



出張報告書

令和8年4月16日

尼崎市議会議長 様

会派名 公明党
 代表者氏名 福島さと子
 出張者氏名 中尾健一 東浦小夜子
 田中俊幸 中村敦子

このたび、出張しましたので、次のとおり報告します。

- 1 出張期間 令和8年3月28日から令和8年3月28日まで
- 2 結果の概要

用務先 京都JAビル	報告事項 (この欄には要点を簡条書きにし詳細事項がある場合は別紙添付) 1 介護保険制度の財源と給付の在り方と地域包括ケアシステム 2 医療保険制度の財源と給付から検証する地域・世代・保険者間格差 3 4 5
添付書類 <input checked="" type="checkbox"/> 受講報告書2部 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	備考

- 3 届出事項の変更等 なし あり (内容は裏面に記載)

旅費の精算

精算額は、令和8年2月17日届け出た額 (6,760円) と同一額である。

届出事項の変更等により、別途精算する。(精算額は裏面に記載)

(裏面)

届出事項の変更等の内容

変更等の事項と理由

支 出 額	
精 算 額	
支出 差引 額 戻入	

変更前と後の日程

	月	日	日	日	日	日	日
前 発着地							
後							
前 経 路							
後							
前 用務先							
後							
前 宿泊先							
後							

1. 視察の概要

- ・日時：2026年3月27、28日(10時～16時)
- ・講師：甲南大学経済学部 足立泰美教授
- ・研修テーマ 「介護保険制度の財源と給付の在り方と地域包括ケアシステム」
- ・参加者：中尾健一 東浦小穂子 田中裕幸 (28日のみ) 中村敦子

2. 研修内容

介護保険制度を取り巻く状況

2040年には85歳以上を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少、年齢上昇とともに要介護認定率上昇。介護保険制度の利用者急増。

しかし、高齢者の増加、サービス利用量の増大、人材不足などにより需要は増え続けるのに、供給が追いつかない」構造的課題が顕在化しています。

介護サービスの種類と変遷からみる給付構造やサービス利用の見込み数、データから分析
介護保険報酬改定、全世代型社会保障構築を考えていかなければいけない。

資料にある「85歳以上の急増」と「現役世代の負担増」という構造的課題に対し建設的に取り組まなければいけない。

介護・医療制度改革の核心：「重度化防止」と「まちづくり」

「2024年4月末時点」の驚くべき数字は、制度開始時(2000年)と比較して、サービス利用者が3.6倍(149万人→529万人)に膨れ上がっている。

1. 「防ぐ」への構造転換(医療・介護の連携)

資料にある「地域包括ケアシステム」の図が示す通り、医療・介護・住まいを一体化させる目的は、単なる利便性ではなく、「状態の悪化を食い止めること」。

・「治す」から「支える・防ぐ」へ：重複受診の抑制や生活習慣病予防により、医療費(一般会計の約3分の1が借金という現状)を圧縮。

・見える化の推進：医療機関の経営情報や費用構造を透明化し、効率的な資源配分を行う。

2. 「85歳の壁」を平準化する自治体の役割

85歳以上で要介護認定率が58.2%と急上昇する

・「85歳でコストが跳ね上がらないまち」：75歳から85歳までの10年間で、いかに「フレイル(虚弱)」を予防し、自立した生活を維持できるか市町村の取り組みが必要

・インセンティブ設計：健康づくりや介護予防に注力する自治体が、結果として財政的に報われる仕組み(インセンティブ)の強化。

3. 「誰が負担するか」から「どう持続させるか」へ

の「仕組み」にある通り、財源は公費(税金)50%：保険料50%で成り立っています。

- ・ 現役世代の限界： 介護保険料（第2号被保険者）の引き上げには限界があり、低所得者の負担軽減と高所得者の応能負担のバランスを、感情論ではなくデータ（経営情報の見える化）に基づき再設計する必要があります。
- ・ デジタル活用： オンライン診療や介護DX（データ活用）による業務効率化。
- ・ 地域共生： 専門職だけでなく、NPOやボランティア、地域住民が「互助」としてどこまで関わられるなどの取り組みが必要

3. 感想

「現行制度のままでは、持続可能性が限界に近い」という非常に厳しい現実を踏まえ、私たちの社会保障の持続可能性と「未来の選択」に直結する重要な問題に取り組まなければならない。さらに地域包括ケアシステムのさらなる改善。官民共同の取り組みなどの成功事例を学びながら、介護サービスの提供体制についてしっかり考えていかなければいけない。

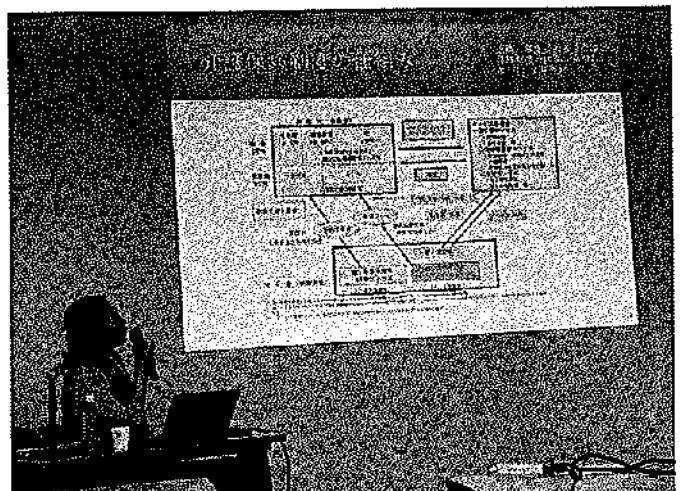
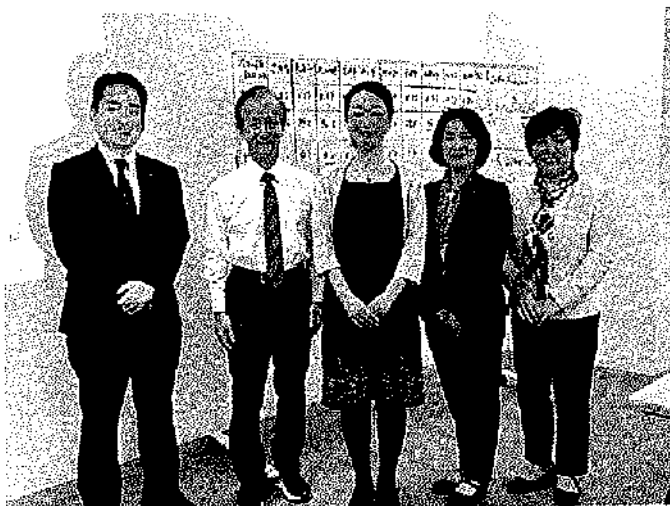
そこには重度化させない仕組み、現状分析が必要：。尼崎市民の重複受診率や特定健診の受診率を、近隣都市と比較して「どこにコストが集中しているか」を明確にする。

85歳での認定率を下げるため、70代後半への「フレイルチェック」や「歩くポイント」などのIT活用をさらに進化させる。

・ 入退院支援の強化： 病院（医療）から自宅（介護）へ戻る際の空白期間をなくし、リハビリを継続することで重度化を防ぐ。

また「現役世代」と「高齢世代」の納得感が課題。「財源構成」にある通り、保険料負担は年々重くなっています。たとえば「あま咲きコイン」のような地域通貨を、健康づくり（予防）と組み合わせ医療費抑制分を市民に還元する循環を作る。

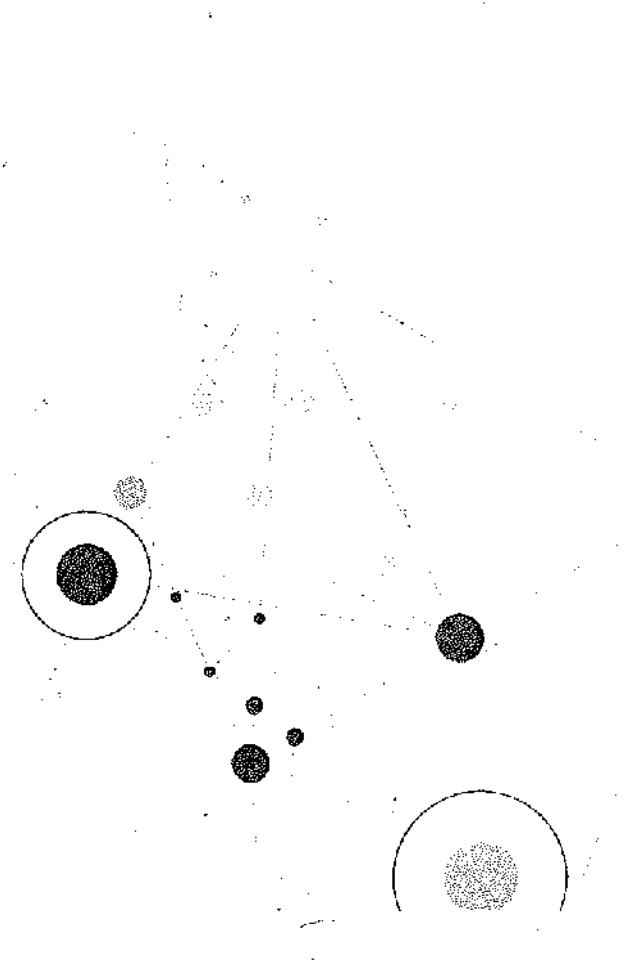
現場のケアマネジャーや医師や現場の声を集め、財源・給付の在り方を改善など考えていきたい。



介護保険制度の財源と給付の在り方と 地域包括ケアシステム

2026年3月27日28日

地方議員研究会（於：京都會場）



甲南大学 足立素美

adachi@konan-u.ac.jp

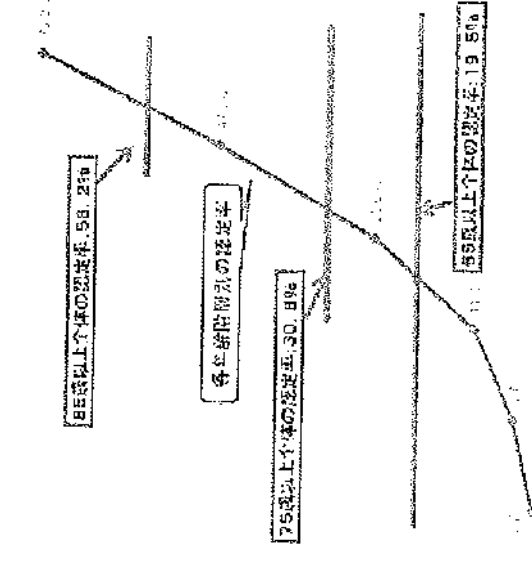
医療・介護ニーズの上昇

出典)厚生労働省「介護
保険制度の概要 令和7
年7月」より抜粋

年齢上昇とともに要介護認定率上昇。85歳以上で急増化。
85歳以上人口は、75歳以上人口を上回って急増。

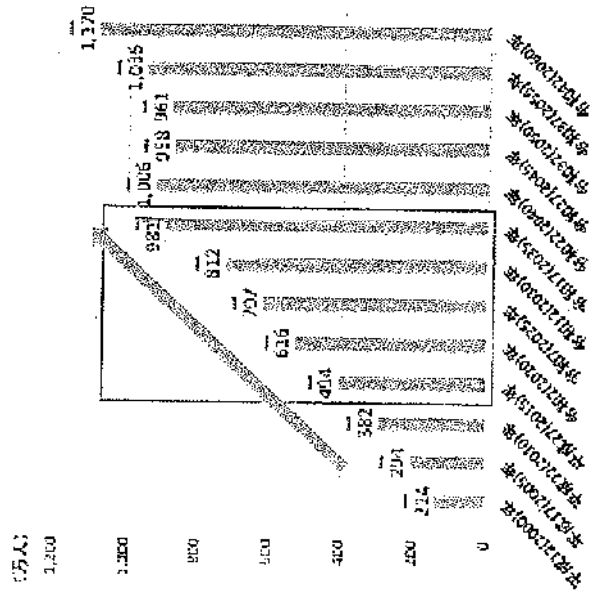
系統図

年齢階級別の要介護認定率



出典:2024年6月 厚生労働省「介護保険事業報告書(2024年10月) 10月1日人口
(要介護認定率人口推計)から作成
注:95歳以上の急増を顕著に示す

85歳以上人口の推移



出典:国勢調査(人口推計)及び人口推計(要介護認定率)から作成
注:95歳以上の急増を顕著に示す

介護保険制度の利用者急増

出典) 厚生労働省「介護
保険制度の概要 令和7
年7月」より抜粋

介護保険制度は、制度創設以来24年を経過し、65歳以上被保険者数が約1.7倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3.6倍に増加。

①65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末	2024年4月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,591万人
			1.7倍

②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末	2024年4月末	
認定者数	218万人	⇒	710万人
			3.3倍

③サービス利用者数の増加

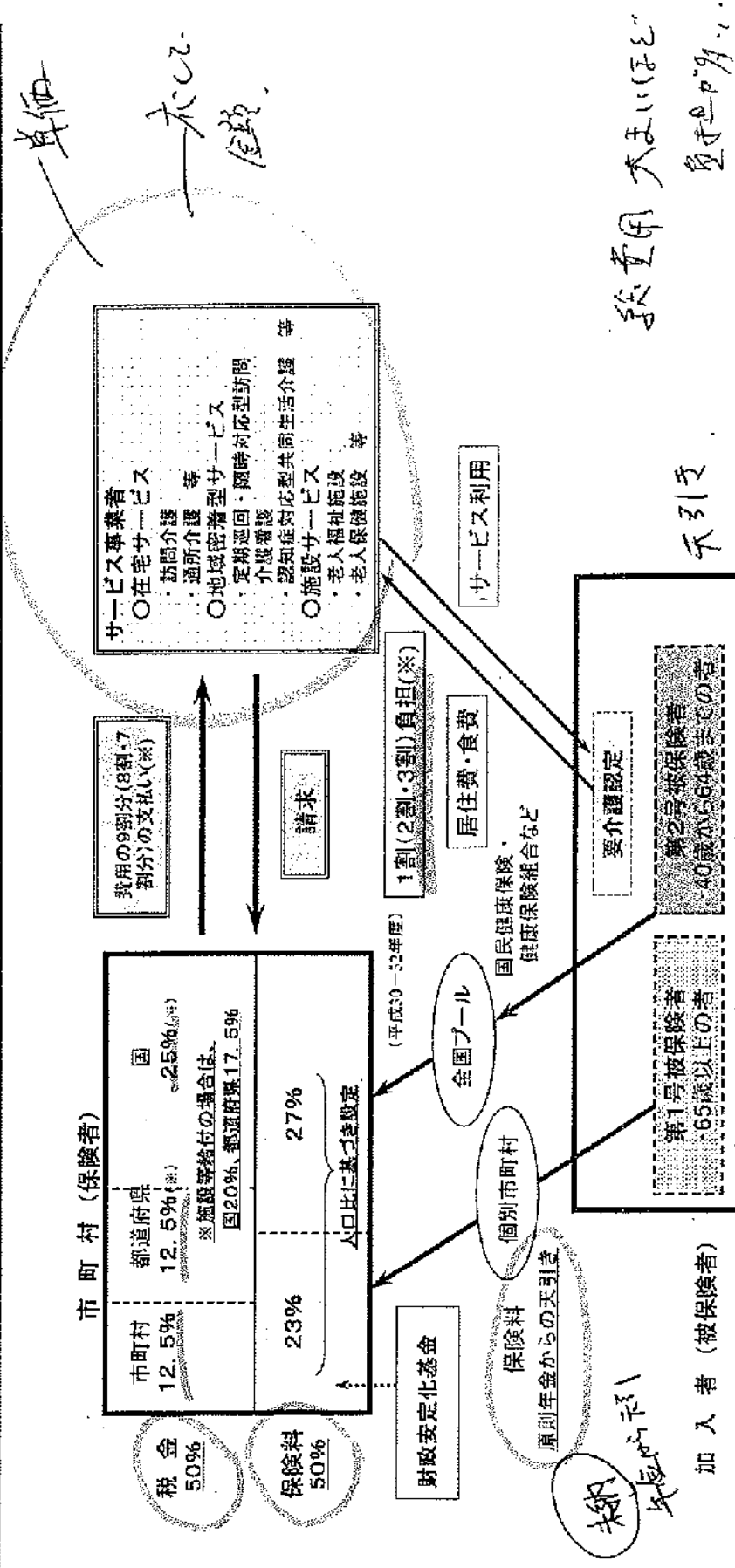
	2000年4月末	2024年4月末	
在宅サービス利用者数 <small>(地域包括ケアサービスは介護保険に含む)</small>	97万人	⇒	427万人
施設サービス利用者数 <small>(地域包括ケアサービスは含む)</small>	52万人	⇒	102万人
計	149万人	⇒	529万人
			3.6倍

出典) 厚生労働省「介護保険制度の概要(令和7年7月)」

※1 介護保険制度は、2000年4月1日創設された。創設当初は65歳以上の高齢者が対象であったが、2007年4月1日からは65歳未満の若年層も対象となり、現在は65歳以上の高齢者と65歳未満の若年層が対象となっている。

介護保険制度の仕組み

出典) 厚生労働省「介護保険制度の概要 令和7年7月」より抜粋



(注) 第1号被保険者の数は、「平成20年度介護保険適齢状況報告書」によるものであり、平成28年度現在の数である。
第2号被保険者の数は、年金保険料納付状況調査結果を基に算出された数であり、平成28年度内の月平均値である。

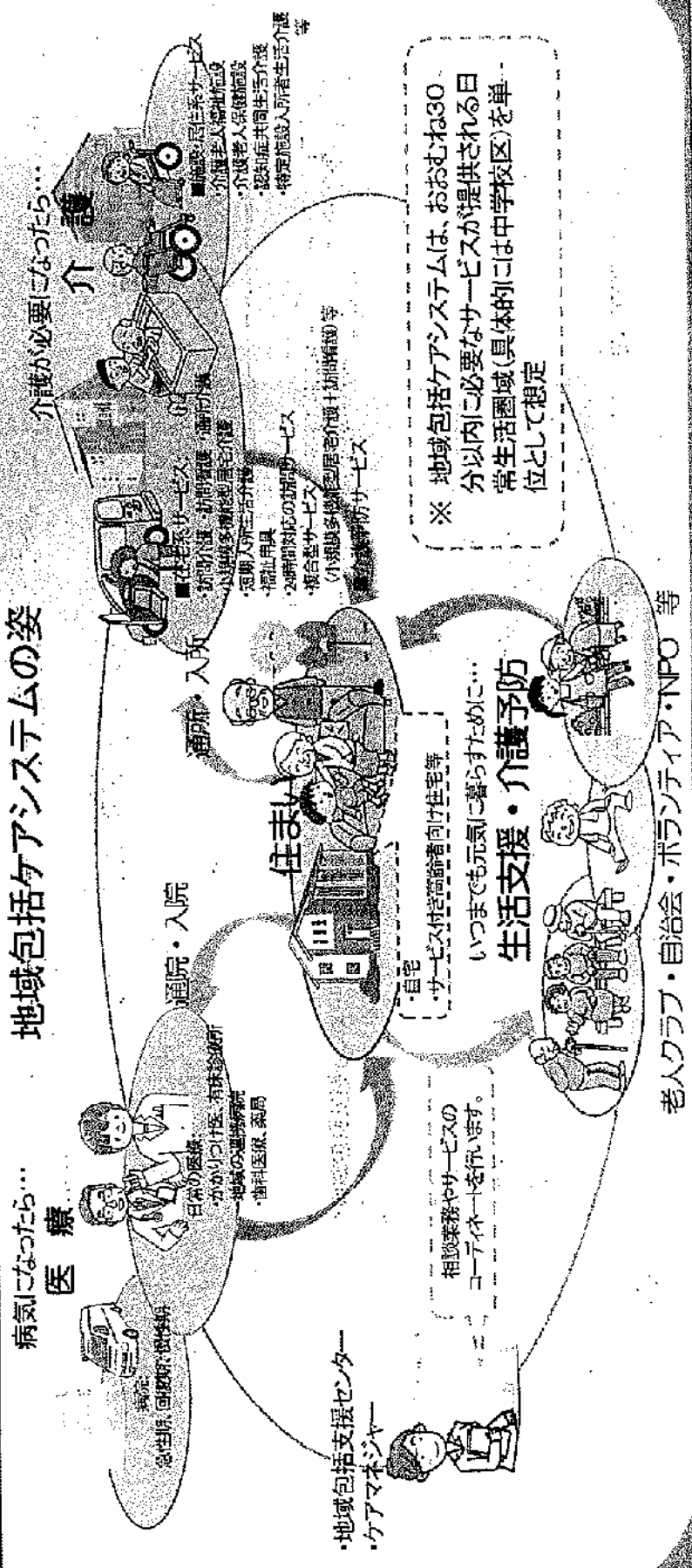
(※) 一定以上所得者については、費用の2割負担(平成27年8月施行)又は3割負担(平成30年8月施行)。

(保いさ) ⑨ 適正引上引下

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。

地域包括ケアシステムの姿



研修報告書

2026年 3月 31日

日時 : 2026年3月28日

参加者 : 中尾健一 中村敦子 田中俊幸

報告者 : 田中俊幸 (田中俊幸)

<研修内容>

医療保険制度の財源と給付から検証する地域・世代・保険者間格差

講師 : 足立 泰美氏 (甲南大学経済学部 教授)

□講演概要

我が国の社会保障制度

- 社会保障財政
- 一般会計と特別会計

医療保険制度

- 我が国の医療体制
- 財源と給付
- 各保険者の構造

制度の持続可能性

- 国民健康保険の財源見直し
- 広域的な予防対策の構築
- 医療提供体制の効率化

□感想

我が国の社会保障関連予算は増加の一途をたどり、税収だけでは賄いきれずに、特例公債に頼っている現状認識から始まり、このままでは制度そのものが維持できない危険性をはらんでおり、早急な抜本的対策が必要である。

1990年当時では社会保障の国家予算に占める割合は17.5%（11.6兆円）、それが2025年では33.2%（38.3兆円）と2倍近くにまで上がっており、これから2040年・2050年に向かって、更に増加する傾向にある。

これはやはり今後、超高齢化社会で、団塊、団塊ジュニアの世代が高齢者になっていき、また医療技術の進歩による治療費の高額化や、様々な関連費の増加、物価高騰などもあいまってのことである。

勤労者世帯の税・社会保険料負担率に関しても、1988年では負担率20.6%だったのが、2023年では25.9%。また現役世代が負担する社会保険料負担（協会けんぽの場合）についても、2000年では負担率22.7%が、2025年で29.9%、更に2040年では32.6%と試算されている。

日本のこれまでの医療保険制度の特徴としては、

- ①国民皆保険制度により、全国民が保険に加入し保険料を支払う代わりに重い負担なしに医療サービスが受けられる
- ②診療報酬点数制度により、どの医療機関に支払われる診療報酬が点数制の公定価格になっている
- ③患者が自由に医療機関を選べる

このように、これまでは少ない負担で、大きな医療福祉サービスを受けられていた時代から、これからの時代は、応分の負担、サービスに変わることも国のほうで議論され始めている。

各自治体としても、医療費抑制の観点から、一層フレイル対策や、特定検診、健康診断の推奨・勧奨により、健康寿命延伸への取組みが、益々重要となっていきます。

社会保障制度の維持は構造的にも、非常に難しい課題への挑戦ではありますが、しっかりと自治体として必要な対策を、効率的にかつ、スピーディーに行っていくことが、今後求められてきます。

今回受けた研修を、これからの議員活動にしっかりと活かし、市民への医療福祉サービスの維持・向上につなげていきたいと思えます。