

自治研 ちば

JICHIKEN CHIBA

vol.17

2015年6月

特集 連合千葉議員団会議 調査研究事業
第1回シンポジウム

「地域でいきいきと
暮らし続けるために」



たろやまの郷(さと) 四街道市

一般社団法人 千葉県地方自治研究センター

〒260-0013 千葉市中央区中央4丁目13番10号

千葉県教育会館新館6階 自治労千葉県本部内

TEL.043-225-0020

自治研ちば

vol.17 2015.6

• 巻頭言	衆議院議員 田嶋 要	2
• 連合千葉議員団会議 調査研究事業 第1回シンポジウム 基調講演 地域でいきいきと暮らし続けるために ～在宅医療を考える～	NPO法人白十字在宅ボランティアの会理事長 秋山 正子	3
パネルディスカッション		
司 会 理事長 法政大学法学部教授	宮崎 伸光	
パネラー 千葉県医師会副会長	土橋 正彦	
千葉県議会議員	天野 行雄	17
千葉県議会議員	石井 宏子	
淑徳大学教授	鏡 諭	
コメンテーター NPO法人白十字在宅ボランティアの会理事長	秋山 正子	
• 連載⑭：数字で掴む自治体の姿…	理事長 法政大学法学部教授 宮崎 伸光	36
• 連載⑤：自治体政策形成のキーワード	主任研究員（法政大学大学院公共政策研究科客員教授） 申 龍徹	45
• 岐路に立つ日本 ―極右政治家安倍晋三と日本の未来―	弁護士 吉峯 啓晴	53
• シリーズ千葉の地域紹介 四街道市 こどもが真ん中。みどりいっぱいの四街道でくらす	四街道市シティセールス推進課	55
• 新聞の切り抜き記事から	研究員 鶴岡 美宏	57
• 今期の入手資料	編集部	59
• 編集後記	副理事長 高橋 秀雄	60
• 一般社団法人 千葉県地方自治研究センターの概要（会員募集）		61



四年に一度の統一自治体選挙が終わった。今回は、私も民主党千葉県連代表として、自治労組織内の網中県議をはじめ、できるだけ多くの仲間の応援に入るよう努めたが、四年前の前回にも増して色々と考えさせられる選挙であった。ここでは特に二点、申し上げたい。

第一に、民主党公認で選挙に出る意義についてである。民主党に対する不満や不安を抱えながらも、政権からの転落後の最も苦しい二年余りを共に耐え、精進して来た今回の現職候補者の多くは、前回よりも票を伸ばしており、また勇気ある新人の多くも勝利を収めた。これで千葉の民主党の退潮には歯止めが掛かったのかどうか、評価は分かれようが、大事なことは、これからの四年間で有権者の方々に、「やっぱり民主党の議員を選んでよかった」と実感して頂けるかどうか、である。そして、その鍵を握るのは「連携」である。

中央区の網中県議の例で見てみる。四年前と同じ三位当選ではあったが、その中身は瞠目に値する。一位と二位を占める自民党がそれぞれ1,000票、1,300票以上の票を減らし、他の候補者らが2,700票以上の票を減らした中で、網中氏ただ一人が5,300票近く票を伸ばしている。しかも、投票率が3ポイント（千葉県全体の数値）下がった中である。もちろん本人の実績・努力と支援者、支援団体の努力が最大の勝因であったのは言を待たないが、他の候補者とのもう一つ大きな違いは、党幹部の連日の応援を通じた「連携」のアピールである。

今、肝心なことは、各議員らが、選挙の際にアピール出来た、そして有権者からの一定の評価と期待を受けたその「連携」を、これからの四年間の政策遂行の具体に於いてもアピール出来るかどうか、である。確かに議員数では、我々はまだまだ自民党に大きく水を開けられている。しかし、比較少数ながらも野党第一党として、政策本位に機動力を発揮することは十分に可能だ。いや、政策課題が益々複雑化する今日的な政治環境では、むしろ県議と市議と国会議員とが連携して政策課題に取り組むことは必要不可欠になって来ている。

選挙が終わるや否や、早速その連携が試されるような難題が降って湧いた。いわゆる指定廃棄物の処分地問題である。環境省が、放射能に汚染されたゴミの最終処分地として、あろうことか東京湾に面した埋め立て地を候補に挙げてきたのだ。多くの関係者にとって寝耳に水どころか、地震や津波のリスクを考えれば常識的には考えられない選択だ。そして、まさにこうした難題こそ、私たちの頑張りどころでもある。千葉

市や千葉県はもちろんのこと、お隣の市原市も、また現在ゴミの仮置きを余儀無くされている松戸市なども、しっかりと連携して問題解決に向けて一歩でも二歩でも前進していきたい。

第二に申し上げたいのは、緊張感の無い議会と、低投票率についてである。両者はコインの裏表であるのは言うまでもない。候補者が少な過ぎて無投票が続出する現象も、女性の候補者が少ない現実も、根っこは同じである。マスコミから有ること無いこと何でも言われる（書かれる）国会とも違い、暮らしに直結する制度の改変で住民が関心を高めることも多い市町村議会とも違い、今や県議会の「困難性」が際立っている。

暮らしとの繋がりが見えにくい。だから、誰も関心を持たない。だから、選挙に行く意味が分からない。だから、立候補なんてとんでも無い。だから、ノーチェックがあたりまえ。だから、議会に緊張感は生まれようがない。だから、身を切る改革などもってのほか。だから、議員定数削減は当然否決。だから、多数派のやりたい放題。だから、県の職員にとっては天国。だから、県民の税金は無駄遣いが止まらない。とまあ、こんな悪循環が長年続いてしまっている。

では、解決の糸口は無いのか？ そんなことはない。網中県議が選挙ビラや演説で訴えたように、「情報公開」こそ最大の武器である。私も選挙応援をしながら、色々とは知らなかったことを学んだ。例えば、銚子市と印西市との間に存在する県議定数の逆転現象は、圧巻である。民主党の県議団には、野党第一党らしく、県民の皆さんに対して、これからも県議会や県政の「不都合な真実」を次々に明らかにして欲しい。そうすれば、誰も無関心ではいられなくなる。そして、必死に県民のために頑張る議員だけが生き残れる議会に、時間は掛かっても生まれ変わるはずだ。

今回の選挙では、ある自治体議員選挙で、若手議員にだけ歳費を増額する制度を設けて、若手の立候補者を増やそうとした議会が注目された。今の歳費では家族を養っていけない、という声に対する一つの解であり対応策であった。また、別の自治体では、夜間や週末の議会開会を推進することで、多様な職業人が兼職で議員になることを推奨している。欧州ではボランティアの地方議会も多いと側聞する。対照的なアプローチだが、いずれの方向性も充分検討に値するはずだ。そして、いずれの試みも検討せず、ズルズルと今のやり方を続けるその先には、民主党にとっても、そしてもちろん国民にとっても、地方政治の明るい未来は無い。

基調講演

地域でいきいきと暮らし続けるために ～在宅医療を考える～

NPO法人白十字在宅ボランティアの会理事長 **秋山 正子**



○司会 それでは大変お待たせいたしました。これより講演会に入っていきたいと思います。「NPO法人白十字在宅ボランティアの会」理事長でございます秋山先生から、『地域でいきいきと暮らし続けるために～在宅医療を考える～』と題しまして、基調講演をいただきます。それでは秋山先生よりよろしくお願い申し上げます。

○秋山 皆さん、こんにちは。研究会の題目は『地域でいきいきと暮らし続けるために～在宅医療を考える～』ですが、私の立場は訪問看護師なので、『訪問看護と保健室～暮らしの保健室の実践の中から～』という題でお話をさせていただきます。

「株式会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション」統括所長、「暮らしの保健室」の室長を兼ねております、秋山と申します。よろしくお願い申し上げます。話の前提になります地域包括ケアシステムについてははじめに少しお話させていただきます。

■地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムというのは、介護あるいは看護サービスが必要な利用者に対して、おおむね30分でかけつけられる日常生活圏域を単位としています。人によっては“中学校区”と言ってみたり、“小学校区”と言ってみたり、いろいろです。ただ、30分でかけつけられる圏域ということですが、市街地と郊外では違いますし、たとえば交通手段が徒歩、自転車、バイクではだいぶ違いがあります。圏域の定め方はそれぞれ地域によって違うと思います。

介護、医療、予防、住まい、生活支援、この五

つの要素がその圏域の中で必要となったときに、速やかに組み合わせて生きづらさを抱えた人の支援を行います（図表1）。支援にあたっては、包括的、かつ継続的に、病院から在宅へ、又は在宅から病院へ、又は在宅から施設へ、というように地域の中で連携しながらスムーズに対応できるという点がこのシステムの核心だと思います。

ただ、本来の地域包括ケアシステムというのは、高齢者だけではない、生きづらさを抱えた人すべてを対象にして、支援ができる地域をつくっていくということが理想です。厚労省と国交省が共同して、省をまたいでこのような地域づくりを進めていこうとしています。

この地域づくりについては、「住まい」というのが憲法に定められた基本的人権の一つに位置付けられているということから、一番土台であると考えられています。図表1には、ニーズと需要に応じた住まいが一番下にある花びら、その上に四

図表1 地域包括ケアシステム図



原案作成：慶應義塾大学 田中滋

出所：講師の講演資料

つの花びらがあります。つまり、先ほどの5つの要素を五弁の花びらに見立て、住まいが下にあって、その上に四つが花を開いています。しかし、それがばらばらだとうまくいきません。これに加えて、当事者、つまり私たち自身が、自分たちがどのように生き抜いていこうか、どのような町をつくろうか、どのような地域をつくろうか、また、どのような生き方をして、どのような医療や介護を望み、そして人生を終えるかというようなことに対して、考えを整理しておくことが必要です。そのような意味で「本人・家族の選択と心構え」という、当事者の要望が大切です。

次に、「地域包括ケアシステムの基本理念と構成要素の関係性」についてです(図表2)。地域包括ケアシステムの基本理念は、大きく二つあります。一つが「尊厳の保持」で、二つ目が「自立生活の支援」です。

要介護者が自立支援をめざすという観点から申

図表2 地域包括ケアシステムの構成要素と関係性



出所：講師の講演資料

■行政、住民、提供側の三者が同じ方向で

「三者が同じ方向」というときの三者とは、一つ目が「行政」で、二つ目が「受け手の側の住民」で、三つ目が「サービスを提供する側」です。それぞれが、違う方向を向いていては、それではいくらお金があっても足りませんし、いくら人がいたとしても足りないという状態になります。なぜかと言いますと、本年4月からの介護報酬改定で、介護保険は大きく変わっていきます。保険料だけではなく税金も投入されているこの保険の仕組みの中で、できるだけ財源は使わないで済むようにと、全体を絞るといいますか、そのような方向に自治体はどうしてもなります。

しかし、それぞれの地域の特徴を生かして、「ここは施設がすごく多いけれども、訪問系が足りない」という場合に、“居宅系”をもう少し増やしていくためには、ある意味、施設は少し絞ってでも、“居宅系”を強化していかなければいけません。逆に、全然施設が足りない地域も、もちろんあります。施設を建てるにも、非常にお金がかかりますので、公有地を提供しようとか、地域ごとの、“メリ張りをつけたお金の出し方”というのがあるのではないかと思います。

それから受け手の側も、平均の保険料が5,000円を超えて6,000円近くになるという時代です。毎月それだけ払っているのですから、自分がいざ保険を使う側になった時に、いくらでもたくさんサービスを受けたいと思いがちです。しかし、それは「尊厳の保持」と「自立生活の支援」の考え方とはかけ離れていきます。何でもかんでも世話を受けるということは、「尊厳の保持」から遠いものです。全部お任せというのは、それは違うのではないかと思います。

今回の介護報酬の改定では、全体的にマイナス改定です。その中で特養、通所等もかなり絞られますし、訪問看護も介護報酬の部分は少し下がります。そのような意味では、サービス提供側も何とか人件費を捻出していかなければいけません。「それだったら、もう必要じゃなくなったサービスでも入れておいてくださいね」とケアマネさ

んにお願いをして、そのようなプランを作成するということでは、介護保険制度が成り立ちません。「尊厳の保持」と「自立生活の支援」という二つの理念をきちんと踏まえて、この三者が同じ方向を向いていかなければいけないというのが、この「規範的統合」の意味合いだと思います。

そのためには、「自治体の首長による強いメッセージの発信が必要」と、わざわざ厚生労働省の説明資料に書かれています。やはり地方自治というか市区町村に任された、介護保険という高齢者施策のベースとなる地域包括ケアシステムをつくり上げていくには、それぞれの地域差が、逆に言えば浮き彫りになる、トップのマネジメントがかなり影響するというのではないかと思います。

■当事者の意思が一番大事

「地域包括ケアシステムの構成要素の具体的な姿」をご覧ください(図表3)。四つに区分されています。第1に、本人・家族の選択と心構え、やはり当事者を抜きにして、このシステムは考えられません。この最初に、「養生」という言葉が出てきます。

これまでは「セルフケア」とか「セルフメディケーション」とかいうカタカナ語が使われていましたが、国立長寿医療研究センターの名誉総長の大島伸一先生が、「日本古来の“養生”という言葉を使って表現したい」と主張され、この「養生」という言葉を使うようになりました。この養生のための動機づけ支援や知識の普及ということがありますが、自分の健康は自分で守り、できるだけ要介護状態にならないために、自分も努力しているということ。養生に努めるには受動的ではなく能動的に学び、多様なニーズや関心を持つ人たちが情報やスキルを共有し、健康管理や必要な支援・サービスの選択が可能となるようなプログラムの提供、教育、人材の確保・育成が必要であるとされています。

やはり、問題が起こってからでは遅いのです。そうならないためにどうしたらいいかという情報を提供し、そしてそれを取り込んで自分なりに工

夫ができる、そのような住民を育てていくことが大切だというのが第1です。そのために情報が与えられた際に、「何が自分に必要なのか、今は今のところはらないのか」という自己決定に対する支援を、専門職が横について水先案内することが大事だとされています。

第2に、「本人・家族の選択と心構え」という土台の上に立つのが、「住まいと住まい方」です。「住まい」だけではなく、「住まい方」としているのは、「だれと、どこで、どのように住むか」、すなわち、箱はあっても「だれと、どこで、どのように」というのがない限りは、うまくいきません。そして住まいは自宅だけではありません。住まいのバリエーションがいろいろあって、その生活の場が基本です。医療機関も住まいの中に取り込まれています。

地域包括ケアは、病院と在宅とは別物だと考えがちですが、そうではなくて病院を含む医療機関もこの中の一つであるというように、かなり考え

方を変えないと理解がむずかしくなります。例えば、ドクターヘリが飛んでくるような三次救急の病院が小さな生活圏にたくさん必要となりますと、物すごくお金がかかります。医療人材も足りません。でも、地域のアクセスをより良くしながら中心に集めつつ、自分たちの地域で本当に必要な二次救急のところを充実しながら在宅介護を拡充することによって、できるだけ穏やかに暮らし続けることができます。**図表3**では「住まいでの生活を基本としつつ、急性期には医療機関、軽度の症状変化や急性期病院からの退院時には、住まいと医療機関の中間施設を、必要に応じて短期間利用する」とあります。

もちろん、急性症状が出たときはきちんと医療を受けるということは必要です。しかし、超高齢化社会ですから、「病院に入ることが、かえってマイナスなこともあるんだよ」という事例を、あとで映像でも見ていただきたいと思います。病院がすべて悪いと言っているわけではありません。

図表3 地域包括ケアシステムの構成要素の具体的な姿



出所：講師の講演資料

「なるべく短期間で利用するというのは、どういうことなのか」ということを考えていただきたいのです。

そして第3が「生活支援」です。ここが今般の介護保険の改正の中で、大きく変わる部分です。それぞれの地域で、包括的な生活支援の拠点の設置が重要で、各市区町村それぞれの地域に応じて、全部を保険財源に頼るのではなくて、市民共同のさまざまな工夫をしていかないと乗り切れません。ここの部分を充実していくことが重要です。このような拠点は、相談支援、地域住民の交流、不安感の解消、支援・サービスの周知、早期対応、生きがい創出、閉じこもり予防などに関して、運営方法によっては多様な効果が期待できます。もっともその地域にある資源を活用し、掘り起し組織化していくことが大事です。

この「生活支援」の体制がすでにあるのか？ まだないのであれば、それをどのように組織化していくか？ 例えば、今まで千葉の皆さんの多くは東京都内へ通勤しています。それとともに医療機関も東京都内を頼っていました。しかし、会社をリタイアする人が増える中で、地域の中の医療の体制は大丈夫なのか？ 地元密着の資源をつくり出す努力というのが、これから本当に必要とされていると思います。

第4に「医療・介護・予防の一体的な提供」です。ここで医療と介護の連携が特に求められている取り組みの課題として、**図表3**には「介護予防、重度化予防、急性疾患の対応、入・退院支援、看取りが挙げられる」とあります。また、「介護職は医療的マインドを持って、情報をきちんと介護側に伝える。医療側は生活を支える視点を持って、その情報を解釈し、臨床経過の予測とさまざまな必要なものの介入を見通す」とあります。医療と介護の違いがここに非常にはっきりと書かれつつ、なおかつ連携の視点が、ここに記載されています。

「介護職は医療的なマインドを持って」というのは、なかなかわかりにくいと思います。たとえば、いつもケアをしている方の様子が少しおかしい、元気がない、食欲がない、どうしてなんだろう…「これは何か身体的な面だけではなくて、薬

とかさまざまな面から何か変化が起きているのではないか」と感じるようなときに、そのマインドを持って医療者に伝えます。医療者は「そんな素人的な表現ではわからない」と言うのではなくて、いつも見ている人の様子が違うという情報はとても大事ですので、それを受け止めて生活を支える視点でしっかりと医療的介入をします。そして、医療職の特徴は先を見通す力がありますので、この予測する力によって一緒に情報解釈をして重度化を防ぎます。早めに急性症状を見つける、早く対応することで重たくならない、これがとても大切です。そのためのさまざまなツールの開発等をしていかなければなりません。

そして今の二つのところを合わせたのが、**図表4**です。この真ん中に住んでいる方が生活支援・介護予防、ここを下支えにしながら、いつも必要に応じて、行ったり来たりしながら、個々の人たちが協力し合いながら、この地域の中で包括的かつ継続的にケアが受けられる仕組みをつくりましょうということなのです。ここには「高齢化の進展状況に大きな地域差があり、保険者である市町村や都道府県、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じてつくり上げていく」とありますので、地域包括ケアシステムの構築はまさに地方自治だと思います。すでに、地域によって取り組みの差が出ている感じが否めません。それを自分たちが自覚をして、自分たちの地域をどうしていくかをやはり声を上げていかなければいけないと感じています。

そこで、**図表2**の生活支援・福祉サービスに関わっての話ですが、本当に団塊の世代が後期高齢者になる“2025年問題”を見据える必要があります。団塊の世代はすでに前期高齢者ですが、とても要求度が高く、結構理屈っぽく、いろいろと注文を出される世代です。私も団塊の世代のしっぽのところにおりますので、よくわかります。その方たちがより積極的に、市民ボランティアとして多様な通いの場や多様な生活支援のところに力を発揮できるように組織していくことが大事です。団塊の世代の男性の多くはとても管理的ですし、なかなか地道な活動に入ってきません。女性

はもともと子育てをして、地域活動に参加をしていますので、地域になじんでいます。定年退職した男性が、地域になじんで活躍するように、うまく工夫していかなければなりません。逆を言えば、その方たちが地域でとてもいい働きをしている場合もあります。かつては東京のIT関連に勤めていた人が、地域に戻って電子カルテ・医療情報の共有のところのお手伝いをして、非常に役立っているという話を聞いたりもします。これからは、市町村による新しい地域づくりの推進というのを積極的に進めているそういう時代に入っています。

■在宅医療、介護の推進

2012年は“新・在宅元年”と呼ばれましたが、これからは在宅医療・介護の施策を充実していくことが必要です。国民の8割が病院で亡くなっていますが、できるだけ住みなれた家や住みなれた地域で看取られたいと皆さん思っています。そのことを何とか実現できるように、看取りの場を確保しないと、看取り難民が出るぞという…そのような意味合いも含めて、在宅医療・介護の問題があります。2025年のイメージというのは、医療の高度化の機能分化が進みますが、在宅と施設も含めた生活の場での看取りもなるべく進めていかなくてはなりません。そのような中で「在宅医療・介護」の推進という方針が2012年に出されました。2012年には、「在宅医療の法的位置づけを含め、医療法改正について検討中」と書かれていたものが、2014年6月に医療介護総合確保推進法案が国会を通過して、そのことが今、具体化しようとしています。

在宅の医療・介護を進めるにあたって、「在宅医療って？ 体制って何？」と尋ねられたときに、今までは「まず病院ありき」でした。病院に入院して、そこから退院してくるところからスタートするように、説明がされています。「医療・介護あんしん2012」では、在宅医療の体制として「日常の療養支援が、まずは在宅の根幹ですよ」とされています。つまり住みなれた生活の場で、さま

ざまな医療がそこで提供されて、日常の療養がそこで保たれているということです。

「日常の療養支援」には、3つのポイントがあります。一つが、医療職だけではなく、たくさんの人が関わって生活を支える観点から医療を提供することです。

そして二つ目が、「緩和ケアの提供」です。「緩和ケアというのは、がんの末期の人だけなのではないの」と皆さん思われがちですが、そうではなくて、非がんの方も含めて、さまざまにターミナル期（終末期）にある方々に、緩和ケアの提供はとても大事です。

三つ目が「家族への支援」です。「そうはいっても、日常の療養支援をしていて、やはり急変時があると、どうしたらいいの？」となります。まずは、できれば在宅療養をしているところに緊急往診体制といいますか、訪問看護でも、そこへまず医療者が行って手当をします。それが間に合わない状況ですとか、緊急往診体制が非常に手薄なところは、救急の体制のバックベッドを用意するようにします。しかし、長期に入院していますと、いろいろなことが起こりますので、なるべく早く退院・支援調整を行って、もとの日常の療養支援の場に帰ってきましょう。

そして、その先に看取りがあります。住みなれた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを実施することになります。看取りは、自宅だけではないのです。生活の場です。看取る場の広さが、拡大をされてきています。

これらの実際に関わる機関の中に、病院・診療所、訪問看護事業所、薬局、在宅において積極的役割を担う医療機関、在宅医療に必要な連携を担う拠点などが含まれます。病院ありきではなくて、日常の療養支援をベースにして、そこをどう支えるか。その支え手の一つに病院があるという考え方です。ある意味、考え方が大きく変わっています。そして、その中のサービスの一つが訪問看護なのです。在宅を支える医療職としての看護師が家を訪れるという…そこなのです。65歳以上は介護保険が優先ですが、病名によって、また年齢と関係なく医療保険でも、かかりつけ医の指示書が

あれば訪問看護は出られます。こちらはケアマネージャーさんが計画に組み込まないと、これは実現できないというあたりで、まず65歳以上は介護保険優先です。訪問看護を使ったときの良さは、少し悪くなりかけのときに、早めに対処ができて、生活機能の低下を緩やかなカーブにすることができるといえます。ストーンと落ちて、低空飛行のまま、QOL（生活の質）が低いまま推移するのではなく、なるべく穏やかな経過をたどるように対処できるという点では、強みを発揮すると思います。

■病院や施設との連携強化を

その意味で、病院や施設とのスムーズな連携強化はとても大事です。特に、1人暮らしや老々の世帯、認知症の方が認知症の方を看ている世帯、それから、たとえば90歳の方を70歳代の方が看ている世帯、88歳のお姉さんを80歳の弟さんが看ている世帯、そのような世帯では、たとえ本人が望んでいても在宅では無理でしょうとなりやすいわけですね。

そうではなくて、どのような条件でも帰れるような体制を整えていかないといけないといえますか、そのような地域をつくっていかないといけないと考えています。平成18年の介護保険の改定で、自宅の代わりとなる施設の訪問看護も、一部ですが可能となっています。たとえば、グループホー



ムには医療職はいません。しかし、グループホームと訪問看護が契約を結ぶことで、定期的に訪問看護が観察に行き、そして緊急のコールに応じて、グループホームでの看取りを支援するというようなこともあります。サービス付き高齢者住宅や有料のホームに医療保険を使って訪問看護が出かけられますし、サービス付き高齢者住宅では介護保険を使って出かけられます。

なるべく医療機関での入院を長引かせない、入院しないで済む地域、入院しても短くて済む地域にしていかなければなりません。入退院を繰り返す75歳以上の方には、必ずきちんと橋渡しをしましょうよ。その意味では、市川市はとても先進的な仕組みをつくりましたし、船橋市でもそのようなことが行われています。千葉県は、それぞれの地域で先進的な事例があると思います。

平成24年から、入院中に外泊する時と退院直後に、医療保険で訪問看護を利用できるようになり

図表4 地域包括ケアシステムの姿



ました。少しずつですが、「在宅医療を推進」というお題目だけではなくて、具体的な報酬改定を使いながら、実現に向けて背中を押されているという状況です。

■多発性硬化症患者の例

さて、ここからは少し事例を挙げて説明します。Oさん53歳で多発性硬化症という難病の方の例です。この方は6年間大学病院に入院していました。

多発性硬化症を50歳代前半に発病し、それから足かけ6年にわたり大学病院に入院していました。本人はどうしても家に帰りたいと思いましたが、なかなかそれが実現できませんでした。2カ月をかけて退院調整を行い、自宅へ戻ってきました。在宅8カ月がたって緊急入院しましたけれども、3カ月で自宅に再び戻っています。1度家に帰れるという体験をしますと、帰るのが早くなります。

この退院調整のきっかけとなったのは、訪問看護・在宅のことをよく理解した看護師が退院調整部門に配属されたことでした。病院ではラウンドと言いますが、患者を看て回ったときに、この方に会おうわけです。この看護師は諸先輩から「この人はもう大学病院にいる患者ではないから、療養病床とか施設とかを探して、早く転院するように説得しなさい」と言われます。しかし、患者さん本人からは「家に帰りたい」と言われますので、板挟みになって悩んでいました。結局、看護師は、「これはやはり本人の思いをまずは尊重して、在宅でやってみよう」と決断して、地域のあらゆる機関に連絡調整を行います。時間をかけて、3カ所の訪問介護事業所、2カ所の訪問看護ステーション等を組み合わせながら、地域の難病担当の保健師さんにも働きかけをして、これを実現させました。ここに配属されていた看護師は、元は私どもの訪問看護ステーションのスタッフでした。その人が老人看護専門看護師という資格を取って、この病院で働いていた結果でした。

この患者さんはナースコールをずっと握りしめています。視力低下もありますので、まわりがよく見えません。とにかく、そのナースコールを握り

しめていますから、この患者さんから絶えずコールがあるわけです。その方が退院して病棟にいないとなると、最初の2～3日は何かちょっとさびしいといいますか、せいせいしたといいますか、そういう看護師さんたちの反応でした。そのうちに「あれ？ 救急車を呼んでどこか別の病院に入院しているんじゃないの？」「1週間たったが、本当に家で過ごしているの？」と心配になって、担当した私どもの訪問看護ステーションに電話がありました。「本当に帰っているのでしょうか？ どうでしょうか？」「ええ、報告が遅れましたけれども、ちゃんとお家で過ごしておられますよ」とおこたえしますと、この看護師さんたち、「気になるので現状を見にいつてみたい」と言われました。そこで、訪問看護師が同行しまして、この病院の病棟の看護師を研修生として引き受けました。

実は、病院の看護師さんたちは、「家で過ごすのがどういうことか」を余りよくわかっていません。想像がつかませんから、最初から退院できないものだと思い込んでしまう場合もありますので、見ていただいたわけです。そうしましたら、「あの人も自宅に帰せるんだ」ということがわかって、在宅への関心が高まります。

何よりも、本人が変化しました。いままでは、ずっとナースコールを握りしめていました。今は、ベッドのコントローラーで電動ベッドを上下したり、頭を上げたり足を下げたり、自分で調節をします。自分でできることもあるわけです。病院ではナースコールで看護師さんと呼んで、足元にひざまずいて看護師がハンドルでベッドを上下したり、頭を下げたり、足を上げたり下げたりしていました。その都度、看護師さんに全部頼らなければいけませんでした。在宅では電動ベッドが入りますので、自分でできることもあるわけです。

同じ天井を見ているのでも「やっぱり家がいい」。つまり、寝たきりで何もできない人ではなくて、寝たきりでも自分でできることがあって、それが人の役に立つということで、本当にいきいきとしたお顔になりました。人が人として尊厳を保ちながら、少しでも自立ができる場所があるというのは、とても大事なことだと思います。

■認知症、うつ症状、糖尿病患者の例

次に、66歳で認知症がある、うつ症状もあって、そして糖尿病があるのでインスリンを打たなければいけない患者さんの例です。しかも一人暮らしです。この方が自宅に帰ってきて、インスリンを毎日打たなきゃいけない…そのときにどうするかということです。インスリンの注射を打つということがありますと、特養の入所のポイントが下がっていきます。

最近では、看護師さんが常駐することが多くなってきましたが、それでも日曜日はいません。5時過ぎには看護師がいませんので、この点がマイナスになります。その場合、ショートステイ先を捜したりしますが、これがむずかしいのです。インスリンを投与するために訪問看護が入りますと、点数がオーバーします。この方は、10年以上インスリンを使用しています。病院でないと対応ができませんので、ショートステイの目的で年2回入院していました。そのときに病院の中で患者さんとけんかをしてしまい、自己対応してきたというのが、そもそもの発端です。

実を言いますと、46歳のときに奥さんに逃げられてしまって、アルコール依存になります。それで肝臓を傷めて吐血をしたりして、肝臓由来の糖尿病になり、インスリンを使用するようになりました。経済状態も悪くなって、60歳あたりで生活保護を受給します。このときにアルコール依存からは脱しましたが、たばこはやめられていません。65歳のときには「うつ」という診断をされて、保健師同行で認知症の確定診断を受けています。うつも悪化し、インスリンの自己注射もできず症状が悪化しているところを、生活保護ケースワーカーさんが見に行ってそれを保健師さんに相談しました。保健師さんは「これは家では無理」と判断して、以前から通院していた大学病院に相談しましたが、入院できませんでした。この方は多分、入院させたらこじれるといいますか、大学病院としてあんまり受けたくない患者さんだったと思いますが、結局、地域の一般病院へ入院します。

入院しましたらある程度整いますので、2～3

カ月したら退院をします。そのときに1人暮らしは無理なので、特養を申し込みました。しかし、インスリンがあるために、なかなか決まりません。それで2～3カ月、とにかく特養を見つけるまで「在宅で」ということで、お引き受けしたのがきっかけなのです。このときには「2～3カ月」と考えていましたが、なかなか順番も回って来ません。やむをえず在宅の生活で、それなりに工夫をして、7年間診ました。最後は自宅で亡くなっています。

この方は最初の時点で、「要介護3」と認定されました。比較的動けるタイプの認知症の方ですが、認知機能が落ちていきますので「要介護3」です。最終的には「要介護1」まで軽くなりました。インスリンの自己注射は困難です。決まった時間に起床し、どうしたかといいますとヘルパーさんが身体介護に入って、運動療法も兼ねて病院の外来へ通院し、インスリンを打ってもらいます。他の薬については、カレンダーなどを利用して1日1回、複数の薬を一包化して服用してもらいます。年2回のショートステイ的な入院をしています。このように規則正しくしますと、認知症の方も落ち着いていけます。「認知症の方は何も分からない。いつも問題行動を起こして困る」ではなくて、根気よくそして定期的に、丁寧に接すると落ち着いていきます。きちんと服薬し、うつ症状もやや軽減して感情も落ち着き出します。認知症の方の特徴ですが、短期記憶、直前の記憶があいまいです。ときどき「かつ」と怒るという、感情のコントロールができてにくいという特徴がありました。この方には、近隣に住む大家さん、配食サービス、薬局の一包化…さまざまな方が関わっています。

けんかをしてしまい、病院に通うことができなくなりました。今まで、その病院からインスリン等を処方してもらっていたのですが、それができません。そこで、近くの診療所の先生にインスリンの処方だけを、快く引き受けていただきました。診療所の先生に「この方は将来的に特養に入所の申し込みをしています。特養に入所するのに、このインスリンをずっと続けていくというのはマイナスなので、今この状態の糖尿病のコントロー

ルは、インスリンでなければいけませんか？ 経口投入薬に変えることはできませんか？」ということを提案しました。それは生活を支える視点での医療の介入です。

もちろん、お医者さんに物申すというのはなかなか勇気がいりますが、先生はその意見を取り込んでいただき、「その代わり…」と言って空腹時血糖を測りなさいと条件を出されました。認知症の方に「空腹時血糖を毎朝測りなさい」というのはとてもむずかしいことです。御飯を食べて来ないで血糖を測るのですが、「御飯を食べて来ないように」と言っても忘れて食べたり、あいまいなわけです。そこで“貼り紙作戦”といいまして、あちこちに貼り紙を貼り、ヘルパーさんと協同して空腹時血糖を一週間測りました。最大値が130でした。100以下が正常です。しかし、この内科の先生は「いや意外に低いなあ」と。「200はいくんじゃないか、毎日200ぐらいかなと思っていたんだけど、130だったら考えてもいい」ということで経口投入薬に変えて、そして薬の一包化が非常にシンプルになりました。つまり生活に合わせて医療の介入を変えることで、生活しやすくなり、ショートステイも取れやすくなるわけです。

ここで事例として取り上げた、2010年3月16日に放映された「NHK『プロフェッショナル・仕事の流儀』に訪問看護師・秋山正子」のビデオ映像を見る

先に説明した人の映像で観ていただき、家でどんな人でもある意味暮らせる。今回は人工呼吸器を付けた方とか、医療処置の多い方のところは映像になっていませんけれども、どのような状態の方でも家に帰ること、1人暮らしでも帰ることができます。1人暮らしで、認知症で、うつのある人でも帰っています。そのような支える体制をつくれば、可能だと思います。

■最後を自宅で迎える方の看取り

そして看取りも、もちろん行えます。私たちは、最後まで家にいたい方の、看取りにも力を入れて対応してきました。それには、予防を行うのがと

ても大事です。だからこそ、ちょっと具合が悪くなったときになるべく早く病院に行きますが、3週間入院しただけで、意欲もなくなり、歩けなくなり、おしりに床ずれをつくって帰ってくる例もあります。介護者を支えるネットワークをつくりながら、地域全体で医療・介護の一体的な提供があって初めて、質の高い「エンド・オブ・ライフ・ケア」で支えられるのではないかと思います。

高齢者には、時として隠れた脱水というのがあります。脱水が知らず知らずのうちに進行していて、ふらつとして、転倒し骨折して急性期の病院に救急搬送されるという例があります。脱水・意識障害・転倒・骨折がこのパターンです。脱水がありますと便秘になります。便秘が高じて、急性腹症という状態で運ばれることもあります。脱水が進みますと、熱が出ます。逆に風邪を引いたりして熱が出ますと、脱水に陥ります。ボーッとしていると誤嚥して、そこから肺炎を起こして、急に熱が出たりして、すべてが関係してきます。

その状態を日ごろからよく見て、予防していかなくてはなりません。運ばれた先に待っているものは何なのかということを考える必要があります。高齢者が入院しますと、安全・安楽のために抑制するといいますか…転倒されたら困る、けがをされたら困るということが先立ちます。高齢者は、認知症状がない方でも、場所が変わると譫妄（せんもう）を起こして、点滴を抜いたり、大声を出す、そしてベッドの柵を乗り越えて下におりるといようなことがおきますので、しっかりいろんな対策が立てられます。それはある意味、いたし方ないことではありますが、それを長く続けますと別の問題が生じてきます。

多くの場合、「口から食べるのは危険だから、経口摂取をとめる」という指示のときに、口の中をなかなかきれいにしてもらえていません。してもらったとしても時間がないため、丁寧なケアはなかなかできません。そして、発熱が終わって、血管の炎症反応が落ちてきますと、「それでは、そろそろ経口摂取、口から食べましょうね」となるときの対応が急性期で忙しいと丁寧にできませんので、再び誤嚥します。結局、嚥下（えんげ）

能力が落ちていきますので、胃ろう（直接胃に栄養を送る）のベルトコンベアに乗ります。こういうケースがたくさんあるのです。

急性期が非常に短くなりました。それはいいのですけれども、次へ送るために胃ろうにしなければ受け入れてくれないということがあります。胃ろうを受け入れてくれる施設があるのです。経鼻経管はだめです。介助の量が多い経口摂取のままですと受け入れてくれません。ですから、本人や家族が望んでいない場合でも、どんどん胃ろうの人がつくられます。胃ろうだと痰がふえて、吸引がふえます。そのような状態をつくり出しているという急性期医療の責任もあるわけです。高齢者がどのように最期を迎えるか、どのように対応していくか、これはとても大事なことです。在宅で早めに対応して、早めに元のところに戻すことを心がけた方がよほど優れていると思います。

■96歳で独居の方の最期を看取った例

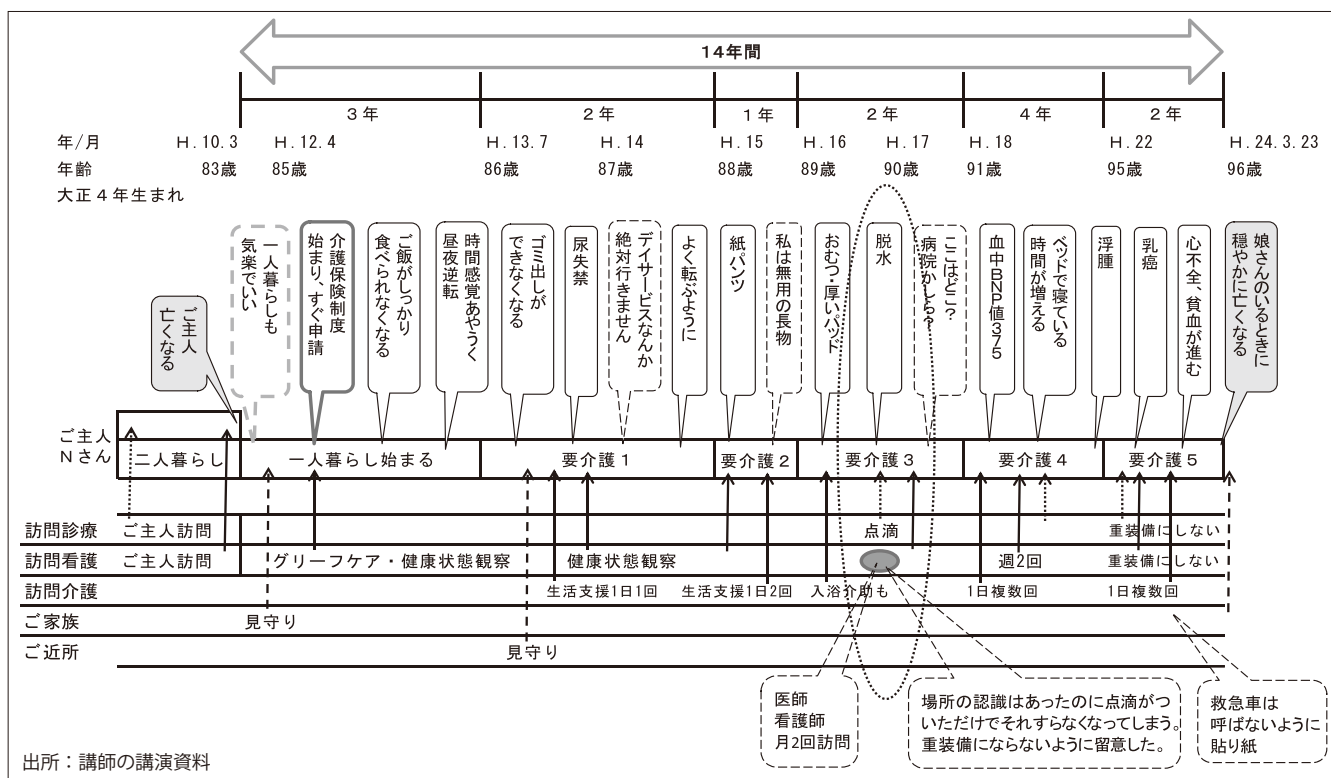
図表5は、大きなお寺さんで1人暮らしになり96歳で亡くなった女性の、足かけ14年にわたる介護の記録を一覧表にしたものです。この方は一度

も入院をしています。病院が嫌いでした。医療処置も嫌いです。予防注射をする、その針が嫌いでした。この辺は本人の意思がはっきりしています。しかし、認知症が進んでいく過程では乳がんの兆候もありましたが、最期まで原則一人でした。

外から娘さんが通い、サービスがいろいろ入ります。御近所の力も借りて、最期は自宅で亡くなっています。何でこんなに早めから入れたかといいますと、御主人に前立腺がんの骨転移があって、骨に転移して痛みがあるので、医療用麻薬を使いながら疼痛をコントロールして、最期はおうちで亡くなりました。一人残されたこの方ところに、亡くなったあとの残された方がどうしているか、グリーフケア（遺族ケア）として訪問看護師が入ります。

これは保険の点数は取れません。私たちは点数が取れないから行かないのではなくて、必要なケースには必ず行きます。そこで、この方が「1人暮らしも気楽でいいわ」といいながら、ちょっとやせています。皮膚がちょっと乾いた感じがします。台所の水場がきれいといいますか、汚れていません。台所の下のごみ箱には、お菓子の空きが落ちていません。「あれ？ ちゃんと食事をとっ

図表5 足かけ14年にわたる介護記録の一覧表



ているのだろうか？」心配になった担当看護師が「お食事召し上がっていますか？」と聞きましたら、「あーら、食べているわよ」と言ったので、「これはちょっと…」と思って、娘さんと連絡を取って、介護保険で対応することにしました。

そして、まずしっかり食事をとって、栄養状態を整えるということが認知症の症状の進みを遅くしますので、生活を整えるところから入ります。看護師も月に1回訪問して観察をしていきます。そして、介護の方が困ったりしたら、緊急コールを訪問看護が受けるようにして、これをずっと続けていきました。途中途中で認知症の症状が進み、さまざまなエピソードがあります。徐々に頻度が高くなって「要介護3」です。この間、7年が経過していました。非常に緩やかです。「要介護3」程度になりますと、ケアマネさんが「もうそろそろ、家は無理なのではないですか？ 1人暮らしはとても無理ですよ。施設がありますから」と、施設を勧められるパターンも結構あるのですが、この方は「自分の家が一番いい」「自分には、このお寺を守るという、留守番という大きな役目があるので、ここを動きません」ということでしたし、ここは踏ん張りました。

お家で同じベッドの上で点滴を1本しました。脱水症状でしたので、点滴を入れるときはボーッとしていました。先ほどお話ししたように、超高齢者の救急というのは脱水というのがベースにあります。予防はしていたのですが、起こしてしまった脱水を、家で点滴1本しながら様子を見ていたのですね。そうするうちに、お水が体の中に回ってきて、少しはっきりしてきますと点滴の針を抜こうとしたりいろいろしますので、横に看護師がついていました。

最初に話した言葉が「ここはどこ？ 病院かしら？」と言ったそうです。それがとても印象的でした。看護記録に書いてあったのですね。なぜ印象的だったかといいますと、この方は時間軸の認知機能は落ちているけれども、場所の認知は確かに保たれていました。なのに、この医療処置この点滴を1本するというだけで、その場所の認知機能が落ちていきます。残された機能をなるべく維

持した上でこの方のケアを続けていきたいと、そのように考えたからです。

ここから先は、心不全が悪化したり、乳がんの兆候があったりしましたが、これ以上の重装備化をせず、最期は自宅で、ちょうど娘さんが来ているときに亡くなっています。足かけ14年間です。長い経過ですから娘さんに、「本当に長い期間、御苦労さまでした」といいましたら、「あら、短かったわよ。終わりよければ、すべてよし。楽しかったわ」ということでした。途中、いろんな苦労はありましたが、それを忘れて、最期のところで、成功体験といいますか、よかったと思えることが大事なのかなということを、この方の事例で感じさせられました。

この事例を病院の看護師さんやケースワーカーさんの勉強会でプレゼンテーションしました。病院の方々は、「このようなことでしたら、本当にいいですよ。御本人にとっては最高でしたね」という話の一方で、「しかし自分は今、病院の立場です。病院に運ばれたら、何もしないわけにはいきませんから」ということでした。病院は、いったんいろんなものが付きますと外すことがなかなかできず、医療処置が足し算になっていきます。在宅医療の特徴は最低限の医療処置、引き算の医療という点です。いろんな医療処置がたくさんできるとことを誇りにしている人のところにも行きますけれども、そうではない状態にしていくのも私たちの役目です。

高齢者の緩和ケアというのは“がん、非がん”の方を問わず、最期の場面においてできるだけ穏やかに亡くなっていけるようにしていくことです。“終の棲家”とした生活の場で十分な緩和ケアの提供が行われ、豊かな死を可能にする、人生の最終章を生き切る支援ができる地域づくりに対して、わたしは、看護の立場で参加をしたいということを、本当に思っています。そのためには、早め早めの相談機能が働かないとむずかしいと思います。

■「暮らしの保健室」の相談支援

そのためには、病院以外の場所での、生活する

場における相談支援がとても大切です。病院の中に相談支援センターがあることすら知られていないのが現状です。しかし、病院の中ではなかなか言えないことでも、病院の外で聞く場があれば状況は変わってくるのではないかと、医療も含んだ相談支援の場所が街の中にあつたらという思いで、「暮らしの保健室」を立ちあげました。

これは、2011年7月1日開設です。平成23年度、平成24年度、国の在宅医療連携拠点事業のモデル事業の採択を受けて事業展開しております。たまたま私たちのシンポジウムを聞きに来た、大きな団地の商店街にありました元本屋のオーナーさんが、私たちに安くお部屋を貸していただき、中を改修してそこで相談支援を始めました。この地域ニーズは非常に高いものがあり、高齢化率は約50%です。新宿区全体では19.8%、この若松地区になると25.4%です。5人に1人、4人に1人、2人に1人…3千世帯6千人が住むこの戸山ハイツの中で、独居率は4割です。1人暮らしの方が非常に多い地域です。

国立国際医療研究センター、東京女子医大、JCHO・東京山手メディカルセンターという大きな病院に囲まれた地域です。その中に「暮らしの保健室」を開設しております。

保健室の中は相談支援を行っていますが、一部サロンのようになっております。キッチンがあって、メインテーブルがあって、相談コーナーがあります。保健室なのでベッドも1台備えてあります。街の中で、大人も来られる保健室です。

入院中の家族の相談で来られる方もいますし、時には子供も来ますし、赤ちゃん連れのお母さんも来ます。地域包括支援センターとの違いですが、地域包括支援センターは高齢者にフォーカスを当てていまして、介護保険を中心にした施策の事業を展開します。この保健室は医療に強く、訪問看護も兼務しながら看護師が必ず相談に乗ります。年齢枠は付けていませんので、どなたでも来られます。そこでの相談事例からさまざまな連携につなげていく仕事を一緒にしています。ミニ講座や、勉強会等もしています。

もう一つ、非常に大きな特徴なのですが、



多くのボランティアが活動しています。専門職の数が少ないのです。訪問看護師は、訪問看護として目いっぱい働いているところもあって、ここには新たに雇用した看護師もおりますが、一部訪問看護と兼務しつつ、かなりの部分をボランティアさんに支えていただいています。しかも、そのボランティアの半分は、在宅医療・訪問看護を利用して家族を看取った御遺族で、その方たちがとても生き生きと働いてくださっています。

もう一つは、在宅医療連携拠点事業ですので、連携を促進するために勉強会を毎月1回ずつ開催しております。そのときに集まる人はさまざまな顔ぶれです。病院から、地域の診療所から看護職、医師や訪問入浴のヘルパー、それから社会福祉協議会の相談員の方も来ます。いろいろな人が同じ事例についてディスカッションをして、顔の見える関係の中で連携しやすいつながりを平成23年からずっと作ってきました。

しかし、「連携、連携」と言ってもなかなか「連携の可視化」といいますか「見える化」は進みません。典型的な例ですが、1人暮らしでお子さんがいません。親戚も遠くにいて、いろいろ不安が起きたり、具合が悪くなると救急車で大病院へ行くという「オオカミおばあさん」です。この方が社会福祉協議会の方の支援を受けてここへ相談に来ました、そこで、よく話を聞きながら支えていきますと、不安が少しずつ減っていき、むやみに救急車を呼ばなくなり、治療行動の変容が起こっています。救急車が1回出動しますと、税金が最低17万円は掛かっていると言われます。決して「救急車を呼ぶな」ということではなくて、救急車を呼ばなくても済むような取り組みをして、地域で

支える必要があります。

保健室では、やはり医療相談が非常に多くて、7割近くを占めます。傾聴、よく話を聞き、少しの助言、これで4分の3の事例が解決します。何でもかんでも教えてあげるのではなくて、よく話を聞きながら話の中身の整理するお手伝いをする、そうすることによって自分で考えられるようになっていきます。その中で、「他の機関と連携をする」が7%、「他機関を紹介する」が7%、計14%です。最もよく連携する先は地域包括支援センターです。しかも、医療機関との連携も多くて、病院、診療所、訪問看護ステーションとさまざまです。地域的には新宿区内、区外といろいろです。もちろん保健センターの保健師さん、障害支援の窓口等とも連携をしています。

このモデルは、イギリス・スコットランドで始まりました、「がん患者と家族のためのマギーズ・キャンサー・ケアリング・センター」という相談支援の在り方をモデルとしています。それはこちらから何か全部サポートしてあげるのではなくて、「よく話を聞き、その人本人が自分自身を取り戻す」という、非常にサポーターシップケアをしています。私たちもそれをしたいというのが後ろにあります。がん患者さんの話もよく聞いています。結果、来る方の3割はがんの方であるというような、今の実態があります。

「暮らしの保健室」は、医療や行政サービスが必要ではない、受けていない人も利用できます。病気の手前の状態、予防的な部分の対応もしています。それから医療やいろんな行政サービスを利用していても、問題解決に至らない人も利用しています。利用者中心の連携がなされて、問題解決

に向けて「暮らしの保健室」がコーディネートしています。さまざまなことをしてきまして、その中で学び合い、支え合い、つながり合うというような活動を通して、セーフティーネットの穴に落ちているような方を支援していく、「学び合う場」としての「保健室」が出現をしているといっても過言ではないかと思います。

基本として、本人中心の合意形成を促す支援をしています。病院では「この人は家では無理でしょう」と、最初から決められています。本人の意思をなかなか引き出していないという現実があって、しかも退院がゴールではなく、退院後の生活がどうできるかが大事ではないのかと思います。その人がどのように生きてきた人で、これからどう生きようとしているのか。本人の意思をしっかりと引き出し、本人中心の合意形成の下で今後の方針の決定がなされていくこと、それを支援できる看護職でありたいと思います。その結果、この「Aging in place」…「Living in place」ですね。つまり、その場所で生き続けるための支援というのが必要ではないでしょうか？

どうぞ皆さんの地域でも、新しい仕組みを住民とともにつくっていきけるような“フレッシュな千葉”の取り組みを期待して私の話を終わらせていただきます。御清聴ありがとうございました。

○司会 秋山先生、どうもありがとうございました。秋山先生には、このあとパネルディスカッションのほうにも御参加をしていただきます。再度、全体の拍手で秋山先生に感謝の意を表したいと思います。どうもありがとうございました。

講師紹介

あきやま まさこ
秋山 正子 氏

**NPO法人白十字在宅ボランティアの会理事長
東京女子医大非常勤講師**

<略歴>

秋田市生まれ

聖路加看護大学卒業産婦人科の看護師を経て現職。

<著書>

『在宅ケアの不思議な力』医学書院

「患者と家族のケアについて」等

<その他>

社会貢献支援財団から「平成21年度社会貢献者」を受賞（2009年）

NHK仕事の流儀「どんなときでも命は輝く」で放送され反響を呼ぶ。（2010年）

現在、地域の仕事の傍ら全国を講演して歩く。

連合千葉議員団会議 調査研究事業 第1回シンポジウム

パネルディスカッション

司会 宮崎 伸光 千葉県地方自治研究センター 理事長
パネラー 土橋 正彦 千葉県医師会副会長
天野 行雄 千葉県議会議員
石井 宏子 千葉県議会議員
鏡 諭 淑徳大学教授
コメンテーター 秋山 正子 NPO法人白十字在宅ボランティアの会理事長



(司会者 網中 肇)

それでは皆さん大変お待たせいたしました。定刻になりましたので、これよりパネルディスカッションを進めていきます。各パネラーを、簡単に紹介いたします。

まず、コーディネーターとして、法政大学法学部教授の宮崎伸光先生。先ほど基調講演をいただきました秋山正子先生はコメンテーターとしてご参加いただきます。そして淑徳大学・コミュニティ政策学部教授の鏡諭先生。千葉市稲毛区選出の天野行雄県会議員。君津市選出の石井宏子県会議員。千葉県医師会・副会長の土橋正彦先生。以上でございます。

これ以降のパネルディスカッションの進行につきましては、宮崎先生にお願いいたします。それでは先生よりお願いいたします。

○宮崎 ここからはシンポジウムという形で、ディスカッションを進めてまいります。このパネルディスカッションを企画するにあたって題名をどうつけようか悩みました。結局題名を付けずに本番を迎えることになりました。基調講演の秋山先生のお話にもありましたが「地域であらゆる人々が生き生きと暮らしていくためには」ということを考えると、単に保健・医療・福祉をそれぞれバラバラに考えていたのではとても間に合わないことは明かです。いま秋山さんからの話を受けまして、ここから先は地域の在宅医療の問題に少し比重を置きながら、お話を進めていきたいと思っています。

それでは、最初に千葉県医師会の副会長でいらっしゃる土橋さんに、医師会の在宅医療の取り組みについてのお話を、15分程度ですみませんがよろしくお願いいたします。

シンポジウム司会



宮崎 伸光 (みやざき のぶみつ)
法政大学法学部教授
千葉県地方自治研究センター理事長
1957年東京生まれ 現在千葉市稲毛区在住
＜主要研究領域＞
自治制度、消防行政、自治体議会

コメンテーター



秋山 正子 (あきやま まさこ)
基調講演者
NPO法人白十字在宅ボランティアの会理事長
東京女子医大非常勤講師

パネラー



土橋 正彦 (つちはし まさひこ)
1951年生まれ
千葉県医師会副会長在宅医療担当 市川市で開業
＜学会・専門医等＞
日本プライマリ・ケア連合学会代議員、
日本救急医学会専門医、介護支援専門員



天野 行雄 (あまの ゆきお)
1960年生まれ
神奈川大学大学院法学研究科卒業
千葉市稲毛区選出千葉県議会議員 (現在3期目)
連合千葉議員団会議会長



石井 宏子 (いしい ひろこ)
1964年生まれ
千葉県公立学校勤務後君津市選出千葉県議会議員
(現在3期目)
障害を持つ子を抱え議員活動を展開している



鏡 諭 (かがみ さとし)
淑徳大学コミュニティ学部教授
1954年山形県鶴岡生まれ 所沢市役所入庁、
介護福祉計画担当後2008年から現職
＜研究分野＞
自治体学会、公共政策学会、自治学会、
認知症ケア学会、成年後見学会

■千葉県医師会在宅医療の取り組み

○土橋 ただいま御紹介いただきました、千葉県医師会の副会長をしております土橋と申します。どうぞよろしくお願いします。

本日は、千葉県医師会の在宅医療の取り組みについて、お話をさせていただきます。時間が15分ですので、少し早足で飛ばすところもあるかもしれませんが、どうぞ御容赦いただきたいと思います。

私は、先ほどお話にも出ていた市川市医師会の会長を8年ほど務めておりました。その時にいろいろと在宅医療に取り組みました。5年ほど前から千葉県医師会の役員をしていますが、市川市というのは私がいま住んでいる場所ですから、その住んでいる場所で在宅医療を行うと、「ああしたら良いのではないか。こうしたら良いのではないか」ということが、具体的にアイデアとして出てきます。

実は、私が県の医師会の役員となって、はたと考えた時に、県の医師会としてどのような取り組みをしていったらいいのかということは、非常に難題でした。県の医師会として、具体的にどういう仕事をしたらいいのかわからなくて、非常に悩んだ時期がありました。ただ、結論というわけではありませんが、何年かいろいろと考えているうちに到達した課題について、今日は少しお話ができればと思っています。

地域包括ケアシステム論につきましては、皆さんも御存じですし、先ほどもお話がありましたので省略します。基本的には地域の自主性・主体性に基づいて、地域の特性に応じて作り上げていくということです。千葉県医師会から各地区に「こうしましょう。ああしましょう」ではなくて、県医師会が各地区の医師会の活動をいかにサポートするかが重要になってきます。

日本の高齢化社会の特性については皆さんに今さらお話しすることもないですが、人類史上例のない急速なスピードで高齢化社会がこれから到来します。千葉県は特に高齢化の進展が早い県です。

■千葉県の高齢化は急速に進んでいる

平成23年の都道府県の高齢化率の現状ですが、いま千葉県は22%で全国的にはそんなに高い値ではありません。平成17年から平成27年にかけて65歳以上人口の増加率を見てみますと、埼玉県が1位、千葉県が2位で50.6%、47位の鹿児島県が10.2%ですから、高齢化社会が進むスピードが非常に速いということです。千葉県内の各市町村の高齢化率を見ますと、現状では1番高いのは御宿町で40%を超えています。一番低いのが浦安市ということで、14%ぐらいでないかと思います。本当に日本の縮図という感じで、高齢化がすごく進んでいる地域から非常に若い町まで混在しているのが、千葉県の特徴と言えます。

千葉県には医療圏が九つありますが、医療圏ごとによって増加率が違います。平成17年には30%を超えているところは安房地区の一部でしたが、平成26年になりますと、夷隅地区と海匝地区にも広がります。そして平成42年には県全体が30%を超える状況となります。いままでのように、病院に入院したり施設に入所する社会システムでは、高齢化社会を乗り越えることがもうできないと言われています。

在宅医療の推進には、地域特性を考慮することが非常に重要です。先ほどの高齢化のスピードも全然違いますし、医療施設の整備状況も全く違います。地理も全く違います。そのような状況の中で、地域特性を考慮しなければ、在宅医療・地域包括ケアシステムは構築できないことになります。

数年前ですが、英国の医学雑誌に「ランセット」という有名な雑誌がありまして、これが日本特集というものを出了ました。ここでは「日本の課題は世界の近未来図である」と言われ、医療の質を落とさないでどう超高齢化社会を乗り越えるのか、日本の行方を世界中が注目しているということがテーマでした。その中でも千葉県は高齢化の進み具合が日本の中で2位ですので、世界の皆さんが千葉県の対応や施策を注目していると言っても、過言ではありません。

これは厚労省も医療計画を見直していて、認知

症あるいは在宅医療というものに、重要な位置付けを行っています。都道府県ごとに見直される次期の医療計画の中に、このような内容のものも含めることになっています。在宅医療での患者の看取りですが、1950年代はだいたい自宅で亡くなる方が80%を超えていました。いまでは逆転をしてほとんどが病院で亡くなります。在宅では14～15%ということで、まだまだ在宅での看取りというのはそう多くはありません。

これからは、入院医療・外来医療以外に、在宅医療の充実が重要となります。私たち医師自身が患者さんを医学モデルとして、病気の原因や解剖学的な障害という観点だけで捉えるのではなく、いわゆるケアという観点から、患者さんを生活者として社会モデルとして考え捉えていくことが非常に重要だと言われています。私たち医師自身がこのようなパラダイムシフト、すなわち思考の枠組みを変えていかないと、この在宅医療を充実させて、いわゆる高齢化社会を乗りきることはできないと思います。

病院というのは治療を最優先する場所です。治療をするために、たいへん機能的につくられていますが、患者さんがそこで生活をする上では必ずしも住み心地が良いところではありません。病状が安定した時には住みなれた自宅で、患者さんが自分自身の自宅を生活の場として選択するのは、非常に自然なことだろうと思います。

地域包括ケアシステムですが、地域のフォーマルサービスというのがいろいろとあります。フォーマルというのは法律に基づいて行われる医療保険や介護保険等の公的サービスですが、そのようないわゆる制度で決まったものだけではなく、地域のインフォーマルサポートの連携が非常に重要かと思っています。私は、フォーマルサービスは棒グラフ的なサービスだと言っています。棒と棒には隙間がどうしてもできてしまいます。独居のお年寄りを自宅で看られるのかという議論がよくありますが、フォーマルサービスだけではなかなか難しい部分があります。やはり近所の方のお手伝いなども含めて、地域のインフォーマルサポートをいかに充実させていくかということが、地域

の力になってくるのではないかと考えています。

■緩和ケアと重症の心身障碍児の在宅医療

在宅医療の対象疾患はいろいろあります。本日は、がん患者さんの緩和ケアと、重症の心身障害児である子どもさんの在宅医療、あとはフレイルと呼んでいる高齢者の虚弱について少し触れます。在宅医療ですが「子どもさんが出てくるのかな？」と、疑問に思われる方もいらっしゃるかと思います。私どもの経験から言うと、子どもさんの在宅医療は結構多いのです。いかにそこをサポートしていくかというのも、非常に大きな課題になっています。高齢者だけではないということです。

フレイルと言うのは、日本老年医学会が提唱している考え方です。私たちは高齢者の介護保険を申請する時に意見書を書きますが、その病名欄にどういう病名を書いたら良いか思い当たらないことがあります。病気ではないのですが、ただ弱っているし、いろいろと問題もあることが結構あります。よく考えてみますと、ここに書いてあるとおり、虚弱や老衰、衰弱や脆弱という加齢に伴うもので、筋肉の低下なども含めてですが、虚弱な感じになっていることがあります。必ずしも病気で脳卒中になったとか、転倒して骨折したということがなくても虚弱なことがあります。

ただ、フレイルは、早い段階で気がつけば元に戻すことができます。リハビリをきちんと行い、介入することによって、元に戻すことがある程度可能なのがフレイルという考え方です。こういう概念も今後は必要になってくると思います。フレイルを虚弱と言ってしまうとそれまでですが、なかなか虚弱では表現できないところにフレイルという言葉が使われているわけです。筋力の低下だとか、倦怠感や日常生活の意欲低下、活動性の低下、歩行速度の低下、体重減少などがフレイルの一つの徴候・症状と言われています。

サルコペニアという筋力低下がおき、基礎代謝・栄養状態も落ちてきて、エネルギー量が減ってきます。意欲が低下して、食欲は低下し、低体重になっていきます。このような悪性の循環がフレイル

ルという状態を進行させます。どこかで介入してあげることによって、それを止めることや改善することが可能になっていきます。

皆さんはがんの緩和ケアというと、終末期におけるがんの痛みや苦しみを、モルヒネを使って治療するというように捉えている方も多いと思います。しかし、必ずしもそのようなものだけではなくて、今は、がんと診断された時からの緩和ケアと言われています。必ずしも身体的な痛みだけではなくて、トータルペインと呼んでいます。身体的痛みはもちろんのこと、それ以外に社会的な痛み、精神的な痛み、スピリチュアルペインと言って宗教的な背景をもつような痛みも含まれます。このように様々な痛みがあり、がんと診断された時から患者さんをサポートしていく必要があります。このような場合には、がんの専門医と連携して、かかりつけ医がいかに関わるかが重要だと思います。

先ほどの子どもさんのことですが、医師会では在宅医療の支援をかなり行なっています。高齢者は当然ですが、9歳以下のお子さんたちが全体の5%ぐらいいます。重症の心身障害児の方を、地域でお母さんやお父さんが必死になって、一生懸命に看ていることが結構あります。それを医師会としてサポートしていますが、これからはNICU（新生児集中治療室）のベッドも一杯になってきます。そのような方を地域に戻すにはどうしたらよいかが、非常に大きな議論になっているところです。地域には、子どもさんを診る主治医やかかりつけ医は、なかなかいません。小児科の先生というだけでは、なかなか診てもらえないことが多いのです。それは非常に重装備の医療機器をつけていることも多いからです。

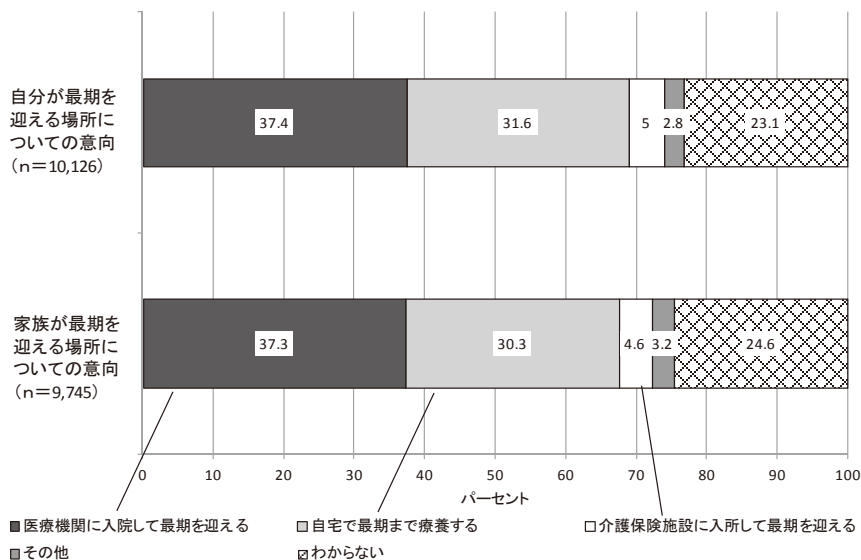
■終末期医療を在宅で希望する方が増加

千葉県が行った終末期のアンケートでは、自分

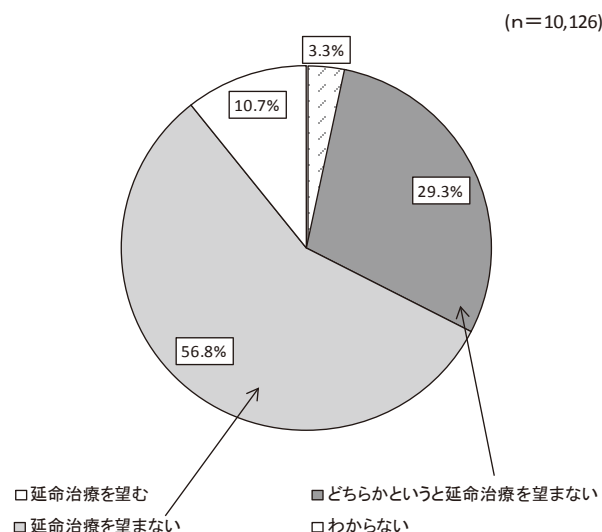
に死期が迫っている場合に、どこで死を迎えたいかという質問に、31%が自宅、37%が病院と答えています（図表1）。

延命治療を受けたいかという質問には、延命治療を望まないという方がやはり圧倒的に多く80%を超えています（図表2）。最近では、こういう終末期におけるいろいろなリビング・ウィルというのでしょうか、自分の意思を伝えるために書くツールのようなものが、いろいろと出ています。自分の考え方をそこにまとめておくのは、とても重要なことですし、在宅医療を行う上でも非常に参考になると思います。

図表1 最期を迎える場所についての意向



図表2 延命治療を望みますか？
(自分の延命治療についての意向)



実は、私が診ていた女性のがん患者でしたが、自宅で最期を迎えたいということでした。私はその患者さんに、自分の意思を伝えてもらいたいのので「メモでいいから紙に書いてください」とお話しして書いていただきました。少し読ませていただきます。

- 不治の病にかかった場合は、死期を引きのばす措置は断り、できるだけ自然死に近く、人工死を避け、最期を自宅で迎えるのが私のリビング・ウィル（望み）です。数カ月に至る植物状態の時は、生命維持装置を取りやめること。
- 経口的な栄養摂取が不能な時は、長期の点滴・強制栄養などはしないこと。
- 苦痛を和らげる処置は、寿命の短縮に関わらず行うこと。がん再発の時は疼痛緩和であっても、再手術・放射線・化学療法は拒否。鎮痛剤による鎮痛緩和治療を中心として受け、先生に最期を診ていただくのが希望です。
- ただし、周囲への負担が大ききようでしたら、〇〇病院の先生に病院での緩和ケアをお願いしてありますので、息子たちへのアドバイスと経過の書類をお願いいたします。
- また、あと1〜2カ月ということでしたら、入院はせずに先生のお力と家族・介護サポーターの援助を受けさせていただき、家で終わりたいのが私の心からの望みです。そこまでに、私は残されたことをするとともに、いま少し日常を保てるようにできる努力をしていきたいと思っていますが、先生が何よりの支えで、御負担をおかけいたしますがどうかお許しいただきたいと存じます。
- 主人の母や主人より、私が先に最期を迎えることもあろうかと思いますが、その際はどうぞよろしくをお願いいたします。家で私が最期を迎える希望を持っているのは、病院に対する怖さもありますが、主人には姿を見せたくないためです。

というように、リビング・ウィルを託されました。残念ながら最後は病院で看取ることになってしまいましたが、このリビング・ウィルを守るために、これをかなえるために、私も微力を尽くさせていただきました。

千葉県医師会の在宅医療のコンセプトについて、簡単に触れます。在宅医療を行っている医療機関・在宅療養支援診療所というものがあるかと思います。普通の診療所、あるいは在宅医療を専門に行っている医療機関もありますが、在宅医療を一生懸命にやっている医療機関は、必ずしも在宅療養支援診療所だけではありません。一般のかかりつけの先生方が在宅医療を結構やっているのではないかと考えて、私たちは県医師会として調査を行いました。

回答いただいたのは1,715の医療機関ですが、

訪問診療を行っているのが378件でした。そのうちの54%は「在宅支援診療所の届けなし」で、これは一般のかかりつけ医の先生と考えていただければ良いかと思います。必ずしも「在支診が多い」ということではありません。

定期的に計画を立てて往診するのを訪問診療と呼んでいます。往診は緊急の時に患者さんの依頼でスポット的に往診するもので、これは475件の医療機関が行っていましたが、そのうちの6割以上が一般の医療機関です。必ずしも在宅療養支援診療所だけが在宅医療を行っているのではないことを今日は知っていただき、そういう機会があれば、かかりつけの先生にまず相談してみることが重要かと思います。

また、在宅での看取りの患者数ですが、全部で2,347ケースがありました。患者さんの家で看取っているのは1,724件です。その中で、説明は省きますが、さすがに在宅支援診療所や機能強化型在宅支援診療所はやはり多いです。ただ、一般のかかりつけの先生でも444件25.8%ということで、かなり支援診療所に匹敵するぐらいの数を在宅で看取っています。

また、特別養護老人ホームでの看取りに関しては、50%ぐらいをかかりつけの先生が診ています。かかりつけの先生すべてが必ずしも在宅医療をやっているわけではありませんが、相談してみる価値はあると思います。

■県医師会として在宅医療を推進

私たち医師会では、地域でいかに在宅医療を推進していくかを考えて、昨年10月に新しく医師会館が千葉市役所の前にできましたので、その1階部分に地域医療総合支援センターを開設いたしました。ここには在宅医療の機器や介護の機器等を常設展示して、相談員の看護師さんや保健師さんも常駐し、説明したりしています。多職種の方に御利用いただき在宅医療の勉強をしていただいたり、これから在宅医療の希望があり、どんな設備があるのか関心を持っている県民の方にも、自由に見ていただくような場をつくりました。

千葉県には、地区医師会が全部で23あります。その地区医師会の担当理事を集めまして、定期的に勉強会を行っています。そのことによって、各地区に在宅医療を推進していただくリーダーの養成を進めています。それぞれの地区医師会に対し、行政と連携して、市町村と一緒に在宅医療を推進するためのいろいろな勉強会・研究会や会議を開催してくださいとお願いしています。以上、駆け足でしたが、医師会の取り組みについてお話をさせていただきました。ありがとうございました。

○宮崎 どうもありがとうございました。現場の状況をわかりやすくお話しいただきました。特にかかりつけのお医者さんの重要性が改めてよくわかりました。

次は、天野さんをお願いしたいと思います。千葉県全体の在宅医療の関係についてのお話をよろしく願いいたします。

■連合議員団会議として在宅医療、介護を研究テーマに

○天野 よろしく願いいたします。私はスポーツが好きで整形外科にはよく行くのですが、なかなか内科などには行きませんので、医療・介護の分野は本当に苦手でした。実際に地域で生活をしていく中で、やはり年を重ねるごとに一番重要なテーマだということによりよく気がつきまして、いまいろいろと勉強しています。なかなか専門の分野ではありませんので、的外れのことをお話しするかもしれませんが、お許しいただきたいと思っています。

私はいま連合議員団会議の研究会で福祉分科会の座長を務めさせていただいております。その中で今年度は在宅医療・介護に焦点を当てて、千葉県内における医療・介護の体制整備を推進していくという方針が出されています。その中で、どのような課題があり、どのような姿を実現していくのかについて、現状分析や様々な調査研究を行いながら、提言を行っていくと考えています。

従来から、QOL（生活の質）についてはよく

語られています。最近ではQOD（クオリティ・オブ・デス）・死の質のあり方、安らかな死についての議論がされています。死生観については、日本人はなかなか話す機会がないですし、避ける人が多いのですが、あえて少し触れたいと思います。私は、その人らしい尊厳のある死と権利を一つの人権だと考えています。その死に至る過程で遭遇する苦痛や恐怖、不安感などの心配を取り除いて、安心して死を迎えることができるような条件整備について、きちんと考えていかななくてはならないと思っています。

しかし、後に説明しますが、県内の地域によって医療や介護の資源はそれぞれであり、各地域により限定されていることも事実です。そのような現況の中で、国は在宅医療の整備を示していますが、地域によっては整備ができずに、自分の最後の選択肢が限られてしまう可能性もあります。しかし、そのような中でも理不尽な思いをすることはできないと思っています。ある県職員が「現状でも高齢化率が高く高齢者が多い地域でも何とか対応ができているのだから、それでいいのではないですか」と話しておりましたので、それに対して「やはり、その考えはちょっと違うのではないですか」と、いろいろな議論をした覚えがあります。

本日の配布資料の中には「各地域の実情に適合した条件整備が肝要である」と書いてありますが、地域により資源が違うのですから、その条件の中で整備をすると言っても「何を基本とし、確保すべき最低条件は何なのか」「どうすれば尊厳が確保できるのか」という判断は非常に難しいと思っています。県内の様々な地域で必須となる条件は何なのかということについて、私はその点を特に考察していきたいと思っています。

■千葉県の高齢化が進む

それでは、はじめに千葉県の特徴についてです。1番目として高齢者人数の増加ですが、先ほど土橋先生からありましたとおり、日本で2番目に速いスピードでいま高齢化が進んでいます。図表3には、千葉県内市町村の75歳以上人口の推移

図表3 千葉県内市町村の75歳以上人口の推移

自治体名	75歳以上人口の推移			75歳以上人口の増加率		高齢化率 (2015年)
	2010年	2025年	2040年	2010→2025	2010→2040	
千葉県	563 千人	1,082 千人	1,095 千人	192.3%	194.7%	26.2%
千葉市	80,830 人	184,110 人	187,747 人	227.8%	232.3%	26.6%
浦安市	6,981 人	15,109 人	19,558 人	216.4%	280.2%	14.6%
御宿町	1,656 人	2,178 人	1,766 人	131.5%	106.6%	47.7%

出典：千葉県保健医療計画に関する調査（平成22年8月実施）

を載せてあります。千葉県全体では、2010年の75歳以上人口は56万3千人ですが、2025年には108万2千人まで拡大するということで、増加率は192.3%です。これが全国で2番目に速いスピードという表現の数字になっています。ただし、見ていただくと2040年にはいくらかふえないで、横ばいに近くなっていきます。2025年というのは、ちょうど団塊の世代が75歳以上になる一つの節目ですので、それまでにきちんとした整備が必要だということです。

2番目ですが、千葉県は日本の縮図で、都市部と郡部（周辺地域）の地域間の格差が大きいということです。千葉市、浦安市、御宿町を比較させていただきます。千葉市は千葉県の動向とほとんど同じで、2040年でも横ばいです。現在の浦安市は日本で一番高齢化率が低い市ですが、2025年には216%にふえ、2040年にも280%ですから、さらにふえていく傾向です。御宿町を見るとこちらは47市町村で最高の高齢化率です。現在の人数から2025年には増加しますが、さらに右側の40年を見ると減少をはじめています。高齢化率が低い地域から高い地域まで3パターンが混在する中で、どのような形を作っていくのかが、一つのキーポイントになります。

■千葉県の医療体制の遅れ

次に、千葉県の在宅医療の体制ですが（図表4）、これは在宅医療づくりの資源となる一番重要な部分だと思います。在宅療養支援診療所について、人口10万人当たりの施設数を載せてありますが、これを見ると非常に差があります。市でも設置されていない地域があります。さらに町村では、

施設がない地域が千葉県の中には15あります。それから、訪問看護ステーションでいうと施設がゼロの町村が11で、市を見ると1施設しかない自治体が千葉県の中に5市あります。47都道府県の中

では、人口当たりで見ると何と45番目であり、設置事業者数が非常に少ないのが現状です。

医師の状況については先ほど土橋先生からもありましたが、人口10万人あたりの医師の数では千葉県は全国45番目になります。埼玉県が最低です。また看護師の数で見ても、千葉県は人口当たりで言うと全国で46番目、埼玉県が47番目という状況です。

さらに県内地域別で見てみます。山武・長生・夷隅地域と一番良好な数字の安房地域とを比較すると、亀田病院の関係もあると思いますが、人口当たりの数でいうと（医師の数は）6.7倍、さらに看護師の数では2.7倍というように、人口当たりの医師または看護師の数に大きな差があります。

そして課題として言えるのは、医師と看護師の方の労働条件です。大変厳しい労働条件の中で働いています。厚生労働省の調査結果を見ても、時間外勤務が月に平均90時間ぐらあります。もちろん労働者という捉え方で言えば、もうこれは過労死の対象になるような非常に大変な状況です。また、医師の当直も平均28回で、多いところでは18回当直しています。また、看護師も3交代・2交代職場で、月に8.5回の夜勤と、超過勤務が23.4時間という数字も出ていました。このような厳しい現状の中でも安心して私たちが医療・介護の面で生活できるのは、献身的な医師や看護師の皆さんの努力があるからだとは私は評価をしています。

また、日本全体で見た時の課題は、医師も看護師も国家資格のため限られた人数しかいません。その中で、いまは47都道府県の間で取り合っている状況にあります。医療従事者の確保という点では、なかなか解決策が見えません。特に、地域によって偏在しているのも確かですし、全国的に西

図表4 千葉県の在宅医療の体制

(人口10万人当たり施設数:件/人口10万人)

二次 保健医療圏	病院数			在宅療養 支援診療所	在宅歯科 診療所	訪問対応 薬局	訪問看護 ステーション
	うち在宅療養 支援病院	うち訪問診療 実施病院					
千葉	4.82	0.10	0.94	4.82	0.52	10.05	3.35
東葛南部	3.79	0.23	0.99	4.20	0.88	8.06	2.69
東葛北部	4.16	0.22	0.89	4.46	3.04	9.06	2.82
印旛	3.62	0.56	1.67	2.09	1.39	8.62	2.09
香取海匠	7.13	0.65	4.21	4.21	0.00	4.54	4.21
山武長生夷隅	4.92	0.21	1.92	2.35	1.07	10.69	3.85
安房	11.40	1.43	7.84	6.41	2.14	14.97	9.27
君津	5.44	0.30	2.42	1.81	0.30	7.25	1.51
市原	4.21	0.70	2.46	2.81	1.40	9.48	3.86
全県	4.53	0.32	1.56	3.83	1.34	8.84	3.05

出典：千葉県保健医療計画に関する調査（平成22年8月実施）

高東低といわれる医療資源の偏りが指摘されており、千葉県で言うと東京に近い地域に集中しています。そのような観点から言えば、その偏在の解消も一つのテーマではないかと思います。

さらに問題なのは、医師と看護師側が何人必要だという数字がなかなか見えてこないことです。実は、厚生労働省が看護師の調査をしています。その調査によって、何年には何人の看護師が不足するというような数字が出ます。この調査は看護師しか行ってなかったのですが、民主党政権の中では医師の方についても実施をしました。

その結果は出ていますが、実は、これは地域での高齢化の進展等にもともなう医療需要の見込みに基づいて、医師・看護師の必要数を算出したものありません。もちろん安心・安全を保つためでもあるのですが、地域の病院が経営上足らないという数字が出ています。議員の皆さんが議会質問をすると「何名ぐらいの医師・看護師が足りない」と推計されています」と答弁がありますが、その数字が実際のところ、本当に必要な数字かどうかはわからないのです。それも大きな課題だと思っています。

連合議員団会議では福祉分科会のメンバーにより地域医療や介護に関わる現場調査を行いました。また、54市町村に対して、鏡先生を中心に介護保険に関わる詳細なアンケート調査を実施しています。議員の皆様も市町村の中で取り組んでいると思いますので、チェックをしていただきたいと思います。そのような調査を行いながら実態を把握し、課題を抽出して政策につなげていこうと考え

ています。

時間がきましたので、一度ここで私のほうは終わらせていただきます。

○宮崎 ありがとうございます。最後の方にお話が出てきた調査についてです。これは先ほどもお話に出てきた

ように、千葉県には都市部と農村部などいろいろな地域がありますので、各所の実情が本当にばらばらなのです。この実態をまずは知らなければいけないということで、現在調査を進めています。集計できましたら何らかの機会をもって御報告したいと思います。

それでは、先ほどのお話の中でも、お年寄りだけではなく子どもに対するケアも非常に重要だというお話が出てきました。具体的な地域に限っての話になるかと思いますが、石井さんをお願いいたします。

■小児の難病対策、在宅医療について

○石井 皆さんこんにちは。私は君津市選出の千葉県議会議員の石井宏子でございます。いまお話がありましたように、小児のこと、それから時間があれば難病のことを、在宅医療の事例からお話をさせていただきたいと思います。と申しますのも、実は、私も在宅医療を行っている当事者の一人でありまして、子どもに重度の障害があります。ようやく二十歳になりましたが、生まれてからずっと何らかの形で医療と深く関わりながら、子どもを育ててきています。そのような中で、自分の子どもだけではなく、多くの医療ケアの必要ないわゆる医療依存度の高い子どもたちや、そのお母さんやお父さん、家族の方たちといろいろお話をしてきました。いろいろな課題であるとか、これからどうしていったらいいのかについて、すぐには解決できませんが、お話を伺いながら政治活

動をしております。

医療的なケアは何かということ、まずはお伝えしたいと思います。先ほど秋山先生のお話の中にもありましたが、痰の吸引と言って、だいたい気管部に穴をあけて、そこからチューブを入れて吸引をします。普通、皆さんでしたらコホッと咳をすることで痰を出すことができるのですが、それができないので痰を吸ってあげるようにします。そうしないと気管が詰まって危険な状態になってしまいます。ここに穴が開いていない場合には、鼻や口からチューブを気管の中まで入れて吸引します。

それから、胃ろうについても先ほどからお話がありました、口から食べることでできない時には、胃に穴を開けて何か接続するものを入れて、そこに特別な栄養剤のようなものを注入し、その栄養剤で食べることに替えていくことになります。

そのほかに、導尿と言って、尿を自分で排尿することができないので、カテーテルを入れて導尿をします。もっと重篤になると人口呼吸器というもので、気管切開などいろいろな方法がありますが、人工的に呼吸を助けるものをお使いになる方もいます。いまは非常にコンパクトになっており、以前はおそらく在宅で人工呼吸器を使うことは難しかったと思いますが、いまでは多くの子どもさんたちが人口呼吸器を家に持ち帰って暮らしています。また、夜だけ人工呼吸器を付ける方もいます。同時に、自分で上手く酸素を取り込むことができない場合に、酸素吸入するというような医療的なケアもあります。

子どもさんがそのように家で暮らすには、誰がそれを行うかということ、いまのところはお母さんやお父さんです。ただ、このところ痰の吸引や胃ろうからの注入については、法律が改正されて介護者でもできるようになっています。まだ一部です、これからまだ行っていないか、対策を立てられないところですが、介護の方が行えるような状況にはなっています。

例えば吸引をするのも、15分おきとか30分おき、1時間おきというようにしないといけませんので、夜介護をする方はほとんど眠れないような状況に

なります。しかし、やはり自分の子どもさんですから、何とか家に帰って暮らしたい、家で子どもを育てたい、病院ではなく家で暮らしをさせたいと、皆さん強く願われています。何とか退院する努力をされて、家で暮らしていくという方がいまでは非常にふえています。

では、そのような方たちがどのくらいいるかと考えますと、実のところ、なかなかこれが県でも把握ができていません。重症心身障害児の出現率というのは、人口千人当たりで0.3人ぐらいと言われています。いったい何人いるのかということに関して、そんなに多くはないだろうから、まず実態や人数を把握することによって計画や対策が立てられるのではないかと指摘していますが、なかなか把握できていません。

わかるかと思って少し調べたことがあります。そのような子どもさんたちは特別支援学校等に通うと、たいてい医療的なケアが必要となります。毎年調査がされていますので、例えば調査結果を見てみますと、全国では8,655人の方たちが医療的なケアを必要としていて、特別支援学校や普通の小・中学校に通っているということです。

■小児の在宅医療の担当課さえ定かでなかった

千葉県ではどうかというと、369人ということです。これはあくまでも学齢期ですから、それより前の学校に上がる前の子どもたちがまだ大勢います。比率から推計すると、だいたい1,500人～2,000人ぐらいの人数ではないかという予想が立てられています。逆に言えば、そのぐらいの人数ですから何とかならないのか、対策を立てられないのかと思い「限られた人数ですから」というように、いつも県とは話をしています。

実は、8年前に県会議員になりまして、県執行部に「小児の在宅医療について教えてほしい」「勉強会をしたいので実態について教えてほしい」と話をしましたところ、慌てはじめました。「ちょっと、待ってください」と言うので「どうしたの」と聞きましたところ、「担当課がありません」ということでした。「一体全体どこで担当している

か、把握もできていないので、どこでお答えしていいのか、誰が説明に上がればいいのか全くわかりません」という県の話でした。「それでは困るから、誰かが責任をもって考えてください」というところから、スタートしました。

いまどのようなになっているかといいますと、先に結論を申し上げてしまいますが、平成25年度から「千葉県小児在宅医療連携拠点事業」というのを開始しています。これは、厚生労働省が全国9ヶ所の都道府県でモデル的に実施している事業で、その内の1ヶ所に千葉県が選ばれました。千葉県の事業については、船橋の医療法人社団「麒麟会」に委託をしています。いまは様々な検証・研究がされています。ようやくスタートしてきたかというところですよ。

地域包括ケアですとか、高齢者の医療・介護サービスのモデルがたくさんできています。多少違うところもありますが、それと同じように、これからのモデルを次々とつくっていけばよいのではないかと思います。

しかしながら、そのような中で見えてくることは、先ほど土橋先生のお話にもありましたが、非常に医療資源が乏しいということです。小児科医すら少ないと言われていますが、ましてや重度の、こういう重装備が必要な子どもたちを診られるドクターが、なかなかいらっしゃらないのが現実です。小児で在宅医療を行っている医療機関は、いったいどれくらいあるか県に問い合わせたところ、やはり「それもわかりません」ということでした。では、1件1件どのように調べていくかというのが、いまの現状です。

訪問看護ステーションではどうやって小児の子どもたちを看ているかというと、平成24年の「千葉県保健医療計画」の中に「小児も看られます」という意思表示をしてくださっているところがあります。ようやく県の方で「小児も看られる」ということを調査してくれました。先ほど天野さんから訪問看護の状況報告がありましたが、**図表5**に子どもを看られるところの実態が出ています。

図表5は平成24年の数字ですので、現在はもう少しふえているかと思います。全体の訪問看護ステーション数が179に対して、乳児疾患の実施実績があるのは48、実施可能かもしれないというのが40、同じように小児の疾患では55の49です。千葉県全体からするとまだまだですし、これを千葉県の地図に落としてみると、明らかに地域差があります。これからそれをどう変えていくのか、どのようなところに住んでいても家に帰って、子どもたちと一緒に暮らせるようにするのが大切になってきます。中にはそれがかなわなくて、NICUという小児の救急治療をするところは何年間もいて、小学校にあがる6歳になっても退院ができず、機械の音のする空間の中でずっと過ごしている子どもさんもいたりします。何とか対策を講じていかなければなりません。

この点については、やはり高齢のモデルと同様の対応が必要になります。訪問診療、訪問看護、訪問のリハビリ、訪問の歯科等々が十分支援できること、生活支援ではヘルパーさんであったり、日中一時で通所ができるなどです。そして何よりも大事なことは、先ほどもお話ししましたが、ずっと子どもさんに付いていなければならない家族のために、レスパイトケアが必要だということです。何かがあった時に美容院にもいけないし、お葬式や冠婚葬祭にも出られないことがないように、短期入所ができるようにすることです。

これらをコーディネートしていくということが重要です。先ほど秋山先生の話の中で「情報が

図表5 訪問看護ステーション千葉県保健医療圏別実績状況

二次 保健医療圏	訪問介護 ステーション数	乳児疾患		小児疾患	
		実施実績あり	要望に応じて実施可能	実施実績あり	要望に応じて実施可能
千葉	31	8	8	9	11
東葛南部	42	13	6	12	9
東葛北部	35	13	4	12	10
印旛	14	5	3	9	1
香取海匠	13	2	4	4	3
山武長生夷隅	17	5	4	5	5
安房	13	1	6	2	6
君津	5	0	2	0	2
市原	9	1	3	2	2
合計	179	48	40	55	49

出典：千葉県保健医療計画に関する調査（平成22年8月実施）

事」ということでした。親の情報量によっては全く差が出てきてしまうので、そういうことにならないよう、いま障害部門では「計画相談支援員」というケアマネージャーに替わるような方が配置されてきています。できれば、その方たちが中心になりながら、コーディネーターとなって家族に寄り添って、この地域にはこのような資源があって、このように連携するといいということができれば良いと思います。

時間ですので、この辺りで閉じさせていただきますと思います。ありがとうございます。

○宮崎 どうもありがとうございました。いま、私はこの場に座ってコーディネーター役を務めていますが、実はこの全体の企画も含め、このあとにお話をいただく鏡さんが、実質上本当のコーディネーター役であり、全てをまとめられています。

鏡さんは、もともと所沢市役所に長く在職していらしたわけです。いまは在宅医療の方に重点をおいて話を進めてきましたが、この保健医療・福祉・地域の問題を考えると、市町村と県と国のそれぞれの役割の問題は、どうしても避けることができない非常に大きな問題となってきます。

そのようなことも含めて、この間の社会保障制度の大きな変革について、鏡さんからお願いしたいと思います。10分程度でまたよろしく申し上げます。

■制度ではなく現場にニーズがある

○鏡 淑徳大学コミュニティ政策学部の鏡です。よろしくお願いします。時間がありませんのですぐに本題に入ります。今日お話を伺って感じたのは制度の話ではなくて、現場にニーズがあるので、できることをしていくということです。それによって人々の生活を支えるということについて、秋山先生のお話から大変深い感銘を受けました。さらに、千葉県医師会では、在宅医療に対して非常に積極的な対応をされているという話を、土橋先生から伺いました。併せてお二人の議員の先生からは現場の状況を踏まえてお話をいただきなが

ら、制度の不十分さについて問題提起をいただきました。

それらから考えますと、やはり制度と現場のずれがあって、まだまだ社会保障全体にかかる対応が不十分だというのが、共通の認識ではないかと思います。とはいいながらも、現場では何とかいまの制度を活用しながら、人々の生活を支えているのが実態だと思います。

それでいいのかといいますと、必ずしもそうとは言えません。やはり現場の方々が、全員とはいませんが、思いをもって対応していただけるような方々が、それを仕事として業として成り立つような制度を作っていく必要があると思います。

介護保険制度を含めた「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」というもので「医療介護総合確保推進法」と言われる法律が、2014年6月18日に成立しました。それを受けて、2015年からの介護保険の法改正が予定されています。

■介護報酬の引き下げでサービス低下を危惧

今日の新聞にも大きく取り上げられていましたが、介護報酬が改定されます。これは平成27年度（2015年度）からの介護報酬です。すでに御承知のとおり全体としては改定率を2.27%引き下げるという話で、その中身を見ますと、実は全体の報酬は全部下がっています。在宅サービス・施設サービスを含めて下がっており、その減額率は4.48%になります。ただ、介護職員の処遇改善にかかる分が1.65%上がっています。あとは看取りやサービス強化、リハビリテーションなど、個別の政策として誘導している加算というものがあって、これがプラス0.56%です。

ですから、4.48%から1.65%と0.56%を引くと、これが2.27%ということになっています。全体が2.27%下がっているのに、本当に処遇改善の1.65%は実現できるものなのでしょうか。これは素朴に疑問を持たざるを得ません。さらに、その2.27%のうちの在宅サービス分は1.24%、施設サービス分が0.85%下がっています。というように、在宅

サービスも大変大きく下がっています。小規模の通所介護など特別なものについては、ある意味狙い撃ちをして減額したというのが実態です。

このようなことから見ますと、どうも国は社会保障をさらに進めていくような構造にはないということです。社会保障制度改革国民会議の中の議論を受けて今回の改正がありますから、どうも国は財政的には行き詰まり感があって、できるだけ給付が伸びないように、社会保障費が伸びないように、押さえていくつものようです。ただ、そうしますと生活が成り立ちませんので、そのはざまについては「地域の方々に頑張ってください」というメッセージを送っているような構造に読めます。

もちろん、その地域の中で秋山先生や土橋先生のように努力をされて情熱的におやりになっている方は、大変希少な人材だとは思いますが、ただ、一般的に言えば、なかなかそれが全国に広がっていくような構造にはなっていません。ですから、これをどのように考えるかということです。

いまのように、財政的に厳しいから「国の社会保障には頼らないで地域の中でやっていく」という選択をするのか、いやそうではなくて「ある程度給付も大きくし、負担も大きくしながら、もう少し国あるいは自治体が安心を提供する」という仕組みにするのか、これは国民的な議論によって進められなければならないと思います。

今回の介護保険法改正は、「地域包括ケアシステムの構築」と「利用者負担の公平化」という、2つの大きな柱があります。その中で、特に「地域包括ケア」の中の重点化・効率化ですが、全国一律の介護予防給付を地域支援事業に移行することになっています。これも、全体的な財政的な見直しをかけるという流れの中で、地域支援事業にしていくことによって、給付から外すことになりました。

準備の関係もありますので、その部分は市町村が3年間をかけて準備して下さいという構造になっています。平成で言うと、27年・28年・29年の3年間のどこかで実施することになります。実は先ほど申し上げたとおり2.27%下がっています。

この給付費の土台になる算定は、前年の介護予防給付額をベースとして後期高齢者の人数(割合)を掛けていく算式になりますので、2015年からの報酬で2.27%下がると、その2.27%下がった分に後期高齢者率を掛けていくことになります。

技術的に大変難しい選択は求められますが、28年から実施をすると下がる可能性があります。全体の介護予防の給付費が下がっているところに算定することになるからです。まもなく3月議会が始まると思いますが、各市町村では大変頭を痛めていて「何年から実施するのか」を模索しています。全国で約1,700ある自治体のうち、平成27年度から実施をする自治体は100で、平成28年度が260、そして平成29年度が1,000ということで、残る370の自治体は未定と答えています。

いま報酬の発表がありましたので、27年度中に実施しようかという自治体が少し増えています。先ほど話したように、27年度に行えば26年の今年度の給付額に、下がる前の給付に掛けることができますので、年度末の3月でもいいし来年の1月でもいいから「27年度中に実施しよう」という駆け込みの選択をする自治体が、いま急にふえています。ですから、この数字も若干変わると思います。

このようなことから考えると、現場のニーズといまある制度との間には大変大きなずれがあります。冒頭に申し上げたとおり、さらにこの介護保険では「何を期待するのか」「地域の中で支援すべき課題は何か」「それを共有する手立ては何か」ということを、改めて整理していく必要があります。

現場の実践はとても大切なことですが、一方、現場が安心して動くことができるような制度をきちんとつくっていくことも重要です。以上で1回目の発言とさせていただきます。

○宮崎 ありがとうございます。ここで基調講演をいただきながら、さらにディスカッションにも残っていただいた秋山さんにもコメントをいたしたいと思います。

会場の皆さんからの質問にお答えいただくことに併せて、それぞれのパネラーの方のお話を受けたコメントをお願いします。質問につきましては、

一部文章を省略しながら読みます。

浦安市の長谷川さんからです。「秋山さんのような活動が全国で展開されるためには、何が、あるいはどんなことが必要なのでしょうか。やはり人の問題でしょうか？」ということですが、先ほど鏡さんのお話の中でも、このことには少し触れられていたと思います。

それから、市原市の湯浅さんからの質問です。「エンド・オブ・ライフケアを統括コーディネーターするのは、どういった方が適当なのでしょうか？」また、その時の費用の負担ということですが「費用はどのぐらいで、誰が負担するのがよろしいのでしょうか。費用が高くと、なかなか理想のケアは難しいのではないかと思います」というお話です。

県議会議員の横堀さんからのものですが、二つあります。一つは「秋山さんが実際に行われている訪問看護ステーションですが、看護による点数収入だけで運営が可能なのでしょうか？」ということです。それから町の保健室についても、これは2番目の質問ですが「この運営費用はどなたが負担されているのでしょうか？相談者の負担というのはありますか？」というような質問です。

それから、茂原の前田さんからですが、今日のお話の中で具体的に名前が出てこなかったからだと思いますが、「リハビリでのOTやPTとの連携、また位置づけについても一言コメントをいただけると助かります」ということですが、よろしく願いいたします。

■地域での工夫が大切

○秋山 ありがとうございます。土橋先生とは、先生が市川市の医師会長の時に私も呼ばれたりしまして、以前から活躍を拝見させていただきました。今日は県医師会の立場ということで、わかりやすく説明していただき、ありがとうございます。

これからの在宅医療については、小児の在宅というのは非常にいま着目されていて、そのモデル事業が行われています。私たちもそれは身近に感じながら取り組んでいます。また、途中割愛され

ましたが、難病のことについても制度がとても変わってきているように感じています。

それから、いまの質問にお答えしつつですが、鏡先生がおっしゃった生活支援の部分、つまり予防支援・予防給付を介護保険の外に出すということですが、3年間の猶予のもとで、徐々にどう変えていくかは各自治体に委ねられています。上手に基金を獲得してやろうとしているところもありますし、やはり地域支援事業の中でどのように予算を動かすかというのは、すごく大きな問題なのです。

これらの点についてなかなか住民側が理解できていません。また、サービス提供側にとっても、マイナス改定のもとで、自分たちの事業が立ち行くのかというところに新しい波が押し寄せていますので、やはり自治体の取り組みの仕方に着目しているのだと思います。

そのような意味で、先ほど私がお話をした“暮らしの保健室”は、「いったい霞を食べて生きているのか」と、皆さんちょっと思われたのではないのでしょうか。お金の話が随分とたくさん出ていますが、そこは十分説明していなかった点ですので、併せてお答えをします。

まず、最初に国のモデル事業を2年間受託して、医療連携の仕事もしつつ、この相談事業を展開してきました。その後は、「東京都在宅療養推進区市町村支援事業」に手を挙げて、直接の自治体である新宿区とタイアップをしました。それが3年計画の中の2年目まで終わったところで、あと1年ということです。では、その後、モデル事業が終了して梯子が外されたらどうするかという辺りも含めてですが、相談に訪れる利用者は無料というのが一つです。

人件費、そしてお部屋代が安いといっても、光熱費や通信費等の維持費がかかっています。それをどうするかですが、うちの訪問看護ステーションは180人の利用者を抱えて16人の看護師で行っている市ヶ谷ともう少し大型の東久留米ですので、去年の4月から市ヶ谷は機能強化型1、東久留米は機能強化型2の算定を受けて、医療保険の面で報酬の高いステーションになっています。そして、そ

の機能強化型を標榜するには、地域に開かれた相談支援を行うようにということが書かれています。

私としては比較的多くの看護師を抱えて、もちろんその人件費も回していかないといけないのですが、一年を通してかなりの実習生・研修生の教育の場になっておりますので、東京都訪問看護教育ステーション事業というものも受託して、その事業助成も受けています。それから研修費用も横からいただいておりますので、訪問看護そのものの事業だけではなく、別の様々なモデル事業等の採択を受けて、そのお金と合わせて運営をしているという状況です。

“暮らしの保健室”自体の専門職は三人ないし四人で、一部は訪問看護ステーションと兼務しておりますので、必要最低限な人数を上手に訪問看護と兼務しながら回している状態です。また、40人程度のボランティア登録を受けています。そういう意味では大変助かりながら、これからも地域に開かれた事業を、直接の事業助成が無くても続けていこうという気概であります。

それから、「人の問題なのか、制度の問題なのか」ということですが、私どもの所はいま月に約平均500人で、その内の150人ぐらいは見学者です。(2カ所ありますので)半年で6,000人というかなりの数の人が相談者以外にも訪れていて、全国ではいま15カ所ほどで似たような事業が展開されています。それはどのようにお金を確保しているかと言いますと、それぞれの地域で工夫をされています。地域包括の別のところで相談事業をもう少し地域に開かれた形にするとか、出張型の暮らしの保健室とか、訪問看護ステーションの隣の部屋で週1回だけ行う等があります。

また、名古屋市立大学では、文部科学省が進める「未来医療研究人材養成拠点形成事業」のお金で緑区にある団地の中に暮らしの保健室を設置しています。大学のスタッフ・学生の方や、地域看護の方たちがそこへ出るというようなところです。そこにリハビリの方たちも駐在していて、いろいろな方の研修の場にもなっています。北は盛岡から南は熊本まで、暮らしの保健室は全国に同じような形で展開されています。

それから、リハビリスタッフのことです。あまり触れませんでしたでしたが、私たちのところでも、訪問看護ステーションにPT(理学療法士)とOT(作業療法士)が1名ずつ市ヶ谷にも東久留米にもおりまして、リハビリを積極的に行うようにしています。特に小児の在宅では、OTさんがとても活躍をしています。もう少し病院から外へ出て、在宅リハビリを頑張ってもらいたいと思っています。以上です。

○宮崎 はい、どうもありがとうございました。質問された方は、それぞれよろしいでしょうか？では、少しお話を進めていきます。とりあえず一巡したわけですが、少し話し足りなかったところは、少しではなくたくさんあるかと思います。それから他の方のお話を聞いて、コメントしたいということもあるかと思います。土橋さんお願いできますか…。土橋さんにもう一つ質問がありました。「往診や訪問看護の必要性が高まると思いますが、実際に人員や経営面で本当に対応ができるのでしょうか」という質問が、茂原の前田さんからございました。よろしく願いいたします。

■かかりつけ医の役割が大切

○土橋 訪問診療というのは定期的に計画を立てて、患者さんの家に出向いていくことです。往診というのは、緊急の対応が必要な時に、患者さんの依頼を受けてスポット的に往診をすることになります。従来からいわゆる往診というのは、かかりつけ医の一つの役割としてありました。在宅でいろいろ検査したり、様々な治療処置をするのはなかなか難しい時代になってきまして、非常に減ってまいりました。

ただ、先ほど私のスライドでもお見せしましたように、従来からのかかりつけの先生が訪問診療や往診を比較的行っています。というのは、私もそうですが、かかりつけで10年、20年と通院されてきたお年寄りが、どうしても診療所に来られなくなった時には、もう往診せざるを得ないということが結構あります。

どうしても「行かない」と言う先生もいますが、訪問や往診されているかかりつけの先生はかなりいると思います。ぜひ、地域にそういう信頼できるかかりつけの先生を持っていただいて、そういう状況になった時には、往診や訪問診療を行っていただければ、非常にありがたいと思います。

ただ、往診や訪問診療については、高齢の先生方も多いものですから、夜間とか24時間対応まで担保することになると、なかなか対応できないところもあると思います。そのような時には、在宅療養支援診療所は、申請して24時間担保の診療体制になっているところもありますので、そのようなところと連携しながら対応していくこともあるかと思います。また、地域にいろいろな窓口がありますので、そこで聞いていただければ大丈夫だと思っています。

○宮崎 はい、どうもありがとうございます。質問のほうはよろしいでしょうか。他によろしいですか。それでは、石井さん、さらに追加がありましたらお願いします。

■医療と介護の連携

○石井 ありがとうございます。先ほどは子どものことでしたが、今度は少し難病のお話です。平成27年1月1日から、この特定疾患・難病の医療費の取り扱いが改定されていますが、非常に混乱をしていて、私たちのところではいろいろな方からの相談を受けるケースが非常に多いです。

この間、パーキンソン病の方から相談がありました。その方の場合には、家族で何とか対応しているのですが、まずは「保健所とか行政がとても頼りにならなかった」という指摘でした。聞いてみると、保健所側でも制度がどうなっていくのかわからなくて、とても困っており、お互いに泣き合ってしまうような状況に陥っていたということでした。では、そういう時にケアマネさんはどうだったかという、やはりこれもまた頼りにならなくて「医療のことはケアマネにはわからないのです」というような、非常に厳しい状況でした。

実は「医療側もわかっていなかった」というのが、つい最近わかりました。指定医療機関と指定医との違いがわからずに、指定医療機関にならなかったために、指定難病にも関わらず患者が助成を受けられず、訪問診療の時にはお金を払い続けていたことがわかりました。何とか県からその医療機関に対して「簡単なので取ってください」と話をしてもらい、指定医療機関を取っていただいて、対応できるようになってきています。ですので、非常に混乱しているというように思います。

やはり、ここで相談者の方からの悩みは、まだまだ医療と介護の連携ができていなくて、一体全体どちらがコーディネートをするのかということです。ケアマネジャーがコーディネートするのか、訪問看護師がコーディネートするのかというところがあって、これは小児の場合も同様です。

医療側に関しては、先ほど土橋先生から「医療側も生活者の立場から見なければならぬ」というお話がありました。医療は生活の視点が大事ですし、それから介護は医療の視点が大事ですので、そのこのところをお互いに学び合うというか、もう少し上手く連携ができれば良いと思います。逆に、そういうところは少し秋山先生にお聞きしたいと、お話を伺いながら思っていました。

それから、もう一つ提起させていただきたいのは、難病や小児の場合には医療費の助成がそれなりに出ますが、それ以外で、例えば衛生材料の先ほどの吸引するチューブであるとか、そういう時に使わなくてはいけないゴムの手袋であるとか、本当に細かい小さいところですが、様々な介護用品や衛生材料などの負担が非常に大きいのです。吸引器を買わなければならないとか、そういうこともあります。

また、驚いたのは在宅に移りたいのでお試し期間のように「病院からいったん帰る」という時に、ベッドがダブルカウントされると駄目なので介護費用としては認められないというように、介護と先ほど来あるような制度が現実には合っていないということです。本当に小さいところですが、一人ひとりからすると「非常に困難である」という相談が多々あることを、紹介させていただきます。

ありがとうございました。

○宮崎 いま、いろいろと指摘された点は、一つ一つが非常に細かいことのように見えるのですが、非常に重要な内容が含まれているのではないかと思います。これにつきましては、秋山さんコメントをお願いします。

■医療資源をコーディネートする

○秋山 まず、今年の1月から、例えば難病の費用負担などがかなり変わってきていますが、それも4月から再び変わります。ですから、ものすごく混乱している現場があります。きちんと申請し直さないと自己負担割合が出ませんので、その点についてもそれぞれの窓口できちんと説明していただく必要があります。それが1月に変わり、4月にも変わります。いまは曖昧なまま進んでいる状態ですが、保健所側でも答えやすいような窓口整備をしていただきたいと思います。収入の程度によっては、逆に自己負担額がかなりふえておりまして、今度はそこに高額医療等をかぶせて、制度をいろいろと使っていないといけません。その点については、相談窓口にきちんと対応してもらいたいと私自身も思っています。

それから衛生材料の問題です。その点は非常に難しく、例えばある程度は衛生材料も管理療養費の中から出してくれるパターンもありますが、やはりゴムの手袋は難しいです。では、費用負担をどのように少なくするかは、ケースに入る訪問看護等と直接相談させていただいたり、どのように「仕入れるか」というのは変ですが、具体的に個々の事情に合わせて対応しています。

また、医療と介護の重なった部分のいろいろな面でのコーディネートですが、難病等に関してはやはり医療保険で訪問看護はケースに入りますので、介護保険と医療保険と相乗り状態の時に「どちらが主導か」というのは難しい面があります。介護保険のケアマネジャーさんと訪問看護は、きちっとコミュニケーションを取らないといけません。医療が前へ出なければいけないとい

う部分もあります。そこは「どちらが」ではなくて、場面によっては前に出る方が先に行くというのか、そういう「あうんの呼吸」のチームが作れないと、医療依存度の高い人のケアはできないと考えています。そこに保健センターの保健師さんをぜひ絡めていただかないといけません。

先ほど吸引器の問題が出ましたが、難病指定を受けている方には吸引器の貸与事業が都道府県事業であります。それは保健師さんの範疇ですから、そういう制度も上手く使って様々なところをと思います。それから、身障の自立支援のところも入ってきます。その辺のところを、介護保険だけしかわからないというのではなく、あらゆる資源を上手くコーディネートできるように、そこはある意味で訪問看護にももう少し前へ出てもらいたいと思います。以上です。

○宮崎 なかなか様々な情報に精通してコーディネートをしていくというのは、実際のところ難しいでしょうね。それでは、天野さん、お願いいたします。

■県の在宅医療の現状

○天野 先ほど大きな課題として、千葉県の現状、特徴について話をさせていただきました。簡単にまとめますと、様々な地域で、どのレベルまで在宅医療を整備していくべきなのかという点です。都市部ではいろいろな医療や介護の資源はあります。しかし、2025年には千葉県の高齢者の人口が2倍に拡大しますから、患者数なり利用者数が増える中で、耐えられる状況を確認できるのかというのが一つです。

東京から離れた千葉県東部・南部の地域で言いますと、今はもう人口が減りつつあります。その地域に投資して病院や看護ステーションをつくるということについて、今後の人口減少を勘案しますと、なかなか難しい状況です。そのような中で、どのように必要な医療資源を確保するのかが、一つの大きな問題だと思います。

二つ目は、これは医療も介護もそうですが、市

町村によって二極化する恐れがあるということです。どれだけのサービスを確保できるかということが、ある面で市町村の考え方や対応に委ねられる点多々ありますので、サービス提供という観点から、地域格差が拡大しすぎるものが懸念されます。

そして三つ目の大きな課題です。たぶん、これも市町村が主体的な事業者として地域包括ケア全体に対応することになると思います。このような中で、最終的な責任はどこかとするのか、国なのか県なのか市町村なのか、勉強不足かもしれませんが、私にはあまりよく見えていない状況があります。それが懸念されることです。

そのような中で今後の課題の確認や条件整備のポイントとして、何点かをお話しします。1番目は、平成30年の介護保険事業計画の策定です。医療と介護を上手く連携させた中で、数字的なマッチングをさせながらつくることになりますから、それに向けての条件整備が始まります。これまで医療計画は5年、介護は3年というサイクルで回っていましたが、整合性はありませんでした。それが30年からサイクルを合わせますので、それが一つのポイントになります。その中で先ほどお話しした「どういう形をつくり上げるべきか」というのが、地域ごとに出てきます。

二つ目には、医療介護総合確保推進法に基づいて基金ができました。消費税のアップ分の一部がここに回ってきています。千葉県では26年度に医療のみで36億6千万円、来年度が介護と医療で50億円ということです。これによって、どう整備が進められるかというのも1つのポイントです。

そして三つ目のポイントですが、先ほどお話ししたように千葉県の中でどのような地域包括ケアシステムを作り上げるのかということです。今日も地元の訪問看護ステーションの看護師さんが見えていますが、地域の中で医療と介護を連携させたビレッジのように、村の形で集約した場所をつくったらどうかということです。それによって医療と介護の連携もできるし、総合的な相談窓口もできるし、いざという時の対応力もアップします。そこに子どもの施設等を含めて、総合的なものを

つくるのも一つの方策ではないのかというお話をいただいています。

そして、次にもう一つは看取りの場所のあり方です。千葉県はどうしてもその部分で強化しないといけないのかと思いますが、県に確認したところ、介護保険福祉施設・特養で看取りを行っているのは33.9%で、有料老人ホームでは47.3%の施設で行っています。ある調査機関の発表では、看取りを行っている施設は全国では平均66.3%という数字が出ています。これと比較をすると、随分と低い数字になっています。おそらく、これは医師や看護師に、上手く協力いただける体制がつけられないことも原因だと思いますので、その点もチェックが必要です。

あと4番目には、千葉県医師会でも積極的に取り組んでいただいている「かかりつけ医」についてです。これから在宅に向けて、さらに役割は高まっていますが、実のところ県は県民の皆さんに対し、何も周知や宣伝をしていません。実際は、ただ単に予算が取れないことが原因のようですが、その点についても、きちんと定着させていかなければなりません。

それから、5番目の地域包括支援センターの機能強化です。先ほどの6名の市議会議員の方に調査していただきましたが、地域包括支援センターについては、一つの市を除いて他の五つの市全部は「増設しないと入りきれない」と答えています。ただし、専門職の確保がたぶん難しいのではないかと思います。ある一定レベルの方を確保するのは相当苦勞すると言われているので、その点もチェックポイントかと思っています。

最後に、先ほど石井議員からも指摘がありましたが、健康福祉部の体制強化の問題があります。実は、私も予算委員会の中で突っ込んだ話をしたのですが、在宅医療に関する課が7課にまたがっています。要するに7課にまたがると、お互いに縦割りですから、横の連携がありませんので、戦略的な方針が打てません。きちんと連携をするように組織化してほしいと指摘しましたが、ちょうど来年の27年度から新しく在宅と地域包括ケア・基金事業に関連して担務する課と、課の中に係

やグループをつくりましたので、それで対応していくということです。その点についても、これからもチェックしていきたいと思っています。少し行ったり来たりの話ですみませんが、以上です。

○宮崎 はい、ありがとうございました。最後に鏡さんにまとめていただこうかと思いますが、その前に少しだけ…。

介護保険の制度が今度変わります。給付の中から地域支援事業に取り出され、別枠になるというお話が先ほど出てきました。介護保険というのは、介護の社会化ということです。介護というのは個人の問題ではなくて、社会の問題だということです。自分に必要があるかどうかわかりませんが、もしかしたら必要になるかもしれないリスクを、共同で分散するために保険料を支払うのです。したがって、その保険料で賄われるわけですから、その保険料を負担した人には、いずれ必要となった時に介護を受ける権利が発生するということです。

これには権利の関係があったはずですが、地域支援事業になってしまいますと、この権利性が奪われてしまうわけです。これでは、昔の措置制度と何ら変わりのないものになってしまうような危惧があります。その意味では、かなり大きな発想

といえますか、思想といえますか、考え方の転換が伴われているように思われますが、その点も含めてよろしくをお願いします。

■自治体、首長、議員、市民が今問われている

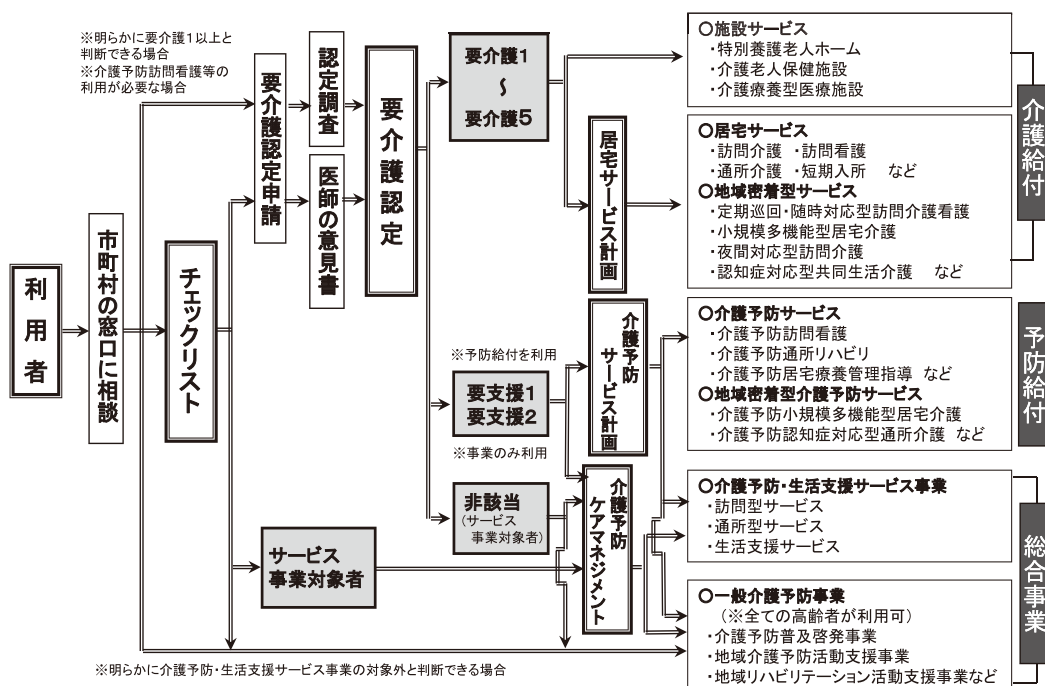
○鏡 いま宮崎先生からお話がありましたとおり、この介護保険改正において、図表6にも書いてありますが「新しい総合事業」ということで、市町村の実施する事業になっています。

給付というのは、基本的に全国同一です。要介護認定に従って、要介護度1～5の人は等しくサービスが受けられるはずですが、法律に基づく基準に従って、各都道府県が指定した事業者のサービスを受けることなので、言ってみれば全国同じようなサービスが得られるはずですが、しかし、今度は市町村の事業になってきますと、市町村が作成しますので、例えば千葉市と浦安市では違うことになるし、鴨川市と山武市は違うというように、それぞれの自治体によって実施の期間も違うし、実施方法も異なるということが生じてくるわけです。その意味では、大変大きな変革であると思います。これも含めて、厚生労働省や国は「地域包括ケア」と称しています。つまり、サービスの主

体が市町村に移行していくことをうたっているわけです。

そのような点から考えると、国が狙っている眼目としては、医療費や給付費の縮減が、かなり大きなテーマになっていると思います。とはいながらも、今日のシンポジウム全体でもありましたように「地域でニーズがあるなら、

図表6 介護サービスの利用の手続き



出所：厚生労働省老健局振興課「介護予防・日常生活支援総合事業 ガイドライン案（概要）」

それを支援しなければならない」というのが、この地域で生き生きと暮らすためのテーマだと思います。

その意味では、国はできるだけ給付を絞り、必要と思われる人に集中的にお金を注ぎ込みたいのです。しかし、その制度で生活を十分支えられるかと言うと、そうではありません。そのギャップを誰が埋めているかと言うと、地域の情熱ある方々だというのが実態だと思います。本当にこれでいいのかということを、やはり自治体の中で議論していくべきですし、さらに都道府県や国で社会保障のあり方について、もう一度きちんと見直す時期にきているのではないかなと思います。

もう介護保険も15年になります。20年経てば制度としては成人になりますから、全体を見直す時期だと思います。併せて大切なのは何かと言いますと、自治体に責任があるということだと私は思います。このような地域の話は、厚生労働省発で見るとはなくて、ニーズがそこにあるのですからそれぞれの自治体が、一番基礎的な自治体である市区町村が対応するというのが、当たり前の姿だと思います。その自治体というのは、首長も議会も市民も含めてということです。

凡庸な自治体には、それぞれの凡庸な首長なり議員なり市民がおられるのかもしれませんが、ですから、その責任が自治体に問われるというのは、首長であるか議会であるか市民であるかはわかりませんが、それぞれの方すべてに問われているのだと思います。やはり、きちんとものを言って考え方を確立していくことを、共有していくことが大切です。

先ほど統括コーディネーターの話が出ました。これまで地域で包括ケアを行っている方、在宅医療で進んだ実践を行っている方には、地域の中の医療機関であるとか、保健師の方々、介護の関係など、それぞれのポジションで地域をコーディネートできる方がいます。

例えば、広島県御調町であるとか、尾道であるとか、沢内村、五色町とか、栗山町、国立市、そういうところには固有名詞が上がるような方々がいらっしゃいます。その意味では、凡庸な自治体

にはなかなか安心した仕組みができないと思いますが、ただ、必要なことは気づきです。「こういう問題が地域にある」ということを気づくことが必要ですし、その課題を整理することです。秋山さんのお話のとおり、使える補助金であるとか、使える財源は何かということも含めて整理をしていくことが必要だと思います。

さらに、それを今度は関係する方と共有し、行動して連携することが必要です。そのための会議を開いて共有化し、具体的な支援につなげていく、効果を測定して、さらに課題を整理するということです。そのような政策的な循環が求められるのではないかなと思います。そのことによって、初めて地域で安心して生き生きと暮らす仕組みが実現できていくだろうと思います。

ですから、気づきをし、連携したり具体的に行動することを、それぞれの自治体の中で努力していただくことが必要です。それを後押しするのは、やはり地域の市議員、県議員の方々です。自治体職員が気持ちよく、一生懸命に仕事ができるような環境をつくることが必要ではないかなと思います。

○宮崎 どうもありがとうございました。

本日は様々な論点で、いろいろな話題が提供されたと思いますが、大きな政策課題であることには間違いありません。政策課題であり、同時に会場においでの方の中には政治に関わる方も大勢いらっしゃいます。政治課題でもあるし、また行政課題でもあるし、ある意味では様々な市民の実践課題・活動課題であったかもしれません。

冒頭に私は「このシンポジウムとパネルディスカッションに、どのような題名をつけたらいいのか非常に迷ってつけられなかった」と申し上げました。最後に至るまで、皆さんお一人お一人がご感じになられたことで題名をおつけいただき、それぞれお持ち帰りいただいて、また皆さん方の話題にしていいただければよろしいかなと思います。

これにて「題名のないシンポジウム、パネルディスカッション」を終了させていただきたいと思います。どうもありがとうございました。

数字で掴む自治体の姿 経常収支比率

千葉県地方自治研究センター理事長 法政大学法学部教授 宮崎 伸光



●自治体財政の弾力性と硬直性

よく知られているように、世間には「独身貴族」という言葉があります。当然のことですが、たとえば年収350万円の単身世帯と年収700万円で子育て真っ最中の世帯では、家計の支出構造は全く異なります。この場合、年収が後者の半分しかない前者の方が「より自由」に買い物などを楽しむことができる一方、子育てに追われる後者にとっては、前者がときに楽しむプチ贅沢どころではないかもしれません。家庭生活を守るためにさまざまな「経費」の支出を余儀なくされるからです。そこで前者が「独身貴族」と揶揄されたり、その当事者が「花の独身」などと自称したりするわけです。もっとも幸せは人それぞれですから、軽々にそれ以上の評価をすることは慎まなければなりません。

さて、似たような事情は、自治体財政においても見ることができます。さすがに「プチ贅沢」という言葉がそのまま当てはまるわけではありませんが、独自政策や臨機の対応に比較的多くの予算を振り分けることができる自治体と、そうした余裕のない自治体が、財政規模の大小とは関係なく存在します。

自治体の歳出に着目したとき、会計年度ごとに確実に支出しなければならない「固定経費」が大きな割合を示せば、それだけ歳出の「自由度」が奪われていることになります。「より自由」に独自政策等へ予算を配分することができないわけですから、自治体の予算は「弾力性」に欠け、「硬直性」が高いということになります。この「弾力

性」と「硬直性」を両端とする比較軸上に自治体を並べて比較検討したり、特定の自治体の経年変化に着目してその推移を分析したりするための指標として「経常収支比率」が工夫され、活用されています。

●経常収支比率の導出

自治体の財政では、会計年度当初の時点で確実に支出しなければならないことが見込まれる経費や毎年必ず支出される経費は、経常経費と呼ばれます。そのなかでも職員の人件費や地方債の償還に係る公債費などは、とくに当該自治体に支払い義務があるという性質から義務的経費と呼ばれます。また、庁舎建設や災害復旧に係る費用などのように特定の年度のみに必要とされる経費は臨時経費と呼ばれ、経常経費とは区別されます。

一般に、経常経費の支出については、毎年の収入を見込むことができる経常財源のうち予め用途が特定されている財源をまず充て（経常特定財源）、それだけでは不足する分を経常財源の中で用途が特定されていない一般財源で充当します。

この経常経費に充当する一般財源が少額で済めば独自政策や臨時経費に多くを充てることができるなど、財政にゆとりが生まれます。そこで、経常経費充当一般財源の金額と経常一般財源総額の比を「財政のゆとり」ないし「弾力性」、もしくは逆の方向で捉えれば「硬直性」の指標とすることが考えられます。

ただし、決算カード上では一般財源に含まれない使用料、手数料などの財源についても経常経費

に充てられる部分がありますので、そのような経常特定財源分は一般財源と同様に扱い「経常経費充当一般財源等」としてまとめます。また、使途に限定がない経常財源の総額についても、同様に経常一般財源等をまとめる必要がありますが、それだけではまだ足りません。国の減税政策に起因した税収不足を補うために発行された減税補てん債や地方財政法第5条の特例として認められる減収補てん債特例分および地方交付税の財源不足に起因する臨時財政対策債による収入も、やはり使途に限定がない経常財源として付け加える必要があります。

そうして、次の計算式をもって経常収支比率が定義されます。

$$\text{経常収支比率(\%)} = \frac{\text{経常経費充当一般財源等}}{\text{経常一般財源等} + \text{減税補てん債} + \text{減収補てん債特例分} + \text{臨時財政対策債}} \times 100$$

●企業会計における類似の指標

経常支出と経常収入の比率をもって指標とする発想は、上記の自治体財政における経常収支比率に止まるものではありません。

企業財務においても、たとえば長期借入れ金の返済能力を判断する際などに、経営活動による収入で当期の運転資金を賄っているか否かをみるために「経常的な収入」と「経常的な支出」との比率が指標として用いられます。ただし、自治体の財務指標とは目的が異なりますので、分母と分子が逆転し、

経常収支比率(%) = 経常収入 ÷ 経常支出 × 100
という式で計算されます。

ここで、

経常収入 = 売上高 + 営業外収入

－ 売掛債権（割引手形を含む）増加分
－ 未収入金増加分－ 未収収益増加分
＋ 前受金増加分＋ 前受収益増加分

経常支出 = 売上原価 + 販売費および一般管理費 + 営業外費用

－ 買掛債務増加分－ 未払金増加分－ 未払費用増加分
－ 貸倒引当金増加分
－ 流動負債および固定負債の引当金増加分
－ 減価償却費
＋ 棚卸資産増加分＋ 前渡金増加分＋ 前払費用増加

すなわち、経常収入とは営業収入に営業外収益による収入を加えた額または売上収入のことで、経常支出とは材料、商品、人件費等の支払いやその他の費用のことです。

この企業会計における経常収支比率は、総合的な現金収支・資金繰りを見る指標であり、一般的には少なくとも100%を超えていることが望ましく、85%以下であれば要注意とされているようです。

自治体においても、公営企業法が適用される地方公営企業の経常収支比率は、経常収益を経常費用で除して算出され、その値が100%以上になることが健全な水準とされています。

●経常収支比率による評価

自治体財政における経常収支比率は、上記の導出からも容易にわかるように、その値が低いほど財政の弾力性が高く、逆に高いほど財政が硬直化していることを示しています。後に具体的に見るように、この値が100%を超える実例もあります。経常収支比率が100%ということは、自由に使える経常財源の全てを経常経費に充てなければならぬということですから、それが100%を超えるということは、臨時財源に依存しないと経常経費を賄いきれないという事態を意味しています。

総務省は、自治省の時代から市町村で75%、道府県で80%を上回らないことが望ましいとしてきました。かつて自治体の財政担当者の間では、経験上、町村では70%、市では75%、道府県では80%を超えると財政の硬直化により行政環境が著しく厳しくなると語られ、常識化していましたが、昨今ではそれが昔話と感じられるほど自治体財政の弾力性は失われ、それだけ政策選択の自由度も厳しく制約されているのが実情です。

なお、決算カードに記される経常収支比率は、性質別歳出ごとにも示されています。そこでは人件費と公債費が大きな割合を占め、かねてより自治体財政が硬直化する主要原因として、いわば槍玉に挙げられてきました。

確かに、人件費と公債費が占める割合は比較的大きいのですが、昨今の厳しい状況をふまえて見

直してみると、「犯人」は他にも潜んでいるようです。

たとえば物件費には、極めて幅広くさまざまな支出が含まれますが、とりわけ委託料が要注意です。いわゆる「民間委託」などにより「業務の外部化」が進むと、この委託料が下方硬直する傾向がしばしば見られます。

負担金についても、内容を精査してみる必要があります。とりわけ一部事務組合や広域連合に対する負担金には支出が義務づけられている経費が含まれています。この「広域行政」に係る経費は、上の「民間委託」に係るものとは少々意味合いが異なりますが、ともに「業務の外部化」としての性格を帯び、ときに財政硬直の原因にもなります。

他に、経理を別にする会計への操出金も無視できません。とくに公営企業に対する経常的な操出金には十分警戒する必要があると思われます。

●経常収支比率の限界

こうしてみると、自治体財政の弾力性を計る指標として経常収支比率は、確かに便利ですが、一般的に硬直化が進む昨今では必ずしも万能ではなく、有効性に陰りがあるとも言えるかもしれません。

そもそも経常収支比率には、歳入においては経常財源と臨時財源のそれぞれが一般財源と特定財源の全4種に区分され、歳出においては経常経費と臨時経費の2種に区分されるという算出の前提があります。

この指標を編み出した旧自治省関係者の狙いとしては、全国規模での比較対照に資することが強く意識されたに違いありません。その「毎年度経常的に収入される一般財源（経常一般財源）」とは、自治体が継続的かつ安定的に確保できるばかりではなく、あわせて殆どの自治体で収入が予想されるもの、とされていることがよくそれを示しています。これにより、たとえば都市計画税は「目的税」かつ課税していない自治体もあるということで経常収支比率の計算には組み込まれていません。しかし、都市計画税を課税している自治体は決して

少なくありませんし、課税自治体にとっては毎年度の税収を見込むことができます。また「目的税」とはいえ、その目的を規定する地方税法第702条第1項には「都市計画法に基づいて行う都市計画事業又は土地区画整理法に基づいて行う土地区画整理事業に要する費用に充てるため」としか記されていません。そこで実際には相当幅広く「柔軟に」解されて支出されています。

つまり、算定の根拠となる財源および経費の区分自体が必ずしも実態を適切に反映するものとは言えないところに問題があります。

さらに、決算カードが地方財政状況調査に基づいて作成されていることは、これまでもふれましたが、その集計表として公表されている「市町村別決算状況調」では、決算カードとは違い、経常収支比率の内訳としてとくに人件費と公債費だけが別記されています。総務省（旧自治省）が公表する経常収支比率の推移を示すグラフは、通例これに倣い「人件費」「公債費」「その他」の3区分積上棒グラフで表現されてきました。ここには、人件費こそ財政硬直の「主犯」とみる「思い込み」と人件費抑制「指導」の姿勢が垣間見えるような気がします。

なお、1998（平成10）年度から2000（平成12）年度までの当時は、各自治体が経常収支比率を算出する際に、減税補てん債を経常一般財源等に加えないことがありました。減税補てん債は、国政レベルの景気対策により自治体の税収が落ち込んだ分を補てんするもので、建設地方債とは異なり用途の限定がない「赤字地方債」の一種ですが、いわば「借金」たる形式が重視され、経常一般財源とは性質が違っていると看做されたものです。しかしながら、2001（平成13）年度に臨時財政対策債の発行が認められると、やはり形式的には各自治体の借入に違いありませんが、その元利償還金の全額が後年度の地方交付税に算入されるなど、実質的には地方交付税の代替財源と看做されることから、減税補てん債と共に経常一般財源等に加えられるようになり、減税補てん債と臨時財政対策債を経常一般財源等から除いた経常収支比率は並記される扱いになりました。そしてかつて減税補て

ん債を経常一般財源等から除いて計算していた自治体でも、遡って再計算された数値が公表されるようになり経年比較も可能になりました。また、2007（平成19）年度からは、減収補てん債特例分と臨時財政対策債が経常一般財源等を含めて計算されており、その両者を除いた経常収支比率も別に記されています。

●千葉県内市町村における経常収支比率の状況

まずは千葉県内の市町村における経常収支比率

の現況を見てみましょう。【図01】は、2013（平成25）年度の市町村経常収支比率を高率の自治体から順に並べたグラフです。

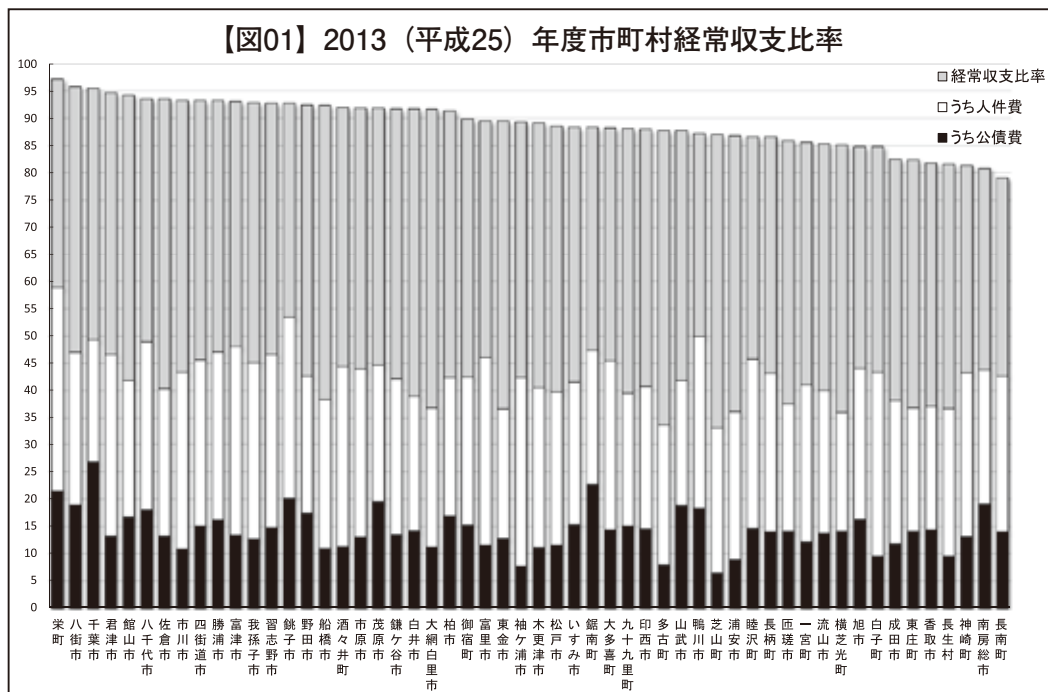
これを見ると、最も経常収支比率が高い自治体、すなわち最も財政が硬直化している自治体は栄町、逆に最も経常収支比率が低い自治体は長南町であることがわかります。栄町の経常収支比率は実に97.2%、すなわち恒常的に見込むことができる収入のうちで、自由に使える分はわずか3%にも足りません。長南町の経常収支比率は79.1%、県内の自治体では最も低い値とはいえ、とても「柔軟

性に富む」とは言えません。

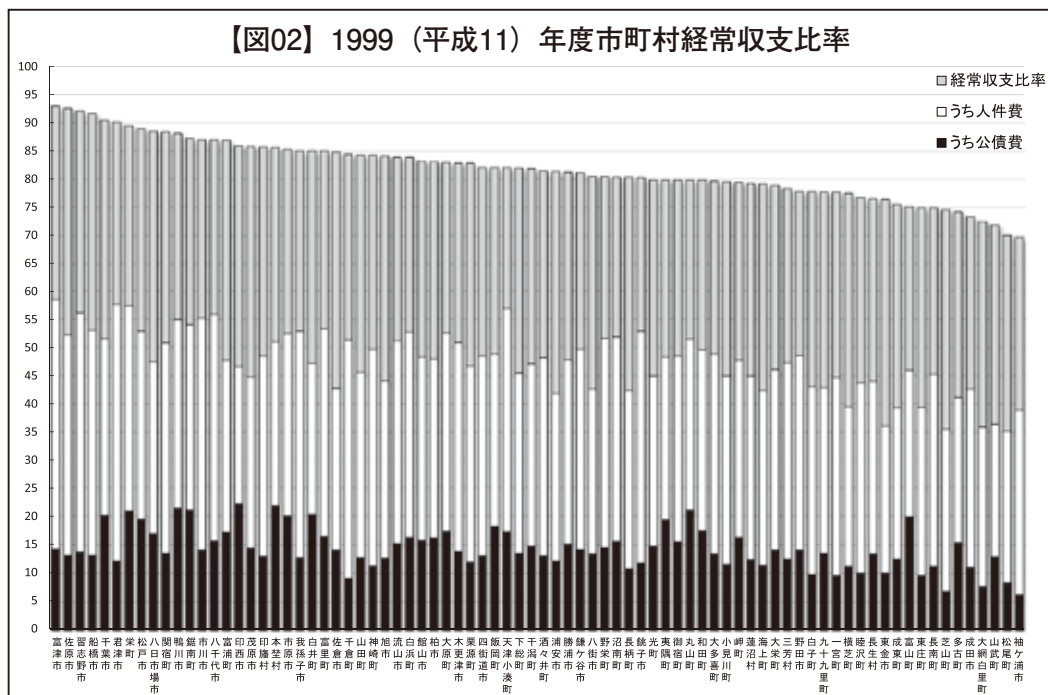
時点を遡り1999（平成11）年度の順を【図02】のグラフにまとめてみました。この年度の最も経常収支比率が高い自治体は富津市の93.0%、低い自治体は袖ヶ浦市の69.7%でした。経常収支比率が90%を超える自治体が君津市までの6市、一方75%以下の自治体は東庄町からグラフの右側に位置する2市7町です。この9自治体は、当時柔軟性に富む財政構造であったと評することができでしょう。

この実態をふまえ、本稿では経常収支比率を①75%以下、②75%超90%以下、③90%超の3つに区分し、まずそれらの推移を見ることで全体の変化を概観します。

【図01】 2013（平成25）年度市町村経常収支比率



【図02】 1999（平成11）年度市町村経常収支比率

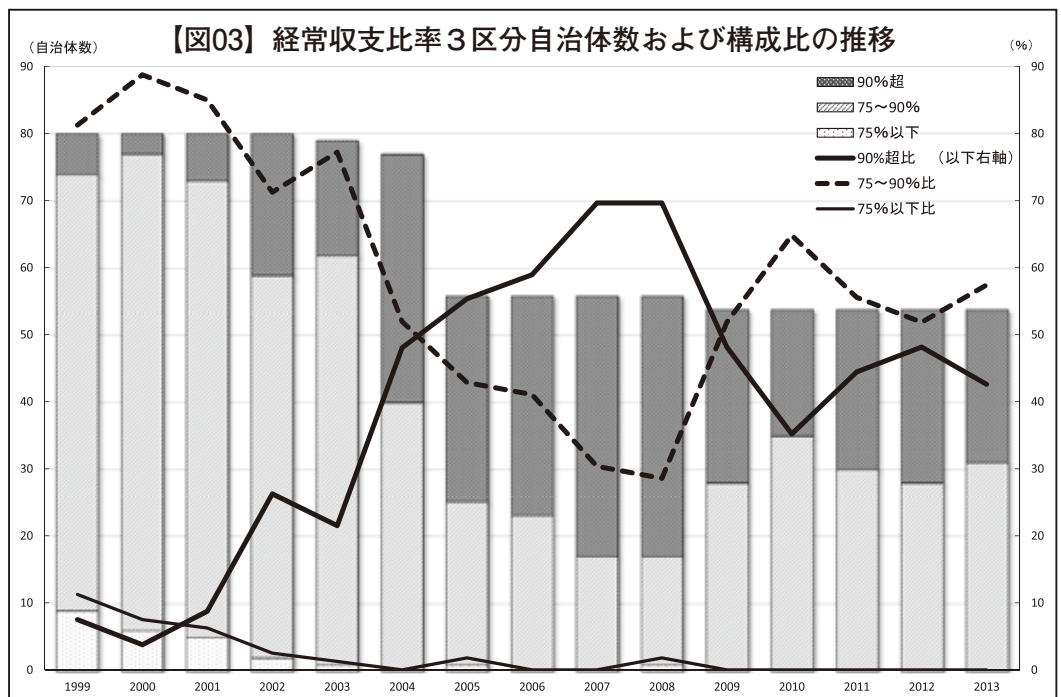


【図03】は、2つのグラフを重ねましたから、少々読み取りにくいかもしれませんが、棒グラフが3区分それぞれの自治体数を積み上げて経年変化を見たもの、折れ線グラフが3区分それぞれの構成比の推移です。グラフを見ると、9自治体に始まる①の区分が絶滅していったこと、自治体合併が進み自治体数が大幅に減った2005（平成17）年度から4年間は財政の硬直化が甚だしい③の区分が多くを占めたことなどを読み取ることができます。

次に、①の区分を経験した自治体に着目してみましょう。

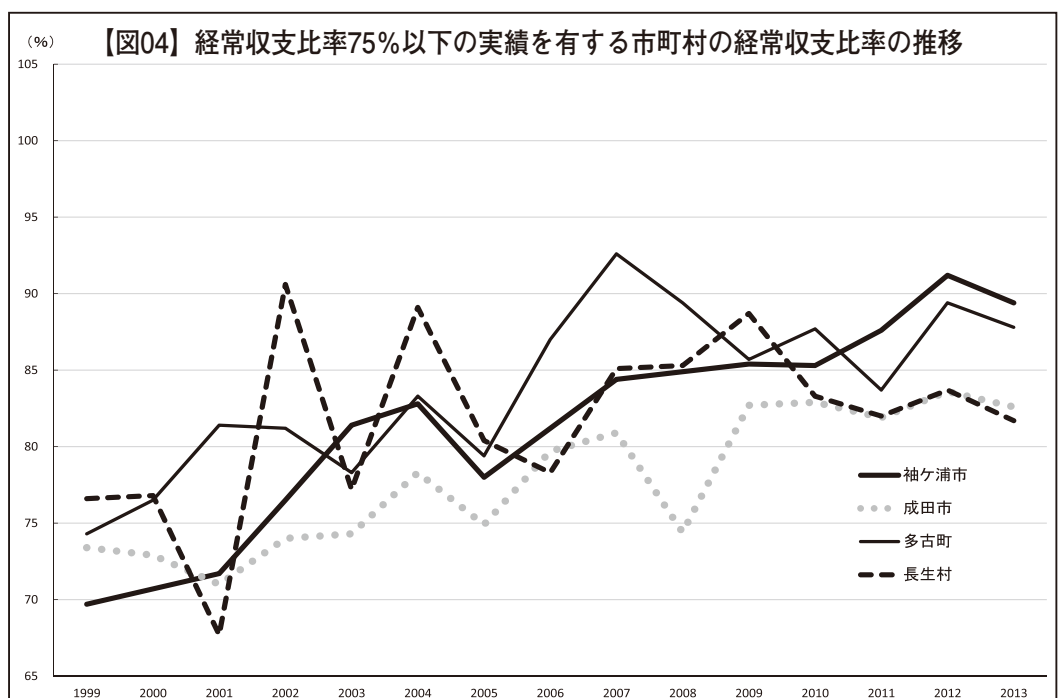
【表01】は、1999（平成11）年度から2013（平成25）年度までの15年間に①の区分を経験した市町村の全てです。表では経年変化の様子等が読み取りにくいいため、典型的な4市町村を取り出しグラフにまとめたのが【図04】です。

この図では、袖ヶ浦市、多古町および長生村が、それぞれ大幅に値を上下さ



【表 01】 経常収支比率の推移（75%以下の実績を有する自治体）

		1999 (H11)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)
東葛地区	浦安市	81.4	81.5	79.7	74.4	78.1	86.7	78.5	79.5	79.9	82.2	81.1	82.8	82.5	83.8	86.9
君津地区	袖ヶ浦市	69.7	70.7	71.7	76.5	81.4	82.8	78.0	81.2	84.4	84.9	85.4	85.3	87.6	91.2	89.4
印旛地区	成田市	73.4	72.9	71.0	74.0	74.3	78.3	74.9	79.7	80.9	74.4	82.7	82.9	81.9	83.6	82.6
香取地区	多古町	74.3	76.5	81.4	81.2	78.3	83.3	79.4	87.0	92.6	89.4	85.7	87.7	83.7	89.4	87.8
	東庄町	75.0	75.6	75.2	78.5	80.1	84.2	81.5	81.2	83.9	83.8	81.6	80.1	80.9	84.9	82.5
山武地区	山武市							93.1	93.1	95.6	93.1	89.1	82.5	89.0	89.8	87.8
	山武町	71.9	71.8	74.8	76.2	75.4	83.0									
	松尾町	70.1	72.0	74.3	78.5	77.5	80.5									
	大網白里市														93.5	91.7
	大網白里町	72.6	73.8	75.5	78.7	79.7	83.8	84.1	85.4	88.9	91.0	90.5	89.3	90.3		
	芝山町	74.7	76.1	76.6	76.8	78.0	83.5	81.5	86.2	89.8	88.9	85.6	84.8	90.3	88.0	87.1
長生地区	長生村	76.6	76.8	67.7	90.6	77.2	89.1	80.4	78.3	85.1	85.3	88.7	83.3	82.0	83.7	81.7
	長南町	75.0	74.8	77.4	83.9	79.8	86.5	86.8	83.3	88.4	86.5	83.5	78.1	81.2	82.6	79.1

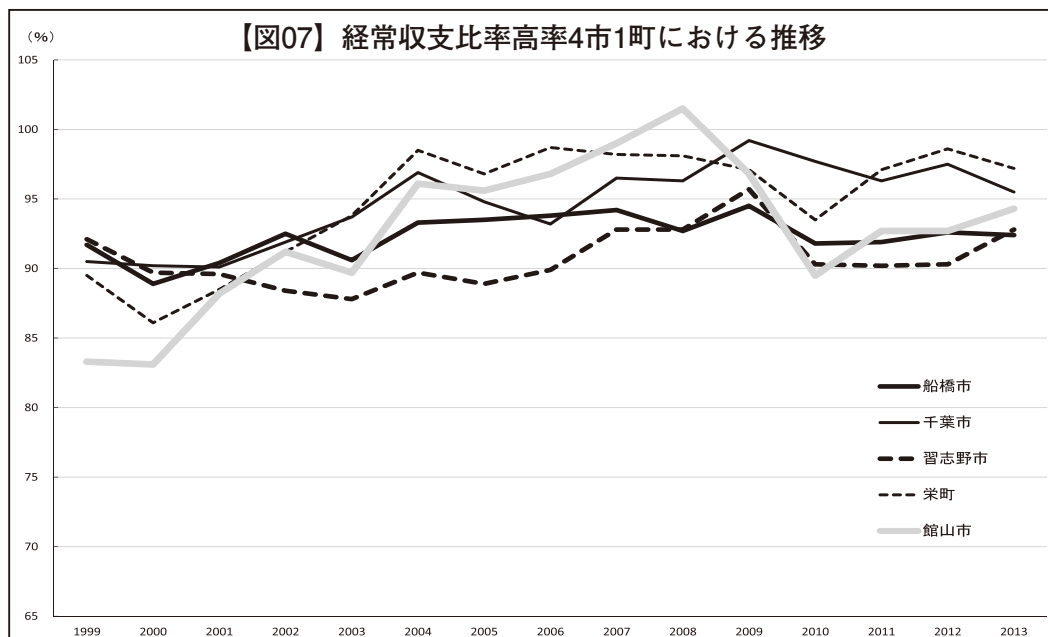
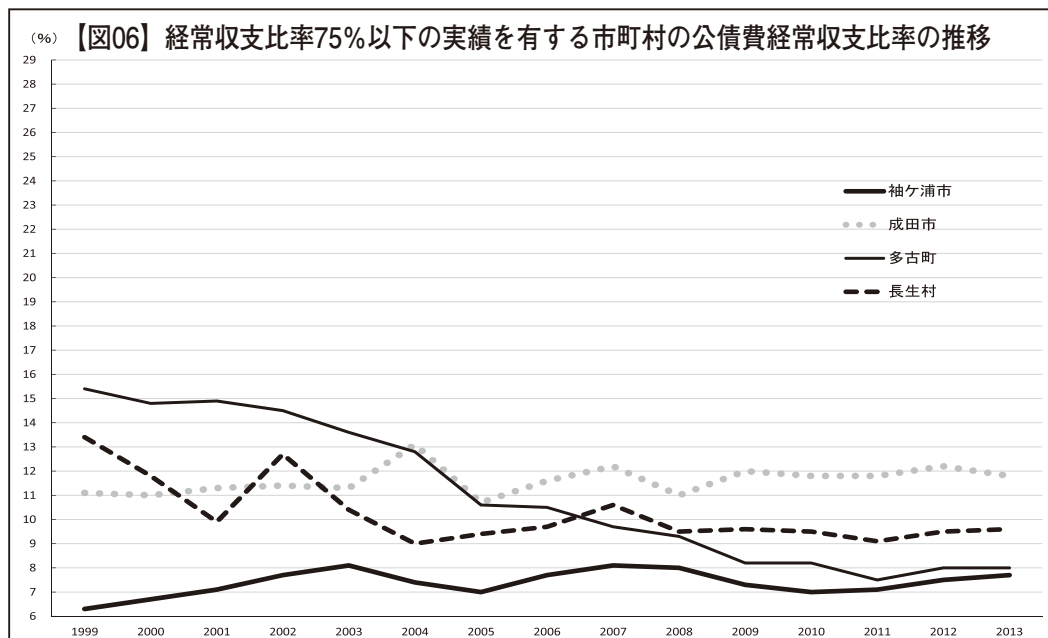
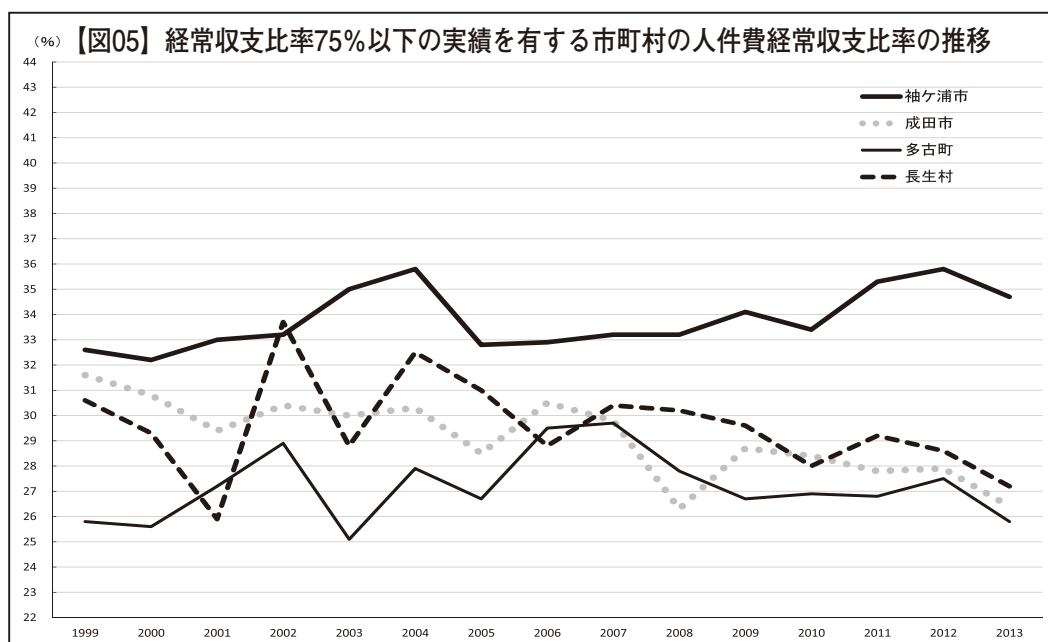


せながら、全体として硬直化を進めたばかりか、いずれも③の区分にまで達した時期があるという特徴を共有しています。ここまで極端な振れ幅がなくとも、この期間に区分①ばかりか区分②に始まる自治体の多くが同じような傾向を辿り硬直化を進めています。

一方、成田市はやはり硬直化の方向に進んできたものの、最大値が2012（平成24）年度の83.6%に止まるなど、他の自治体とはやや異なる緩やかな上昇になっています。

【図05】には、区分①の実績ある典型的4市町村の人件費経常収支比率の推移をまとめました。この図からは、袖ヶ浦市を例外として、他の市町村は近年において値を下げつつあることがわかります。

【図06】は、同じ4市町村の公債費経常収支比率の推移です。多古町がほぼ一貫して減少傾向にありますが、他の3市町村は近年ほぼ横ばいを続けていることがわかります。その



なかでは成田市が約12%程度と比較的高い値を続けています。

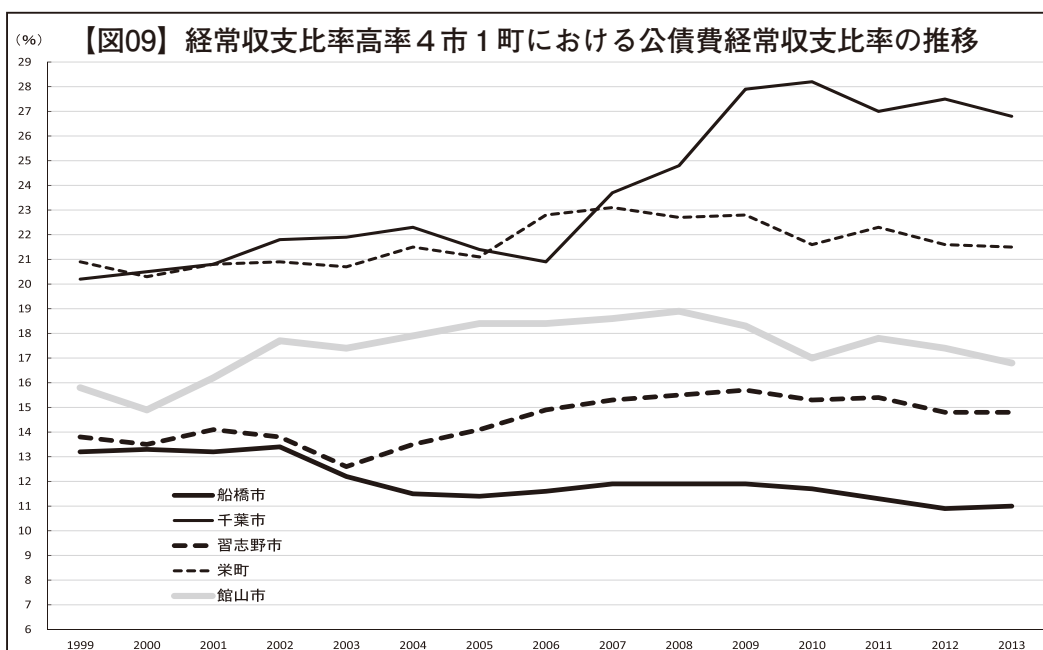
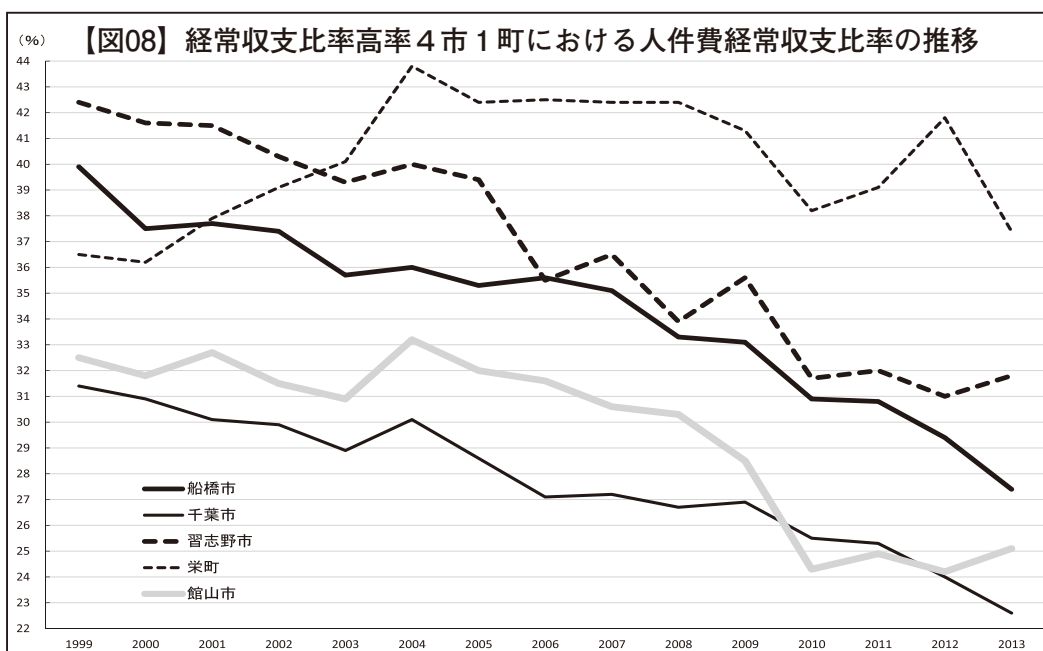
【図05】と【図06】を合わせて見ると、この両者の合計だけでは【図04】で見た経常収支比率の推移傾向をうまく説明することができません。つまり、かつて比較的財政構造に弾力性を有していた自治体が硬直化を進めた原因として人件費と公債費のみを挙げるとは当を得ていません。

次に、区分③を経験した自治体に着目しましょう。とはいえ、該当する自治体は非常に多くありますので、本稿では典型的と見ることができる4市1町に着目することにします。

【図07】は、高い

値を示す4市1町の経常収支比率の推移です。もともと90%前後の値を示していた船橋市、千葉市、習志野市および栄町の4自治体は、2004（平成16）年度に一段と財政の硬直化を進め、その後は概ね横ばいの傾向にあります。館山市は他と少々違う傾向を示していますが、2008（平成20）年度に101.5%と唯一100%を突破しています。その館山市もやはり2004（平成16）年度に一段と財政の硬直化を進めたという点では、他の自治体と共通しています。

【図08】は、経常収支比率高率4市1町における人件費経常収支比率の推移です。栄町は例外ですが、他の4市はいずれも急激に人件費の経常収



支比率を落としていることがわかります。

【図09】は、同じ4市1町における公債費経常収支比率の推移です。ここでは千葉市が例外で2007（平成19）年度以降に率を上げていますが、その他の自治体は概ね横ばいか微減のようです。

【図08】と【図09】からも【図07】に見る推移を説明することは、やはり困難です。とくに財政硬直が著しい自治体においては、10数年来かなり厳しく人件費経常収支比率を下げ、公債費についても増嵩を抑制してきたにも関わらず、全体としての財政構造の硬直状態を脱しきれない様子がわかります。

ここで視点を少々変えてみましょう。【図03】

で見たように2005（平成17）年度は自治体合併が進んだ結果、自治体数が大幅に減るとともに区分③の自治体が初めて過半を占めました。そこで、自治体合併によって財政の硬直化が進むかどうか、その一端を見ようと思います。

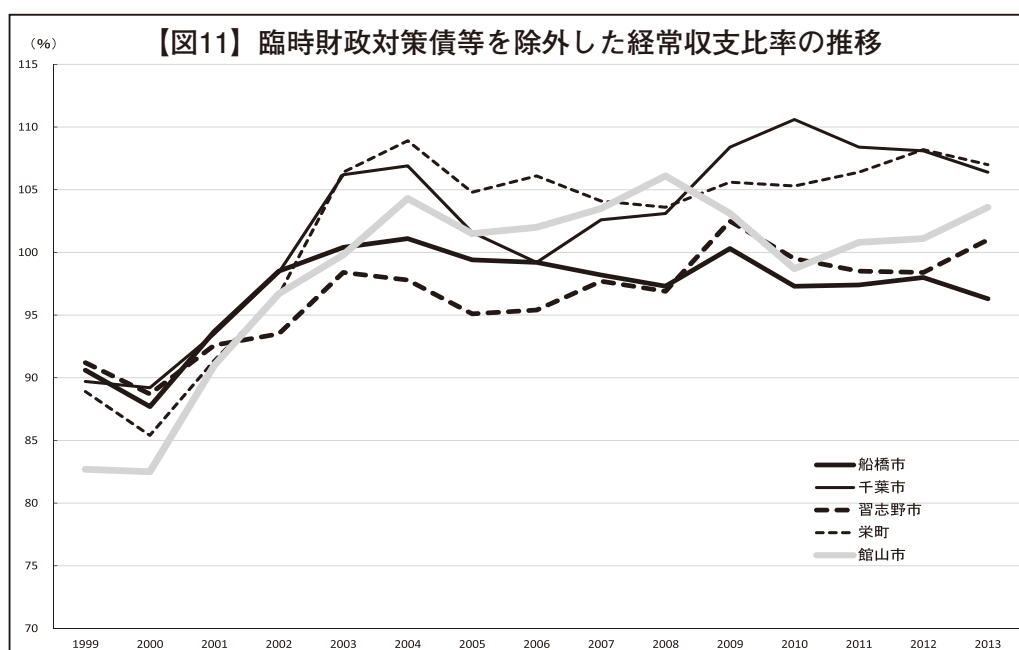
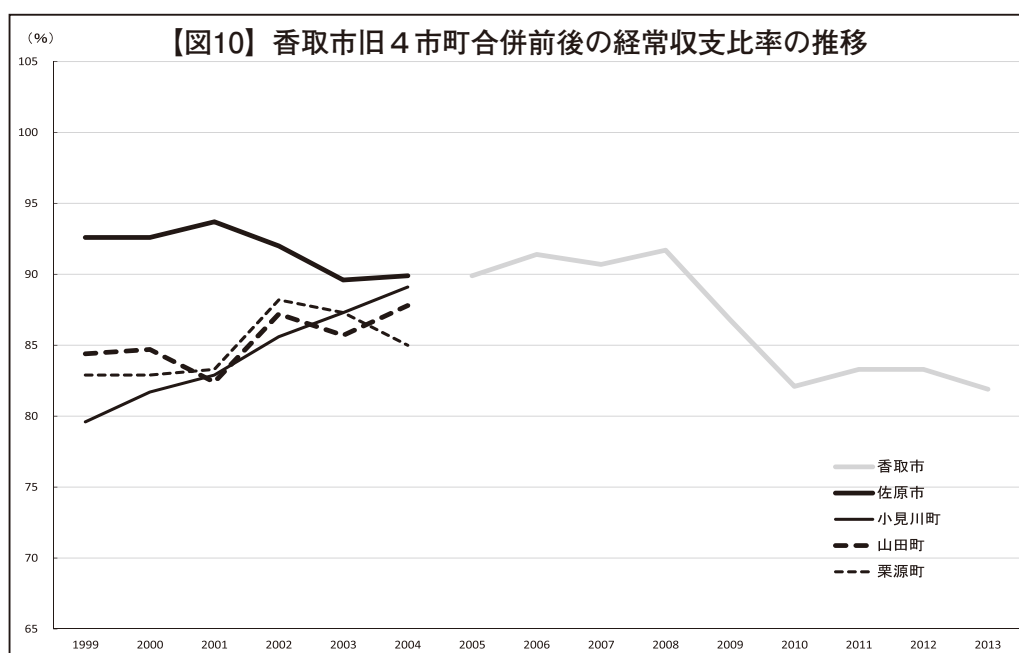
とはいえ、自治体合併とその前後の事情は地域によりさまざまです。ここで千葉県内全ての事例に当たる余裕はありませんので、佐原市、小見川町、山田町および栗源町の1市3町が対等合併して新設された香取市を一例として合併前後の経常収支比率の推移を【図10】にまとめてみました。

【図10】からは、合併直後はほぼ旧佐原市の水準が4年間続き、

その後85%程度にまで弾力性が向上した様子を看取することができます。2008（平成20）年度から2010（平成22）年度にかけての急激な変化の要因は別に精査する必要がありますが、少なくともこの事例については自治体合併が財政硬直化の原因を為すとは言えないようです。

ここまでのグラフは全て減税補てん債、減収補てん債特例分および臨時財政対策債を織り込んで計算された経常収支比率の推移を示すものでした。これらを除外して計算される経常収支比率の推移を先の経常収支比率高率4市1町についてグラフにまとめたものが【図11】です。

この【図11】を【図07】と比べてみると、臨



時財政対策債の発行が始められた2001（平成13）年度からの3年間で減税補てん債と臨時財政対策債を除いた計算値が急激に上昇していることがわかります。しかしながら、その後の推移傾向は大きく見れば計算方法の違いにも関わらず類似していると言えそうです。ただ、【図11】では4市1町の全てが100%を超える事態を経験していることは見逃せません。

末尾に【表02】～【表05】を載せます。【表02】は【図03】、【表03】は【図04】～【図06】、【表04】は【図07】～【図09】および【図11】、【表05】は【図10】のそれぞれを作成するための基となったデータです。

【表 02】 経常収支比率 3 区分自治体数および構成比の推移

	1999 (H11)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)
90%超	6	3	7	21	17	37	31	33	39	39	26	19	24	26	23
(%)	7.5	3.8	8.8	26.3	21.5	48.1	55.4	58.9	69.6	69.6	48.1	35.2	44.4	48.1	42.6
75%超90%以下	65	71	68	57	61	40	24	23	17	16	28	35	30	28	31
(%)	81.3	88.8	85.0	71.3	77.2	51.9	42.9	41.1	30.4	28.6	51.9	64.8	55.6	51.9	57.4
75%以下	9	6	5	2	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
(%)	11.3	7.5	6.3	2.5	1.3	0.0	1.8	0.0	0.0	1.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

【表 03】 経常収支比率 75%以下の実績を有する 4 市町村の推移

	1999 (H11)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)
君津地区 袖ヶ浦市 経常収支比率	69.7	70.7	71.7	76.5	81.4	82.8	78.0	81.2	84.4	84.9	85.4	85.3	87.6	91.2	89.4
うち人件費	32.6	32.2	33.0	33.2	35.0	35.8	32.8	32.9	33.2	33.2	34.1	33.4	35.3	35.8	34.7
うち公債費	6.3	6.7	7.1	7.7	8.1	7.4	7.0	7.7	8.1	8.0	7.3	7.0	7.1	7.5	7.7
減税補てん償等除外	69.3	70.7	72.3	77.1	82.5	83.8	78.6	81.9	86.0	87.2	88.1	88.9	89.9	92.4	89.4
印旛地区 成田市 経常収支比率	73.4	72.9	71.0	74.0	74.3	78.3	74.9	79.7	80.9	74.4	82.7	82.9	81.9	83.6	82.6
うち人件費	31.6	30.8	29.4	30.4	30.0	30.3	28.5	30.5	29.8	26.3	28.7	28.4	27.8	27.9	26.4
うち公債費	11.1	11.0	11.3	11.4	11.3	13.1	10.7	11.6	12.2	11.0	12.0	11.8	11.8	12.2	11.8
減税補てん償等除外	72.9	72.3	71.6	74.7	74.9	79.4	76.3	80.0	80.9	74.4	82.7	82.9	81.9	83.6	82.6
香取地区 多古町 経常収支比率	74.3	76.5	81.4	81.2	78.3	83.3	79.4	87.0	92.6	89.4	85.7	87.7	83.7	89.4	87.8
うち人件費	25.8	25.6	27.2	28.9	25.1	27.9	26.7	29.5	29.7	27.8	26.7	26.9	26.8	27.5	25.8
うち公債費	15.4	14.8	14.9	14.5	13.6	12.8	10.6	10.5	9.7	9.3	8.2	8.2	7.5	8.0	8.0
減税補てん償等除外	74.0	76.1	83.8	85.8	87.4	90.9	84.4	92.5	97.5	93.7	91.9	89.9	88.3	94.0	90.8
長生地区 長生村 経常収支比率	76.6	76.8	67.7	90.6	77.2	89.1	80.4	78.3	85.1	85.3	88.7	83.3	82.0	83.7	81.7
うち人件費	30.6	29.3	25.9	33.7	28.8	32.5	31.0	28.8	30.4	30.2	29.6	28.0	29.2	28.6	27.2
うち公債費	13.4	11.8	9.9	12.7	10.4	9.0	9.4	9.7	10.6	9.5	9.6	9.5	9.1	9.5	9.6
減税補てん償等除外	76.1	76.3	69.6	97.4	87.4	99.5	86.4	83.4	90.0	89.9	95.2	90.4	88.2	90.3	88.5

【表 04】 経常収支比率高率 4 市 1 町の推移

	1999 (H11)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)
東葛地区 船橋市 経常収支比率	91.7	88.9	90.4	92.5	90.6	93.3	93.5	93.8	94.2	92.7	94.5	91.8	91.9	92.6	92.4
うち人件費	39.9	37.5	37.7	37.4	35.7	36.0	35.3	35.6	35.1	33.3	33.1	30.9	30.8	29.4	27.4
うち公債費	13.2	13.3	13.2	13.4	12.2	11.5	11.4	11.6	11.9	11.9	11.9	11.7	11.3	10.9	11.0
減税補てん償等除外	90.6	87.7	93.7	98.5	100.4	101.1	99.4	99.2	98.2	97.3	100.3	97.3	97.4	98.0	96.3
千葉地区 千葉市 経常収支比率	90.5	90.2	90.1	91.9	93.7	96.9	94.8	93.2	96.5	96.3	99.2	97.7	96.3	97.5	95.5
うち人件費	31.4	30.9	30.1	29.9	28.9	30.1	28.6	27.1	27.2	26.7	26.9	25.5	25.3	24.0	22.6
うち公債費	20.2	20.5	20.8	21.8	21.9	22.3	21.4	20.9	23.7	24.8	27.9	28.2	27.0	27.5	26.8
減税補てん償等除外	89.7	89.2	93.5	98.4	106.2	106.9	101.6	99.2	102.6	103.1	108.4	110.6	108.4	108.1	106.4
習志野市 経常収支比率	92.1	89.7	89.6	88.4	87.8	89.7	88.9	89.9	92.8	92.8	95.7	90.3	90.2	90.3	92.8
うち人件費	42.4	41.6	41.5	40.3	39.3	40.0	39.4	35.5	36.5	33.9	35.6	31.7	32.0	31.0	31.8
うち公債費	13.8	13.5	14.1	13.8	12.6	13.5	14.1	14.9	15.3	15.5	15.7	15.3	15.4	14.8	14.8
減税補てん償等除外	91.2	88.7	92.6	93.5	98.4	97.8	95.1	95.4	97.7	96.9	102.5	99.5	98.5	98.4	101.0
印旛地区 栄町 経常収支比率	89.5	86.1	88.5	91.2	93.8	98.5	96.8	98.7	98.2	98.1	97.1	93.5	97.1	98.6	97.2
うち人件費	36.5	36.2	37.9	39.1	40.1	43.8	42.4	42.5	42.4	41.3	38.2	39.1	41.8	37.4	37.4
うち公債費	20.9	20.3	20.8	20.9	20.7	21.5	21.1	22.8	23.1	22.7	22.8	21.6	22.3	21.6	21.5
減税補てん償等除外	88.9	85.4	91.4	96.6	106.4	108.9	104.8	106.1	104.1	103.6	105.6	105.3	106.4	108.2	107.0
安房地区 館山市 経常収支比率	83.3	83.1	88.2	91.2	89.7	96.1	95.6	96.8	99.0	101.5	96.8	89.5	92.7	92.7	94.3
うち人件費	32.5	31.8	32.7	31.5	30.9	33.2	32.0	31.6	30.6	30.3	28.5	24.3	24.9	24.2	25.1
うち公債費	15.8	14.9	16.2	17.7	17.4	17.9	18.4	18.4	18.6	18.9	18.3	17.0	17.8	17.4	16.8
減税補てん償等除外	82.7	82.5	91.0	96.7	99.8	104.3	101.5	102.0	103.5	106.1	103.1	98.7	100.8	101.1	103.6

【表 05】 香取市旧 4 市町合併前後の経常収支比率の推移

	1999 (H11)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)
香取地区 香取市							89.9	91.4	90.7	91.7	86.8	82.1	83.3	83.3	81.9
佐原市	92.6	92.6	93.7	92.0	89.6	89.9									
小見川町	79.6	81.7	82.9	85.6	87.3	89.1									
山田町	84.4	84.7	82.4	87.2	85.7	87.8									
栗源町	82.9	82.9	83.3	88.2	87.3	85.0									

《付記》

【図01】 および 【図02】 をはじめ、本稿に掲載した図表の基となった各自治体ごとの経常収支比率に関するデータは、紙幅の都合上本誌に掲載することは叶いません。とりまとめるには手数を要しますので今回もウェブサイト上に公開いたします。

一般社団法人千葉県地方自治研究センターの
ホームページ

<http://chiba-jichiken.net/>

の左側の欄にある「活動報告」中の「調査・研究」をクリックして遷移するとご覧いただけます。
どうぞ、ご活用ください。（続く）

自治体政策形成のキーワード

2015年度予算で見る政策重点

千葉県地方自治研究センター 主任研究員 申 龍徹
(法政大学大学院公共政策研究科客員教授)



国や地方を問わず、立法機関である国会（議会）が「予算」（財政）という形で大枠を決定することで政府権力の集中防止とその分散を促し、市民社会の民主主義を支えている。国民や住民が代理人である議員を通じ、財政の使い道を決定し民主主義を実現する「財政民主主義」では、①「公開性の原則」に沿って、予算の内容は全ての国民・住民に公開されなければならない上、②「明瞭性の原則」の上で、予算の内容は明瞭でなければならない、そして、「事前議決・事前承認の原則」として、あらかじめ国会や自治体議会で議決を受けた予算しか執行してはならないことされている。

国民や住民の税金で成り立つ予算には、①統制的意義（民主的統制機能）、②管理的意義（必要性の確認機能）、③経済政策実現意義（経済的国家目標の表示機能）の機能が含まれているため、毎年の予算の策定や審議、議決のためには多くの時間と労力が注がれており、端的に言えば、各年度の予算を見れば、該当年度の政策運営の姿勢が一目に分かる。特に、社会情勢を反映し財政統制が続く中で、限りある財源をどのように配分し、優先するのか、不足する財源をどのように工面するのかなどの側面からは自治体の政策形成への努力が垣間見ることができる。以下では、2015年（H27年度）の国の予算、千葉県の予算、そして千葉市の予算を見ながらその特徴をみることにする。

■2015年度政府予算

毎年の国の予算は、①概算要求に当たっての基

本的方針の閣議決定、②各省庁の概算要求、③政府案の閣議決定、④政府案の国会提出・審議を通じて行われるが、基本的方針の前提となる「当面の財政健全化に向けた取り組み等について—中期財政計画」（閣議決定、8月8日）、政府案の閣議決定に先立って、中長期的な財政見通しを踏まえた経済財政諮問会議の「予算編成の基本方針」（閣議決定）が行われるのが慣例である。各年度の予算の成立・不成立は政府与党の政策運営に対する信任・不信任に直接的につながるため、当事者の立場にある政治家や大臣・官僚などのスキャンダルや不祥事によって予算成立が遅延されたり、妨げになる場合は、その罷免もありうるほど、予算の成立は政府与党の最大の懸案事項である。

●予算編成の基本方針

2015年度の予算策定に際して、昨年（2014年）の7月25日に「2015年度予算の概算要求に当たっての基本的方針について」（閣議決定）があり、その骨子は、以下の通りであった。

- 年金・医療等については、前年度当初予算額にいわゆる自然増（8,300億円）を加算した範囲内で要求。ただし、自然増の内容を厳しく精査していくことを含め、合理化・効率化に最大限取り組む。
- 地方交付税交付金等については、「中期財政計画」との整合性に留意しつつ要求。
- 義務的経費については、前年度予算額と同額を要求。国勢調査経費の増などの特殊要因については加減算。その上で、聖域を設けることなく抜本的な見直しを行い、可能な限り歳出の抑制

〈主要経費別内訳〉

(単位：億円)

主要経費	26年度 予算(当初)	27年度 予算	増減額	増減率	備 考
社会保障関係費	305,266	315,297	+ 10,030	+ 3.3%	社会保障の充実・公経済負担の増 +5,826億円。
文教及び科学振興費	54,330	53,613	▲ 717	▲ 1.3%	下記科振費以外(文教関係費)については、退職手当減等による国大運営費の減▲68億円(運営費全体で▲177億円)、児童生徒数の減等に伴う義務教育費国庫負担金の減▲38億円、無利子奨学金事業の返還金額の増による影響▲53億円等。
うち科学技術振興費	13,372	12,857	▲ 515	▲ 3.9%	難病・小児慢性特定疾患のための新たな医療費助成制度創設による社会保障関係費への統合分(▲540億円)を除くと、実質的な伸びは+25億円(+0.2%)。
恩給関係費	4,443	3,932	▲ 511	▲ 11.5%	受給者の減少に伴う自然減。
地方交付税交付金等	161,424	155,357	▲ 6,067	▲ 3.8%	地方税収の伸び等を反映。地方税、地方交付税等の地方の一般財源総額について社会保障の充実分等を増額。
防衛関係費	48,848	49,801	+ 953	+ 2.0%	中期防対象経費 +383億円(+0.8%)。その他、SACO・米軍再編関係経費等の増 +570億円。
公共事業関係費	59,685	59,711	+ 26	+ 0.0%	
経済協力費	5,098	5,064	▲ 34	▲ 0.7%	
(参考)ODA	5,502	5,422	▲ 80	▲ 1.5%	補正予算や円借款、国際機関への提出国債の払い込み等を含む、政府全体のODA事業量は対前年度比で増額。
中小企業対策費	1,853	1,856	+ 3	+ 0.2%	
エネルギー対策費	9,642	8,985	▲ 657	▲ 6.8%	
食料安定供給関係費	10,507	10,417	▲ 90	▲ 0.9%	米の直接支払交付金等について、足下の実績を反映。
その他の事項経費	61,526	61,379	▲ 147	▲ 0.2%	
予備費	3,500	3,500	—	—	
合 計	726,121	728,912	+ 2,791	+ 0.4%	

を図る。

- 東日本大震災復興特別会計への繰入は、既定の方針に従って所要額を要求。
- その他の経費については、前年度予算額の100分の90(「要望基礎額」)の範囲内で要求。
- 予算の重点化を進めるため、「骨太の方針2014」及び「『日本再興戦略』改訂2014」等を踏まえた諸課題について、「新しい日本のための優先課題推進枠」を設け、各省は上記要望基礎額の100分の30の範囲内で要望。

また、同年(2014年)12月27日の経済財政諮問会議の「予算編成の基本方針」では、①歳出の重点化・効率化と財政の信頼確保、②主な歳出分野における取組として、「社会保障」・「社会資本整備」・「地方財政」・「行政の徹底的な効率化」の各分野の重点課題が示された。特に、「非社会保障経費については、全体としては2014年度に比べてできる限り抑制し、社会保障経費についても、いわゆる「自然増」も含め聖域なく見直し、効率化・適正化を図り、2014年度からの増加を最小限に抑える」とした。以下は、主要経費別の内訳と各分

野における主要政策の内容である。総額は2014年度の95.9兆円より0.5%増え、一般会計の総額は過去最大の96兆3,420億円とし、過去最大となるのは3年連続である。高齢化に伴って年金の給付や医療、介護などの社会保障費が伸びていることが歳出増につながったことにより、2015年度の社会保障費は31.5兆円となり、前年度より3.3%増加である。介護サービスの公定価格である介護報酬を2.27%引き下げるが、保育所や学童保育の定員増など子育て支援を増やしたためである。

＜地方創生分野＞

- 国の「総合戦略」等を踏まえ、「優先課題推進枠」も活用し、0.7兆円を措置(H26年度補正予算とあわせれば1兆円超)。加えて、地域の実情に応じたきめ細かな施策を可能にする等の観点から、地方創生の取組に要する経費について、地方財政計画の歳出に1兆円計上(下記消費税増収分を活用した社会保障の充実とあわせれば当初予算・地方財政計画ベース[国・地方]で3兆円超)。

(注) 自治体が求める新たな交付金は、2014年（H26年度）の補正予算において先行的な仕組みを創設（1,700億円）。2015年（H27年度）に策定・推進される地方版「総合戦略」を踏まえ、2016年（H28年度）からの本格実施に向けて、その財源等も含め、検討。

＜社会保障分野＞

- 消費税増収分（1.35兆円）等を活用し、2015（H27）年4年から子ども・子育て支援新制度をスタートさせ、待機児童解消加速化プランや放課後児童クラブの充実等を推進。また、介護職員の処遇改善や基金による医療介護の基盤整備、認知症対策の充実、国民健康保険の財政対策の充実、難病対策の充実など医療・介護サービスの提供体制改革を推進。
- 介護サービス料金（介護報酬）について、介護職員の処遇改善（月＋1.2万円相当）や良好なサービスに対する加算を行いつつ全体としては引下げ、介護保険料の上昇を抑制、利用者負担を軽減（改定率：▲2.27%）。また、協会けんぽの国庫補助の見直し（国庫補助の安定化と超過準備金が生じた場合の特例措置）、生活保護の適正化を行うなど、社会保障の「自然増」を徹底して見直し。

＜公共事業分野＞

- 公共事業関係費は前年度同水準（5兆9,711億円（＋0.0%））としつつ、自然災害に対応するための事前防災・減災対策を充実するとともにインフラの修繕・更新といった老朽化対策を計画的に推進。効率的な物流ネットワークを整備し、国際競争力を強化。
- 整備新幹線について、JRからの貸付料の前倒し活用等により、国費の増額を極力抑制しつつ、建設前倒しを決定（新函館北斗～札幌間：5年、金沢～敦賀間：3年）。

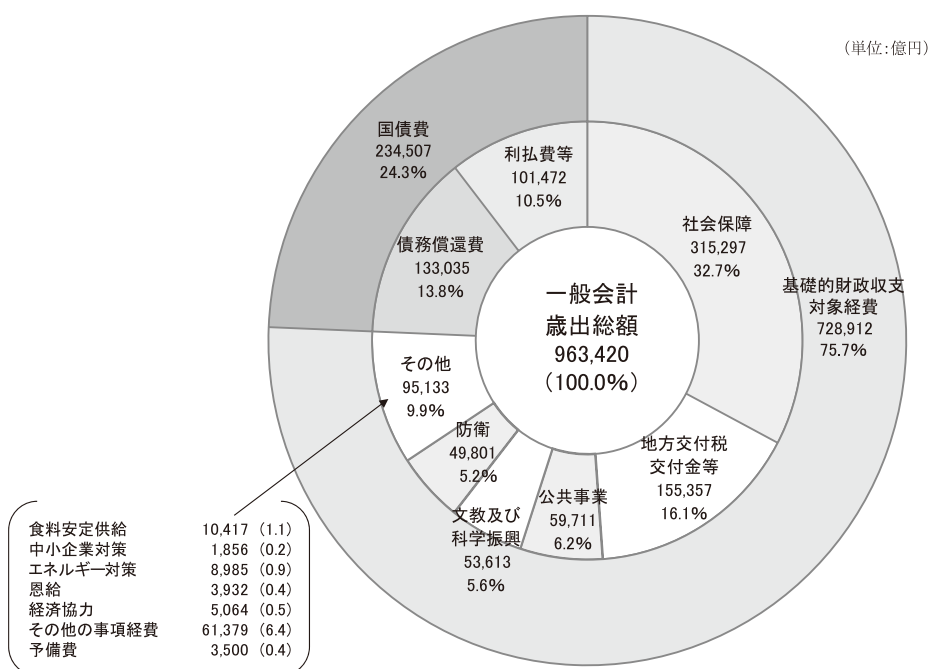
＜復興分野＞

- 中間貯蔵施設建設受入れによる除染作業の加速化を踏まえて、前年度を上回る除染等の原子力災害復興関係経費を計上することなどにより、復興特会の歳出規模として前年度並みの水準を確保（H26年度補正予算とあわせて4.2兆円）し、被災地の復旧・復興を加速化。（H26年度補正予算において繰り入れたH25年度決算剰余金等により、必要な復興財源を確保）

＜地方財政分野＞

- 地方税収増等を反映して、地方交付税交付金等は減額（16.1兆円→15.5兆円）しつつ、地方の一般財源総額を適切に確保。
- 地方創生の取組に要する経費について、地方財政計画の歳出に1兆円計上する一方、リーマンショック後の危機対応である地方交付税の別枠加算を地方税収等の動向にあわせ減額（0.6兆円→0.2兆円）し、平時モードの対応に着実に回帰。

2015年度の政府予算は、予算総額は前年度よりも4,596億円増加したものの、国債による歳入は36兆8,630億円と4兆3,870億円減少しているため、国債依存度は38.3%に低下したことから、全体としてみれば、今年度の予算は、「景気対策」より



も「財政再建」を優先した結果になる。このことは、個別の予算項目からも確認できる。すなわち、前年度の予算より大幅に増加しているのは、高齢化の影響を大きく受ける年金や医療費といった「社会保障費」（前年比3.3%増）と「防衛費」（前年比2%増）のみである。「公共事業」はほぼ前年並みで、「地方交付税交付金」や「文教費」などはマイナスとなっており、社会保障費は裁量で増減できる部分が少ないため、実質的に増額となったのは防衛費のみとなる。財政状況は完全に「借金体質」となっており、予算の約4割を国債に依存している現実に大きな変化はない。

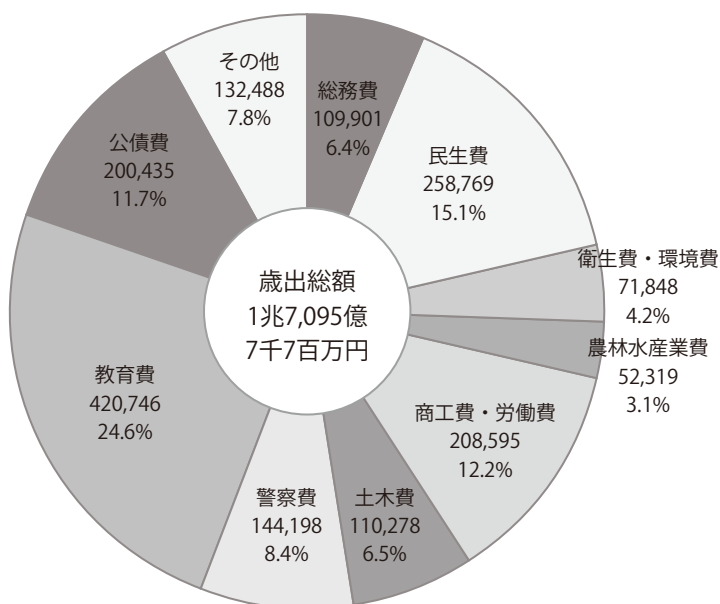
■千葉県2015年度予算

千葉県は、2015年度（H27年度）予算に関して、昨年（2014年）9月の通知で、当初予算要求における編成の基本方針を示しており、そこでは千葉県がおかれている財政状況について、「2015年度の本県財政は、歳入面では、県税収入は、地方消費税の引上げ効果が概ね平年度化することや企業業績の回復基調等により前年度予算に対し大幅な増収が見込まれますが、これに伴い、臨時財政対策債も含めた実質的な地方交付税は大幅な減額が見込まれるところです。さらに、国においては、歳出特別枠の廃止による地方交付税の削減が議論されており、なお一層の減額も危惧されるところです。また、歳出面では、社会保障費や公債費は引き続き増加するとともに、人件費については、定年退職者数の増加に伴う退職手当の増要素などもあることから、全体として、歳入の増加を上回る義務的経費の増加が、避けられない状況」と述べており、財政的なゆとりはないことを認めている。

その上、「くらし満足度日本一」の千葉の実現に向けたこれまでの取組を、さらに発展させ、着実に成果をあげていかなければならない年と位置付け、「県内経済の活性化」・「農林水産業の振興と社会基盤づくり」・「くらしの安全・安心の

確立」・「子ども・子育て世代への支援の充実」・「医療・福祉の充実」・「環境・文化施策の推進」の6つの部門に対し重点的に予算を配分するとともに、徹底した事務事業の見直しや県税徴収対策の充実・強化などの歳入確保に取組み、持続可能な財政構造の確立を目指すことを予算編成の基本方針とした。すなわち、(1)「総合計画の着実な推進」として、総合計画「新輝け！ちば元気プラン」に基づき、①成田国際空港、東京湾アクアライン、圏央道など本県のもつポテンシャルや、東京オリンピック・パラリンピックを活かした地域活性化の推進、②防犯、防災対策の推進など安全で安心して暮らせる社会づくり、③子どもと子育て世代へのサポート体制づくりや、県民一人ひとりの生涯を通じた福祉・地域医療の充実など「くらし満足度日本一」の千葉の実現に向けた施策の着実な推進、また、(2)「行財政改革の推進」として、「千葉県行政改革計画・財政健全化計画」に基づき、徹底した事務事業の見直しや県税徴収対策の充実・強化等の歳入確保などに取り組み、持続可能な財政構造の確立がそれである。

こうした基本的な考え方に従い、予算の要求基準として、(1)歳入では、①滞納整理の促進や未収金の解消、未利用県有地等の処分の推進、受益者負担の適性化などによる歳入の確保、②国庫支出



金については、国の予算編成の動向を的確に把握し、効果的な活用、③国の経済対策により積み立てた基金については、積極的な活用を図るとともに、(2)歳出では、①義務的経費（職員人件費、社会保障費〔法定義務分・国制度分〕、公債費、税関係交付金等）及び震災対応経費（継続事業分）については、積算根拠等の精査の上、年間所要額の要求、②上記以外の経費については、各部局において見直しを行い、原則として、H26年度当初予算額に対し、当然増減となるものを除き一般財源ベースで10%の減額及び総合計画の着実な推進に必要な新規・拡充事業については、別途要求可能とし、上記10%の減額の範囲内での要求、③予算編成に当たっては、事業の重点化などにより予算の効率的・効果的な活用を図るとともに、今後の財政基盤の確立を図る観点から、内容の見直しを求めることとした。

千葉県の2015年度（H27年度）の一般会計の予算規模は、1兆7,095億円7,700万円であり、前年度との比較では5.9%増加となった。歳出の面では、(1)くらし満足度日本一の千葉の実現に向けた施策の推進として、計4,414億2,700万円が計上されたが、主な内容は、①県内経済の活性化（2,030億1,800万円）、②農林水産業の振興と社会基盤づくり（1,008億8,700万円）、③くらしの安全・安心の確立（357億7,600万円）、④子ども・子育て世代への支援の充実（732億9,200万円）、⑤医療・福祉の充実（228億2,000万円）、⑥環境・文化施策の推進（56億3,400万円）、(2)その他の経費として、①人件費（5,744億1,000万円）、うち、知事部局（677億8,000万円）、教育庁（3,853億6,700万円、うち小中学校教職員2,651億2,300万円）、警察本部（1,212億6,300万円）、②社会保障費（2,555億4,600万円）、③公債費（1,990億4,500万円）、④税関係交付金等（2,581億600万円）を含め、計1兆2,871億700万円（「施策の推進」における189億5,700万円を含む）となった。

このうち、もっとも重点的な予算配分を行った「県内経済の活性化」については、「県内経済は、法人二税が地方法人特別税を加味するとリーマンショック前の水準に回復し、雇用情勢も完全失業

率が低下を続け回復傾向にあるなど、着実に上向いてきている状況です。一方で、H26年度は消費税引き上げに伴う駆け込み需要の反動や物価上昇、円安に伴う輸入物価の上昇などがある中で、賃金の上昇が物価上昇に追い付いていないための個人消費の弱さが指摘されており、今後の経済への影響が懸念されます」と説明し、「個人消費を喚起する商品券の発行や、オリンピック・パラリンピックのキャンプ誘致、観光の振興、中小企業の支援の充実、雇用の改善などを進め、県内経済の活性化」を図ることを目標として掲げている。この県内経済の活性化に関する主な施策の内容と予算額は、以下のとおりである。

- ・東京オリンピック・パラリンピックC H I B A 推進会議事業（1,500万円）
- ・北京世界陸上事前合宿受入事業【新規】（7,700万円）
- ・国際スポーツ競技大会支援事業【新規】（1,000万円）
- ・東京オリンピック・パラリンピックを見据えた千葉県イメージアップ動画の制作【新規】（1,500万円）
- ・通訳ボランティア養成事業（700万円）
- ・総合スポーツセンター武道館空調設備整備事業【新規】（1,413万円）
- ・千葉県スポーツコンシェルジュ運営事業【新規】（2,450万円）
- ・パラリンピック選手のキャンプ受入体制整備事業補助金【新規】（1,800万円）
- ・東京オリンピック・パラリンピック関連施設に関する貸付事業【新規】特別会計市町村振興資金（3億円）
- ・海外観光ゲストへのおもてなし力向上事業【新規】（1,000万円）
- ・訪日観光客商店街おもてなし事業【新規】（1,000万円）
- ・東京オリンピック・パラリンピックに向けた受入体制の整備事業（2,240万円）
- ・外国人観光客誘致のための公衆無線L A N 環境整備事業【新規】（地域住民生活等緊急支援のための交付金事業 2月補正分）（1億円）
- ・東京オリンピック・パラリンピックアスリート強化・支援事業（1億1,500万円）

〈一般会計の歳出（目的別）の状況〉

（単位：百万円、％）

区分	平成27年度		平成26年度		増減額 ①－②＝③	伸び率 ③/②
	当初①	構成比	当初②	構成比		
議 会 費	2,747	0.2	2,745	0.2	2	0.1
総 務 費	109,901	6.4	106,314	6.6	3,587	3.4
民 生 費	258,769	15.1	245,225	15.2	13,544	5.5
衛 生 費	65,768	3.8	58,649	3.6	7,119	12.1
環 境 費	6,080	0.4	5,977	0.4	103	1.7
労 働 費	3,918	0.2	4,660	0.3	△742	△15.9
農林水産業費	52,319	3.1	42,614	2.6	9,705	22.8
商 工 費	204,677	12.0	204,727	12.7	△50	0.0
土 木 費	110,278	6.5	103,263	6.4	7,015	6.8
警 察 費	144,198	8.4	140,428	8.7	3,770	2.7
教 育 費	420,746	24.6	414,712	25.7	6,034	1.5
災 害 復 旧 費	1,907	0.1	1,575	0.1	332	21.1
公 債 費	200,435	11.7	198,296	12.3	2,139	1.1
諸 支 出 金	127,684	7.5	84,978	5.2	42,706	50.3
予 備 費	150	0.0	150	0.0		0.0
計	1,709,577	100.0	1,614,313	100.0	95,264	5.9

（注）表示単位未満四捨五入のため、積み上げが一致しない場合がある。

■千葉市の2015年度予算

他方、政令都市以降のともなう都市基盤整備の財源として多額の市債を発行してきた千葉市では、市債の返済がピークを迎えている中、扶助費などの持続的な増加とあいまって、予算編成に際しての財源不足が続いている。

2015（H27年度）の予算編成に際しては、昨年（2014年）10月に「予算編成方針について」（依命通達）が示されたが、その主な内容は次のとおりである。すなわち、(1)財政健全化に向けた取組み及び行政改革の推進として、財政健全化プラン及び行政改革の取組みを着実に推進するとともに、改善策については、的確に予算に反映させる。特に、既存の事務事業については、既成概念にとらわれない大胆な事業の整理・合理化など、徹底した見直しを図る、(2)第2次実施計画事業（マニフェストに関する取組み事業工程表に基づく事業を含む。）の推進として、新たに策定する第2次実施計画の初年度として、事業費の精査を行ったうえで、事業の推進を図る、(3)予算要求基準において、「経常的経費」は、裁量的経費あるいは削減余地のある固定的経費等については、別途通知した見積限度額以内で見積もること、「臨時的経費」については、第2次実施計画事業にあっては、H27年度計画額の範囲内で所要額を見積もることなどである。

千葉市の2015年度（H27年度）における財政見通しでは、歳入については、「歳入で自主源根幹をなす税が、税制改正による法人市民の率引下げもあり、大幅な減収となる見込みである。また、依存財源の国庫補助負担金や地方交付税等については国の予算編成の動向を見極める必要があるとともに、市債については、健全化判断比率等への影響を踏まえ、可能な限り抑制を図る必要」があるとする一方、「歳出」については、「公債費が高止まりし、生活保護費等の扶助費の増加が見込まれるほか、労務・資材単価の高騰を背景とした事業費増大や、介護、子育ての分野などで、急速に進展する少子・超高齢社会への的確な対応が求められることなどから、多額の財政需要が見込まれている」と説明している。

2015年2月に成立した千葉市の「一般会計」の歳入歳出予算総額は、3,902億円で、前年度と比較して149億円、4.0%の増加となった。また、「特別会計」（企業会計を含む17会計）では、公債管理会計や国民健康保険事業会計などの増額にともない、総額4,659億3,400万円で、前年度と比較し、424億7,300万円、10.0%の増加となった。その結果、「一般会計」と「特別会計」を合わせた全会計の規模は、8,561億3,400万円で、前年度との比較では、573億7,300万円、7.2%の増加となった。以下は、歳入・歳出・義務的経費及び投資的経費の状況である。

〈歳入〉

(単位：百万円、％)

区 分	平成27年度		平成26年度		増減額 (A)－(B)＝(C)	増減率 (C)/(B)	(参考) 前年度 増減率
	(A)	構成比	(B)	構成比			
市 税	173,700	44.5	175,500	46.8	△1,800	△1.0	2.9
国 庫 支 出 金	56,739	14.6	54,709	14.6	2,030	3.7	6.9
市 債	43,375	11.1	42,208	11.2	1,167	2.8	5.2
諸 収 入	42,135	10.8	40,549	10.8	1,586	3.9	5.4
地方消費税交付金	16,468	4.2	10,769	2.9	5,699	52.9	20.1
県 支 出 金	15,346	3.9	13,419	3.6	1,927	14.4	16.3
使用料及び手数料	11,271	2.9	8,727	2.4	2,544	29.1	0.5
地 方 交 付 税	7,250	1.9	6,000	1.6	1,250	20.8	1.7
繰 入 金	6,375	1.6	4,150	1.1	2,225	53.6	△40.5
そ の 他	17,541	4.5	19,269	5.0	△1,728	△9.0	12.1
合 計	390,200	100.0	375,300	100.0	14,900	4.0	4.4

〈歳出〉

(単位：百万円、％)

区 分	平成27年度		平成26年度		増減額 (A)－(B)＝(C)	増減率 (C)/(B)	(参考) 前年度 増減率
	(A)	構成比	(B)	構成比			
民 生 費	143,947	36.9	137,452	36.6	6,495	4.7	5.7
公 債 費	57,645	14.8	57,217	15.2	428	0.7	1.6
土 木 費	46,223	11.8	46,172	12.3	51	0.1	11.8
商 工 費	35,237	9.0	34,548	9.2	689	2.0	6.5
総 務 費	32,373	8.3	30,021	8.0	2,352	7.8	△0.7
衛 生 費	30,942	7.9	28,813	7.7	2,129	7.4	4.1
教 育 費	25,944	6.6	24,510	6.5	1,434	5.8	1.1
消 防 費	11,538	3.0	10,736	2.9	802	7.5	△5.0
諸 支 出 金	2,206	0.6	2,232	0.6	△26	△1.1	△0.1
そ の 他	4,145	1.1	3,599	1.0	546	15.1	△3.4
合 計	390,200	100.0	375,300	100.0	14,900	4.0	4.4

〈義務的経費と投資的経費の状況〉

(単位：百万円、％)

区 分		平成27年度		平成26年度		増減額 (A)－(B)＝(C)	増減率 (C)/(B)	(参考) 前年度 増減率
		(A)	構成比	(B)	構成比			
義 務 的 経 費		204,175	52.3	199,620	53.2	4,555	2.3	1.9
内 訳	人 件 費	55,966	14.3	55,009	14.7	957	1.7	△2.7
	扶 助 費	90,821	23.3	87,686	23.3	3,135	3.6	5.4
	公 債 費	57,388	14.7	56,925	15.2	463	0.8	1.5
投 資 的 経 費		35,646	9.1	32,025	8.5	3,621	11.3	20.0
内 訳	補助事業費	13,596	3.5	14,995	4.0	△1,399	△9.3	73.8
	単独事業費	22,050	5.6	17,030	4.5	5,020	29.5	△5.7
そ の 他 の 経 費		150,379	38.6	143,655	38.3	6,724	4.7	4.9
合 計		390,200	100.0	375,300	100.0	14,900	4.0	4.4

●2015年度新規施策一覧表

担当部局	事業名	予算額 (単位：千円)	担当部局	事業名	予算額 (単位：千円)
総務局			保健福祉局		
市長公室	国際交流ボランティア育成	700	高齢障害部	在宅医療・介護連携に関する研修	224
危機管理監	災害時受援計画く地震対策編＞の策定	5,400		発達障害などに関する巡回相談員整備	3,900
総合政策局				(仮称) ひきこもり地域支援センター設置運営	2,000
総合政策部	幕張新都心賑わいの向上	3,500	こども未来局		
財政局			こども未来部	一時預かり(幼稚園型)	12,355
税務部	市税クレジット納付の導入準備	4,000		里親委託の推進	2,000
	個人市・県民税額試算サービスの導入	756		民間保育園の改築	184,248
市民局				事業所内保育給付	71,051
市民自治推進部	コンビニ交付サービス等の導入	104		認定こども園等助成	67,761
	債務負担行為	320,000		公立認定こども園の新設	16,444
	防犯街灯のLED化	1,566		3歳児配置改善	64,292
	債務負担行為	2,312,000		給食指導・支援嘱託員の配置	2,610
生活文化スポーツ部	美術館開館20周年記念事業	2,700	環境局		
	文化施設の再構築に関する基礎調査	6,300	環境保全部	事業用太陽熱利用給湯システム設置費助成	1,000
	(仮称) 磯辺スポーツ広場の整備	14,400		自然環境調査	1,000
	車椅子スポーツ2016パラリンピック予選会開催支援	15,000	資源循環部	剪定枝等循環システムモデル	2,000
	性暴力被害者支援センターの支援	1,000	経済農政局		
区役所			経済部	企業立地のための用地の整備手法の検討、候補地の選定、 需要等基礎調査の実施	9,000
花見川区役所	花見川区糖尿病0(ゼロ)プロジェクト	172		優良後継牛確保対策補助	2,720
稲毛区役所	(仮称)「イザ!カエルキャラバン! in稲毛」	908	農政部	農業技術専任アドバイザーの設置	1,838
	地域における防災訓練環境の整備推進	743	都市局		
若葉区役所	ラジオ体操で健康づくりとまちづくり	244	都市部	都市モノレール千葉駅舎改修	8,000
緑区役所	避難所運営委員会支援	600	建築部	地域と連携した空き家有効活用支援	2,000
	緑区災害対応合同訓練	102		市営住宅の建替(小倉台団地)	51,000
美浜区役所	美浜区認知症キッズサポーター養成	596	公園緑地部	泉自然公園の魅力向上	4,000
	美浜区高校生連携会議	14		公園長寿命化計画策定	12,000
保健福祉局			建設局		
健康部	食育情報誌作成(消費者行政推進交付金活用)	1,605	土木部	自転車駐車場管理(定期利用料金のコンビニ納付等)	32,744
	健康づくりの動機づけモデル	3,600	下水道管理部	上下水道料金徴収一元化 (システム開発に伴うデータ抽出業務)	10,000
高齢障害部	高齢者生活支援サービス基盤づくり (社会福祉協議会事業補助)	1,500	消防局		
	チャレンジシニア教室	18,176	総務部	(仮称) あすみが丘出張所の整備	1,900
	シニア水中プログラム	14,000	警防部	救急車の適正利用促進	1,900
	シニアリーダー講座	12,153		(仮称) 応急手当ジュニアインストラクターの育成	400
	介護予防事業評価事業	6,124	教育委員会		
	介護予防・生活支援ニーズ把握	10,305	学校教育部	特別支援教育介助員配置	5,799
	生活支援・介護予防サービスの基盤整備	7,233	生涯学習部	加曽利貝塚保存整備	9,277
	家族介護者支援	7,698		(仮称) 花見川図書館瑞穂分館の整備	3,000
	認知症カフェの整備	400		図書館サービスポイントの設置	3,600
	介護予防ケアプランの充実	3,793		図書館のICT化	13,000
	訪問診療を行う医師の育成	1,000			

(注) 連載記事「自治体政策形成のキーワード」は、諸事情により、今回をもって終了します。

岐路に立つ日本

—極右政治家安倍晋三と日本の未来—

弁護士 吉峯 啓晴



■はじめに

安倍晋三氏の悲願は「戦後レジームからの脱却」である。また、彼は「日本をとりもどせ」と叫ぶ。彼が脱却しようとしている戦後レジームとは何なのか。また、彼が取り戻そうとしている日本とはどんな日本なのか。これを理解するには、彼が「日本国憲法はアメリカ占領軍に押し付けられた憲法で初めから新たに作り直す必要がある」としていることが手掛かりとなるだろう。確かに、敗戦時の日本の支配層にとって、日本国憲法はアメリカ占領軍によって押し付けられたものであるかも知れない。なぜなら、敗戦時の日本の支配層にとって、憲法とは、天皇主権、基本的人権の否定、軍国主義を基本原理としている大日本帝国憲法以外の何物でもなく、それを真っ向から否定し、国民主権、基本的人権の尊重、戦争放棄・平和主義を基本原理とする日本国憲法など精神的に受け入れられるものなどではなかったからである。しかし、戦争の惨禍を舐め尽くした日本国民にとっては、日本国憲法は国連憲章や世界人権宣言と軌を一にする第二次世界大戦後の普遍的考え方である民主主義思想、人権思想、平和思想がアメリカ占領軍を経由して、日本に流入したものであり、当時の日本国民は、双手を挙げて歓迎したのであった（この経緯については、「憲法第九条の政策論」月刊マスコミ市民2013. 2. No529、54頁以下で述べた）。すなわち、日本国憲法を押し付けられたと感じる人々は、戦前の大日本帝国憲法に郷愁を感じ、日中戦争、第二次世界大戦を何ら反省していない人々であると言って過言ではない。日本国民

は、国民主権、基本的人権の尊重、戦争放棄・平和主義を基本原理とする日本国憲法を歓迎し、以後68年間、私たちは、ただ一つの条文も変えることなく、その憲法の下で暮らして来たのである。

■安倍氏のいう戦後レジームからの脱却の意味

では、安倍氏の悲願である戦後レジームからの脱却とは何なのか。戦後レジームとは、世界的には、第二次世界大戦後、ナチスドイツや軍国主義日本の全体主義を否定し、確立された国民主権、基本的人権の尊重、平和主義に基づく体制であり、国連憲章や世界人権宣言などで宣言されている考え方に基づく世界秩序であり、国際連合は、その一つの到達点である。そして、その後も世界においては国際人権規約を始めとする様々な人権条約が結ばれ、これらの考え方が世界の民主主義国の潮流となっている。そして、日本では、日本国憲法が、前述したように国民の大半によって支持をされ成立し、その下で戦後70年間、日本は、ただの一回の戦争も起こさず、戦争で、ただの一人も殺さず、ただの一人も殺されない（この点については、朝鮮戦争当時、戦死者を出しているとの情報もある）という実績をあげてきた。すなわち、戦後レジームというのは、日中戦争、第二次世界大戦という、日本にとっては、中国をはじめとするアジア諸国を侵略し、多くのこれら国民を殺害し、領土を侵し、また多くのわが国民を死に至らせた悲惨な戦争を経て、やっと手に入れた国民主権、民主主義、基本的人権の尊重、戦争放棄・平和主義の枠組・国のかたちである。そうすると、今求められているのは、戦後レジームからの脱却

などではなく、戦後レジームのさらなる発展なのではなかろうか。たとえば、世界の平和の枠組をさらに発展させるためには、核拡散を防止するとともに、核保有国の核兵器を廃絶するために世界が真摯な努力を行うことであり、このように戦後レジームをさらに発展させるためには、様々な重要な課題がある。日本について言えば、戦後レジームを発展させるためには、たとえば、外交、安全保障において、日米同盟を「深化」させるのではなく、中国、韓国を含むあらゆる国々と友好関係を深めるような政策をとるべきであろう（日本のこれからのあるべき針路については「東日本大震災と福島第一原子力発電所事故を機にわが日本の将来を考える」月刊マスコミ市民2011. 11. No.514、26頁以下で述べた）。

安倍氏の戦後レジームからの脱却とは、日本のみならず世界の民主主義思想、人権思想、平和思想に敵意を燃やし、その破壊を行おうとするものの以外の何物でもない。だからこそ、安倍氏の言動は、中国・韓国からだけではなく、欧米の心あるマスコミ、政治家などからも極右政治家として危険視されているのである。安倍氏はこの危険な考え方にに基づき、日本のアジア侵略の厳然たる歴史について、口では、村山談話、河野談話を引き継ぐと言いながら、先日のアメリカの上下院における演説の中でも侵略の事実を認めず、心からのお詫びの言葉も述べなかった。保守政治家とは戦後レジームを認めたうえで、保守的立場をとる政治家であり、安倍氏のように戦後レジームを否定する政治家は極右政治家として、それとははっきり区別しなければならない。アメリカの心ある人々が（オバマ氏もそうであって欲しいが）、アメリカの原爆投下について一言も述べず、アメリカへのお詫びの言葉を口にして反省したふりをした安倍氏のパフォーマンスに惑わされて、同氏の極右政治家としての正体を見誤らないことが必要である。日本のあるべき針路は、アジア諸国への明白な侵略の事実を認め、心から詫びることから始めなければならない。「何回あやまればすむんだ」というような議論は、実は心から詫びていないことを示す以外の何物でもない。字数がないので率

直に指摘するが、戦後レジームからの脱却の行き着く先は、日本の核武装である。私たちは、決して安倍氏の表面的で抽象的な言葉に騙されてその道を選んではない。

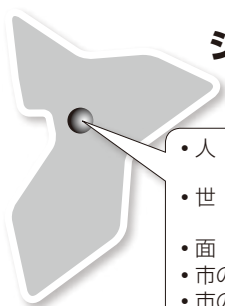
■安倍氏が日本をとりもどせという意味

こうみてくると、安倍氏が叫ぶ「日本をとりもどせ」という日本とは、戦前の日本、すなわち天皇主権、人権無視、軍国主義の日本であることがわかる。それは極端な見方だという人がいるかも知れない。しかし、憲法改正という主権者たる国民の意思をもっとも尊重しなければならない作業を、憲法で定められた一切の手續を無視して、一片の閣議決定で、しかも日本国憲法の基本原理の一つである戦争放棄・平和主義によって禁じられている集団的自衛権を認めるという形で強行する安倍氏の姿からは、国民主権・民主主義を尊重するという要素は全く見受けられない。また、主権者である国民に、国の重要事項を、罰則をもって知らせないようにするという特定秘密保護法の制定などからも、国民主権、表現の自由などの基本的人権を尊重するという姿は、全く見ることができない。戦前の日本をとりもどすなど、まさに妄言であり、戦前の軍国主義に郷愁を抱く極右政治家安倍晋三は、一日も早く、日本の政界から消え去るべきであろう。

■今は日本の岐路

国会では、自衛隊が世界中でアメリカなどと一緒に関戦ができるようにしようという戦争法案（安保法制というのは正確ではない）が成立しそうになっている。多くの国民はそれに反対である。民主党を始めとする野党はどうするのか、また自民党内のかつてのハト派と呼ばれた人々はどうするのか。まさに、今、日本は、岐路に立っている。この岐路の本質を軽視してはならないと思う。戦争法案に対する具体的な批判分析は別途論ずることとしたい。

吉峯 啓晴氏は5月28日にご逝去されました。
謹んでご冥福をお祈りいたします。



シリーズ 千葉の地域紹介 四街道市

- ・人口：91,218人
(27年4月1日現在)
- ・世帯：37,979世帯
(27年4月1日現在)
- ・面積：34.52km²
- ・市の花：サクラソウ
- ・市の木：サクラ

こどもが真ん中。

みどりいっぱい四街道でくらす

四街道シティセールス推進課

■みどり豊かな住宅都市

四街道市は千葉県の北部に位置し、県都千葉市へ8km、都心へ40kmの圏内にあります。快速電車で東京駅まで約50分、成田国際空港へも約30分と交通の利便性に優れています。市域は東西7km、南北9kmとコンパクトですが、市街地と、里山や谷津田の残る豊かな自然との調和が自慢です。

昭和30年（1955）3月、千代田町と旭村が合併し四街道町が誕生。当時の人口は18,014人（国勢調査）。昭和40年代前半から大型団地が誕生して急速に人口が増加すると、みどり豊かな暮らしやすいまちとして着実に成長してきました。

■子どもと暮らすまち

都会的な利便性と、豊かな自然を併せ持つ住環境は、子どもたちとの暮らしにぴったり。中でも人気のスポットは、四街道プレーパーク「どんぐりの森」。子どもたちが自由な発想で遊べる場所です。プレーリーダーが見守る中、子どもたちは



プレーパーク どんぐりの森

たき火や大きな木のブランコ、秘密基地作りなど、ここでしかできない遊びに夢中。地域の大人たちが市と協力して、四街道の自然を生かした森の遊び場を作っています。

他にも四街道市では子育てに嬉し

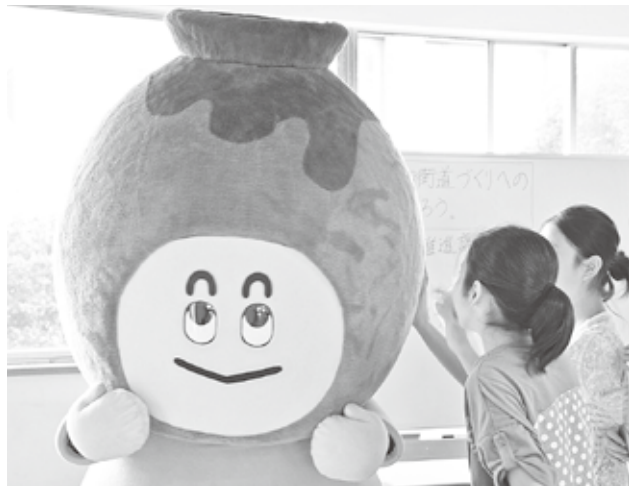
いポイントがたくさんあります。市内全小学校に設置しているこどもルームでは、放課後の学童保育を6年生まで実施。働くパパ・ママも安心です。また、中学校3年生までの子ども医療費が無料と、子育て中の家族を応援しています。

子どもたちが地域に見守られ、親子でのびのびと成長できるまち。四街道で子育て、してみませんか。

■日常にあふれる

「ドラマチック」な魅力が自慢

何気ない日常の暮らしの中にあふれる魅力にスポットを当て、四街道に関わるすべての人がもっとまちを好きになれるように…。そんな思いで進めているのが「ドラマチック四街道プロジェクト」です。地域での生き生きとした活動や、まちと自然が調和した暮らしやすさ、子育て環境の良さなど、四街道で暮らす毎日には、色とりどりのドラマチックな魅力がたくさんあります。そんな四街道の日常を切り取った動画は、これまでに計3本



ドラマチック四街道プロジェクト
ナビゲーター「よつぼくん」

公開しています。動画は「ドラマチック四街道」のホームページからご覧いただけます。

そして、四街道に関わるたくさんの人が日替わりで登場する「みんなでカレンダープロジェクト」。27年度のテーマは「たからもの」。四街道で暮らす人、働く人、遊びに来た人など、皆さんが思い思いの宝物を書いたスケッチブックを手に、日めくりカレンダー形式で登場しています。カレンダーは、「四街道市みんなで地域づくりセンター」のホームページで毎日更新しています。



■イベントいろいろ

秋の一大イベントは、なんといっても四街道ガス灯ロードレース大会。毎年11月中旬に行われます。四街道には、日本一の設置数を誇るガス灯通りがあることをご存じですか。市内めいわ地区にある日本一のガス灯通りを爽快に走るこの大会。親子部門、車椅子部門、障害者部門など24の部門があり、全国から集まったたくさんの人がレースを楽しんでいます。

そして冬の四街道を盛り上げるのは、毎年2月



ガス灯ロードレース大会



和良比はだか祭り

25日に和良比地区で行われる「はだか祭り」。日本三大奇祭の一つとも言われるこのお祭りは、五穀豊穡と厄除けを祈願する、江戸時代からの伝統行事です。1歳未満の子の額に泥を塗ると病気知らずで元気に育つといわれています。祭りのクライマックスは、ふんどし姿の男衆が神田で泥だらけになりながら行う騎馬戦。その勇姿を写真に収めようと、観客席には数え切れないほどのカメラが並びます。見ていだけでも泥が飛んでくることがありますので、注意してくださいね。

「暮らし」の中に魅力があふれる四街道。子どもたちがすくすくと育つ、みどりいっぱいのまち。そんな四街道らしさを、これからもまちの魅力として高めていきます。

新聞の切り抜き記事から

研究員 鶴岡 美宏



当センターの新聞切り抜きファイルから主な記事を抜粋して紹介します。

□第23分冊（2014年11月7日～2015年2月6日）

館山市の課題 11.16市長選へ

安房地域の政治経済、文化の中心として発展してきた館山市。しかし、高齢化率は35.2%、18歳以下は人口の14.2%と少子高齢化が進み、大型製造業の撤退で雇用や経済問題が前途に横たわる。市長選（11月9日告示、16日投開票）を前に、市の課題を探った。（千葉日報11/7）

八街市長に北村氏再選 無投票

八街市長選が9日、告示され、現職の北村新司氏（66）のほかに立候補の届け出はなく、無投票で北村氏の再選が決まった。（読売11/11）

市民傍聴、市議動かす

四街道市議会の本会議の傍聴を続けている市民がこのほど、議員ごとの一般質問の回数をまとめて公表した。「本会議での質問は議員の最大の権利であり、放棄するのは議員失格だ」との考えで取り組んでおり、質問しない議員には「議員としての責務を果たせ」と助言している。こうした取り組みもあり今月下旬に開会する市議会一般質問では議長を除く議員全員19人が一般質問に立つ予定だ。（朝日11/15）

館山市長に金丸氏

館山市長選は16日投票され、即日開票の結果、無所属の現職金丸謙一氏(66)が元千葉テレビ放送局長の渡辺正史氏を破り3選を果たした。（朝日11/17）

千葉県議会 一般質問要旨

無所属の藤代政夫議員は道路の欠陥など管理瑕疵に伴う県道での事故件数を聞いた。永田健県土整備部長は「県が管理する国道と県道の昨年度の管理瑕疵に伴う件数は32件」と報告した。（千葉日報12/6）

小泉氏、無投票で3選

任期満了に伴う成田市市長選は12日告示され、現職の小泉一成市長(58)以外に立候補の届け出がなく、

無投票で3選が決まった。（千葉日報12/15）

市川市議会に2つの百条委 政活費めぐり応酬

市川市議会に2つの百条委員会の設置を12月24日に決めた。地方自治法に基づく調査権限を持つが、同時に2つ設置するのは極めて異例だ。市議29人が疑義を指摘され、調査対象とされた政務活動費とは何か。（朝日12/27）

4.8億円赤字見通し 銚子市、財政再建厳しく

財政難に直面している銚子市は15日、現時点で本年度約4億8,500万円の収支不足が見込まれると、市行財政改革審議会で明らかにした。（千葉日報1/16）

若い女性住みよい君津へ 市役所若手7人で検討班

君津市は、子育て世代の女性の定住促進を図るため、若手女性職員が参加する「若い女性が住みたいと思う町検討プロジェクト」のチームを発足させた。女性ならではの感性を生かし、出産、育児をしやすい環境を作って人口減に歯止めをかけようという狙い。（読売1/17）

我孫子市長選、星野氏3選

我孫子市長選は18日、投開票され、現職で無所属の星野順一郎氏(57)が元市議の海津にいな氏(61)を破り3選を果たした。（朝日1/19）

千葉県の新年度一般会計当初予算案

県は30日、2015年度の当初予算案を発表した。一般会計は1兆7,095億7,700万円で、過去最大となった。県内経済の活性化など6つの分野に重点配分した。ただ、社会保障費の増加などで財源不足の構造は変わらない。（朝日1/31）

□第24分冊（2015年2月10日～3月31日）

千葉市2015年度当初予算案

千葉市は12日、2015年度当初予算案を発表した。一般会計は3,902億円で2年連続過去最大を更新。少子高齢化に伴う扶助費の伸びなどで歳出が膨ら

む一方、国の税制改正の影響で自主財源の柱となる市税収入は減少。基金取り崩しや交付金で補う厳しい編成作業を迫られた。(千葉日報2/13)

千葉県議会代表質問 答弁要旨

民主党の竹内圭司議員は生活保護世帯の進学状況や学習支援について質問した。諸橋副知事は「本年度の本県の高校進学率は98.6%だが、生活保護世帯の子供は90%」と報告。(千葉日報2/20)

3市「貯金」確保に苦慮

財政危機を宣言している千葉県内の3市（銚子市、富津市、八千代市）が貯金にあたる財政調整基金の確保に苦心している。八千代市は土地取得資金として積み立てていた基金の一部を一般財源に充て、財調からの繰入額を抑える。富津市は退職手当債を起債し、借金をして財調に積み立てる。ただ、対策はその場しのぎでしかなく、抜本的な解決にはならない。(日経2/20)

千葉県議会代表質問 答弁要旨

社民党の小宮清子議員は、特別養護老人ホームの県内の整備状況を聞いた。諸橋副知事は「2013年10月1日現在で、65歳以上の人口10万人当たりの特養ホームの定員数をみると、本県は1,396人で全国平均（1,647人）より251人少ない状況」と述べた。全国順位は46位。(千葉日報2/21)

統一選15 選択を前に

地域の活力維持に向けた「地方創生」の必要性が叫ばれる中、4年に1度の統一選が4月に迫っている。人口減少社会を迎え、県や市町村、関係者たちは直面する問題にどう向き合っているか。「選択」の時を前に、課題の現場をレポート。

1 子育て、2 農業、3 財政、4 観光、5 公共事業、6 医療、7 産業、8 人口減（読売2/24～3/4）

自治体「消滅」に危機感 県内首長の7割、人口減少で

人口減少により自らの自治体が「消滅しかねない」との危機感を抱いている県内首長が全体の7割以上に上ることが共同通信社のアンケートで分かった。(千葉日報3/1)

2015統一地方選 議長任期 1年交代慣例に変化も

議会のトップに立ち議会をまとめる議長。その任期は慣例や申し合わせにより、県や市町村でバラバラだ。1年交代の自治体が少なくない中、リーダーシップを発揮するために議長の任期を2年にする議会が増えている。(朝日3/10)

「若手議会」首都圏ばかり

若い議員が多いほど政策条例の制定に積極的に議会が活性化していることが、毎日新聞の調査で明確になった。平均年齢が低い議会のトップ10は神奈川県逗子市議会の47.4歳を筆頭に、11自治体のうち8自治体が首都圏に集中。逆に高い議会のトップ10はすべて町村議会で、人口減の著しい北海道や四国の自治体が並んだ。(毎日3/16)

千葉県議選の構図 上・中・下

統一地方選の前半戦にあたる県議選が4月3日に告示される。朝日新聞の16日現在の取材では、46選挙区（定数95）で計133人が立候補の意思を示している。各選挙区で予想される構図と顔ぶれを3回に分けて紹介する。(朝日3/17～3/19)

「乾杯条例」コピー拡散

国会の議員立法に相当し、自治体議会の活発度や改革度を測る指標とされる政策条例だが、その代表例である「乾杯条例」が増殖中だ。条例を設けた自治体は100を超えた。その多くは先行の事例をコピーしただけだとして、議会の「政策力」を疑問視する声が上がっている。(毎日3/19)

自民女性県議40年不在

千葉県議会の自民党に少なくとも40年超、女性議員が誕生していない。首都圏1都3県で女性がいなのは千葉のみで、4月の県議選でも擁立はなさそう。県連幹部は「排除しているわけではない」と釈明するが、安倍首相が推進する「女性が活躍する社会」に反する実態だ。(毎日3/22)

道府県議選23%が無投票 過去最高の可能性

4月3日に告示される統一地方選の41道府県議選で、定数に占める無投票当選者の割合が前回2011年統一選から5ポイント増の22.6%となり、総務省に記録が残っている1951年の統一選以降、過去最高となる可能性があることが毎日新聞の集計で分かった。(毎日3/29)

風 知 草

統一地方選だ。良質な議員を選びたい。良質とは何か。この問いを突き詰めて投票に臨みたい。「地方議会は学芸会だ」と言ったのは片山善博・慶応大学教授（元総務相）である。一見真剣勝負と見える議場での首長と議員のやりとりが、実は台本通りの猿芝居という意味。…(毎日3/30)

<以下次号へ>

今期の入手資料

センターでは、会員の皆様に資料の貸し出しを実施しています。
下記資料等をご入用の会員の方は事務局までご連絡下さい。

また、センターでは、2010年3月末以降分について、千葉県の地方自治に関する記事を中心に新聞の切り抜きを実施しています。ご入用の会員の方は事務局までご連絡下さい。

入 手 資 料	著 者	発 行 元	種 類	日 付
月刊自治研1月号 自治体の仕事のちょっと先		自治研中央推進委員会	情報誌	2015.1.13
自治研ふくい 58 坂井市の公共施設白書		福井県地方自治研究センター	情報誌	2015.1.13
自治権いばらき115 災害時本場の助け合いをめざして		茨城県地方自治研究センター	情報誌	2015.1.13
地方自治ふくおか58号 人のつながりと関係		福岡県地方自治研究所	情報誌	2015.1.19
自治研とやま91号 あいの風とやま鉄道の取り組み		富山県地方自治研究センター	情報誌	2015.1.19
信州自治研275号 そこにある「貧困」に気づき解決に向かうために		長野県地方自治研究センター	情報誌	2015.1.19
とちぎ地方自治と住民 「基本的自治体権」は確立しているか		栃木県地方自治研究センター	情報誌	2015.1.19
安倍政権下の地方財政と地域		地方自治総合研究所	報告書	2015.1.26
みやぎき研究所だよりno.77		宮崎県地方自治問題研究所	情報誌	2015.1.26
しが自治研ニュース66 生活困窮者自立支援法とは何か		滋賀県地方自治研究センター	情報誌	2015.1.26
都内基礎自治体データブック (2013年版)		東京自治研究センター	資料	2015.2. 2
北海道自治研究552 高齢者介護の課題と展望		北海道地方自治研究所	情報誌	2015.2. 2
新潟自治62 どうする地方再生－その進むべき道		新潟県地方自治研究センター	情報誌	2015.2. 2
ぐんま自治研ニュース122号 第47回衆議院選挙結果と統一地方選挙の展望		群馬県地方自治研究センター	情報誌	2015.2. 2
自治総研1月号 公契約条例ならびに公契約基本条例をめぐる論点		地方自治総合研究所	情報誌	2015.2. 9
自治権いばらき116 広がりを見せる公契約条例の動き		茨城県地方自治研究センター	情報誌	2015.2. 9
自治研ぎふ111号 政務活動費に関する最高裁判所判決について		岐阜県地方自治研究センター	情報誌	2015.2. 9
徳島自治103号 教育改革と地方創生		徳島県地方自治研究センター	情報誌	2015.2. 9
自治研あいち 号外 住民自治の原点に返って		愛知地方自治研究センター	情報誌	2015.2.10
自治研いわて 第49号 JR山田線と三陸鉄道の現地視察報告		いわて地方自治研究センター	情報誌	2015.2.16
信州自治研276号 普通交付税合併算定終了を迎える千曲市の今後の財政運営		長野県地方自治研究センター	情報誌	2015.2.16
月刊自治研2月号 2015年の予算と自治体財政		自治研中央推進委員会	情報誌	2015.2.23
自治研くまもと NO.28 「このままでは、地域住民の足は守れない」		熊本県地方自治研究センター	情報誌	2015.2.23
自治研究ふくしま 第102号 避難自治体における財政の現状と課題		福島県地方自治研究所	情報誌	2015.2.23
とちぎ地方自治と住民503 新しい参加と協同を考える		栃木県地方自治研究センター	情報誌	2015.2.23
全国首長名簿 2014年版		地方自治総合研究所	資料	2015.2.27
議会改革はどこまですすんだか 改革8年の検証と展望	神原勝 他3人	北海道自治研ブックレット	単行本	2015.2.27
北海道自治研究553 第47回衆議院選挙の意味するもの		北海道地方自治研究所	情報誌	2015.3. 2
自治総研2月号 2015年度地方財政対策の動向		地方自治総合研究所	情報誌	2015.3. 2
月刊自治研3月号 被災地復興の現在地		自治研中央推進委員会	情報誌	2015.3. 9
かながわ自治研月報2 2014年衆議院選挙の結果を分析する		神奈川県地方自治研究センター	情報誌	2015.3. 9
ながさき自治研 no.62 設立40周年を振り返る		長崎県地方自治研究センター	情報誌	2015.3.16
とうきょうの自治no.95 人口減少社会のまちづくり		東京自治研究センター	情報誌	2015.3.16
地方自治京都フォーラムvol.123 こんなには京丹後市長		京都地方自治総合研究所	情報誌	2015.3.16
公務労働者の「働きがい」アンケート調査結果報告書		京都地方自治総合研究所	報告書	2015.3.17
信州自治研277号 須坂創成高校設立に向けた取り組み		長野県地方自治研究センター	情報誌	2015.3.17
自治研なら 113号 奈良県吉野村の財政と「むらづくり」		奈良県地方自治研究センター	情報誌	2015.3.23
自治研かごしま3月 川内原発の再稼働・増設反対の取り組み		鹿児島県地方自治研究所	情報誌	2015.3.23
埼玉自治研 43 所沢市内小中学校防音校舎28校のエアコン設置の是非を問う住民投票		埼玉県地方自治研究センター	情報誌	2015.3.30
自治総研3月号 「相乗り」回帰と問われる自治体政治のあり方		地方自治総合研究所	情報誌	2015.3.30
自治権いばらき 117 「震災復興とまちづくり」		茨城県地方自治研究センター	情報誌	2015.3.30
とちぎ地方自治と住民504 「こどもと貧困」を考える		栃木県地方自治研究センター	情報誌	2015.3.30
地方自治総合研究所 40年のあゆみ		地方自治総合研究所	記録書	2015.3.30
北海道自治研究554 生活困窮者自立支援制度の本格施行と自治体の課題		北海道地方自治研究所	情報誌	2015.3.30
いま一度考えたい大阪市の廃止・分割		大阪の自治を考える研究会	単行本	2015.4. 6
「私たちはいま」－戦後日本と市民－	辻山幸宣	八王子自治研究センター	情報誌	2015.4. 6
新潟自治63 新潟県内自治体の2015年度予算をみる		新潟県地方自治研究センター	情報誌	2015.4. 6
あしたへー みんなで育てる		新潟県労働者福祉協議会	報告書	2015.4.13
自治権いばらき118 茨城県内の災害時要援護者の状況と今後の課題		茨城県地方自治研究センター	情報誌	2015.4.13
自治研おかやま NO.8 源泉かけ流し全国温泉サミットin湯原温泉		自治研究センターおかやま	情報誌	2015.4.13
信州自治研278号 災害と地域づくりを考える		長野県地方自治研究センター	情報誌	2015.4.13
地方自治関連立法動向第2集	佐藤英善	地方自治総合研究所	資料	2015.4.20
自治研やまぐち no.83 地方自治研究全国集会		山口県地方自治研究センター	情報誌	2015.4.20
とちぎ地方自治と住民505 地方創生とはどのような政策なのか (上)		栃木県地方自治研究センター	情報誌	2015.4.20
自治研とやま92号 憲法と労働法制		富山県地方自治研究センター	情報誌	2015.4.20
月刊自治研4月号 地域の担い手になろう		自治研中央推進委員会	情報誌	2015.4.20
自治総研4月号 特定秘密保護法―制定の経緯と背景とその影響		地方自治総合研究所	情報誌	2015.4.27
北海道自治研究555 地方公務労働者の意識構造と労働者像 (完)		北海道地方自治研究所	情報誌	2015.4.27
みやぎき研究所だよりno.78 宮崎県における「道州制」問題		宮崎県地方自治問題研究所	情報誌	2015.4.27
かながわ自治研月報4 「公契約条例」の現況について		神奈川県地方自治研究センター	情報誌	2015.4.28

※月刊自治研・自治総研のバックナンバー、取り揃えてあります。

編集後記

統一自治体選挙も前半、後半選が終了しました。千葉県内はほとんど勢力関係に変化はなく、県議会では、長年続く自民党の単独支配が続けられることになりました。単独支配による弊害は、定数削減の現状維持、男女共同参画条例は全国で唯一制定していません、情報公開も進んでいません。しかし、当研究センターの関係者の候補は健闘し、理事の皆さんをはじめほとんどの方が当選しました。県政や市政に新しい風を吹き込んでもらいたいものです。どぶ板選挙に徹して活動し、選挙に強い候補はたくさんいますが、自治研センターに参加して勉強もし、選挙にも政策にも強くなって活動して頂く議員を数多く出したいものと思っております。

今号は連合千葉議員団会議との共同研究事業としての在宅医療に関するシンポジウムの講演録を中心に編集しました。連合議員団会議の選挙前のイベントとしての位置づけもありましたが県教育会館の大ホールに集まり、4時間にも及ぶ長時間の会議に多くの方が最後まで参加していただきました。講師の秋山先生の地域に密着した活動に会場の参加者から多くの質問があり、「ひと」の大切さを学んだ有意義な時間でした。

5月17日大阪市の住民投票で橋下市長のいわゆる「大阪都構想」が否決されました。地方自治を研究する立場からすると朗報です。当センターも大阪市政調査会の澤井勝先生をお招きして講演会を開催し、いかに「大阪都構想」なるものが地方自治と反するものかを学習しました。今後も基礎自治体の権限強化を情報発信を続けていきたいと考えます。

自治研センターは第7回総会を6月13日に開催します。再結成から5年が過ぎ、県内では一定の地位を得つつあると自負しておりますが、組織、財政的な面での体制確立はきわめて不十分です。新たに始めたい事業もありますが当面は組織の身の丈にあった活動を展開してまいります。関係者の皆様の今後とも物心ともどものご支援をお願いします。

副理事長 高橋 秀雄

自治研ちば 既刊案内

2015年2月
(vol.16)



- ・巻頭言 理事 千葉県議会議員 網中 肇
- ・第9回千葉県自治研究会特集 暴走する権力と民主主義 法政大学教授 杉田 敦
- ・第9回千葉県自治研究会特集 パネルディスカッション
司 会 理事長 法政大学法学部教授 宮崎 伸光
パネラー 法政大学教授 杉田 敦
参議員議員 小西 洋之
弁護士 廣瀬 理夫
- ・公共の担い手 「NPO 法人 成年後見サポートアイ」設立
「NPO 法人成年後見サポートアイ」設立準備会代表 東出 健治
- ・連載⑬：数字で掴む自治体の姿 理事長 法政大学法学部教授 宮崎 伸光
- ・連載⑭：自治体政策形成のキーワード
主任研究員（法政大学大学院公共政策研究科客員教授） 申 龍徹
- ・シリーズ千葉の地域紹介
佐倉市 歴史と文化 一年を通じて花の咲くまち 佐倉市企画政策課
- ・千葉県在宅医療等研究会を立ち上げました！
- ・新聞の切り抜き記事から 研究員 鶴岡 美宏
- ・今期の入手資料 編集部
- ・一般社団法人 千葉県地方自治研究センターの概要（会員募集）
- ・編集後記 副理事長 高橋 秀雄

バックナンバーの申し込みは当研究センターまで
1部800円

自治研ちば VOL.17

2015年6月10日発行

発行 一般社団法人

千葉県地方自治研究センター

〒260-0013 千葉市中央区中央4-13-10

千葉県教育会館新館6階

自治労千葉県本部内

TEL 043-225-0020

FAX 043-225-0021

編集 高橋秀雄

印刷 (株)メロウリンク企画

頒価 800円（送料別途）

一般社団法人 千葉県地方自治研究センターの概要

一般社団法人 千葉県地方自治研究センターは2009年12月10日に一般社団法人の認可をうけて自治研究をスタートすることとなりました。

当センターでは千葉県における地方自治及び都市問題に関する総合的な調査研究を行うとともに、自治体関係者、学識経験者及び県民の交流によって、地域に根ざした自治体の政策づくりを促進し、地方自治の振興に寄与することを目的とし、諸活動を行います。

基本目標

- I. 公共サービス基本法の制定や地域衰退という新たな状況のもと、公共サービスの再生を目指す。
- II. 地方分権を進めるため、基礎自治体の重要性を高め自治体政策づくりを行う。
- III. 活動の理論的基礎を学び、調査研究、情報発信など研究者や市民、議員、労働組合など幅広い交流研究活動を行う。

会員を募集しています！

1. だれでも会員になれます。
2. 会員は、以下のとおりです。

個人会員・正会員 1口(年額 5,000円) 賛助会員 1口(年額 3,000円)
団体会員・正会員 1口(年額 10,000円) 賛助会員 1口(年額 5,000円)

【※一括支払いをお願いします。】

特典

正会員になると・・・

- ・「自治研センター」機関誌が送付されます。(年3回)
- ・自治研センターの資料が活用でき、調査研究会などに参加できます。
- ・自治研センター主催の学習会・講演会に無料で参加できます。

賛助会員は・・・

- ・「自治研センター」機関誌が送付されます。(年3回)
- ・自治研センター主催の学習会・講演会の案内が送付されます。

●加入申込み書

年 月 日

FAX又はメールにて当センターまでお申込み下さい。

会費の種別	個人会員・・・正会員・賛助会員 団体会員・・・正会員・賛助会員	加入口数	()口
個人 または 団体名	ふりがな	ご住所	〒
職場 (勤務先)			
		電話 ()	
		Fax ()	
		メールアドレス	

■お問い合わせは

一般社団法人 千葉県地方自治研究センター

〒260-0013 千葉市中央区中央4丁目13番10号 千葉県教育会館新館6階 自治労千葉県本部内
TEL.043-225-0020 FAX.043-225-0021 E-mail:chiba-jk@chiba-jichiken.net

ご存知
ですか?

中央ろうきんの普通預金口座が **おトク** な **ワケ!!**

おトクポイント 誰でもATM引出手数料
即時全額キャッシュバック

中央ろうきん
普通預金口座に
するだけで!!

各種ATM
引出手数料の負担が

0円

♪だったら給与振込は〈中央ろうきん〉で決まりだね!

ATM利用手数料 即時全額キャッシュバックとは

〈中央ろうきん〉のキャッシュカードで、ゆうちょ銀行、銀行、コンビニ等のATM・CDを利用してお出しした場合、所定の利用手数料がかかりますが、この手数料を即時にお客様の〈中央ろうきん〉ご利用口座へお戻しすることです。※詳しくは〈中央ろうきん〉営業店までお問い合わせください。

おトクポイント インターネット/
モバイルバンキングでの 振込手数料
月3回までキャッシュバック

中央ろうきん普通預金
口座に給与振込を
指定すると!!

インターネット/
モバイルバンキング
での振込手数料が実質

0円

振込手数料を
月3回まで
キャッシュ
バック

※〈中央ろうきん〉に給与振込をご指定の方を対象に「インターネット/モバイルバンキング」によるお振込手数料について、お1人様あたり1ヶ月につき日付、時刻の早い順に3回までキャッシュバックされます。※キャッシュバックは、翌月20日(休業日の場合は前営業日)に、お振込手数料をお引きしたお客様の〈中央ろうきん〉普通預金口座へご入金します。※当金庫のシステムにて判定可能なご契約に限ります。※キャッシュバックサービスは、個人のお客様が対象となります。※インターネット/モバイルバンキングのご利用には別途手続きが必要となります。※4回目以降の振込手数料については、お客様負担となります。

check!

毎月第3土曜日
相談会の日
ご予約はコチラ!



土・日もローン相談OK!

お近くの〈中央ろうきん〉ローンセンターを
WEBでチェック!

〈相談会の日〉について ※開催時間は10時～17時 ※一部未開催の店舗がございます。※店舗によって相談会の開催時間が異なる場合がございます。

お問い合わせ・ご相談は **中央労働金庫千葉県本部 TEL.043-251-5162**

あんしん
耐震バンク
中央ろうきん

2015年5月1日現在

ZENROSAL NEWS



火災共済
60周年
2014年12月

全労済の
住まいる共済
⑧火災共済・⑨自然災害共済
※火災共済・自然災害共済は、火災共済・自然災害共済の加入者限定です。

**火災共済・自然災害共済が
より充実し生まれ変わった
「全労済の住まいる共済」。**

全労済は、営利を目的としない保障の生協として共済事業を営み、組合員の皆さまの安心とゆとりある暮らしをめざしています。出資金をお支払いいただいて組合員になれば、各種共済をご利用いただけます。

保障のことなら

全労済
全国労働者共済生活協同組合連合会



心地よく流れる時間を、すべてのお客様のために・・・優雅で充実したひとときを、心ゆくまでご堪能ください。



ゲストルーム



レストラン「セブンシーズ」

ウィークエンド&ホリデー ランチバイキング

土・日・祝日限定〈年末年始・GWを除く〉

和洋中の豊富なメニューが自慢のバイキングです。
人気のチョコレートファウンテンもお楽しみください。

チョコレートファウンテンは、都合により実施できない場合もあります。
詳しくは、お問い合わせください。

ご予約・お問い合わせ

Tel.043-248-1128 TEL (レストランセブンシーズ)

ランチタイム	ディナータイム	20:30 (コース L.O.)
11:30～14:30	17:00～22:00	21:00 (アラカルト L.O.)



ご宿泊・ご婚礼・ご宴会 承り中



オークラ千葉ホテル



Okura Frontier Selection

〈ホテルオークラ運営〉

〒260-0024 千葉市中央区中央港1-13-3

TEL:043-248-1111(代)

交通のご案内

お車にて —————
 ◇東関東自動車道「湾岸習志野I.C.」より15分、国道357号 千葉市役所前交差点より1分
 電車・モノレールにて —————
 ◇JR京葉線・千葉都市モノレール「千葉みなと駅」より徒歩5分

