい前から呼吸の変動が出てきて、亡くなる1時間ぐらい前に呼吸が一気に不安定になる。そろそろではないかと判断して、訪問看護師に行ってもらったら、看護師が到着した5分後に呼吸が停止したというケースだった。

この方は、僕の外来に来た方。外来というか、在宅の患者さんである。眠れないと訴えて来られた。眠れないといたって、結構長いことベッドにいるのだと御家族が言うので、ベッドセン

サーを入れてみた。そうすると、1日12時間ベッドの上にいるのに、寝たり、起きたりを1時間置きにやっている。これは確かにつらいだろうと。だけど、よく見ると、昼間もベッドの上にいるのである。だから、僕はおばあちゃんに、昼間はベッドから出て過ごしてごらんとアドバイスをした。そうすると、それだけで御覧のとおり真っ青になる。睡眠のパターンが一気に変わる。日常生活を変えるだけで、薬を使わなくて済むのである。日本では、ベンゾジアゼピンという高齢者に飲ませてはいけない薬の大部分を実は高齢者が飲んでる。

私たちは2018年からインドでも高齢者ケアと在宅入院をやっている。インドというのは、健康保険が在宅医療には使えない。介護保険もない。だけど、みんなケアニーズが結構高い。胃ろうがあったり、気管切開があったり。

この方は、事故に遭って脊髄損傷で横断性の麻痺がある方である。ついでに左の片麻痺もある。この方は老年症候群のおばあちゃん、年老いた姪御さんと2人暮らし。こういったケースで、今、ムンバイだけで4,000人の高齢者を診ている。インドの20都市で月間500件の在宅入院を提供している。

日本場合はこんな感じなのである。慢性期は在宅医療、急変したら病院に入院する。退院してきたら自宅で最期までという感じ。インドはそうではない。医者は高いので。本来は入院が必要ではないかというところで医者が呼ばれて、自宅で治療。安定期は看護師が診ていて、困ったら医者にオンラインで相談する。全然違うのである。同じ患者さんたちの病状経過なのに支える資源が全然違う。つまり、ニーズは患者さんたちの費用負担によってつくられるということなのである。

日本ではたくさんのベッドがあって、ほぼ在宅、時々入院と言うけれども、それができるのは入院費が安いから。在宅も安い。だけれども、もしこのコストをちゃんとみんなで負担しようということになったときに、そんなことに入院を使っているのかというのを議論すべきだし、この資源を地域にちょっと振り分けるだけで、ケアというのはすごく充実するのではないかと思うので、今日は自治体と話が違ってもいいかもしれないが、自治体でちゃんと受皿をつくってくれば入院への依存度は下げることができるし、ベッドを減らすことができれば後期高齢者医療費はもっと下がると思うので、この辺りは聖域のない議論をしていただけたらいいのかなと思っている。

【質疑応答】

○青木委員

在宅医療が非常に重要で、そのポテンシャルがあるということは理解できた。他方で、日本の住環境がウサギ小屋と昔は言われたと思うが、その点についてはいかがか。広さの点で可能だろうか。

→(佐々木理事長)私はウサギ小屋のほうが在宅療養しやすいのではないかと思っている。大きなおうちメンテナンスが大変だし、トイレとベッドルームが離れていると大変なのだけれども、日本は、変な話、ベッドから起き上がって12歩歩くとトイレに行ける家がいっぱいある。逆に言うと、ベッドが置けるスペースさえあれば、狭いほうが手をついて移動できる

し、年を取ってからだとそっちのほうが安全というのは一つあるのではないかなと思う。

よくウサギ小屋だからと言われるけれど、ウサギ小屋の何が悪いのだろうと思う。空調のコントロールもしやすいし、ケアの環境はむしろ整えやすいのではないかなと思っている。

○宮崎交付税課理事官

「在宅救急」という言葉自体が聞き慣れないのだけれども、我々はまず救急車を呼んで、メディカルコントロールで病院に入院するという形だと思うが、救急隊が判断して、あなたは在宅ですよというような振り分けがなされないと、みんな病院に行ってしまうということではないかなと思うのだが、その辺り、諸外国はどうしているか。

→(佐々木理事長)諸外国はかかりつけ医がいる。だから、すぐに救急車を呼ばない。救急車を呼ぶべきかどうかは、患者が判断するのではなくて、GPが判断する。日本はかかりつけ医がファンクションしないから、救急隊が大変なのだと思う。

→(宮崎交付税課理事官)そもそも外国の方は119みたいな、カジュアルにそういうことが呼べないと。

→(佐々木理事長)目の前で出血して倒れたら救急車を呼べるけれども、救急車がただではない国もたくさんあるし、まずはかかりつけ医に相談して、こんな状況なのだけれどもどうしようかというワンクッションが置かれる。私たちの場合は24時間のかかりつけ医なので、患者はまず私たちに電話をしてくる。だから、救急車をいきなり呼ぶ必要は基本的にない。

○吉弘委員

非常に刺激的かつ示唆的な御報告だったのだけれども、全体的にかかりつけ医を設計しながら在宅医療にシフトしていけば、日本の社会保険資源をうまく最適化できるのではないかという内容だったと思うのだけれども、同時に、今御発表いただいたような内容を実際に日本の医療制度の中に落とし込んでいくと、言い方が難しいけれども、お医者さんのほうから反発みみたいなものも相当強くあるのではないか。

つまり、病院で医療を提供するというシステムが非常に強くつくられてしまったので、それを例えば移行していくような手続が必要になってくるのではないかなと思うが、その点、何かお考えはあるだろうか。

→(佐々木理事長)私の個人的な意見だけれども、必要ないのはベッドであって、医者は必要なので、変な話、ベッドを半分に減らせば、医療密度はようやくフランス並みまで濃縮される。例えば、日本のベッドの数を半分にして病棟で働く医者の数がそのままだと、フランスとかドイツの病院と同じ環境になるという感じになる。ベッドが半分になって密度が増えた分だけ診療報酬を高くしてあげれば、病院の収入は減らないと思う。密度が2倍だったら、病院のベッドのコストを2倍にする。

日本はベッドが多いのだけれども、入院基本料は諸外国に比べるととても安い。フランスは在宅入院をやっていますという話をしたけれども、在宅入院で支払われているコストは、

日本の急性期病院で支払われている入院コストと同じぐらい。実際、病院に入院するとその2.5倍ぐらいのコストがかかるということになっている。

日本はたくさんの入院ベッドに対して広く浅く点数をつけているので、だからメリハリの利かない医療制度になっていると思う。なので、ベッドの数を半分にするというのが1つ。

もう一つ同時に進めないといけないのは、医療機能の集約化だと思う。例えば、総合病院が10個ある、脳外科医が1人ずついる、では脳卒中をどこで受け入れられるかという、脳外科医が1人しかいないと脳卒中を受け入れられない。脳外科医が3~5人いないと。だから、10個の小さい総合病院ではなくて、脳卒中センターを10個の総合病院を統合して1つつくれば、10人の脳外科医がいて、しかも当直も無理なく回せる。1人しか脳外科がいないと、毎日オンコールになるので。

だから、こういうところで小さい病院が我慢比べのように赤字だ赤字だと言っているけれども、これを機に根本的な病床の整理と機能の再編を進めないと、今ここで延命のためのお金を注入しても根本的な解決には絶対にならない。

1人しか脳外科医がいないと、その先生は片頭痛を診るか、三叉神経痛を診るしかできなくて、脳出血とか脳梗塞になってしまうと結局大学病院に連れていくしかないみたいな感じになって、その脳外科医の先生たちの全体的なレベルも下がってしまう。そうではなくて、専門医は専門医として仕事ができる環境を同時につくっていく。これで、病院で働くお医者さんたちの満足度は上がると思う。

整理しないといけないのは、病院オーナーの権利と満足というところだと思う。そこら辺をどういうふうにやっていくかは、自治体ごとにそれぞれの資源の再整理というところをやっていただくのかなと思う。

外来については徐々に、日本はキャピテーションではないけれども、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、地域包括診療料と、何となく形の上では徐々にキャピテーションに近づいてきているので、これはこれでゆっくり進めていけば、かかりつけ医として機能しない開業医の先生たちは身の振りを考えなければいけないときが来るのかなと思う。

○村田財政課課長補佐

在宅医療は都市部においてはかなり有効に機能するようなイメージだけれども、人口密度の低い田舎部においてはその機能はどれぐらい果たされるものだろうか。

→(佐々木理事長)私はインドの事例を御紹介したけれども、実は、在宅医療で医者にはこんなにならない。日本の場合は、慢性期を月2回行くと高い報酬が得られるという仕組みを厚労省がつくったので、医者はみんな安定しているおじいちゃんのところに月2回行くけれども、医療的ニーズはそんなにない。うちは、要介護高齢者は基本月1である。がんの患者でも基本週1回ぐらいしか行かない。その代わりに、訪問看護師たちに高頻度に患者の容体を見てもらっている。

看護師たちが行って何か異常があれば電話で連絡が来て、オンラインで相談を受けて、

その場で、こちらで処置の指示を出す。判断の指示を出せば、看護師さんたちで大体完結できる。医者が現場にいないと判断できないこと、医者が現場にいないと処置できないことは在宅のフィールドではほとんどない。

私たちは与論島に診療所を持っているが、与論島に在宅医は1人しかいない。人口は4,000人。この1人の在宅医が冠婚葬祭で与論島を離れているときに誰かが亡くなったら、看護師が看取りをするのである。それは今オンラインでできることになっている。熱が出たらどうしようというときは、看護師さんたちがいれば、電話で相談を受けて、肺炎っぽいね、口から食べられないのだったら3日間点滴と在宅酸素で診ることができる。

過疎地域においては、特に人口減少地域がこれからどんどん増えていくけれども、限界集落に全部医者を配置するなんて現実的ではないし、人口が少ない地域に置かれた医者は不幸で、患者が少ないから全然成長できない。高齢者ばかりだし。そういったところは広く浅く、例えば巡回診療とかオンライン診療を組み合わせながら、支えているメインはNP、ナースプラクティショナーみたいな優秀な高機能な看護師を地域に配置していくことを進めたほうが、そういった地域の医療ニーズは、本当はケアニーズということが多いし、最終的には救急搬送よりも看取りを選択する人たちのほうが多いと思うので、優秀な看護師さんたちが伸び伸び働ける環境をしっかりと確保し、それを医師が遠隔から、あるいは低頻度の訪問でバックアップをするという形であれば、これは医療経済的にも十分成り立つし、患者さんのニーズも十分満たせるし、多職種間の最適な役割分担にもなる。

日本以外の在宅医療は、インドもそうだけれども、普通は大体こうなので、日本みたいに医者がいないとできないのではないかとという前提自体がもはやグローバルスタンダードではないと思う。

○桑原委員

今の延長なのですけれども、看護師さんのほうも、福井県なんかだとやはり都会に行きたいということでもかなり流出してしまっていて、そこもいなくなっているというのは結構あるかなと思う。→(佐々木理事長)皆さんそう思っていると思うけれども、看護師さんといっても一様ではなくて、東京で働いた方がきらきらしているし、お給料も多そうだし、みんな都会に出たいかもしれないが、NPを目指す人たちのメンタリティーは大分違って、私たちの能力をいかんなく発揮したいと思っている人たちが結構いる。したがって、離島に行くとNPは結構いるし、過疎地に行くといえるし、あとは災害被災地に行っても大体いる。こういうところだとNPはここまでできるよということを明確にすると、そういうモチベーションを持った人たちが集まりやすいと思う。

例えばアメリカだと、アラスカ州は医者がいないので、看護師さんたちが開業できる。プライマリケアができるのである。そうすると、アラスカで働きたいというNPたちが結構みんな勉強する。だけど、日本だと、長野の山奥に行っても看護師として同じ仕事しかさせてもらえないのだったら、松本市で働いたほうが、軽井沢で働いたほうが楽しそうな気がする。

だから、そこは役割の設計ということではないかと思う。

ヘルスケアとか地域の公衆衛生というのは、お医者さんが責任者として、保健所長もそうだけれども、どんといることが多いけれども、優秀な看護師さんたちにそういうところに門戸をもっと開いていったら、そういうところにしかるべき人材は流入してくるのではないかな。今、大学院を出たNPだけで日本に3,000人ぐらいいるのではないかなと思う。家庭医として養成された医者が3,000人しかいないことを考えると、十分な数ではないか。

○菅野委員

初めに在宅医療につながる人というのはどういう人なのかというのを伺いたくて、これから在宅医療を進めるに当たって、需要側と供給側のそれぞれにどうインセンティブをつけるかというのが気になっているのだけれども、いかがか。

→(佐々木理事長)在宅医療の適用は保険で決まっている。通院が困難、1人で病院に行けないけれども、継続的・計画的な医学管理が必要な人たち。したがって、慢性疾患があって、あるいは障害があって、1人で病院に行くのは難しい、これが慢性的な状態の方である。だから、風邪で一時的に熱が出てという方は、往診は行けるけれども、訪問診療には行けないという感じになる。ただ、今は何とか歩けるけれども、近い将来、具合が悪くなるのが予想される、例えば難病、進行性疾患の方とか、がんの終末期の方などは、あえて早めに関わらせていただくこともあるが、在宅医療は決して安い医療ではないので、この辺は保険者も厳格に査定をしてくる。

ただ、在宅医療が果たしている急変を減らすとか何かあったときに対応するという機能は、通院できる人でも特に要介護高齢者とか進行性疾患の方はあるのではないかと思う。

高齢者に関しては、地域包括診療料といって、例えば慢性疾患と認知症があったりすると、月1回外来に来てもらうけれども、何かあったら24時間往診する、それに対して管理料がちょっとつくみたいなの、そういう診療報酬の立てつけはあることはある。ただ、実際は医師会が定めた研修を受けなければいけないというよく分からないルールがあって、ほとんど算定されていない。

なので、やはりこの辺は日本も本当はGPなり、かかりつけ医をちゃんと機能させて、外来の患者さんであっても何かあったら24時間対応できるような体制をちゃんとつくってあげることが大事ではないかなと思う。

在宅医療現場の実態と自治体に求められる役割

【説明概要】

○蓮田市の概要

今回、この研究会にお声かけをいただき、研究会のメンバーを拝見しましてかなり怖気づいて、ここで私が話していいのかなということでお断りしようと何度か試みたけれども、お断りで

きずに今日参った。

私も若い頃、厚労省で2年間事務研修をして、そのとき、厚労省は厚労省で結構できる方ばかりがいて、そもそも私とは頭の構造が違うなと思いながら帰ってきたというような状況なので、今日ここで皆さんに向けてお役に立てるお話ができるとは到底思えないのだけれども、1つの小さな自治体が在宅医療への対応をどんなふうに取り組んでいるのかということをお確かめいただけたらいいかなと思ひ、今日この場に来させていただいた。

さて、本日、私のほうには、在宅医療について、蓮田市の現状と課題、自治体に求められる役割というテーマをいただいた。

現状、在宅医療に対応するための地方自治体の取組としては、資料の表紙のタイトルにあるように、「在宅医療・介護連携推進事業」として展開している。医療政策というのは、先ほどおっしゃられたとおり県にあるので、市町村が推進していくのは在宅医療と介護の連携強化というところが主眼である。その事業を中心にして、目次に沿ってお話をさせていただきたい。

まず、01、蓮田市の概況。蓮田市は埼玉県の東部に位置しており、人口は約6万人、高齢化率約32%で、県内では少しお高めといったところである。2次保健医療圏を赤で囲ってあるけれども、最後の課題のところでは触れるので、頭に入れておいていただくと幸いである。

続いて5ページ、蓮田市はさいたま市の隣で、電車では都内まで30分、また、東北自動車道の都内に入る直前の大規模なサービスエリアを併設する蓮田スマートインターチェンジがあるので、車でのアクセスも優れているといった利便性が高い一方で、国指定史跡の貝塚や自然のままの沼などがあり、「とかいなかNo.1」というキャッチフレーズにしている。資料に時々出てくるマスコットキャラクターのはすぴいちゃんは、沼に住んでいる水鳥という設定である。

○蓮田市における在宅医療の取組の変遷

それでは、在宅医療・介護連携推進事業のお話に入っていく。当市では、国が在宅医療にかじを切り始めて始めた厚労省の補助金を順次活用しながら当初の体制整備をしているので、まずはその変遷について触れていきたいと思う。

7ページ、左から右に向かってこれまでの取組の変遷を示しているものである。この事業はそもそも平成23年度から始まっているけれども、当市においては平成24年度、厚労省の補助率10分の10の補助金事業である在宅医療連携拠点事業に、市内に所在する国立病院機構東埼玉病院が手を挙げた。モデル事業として、蓮田市を含む近隣2市1町、人口約10万人の地域を事業範囲として展開を始めたのがこの始まりとなっている。

このときは、病院が先頭を切って地域の医療機関をまとめ上げて、医師会とも調整をし、介護関係事業所にも声をかけて始まったので、物すごく求心力があった。ありがたいなと思ひながら市はくつついていったわけだけれども、翌年度からは補助金がシフトし、厚労省の補助金から埼玉県補助金の在宅医療推進市町村支援事業に引き継がれ、実施主体が市町村とされた。当時、東埼玉病院の院長先生が足しげく市長室に通って、東埼玉病院が立ち上げた在宅医療連携拠点というのを引き続いてやるために、蓮田市が自治体として手を挙げてくれないかとい

うことを力説されたと同っている。

当時の市長は、初めは疑問だらけだったようだけれども、国の動きでは在宅医療の推進をいずれ市がやっていかなければならなくなるから、引き続いてやったほうが絶対いいよと説得されて、隣の1市1町の範囲も含めて、ちょっとイレギュラーなやり方だけれども、蓮田市が引き受けてやることを決定した。

県のモデル事業をそこから3年間、平成25年から27年で実施することになり、3市町の事業推進を蓮田市がまとめて請け負うというような格好で始まった。補助率は10分の10だったので、隣の市町の分もひっくるめて、病院が始めた事業の一部を引き続き病院に委託するような形で実施するという事で引き継ぎをした。

当初は、在宅医療の推進ということで、保健医療部門である健康増進課という部署が主管課となって始めたわけだけれども、この事業の内容がそもそも在宅医療の体制整備とともに医療と介護の連携推進が重要な視点だったので、保健医療の部門だけでは推進が厳しいということになり、当市においては平成26年度には在宅医療介護課という課をつくった。そこに、私は医療介護連携担当リーダーという形で異動になり、この事業と関わることになった。

健康増進課の保健師を引っ張ってきて、介護保険事業の直営の地域包括支援センターをそっくりそのまま引っ張ってきて、そこに接着剤のように医療介護連携担当という担当をつかって、社会福祉士と保健師を配置して、医療と介護を一体的に進める課をつくり、推進を始めた。

このモデル事業を推進する中で、地域の多くの医療機関、介護の関係事業所とつながりが本当に深まり、顔でつながることができた。連携会議は毎回100人ぐらい集まって、夜の7時から9時ぐらいまでびっちり2時間、すごいエネルギーでいろいろな議論をした。会議が終わっても全然皆さんがお帰りにならないので、会議室が閉じられなくて困るみたいな状況が続いていた。

その後、介護保険法の改正により、介護保険制度の地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業として位置づけがされ、院長が言ったとおり、平成30年度までに全ての市町村が実施すべき義務の事業という立てつけになった。

この間、県は在宅医療提供体制充実強化支援事業ということで、平成27年度から29年度に各郡市医師会に対して補助金を交付し、郡市医師会の単位で在宅医療連携拠点を設置する、郡市医師会ごとに1つ拠点を設置するという事業が始まっていた。

そして、平成30年度、病院で展開を始めたもの、郡市医師会で立ち上げたもの、全てをひっくるめて各市町村、各自治体が、介護保険制度の地域支援事業に位置づけて推進するという立てつけになったという歴史がある。これをもって、市町村において推進する本事業は、基本的には高齢者をターゲットとして推進するという方向性がつけられたなと認識している。

○実施事業内容について

そのような歩みを経て、現在は8ページのような3層の体制で蓮田市においては推進をしている。1つ目が3市1町の協定事業、2つ目は2市1町の協定事業、3つ目が市の単独事業であ

る。これは先ほどお話した体制整備の歩みの中で、2市1町の枠組みで開始した経緯、それから、郡市医師会範囲の3市1町の枠組みで進めてきた事業をしっかりと継承していくために整えた体制である。

3層の体制で実施している事業内容については、9ページから11ページに記載しているけれども、事業内容はこの後、現在の取組の中で説明するので飛ばさせていただきます。

各自治体における在宅医療・介護連携推進事業の位置づけについてももう一度確認させていただくが、資料12ページ、この全体像で、現在の介護保険制度における位置づけを御確認いただけるかと思う。

体系としては、地域支援事業の中の水色の囲いにある包括的支援事業に位置づいており、地域支援事業の推進方法の概念としては、資料の13ページにあるように、地域支援事業に位置づいている様々な事業を連動させながら展開をするというもの。

在宅医療・介護連携推進事業というのは、地域包括ケアシステムを実現する一つのアプローチとして、認知症総合支援事業、介護予防・日常生活支援総合事業、生活支援体制整備事業といったアプローチと連動させながら地域ごとに進めていくといった位置づけになっている。

なお、先ほども少しお話があったけれども、現在、国とか県では地域医療構想の見直しに向けて作業を進めているところだが、見直し作業においては、病床数の設定といったことが中心な議論になるが、そのほかに在宅医療というところの見直しもかなり強めに出ている。在宅医療は医療だけで支え切ることが難しい、介護や地域との連携によってこそ成り立っていくという考え方、また、在宅医療は地域包括システムにとっても不可欠な構成要素であるという視点をさらに重視していくという観点から、私どもの保健医療圏域においては、埼玉県的主导の下、地域医療構想調整会議という地域の会議の直近2回の会議の中では、各自治体における地域包括ケアシステムの推進に係る取組と課題ということで、各自治体の部長がそこで医療の先生方に向けて発表させていただき、地域の医療を支える周辺の部分の取組について共通認識をさせていただいているところである。

現在、各自治体においては、医療・介護連携推進事業として高齢者の介護というところに足場を置いて在宅医療の体制整備に取り組んでいるという、法的な立てつけがあるので、そういったことで進めているが、今後は地域医療構想の在宅医療の体制構築に係る部分において、多職種連携とか地域包括ケアの視点が重要視されながら、その実現に向けては都道府県の地域保健医療計画において在宅医療の体制整備に係る具体的な書き込みがさらに追加されて、各自治体に取り組んでいくことになるものと考えている。

それでは、本丸の在宅医療の現在の取組について。資料は15ページで、こちらは、厚労省から出ている「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」の最新バージョンからの資料である。

この事業の目指すところは、切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築ということになるけれども、ここに各自治体に課せられている取り組むべき事項が示されており、各自治体は工夫をしながら実施しているわけである。

16ページに移り、まず自治体がやるべき必須かつ根幹の事項として、地域の医療・介護の資

源の把握ということが本当に根幹かと考えている。私はずっとこれをととても重視してきた。

東埼玉病院に事業推進を先導していただき、訪問診療をされていたドクターと常々事業推進を検討していく中で、資源の把握というのは自治体として絶対にしっかりやらなければいけないよということを繰り返し言われ続けてきて、それから毎年バージョンアップをしながら現在の連携ガイドをつくっている。今日は1冊しか持ってきていないのだけれども、こんな感じの手刷りで、これは毎年更新をしているのだけれども、こういった連携ガイドを作っている。

東埼玉病院のドクターとも何度も何度も項目についても検討し、資源の全体把握をするとともに、在宅医療・介護を継続していくために活用できる情報誌を目指してきた。市内の全ての医療機関、介護関係事業所、蓮田市だと今179あるのだけれども、その事業所を掲載しており、また、毎年調査をして更新して、制度改正とか意見も酌み上げながら掲載内容をバージョンアップしている。

そして、ガイドの作成を通して、自治体も、いろいろな事業所、医療機関と顔の見える関係づくりをしており、成果品は基本訪問で手配りしている。17ページ以降に少し誌面を紹介しているので、参考に御覧いただければと思う。

17ページの「はじめに」のところでは、私たちがこのガイドを作成している思いを込めている。

18ページは調査の概要で、179全部の関係機関を調査している。

19ページ以降は各情報になるけれども、医療と介護が連携を取るために役立つと思われる事項をかなり具体的に掲載している。悠翔会さんのようなメガでやっていただいているような在宅の医療機関があるわけではないので、本当に丁寧に一つ一つの内科の先生方を紹介させていただいているという状況である。

19ページの医療機関に関しては、例えば、麻薬の処方とか、褥瘡の処置であるとか、緩和ケアとか、在宅でどういう医療に取り組んでいるかということが分かるような項目を設けたり、認知症に対する対応の状況、ケアマネジャーが開催するサービス担当者会議、これはサービスを組み立てる会議になるわけだが、この会議にどういうふうにドクターが出席してくれるのかといったことを掲載している。

20ページの歯科医院は、訪問歯科診療でできる内容、担当者会議への出席について。

21ページは、調剤薬局だけれども、麻薬の取扱い、無菌調剤対応の可否、夜間の対応の有無、かかりつけ薬剤師の要件を満たす人数などを掲載している。

22ページは、ケアマネ事業所だけれども、併設しているサービス事業所、施設の有無、休日の対応とか夜間の対応の時間、そして、事業所の特色なども分かるようになっている。

事業所の特色は、毎年更新している中で、事業所の方が一生懸命ここを書き込んでくれる。自分のところのアピールをしてくださる。よく市民の方が「いいケアマネさんを紹介してください」と窓口に来るのだけれども、いいケアマネさんを紹介することはできないのだけれども、この連携ガイドを見ながら、いろいろな特徴があるからこの中から選んでねというふうにお示しできる。いいケアマネさんとお出会うというような場面にしてもらいたいなと思っている。

それから、23ページは入所施設で、特養のページを抜粋しているのだけれども、これはもち

ろん老健とか有料老人ホームとか全部網羅している。様々な医療ケアが必要な方をどこまで施設において受入れできるのかということを確認できるような情報誌としている。医療依存度が高い方でも退院を検討できる、入院しなくても施設で過ごせるといったような御検討をいただけるような資料を作っているつもりである。また、施設で看取ってもらうという選択もできるのではないかと、そういうことの判断の材料となればよいと考えてこういった資料を作っているところである。

次に、資料の24ページ、先ほど申し上げた切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築を実現するに当たっては、自治体としては4つの場面に着目した切り口で課題解決に取り組んでいるところである。1つ目は「日常の療養支援」、2つ目は「入院・退院支援」、3つ目は「急変時の対応」、4つ目が「看取り」である。

実現するための推進体制としては、さきに説明した3市1町協定事業、2市1町協定事業、市単独事業を内容によって使い分けているので、この後説明する事業をどの枠組みで推進をしているのかについては、8ページから11ページに戻って御確認いただければと思う。

では、まず1つ目の「日常の療養支援」。資料は25ページ、上段のグレーの四角囲みの中は、国から示されている手引に例示されている取組で、蓮田市のマスコットキャラクターのはずぴいちゃんから下が蓮田市の取組である。

在宅医療・介護連携ガイドについては、先ほど詳しく説明したものを。

在宅医療と介護の市民講座においては、参加者を募集して開催する講座と、10人以上の市民がまとまれば、市民からの要請に応じて市民の集まりの場所に出向いていってお話をするという出前講座があり、それぞれ自治会館とか、市民の方がいつも集まっている座敷に出向いていって、膝を突き合わせて語らう会などもしている。こちらからの情報提供だけではなくて、市民の生の声、不安、希望などを聞くことができる貴重な機会である。

先ほど佐々木先生も少し触れられていたけれども、在宅でやっていく不安、やはり入院したいとか、入院のベッドを持っているところをかかりつけ医にしたいとか、いろいろな不安の声をお聞きする。それから、家で死んだらどうなるのかとか、そういう声をたくさん受け止めながらお話をさせていただくという機会である。

続いて、「MCSの普及」と書いてあるけれども、都内だと結構使っているところもあるのかなと思うが、MCSは、医療・介護従事者、患者の家族が日常の療養生活の情報を共有するためのツールなので、広範囲での活用が効果的だという認識の中、郡市医師会の範囲で、3市1町でポリシーづくりをしたり、普及啓発を進めて、在宅において日常の療養支援を、SNSを使って共有していこうという取組をしている。

そのほか、家族支援とか緩和ケア、認知症施策を毎年様々な形で手がけているところである。

次に、26ページ、2つ目の「入院・退院支援」である。市民が利用する入院医療機関は広範囲の可能性が考えられるので、これも3市1町の郡市医師会への委託事業として実施している。

まず、入退院支援ルールをつくって、通院とか入院がスムーズになるように、そろえておくべき物を促す「通院・入院時あんしんセット」といったリーフレットを作成・普及をしている。

入退院の支援ルールにおいては、入退院のどの段階でどの職種が誰と連携して何をするのかという設定をさせてもらっている。それをルールとして普及をしている。医療機関や介護事業所が入退院時に連携した際に取り得る報酬加算に関する情報も掲載するなどして、連携を誘導したいと考えている。

また、市ではそろえておくべき物の一覧だけでは市民の方にはなかなか普及しないのではないかと、代表者会議という会議で意見が出され、そろえた物を実際に入れておくポーチがあったらいいよねとか、本当に小さなことだけれども、さらにその中に連携する訪問診療のドクター、ケアマネ、家族の連絡先が書かれていたらスムーズに入院できるのではないかとという提案があり、市単独事業でポーチを購入して、さらにポーチのポケットには連絡先を記載できる用紙を入れて配布を進めており、今、包括支援センター等が高齢者の自宅に行くと、みんなそこにセットで入っているので、それを持って緊急時は対応するといった仕組みになっている。

先生が先ほどもおっしゃっていたとおり、ずっと在宅でいようと思っているのに、たまたま地方から出てきた息子や娘が急変だと救急車を呼んでしまって、望まない応急措置がされて、そこで管だらけになって入院に向かうみたいなことが往々にして起こる。そういったときに、まずは訪問診療医師に連絡をしてほしいみたいなことを推進していきたいと考えている。

3つ目は、27ページ、「急変時の対応」である。在宅療養患者の急変時の対応のためのバックベッドとしまして、郡市医師会が1日1床を確保している。これは市も県も一切お金は払っていないのだけれども、輪番で管内の医療機関が協力をしてくださって在宅療養患者用に空床をつくっていただいている。

それから、在宅療養患者の急変時の往診や訪問看護との連携について、看取りを希望しているのだけれども、先ほど言ったように、ともすると意に反して救急車が呼ばれて意にそぐわない延命治療が尽くされてしまうことが急変時には起こる。そういった多くの課題がまだまだあるので、蓮田市においては市民や在宅医療・介護関係者が、急変時というのはどういうものなのだろうか、そのときどう対応すればいいのだろうかということについての情報共有をしたり、急変時対応を検討するために情報交換会を定期的実施している。

蓮田市は単独消防を持っており、消防の職員も市の職員なので、一緒になって在宅療養患者や介護施設の入所者の救急搬送について一緒に考えていこうというような取組をしている。また、施設職員が夜間帯に本当にどきどきして救急車を思わず呼んでしまうというのは往々にしてあるので、そこに対しての消防職員からの普及啓発などもやっている。

4つ目は、28ページ、「看取り」である。市民が住み慣れた自宅とか介護施設等、望む場所で看取りを実施できることが大変重要である。そのために、蓮田市ではオリジナルのエンディングノートを作成し、更新をし、人生の最終段階における意思決定支援のためにACP、いわゆる人生会議を実践するためのツールとして提供をしている。

また、エンディングノートを活用する方法の説明会も昨年は6回ぐらい開催して、ACPはこうやってやるのだよ、かかりつけの先生とか訪問診療の先生、訪問看護の人たちと繰り返し気持ちを共有していく取組なのだよということを一生涯懸命説明している。

また、エンディングノートを医療面で監修していただいたドクターからの特別講座も来月やるのだけれども、そういった講座も開催する。

そのほかに、ACP地域講座をやっており、地域の団体から要請で、地域の集まりの場所にACPについての研修を受けた医師を派遣し、市民の在宅看取りに関する理解を深めるという取組をしている。家で頑張れるよ、家で死ぬことは怖くないよということを生懸命地道に伝えている。

続いて、29ページから30ページでエンディングノートの内容を御紹介させていただいているが、29ページの目次にあるように、たくさんの思いを記載する紙面がある。

その中で、30ページで、医療と介護の項目についてはかなり丁寧に引き上げさせていただいている。意思決定に役立つ豆知識とか、医師監修の下、いろいろな情報を掲載しながら、役立てていただくということで取組を進めているところである。市民への周知啓発というのは自治体の本当に重要な役割と認識しているので、一生懸命地道にやっているということ。

そして、31ページ、取組の最後の説明になるのだけれども、地域包括ケア推進代表者会議について御紹介をしたいと思う。今回、蓮田市に着目してくださったポイントの一つに、令和7年の3月に公表された「在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック」の中で、当市の地域包括ケア推進代表者会議が事例紹介されたことが着目してくださったポイントだと伺っている。

実は、この代表者会議の設置についても、当初、東埼玉病院の院長の提案で始まっており、在宅医療・介護に関する施策は医療機関だけが頑張っても進まないし、行政だけが立案して実施しようとしても決して動かない。地域の在宅医療・介護に関わる関係者、事業所、地域の支援者、地域の方、そういった方たちが実施しようとする取組について意見を述べて、取組を行うことに合意をして、一緒に実行して評価するという仕組みがないと駄目なのだと繰り返し御指導を受け、そうやって全体を動かすということは各関係のトップの会議により決まったのだというお墨つきが必要なのだとお墨つきをもらった上で、そこから各職能団体とか組織を通して施策を浸透させていく流れをつくる、それが重要だと語られており、必死にこの会議をつくった。

在宅医療・介護の代表者会議については、そちらにメンバー等々をお示ししてあるので、かなり網羅した形で組み立てていると思っている。

○自治体に求められる役割と課題について

まず自治体に求められる役割だけれども、この事業に限ることではないが、国が取り組むべき方向性を制度として打ち出して、自治体はその趣旨を実現していくために地域の実情に応じて工夫して取り組むことが根幹の役割だと思っている。

自治体は常に市民に目線を向けながら、市民が真に必要なことに着目しながら関係機関と協力をして調整をしていくということに真髓があると思っている。

36ページ、課題は、大きく2つ認識をしている。1つは医療圏域の課題。初めのほうで蓮田市の位置図をお示したけれども、蓮田市は2次保健医療圏域の一番南端に位置している。医療圏

域というのは北部のほうに入る設定になっているけれども、実は市民は南を向いており、医療受診する際に政令市のさいたま市や、ともすると、30分で行けるので都内に向かうという状況がある。そのため、2次医療圏の中でバックベッドを用意したり、必要病床の設定をしたりしても、なかなか在宅医療・介護の連携の仕組みが有効にならない場合もあると認識しており、そこは保健医療圏ごとに計画をつくろうとしているところとなかなかマッチしないと考えているところが課題と認識している。

2つ目の課題は37ページ、在宅医療・介護連携推進事業である。繰り返しになるけれども、介護保険制度を土台にして、保険料とか交付金を原資としまして高齢者を対象に組み立てているという実情がある。しかし、今後は全世代型の社会保障の構築を目指していく中においては、在宅医療・介護を必要とする障害児者、医療的ケア児、精神科医療、難病者の支援など、そういったことをどういうふうに今組み立てている地域包括ケアシステムの中に組み込んでいけるのかということが課題になってくると感じている。

今、地域医療構想の中で検討しているけれども、地域医療構想においては、高齢者がターゲットではなくて、全世代、全区分の方を含めた在宅医療の体制を整えていくということになるため、各自治体においてはかなり頭を柔軟にした対応が迫られていこうなと認識している。

【質疑応答】

○祐成委員

資料の18ページに在宅医療・介護資源調査の表が出ているけれども、これは全機関が対象ではあるけれども、回答された件数がこの数字かという点が気になった。

→(森上部長)全部から回答をいただいている。

→(祐成委員)それならいいけれども、どうしてそういう問題意識を持ったかということ、先ほど佐々木先生のお話にもあったような、ホスピスホームのような、ある意味囲い込んで、目いっぱい介護保険とか医療保険の診療報酬を得ようとするような事業者は地域との協力を消極的ではないかなと想像をしていて、そういう事業者がもしこの地域で事業をしようとした場合、その事業に関しては管轄が県になる。その場合に、基礎自治体としてはどういうふうに関わっていけるか、あるいはいくべきなのか、どういうお考えなのかという点をお伺いしたい。

→(森上部長)自治体がそこに対して効力を持って意見できるような場面は正直ない。県からは市内への立地に対し、意見出しは求められる。私も勇気を持って、住宅型の施設において、医療とか介護を抱え込むことが懸念されるような事業所について立地の照会が来た際には、需要と供給の中で現在必要ないという意見出しをすることもある。

必要のない在宅医療とか、訪問看護とか、目いっぱいぎ込まれて、医療費とか介護費が圧迫されている状況が少なからずあると認識している。適正化されるよう国にメスを入れてもらいたいと思っている。

○荒見委員

最後の課題で挙げられていた地域医療圏と2次保健医療圏と市民が利用する医療圏の相違というところの課題の話についてお聞きしたい。どうしても管轄と都市圏、利用しやすい医療機関がずれてくるというのはあり得るだろうと思う。そうすると、2次保健医療圏の再編というのは、市民が利用しやすい医療機関、実態に合わせて再編すべきとお考えか、実際に自治体の現場で施策を打っていく場合には医師会との関わりがどうしても重要になってくると思うので、そのずれを解消するためにどっちがどっちに合わせるのか、どのような解消の仕方が良いと思われているのかお伺いできればと思う。

→(森上部長)課題は感じているけれども、医療圏の設定というのはやはり県になるため、それを調整していただくというのは非常に難しいと考えている。そのため、私たち自治体としては、市民がどういうふうに望んでいるかということをしっかり見極めながら、できる範囲でやっていくことになるのかなと思う。

計画についても、2次医療圏の中で計画が進行していくので、私は県の地域医療構想を議論する在宅医療部会の部会員としていろいろ意見を出させていただいているけれども、そういった課題についても話はさせていただいているが、圏域の設定まで足を踏み込むのはなかなか厳しいだろうなと感じている。そこについては、在宅医療連携拠点とか、積極的に在宅医療を担う医療機関を位置づけるということに対する範囲設定を柔軟にやらせてもらいたいというような意見出しはさせていただいている。

→(荒見委員)例えば、医療圏を超えた形での連携みたいなことは、うまく制度を入れれば可能だろうか。

→(森上部長)かなり厳しいと思う。郡市医師会の範囲、そして医療圏というのがあるので、そこは厳しいと思っている。ただ、自治体としては、ケアマネ連絡会とか、実際に動いている介護の関係者は圏域を超えて一緒になって連携会議をやっているんで、そういったところで柔軟性を持ってやっていくしかないのかなと思っている。

令和7年度地方行財政ビジョン研究会第4回委員会 議事録

日 時:令和7年12月8日(月)18:00~19:58

場 所:中央合同庁舎第2号館6階 自治財政局第2会議室
Microsoft Teamsによるオンライン会議(学識委員2名)

【出席者】

(学識委員)

井手委員長、関口副委員長、青木委員、荒見委員、倉地委員、桑原委員、小西委員、菅野委員、祐成委員、高橋委員、竹端委員、丸山委員、茂住委員、吉弘委員

(総務省委員)

和田委員、村田委員、宮崎委員、長谷川委員、新納委員、岩田委員、伊藤委員、伊地知委員
(地方自治研究機構委員)

伊藤委員

【議事次第】

1 開会

2 議題

- ① 「島根の2つの現場から、全世代型社会保障における地方行財政を考える」

島根大学法文学部 教授 関 耕平 様

- ② 「日本における仕事と介護の両立についての実証分析」

青山学院大学経済学部 准教授 菅野 早紀 様

3 閉会

島根の2つの現場から、全世代型社会保障における地方行財政を考える

【説明概要】

○報告内容の概要

私は秋田県生まれで、現在、島根大学に赴任して20年になる。地方財政、地域経済、環境経済学を専門としており、いくつか共著もある。この著作のタイトル・テーマを見ていただければ分かるが、地域のことに関心を持ちながら、体系化もせず、手当たり次第につまみ食いをしている、本当に分裂・分散状態というのが研究上の悩みの一つである。

そんな中でも、今日は離島医療の問題と、農山村地域の地域政策分析の2つを柱にお話できればと思っている。「全世代型の社会保障」がテーマのこの場で、しっかりかみ合うか分からないがご容赦いただきたい。島根県は、全世代型といっても、高齢化率が高く、そういう意味で「全世代型」といえるか微妙なところと思いながら、ひとつでも参考になることがあればと思う。

私自身の最近の関心で言うと、沖縄の基地問題、あるいはアグロエコロジーという、生態系と調和した農林畜産業などに関心を持ちたりしながら研究をしてきている。また、ローカル線の廃線問題も地域で持ち上がったこともあって、取り組まざるを得なくなり、そんな状況のなかで、手当たり次第に地域が直面する課題を研究している。

本日は、2つの現場からということで、離島医療の維持をめぐる、沖縄の公立久米島病院、隠岐広域連合立隠岐病院を事例に、特に離島医療における、市町村と、都道府県の役割についてお話ができればというのが1つ目の「現場」である。

2つ目は、国交省などを中心として推進されてきた「小さな拠点」という農山村地域の生活機能を維持するための仕組みづくりにかかわる「現場」である。以上、島根県における2つの「現場」を事例に、今後の考え方について問題提起したい。

○離島医療の維持：久米島病院の事例について

まず、離島医療をめぐる話である。離島医療は誰がどのように支えてきたのかということを検討したい。私がこれまで研究してきたことは、赤字が前提の離島医療というものを誰が支えてきたか、具体的にはその赤字を誰がどのように分担・分任するのか、自治体の現場の葛藤、それを踏まえた具体的な制度設計を研究してきた。

さらに具体的に言えば、離島医療を提供していく体制として、理想的な自治体間連携のありかた—都道府県と市町村が共同運営するべきというのが結論だが—がよいのか、隠岐の島や久米島の事例をもとにして考えてきた。

離島医療の研究を深めるため、2021年から翌年9月までの約1年間、サバティカル(研究専念期間)で琉球大学に行った。御存じのとおりこの時期はコロナ禍だったので、離島医療の医療関係者に話を聞くことがほとんどできず、そもそも離島に来るなという状況だったので、やむを得ず、基地問題、基地財政を研究しはじめ、今はそれをメインに取り組んでいる。とはいえ、沖縄県の離島医療の提供体制についても今後さらに分析をしていきたいと考えている。

まず強調すべきは、離島医療に関する政策研究の重要性である。地理的な条件に左右されない医療水準の確保、つまり、ナショナル・ミニマム保障の重要な構成要素として離島医療の重要性をとらえ、分析すべきだ。離島医療というとニッチで周辺的な問題なのだけれども、琉球大学の久場先生の言葉(スライド)にあるように、離島問題、離島の医療水準は、実は国の福祉水準を示す上で最も重要な要素なのである。なぜならば、国の福祉水準というのはその平均で分かるわけではなくて、離島・僻地の限界地域のレベルが「健康で文化的な水準」であるかどうかをみて初めて、我が国の福祉水準としての本当の意味なり、重さなり、現実度合いは見えてこないのだと。この久場先生の言葉はとても示唆的であり、こうした観点から離島医療研究の重みを感じながら、研究課題として私は取り組んできた。

「離島医療組合」という広域連合を編成し、久米島町から1人、沖縄県から1人という2人体制の「日本で一番小さな広域組合」と彼ら自身が言っていました。これが運営主体になりながら久米島病院を運営している。久米島病院は、このスライドの写真では曇りの天気で、ちよっ

と雲行きが怪しい。私が写真を撮った日はたまたま天気が悪かったこともあるが、病院運営についても赤字も増えてしまって、経営上もどうやら雲行きがよくないようである。

沖縄県では、本土復帰の時点の医療水準は人口当たり医師数など、全国水準から見れば5割ぐらいにとどまっていたけれども、その後、県がかなりてこ入れをし、県が主導して市町村と協働しながら、離島の診療所や県立病院を充実させてきたという歴史をたどっている。今では全国水準とそんな色ない水準にある。

公立久米島病院は、もともとは県立病院を建設するように住民たちが要求してきたという歴史がある。県の財政状況などの課題があり、結局は久米島町と県が合同で広域組合をつくり、そこが運営するという方式をとることになった。県単独の公立病院と違い、市町村の財政負担も引き出して合同で運営する形態である。

そういう意味では、県立病院を要求した地元自治体にとっては妥協の産物としての広域連合立の病院だったのだが、これが結果として、偶然的に、とてもよい結果になったと私は結論づけている。つまり、市町村と都道府県がともに財政支出を出し合いながら病院の赤字を埋め、病院を運営していくことが理想的な経営形態なのではないか、というのが結論になる。

公立久米島病院は、2000年4月に開設され、フルセットの医療体制が整備された。医業収入と医業費用の差し引きで3億円～4億円、最近は少し赤字がかさみつつあるけれども、こうした額の赤字が恒常的に発生する。

それに対してどうやって赤字を穴埋めしているかということ、県が離島医療組合対策事業費を措置し、投資的経費における赤字の9割、運営費の赤字の部分の8割を県が負担、残りは久米島町が負担するという形態である。県がかなり財政的な負担をしている。

人口で割ると、年間の「医業収入－医業費用」の赤字は、島民1人当たり5万4000円程度となる。いろいろな議論があって、こうした離島医療維持の経費は、島民が頭割りで負担するという方法も考えられ得るのだけれども、果たしてこの費用負担が島民にとって妥当なものなのか、いろいろ議論の余地はあるだろうが、私自身はナショナル・ミニマムの観点から島民による頭割りという考えには批判的だ。

スライドには「久米島病院の成果と課題」を示している。第一に、医療水準は大幅に向上した。例えば、人工透析ができるようになり、週に何回か本土に通わなければいけない人たちの生活が安定したり、小児科受診が可能になったりしたことは、かなり島民生活の安定にとっては大きい効果があった。それまでは、小児科でかつ耳鼻科となると、「本土に行って診てもらえ」となったが、これがなくなった。こうして島内での医療完結率が向上することによって、島民が本土に渡る、あるいは滞在する、精神的・経済的負担が大幅に小さくなった。そういう意味で、病院の赤字単体でみるべきでなく、地域社会にとってのプラスを評価していくことは重要であろう。

もう一つ特筆すべきは、病院運営において、島民の医療ニーズに合った医療体制が常に追求されているという点である。具体的に言うと、高齢者介護との連携やリハビリ病棟の増設、住民からの要望に備えて眼科の診療日を増やす、あるいは機器の整備による体制強化、こういったものがいわば、離島医療組合（広域組合）の仕組みを通信に、市と病院と県が協議しながら

常に改善が図られるというダイナミズムを生み出している。島民の要望を受けて、市町村が離島医療組合と協議をする、あるいは病院と協議をするという形態である。そしてそれに基づいて、県に対して財政措置を要請・要求するという形の回路がある。さらに、町が一部財政負担しているため、県への要請が説得力を持ち、県との折衝・協議が進行する。こうして、島民の要望を反映した地域医療の質向上が常に図られている。こういう優れた病院運営が実現されていた。

沖縄県にも当然、市町村立の自治体病院もあるのだが、久米島の場合は県による関与、つまり財政責任を引き出すことで、医療機器の更新が可能になっている。また、県立病院の場合と比較してもその優位性は明らかである。県立病院の場合、病院運営について住民や自治体の関心が薄くなっているため、機器の更新や住民ニーズに合った診療体制の確立は、住民や地元自治体含めて追求しない傾向にあるという。こうした県立・市町村立の病院と比較しても、県と町が共同で運営している久米島病院は、優れた運営になっている。

○離島医療の維持：隠岐広域連合立隠岐病院の事例について

病院名は長いけれども、ここでも久米島病院と同じように、島根県は「隠岐医療財政支援事業費」を出しながら市町村と共同で病院を運営している。

久米島と同様に、自圏域内の医療完結率を高めるため、フルセット型の地域病院を確立することを目的として設立されている。

スライドには県が関与した広域連合を設立した背景を1)から3)まで書いているが、ひとこと言えば、医療人材確保や財政基盤について、離島の自治体だけでは担いきれないということで、離島という特殊条件を理由に、県が関与したということになる。私はこの方式を中山間地域にも拡大したらというが、島根県としては、離島という特殊条件にこだわっている。

「隠岐医療財政支援事業費」の具体的な仕組みについて。久米島の場合は単純だったのだが、隠岐のほうは多少複雑になっている。支援事業費は、「総費用－総収入」から隠岐の島町に対する交付税措置額を差し引いて、その3分の1を県が支援するという方式を取っている。

ハード整備について。新病院建設の際、過疎対策債を建設費に充当したことで、後年度負担への手厚い財政措置を引き出して新しい病院の建設が可能になった。その点で、離島医療における地方交付税の役割は大きい。経常経費への県の支援は3分の1であるが、投資的経費の場合は2分の1を支援することとしている。大規模な機械の更新といったものも含む、投資的経費は、地方交付税措置額を除いた部分の2分の1、経常経費については、同じく措置額を差し引いた純粋な病院赤字の3分の1の支援をしているのである。

スライドにも書いているが、一定程度のフルセット型の医療体制を確立して、赤字を前提として運営せざるを得ないのが離島医療である。先ほど久米島も同様で、採算性に合わない部分をいかに財政的に県が支援するか、県財政による支援と補完の正当性がどこにあるのか、県もその基本的な考え方を示したうえで、この制度をつくっている。

具体的な繰出額についてはスライドの通りだが、だんだん赤字が増えてきているということで、四苦八苦している。

さて、こうした公立病院の維持に向けた地方自治体、地元市町村はもちろんだが、とくに県の役割とその特色と意義をどう考えたらいいのかについて言及したい。

まず、県財政支援制度の意義である。中央政府による地方交付税措置もあるけれども、それをさらに踏み越えて、県は、市町村にたいして財政保障機能を補完していくという役割を果たしていた。当然、自治体の施策については地方交付税制度で措置されているわけだけれども、全体的確に見積もることは非現実的である。そういう意味で、赤字を前提とした赤字の分任・分担を県として、よりきめ細やかに補完するという意義が第一にある。

そして、これが重要なのだが、単なる財政的な補填として病院運営の赤字を埋めるという仕組みではなく、隠岐病院、広域連合、隠岐の島町、この三者が協力しつつ、緊張関係を持ちながら財政運営をしていくような制度的工夫がなされている、という点である。

隠岐病院には、3分の2の経常赤字が自治体と病院側に当然残るわけだから、効率的な運営を促すという点で重要であるし、隠岐の島町については、先ほどのような仕組みによって、交付税措置額を病院会計への繰出さないといった行動をしないように牽制する、といった機能を持っていた。

○離島医療の維持をめぐる

結論として、市町村と県との協働による離島医療体制の整備は優位性があるということになる。ナショナル・ミニマムとしての離島医療、あるいは自治体病院による地域医療体制というのは、中央政府による交付税措置だけでは十分に支えきれない場合のほうが多かった。最近は交付税措置によるカバー率が上がってきているが、やはり県及び市町村のぎりぎりの努力と工夫によって歴史的には支えられてきたし、現在もそうだとと言える。それを象徴するのが、広域連合や一部事務組合の久米島の件の関与と財政支援といった創意工夫を重ねた現在の仕組みであろう。

これまで述べたように、県立病院や国立病院よりも、県と基礎自治体とが共同で運営する方式というのは極めて望ましいものだといえる。久米島病院でも隠岐病院でも、島民の医療ニーズに依拠した質の高い医療、そして、医療設備の更新・維持が実現していた。公共性と効率性の両立が実現していると評価できる。

公共性という観点からすれば、住民に近い基礎自治体がしっかりと病院運営に関与しているため、県立病院と違って、住民の医療ニーズをよりストレートに反映しているし、かつ効率的な病院運営につながっている。住民の医療ニーズに応えるだけならば、市町村立の診療所・病院という形態でもいいのではないかと思われるかもしれないが、財政的な厳しさがつきものである。そこはやはり県の財政責任を引き出すことが可能だという点で、県と基礎自治体による融合・共同運営が、離島医療にとって望ましい運営体制であるといえよう。

財政力がない基礎自治体でも、病院運営に関与し、住民の声を反映させるような協議の場をつくっていく、そういう意味でも、こうした広域連合や一部事務組合によって共同運営する公立病院の経営形態は望ましいものである。県や国が財源保障機能を果たして、具体的な医療体制

や医療の質、これについては地域住民の発言権をしっかりと保障する、委ねるという視点が重要ではないか。誤解を恐れずに言えば、市町村を「ソフトな予算制約」条件に置きながら、それを国や県はしっかり財政的に後方支援する。こういう方式が、恒常的に地域医療の中身を改善していくうえで望ましく、効率的に離島医療の水準を高めていくためにのぞましい体制と考えている。県と基礎自治体の共同運営という離島医療の提供体制の形態は、離島に限らず、中山間地域といった地域医療の提供体制としても適用できる優れた方式であると考えられる。

○「小さな拠点」による生活機能の維持と持続可能な農山村の地域づくり

2つ目の事例、「小さな拠点」事業について。この事業については総務省も一部取り組んでいるので、特に説明は要らないと思うが、農山村において地域運営組織を編成し、さらに地域課題の解決に向けて、「共助」を展開していく場として「小さな拠点」作っていくという事業である。

結論から先に申し上げますと、地域住民の自治、あるいはその意思決定に基づいて生活機能の維持というものを一義的に追求しているというのが、島根における「小さな拠点」政策であり、中央政府が意図している集落移転といった集約とは直接的に結びついていないところが重要、集約というものを極めて慎重に避けることが重要である。

もう一つは、公助、共助といいかたがあるが、「共助」＝住民同士の支え合いで地域課題解決を担うのか、「公助」＝自治体の責任において政策を実施して対応するのかという点について、住民自身による選択肢を保障することが重要ではないか。

三つ目に、どの行政サービスをあきらめるのかという、いわば撤退戦や行政経費の削減を前提に置くのではなく、場合によっては、行政経費の増大も伴った行政サービスの充実さえも予定し、視野に入れることが現実的ではないか、以上の三点が島根の現実から見えてきたことである。

こちらのスライドは、「小さな拠点」の概略図、考え方を示したものになる。

次のスライドには『「小さな拠点」の政策的文脈』を示している。中央省庁の中で「小さな拠点」というと、集落移転によって集約するとか、共助による支え合いの基盤として「小さな拠点」をつくっていく、あるいは、撤退戦を前提としながら人口減少が進む地域の中で必要なものを組み合わせつつ、何を残すのかを選択する、こうした表現が行政文書の中でよく出てくる。集落移転を含む生活機能の集約、地域運営組織を支援することで共助を強化するなどなどの表現だ。

しかしながら、行政機能を共助によって代替する、あるいは財政支出の削減、そういう政策文脈とは真逆の現実が進行しているし、それこそが地域社会にとって望ましいのではないかと私自身は考えている。

島根県の「小さな拠点」形成政策は、こういった中央省庁が想定する政策的な文脈とは少し違った形で施策が打たれている。早くも2008年の時点で「小さな拠点」という発想に即しながら地域政策を検討し、2016年から「小さな拠点」を掲げた具体的なモデル事業に着手した。

次のスライドで「島根県の政策の特長」を示している。まず1つは、いわゆるコミュニティビジネス等々の経済活動を主眼にせず、生活機能の維持を最優先している。生活機能の具体例は、

次のスライドに書いているが、なかなか都会ではイメージしづらい、例えばガソリンスタンドとか商店といったものを自治体も支援しながら住民組織が運営するというのが、中山間地域における現実であり、こうした活動を「小さな拠点」の形成支援として行っている。

そして、島根県は決して「集約」を掲げていない。実際の政策文書の表現をスライドに示しているが、小規模・分散型のものを前提としながらやるのも一つの手法である、と明確にうたっている。あるいは、人口規模やエリアの目安を提示することさえも慎重に避けている。実際に、地域運営組織の分離も認めており、一番小さいところで200人の規模の地域が分離して地域組織を編成するというのも実際に起こっている。こうした形で住民の意向を尊重し、集約を慎重に避けているというのが重要であろう。さらに、行政支援を充実させている点も、撤退戦を前提とするような中央省庁の想定する政策的な文脈とは一線を画している。

さて、島根県は財政的にどのように「小さな拠点」政策を進めているのかということをもとめたのが次のスライドである。ここで注目すべきは、のちに述べるが、財源内訳の中で地方創生交付金の比率がかなり小さい年度がある点である。

予算・決算を全体として分析すると、第一に、手厚い予算措置が取られていること。ここで示した数値は県の財政支出のみなので、さらにこれに追加で市町村の予算措置がされていることを踏まえると、この表よりももっと多額の財政措置がされている、というのが1つ。

もう一つは、複数年度によって柔軟な支出が可能になっている点。息の長い地域づくりに対する財源的な工夫として、債務負担行為などによって会計年度に縛られない柔軟な支出が可能になっている。

3つ目に、地方創生交付金が極めて少額な形でしか充当できておらず、小さな拠点にかかわる事業の財源としては頼りないという点である。県の担当者に聞くと、交付金の採択の基準が、目新しさが重視されているため、3年で打ち切りが基本になっており、同じ内容の事業は採択されないということだった。あるいは、国による「小さな拠点」形成モデル事業の補助金については集約が前提になったり、公共施設の再編が採択要件になっていたり、あるいは、地域産業振興が主眼に置かれて、生活機能の維持ではそもそも申請できないなどの制約があり、島根県の実施する「小さな拠点」の考え方からすれば、なかなか使いづらいということで、結局は県の単費をつぎ込んでいくという話だった。

○「小さな拠点」：^{おおなん}邑南町の具体的事例

では、島根県における小さな拠点形成モデル事業の実態を見ていこう。こちらのスライドは地図になるが、島根県の広島県境、邑南町というところで取り組んでいる。

写真を見ていただければ、大変美しい集落であることが分かる。花桃の木が休耕田に植えられて、とてもきれいで、観光客もたくさん広島から押し寄せてくる。^{はすみ}羽須美地区というところで毎年春に花桃祭りが行われている。まさに桃源郷ということで、「天国に一番近い集落」ということをうたい文句にしながら人々を引きつけている。実は、この「天国に一番近い集落」というのは裏の意味もあり、高齢化率が極めて高いので…ということで、そういう意味でも天国に近

い。本人たちが言っているので、私が言っても怒られないだろうということで、こういう場でも言わせていただいた。

今、中2になる息子は、この地域が好きで今でも通っている。私の調査についてきたことをきっかけに、毎週のように地域おこし協力隊気取りで地域のイベントを手伝って、私は運転手で、毎週片道2時間かけて息子を送っている、そんな魅力的な地域である。人口は、おおよそ700人×2地域で、現在は1,300人を切るくらいまで減っているのではないかと思う。

この地域に対して、2020年から5年間で1.5億円の投資をするというのが「小さな拠点」形成事業の中身である。ソフト事業で5000万円、ハード事業で1億円、合計1.5億円。ソフト事業5000万円で専門職員を雇って5年間地域に張りつけ、そのほか地域で住民ワークショップを行うなど事業内容で進めている、あるいは助け合いの仕組みや住民組織をつくるということをしている。

重要なのは、ハード事業の1億円について、4年くらいかけて、この地域を持続可能にするためにどんなハード投資が必要なのかということ、住民とのワークショップの中で決めていく。それに基づいて事業設計し、実際に投資をするという建付けになっている。

財源は全額、邑南町が発行する過疎債ソフト事業が充当されている。御存じのとおり交付税措置が7割なので、実質3割が自治体負担になるが、その3割負担の3分の2を県が財政支援する。つまり、地元自治体の邑南町は、1500万円の負担で5年間1.5億円の事業を実施するというスキームである。

特徴として指摘すべきは、5年間という長期にわたる事業で、年度をまたいだ予算執行が可能である点である。つまり、債務負担行為により5年のあいだで柔軟な支出ができる。ちょうどコロナだったので、こうした運用は有意義なものであった。

そして、住民組織による共助に任せることなく、公共部門による事業実施も予定しているということも指摘しておきたい。町が行政直営で実施する事業も含めて、この地域に何が足りないのか、何が必要なのかを住民が検討していた。ワークショップの写真を示すが、このワークショップの場では、県職員などのコーディネーターが、「全て住民に丸投げするわけではない、このことは自治体に対応を求める、というのも含めて地域の課題を洗い出してほしい」といってまわっていたのが印象的であった。県の職員がそういったファシリテーターを務めたり、住民と協議をしたりしていた。島根県には中山間地域研究センターがあって、そこの研究員も中心になってワークショップを回していたがとても印象的だった。そういう意味では、改めて、共助任せではないというのが重要なポイントだと思う。「小さな拠点」のあり方全体について、あるいは生活機能のどこを共助で担うか、どこからは公助として自治体の対応を求めるのか、その選択は住民が判断するというを前提としながら、このようなワークショップを繰り返していた。

このスライドの写真は、月に1度実施する運営会議の様子である。手前にいる2人は県の職員で、あとは、自治体の職員、社協の職員、そして、住民団体の住民、そして、専門能力を持った中山間地域研究センターにも在籍していた研究員がいて、月1回、事業の進捗を報告しながら進めていた。

以上、「小さな拠点」の実態から地方自治と共助の考え方について改めてまとめると、「小さな拠点」の規模の目安さえも住民に対してあえて示さないことで、集約へとつながらないように慎重に運用することが重視されていた。やはり、コミュニティへの帰属意識は地域によって多様であるため、住民の自治意識を重視するならば、人口規模だけで集約することを避けながら「小さな拠点」を編成していくことが重要だろう。

2点目に、「共助」をめぐる住民の選択を尊重するという。「共助」を政策として前面化することによって共助を住民に強制しないということが大事であろう。他の地域では共助で担えたとしても、地域によっては、あるいは地域住民の選択によっては、公共部門が役割を果たすことを認めていくことも重要だろう。いうまでもなく、地域事情は多様であり、共助で担える地域とそうでない地域が出てくるのは当然だからだ。

第三に、行政施策の代替としての共助の推進、あるいは財政的な節約を目的として共助を強調するのではなく、また、行政サービスの「撤退戦」を前提としない考え方が大切だろう。

そう思った一つのきっかけを紹介しよう。羽須美地区においてワークショップの中で温浴施設が必要だ、整備しよう、という意見が出された。最終的には実現しなかったが、そういう声が出てきた。我々からすれば、いまさら温泉をつくるのなんて、思うかもしれない。しかし、よくよく住民の話を聞いてみると、独居の老人が晩年になればなるほど明らかにお風呂に入っていないということに、住民の方は気づく。したがって、この地域で看取られる、この地域で最期を迎える、そのためにはここに共同浴場のようなものが必要なのだ、そういう声住民から出てきたわけである。こうした住民の声を拾うことで、持続可能な地域をつくるためにこの地域には本当に何が必要なのかということは、しっかりと住民と協議し、ワークショップなどを通じて検討していく、小さな拠点政策の中で拾い上げていくことはとても大事だと思う。このように、場合によっては、既存の行政サービスの拡充ということも予定しながら小さな拠点の形成を行っていく、これが極めて重要なポイントになるのではないか。

○「共助」を支える公共部門と地方行財政の役割・課題

共助を支える上でも、公共部門と地方行財政の役割はむしろ前面に出るべきだ、というのが私の結論である。

先ほどの離島医療もそうだが、県の財政的な支援があって「ソフトな予算制約」という条件が成立する。「小さな拠点」についても同様に、あえて言うと、ガバガバでないにしても「ソフトな予算制約」の下で、住民のワークショップなどによって合意形成を図り、住民自治の考え方に基づいて、地域の持続可能性確保にとって本当に必要な事業の中身について知恵を絞っていく。「ソフトな予算制約」条件の中で住民自治にもとづき住民合意を詰めていくことが、地域の持続可能性を支える上では大きなポイントであろう。

また今後の課題として、県のファシリテートをする能力を含めて人材育成をもっとしなければいけない、これも大きな課題だ。島根県は中山間地域研究センターという専門部署がある。こういったところを大事にしながら、住民自治を育むための人材を育成しなければいけないと思う。

こうした人材が地域に入っていく、「小さな拠点」形成事業で見たように地域住民の合意を促しながら、その合意に基づくハード整備を行っていくという方式は、地域の持続可能性を向上していく上での政策モデルになるのではないかと考えている。

近年注目されつつある住民提案型事業などの参加型予算においては、ソフト事業が中心なのだが、ハード事業においても、今後さらに拡充することが期待される。そのために必要なことは、例えば地方創生交付金のように、目新しさを審査基準にして、3年で打ち切りといった方式ではなく、一般財源として保障する部分を拡充することに重点を置くべきで、それによって一定の「ソフトな予算制約」条件を地域社会に対して提示することができる。こうした制度設計こそが、地域の持続可能性や、地域における全世代型社会保障の確保にとって重要だと考えている。

【質疑応答】

○倉地委員

最初のほうの医療体制についての質問だけでも、県立病院と今回の病院の仕組みだと、医師不足の状況はどういう問題の現れ方の違いなのかということをお聞きしたい。

→(関先生)おっしゃるとおり、離島医療を含めて僻地医療・地域医療の最大の課題は医師不足である。運営上の赤字も課題だが、医師不足が一番大変。その点で言うと、久米島病院の場合、沖縄県が県立病院と同等に、県が一元的に医師確保に責任を持って対応している。もちろんそれは厳しいものがあるが、市町村立の診療所の医師確保の大変さに比べれば、県が一定責任を持つという点で、県立病院と公立病院はそれなりにバックアップがあると理解している。

○高橋委員

病院の件で御質問したかったのだけれども、公立久米島病院の離島医療組合対策事業費のスキームが面白いなと思っていて、これがどういった経緯でできて、かつなぜこの負担割合になったのかということをお聞きしたい。

もう一つ、この件に関してだが、1991年に早期建設を求める決議があって、実際に病院が建ったのは2000年ぐらい。この9年間は一体どのような動きがあってここに帰着したのか。この事例をほかに拡張して考える上でも参考になると思ったので、御質問した次第である。

→(関先生)負担割合については、市町村と県の協議を重ねながら決めたということ。隠岐病院の場合は、資料にある通り、県の説明として3つほどポイントがあり、わかりやすく説明されているが、久米島病院についてはそこまで実態には迫れなかった。

一方で、行政資料を読む限りでは、県や市町村としては「妥協の産物」という言い方がされている。つまり、久米島の基礎自治体は県立病院を求めたが、それが財政的に厳しいため、長年議論し、協議を重ねる中で、お互いが持ち合いで公立広域組合をつくるという妥協案で決着をした。妥協の産物なのだけれども、結果としては、私の分析によると大変優れた運営方式であったということになる。

もう一つ、政治的な流れとしては、ちょうど大田県政の時代だったというのがポイント。大田知事は久米島出身で、出身の島だからむしろ県立病院をつくりづらいというのかもしれない。そういった中で、政治的妥協などといった偶然的要素によって県と市町村が共同で運営する方式をとって、結果オーライになったと考えている。

1991年から2000年までの間に何があったのかという点だが、当時は合併前で、今現在は久米島町1つだが、当時は3つか4つの村や町であった。県立の診療所がなかったはずなので、この基礎自治体によって広域組合を編成して、病院ではなかったと思うのだが、複数自治体が共同で、診療所を運営するという方式だったと記憶している。ただし、先ほど申したように、透析がないとか小児科がないという状況で、県が関与したことでその後、医療状況が劇的に改善したということがうかがい知れるかと思う。

○荒見委員

病院の話でお伺いしたいのだけれども、「ソフトな予算制約」というと、政治学の視点では、県や町などアクターが複数関われば関わるほど合意形成が難しくなって、ある種の経営の効率化みたいなものが難しくなるというのが理論的な議論では言われやすい。御紹介いただいたケースの場合はそうなっているのかどうか。「ソフトな予算制約」も、政治学的に言うと拒否点が増えるので、コミットメントはできるかもしれないけれど、効率的な意思決定みたいなものができなくなるので、結局、コミットメントがうまくできなくなるのではないかといった理論的な予測ができるはずだが、そうはなっていない理由は何かということをお伺いしたい。

また、2014年に地域医療振興協会で指定管理があったという話がお話の途中であったのだけれども、どういった経緯なのかということと、指定管理したことでよくなったのか、悪くなったのか、その辺りを参考までにお伺いしたい。

→(関先生)「ソフトな予算制約」は、私も経済学の勉強不足で正しい理解ができていない自信はないが、「ソフトな予算制約」の中でモラルハザードが起こってしまって過大な投資や支出が増えていく、そういう単純な理解でよいかと思う。

そういう理論的な帰結は当然予想される一方で、無尽蔵な、ガバガバの「ソフトな制約」でないというのが1つ。もう一つは、「ソフトな予算制約」の中で無駄が生じるとしても、それは、例えば国による行政ニーズの精緻な算定によって排除可能かどうか。恐らくそれは無理だろう。モラルハザードを防ぐとすれば、先ほどの報告で強調した住民自治、住民との協議のなかで排除していく可能性があるし、それがむしろ国による精緻な算定などよりも妥当だといえないだろうか。

久米島病院や隠岐病院では月1回の協議会が行われているし、その前提として住民との懇談会を行いながら、地域にとって優先的な医療ニーズは何かということ、膝を突き合わせながら、もちろん財政的な制約も理解を求めるといった協議の内容もあるだろうし、対話とコミュニケーションの中でこれだけは必要、というのを選んでいく。こうした対話が生まれていくわけで、そのなかで、「ソフトな予算制約」とあえて表現したが、そういった条件を

設定しておくことこそが、離島の医療水準、ナショナル・ミニマム水準を効率的に向上させていくことにつながるのではないかと思う。

多角的な主体が入ることによって効率化が妨げられるのではないかという点については、おっしゃるとおりだが、せいぜい3つぐらいの主体間でのやりとりになり、「協力と緊張関係」と表現をさせていただいたように、住民も含めた各主体の対話とコミュニケーションの中で、先ほどのようなプロセスが実現していくと評価できる。

「ソフトな予算制約」という条件があって初めて、効率性と公共性の両立が実際にできているのだと考えている。これは統計的・理論的にはどう評価できるかわからないが、現場の感覚、あるいは今回のケースについては言えるのではないか、私自身、事例分析の中で感じているところである。

地域医療振興協会についてだが、これは大変重要な点で、ここが指定管理を受ける、あるいは、ここからアドバイザーを送り込んでもらうということは広く行われるようになっており、隠岐の病院でもアドバイザーを派遣してもらっている。久米島病院では振興協会に指定管理をしている。新たな主体も入ってきて、なかなか協議が進まないという懸念もある一方で、今のところは、県よりも離島医療振興協会のほうが医師確保の点で能力が高いという状況もあり、そういう点で大きな効果を発揮しているという。

→(井手委員長)今のことに関連して1つだけお伺いしたいのが、確かに住民が意思決定に参加することによって効率的にニーズを充足できることと、あとは良識ある市民が不必要なものは不必要だと無駄なものをコントロールしていくという面があって、だから、かぎ括弧付の「ソフトな予算制約」を設定することで、むしろ効率化が機能するというのは理論的に面白いポイントだと思う。

それを踏まえた上で、今日のお話で羽須美地区の温浴施設の話があったではないか。これをどう評価されるのかなというのはすごい気になった。つまり、住民は住民ニーズとしてこれが必要だと言っているわけではないか。一方で、それは駄目だと却下されるわけである。それは、今の理論から言うと、住民のニーズが満たされなかったのか、それとも無駄だからやらなかったのか、どっちなのか。つまり、これは評価の仕方が分かるようで分からない、どう見ればいいのかということ。

→(関先生)評価についての回答になるかわからないが、現場、現実としてはランニングコストのめどが立たないので住民側が断念したという形。それならば、行政がランニングコストを負担してほしいと住民が押し込むという方法もあったと思うが、現実的にはそこまでは行かなかった。行政の姿勢なのか、そこまで踏み込まなかった住民の「良識」なのか、実態はよく分からないのだが、現実としてはそういう動きとなった。

→(井手委員長)要・不要ではなくて無理という話になるということか。

→(関先生)現実にはそうだった。

→(井手委員長)もう1個だけセットで聞きたいのは、これとは違う、むしろうまくいった、住民のニーズが満たされた事例はあるのか。

→(関先生)具体的に住民が協議して実際に羽須美地区で行われたハード事業は、交通という点でターミナルとサロンの複合施設の整備であった。つまり、移動という機能が地域の持続可能性にとって不可欠だという意見が強かったということ。それと併せてサロンを設置する。移動という結節点・空間にサロンをつくって、地域の住民同士のつながりを強める。これが住民ニーズに基づき1億円のハード事業として行われた事業内容である。

もう一つ、蛇足かもしれないが、原発被災地の復興研究をしているのだが、福島県南相馬市の小高では、地方自治法にもとづき自治区をつくっており、協議会もある。その中で南相馬市が病床付の小高病院を再整備するという案を協議会に諮った。それに対して、小高の協議会の中では反対意見が出た。地理的に病院が近くにあるし、過大投資になる、もっと違うものに振り向けてほしい、小高区の復興にとってもっと重要なものがあるはずだという形で、病床付の病院の再整備を住民組織から取り下げを求めた。もちろんそれは外れ値なのかもしれないが、やはり「ソフトな予算制約」という条件のもとでの住民自治に基づくハード整備という方式はよいモデルではないかと実感している。

→(井手委員長)南相馬のお話はよく分かる。ただ、食い下がって申し訳ないのだけれども、ターミナル整備とかサロンの設置は、住民ニーズを充足するために住民の発案に基づいて行政が認めたものなのか、あるいは行政が打ち出したものに対して住民がお墨つきを与えたのかで、評価が全く変わってくるのではないかと感じている。

→(関先生)そこは、実情からいうと両面ある。ボトムアップと言いたいところだけれども、住民組織の事務局で、半分住民、半分行政という方がフルスロットで頑張っていて、5年間の小さな拠点事業を牽引してきた。こういう方が中心になりながら設計をしていくというのも実態。そういう枠組みの中で住民がワークショップなどに参画する。おっしゃるように両面があるというのが実態だと思う。

○吉弘委員

1点だけ、久米島と隠岐の島の2つの公立病院の先生が出されている県の財政的な下支えの割合は、沖縄のほうが極めて大きいわけである。そのときに、沖縄県財政の特殊性、例えば、沖縄対策費の存在とか、つまり、県財政の特殊な要因によって、かつ、ここからが難しいのだが、離島の医療サービスの水準がナショナル・ミニマムの前提であるというお話と同時に、久米島と隠岐の島の位置の持っているある種の政治的な影響力が違うような気もする。

そのときに、例えば、久米島に人が住んでいないとまずいとか、もちろん隠岐の島に人が住んでいないとまずいものだけれども、そういうある種の政治的な影響力みたいなものと県財政の特殊性みたいなものを分離して、どこまで同じものとして扱えるのかなというのが気になって、その辺、関先生は住んでおられるので、相場観的なところを御存じではないかなと。

→(関先生)財政的には沖縄県も厳しいけれど、島根県のほうがより厳しいという状況。そういう意味では、沖縄県のほうがより財政支出が可能になるといえるだろう。例えば、沖縄振興予算や離島関係の国の交付金も、内閣府所管だが、沖縄の場合は存在している。その

意味で、沖縄県のほうが、余裕があって離島医療についても財源を措置できることが大きなポイントになるだろうなと思う。

政治的な特殊性については、特に離島医療という点では隠岐の島と久米島は特に変わらないのだけれども、同じ離島医療でも、例えば美ら海水族館の向かいにある伊江島には実は透析センターがある。名護市にもないので、名護の観光客、美ら海水族館の観光客はわざわざ伊江島に行って透析をするというぐらい、充実した医療体制が取られている。それら施設は防衛省予算によって運営されている。特防交付金とか、それ以外にも県を經由しないで国から直通で市町村に渡す沖縄振興予算の一部とか、そういったものをフル活用しながら地域医療が整備されている。

軍事基地をめぐる政治性、つまり基地の受入れが離島医療の水準を左右するという点で、久場先生の言葉を思い起こしていただきたい。離島の医療水準というのは福祉国家としての内実を表す一番のバロメーターである。そのバロメーターが軍事基地を受け入れるかどうかで左右されているという状況がある。沖縄の場合は離島医療だけではなく、沖縄の県財政全体にも同様のことがいえる。この点は看過できないと、沖縄でのサバティカル中の滞在を機に考えるようになった。現在、基地財政に夢中になっていろいろと勉強しており、最近は与那国にずっと通っている。与那国も診療所があるのだが、診療所がぼろぼろで壁が剥落してきているが、防衛省予算で整備ということにはなぜかになっていない。

○桑原委員

私も田舎に住んでいるので、赤字前提でというところは非常によく分かったところだけれども、資料の37ページ辺りの共助をめぐる住民の選択というところで、共助を政策化して強制にならないためにというふうに書いておられるかと思う。

ただ、田舎の実情として若年女性がどんどん出ていくというのはまさにここなのかなというところで、元気なお若い方に全部役割が行ってしまうということがあるかと思う。共助でもっていろいろな政策を決定しようというところは、非常に崇高で美しいなと思うのだけれども、現実問題として難しいところがあるのではないかなというのが根底にある。

そういった意味も含めて、こちらの羽須美振興会さんはもともと農業振興会みたいなものが組織としてしっかりあったのか、この「小さな拠点」というのを皆さんの課題の中でNPOができていったのか、そういったところも含めて教えていただければと思う。

→(関先生)「小さな拠点」の推進体制の図がスライドにあるが、一番左下の「口羽をてごおする会」という住民組織が、高いパフォーマンスを発揮している組織で、もう十数年にわたって、住民組織として、さらには中間支援組織として活動している、NPOである。役場を中退した方が「口羽をてごおする会」、「てごお」というのは手伝いという方言だが、この組織を立ち上げた。役場がやっている、例えば、水道の検針や新聞配達とか、細々とある小さなコミュニティビジネスを少しずつ集め、また行政からの委託を受けながら、小さい金額を積み上げ自走するような住民組織、NPOを運営している。また、集落に対して中間支援まで

行っている。

この「口羽をてごおする会」を核としながら、それを横展開し、隣の阿須那地域にも住民組織をつくっていきこう、そして、「小さな拠点」として住民運営組織＝はすみ振興会を立ち上げた、という経緯だ。5年かけて立ち上げて、例えば、蜂の巣取りとか、道路の清掃とか、お墓の清掃とか、そういった小さな仕事を請け負いながら自走するようなはすみ振興会をつくって、「小さな拠点」としての住民組織を立ち上げていく。それが「小さな拠点」のモデル事業の具体的な中身の一つ。そうすると、てごおする会というかなり特殊な先進事例があって、そこで初めて成り立つというのも一つの実情であるといえる。

行政からの共助の仕組みをつくれと強制はされてはいないのだが、てごおする会を見習って、NPO法人はすみ振興会と一緒にいきこうということを、地域のキーパーソンや、半分役場・半分NPOで活動している方などがかなり地域住民に対してドライブをかけて進めているので、「共助の強制」や共助の政策化という点での危うさが全くないとは言いきれないというのが地域の実情と言わざるを得ない。

○菅野委員

県と基礎自治体の共同運営の話が非常に興味深いなと思ったのだけれども、こちらは何かそれをやることのメリットと、それが今後、離島だけではなくてほかの地域に広がっていく可能性とか、離島とそれ以外の地域での広がり方の違いみたいなものはありそうか。

→(関先生) 隠岐病院の運営形態については島根県が考え方を整理していて、理由づけを3つほど挙げている(スライド参照)。私は研究する中で、中山間地域や僻地の医療体制についても県が関与する同じ方式でやるべきだと県にも話したことがある。ただし、島根県の場合は財政上の制約があるためか、離島特殊という姿勢を崩さない。

一方で、沖縄では注目すべき動きも出ており、スライドにも書いたが、北部医療センターを設立するにあたり北部の自治体、名護市を中心として国頭村とか東村といった小さい自治体、あるいは伊江村なども参加して、久米島の方式と同じように県との共同運営方式をとると決め、設立する段階に入っている。

恐らく離島以外のところでこういった病院設置形態を取るのは日本でも初めてだと思うが、この報告でも述べたように、住民の意見が病院運営に反映されやすい、そういう意味で公共性と効率性が両立するような運営が可能な方式であるから、もっと全国的にも広げていければいいなと考えている。

日本における仕事と介護の両立についての実証分析

【説明概要】

○報告内容の概要

専門は、医療経済学や労働経済学で、実証分析を主にしている。また、日本学術会議のほう

でも連携会員を務めており、そちらではワーク・ライフ・バランスの仕事をしていて、研究でも家族の経済学に関してもずっと取り組んでいる。今回は「日本における仕事と介護の両立についての実証分析」と題し、データを使った実証分析を報告する。

近年、日本では仕事と介護を両立する人が増加している。この研究は、日本の中高齢者のパネルデータを用い、親の介護をすることと、そのとき介護施設を利用することが中高年の子供の就業行動とメンタルヘルスに与える影響を分析したものである。

実証分析の結果は、男女で比較すると、女性が就業や就業時間の調整を行っており、影響はほぼ女性のみであった。しかしながら、今後、働きながら介護をする人は男女にかかわらずさらに増加が見込まれるので、今後、家族介護者が継続的に就業可能になるように、介護政策と雇用政策を一体的に進めるエビデンスに基づいた対応が必要であるという結論になる。

○研究の背景・目的について

図表は男性、女性の平均寿命と健康寿命の推移を示したものである。世界で最も早く高齢化が進む日本であるけれども、健康寿命と平均寿命の差が医療と介護が必要になってくる時期になる。男性では8.7年、女性はなんと12年、健康寿命と平均寿命の差があるということで、非常に長い期間、介護や医療が必要になっている。

日本では2000年4月から介護保険が導入された。こちらは世界で初めて介護サービスを社会保険の形式で供給するという体制を整えたオランダ、ドイツに倣って社会保険の形式で我が国も導入したものである。保険なので、保険給付の状態というのは介護が必要になった人、つまり、寝たきりとか認知症、虚弱など、要介護認定を受けた人たちに向けて保険が適用される。この要介護認定は、市町村の窓口申請して、そこでいろいろな調査に基づいてなされる。

そもそも介護保険は、これまで家族で介護を担ってきたものを社会化しよう、社会全体で担おうという流れで始まったけれど、20年ほど経った今、実際に家族の負担はどうなっているのか。今、どんどん介護が必要な人は増えているから、そのときに子供、特に中高齢の子供たちは介護をしている状況と労働供給の状況がどうなっているのかというのが研究の背景にある。

日本では、要支援1、2から要介護1～5、数字が大きくなるほどシビアになるが、日本において、介護をしている人のうち、なんと58%が就労中で、これはますます増えていくと思われる。ビジネスケアラと呼ばれる人たちである。毎年、10万6000人が介護離職をしているという統計も出ている。中高齢者が介護離職をする、ないし介護のために労働時間を短くするというのは、やはりキャリア形成の阻害にもなるし、子供世帯の家計の収入の減少にもつながる。さらに、見えないところで精神的な負荷がどうなっているのかというのも非常に重要なテーマだと思っている。こういったことをきちんとデータで見てみたいと思う。

去年、経産省から出された推定によると、2030年までに介護と仕事の両立が困難なことから9兆円の損失が発生するとも言われている。

本研究のテーマは、子供が親の介護をすることによって労働供給を抑制しているのか、それがどのような場合かというテーマになる。今回は夫婦間の介護はテーマに入れておらず、親の

介護をする中高齢の子供を主眼にしている。

○先行研究について

経済学において、この手のテーマはヨーロッパを中心に幾つかずっと行われており、重要な研究上の課題、実証分析の課題としては内生性の問題がある。これは、介護をすることで労働供給にどう影響を与えるかを見るときに、そもそも介護をする人は、労働時間が短いから、ないし働いていないから介護をしているのではないか、それとも介護をすることによって労働時間を短くしているのかという双方の因果関係があるので、因果関係を識別するためには実証分析の推定の方法を考える必要があるということ。

そこで、双方向の因果関係を補正するために、操作変数法というのがよく用いられる手法である。これは、介護をするかどうか、介護の意思決定には影響するのだけれども、労働には直接影響しないような第三の変数を見つけてきて、それを使って介護の影響のみを取り出して因果関係を識別するという手法である。欧米でも、2000年ぐらいから操作変数法を使ったり、同じ個人をずっと追いかけるようなパネルデータを使って内生性を制御している。

操作変数、Instrumental Variable (IV)の例としては、親の健康状態は介護が必要かどうかには影響するのだけれども、それが直接は子供の労働には影響しない、親の介護を通してしか労働供給には影響しないので、親の健康状態として、親の健康度がどうかという主観的なものを使ったり、Activities of Daily Livingといって、親の健康状態が日常生活で困難な点がどの程度あるかを数値化したものとか、子供の家との距離、親と子の家の距離は介護をするかどうかの意思決定には影響するけれど、直接、子供の労働供給、労働時間には影響しない、介護を通してしか影響しないという理由で操作変数、この他に娘の割合などが使われる。

日本の研究動向としては、女性のみに限った分析が行われており、介護をしているかどうかという分析はこれまでに実施されている。Niimi(2018)だと、要介護度を操作変数に使っていて、女性の退職年齢の計画が変わるかどうかに見ているのだけれども、特に影響はなかった。Oshio&Usui(2018)では、60歳以下の女性で、内生性のコントロールは特にしていないのだけれども、固定効果法を使ってみたところ、介護をすることによって女性の就業確率を3.2%減少させた、ただし、労働時間を減らしたかどうかということは特に統計的には影響がなかったという結果になっている。

日本でまだ明らかにされていないこととして、介護時間と介護の期間の影響がある。多くの研究は、介護をしている、していないというふうに扱っていて、日本では介護時間・介護の期間に関してはほとんど扱われていない。実際には、3割程度が4~10年程度の介護期間で、もっと長く10年以上している人たちも少なくない。

介護は、子育てとは違っていつ終わるかが分からないというのが問題で、どの段階で施設を利用するかというのも人によって違うので、タイミングが不確実で、保育園だったら1歳になったら入るとかそういうので政策変数を使って分析できるのだけれども、介護は施設にいつ入るかかどうかというのも意思決定の問題なので、その辺がなかなか分析されていない。もし長期に

介護を行うとなると、もちろん就業継続にも影響し、メンタルヘルスにも悪影響を与える。

性別や雇用形態の差に関しても日本ではほとんど実施されていないで、主に女性に焦点が当たっていて、男性や正規雇用者の分析は限定的である。

3つ目に、施設介護の利用効果、親が施設に入っていることでどうなっているかというのはほとんどない。施設介護をするというのは家族介護の代替のものなのか、それとも補完関係なのかという研究も実はヨーロッパのほうで行われていて、施設に入ることと家族の介護は代替、施設に入るならば家族で介護をやらなくなるのか、それとも両方とも補完的にやっているのかという関係がまだ明確ではない。

○使用するデータとその分析

この研究では、「くらしと健康の調査」というRIETI、一橋大学、東京大学が50歳以上を対象にして行っているパネルデータを使って研究している。こちらは2007年から2年ごとに行われていて、直近のものがもうなくなってしまったのだけれども、こちらはとてもいい点として、アメリカのHRSというデータ、ヨーロッパのSHAREというデータ、イギリスのELSA、中国のCHARLS、韓国のKLoSAといったデータとも同じような調査で国際比較可能なものになっているので、ほかの国の分析もでき、ほかの国で行われた分析の先行研究とも比較することができる。今回の分析では、親または義理の親が存命している回答者に絞って行った。

基本統計量は、自分の親と、結婚していれば配偶者の親がいるという状況で、どちらかの親、4人のうち1人が少なくとも生きている人を対象にしているのだから、一番上の少なくとも1人の親が生きていたという人は必ずみんな1である。これが6,938人のデータである。

4人のうち何人親がいるかという平均が1.59人、1人もしくは2人ぐらいが平均的である。親のうち介護が必要な状況である人は42%が平均値である。実際に自分が親に介護を提供しているかどうかというのは、サンプルのうち2割の人たちである。親と同居しているか、別居なのかということも分かる。親が介護施設に入っているのかも分かる。

介護を提供している人のうち、これは4期間のパネル調査で、「Duration of informal care Provision」で、「N of wave」と書いてあるのだけれども、これは2007年から4期間のデータを使っていて、連続で何期間介護している状況かというのを見ると、平均では1.28なので、4期間ずっと介護をしている人はいるのだけれども、そんなに多くない。次が、1週間当たりの介護時間は10時間、もしくは、質問項目が実際に何時間介護しているかという項目に変わったので、それを見ても、1週間あたり8.78時間になっている。

こちらは、親の年齢や、データの中で、お父さん、お母さん、義理のお父さん、義理のお母さんというので分けた。基本統計量の中で見ていただきたいのが、介護をしていない人、赤い「Not caregiver」と、青色の「Caregiver」のところ、その差がどうかというのが右側に書いてある。介護をしていない人が赤色だけれども、まず年齢に関しては、介護をしていない人よりもしている人のほうが、統計的に有意に年が上である。男性と女性を比べると、男性が1、女性が2を取っており、男性よりも女性のほうが介護をしている人が多い。同居しているかどうか、介

護をしている人のほうが同居している人が多い。働いているかどうかに関しては、年齢もあると思うのだけれども、介護をしていない人のほうが働いている人が多い。労働時間に関しても、介護をしていない人のほうが、労働時間が長いとなっている。

ここで、親の要介護度の推移を見てみたいのだけれども、縦軸が今期の要介護度で、要支援1から上に行くほど高くなって要介護5になるのだけれども、これが次の期にどうなっているかというトランジションを見てみたものになる。対角線上だと次の期も同じ状態であるという数字が入っていて、例えば、縦軸で今要介護1の人が、0.22のところ丸があるのだが、これは今期要介護1だったら次の期に要介護2に上がっている人は22%程度いる。要介護2の人が次の期に要介護3になるのは28%程度いる。要介護3の人が次の期に要介護4に上がるというのは27%いる。対角線上の数値が16%、24%、26%で、変化しない人も結構いるのだけれども、対角線上よりも少し右下にグラデーションが濃い部分があると思うが、右下に行くほうがちょっと大きい値が詰まっているので、2年たつとゆっくり状況が悪化しているという状況が見てとれる。改善している人は非常に少ない割合になる。

次の表は、親の要介護度が要支援1から要介護5までで、それぞれ介護をしているかどうかというのが左上の表で、赤いラインが同居している親に対して介護をしているかどうか、青いラインが別居している親に対して介護しているかどうかだけれども、どの要支援・要介護度においても同居している人は介護していることが分かる。

介護施設の利用状況が親の要介護度別にどうなっているかということ、要介護度が上がるにつれて介護施設に入っている親が多くなるというのもよく分かる。

介護している人の中で何時間介護しているかということ、これはちょっと面白い表になっていて、平均値で見ると、要支援1からだんだん右上に上がっていくのだが、非常に状況が悪くなって要介護4とか5ぐらいになると幅が広くなったり、介護時間が減っていたりする。

次の表が親の要介護度別の介護時間になる。青色の棒グラフでは、1週間当たりの介護時間は要介護度が上がるにつれて上に上がっているのだが、要介護度3や4や5ぐらいになると介護時間は減少していくという逆U字の関係になっていて、恐らく要介護度3辺りから介護施設と家族介護の間に代替の関係が見られるようになってくるのではないかと思う。それまではプロの手も借りながらも家で見ているという状況が多くて、要介護3以上になると介護施設に入られる。介護施設に入る要件もあるし、実際に入っている方が多いようだ。

この推定式は、まず左辺に1週間当たりの労働時間を取り、右辺の C_{it} に介護をするかどうか、介護の期間、介護時間を取る。そのほか、年齢や年齢の二乗項、性別、婚姻状態、学歴、子供自身の主観的な健康度、子供の数や1人当たりの世帯所得の四分位などを入れてコントロールしている。こちらは個人が i で、調査年が1~4で4期間のパネルデータを使って推定している。

内生性の問題に関しては、介護しているから労働時間を減らすのか、そもそも労働時間が少ない人が介護しているのかという内生性の問題があるので、操作変数を使う。操作変数としては、親の要介護度が0から7段階まであるから、これを使う。ヨーロッパのほうでは要介護度はないので、基本的には親の健康度合いが「悪いまたは普通」というのを使われることが多いの

だけれども、日本のデータだと要介護度が使えるので、こちらを使って対処する。

親の要介護度というのは、介護の必要性は高めるけれども、労働時間には直接は影響しないという外生性の条件を満たしている。

最初に、介護することで、労働供給、労働するかどうかはどう影響があるかを見てみた。一番上が親の介護をするかどうか労働供給に影響しているかどうか。まず、*がついているところ、これは男性と女性で分かれているが、女性に関しては親の介護をするということで就業確率を8.7%ポイント下げている。その次の行が同居をしている親に対して介護をするかどうか、介護することによって労働供給への影響があったかというところ、これは実は特に影響はなかった。しかし、別居の親に対して介護をするとなると、女性は労働確率を14%下げている。

4番目、Parent resides in a nursing home、介護施設を利用しているということに関しても、男性と女性を別々で見ると、女性の就業確率を9%下げている結果になっている。

次は、介護期間が延びるとどうなるかという結果について。一番上が介護期間で、介護期間が1期間延びると女性の就業確率をやはり下げている、介護時間もやはり統計的に有意に女性の就業確率を下げている。女性は、介護期間や介護時間が延びるにつれて労働市場から因果的にも離脱していることが分かる。

次は、労働時間への影響。1番目、介護するかどうかで労働時間にどう影響しているかというところ、介護することで25%の労働供給を減らしている。特に、これは同居していても減らしているし、別居していても減らしている。特に別居している場合、特に大きく(29%)女性の労働時間を減らしている。別居している場合は親の家に通うというコストも大きいからだと思う。

さらに、一番下の親が介護施設に入っていることによって労働時間を減らしているかというところ、こちらも、先ほどの親を介護していることの係数よりも半分ぐらい小さくはなっているのだけれども、それでも労働時間を減らしている。

この結果は、恐らく介護施設に入るといった状況になっているというのはかなり介護の必要性が高い状態なので、既に労働時間を減らしているような人たちが多く現れているのか、もしくは介護施設の利用だけでは不十分と言えるかもしれない。

次に、介護期間が延びたらどうなるかというところ、やはり介護期間が延びると女性の労働時間は減るし、1週間当たりの介護の時間が1%増えると、女性の労働時間は0.36%減少する。具体的な数値で言うと、1週間当たり介護を10時間していた人が11時間に、10%介護期間が増えたとなると、労働時間が例えば週40時間の人たちにとっては3.6%の減少になるから、40掛ける0.036で1.44時間労働時間を減少して対応している。このように、女性は介護期間と介護時間が延びるにつれて労働時間を調整していることが分かった。

最後に、介護をすることでメンタルヘルスにどう影響しているかという点。先ほどの操作変数だけではなくて、精神的な部分というのは個人特有の影響があり、親との関係であるとかデータでは見られない部分をコントロールするために固定効果を使って分析をしている。

非説明変数はCESD20という鬱指標である。こちらは高くなればなるほどメンタルヘルスがよろしくないという状況。例えば、CESDの数値が、これは国によっても違ったりするのだけれ

ども、ある基準値以上だと鬱状態であると診断されるのに使う。

この数字を見てみると、介護するということが、特に同居の親に対して介護をするとなると、女性の鬱指標の数字が高くなっている。一方で、介護施設に入る、一番下のナーシングホームに親が入っているという状況は、女性のメンタルヘルスの改善に効果があることが分かった。

結論として、介護から労働供給への因果関係をきちんと識別して分析したところ、女性に主に影響があった。介護時間が1%増えると、女性の労働時間は0.36%減少する。介護期間が、調査の次の期、2年にわたって介護していると、女性の就業確率は6.7%減少する。特に別居の親を介護するというのが女性の就業を抑制している。

ここでは分析を載せていないけれど、介護は、実はフルタイム労働者のメンタルヘルスに非常に影響を与えていて、今までこれは見えてなかったが、女性はパートタイムで働いている人が多いので、主に女性でパートタイムでというのはあったのだけれども、実はフルタイム労働者も介護することでメンタルヘルスが悪化していて、それは施設利用によって改善している。

○分析の限界点と分瀬結果について

このデータ上、自宅で利用する訪問介護などのフォーマルケアの利用データが入っていないため、施設介護を利用しているかどうかというのは、親が特養などに入っている状況、そこに住んでいる状況の影響しか分からない。本来であれば、家族介護と家に来てくださる訪問介護の併用状況が分かればよりいいのだけれども、それに関してはこのデータ上はちょっと見えないので、別のものを使って見られたらいいなと思っている。

また、期間について結構気にかけている。女性は10年ぐらい介護が必要になる期間があるということで、実際に親の介護はどれぐらい続くのかというのが重要だと思っている。このデータ上では調査の期間の前から介護している人ももちろんいるし、調査が終わってから介護を続けている人もいるので、8年間の期間だけのデータしかないのも、その前後を含めると、確実に影響があるので、そこが捉えられていないのがこの分析上の限界点である。

政策含意として、介護による労働供給への影響は、子育てと同じように主に日本では女性に集中している。2023年にノーベル経済学賞を受賞したハーバードのゴールドフィン教授がGreedy Workというのが女性の育児ペナルティ、最近よく言われているが、Parenthood penaltyのようなものでノーベル賞をもらっていた。Greedy Workは何かというと、長時間・柔軟性のない働き方が昇進の評価指標になるような労働環境では、家族のうち賃金が少ない人、柔軟に働いてもあまり時間単価が下がらない仕事に就いている側(多くは女性)がキャリアを譲歩して、もう一方がGreedy Work、いっぱい働けば働くほど評価されるような仕事に専念して世帯収入を最大化しようとすると言われている。これは子育ての研究が主だったけれど、介護の分野に関してもケアを担う人に不利になりやすい労働市場環境もあるかと思う。

フルタイムで働いている人も、この研究でもメンタルヘルスに影響があることが分かったのも、今後、どう就労と介護の両立をしていくのかというのは企業の中でも取り組まなければいけない課題であることが浮き彫りになった。

介護休業制度の拡充とか、職場でのキャリアパスで、長時間労働との関係でどう昇進に評価されるのかということや、柔軟な働き方の推進によって介護負担の時間的・精神的・金銭的軽減の必要性を示唆するものとなっている。

【質疑応答】

○吉弘委員

事実確認だが、18ページの4つの図を拝見したときに、これは日本語で書いてある「介護時間(右下)」は「介護期間」だろうか。

→(菅野委員)右下は介護期間である。

→(吉弘委員)介護期間については、要介護度等で有意差がないという理解でいいか。エラーバーを評価すると、そんなに差がない。

→(菅野委員)おっしゃるとおり、介護期間に関してはそんなに差がないように見えます。介護時間に関しては結構U字に見えるのだけれども。

→(吉弘委員)U字に見えるのだけれども、エラーバーを通じて有意に差があるのは、例えば4とSup1ぐらい。

→(菅野委員)サプリメント1は要支援である。

→(吉弘委員)もう一個、平均年齢60代の女性が親の介護を押しつけられて、それによって社会的費用を払わされているという結論だと理解したのだが、その場合に、政策的に対応しようというときに、例えば、施設への入所のアフォーダビリティを上げようとか、あるいは今この中で労働の話で書かれているような、企業への働きかけを強めようというような結論だと理解したのだが、政治的な合意を取りつけるときに、嫌なことを言うと、60代の女性に押しつけてやろうみたいなのと、それ以外の男性とかは完全に、ただ、男性でも介護をしている人はいると思うが、今の御研究の中だと男性は数値上、全部有意にならない、つまり男性に対しては、「今の介護の条件が何らかのマイナスの影響を統計的に与えていないか、分からない」という結論のときに、単純に民主主義で数の論理で、たくさん人間がいる中で、60代の女性にだけ費用がかかっている状態で全員で多数決を採ると、押しつけようという選択肢が残ってしまう危険性、そういう可能性についてはどのようなすれば乗り越えられるのか。

そして、企業は利益を追求しようと思えば、Greedy Workを評価するというロジックの中で、さっき言った60代以上の女性に押しつけるという戦略を強化するほうに世論を誘導したがるのではないか。そのときに、どういう形であればこの議論をひっくり返せるのかというのは、先生の御研究の中でどのようにお考えなのか。

→(菅野委員)この分析上では、男性に対して確かに影響がなかった、男性は労働時間を変えなかったというふうに見えるのだけれども、それは恐らく慣習的な部分とか性別役割分担の意識的な部分が全く変わっていない。データが古いのだけれども、変わっていないというのは2013年ぐらいまではある。

でも、実際に企業の人たちと議論していく中では、男性であっても介護をしている人は本当に増えている。データが古いので、この10年ぐらいで大分変わっている状況であると思う。そういうふうにはディフェンスするということ、女性も今の60代ぐらいはパートタイムが多いけれど、ますます正社員で働く人は増えているから、その人たちがせっかく育てきたのに、50代ぐらいの管理職になる段階で辞めさせるというのは企業にとって損失であるというのをもう少しデータで見られたらいい。

まさしくその議論は非常に重要で、管理職になるかどうか、Greedy Workの環境において女性は管理職になりたがらないというもう一つ別の問題があって、それは管理職になることのメリットとデメリットが周知されていないというのを、この間あった、ワーク・ライフ・バランスの大きな研究会でも言われていて、介護をするとこのように例えば昇進が遅くなるかもしれない、労働時間をコントロールしなければならない、かつ、それによってどういう不利益が生じて、もしそれがなかったとしたらどのようにキャリアパスが歩めるのかというのを提示することによって、労働者側も選ぶことができるし、労働者側もそれはちょっとおかしいと声を出せるようになるし、企業のほうの認識も変わっていくのではないかなと思う。

これだけを見ると、男性に働かせておけば全然いいという結果に見えるのだけれども、実際は恐らくどんどん変わっていきっていると思うし、本当にそれで今の人材不足の中で、女性をせっかくここまで何十年も育ててきたのに労働供給から排除してしまうのはどうなのかというのは言えるのではないかなと思う。

○高橋委員

Greedy Workの関係と異質性に関する質問だけれども、お話を聞いていて、例えばGreedy Workの議論で考えてみると、柔軟な働き方の人が押しつけられてしまうというふうな含意があると思う。その観点でいったときに、今回、これは男性と女性で、性別役割分業の中で女性のほうに負担が強いられているという結果が出てきたと思うのだが、一方で、男性、女性だけではなくて、例えば正規社員と非正規とか、タイムマネージが効きやすい働き方、例えば大学の教員は働き方を柔軟にしやすいと思うのだけれども、そういった職種や雇われ方の形態を考えるとどうなるのだろうかというのが質問になる。それも加味されているのであれば、結果も含めて御教示いただければと思う。

→(菅野委員)柔軟な働き方というのは、我々のような仕事も含めて、職種によってももちろん違うし、最近だとリモートワークが可の職場なのかどうかというのでも違うと思うのだけれども、労働者側が自分で選択できるものなのか、自分では選択できないような範囲なのかによっても違うと思う。

夫婦間でお互いがどう働いているかによってもまた変わってくる。旦那さんが柔軟な働き方をしている、奥さんは毎日出社しなければいけないとか、そのバランスでも違ってくると思うので、それは夫婦間のデータがないとできない分析であるので、ここではっきり結論

を言えないのだけれども、ペアでどうパワーバランスがあって、どう対応しているかというのは見ないといけない分野かなと思っている。

→(高橋委員)その辺りの職業とか形態のデータはJSTARの中に入っているのか。

→(菅野委員)確かに産業は記載がある。今回の分析においてそれは反映していない。パートタイムとフルタイムだけはやっている。

→(高橋委員)そういうのがあると、よりいろいろなことが言えるのかなと思った。

→(菅野委員)おっしゃるとおりだと思う。参考にする。

○倉地委員

介護時間が増えると労働供給時間が減るということだけれども、これは国によってその影響の度合いが違うのかということをお聞きしたい。例えばデンマークだったら週38時間なので、そもそも影響が少ないのだろうか。かなり社会化されているし。それはもちろんこの研究だけでは比べられないと思うが、実際にデータを見ていく中でどういうふうに考えればいだろうか。

→(菅野委員)実はこれをヨーロッパのデータでもやっている。地域差が本当に分かれていて、イタリアとか南欧はすごい影響がある。かつ女性に。北欧はやはりそうではない。

でも、メンタルヘルスに関しては面白くて、北欧はちょっとでもやっていると影響を受ける。「やっている」と思うので。本当は、それは国がやるべきなのか、個人がやるべきなのかという価値を聞く質問も、JSTARもSHAREというヨーロッパの調査にも入っている。介護は国が担うべきか、家族が担うべきか、どちらでもないという5つぐらいの選択肢の中で、それも国によって結構ばらつきがあって、北欧ではそれは国が担うべきものだという意見で、かつ、自分が介護しているとすごい影響を受ける。

○桑原委員

非常にきれいに結果が出ていて面白いなと思った。企業規模という話をされていたかと思うので、こういったところで柔軟に働けるかどうかというのはどうなのかなと思った。

もう一つ、21ページのところで子供の数と書いてあるが、これは被験者の子供が何人いるかということであるでよろしいか。

→(菅野委員)調査対象者の子供の子供の数、子供側の数である。

→(桑原委員)兄弟という概念が見られるのかなと思っていて、例えば一人っ子の人であれば男性であっても担わないといけないところがあると思うのだけれども。

→(菅野委員)これには兄弟のデータがない。それが残念で、兄弟があれば、かつ長男かとかそういうので日本の文化的背景が捉えられると思うのだけれども、それが無いのが残念である。子供に関しては、この研究をアメリカの全米経済研究所、NBERの東京のカンファレンスで発表したときに、アメリカの先生もサンドイッチジェネレーションというのが結構アメリカで問題になっていて、親の介護をしながら子供もケアしている年代なのでというのを入れるというので、その点も注意して見ないといけない。

○荒見委員

2点ほどある。1点目が、私の理解が十分でなかったら申し訳ないのだけれども、操作変数に経済学者は要介護度を使うというのが新鮮だなと思った。介護認定の仕組みから考えると、要介護度というのは介護ニーズではなく介護にかかる手間を測っていると思うので、先生がおっしゃっていたとおり、例えば介護度3以上は施設代替性がある。要は、要支援1から介護1とか2辺りが、いわゆる介護がしんどいという意味では時間を取られるけれど、介護の労働に割ける時間は介護度が上がっていくに従って減るような気がする。なので、操作変数の要件を満たしているのか、子の労働時間に直接影響を与えない変数というふうに要介護度を見てしまっているのかというのがよく分からなかった。ただ、結果は変わらないような気もする。どういう議論があるのか教えてほしい。

2点目が、メンタルヘルスの話はとても面白く私も感じたので教えてほしい。フルタイムの人でも悪化するという印象があるという結論だったと思うのだが、パートタイムの場合とフルタイムの場合を比べてどうなのだろうとか、フルタイムだとなぜ悪化するとか、保育だとフルタイムのほうがパートタイムよりしんどいかなという印象を持つものだけれども、介護の場合はそうではない可能性があるのか、メンタルヘルスについてはどんな感じで掘り下げられそうなのかなというのが気になったので、お伺いさせてほしい。

→(菅野委員)前半の質問、要介護度が上がるごとに手間がかかるから労働供給に影響を与えるのではないかという話だけれども、まさに操作変数というのは直接影響を与えなければいい、つまり介護することを通じて手間がかかるから労働供給に影響を与えるのはオーケーなので、直接要介護度が子供の労働と結びついてなければ(介護を通して結びついていないのだとしたら)いいので、問題ない。

あとは、フルタイムとパートタイムは、ちょっと結果を出していないので申し訳ないのだけれども、パートタイムのほうが実はメンタルヘルスに影響があるのだけれども、フルタイムもあるということである。

→(荒見委員)やはり両方とも影響があると。では、両方を比べたりはできるか。

→(菅野委員)可能である。今回は載せていないけれども、またお話しする。

確かに、子供を保育園に入れている状況と介護の状況というので、比較ではないけれども、状況が違うのかどうかというのは非常にいい御指摘だなと思う。

○青木委員

介護時間の弾力性という観点からすると、介護という行為は毎日やるものだと思う。大学教員が例えば週1研究日で家にいて、その日終日介護するといっても、あまり親は喜ばないかなと思う。そうすると、どういうふうに介護時間を捻出すればいいか、短時間労働とか週休3日みたいな、どういうものが効きやすい政策なのかというのを教えていただきたい。

もう一つ、全然違うことだが、「介護離職」という言葉がだんだんポピュラーになってきたが、

介護離婚はあるのかなど。つまり、15枚目にMarriedの変数があって、CaregiverとNot caregiverで全然差がない。これは10年ぐらい前だからかもしれないのだけれども、今だと非婚者が随分増えているような気もしていて、今後、結婚と介護の関係はどんなふうを考えればいいのか、その2点についてお伺いしたい。

→(菅野委員)2点目からお答えすると、私もそれにすごく興味を持っていて、実は研究をスタートさせるところである。氷河期の世代は、非婚で親と同居している人が如実に多い。今50代ぐらいの人が60代、70代になって、同居していて、結婚していないという人たちの介護の労働への影響は恐らくほかの世代とは違ったものが出てくるかなというので、ちょうど今、東大のデータを使ってやろうとしているところである。どういう介護時間がよいか、具体的にはお答えできないのだけれども。

→(青木委員)逆に、労働時間をどう削ればいいのかという観点でもいい。

→(菅野委員)働きながら介護をするというのは、育児みたいに短時間勤務にすればいいのか、それともリモートワークで、たまに親の家から仕事に来たりするのがいいのかというのは、親の健康状態によってどれぐらい介護時間が必要なのかで恐らく違ってくると思う。施設ではなくて、ヘルパーさんがどれぐらい来てくれるのか、ショートステイがどれぐらい使えるか、そういったものも含めて子供がどれぐらい担うのかというのを家族介護といったときは見ないといけないかなと思っている。

→(青木委員)子育てとそこが大きく違う。基本的には、介護は本当にいろいろ。

→(菅野委員)おっしゃるとおり、期間もいろいろだし、進み方もいろいろという状況。

○丸山委員

2点お聞きしたいと思う。1つは、地方と都会とで違うのではないかな。特に特養に入るのはとても難しく、有料老人ホームであると比較的入りやすくなるのだが、都内と地方では全然入居の費用が違うので、そういうところの影響もあるか。都会だと、どうしてもウン千万は出せないとなると、自分で引き受けざるを得ないだろうという選択肢になるが、地方へ行くと月10万円ちょっと出せば、親の年金で何とか賄えるくらいで有料老人ホームに入れるかなという選択肢があると思うので、もしかしたら地方によっても違ってくるかなというのが1つ。

もう一つは、メンタルヘルスのところで女性のほうが悪化しているというのがあったけれど、親との性別の組合せによっても違ってくると言われていて、女性が介護を引き受けるというのは以前から言われているが、社会学では母親・娘の仲は比較的若いときから良好なことが多いので、母親の介護をするのは比較的受け入れやすいけれど、父親と娘の関係になってくるとそれは別という感じになるので、もしかしたら、お母さんならいいけれども、お父さんはちょっととか、男性ももちろん逆のパターンもあり得るかなと思いつつ聞かせていただいた。

→(菅野委員)まさに地方と都会だと全然状況が違うということで、先日、渋谷区の介護課の方とお話ししたら、渋谷区は本当に高く、かつ入居待ちが多いという話だったので、全然

状況が違うので、この研究では市町村の情報が分からないのだけれども、恐らく別の厚労省の中高齢者縦断調査とかで居住地の情報が分かれば、それもやりたいなと思っている。

あと、性別の組合せについて。韓国でやられていた先行研究で、自分の親ではなくて義理の親に対しては負担が重いという研究があった。性別の組合せというのは非常に面白いと思うので、また今後やっていきたいなと思う。

○関口副委員長

今更ではあるのだが、政策の含意のほうで女性に集中と書いてあって、その女性はどんな人を考えればいいのかという感じでずっと考えていたのだが、15ページの基本統計を見る限り、年齢を考えると真ん中が61歳ぐらいと見ていいのだろうか。

→(菅野委員)そのとおりである。

→(関口副委員長)そうすると、そのぐらいの女性が働いているデータを取った時期で考えてみた場合、正規の雇用の人たちは、若干増えてきているとはいえ、あまり多くないような感じの女性を見て、その結果、労働供給を減らして介護のほうに行っているという感じで捉えればいいのだろうか。

→(菅野委員)まさにその点は、データの時期が古いのでよく指摘される部分である。恐らく今だともっと状況が変わっている。この時期だと、やはり女性で正規雇用というのは非常に少ない。パートタイムとフルタイムの女性はどれぐらい差があるとか、確かにその基本統計量も出したほうがいい。今後の参考にしたい。

令和7年度地方行財政ビジョン研究会第5回委員会 議事録

日 時:令和8年1月22日(木)18:00～20:00

場 所:中央合同庁舎第2号館1階 低層棟 102会議室
Microsoft Teamsによるオンライン会議(学識委員6名)

【出席者】

(学識委員)

井手委員長、関口副委員長、青木委員、荒見委員、桑原委員、小西委員、菅野委員、祐成委員、高橋委員、竹端委員、丸山委員、茂住委員、吉弘委員

(総務省委員)

和田委員、渡辺委員、前田委員、村田委員、宮崎委員、長谷川委員、青島委員、眞木委員、馬渡委員、新納委員、高橋委員、岩田委員、伊藤委員、伊地知委員、水谷委員、山田委員

(地方自治研究機構委員)

伊藤委員

【議事次第】

1 開会

2 議題

① 「令和8年度地方財政対策の概要について」

総務省自治財政局財政課財政企画官 前田 優 様

② 「令和8年度各府省関連施策について」

総務省自治財政局調整課課長 和田 雅晴 様

3 閉会

令和8年度地方財政対策の概要について

【説明概要】

資料に沿って説明する。1ページから3ページに大きなポイントをまとめているので、そこを順次進みながら、必要に応じて後ろの細かい資料を説明する。

まず、一般財源総額の確保について。今回、令和8年度地方財政対策においては、交付団体ベースで67.5兆円、対前年度比でプラス3.7兆円を確保という形になっている。

18ページに過去の一般財源総額の推移を棒グラフとして入れてある。3.7兆円という規模感であるけれども、令和7年度地方財政計画の赤字のところだが、ここがプラス1.1兆円ということで、これもデフレから少し抜けつつあるようなかなり大きな伸びかなと思っていたが、今回それをさらに大きく上回るような形で一般財源総額を確保した状態になっている。

少し遡って、平成23年に一般財源総額実質同水準ルールが導入され、以降、このルールでの運用となってくる中で、大きな数字の増はここまで、例えば、平成26年から27年にかけての社会保障・税一体改革で消費税率が5%から8%に上がったタイミングや、令和元年、令和2年の0.4、1.1といった、これも消費税率が8%から10%に上がり、また、偏在是正の措置が取られたタイミングであり、こういった税制改正に伴わないときは本当に微々たる増しかなかった状況である。経済的にもデフレがずっと続いてきていたという状況であるが、今回それが一つ大きく変わる潮目なのかなと感じている次第である。

1ページに戻り、地方交付税の総額が今回20.2兆円を確保ということである。20兆円を超えるのは平成13年以来である。

一般財源総額の中身は、地方税・地方譲与税でプラス2.6兆円ということで、今回、その下のポツにもあるが、当分の間税率や環境性能割廃止のように税の廃止等があったが、そのような中でも地方税・譲与税はプラス2.6兆円の伸びとなっている状況である。

次の地方特例交付金等だが、これは税の廃止分の減収について令和8年度は全額を補填するという形になっており、地方特例交付金等はプラス0.6兆円となっている。交付税が今申し上げたプラス1.2兆円である。

地域未来基金費は、こちらは今回0.4兆円の措置になっている。また、臨時財政対策債の償還基金費が0.8兆円の措置なのだが、いずれも令和8年度限り、ワンショットの措置と現時点で考えており、これらの1.2兆円分を除いたときの一般財源総額はプラス2.5兆円となるが、18ページの棒グラフの比較でいくと、それでもなお昨年度から2倍以上の状況である。

当分の間税率(軽油引取税等)、そして、年末に急遽決まりました環境性能割廃止に伴う減収については、地方特例交付金により全額を補填する。

一般財源総額は非常に伸びているのだが、地方財政の健全化にもしっかり取り組んでいき、臨時財政対策債は引き続きゼロ。そして、ここまで補正予算の中では繰り返し措置を講じてきた臨時財政対策債の償還基金費は、当初予算においても今回初めて計上する。

そして、交付税特別会計の借入金残高も2.9兆円縮減するが、これについて補足する。16ページは、財務省が今年の予算のポイントを説明している資料である。右下に「財政規律への配慮」という記載があり、この中で、新規国債発行が30兆円未満となっている。次に、一般会計当初予算のPB黒字化を達成しているということが書かれているが、その下に「地方財政における財源確保」とあり、当分の間税率と環境性能割廃止に伴う特例交付金措置に際し、交付税を減額して国債発行を減らしたことが書かれている。また、その地方交付税を減額した分と同額を地方財政に配慮して交付税特会の借入金残高から減らしているということが書いてある。

○物価高・官公需の価格転嫁への対応

資料の22ページ、経済が回っていかない、地域において物価高を上回る賃上げにつながっていかないという実態・課題がある中で、委託料をいかに増やしていくかというのは非常に大きな話であり、今回800億円の増額計上になった。

続いて、維持補修費は750億円の増となり、道路や河川等の点検・補修といった経費や、細かい投資的経費(単独事業)も3,000億円の増額計上となった。そして、自治体から民間事業者に単独事業として出している補助や消耗品・備品等として800億円の増、また、公営企業の物価高の影響分として500億円の増、これらを今回措置した。

あわせて、2番である。こちらはミクロの世界、交付税算定における対応であるが、上記の5,850億円とは別の話として、普通交付税の算定費目に「地域の元気創造事業費」がある。この中に、新たに価格転嫁分という枠をつくり、1,000億円程度であるが、価格転嫁に積極的に取り組む地方団体の財政需要を反映させていく。

詳細は、夏に向けて算定作業の中で詰めていくが、例えば、低入札価格調査制度とか最低制限価格調査制度を導入している状況、そして、1度締結した契約が年度途中の状況変化などによって価格を改めるといったスライド条項の導入の状況、また、民間委託契約額・指定管理料を適切に伸ばしているのかといった状況を数値として財政需要に反映できないかと考えている。こういったことが適切に実施されている団体に、その分、交付税が割増されるようなことができないだろうかというものである。

参考に、今、「地域の元気創造事業費」の中で「行革努力分」という算定があり、そこではラスパイレース指数とか経常的経費削減率を用いた算定をしており、経費を削減したものを活用して地域活性化に使われているだろうという理屈の下で、こういった取組を評価することをしてきたが、今回併せて廃止をすることを考えている。

○地域未来基金費の創設

資料の30ページ、今、政権の中で、地域未来戦略というのをとりまとめ、「強い経済」を実現していこうという動きがある。例えば、熊本のTSMCや北海道のラピダスといった「強い経済」の核になるような産業を興して、地域ごとに産業クラスターをつくっていくという話である。また、そこまではいかないまでも、1ポツの矢羽根の1個目であるけれども、知事主導の下で計画されるようなクラスターを各地域に形成・拡大していくとか、地場産業の付加価値向上・販路開拓に取り組んでいこうという動きがある。こういったことに都道府県がしっかり取り組めるようにということで、今回、地域未来基金費として4,000億円を創設している。

都道府県に基金をつくっていただき、複数年度で取り組んでもらうことを想定し、普通交付税で4,000億円程度を措置していく。都道府県のみへの措置となるので、1団体最低でも50億円程度の措置になるというのが現時点での見込みである。

○緊急防災・減災事業費及び緊急自然災害防止対策事業費の拡充・延長

続いて、32ページで、防災・減災対策である。今回、緊急防災・減災事業債、いわゆる「緊防債」と呼ばれるもの、そして、緊急自然災害防止対策事業債、「緊自債」だが、いずれも令和7年度までの措置となっている。こちらは内容を拡充した上で、令和12年度まで5年間延長するというをしている。

具体的な中身は、まず緊防債だが、1つは指定避難所の避難者の生活環境を改善していくことで、能登半島地震などでもこの辺りは大きな課題として出てきており、措置を拡充する。

また、指定避難所は学校体育館をイメージしており、そこにどんどん空調をつけていこうということを文科省とともに進めている状況であるが、文科省の補助金が断熱性確保のための工事を伴わないと補助の対象にならないという中で、なかなか断熱性確保部分まで実際としては補助が追いついていない事情もあり、今回、断熱性確保工事の部分は文科省補助金を使わなくてもいいというような仕組みの変更があり、そこもちゃんと緊防債の対象にするという制度改正をしている。

続いて、緊急自然災害防止対策事業債だけれども、こちらは今回、老朽化したような橋梁、危険な橋梁について災害の発生を予防できるようにということで、除却を新たに対象にするという措置を加えている。併せて、農道・林道の橋梁の改修も、従前から対象になる部分もあるのだが、改めて対象ということを経務省としてもPRし、地方団体の取組を進めたいと思っているところである。

○公営企業経営改善特例債(仮称)の創設

公営企業は大きく3点ある。1つが、新たな特例債の創設である。今、人口減少が進む中で、公営企業の経営統合を進めていかなければいけないと言われてきている状況がある。

一方で、それを行う際にネックになることがいろいろある中で、1つあるのが、例えば、対象経費として書いているけれども、施設や設備の撤去とか原状回復をしないとなかなか経営統合できないとか、既に受けている補助金を返還しないと経営統合に至らないとか、いろいろな一時的な経費が発生するという状況がある。そういった部分について、一般会計が一時的に負担をし、これを平準化できるようにということで、今回、特例債を創設して、公営企業の経営改善の後押しをしていきたいといった記載である。具体的には、下水道事業とか水道事業に使っていいのではないかと、実際にニーズもあるというお声をいただいているところである。

○上下水道の老朽化対策の推進

続いて、上下水道の老朽化対策の関係である。埼玉県八潮市での下水道管の事故もあったが、上下水道管路の老朽化対策を推進していく必要があるということで、今回、地方財政措置を拡充している。

1つ目として、国交省で実施した全国特別重点調査への対応で、特別重点調査をした結果として対策が必要だとされた下水道管路につきましても、従前、改築、つまり機能向上を伴うもののみを下水道事業債の対象としてきていたのだが、改築ではなくて単なる修繕であったとしても対象に加えるという措置を講じている。

2つ目として、水道管路耐震化事業の「重点対策分(仮称)」の創設で、口径800ミリ以上の管路や緊急輸送道路の下に埋まっている管路のように、1回損傷したときに与える影響が大きい管路が今回改めて定義付けされ、これについて耐震化を進めていく目標値も設定された。

この部分について、もともと通常事業費という、過去の平均事業費を超えてやる部分に対し地方財政措置を講じるという立て付けで事業自体を行ってきているのだが、そこに対する一般会計からの繰入れの割合を引き上げる。

3番は、DX技術を活用した管路施策に係る点検・調査ということで、できるだけ効率的に調査を進めてもらう意味で、DX技術を活用した点検・調査に係るような委託経費については地方財政措置を講ずるということで、繰出額に対する特別交付税措置を今回設ける。

○持続可能な地域医療提供体制の確保

35ページは病院の関係である。今、経常収支が赤字となっている公立病院が非常に多くなっており、8割を超える公立病院が赤字という状況である。要因はいろいろあるが、やはり人件費や資材価格が高騰している一方で、診療報酬の問題もあるが、収入がそこに追いつかないという状況がある。

こういった状況を踏まえ、1つ目として、公立病院の中でも特に救急告示病院とか小児医療、周産期医療などに関し、単価を引き上げるとともに、地方財政計画としても繰出金としての計上額を400億円程度引き上げるといった措置を講じている。

2つ目は、不採算地域の医療提供体制の確保ということで、令和3年度から、不採算地域の病院に対しては特別交付税措置を3割引き上げるといった措置を講じていた。ただ、そのときには、二次救急など地域医療の中核的な役割を担う不採算地区中核病院を対象から外していた状況である。その時点においては、不採算地区中核病院は比較的経営が安定していたという状態があったが、現状はそういったところも物価高騰等の影響を強く受け、非常に厳しくなっており、今回、特別交付税措置の基準額を3割引き上げるといったことを不採算地区中核病院にも適用する。

また、資材価格の高騰等に対応するため、今回はかなり思い切った引上げ幅になっているが、公立病院の新設・建替に対する地方交付税措置の対象となる1平米当たりの建築単価の上限を引き上げる。

○脱炭素化推進事業債等の延長・拡充

以上がポイントとしていつも紹介しているものだが、脱炭素化事業債も今年度までの措置となっていた。こちらについても、今回、延長・拡充の措置を取っている。令和12年度までの5年間の延長ということで、延長に際して対象事業の拡充、赤字の部分を拡充している。

1つが電力の関係で、再生エネルギー設備等の整備に関し、発電電力を地域内で消費するための売電を主目的として自治体が整備するもの、従前、売電については売って利益が出る部分があるので対象外にしていたが、地域内で消費するものについても対象に加える。

省エネ基準に適合させる改修だが、空調等の各設備が建物全体ではなくて個別に省エネ基準を満たすような場合も対象に加える。

公用車について、従前、電動車のうちの電気自動車とか燃料電池自動車、プラグインハイブ

リッドまでを対象にしていたのだが、実態を見ると、自治体での導入は通常の自動車はかなり多いという状況もあり、今回ハイブリッド車も対象に加えるという措置を講じている。

そして、(2)の国庫補助事業で、ペロブスカイト太陽電池は日本の独自技術だということもあり、これの導入に関しても今回対象に加えるという措置を講じている。

【質疑応答】

○高橋委員

物価が上がっていく中で、それへの対応がかなり重要な位置を占めていたように聞いていて思った。ただ、物価が上がっていく、あるいは人件費が上がっていくというのは、全ての財・サービスが同じように上がっていくわけではなくて、違った上がり方をしていくと思う。例えば、3番の物価高・官公需の価格転嫁、22ページで、ごみ収集の800億円については物価を加味したという話があって、一方で、下記にある2つ目のポチの道路から4つ目のポチがどれぐらいの物価の高騰に対して措置している実数なのかということが分かると嬉しい。

あと、地域医療のお話で、緊急告示病院、小児医療、周産期医療などは9%、8%と、恐らく物価全体に比してかなり高い規模の数値の引上げだと思う。それはどういう差をつけて措置をされているのかということをお聞きしたい。

→(前田財政課財政企画官)まず、22ページのほうだが、考え方は難しい部分がある。特に投資的経費で見ると、例えば労務単価が上がっているのは間違いない。実際、国交省が出している数字を見ても、毎年6%ぐらい上がっている。資材価格が上がっているのもあるが、一方で、特に投資的経費になってくると、量の問題も常につきまとうというか、事業量がどうなるのかというのは、全体としての総額をどう増やすかに常に影響してくる話である。財務省と議論していると、彼らは単価を上げるけれども、量が一定とは限らないので、総額として必ずしも増えるかどうかというのは分かりませんよねという議論を常にしているわけである。

今回でいうと、例えば維持補修費の750億円とか投資的経費の3,000億円みたいなものは、まさに量も絡むものになってくるので、何かの指標が伸びているから直ちにそれを使って増やせるという類いのものではないというのがまず1つある。

その上で、従来から、地財計画上だと、決算を見ながら自治体の実際の動きがどうなっているのかというのを追いかけて計上してきているわけだが、足元の伸び方がかなり急激になっていたりもするので、例えば、従前5年平均とか10年平均の長いスパンで決算の数字を使って伸ばすものを、より短いスパン、足元のスパンを使って伸ばすとか、そういった対応をすることでこういった経費の積算をしている状態になっている。

→(水谷公営企業課課長補佐)病院も同じように、現行のそれぞれの単価と、R8年度にどれぐらい単価が見込まれるかということ、引き続き物価高騰等が継続することなどを勘案し、直近の決算を用いて推計し、それぞれ救急告示病院なら9%、周産期なら8%と積算をしているところである。

→(高橋委員)もう一つ関心があるのが、22ページの地域の元気創造事業費の算定の指標を変えたということ。これは、ワンショットで、物価が上がったから、令和8年度の決算データを使ってみていくということから基準を変えていくという話なので、大分動きが変わってくると思う。それが今回このような決定になったのはどういった理由なのかを教えていただきたい。

→(宮崎交付税課理事官)これは令和8年度から新しく算定する項目になるが、まず全体の枠として1,000億円がある。令和9年度以降に1,000億円がどうなるかは状況次第だが、この1,000億円の枠の中で、スライド条項の適用や、契約額の伸び率などが、全国平均を上回っている団体は、地方創生に資する財政需要を積極的に行っているだろうということ踏まえ、割増しをして算定する。

現在、指標データがなく、今後、自治行政局の協力を得て、地方団体に対して取組状況の調査を実施する予定。手探りにはなるが、価格転嫁に積極的に取り組む団体について、割増して算定しようという考えで、経年的実施するものだと考えている。

→(前田財政課財政企画官)例えば、経常的経費を削れば削るほど評価をすとか、ラスパイレース指数も国に比べて小さいほうが評価されるというような形を取っていたのだが、例えば、これだけ物価が上がっている中で、経常的経費が減っていたほうがいいというのは、もはや今の経済状況に合っていないだろうという議論があったり、ラスパイレース指数のほうも、これだけ人件費が伸びている状態でそれをやるのかと、そういった議論もある中、そうではない形での評価をしなければいけないだろうと。

ただ、これは結構難があり、例えば、仮に民間委託の契約額が伸びているかどうかを取ろうとしても、これも先ほどの単価と量の話が絡んでくるのだが、毎年全く同じ量をやっていると限らないので、統一的に指標として数字が本当に取れるのか、難しい課題はある。一方で、ある程度固定的なものであれば取れるかもしれないという議論もあり、こうやって打ち出しをしているという状況である。

→(宮崎交付税課理事官)本庁舎の清掃・夜間警備のような事業は、年度間の量的な変動が少ないと考えられる。ごみ収集も、人口減少に伴って一定縮減することはあるかもしれないが、基本的には年度間の量の変化は劇的にあるものではないと考えられる。一方で、路面の清掃とか、河川の関係とか、インフラ関係のものは、今年はやるけれども、来年は一旦間を置いてという委託をされる形式が想定される。業務の内容によって、経年的な比較になじむものとなじまないものがある。資料に記載している事業は、経年的な比較になじみやすいと思われるものを記載している。今回は、試行的に始める形になるが、今後の地方団体の意見を踏まえ、いろいろ改良していく余地があると思っている。

○祐成委員

11ページの14番にある地域社会再生事業費について、これは上の地方創生推進費というところでも自主性・主体性があって、地域社会再生事業費のほうも自主性・主体性とあって、これ

だけを見ているとあまり違いがよく分からない。

私の理解するところでは、地域社会再生というのは、高齢化が進んでいたり、人口密度が低かったりするところに重点的に配分するという考え方でつくられたものかなと理解している。その額が導入されて2020年度からずっとこの額なのだけれども、例えば、拡大したほうがいいという声が強くなったとか、あるいはこれについて5年ぐらい取り組んできた成果とか影響についてどういうことが議論されているのかというのをお尋ねしたい。

→(前田財政課財政企画官)地方創生推進費は、若干経緯論的なものになってしまうかもしれないが、地方創生元年と言われて平成26年から地方創生の取組が始まっていく中で、交付税の中でもちゃんと地方団体がいろいろな取組ができるようにということで始まったという経緯でこの1兆円を計上しているものになっている。地方財政計画の歳出の費目としては地方創生推進費というのがあるのだが、これを個別団体に置き換えると、さっきから名前が出ている地域の元気創造事業費や、人口減少等特別対策事業費というものがあるが、やや攻めの部分というか、地域経済活性化みたいな要素もかなり視野に入れたような財政需要を措置していくというのが地方創生推進費になっている。

一方で、地域社会再生事業費の4,200億円は、地域社会を維持していく、再生していく、そういった取組への措置になっているという状況がある。

いずれも交付税による単独の事業なので、これによって地方団体が具体的にどういう取組をしているかというのを一対一対応で追い切れるものではないものなので、具体的にどういう成果がという、そもそも交付税はそういうものではないという前提があり、これによって例えばKPI的にこういうものが上がりましたという説明は難しい。地方側からは、これのおかげでいろいろなことができていくと個別には聞くのだけれども、総論というか、きれいな形として整理できているものはないというのが今の状況である。

金額の規模感をどうするかというのは、実態の分析がしづらい世界になっているので、上げる、下げる、どちらの方向にも進み難いというのが正直な状況であり、今年も横置きで同じ金額を置いているという状況である。

→(祐成委員)逆に、減らそうという意見も出ていないということか。

→(前田財政課財政企画官)減らす意見はそこまで出ていなくて、ある程度こういったものが大事だろうという認識は共有されているのかなと思う。

○小西委員

来年度に関しては、地方は全体的にインフレへの対応として総額が増え、特にハード面にはこれまでと比べて手厚い財源措置が取られたという印象を受けた。一方、実際に現場を見ていると、地方部はとにかく人材が足りていない。とりわけ医療関係者も含めた専門人材や教員も足りていない。来年度に関しては、この人材不足に対する対策が、昨年度や今年度と比べると規模が小さい印象がある。こうした認識で正しいだろうか。また、もしあるとしたら、なぜそうなったのだろうか。

→(前田財政課財政企画官)確かに、例えば令和7年度地財対策であれば、デジタル人材を確保していくために、都道府県にプール機能をつくって、そこで確保した人材を各市町村に派遣するなりして市町村のデジタル化を助けるとか、学校の先生に関してはちょうど教職調整額の引上げの議論が一番盛り上がったタイミングなど、いろいろあったかと思う。そういう意味では、実は教職調整額はその後1%ずつ毎年上げていくことになるので、今回もそれを上げているというはあるのだが、継続的な要素が強いものなので、デジタル人材に関しても引き続き同じ措置を講じている。あれも令和何年までと時限を切っている中での対応になっているので、それを2年目として継続をしている。そんな状況に今回はなっている。

一方で、人件費自体に関しては、今回もかなりしっかりと措置をしている状態である。これは地方公務員なり、会計任用職員の分という形にはなっているが、地方団体が直接人材確保までいけるかどうかは分かり兼ねるが、給与改定とか、特に会計年度の方の処遇の改善とか、そういったことはしっかりできるような措置は講じている。

11ページの16番に人件費をまとめている。今回は給与改定の所要額が6,800億円程度、このほか、例えば時間外手当が平成10年から据え置かれていたものを引き上げたり、今申し上げた教職調整額とか、そういった対応は取っている状況である。

○井手委員長

2つ基金ができていますが、これを基金にした理由は何か。

→(前田財政課財政企画官)まず、地域未来基金のほうだが、実は国のほうでもまだ地域未来戦略はつくれていない、この5月ぐらいを目途に取りまとめますということを書いて、その中身も分からないという状況がある中で、都道府県に、30ページに書いてあるようなクラスターの形成・拡大とか地場産業の付加価値向上・販路開拓みたいなことをしてもらおうと思うと、なかなか単年度ではできないだろうということを考えている。地域未来戦略の期間がどれぐらいになるかもまだ定まっていないのだが、その前提となる地方創生の戦略が年末に決まっていて、それが令和11年を終わりにしているというのもあるので、その辺りが一つの目安になってくるのかなという意味での基金にしたというのが地域未来基金である。

臨財債償還基金費は、毎年返す分は交付税の算定の中で臨時財政対策債償還費としてきっちり措置をされているのだが、それをさらに上乘せに措置をすると、実際に地方団体側でどういう行動を取るかというと、基本的に臨財債は繰上償還ができない、つまり、市場から資金を借りているので、契約変更などはかなり手間がかかったり、保証金の支払いが発生するとか、いろいろなネックがあるので、仮にお金が来たとしてもすぐには返せない状態になる。なので、地方団体側でちゃんと基金をつくってもらって、それで後年度の償還に備えていただく形が基本。そうすると、我々としても基金費という形で措置をするということで、今回こういう形を取った。

→(井手委員長)後者のほうはよく分かったが、前者のほうがちよっと引っかかる。この基金を都道府県につくっていくわけだが、最近、基金が乱立しているという話と、あとは議会統制をどうするのかということがずっと言われている。特に、今回、クラスターの形成・拡大ということは、コスト・アンド・ベネフィットではないが、分析しやすい領域かなという気もする。こういう部分の議会統制というのはどういうふうにお考えなのか。

→(前田財政課財政企画官)ただ、都道府県の場合は、基金をつくと、その取り崩しとか、必ず予算として現れてくるのもあるし、毎年総務省として調査をしているということもあるので、むしろ基金化してもらったほうがお金の流れがはっきり見えやすくなるのではないかと考えている。きちんと地域未来基金費となれば、そこから出ていくお金は追いやすが、そうではなく、財政調整基金に回ってしまうと何だか分からなくなってしまうということになるのではないかと。

→(井手委員長)切り分けて可視化するという事で理解した。

○桑原委員

33ページのところで、公営企業経営改善特例債の創設があるということだったが、活用が想定されているのは、統合したり、経営の改善というところが重点的になっているかと思うのだが、経営の非効率みたいなところはメンテナンス費用が莫大にかかっているところもあって、そういうものを集約よりはむしろ分散させることのほうが有効な場所もあるかと思うのだが、その辺りはどういうふう想定されているのか。

→(水谷公営企業課課長補佐)経営改善にはおっしゃるとおりいろいろなやり方があるので、分散化が必要だということであれば、またそれはそれで検討を今後していくものだろうと思う。

今回の場合は、現に地方のほうからも、下水道事業で集落排水を合併浄化槽に転換しようという動きの中で、最後、公営企業会計を閉じようとするときに、いろいろお金がかかるのだと。最終的には公営企業会計を閉じてしまうので、あと残債を処理するのは一般会計しかありません。そうしたときに大きなお金がかかってしまって、それがためになかなか公営企業会計が閉じられないといったことが現に発生しているという声があったので、そういったものに対して、資金手当債にはなるけれども、負担を平準化して、できるだけそういった取組の支障にならないように、一般会計の負担が大き過ぎて取組の支障になることがないようにしたいということで、こういった特例債をつくった。

○茂住委員

質問としては2点ある。1つ目が、スライドの16ページで、国の予算の「歳出構造の平時化に向けたその他の取組」というところで、平時化の説明が聞き取れなかったもので、具体的にいつのどういう状況のことを指しているのか、もう一度説明いただきたい。

2点目は、特に29ページ以降のところ、地方自治体の事業に対して地方債の発行で単独

事業で対応していただくというようなプランが示されていたかと思うが、地方財政措置として交付税措置率が50%だったり、ほかにも複数数字が示されているけれども、どういう根拠でこの割合が計算されているのかということが気になった。

→(前田財政課財政企画官)今よく言われていることとして、補正予算が膨らみ過ぎている状態がずっと続いてきていて、当初予算で計上すべきものが補正にどんどん回って、結果、当初予算は小さくなって、補正予算がすごく大きくなっているというのを、本来あるべき姿に戻していくべきだろうというのはずっと議論が行われている。

ただ、右上の「歳出構造平時化に向けたその他の取組」を見て、それが今の話にかみ合わない気がしていて、ちょっと変だなと思いながらこの資料を見ていたが、大き過ぎる分を小さくしていくということを言わんとしているのかなと思っている。

→(長谷川調整課理事官)資料右上の診療報酬改定について申し上げますと、診療報酬の改定は2年に1度行われるところ、本来2年先まで見通して措置すべき、必要な予算は当初予算でしっかり措置すべきというのがおそらくここで言われている平時化と思われる。今回、R9年度までの2年間を見通して診療報酬の改定率が議論・決定されたことを指していると思われる。

→(新納地方債課課長補佐)29ページ以降の地方債の交付税措置率の考え方について、今回言えば、高等学校教育改革等推進事業費であれば90%の充当率で交付税措置率50%、今回延長する32ページの緊防債、緊自債であれば100%の充当率で交付税措置率70%、ほかにも、例えば38ページ、農業構造転換集中対策は90%の充当率で交付税措置率50%となっている。

交付税措置がある地方債自体が、基本的に政策的に国を挙げて取り組むべき政策分野というものではあるのだが、特に最近力を入れて取り組んでいただきたい地方単独事業は、充当率90%で交付税措置率50%というものが多くなっており、ここに載っていない例示では、デジタル債やこども債のように90%の充当率で交付税措置率50%となっている。そういうものと並んで高い交付税措置率で、そこはバランスの中で設定されている。

特に、緊防債の充当率100%の交付税措置70%は、特別な高い水準である。時限を区切って緊急に取り組むべきということを鑑みて、とりわけ高くしてある。

○関口副委員長

2つお伺いする。いずれも地方税とか国税の税収関係に関わるもので、減税の圧力がいろいろあると思うが、その中で基本的には増収の傾向にある。1つ目は、178万円の壁に関する地方税の取扱い関係をどういう説明にして取り扱ったのかということ。

2つ目は、当分の間税率と環境性能割を廃止して、これは減税になると思うが、その一方で特例交付金の話があって、今度はストック関係のほうで、地方の交付税特会の借入金を一般会計に振り替えるということの結果としてやられていると思う。そのやり方はいつものやり方なのか、たまたま今回その措置を取ったのか。

→(前田財政課財政企画官)まず、年収の壁の話は、国税、地方税それぞれ影響がある話だが、国税に関しては所得税が減ることによって交付税の原資が減るといった影響、地方税は住民税に影響があるという話だが、地方税のほうは1年遅れでやってくるので、令和8年度に関しては住民税には影響はないというのが今の状況である。

国税のほうは、今回トータルで7,000億円程度の影響があったので、2,000億円程度交付税原資には影響が出ている状態だが、いずれも物価上昇局面の中で、去年もそうだったのだが、特段の手当てを要しないというか、結局それも含めて交付税総額がしっかり確保できているよね、国は国でちゃんと財源を確保できているという状態になっている。

今回の7,000億円の処理に関しては、こういう形で地方分を債務承継するというのは初めての試み。一方で、過去に交付税特別会計で交付税が足りない分は借金をするというのは、平成13年に臨時財政対策債ができるまではやっていたのだが、それまで、借りているときには、国が負担すべき部分も全部交付税特別会計で借りていて、交付税特会の中に国が負担すべきものと地方が負担すべきものが併存している時代があった。これを平成19年にきれいにして、今は地方負担分しかない状態にしているのだが、きれいにするときに債務を引き継ぐという行為自体はしたことがあった。平成19年にそういった処理をして、ちょうど特別会計法ができて特会をきれいにしようという動きがあったタイミングになるのだが、同じように債務を引き継ぐということに関しては同じようなことをやったこと自体はある。ただ、地方負担分について今回このようにやるのは初めての話になっている。

令和8年度各府省関連施策について

【説明概要】

令和8年度の各府省関連施策ということで、今年が一番大きな玉がいわゆる教育の無償化だったので、それを中心にお話しさせていただきたいということと、政策形成過程について踏み込んだ話をさせていただきたいと考えている。

まず、今般のいわゆる教育無償化の起点となったのが、令和7年2月25日の自民党、公明党、日本維新の会の三党合意である。少数与党であるので、予算を通すために野党の協力が必要だということで、日本維新の会がかねてから主張していたいわゆる教育の無償化について、三党で取り組んでいくということ合意した上で予算に賛成してもらうということで、そのときに三党合意が行われた。ここが議論のスタートということである。

(1ページ目)教育の無償化は2つから成り立っており、①がいわゆる高校の無償化、2ポツに書いているが、令和8年度から収入要件を撤廃して、私立の加算額を引き上げるということ。

現行の措置は、民主党政権時代に高校の無償化がスタートして、当時いろいろな経緯があり、全額国費、地方負担なしの形で始まった。制度の変遷があったが、現行制度は、収入要件、所得制限がかけられた上で、私立の加算額についても実質より低い単価になっているという状況である。それで、国費の年間所要額は約4,000億円という状況であった。ここに書いてあるよう

な収入要件を撤廃して加算額を引き上げると、プラス4,000億円かかるということで、根っこからいくと8,000億円という制度改正である。

②がいわゆる給食の無償化ということで、まずは小学校を念頭に、地方の実情等を踏まえ、令和8年度から実現するということである。各自治体では、4割ぐらいの自治体で既に何らかの形で給食の無償化が行われているけれども、それを全国的な制度にして導入しようということである。こちらは年間所要額が3,000億円であるので、高校と給食を合わせる7,000億円の制度について恒久的につくるという非常に大きな話だった。

高校無償化、給食無償化についていろいろな論点が並べられているが、そのうちの論点の一つとして国と地方の関係ということがこの段階から盛り込まれていたところであり、最終的に地方での負担をどうするかということもこの時点から論点化された。

それから、IVの5のとおり、施策の実現に当たっては、政府全体で徹底した行財政改革を行うことなどにより安定財源を確保するとされており、安定財源をどうするかということも大きな論点であった。

まず先行して高校の無償化のほうについて三党で議論が進められ、ちょうど骨太の段階で高校無償化については論点の大枠整理が行われたところである。

4ページ目に「国と地方の関係」ということで、国と地方の関係について記載がある。現行の就学支援金制度は国主導で10分の10の国負担として推進してきた一方で、そもそも高校教育の実施に係る事務は自治事務である。また、低中所得者の方に学用品代とか修学旅行費といった給付金の支援の仕組みがあるが、それについては国の補助率が3分の1である。そういったことを勘案して、国と地方の関係についても議論しなければいけない。

10が「安定財源の確保」ということで、制度化による恒久的な施策の実施には恒久的な財源が必要だということも記載されているところである。

今回の教育無償化は、1つはこういう三党の議論の流れがあるのだが、もう一つ流れがあると思っていることが、5ページ目になる。骨太の方針の地方創生の部分の抜粋になるのだが、「こども・子育てや教育に関する国の役割や、ナショナルスタンダードの観点も踏まえて、全国的な支援の在り方を財源も含め検討する」という記述が入っていて、これは何かというと、最近、知事会からナショナルスタンダード論ということがかなり言われている。

東京都では、既に高校についても給食についても無償化が実施されている。東京は財源があるので、そういったことが可能であるけれども、ほかの自治体からすると、そんな財源がないので無償化できないということで、そんなのはついていけないということについての不満があり、まさに全国一律のようなものについては国としてしっかり制度化すべきであるという、まさにナショナルスタンダード論が最近知事会から特に強く言われており、そういった知事会の主張を踏まえてこういった記述が入っているということで、党の議論とは別にそういったものが底流としてあるのかなと考えているところである。

選挙を挟み10月29日、まず高校無償化について取りまとめが行われたところである。支給上限額について、私立の全日制は45万7000円、通信制は33万7000円にするとか、留学と

か我が国に定着することが見込まれない人は対象外にするといったことが決められた。

2ポツ、3ポツが今後の課題として残った部分である。「安定的な財源が必要であり」の後だけれども、1つは「現行の教育現場での活動に支障が生じないように既存の教育財源を原資とすることなく」と書かれている。これは、自民党の文教族の先生からすれば、高校の無償化というのは必ずしも一丁目一番地ですぐやりたい施策ではない、こんな財源があればむしろ他のことをしたいという思いがある中で、ましてや高校を無償化しなければいけないから文科省の他の文教予算を削るということはある得ないという強い主張があり、まさに「既存の教育財源を原資とすることなく」ということが盛り込まれているところである。その上で、国と地方の関係について整理しつつ、その財源確保と今回の制度改革を一体的に実施するということである。

3ポツが財源確保だけれども、「新たな制度を円滑に実施するためには」と書いてあり、「税制による対応も含め恒久財源を確保することが不可欠であり、三党で責任を持って対応する」ということである。「税制による対応」の部分については、「増税による対応」という表現にすることも当然あり得たと思うが、「税制による対応」となっている。

ただ、「税制による対応」と言うと、実はそれよりも広がっており、租税特別措置の見直しというのは補助金の見直しなので行財政改革であり、そういったことも実は含意されている。これで高校の無償化が決着したのが10月29日で、ここからようやく給食の無償化の議論が始まった。

自公維の三党の実務者で協議をして、給食の無償化の議論が始まったのが11月7日で、予算編成もかなり佳境に入っている段階だった。かつ、三党クローズでやっているものだから、全然情報が外に出ていかないという状況であった。地方も報道ベースの情報を受けて、11月13日に市長会が出した緊急意見がこちらである。「報道によれば、対象を公立小学校に絞り、全国の給食費の平均額を支給する案などの論点も含めた検討」と。「今後、『国と地方の負担割合も焦点になる』」ということが報道されて、これで驚いて意見書を持ってきたということである。

大きく2つ、市長会から言われているのは、1つが全国給食費の平均額。これは令和5年の平均額だけれども、近年、非常に食費が高騰しているものだから、現在の物価高騰を踏まえるとそれでどうなのかということが1つある。それと、国と地方の負担割合ということで、一番下の段落に書いているけれども、学校給食の無償化は義務教育に係る負担軽減の観点で行われるべきものであり、地方に負担が生じないように全額を国費でやってくれということが11月13日の段階で全国市長会からあったところである。

給食は、小学校は基本的に設置者が市町村であり、運営も市町村がしているので、市町村が負担するのだろうなとみんな思っていたから、そういう意見書が来たのだが、実は三党実務者から地方への提案のところでは、市町村ではなく都道府県に給食について負担してもらいたいという提案をしているところである。

その前段として、公立小学校を対象として令和5年実態調査における平均額約4,700円に物価動向を加味した額を支援の基準額にするところある。給食費は6,000円など高いところもあり、そういうところは仮に4,700円が支援の基準額に設定されると差額があるので、そこにつ

いては差額を徴収することを可能とする余地を残すと。あと、学校給食法という法律があるのだが、それは改正しないで交付金を創設するということ。

給食と高校無償化の国と地方の負担割合だが、給食については国が2分の1で、市町村ではなく都道府県が2分の1というのが三党から三団体に示されている。理由としては、子育て支援を図るとの制度趣旨や、広域的な支援により財政力の違いによらず給食の質を確保すべきという観点から、広域自治体である都道府県の果たす役割は重要なので、都道府県に半分負担していただきたいということである。

高校無償化のほうは、国が4分の3、都道府県が4分の1ということで、根っこが4,000億円で、今回拡充が4,000億円なので、4分の1というのは8,000億円に対して4分の1だと2,000億円なので、今回拡充する分を国と地方で半々で持とうというのがこの4分の3、4分の1という趣旨である。都道府県は公立高校の設置者であるし、私立高校も所轄庁であるので、高校教育に責任を持っているのだから都道府県負担を導入と。こちらのほうは理屈として比較的分かりやすいのだが、給食のほうは知事会からすると唐突な提案だったと思う。

これが11日に全国知事会で意見集約するときの資料であり、実際に知事会に打診したのは12月4日であることから、常識的に考えると、これまでの国と地方の関係ではかなりイレギュラー、相当遅いタイミングだったことは否めないと思っている。

11ページ目は、党から地方へのこうした提案を受けて全国知事会でまとめた意見である。前段では、今回の進め方自体に強く抗議をしていることが書かれているのが一つある。

それから、かなり大きな議論になったのが、「いわゆる『給食無償化』(学校給食費の抜本的な負担軽減)」の表現の在り方である。前述のとおり給食費はかなり幅があり、多いところは6,000円を超えるような団体もある。「給食無償化」という言葉が独り歩きして、親御さんはタダになると思っている。ところが、蓋を開けてみると、全国平均額を助成しますということは、全国平均を上回っているところは自治体が負担しないとタダにならないということで、「給食無償化」という言葉自体に特に市長会から反発があり、「学校給食費の抜本的な負担軽減(いわゆる給食無償化)」と、前後を逆にすべきだということが大きな論点になった。それから、財源についてはしっかり一般財源総額を確保するか、算定をしてほしいということが意見として盛り込まれたところである。

全国知事会からの意見を踏まえ、12ページ目以降に、12月18日、三党のほうで給食と高校の無償化について取りまとめが行われている。基本的に、地方からの意見をほぼ全て反映する形で取りまとめられた。

本来政府と地方が協議すべきものであるもので、三党の合意を踏まえた上で、12月19日に、地方三団体と文部科学大臣、総務、財務の副大臣とで国と地方の協議の場を開催して、地方のほうにもある程度 of 了解を得た上で、最終的に、文科省、総務省、財務省で、今回のいわゆる教育無償化に向けた対応について取りまとめを行ったところである。

地方負担については、1つは地方財政計画の歳出に全額を計上するとともに、安定財源を確保した上で、一般財源を増やして確保すると。個別の団体の地方交付税の算定に当たっても、

地方負担の全額を基準財政需要額に算入するというので、例えば、高校の無償化について言えば、公立高校の生徒数とか私立高校の生徒数に単価を掛けて基準財政需要額を算定するというので、かなり精緻に算定する形で、地方に実質的な負担がない形にしたということである。

それから、今回の高校無償化では私立にもかなりの額の支援が出るということなので、私立が選択肢として広がることで公立高校が寂れるのではないかという声が非常に強くあり、公立高校の施設整備に活用することができる地方債も創設したところである。

今回の制度改正に似た話として、幼児教育の無償化というのが平成30年にあった。あのときは基本的には政府側で中身を議論して、それを地方団体と協議したのだが、今回は党のほうで議論している話なので、地方との調整において、党の議論にどうしても引きずられるということ、調整が非常に難しかったところである。

それから、いわゆるナショナルスタンダード論。ナショナルスタンダードだから全額国費で措置すべきだという声が地方から非常に強かった。ナショナルスタンダードとして制度をつくることと、財源措置を全額国費にするかどうかというのは本来別の話だと思うが、全額国費だという声が強かった。本来的に地方財政法にまで遡って考えると、地方財政法で、全額国費で措置すべき経費は、例えば、国政選挙、国勢調査、検疫など、まさに国に利害が関わるようなことについてで、それ以外の地方の事務は基本的に地方が負担するというのが大原則だと思っており、生活保護ですら4分の1は負担している中で、学校給食費を全部国で持つというのは本来的にはかなり違和感のある主張だろうなと思っている。コロナ禍のときに何でもかんでも国費で見たことによって、どうもそういう主張が強くなった面が否めないのかなと思っている。

今回、地方負担が入ったことは、本来の国と地方の在り方に関する経費負担の区分の在り方について、正常化というか、本来のあるべき姿に少し戻ったと思っているところである。

本来市町村が負担すべきものが今回都道府県になっているわけだが、何が問題になったかという、交付税の不交付団体が市町村にたくさんあること。地方負担にした場合に交付税で全額措置することは可能なのだが、そうしたとしても不交付団体は措置ができないので、市町村の中の不交付団体はそれではとてもではないけれども賛成できないという雰囲気があり、小学校の設置者である市町村に負担を求めるという案で突き進んでいくと、恐らくまとまらない可能性が高かったのではないかなと思う。

そういったことで、都道府県負担にしたわけであるけれども、本来の負担の在り方としてどうだったのかということはいろいろと議論があるのではないかなと思う。今後の制度設計においてもこの辺りが制約要因になるのではないかなということを少し心配している。

最後に1点申し上げると、20年前に三位一体の改革ということで、補助金は地方の自由度がないので、それを廃止して一般財源化するというのをみんなで作っていたわけであるけれども、20年前にそう言っていたのに、今は全額国費で補助金がいいと言っていることをどう考えるのか。特に三位一体で一番大きな問題になったのが義務教育費国庫負担金で、まさに学校の先生の人件費を一般財源化しても自分たちでちゃんとやれるのだと当時地方は主張して

いたはずだけれども、そう主張していた地方が、学校の先生ではなくて、給食の支援費について全額国費がいいと言うことは、果たしてこれまでの分権の議論の中でどう解釈していけばいいのかというところは、今回この調整をしていて感じたところである。

19ページ目、先ほども少し資料が出ていたけれども、今回、公立高校のほうが高校の無償化に伴って厳しい状況に置かれるのではないかとということで、公立高校の施設整備を支援するための地方債を新たに創設しているところである。

具体的な事業は、(1)農業高校とか工業高校といった専門高校の機能強化・高度化に資する施設設備の整備、(2)の普通科の改革を通じた高校の特色化・魅力化に資する施設整備、(3)の地理的アクセス・多様な学びの確保に資する施設設備の整備、こういったものについて交付税措置のある地方債を創設したところである。

高校はこれまで財政的には冷遇というか、措置が薄くなっていて、文科省の国費についても、義務教育の小学校・中学校には手厚いのだが、高校はなくて、地方債のほうもないという状況だったのだが、今回このタイミングでこういう地方債を創設したところである。

○脱炭素化推進事業債について

22ページ目、先ほど前田企画官からも話がありました脱炭素化推進事業債について補足的に申し上げる。①の再生可能エネルギー設備等の整備について、これまで売電は対象外だったので、基本的に自家消費のものを対象にしてきたのだが、現状を見ると、大きな体育館とかで屋根にパネルを置けば結構発電できるのだが、自家消費する相手がないというものについて、これはもったいないのではないかとということで、追加している。

それから、⑤の公用車は、温対計画はハイブリッド車も含めて電動車として位置づけられていて、その電動車を2030年までに100%にしようという温対計画上の目標があり、温対計画上も対象になっているのだから、しかも100%にしようという目標もあるということもあり、ハイブリッド車を追加したということである。

それから、基本的には脱炭素化債というのは単独事業しか対象にしていなかったが、今回例外的なものとしてペロブスカイト太陽電池を導入したということである。1つは、国産技術ということもあるけれども、補助を入れた上に交付税措置、地方債を入れるので、相当高い補助になる。それでもペロブスカイト太陽電池は非常に高いということもあって、ペイしないということがあるので、今回、これについては特例的に対象にしたというものである。

23ページ目が農業の構造転換集中対策への対応ということで、一昨年に食料・農業・農村基本法が、制度が始まって以来初めて抜本的に改正され、食料安保の観点も含めて農業構造転換集中対策をやっていこうということを農水省のほうで取り組んでいる。

取り組むに当たり、農水省としても国で別枠の予算を確保して施策の充実・強化を行うということであったので、それに伴う地方負担について、通常よりも交付税措置が高い地方債を創設したところである。

○その他の社会保障の充実について

24ページからが、消費税の引上げの財源を使った社会保障の充実の関係である。基本的には、計数整理の世界ということで、大きな内容の変更はない。

交通空白の解消を令和9年度までで国交省がやっていこうということで、交通空白の解消に向けた取組について新しく特別交付税措置を創設するとか、これまで地方創生の交付金が高市政権で「地域未来交付金」と名前が変わったので、それに伴う地方財政措置を書いている。

従来の地方創生の交付金に比べると、地場産業の付加価値とか、産業クラスターとか、どちらかという経済力の強い交付金になっていて、地方創生の中でも産業分野のほうに力を入れていきたいという高市政権の意向を踏まえたものになっているところである。

【質疑応答】

○井手委員長

都道府県はどのように給食費の半分の負担をのんだのかというのを教えていただきたいのと、全体で3割から4割ぐらいの自治体で給食の無償化は進んでいたと思うのだが、そうすると、今までタダにしていたところは浮いてしまうので、それに対する問題はなかったのか。

→(和田調整課課長)まず、都道府県が理解を示してくれた理由だが、ちゃんと財政措置ができるということは当然ある。地方財政計画で一般財源総額を確保して、交付税も精緻に算定すれば、少なくとも自分の持ち出しが生じないので、もちろん事務の手間がかかるとか、なぜ自分たちがそんなことをしなければいけないのだという不満はあるけれども、実害がないということは一つ言えるということ。

それから、既にやっているところにとっては財源が行くだけではないかという話はまさにおっしゃるとおりで、そのこと自体は問題意識を持っている人はいたが、それはやむなしという形で終わっている。

○荒見委員

1点目は、学校給食費のところでは支援額が11か月となっているのは、夏休みとかを単純に除くということなのか、この11か月という決まり方がどういうふうに決まったのかなというのを伺いたい。

2点目は、都道府県の負担を4分の1ではなくて2分の1にしたということの決定的な理由は何だったのか。もしお話しされていたら申し訳ないのだが、もう一度確認させていただきたい。

3点目が、地域未来交付金のところで、ソフト事業に関して「残余は事業費に応じて特別交付税により措置」と書いてあるのだが、これは具体的にはどういうふうに進んでいくのか、イメージが湧かなかつたので説明していただけるとありがたい。

→(和田調整課課長)まず、11か月については、お見込みのとおり夏休みがあるためである。

→(荒見委員)それぞれの地域で休みの長さが違うと思うのだが、それは都道府県によって

違ったりはしないのか。それとも11か月で全部カバーできるのか。

→(和田調整課課長) 休みをまとめれば、1か月分ぐらい給食を提供しない期間があるだろうと。冬休みが長いところもあれば、いろいろなところがあると思う。押しなべてみれば1か月ぐらいは提供していない期間があるだろうということで理解している。

それから、都道府県負担2分の1の理由だけれども、本来であれば、小学校の設置者であり運営者である市町村が負担をするということもあり得ると思うのだが、例えば、川崎市とか名古屋市は交付税の不交付団体であるので、仮にそこに2分の1の地方負担を入れた場合は、半分国費は来るものの、残りの2分の1の給食を無償化するための財源については自分たちで持ち出さなければいけないことになる。他の不交付団体もそうなる。そうすると、大きな自治体でいくと相当な金額になる。名古屋市だったら全体で60億なので、仮に2分の1だと30億円負担をしなければいけないことになる、それなりの負担なので、それが市町村の不交付団体では正直難しいという面があり、都道府県であればそこは東京都だけで、東京都はそもそも既に無償化しているので負担できないということはないということもあったのだと思っている。

→(荒見委員) 都道府県負担を4分の1ではなくて2分の1にしたのはなぜか。

→(和田調整課課長) 今でも学校給食費を一部の方については国が負担をしていて、要保護の方、生活保護ぐらいの水準の所得の方については今でも給食費について国費の負担がある。その割合が2分の1なので、少なくとも低所得の人が国負担2分の1だったら、それよりも所得の多い方は国の負担割合が2分の1より上という選択肢はない。例えば、国負担4分の3、地方負担4分の1でもあり得ると思うのだが、国負担4分の3にすると、低所得の生活保護世帯の人は国が半分しか見ないのに、それより所得の多い人を4分の3見るというのは制度論としておかしいだろうと、2分の1というのがぎりぎり妥当な数字なのかなと思っているところである。

それから、最後の地域未来交付金だけれども、地域未来交付金を活用したソフト事業については、恐らくほとんどの団体で何らかのソフト事業をやっていることが想定されるので、一旦、全団体に広く普通交付税で何らかの額が算定されるようにしている。

交付金を使った事業費については多少でこぼがあるもので、多いところは普通交付税の分を差し引いて、残りについて特別交付税で措置をしようということここには記載しているものである。

→(荒見委員) 2点目の件だけれども、東京都だけ負担があるという話は、東京都のほうは納得していないと思うが、年末に東京都が偏在に対して主張があったのが話題になっていたが、この件は関係しているのだろうか。

→(和田調整課課長) 知事会のほうに12月9日に三党から都道府県に負担を求める提案が行われ、12月11日だったか、全国知事会で会議が開かれ、そこで知事会としての意見集約が行われた。そこで東京都知事は出席しなかったけれども、副知事が、これについて反対をする意見を述べられた。最終的には知事会の中での意思決定だが、知事会としては、い

ろいろな反対意見もあったが、会長なり、担当本部長である千葉県知事に一任する形を取られて、最終的に知事会の総意としてはのむという形になったものと承知をしている。

○竹端委員

2点質問がある。1つは高校の無償化のことだが、よく世間で言われていることで、私学が無償化されると公立高校との格差、要は学力がある子は私学に行って恩恵を受けて、学力がない子が底辺校の公立に行ったら余計格差が広がるのではないかみたいなことが言われていて、公立高校の魅力化というときに、見ている限りでは割と物への措置が多いような気がするのだが、教員の質を上げることに對しての支援というのは考えられているのかどうか、議論をされたのかどうかを知りたいというのが1点。

もう一点は、今日お話しされてなかったことだが、社会保障の充実の中で、病床の機能分化のことが書いてあったので、御存じであれば教えていただきたいのは、昨年度やった事業で非常に興味があったのが病床数適正化支援事業で、病床数を1床410万円で買い上げるという事業をやっていて、あれは今年も続くというのがネットに出ているのだが、もしあれについてどう評価しておられるのかみたいなことがあったら教えていただきたい。

私はもともと精神医療の専門なのだが、正直、日本の精神病院のうち半分ぐらいは要らないのではないかと考えているので、あの買い上げ制度があったら、日精協は結構あれを買ってほしいと思っている病院があるのではないかと考えている。

→(和田調整課課長)まず1点目の私立と公立の格差ということだが、今回、地方財政措置として講じたのはあくまでも地方債措置なので、ハード整備のみを地方財政措置としては講じているという形になる。ただ、今回の高校無償化に伴って公立が厳しくなるのではないかということについては、特に自民党の中でもかなり議論になっていて、その中では幅広い支援について考えなければいけないと議論は出ていたと承知している。財政措置として講じたのはハード整備だけであるが、当然文科省の国費も含めて、ソフト的な支援も含めて、そういったことは大事だという議論自体は出ていたと承知している。

それから、病床数適正化支援事業については、一昨年の補正予算より措置されており、その第1次内示に際し、1床当たり約4百万円、約7千床分で約300億円の予算に対して約5万床分の要望があり、公立病院が対象外とされるなど問題になった。一方、昨年の補正予算では11万床分の病床を削減できるだけの予算が確保されている。

3党で議論されてきた社会保障の効率化の一環として、病床数の適正化があり、その約11万床削減とされている。昨年確保された補正予算を活用し、今後病床数の適正化が相当進められると考えている。

→(長谷川調整課理事官)補足すると、新たな地域医療構想が各都道府県で実際に動き始めるまでの2年間で11万床を削減しようというのは、まさに今課長が申し上げたとおり。今年度前半の、社保改革に係る3党の議論の中で、精神病床の話も出ていた。ただ、実際の削減については、数ありきではなく地方の声を十分に踏まえて、一方で、効果的な予算を

活用してぜひ最適正化を図ってもらおうといった形で、今年度の補正予算で措置されている。
→(竹端委員)11万床の中で精神病床は何万床分の見込みだろうか。
→(長谷川調整課理事官)補正予算の内訳として線引きがあるわけではない。一方で、先ほどの3党の議論を経た合意では、一般病床及び療養病床の必要病床数を超える病床数約5.6万床並びに精神病床の基準病床数を超える病床数約5.3万床を合算した病床数として「約11万床」とされている。

○丸山委員

最近、アレルギーとか宗教的な理由で給食が食べられなくて、お弁当を持参するお子さんが増えていて、それに対して自治体によって現金の給付をしているところと給付をしていないところで、でこぼこがあるということを知ったことがあるのだが、今回、給食無償化ということをすることによって、様々な理由で給食が食べられない御家庭に一律に現金給付みたいなものをするのか。あるいは、それをするのか、しないのかは自治体の裁量に任されているのか。

→(和田調整課課長)結論から言うと、各市町村には「そこに在籍している児童生徒数×単価」のお金が行くので、どう活用するかということは市町村の判断に委ねられる。例えば、アレルギーとか宗教上の理由で食べられない方に何らかの補助を出すことも認める仕組みになっている。その内容については三党合意や我々の取りまとめ文書の中でも、非喫食者の取扱いについては自治体の判断に委ねるということを書いており、基本的には自治体のほうで与えられた財源の範囲内で考えていただく。

○青木委員

今、宮城で高校再編の会長をしていて、地方債の新設は県としてはありがたいと思っている。改めてお礼を申し上げたい。高校無償化の過程を見ると、例えば東京都が無償化して、開成に通う千葉県の子はどうするのだと千葉県議会で炎上したりして、いいか悪いかは別として、政策が横に波及している。大阪が起点の高校無償化が、ベンチャー企業みたいな独自施策が国によって買い取られたみたいな、うまく売り抜けたのではないかという印象。教育だから全額国費負担という話が合意しやすかったのか、そもそも財政規律みたいなものはどうするのだろうというのが心配なところである。コロナ禍みたいな背景はあったと思うのだが、教育というのはある種の特殊性で合意に至りやすかったのか。

あとは、私立が得をする可能性が高い制度設計だと思うのだが、この辺り、私立団体の動向は何かあったらだろうか。

→(和田調整課課長)まず制度を買うという話だが、遡って考えると、古くは老人医療費の無償化というのは相当昔あったと思うが、あれはまさに東京都がやって、それが全国的な制度になってしまった例で、この手の福祉とか教育の支援策を始めると、それが全国に波及することは普遍的あり得る話なのかなと思っている。それが果たしていいのか悪いのかというのはもっと議論してもいいのかなと。私も聞きかじった話だが、韓国では他に影響を

与えるような施策をするときは国と協議しなければいけないという。そこまでやるのがいかにどうかは別にして、他の団体に影響を及ぼすような施策について、どうあるべきかということは今後の大きな論点にしてもいいのかなと思っている。

私立学校団体だが、どちらかという三党の合意の中でやるということが先にピン留めをされてしまったので、恐らく私立団体としてそれについて反対ということではないと思うので、団体の意見はあまり承知をしていない。どちらかといえば公立のほうが寂れてしまうという危機感のほうが強かったのではないかなと思っている。

→(青木委員)もう一点、議論の過程で、特に維新は高校無償化の政策目的についてどのように考えていたのか。KPIみたいなものの議論があるかもしれないが。

→(和田調整課課長)家庭の経済的事情に左右されずに学びを得られるということなのかなと思っている。大阪ではそれをやってうまくいっているということなのかなと思うが、一方では、関西は私立の高校が多くて、首都圏も多いのだが、田舎に行けば行くほど公立高校のほうが多くて、田舎のお金で都会の住民を支援しているのではないかという見方もなきにしもあらずで、なかなか難しいところである。

○高橋委員

高校の教育無償化について、最終的に所得要件を撤廃したという形だったと思う。資料の16ページを見ると、支援対象者の範囲を所得基準は取り払うものの外国籍という基準で割り引いている。在留資格の要件で、「留学」等の我が国に定着することが見込まれない者を対象外とすると書かれていて、どういった経緯でこれが入ってきたのか。

あと、外国につながる人たちが集住している自治体が幾つかあると思うのだが、そういった自治体からの反応や、全国知事会の反応について教えていただきたい。

→(和田調整課課長)つまびらかな議論を必ずしも承知をしているわけではないが、基本的には三党の議論の中でこういった議論が出てきていて、逆に海外にいる日本人に対してどういった措置が講じられているかということとの均衡であるとか、あと、これは法律に基づく支援制度の対象として外すのだが、別途予算措置をするかどうかというのは別の判断があるので、制度の枠組みから外すけれども、予算としては今と同じ支援を継続することもあったりして、一応収まって、知事会からも確かにこの点について、大丈夫なのかなという意見がなきにしもあらずだったと覚えている。

→(眞木調整課課長補佐)知事会のほうはそれに対して特段の批判はなかったが、経緯としては、資料3ページに三党が6月に示した論点整理があるが、この時点で、「4. 収入要件撤廃を前提とした支援対象者の範囲の考え方」ということで、三党教育チームの中でも様々な方々にヒアリングをして、その中でも、富裕層の外国籍生徒にまで支援が必要なのかといった様々な問題提起がなされてきたものだから、三党の先生方もその意見を踏まえて、10月にかけて制度を具体化していったと考えている。

○茂住委員

質問は2点ある。1点目は、教育無償化に関連して、かなりハード面に財政措置というか、支援が寄っているなという印象がある。それは地方債の充当ということで地方財政措置が取られているということだけでも、仮にこれを地方単独事業ということでソフト面での対応、例えば人材の確保、あるいは人材の能力の向上といったことを地方自治体が考えている場合は、基本的には地方の独自の財源でやるということが考えられているのかということが1点である。

2点目だけでも、地方債で地方財政措置を取られるということは、地方債が引き受けられるかという状況によって、こういった事業、特に資料の19ページ目に書かれているようなことが左右されてしまわないかということが気になった。地域金融機関の状況とか、資金の状況とか、そういった状況については、国のほうではどのように捉えられているのかということをお教えいただきたい。

→(和田調整課課長)まず、前者のソフトの人材確保等だけでも、もともと高校については高校の先生の人件費も含めて交付税で措置をされているという状況にあるので、それで少なくとも必要な人員は現行でも措置をされていると理解している。むしろハード面の不満のほうが何となく多いのかなと思っている。

2点目の金融機関で引き受けられるかという話だが、今回、都道府県という財政規模なので、地方債を起こせないということはある得ないと思うのだが、これまでであれば地域の金融機関も比較的長い年限でお金を貸してくれたのだが、今は金利上昇局面なので、例えば、5年後に金利の見直しを条件にしないと貸せないという話はどうもあるように聞いているので、そういった意味での資金の借り難さは生じている面があるかもしれない。これはこの起債に限った話ではなくて、そもそも地方債の資金の確保全体について同じことが言えるかなと思っている。

→(高橋地方債課課長補佐)今回の高校債は基本的には県と指定都市が事業主体になるケースがほとんどなので、市場で資金を調達するか、あるいは銀行から縁故資金の形で借り受けるか、この2択である。地域の金融機関の状況は様々だと聞いているが、今のところはすぐに借入れが滞るような状況ではないと聞いている。ただ、やはり金利が上がっている状況なので、年限の短期化とか、利率の条件の引上げとか、こういったことは地元の地銀との間では様々議論になっているということは聞いている。

→(眞木調整課課長補佐)ソフト面の取扱いについて補足すると、今回の我々の地方債措置は、知事会等から専門高校が老朽化しているとか、そういったことに対応して、今まで高校に対する地財措置が手薄だったものだから、この機会に拡充させようということで措置したもののだが、一方で、ソフト面の対応、指導力の強化とか、いろいろなところの連携とか、きちんと考えるべきではないかという議論はあって、文科省のほうでR9年度に新たな交付金事業を創設しようとしている。これは、ハード面だけではなくて、ソフト面にも使うことができるだろうということで、今後、高校教育の改革をそうしたところからも拡充していこうという点については、そうしたものを活用いただく。

○祐成委員

印象に残ったのは、地方分権とは違う動きの強まりという点だった。11ページに「子ども子育て支援のナショナルスタンダード」という表現があるけれども、こうしたナショナルスタンダードのような考え方は、あくまでも子ども・子育て支援だからこそ説得力を持つもので、他の分野だとこういうことは合意を得にくいということなのか、それとも、こういう考え方が他の分野でも波及しつつあるのか。

→(和田調整課課長)知事会がここで言っているのは、どちらかという子ども・子育て支援みたいな理解を得やすいものが念頭にあるのかなと思うのだが、普通の用語として「ナショナルスタンダード」と言ってしまうのであれば、本来、生活保護とか医療が入ってもおかしくないと思う。今回、地方が念頭に置いているのは、住民向けに分かりやすい、かつ一部の団体、東京都が先んじて無償化してしまったようなものが念頭にあるのだと思う。ただ、本来的な言葉からすれば、ナショナルスタンダードというのはもっと幅広いものが入るのではないかというのが私の受け止めだ。

→(祐成委員)これは子育て世代を獲得する競争のように自治体間でなっていて、それがあからこそ条件をそろえてほしいというような考え方だと見ていいか。

→(和田調整課課長)1つには条件をそろえてほしいという考えはあると思うが、それ以上に、今回東京都が高校を無償化、給食を無償化したときに、周辺の神奈川とか埼玉とか千葉の知事が大臣のところにも来たが、千葉県から開成高校に通う子は補助がないのに、東京都は開成高校に行ったらお金をもらえるというのはおかしいではないかという素朴な住民感情として、なぜ東京都に住んでいたらタダになって、千葉だったらタダではないのかという突き上げが基本的には知事に行くものだから、イコールにしてほしいということが、どちらかという我々は立ってられないという意味で来ていると思う。

○井手委員長

ナショナル・ミニマムからナショナルスタンダードへと、岡本全勝さんが言われたときには、交付税の話と理解しているのだが、いつの間にナショナルスタンダードが国費の話になっているのか。

→(和田調整課課長)おっしゃるとおりで、ナショナルスタンダード自体を私は否定しないので、ナショナルスタンダードを国として制度化して責任を持つのは正しい話だと思うのだが、それが国費というのは違和感がある。

→(井手委員長)知事会がナショナルスタンダードの概念を変えたと理解していいか。

→(和田調整課課長)正確に言うと、知事会全体がナショナルスタンダードは国費だとは言っていないと思う。ただ、議論を聞いていると、そういうニュアンスに聞こえる発言をしている個別の知事はいらっしゃると思う。

→(井手委員長)では、取りあえず「ナショナルスタンダード」という言葉を見たときは、今までどおりの理解でいいと。

- (和田調整課課長)そこがはっきりしているかどうかは分からないが、何となくナショナルスタンダードだから国費だと言う人はいることはいのだろうなという印象である。
- (井手委員長)全く同じ言葉で違う意味になってしまうので、それは良くない。
- (和田調整課課長)知事会ではないが、市長会の要望書は、「ナショナルスタンダード」という言葉は書いていないものの、全額国費だと書いてあるので、何となくそこは薄く結びついているのかなというところはあるのかなと思う。

第1部 地方財政と社会保障制度等

地方財政と社会保障等



令和7年5月12日
総務省自治財政局調整課長
梶 元伸

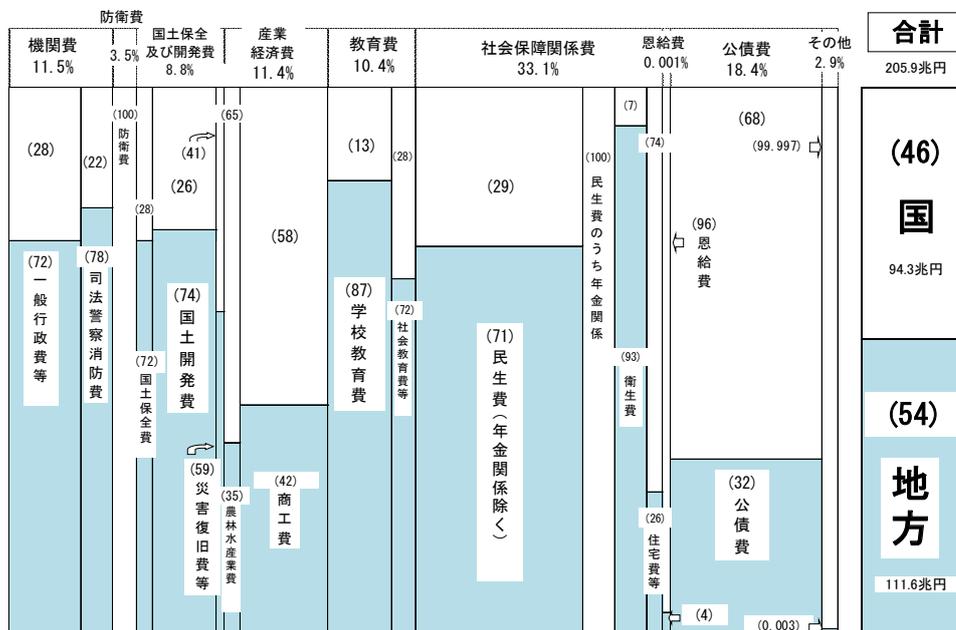
目次

○ 地方財政の役割	P2
○ 社会保障と地方財政総論	P5
○ こども・子育て政策の強化	P15
○ 医療・予防接種	P29
○ 令和7年度予算の修正	P37
[参考] 令和7年度予算についての申入れ	P42

地方財政の果たす役割

- 我が国の内政を担っているのは地方公共団体であり、国民生活に密接に関連する行政は、そのほとんどが地方団体の手で実施されている。
- その結果、政府支出に占める地方財政のウェイトは国と地方の歳出決算・最終支出ベースで54%となっている。

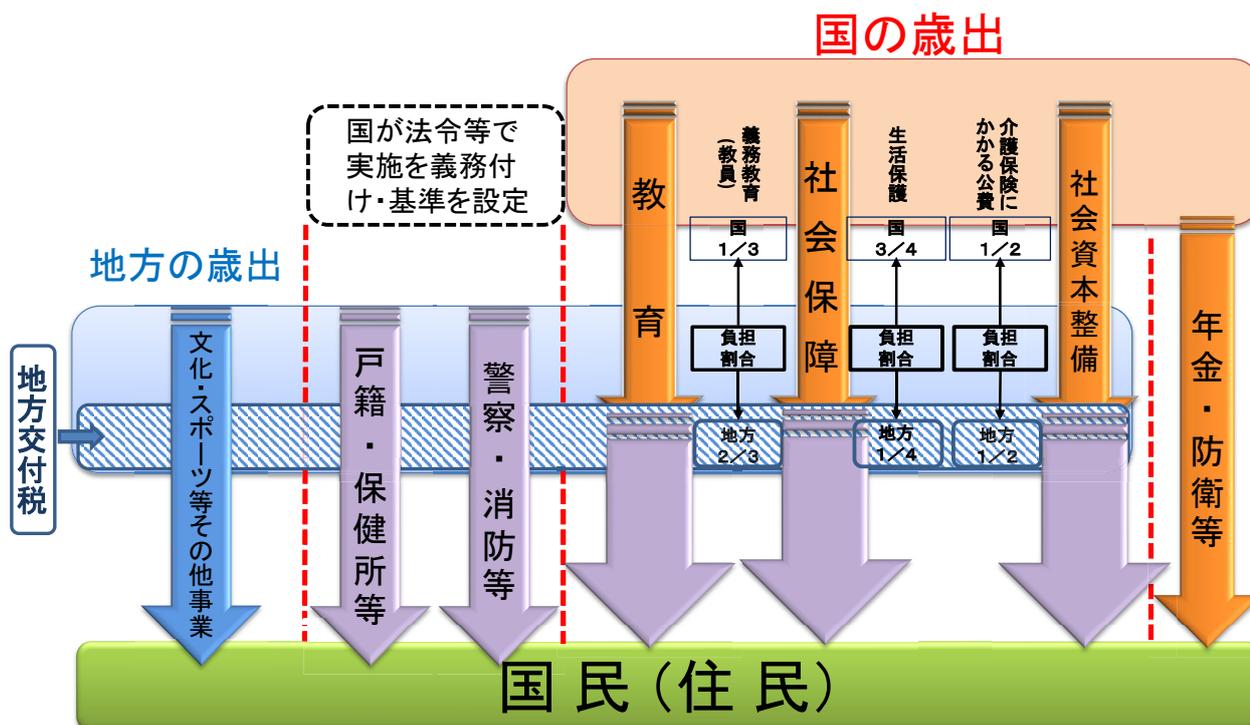
○ 国と地方の役割分担（令和5年度決算）
 <歳出決算・最終支出ベース>



(注) ()内の数値は、目的別経費に占める国・地方の割合
 計数は精査中であり、異動する場合がある。

2

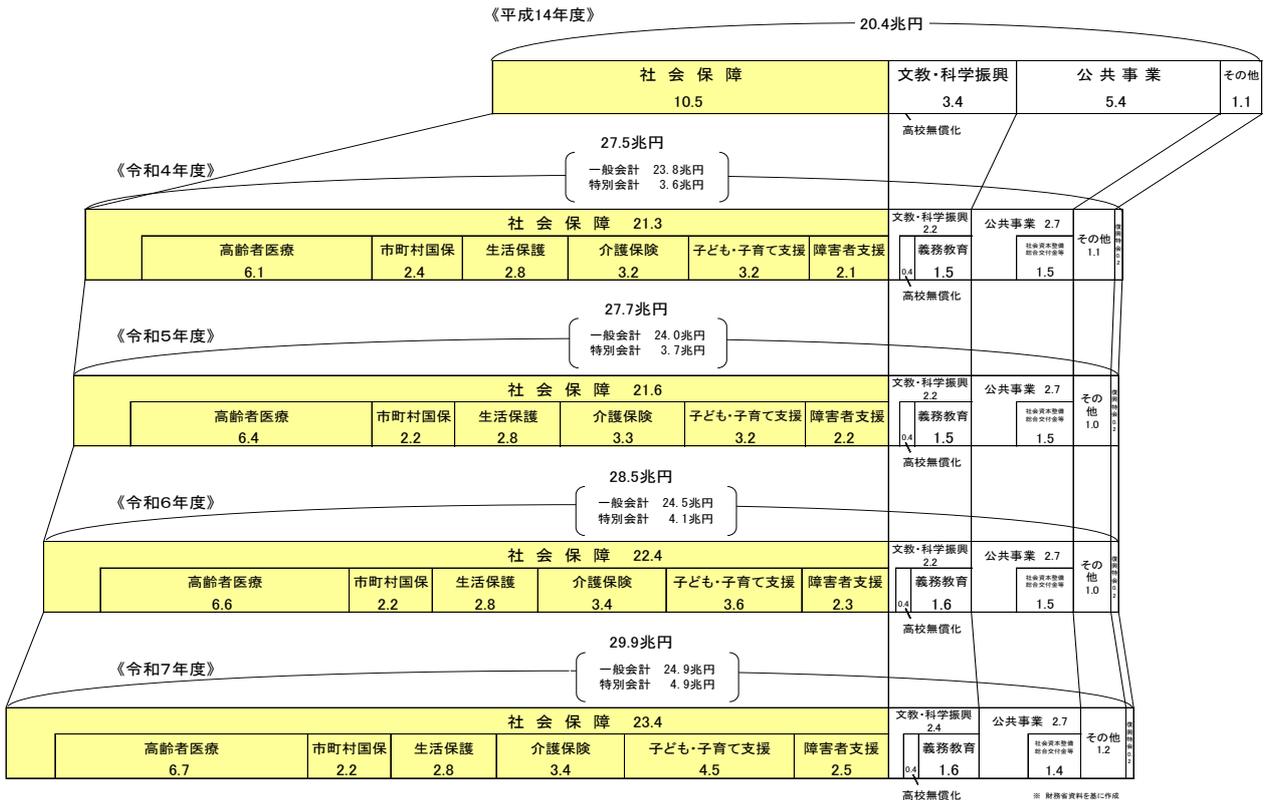
国・地方を通じた歳出の構造（イメージ図）



※国・地方の負担割合は法律上の負担割合

3

地方向け補助金等の全体像



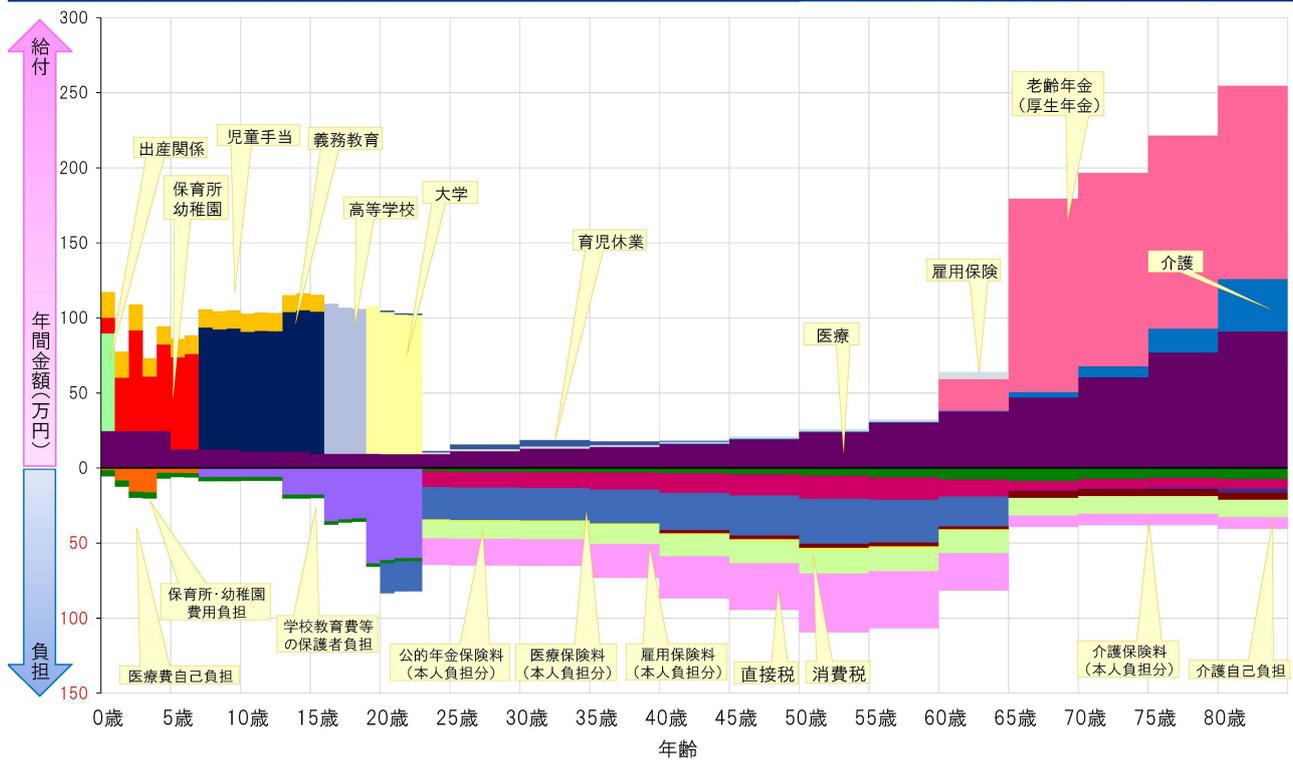
注: 令和7年度政府予算案等の国会修正を反映。

※ 財務省資料に基づき作成
※ 数値取捨の誤差、各部分の積み上げと合計が一致しない箇所がある

国民生活を生涯にわたって支える社会保障制度



ライフサイクルでみた社会保険及び保育・教育等サービスの給付と負担のイメージ



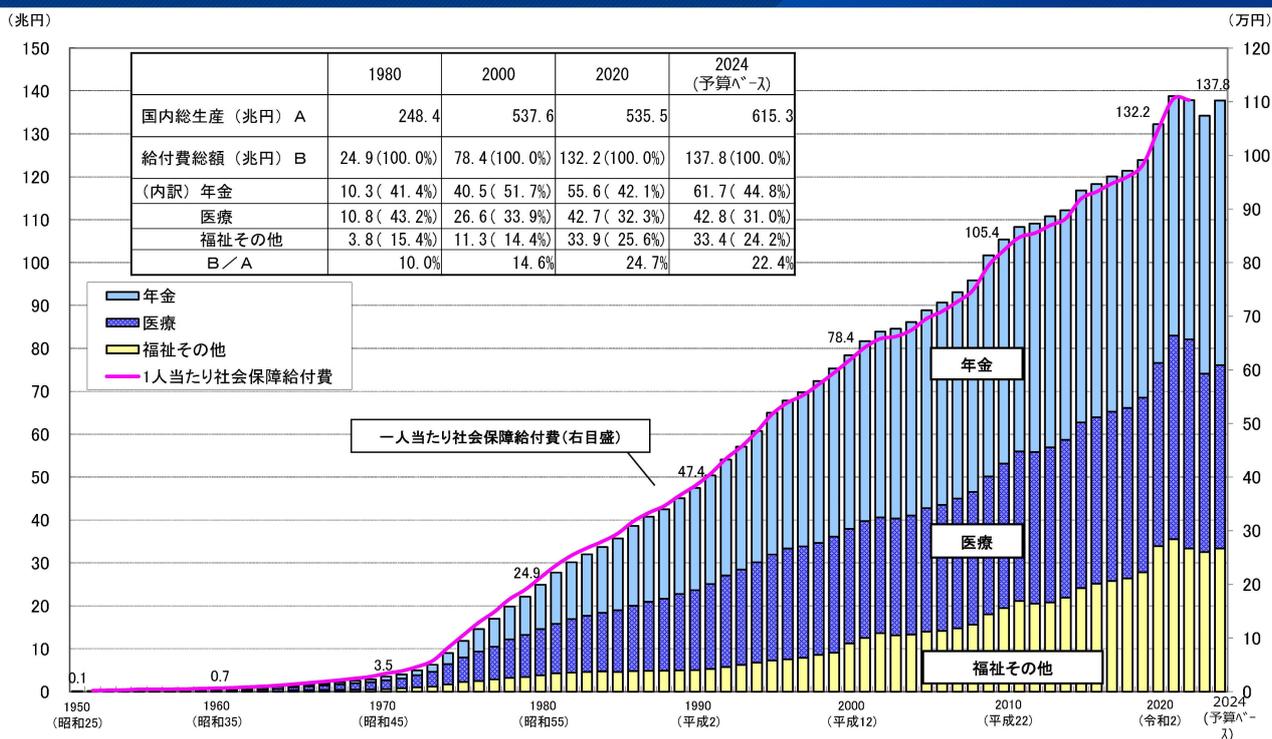
資料出所:各種統計を基に、厚生労働省にて推計。
 (注) 令和3年度(データがない場合は可能な限り直近)の実績をベースに1人当たりの額を計算している。

社会保障関連施策の種類と実施主体

国	<ul style="list-style-type: none"> 年金（厚生年金、基礎年金） 労働保険（雇用保険、労災保険） 	<ul style="list-style-type: none"> 雇用政策
都道府県（県単位の広域連合等を含む）	<ul style="list-style-type: none"> 健康保険（協会けんぽ） 国民健康保険（財政運営） 後期高齢者医療 （郡部）生活保護 	<ul style="list-style-type: none"> 医療提供体制
市町村	<ul style="list-style-type: none"> 国民健康保険（資格管理、保険給付等） 介護保険 児童手当 （市部）生活保護 	<ul style="list-style-type: none"> 障害福祉 児童福祉 老人福祉

(注)実施主体は中心的な役割を担う主体のみを記載。

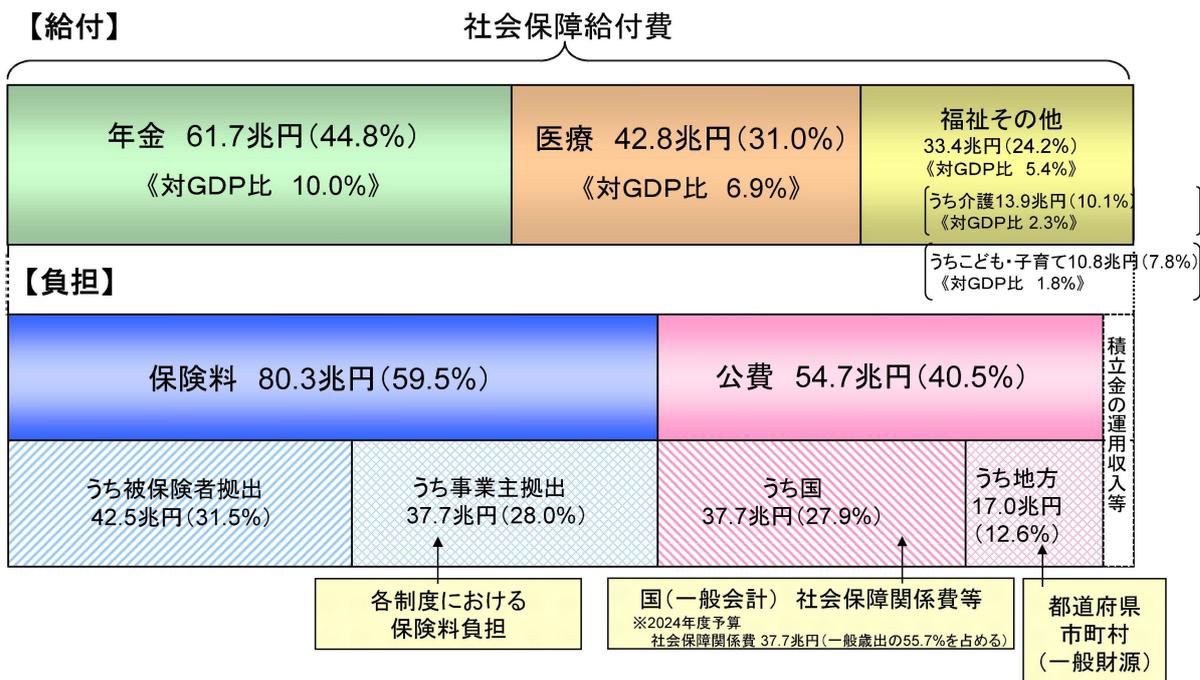
社会保障給付費の推移



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「令和4年度社会保障費用統計」、2023~2024年度(予算ベース)は厚生労働省推計、
2024年度の国内総生産は「令和6年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(令和6年1月26日閣議決定)」
(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000,2010,2020及び2024年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

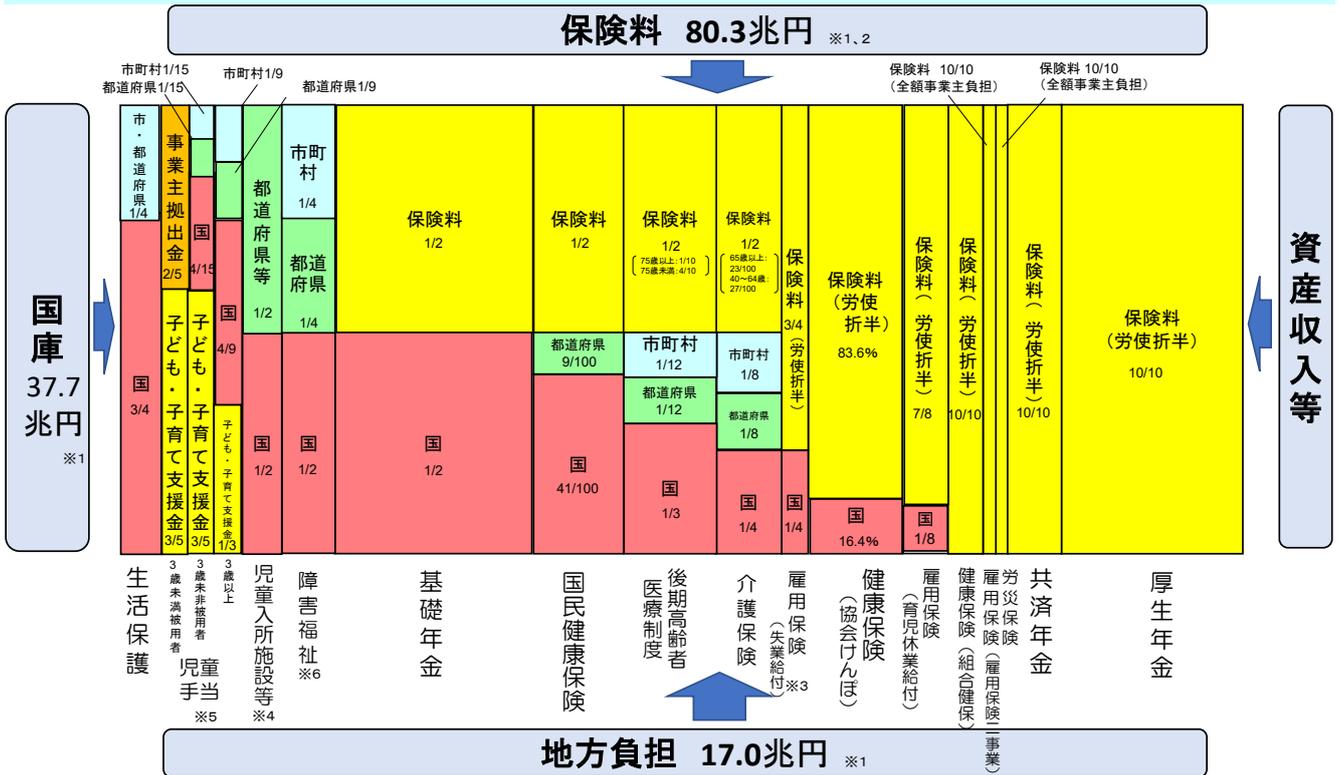
社会保障の給付と負担の現状 (2024年度予算ベース)

社会保障給付費 2024年度(予算ベース) 137.8兆円 (対GDP比 22.4%)



社会保障財源の全体像(イメージ)

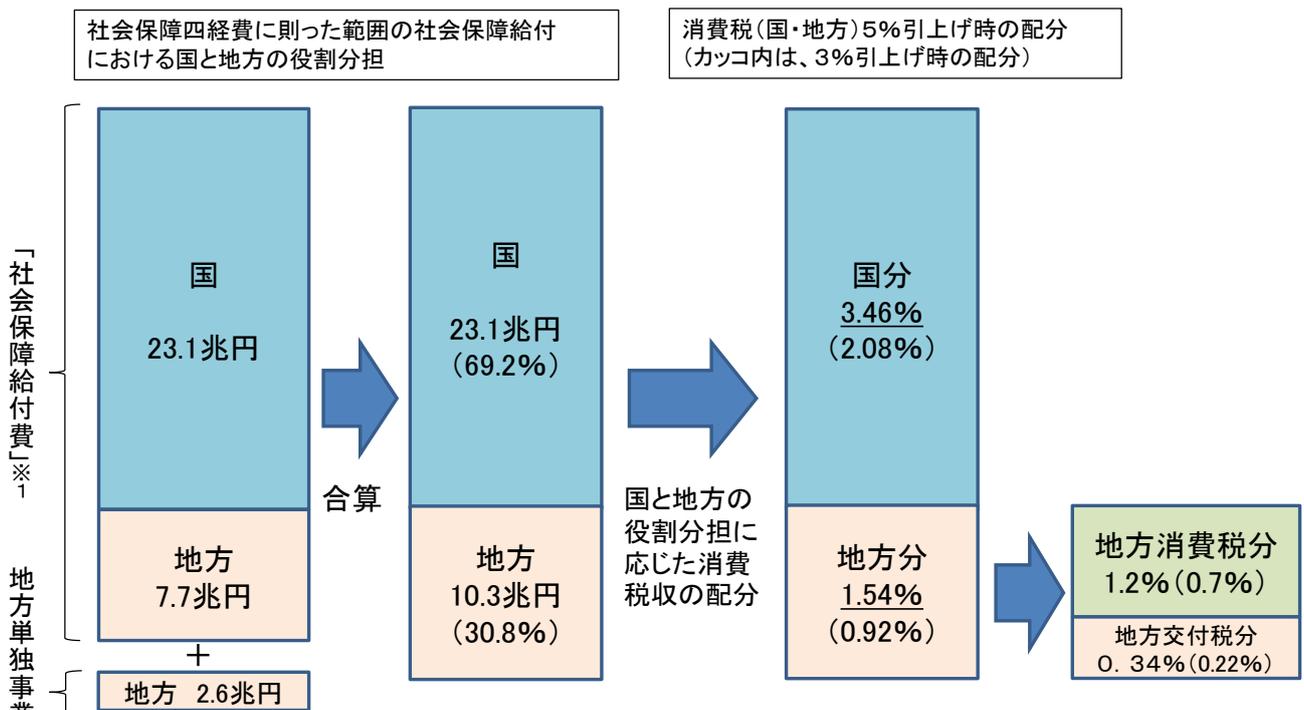
厚生労働省資料



(注) ※1 保険料、国庫、地方負担の額は2024年度当初予算ベース。※2 保険料には事業主拠出金及び子ども・子育て支援金を含む。※3 雇用保険(失業給付)の国庫負担割合については、雇用情勢及び雇用保険財政の状況に応じ、1/4又は1/40となることも、一定の要件下で一般会計からの繰入れが可能。※4 市及び福祉事務所設置町村が市町村立・私立の母子生活支援施設及び助産施設に入所させる場合等の負担割合は、国1/2、都道府県1/4、市町村1/4となっている。※5 児童手当については、公務員支給分を除いた割合である。また、負担割合は子ども・子育て支援法等の一部を改正する法律(令和6年法律第 号)による改正後のもの。なお、2028年度にかけて、必要に応じて、子ども・子育て支援特例公債を発行。※6 障害児支援を含む。なお、障害児入所に係る負担割合は、国1/2、地方公共団体1/2となっている。

10

国・地方の役割分担に応じた配分



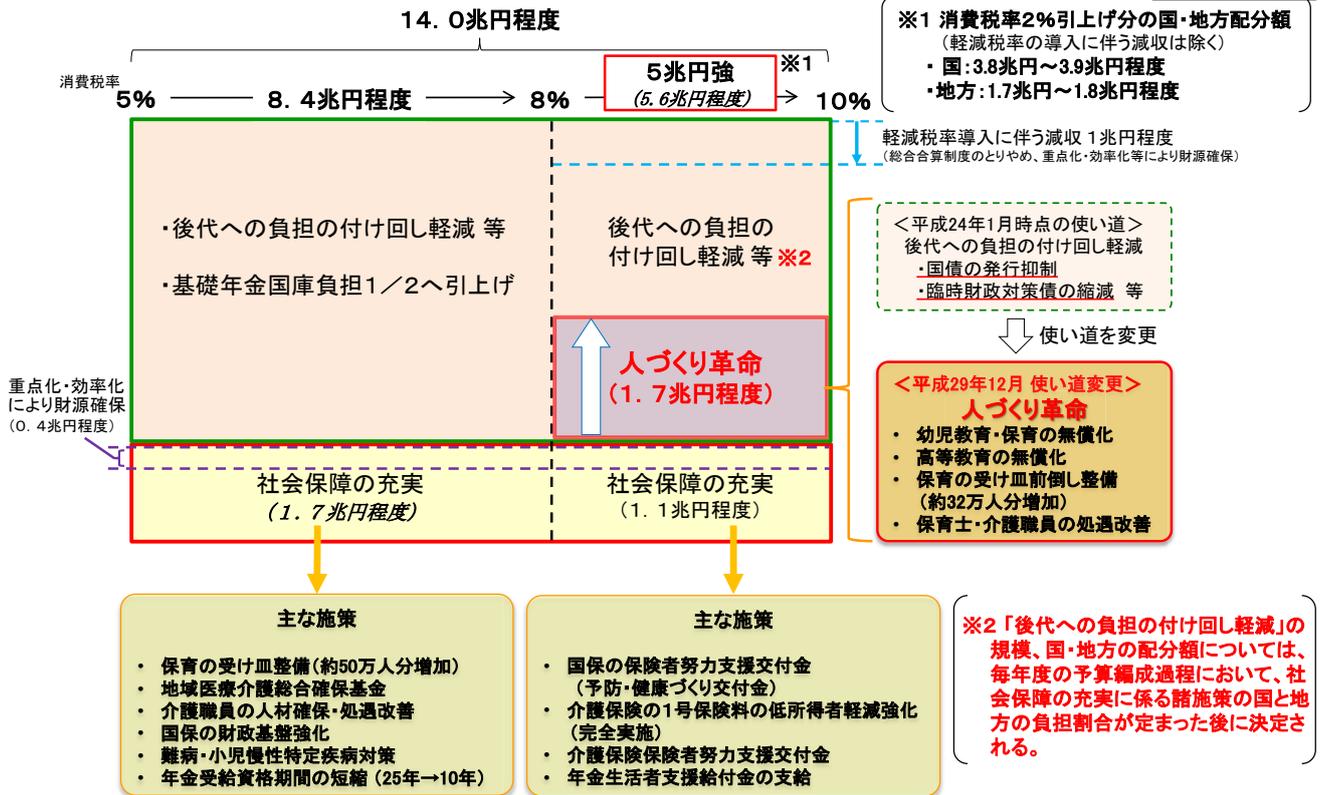
※1 「社会保障4経費(消費税対象経費)との関係での社会保障給付の整理」(平成23年12月26日「国と地方の協議の場」厚生労働省提出資料)より

※2 「地方単独事業の総合的な整理」(平成23年12月29日「国と地方の協議の場」内閣官房、総務省、財務省、厚生労働省提出資料)を踏まえた整理

11

消費税率5%から10%引上げによる社会保障の充実・安定化の全体像

社会保障制度改革
推進会議資料
(令和元年5月29日)
(一部加工)



12

令和7年度における「社会保障の充実」(概要)

(単位: 億円)

事項	事業内容	令和7年度 予算案	(参考) 令和6年度 予算額
子ども・子育て支援	子ども・子育て支援新制度の着実な実施・社会的養育の充実 ^(注3) 育児休業中の経済的支援の強化 ^(注4)	前年同額 前年同額	7,000 979
医療・介護	医療・介護サービスの提供体制改革	909 1,615 [466] -	1,029 1,498 [350] 172
	医療・介護保険制度改革	前年同額 前年同額 前年同額 前年同額 前年同額 689	1,196 414 524 752 517
	難病・小児慢性特定疾病への対応	前年同額	2,089
年金	年金受給資格期間の25年から10年への短縮	前年同額	644
	年金生活者支援給付金の支給	前年同額	3,958
	遺族基礎年金の父子家庭への対象拡大	108	106
合計		27,986	27,987

(注1) 金額は公費(国及び地方の合計額)。計数は、四捨五入の関係により、端数において合計と合致しないものがある。

(注2) 消費税増収分(2.4兆円)と社会保障改革プログラム法等に基づく重点化・効率化による財政効果(▲0.4兆円)を活用し、上記の社会保障の充実(2.8兆円)の財源を確保。

(注3) 「子ども・子育て支援新制度の着実な実施・社会的養育の充実」の国費分については全額子ども家庭庁に計上。

(注4) 「育児休業中の経済的支援の強化」の国費分については他省庁分を含む。

13