

# 行政視察等報告書

平成28年 8月30日

境港市議会  
議長 岡空 研二 様

会派名 公明党  
代表者 田口 俊介



下記のとおり行政視察（調査・研修）を行ったので、その結果を報告します。

## 記

1 視察等期間	平成28年7月20日（水）～平成28年7月21日（木）
2 視察等先 及び内容	㈸社会保険研究所 〒101-8522 東京都千代田区内神田2-4-6 WTC内神田ビル7階  第10回 地方から考える「社会保障フォーラム」セミナー 1、「財政再建と地域包括ケア・コンパクトシティ構想」 小黒 一正氏 法政大学 経済学部 教授 2、「災害と住民保護」 安中 健氏 厚生労働省 健康危機管理・災害対策室長 3、「地方自治と社会保障」 江利川 毅氏 公益財団法人医療科学研究所 代表理事／公立 大学法人埼玉県立大学 理事長 4、「医療と介護の連携と地域包括ケアシステム」 城 克文氏 厚生労働省 保険局 医療介護連携政策課長（医 政局、老健局併任） 5、「新たな福祉ビジョンと生活保護制度の改革」 山本 麻里氏 厚生労働省 社会・援護局 総務課長
3 視察等議員	足田 法行
4 総 経 費	合計（1名）72,792円 （一人当たり72,792円） ※一人当たり経費に端数が出る場合は円未満切り捨て
5 所 見 等	別紙のとおり

## 第10回 地方から考える「社会保障フォーラム」セミナー

内 容： 1、「財政再建と地域包括ケア・コンパクトシティ構想」

報告者：足田 法行

所見等：

【講師】 小黒 一正氏 法政大学 経済学部 教授

【要旨】 3つの課題にどう対応するか。

課題1 限界に近づく財政

課題2 急増する都市部高齢者

課題3 消滅する自治体

消費税10%を前提に2020年の黒字化目標の財政再建計画が立てられ、2018年は基礎的財政収支の赤字幅をGDP比1%程度にすることだった。内容は社会保障費を2018年までの3兆円以上(3年間)増加を1.6兆円に抑えること。高齢化が進む中で、難しい財政運営になっている。さらに消費税延期は財政再建の先送りになり、さらなる社会保障費の削減につながる。国の財政が厳しくなるとそれが地方にも波及していく。

具体的に長期財政シミュレーション(基礎的財政収支)は、現行制度を前提として実質経済成長率1.0%、名目経済成長率2.0%とした場合、「年齢関係支出」の増加で、一般政府債務残高の対GDP比は急速に膨張し、現在200%超が2045年に500%を超える。収支改善を継続していくならば、2060年には100%まで下がり、その後安定する。

社会保障費長期推計の内訳項目の対GDPは、公的年金は10.3%→10.9%と変わらず、教育雇用保険等は4.4%→3.8%と減り、医療は6.5%→10.0%とかなり増え、介護は1.5%→5.8%と4倍にも増える。急速な少子高齢化の影響である。

急増する都市部高齢者は15年後、今の2.5倍介護保険施設が必要となる。65歳以上人口は2040年をピークに減少するが、75歳以上人口は減少しない。

消滅する自治体に関しては、無居住化の自治体が2割に達し、人口が50%以上減少する自治体が4割になる。人口が50%以上減少する地域は、全国平均の約2倍以上のスピードで人口減少する。

サービス施設の立地する確率が50%及び80%となる自治体の人口規模分布図を見ると、人口2万人規模あたりから多くのサービス施設の立地が難しくなるのがわかる。

これらの解決策として、人口密度を高めるコンパクトシティに地域包括ケアとCCRCを合わせた取り組みが有効。

【考察】 主に高齢化が赤字財政を招き、財政再建を少子高齢化と人口減少が阻むという袋小路に入っている。さらに消費税延期が拍車をかけている。財政の綱渡りは今後も続き、そのような中で社会保障費は削られていく。医療介護の適正なサービスを維持するにはさらなる効率化と地域包括ケアシステムの構築が求められる。

小黒氏は解決方法の一つとして、高齢者の人口密度を高めることが老人福祉費を節減できるとしているとし、地域包括ケア・コンパクトシティを提唱している。公共インフラにも共通しますが、確かに人口減少、人口密度の低下による財政負担の増大が課題となっていくと思うが、現実コンパクトシティができるかとなると難しい。本市のように財政規模が小さいところはさらに厳しいし、都市計画との関係もあり、促進する政策の強化も必要。しかしコンパクトな本市ではあるが、人口減少の中で衰退して行くことに手をこまねいてはいけなない。歳出の部分で公共下水道などのインフラや高齢者福祉施設の集積などのコンパクトシティ構想は本市でも有効。病院・介護施設・ショッピングセンターなども集積した街を作る。高齢者世帯の多い本市で高齢者が人口移動することで空き地が増え、その地域をさらに集積して住宅地を確保する。教育施設も小中一貫校に集積し、子育てしやすい魅力ある街として人を呼び込むこともできると思います。

内 容： 2、「災害と住民保護」

報告者：足田 法行

所見等：

【講師】安中 健氏 厚生労働省 健康危機管理・災害対策室長

【要旨】地震で見えた新たな取り組みの課題

- ・現地対策本部の体制強化
- ・自治体の要請を待たずに物資を送るプッシュ型支援の強化
- ・ライフラインの早期復旧（技術者不足）
- ・被災状況の早期把握を踏まえた対応
- ・初動の72時間は、被災者の救命だけでなく、行政の災害応急対応がきわめて重要で、災害対応部局の普段からの備えが必要。

過去の災害の教訓から政府の対応は早く、現地対策本部ができ、各省庁から職員を継続派遣、省庁間の縦割りを排し、迅速に物事を決めることができた。派遣要員は県庁出向経験者で人選、意思疎通が図られた。自治体の要請を待たずに物資を送るプッシュ型支援を初めて実施。初動の物資確保に効果的であったが、避難所までの輸送手段確保に課題が。タブレット端末によるプル型支援も実施され、1週間後頃から被災者の生活ニーズの多様化にも対応でき、災害対応業務の省力化が図れた。電

気、水道、ガス、鉄道、高速道路などのライフラインは概ね4月末に復旧し、避難生活の改善、復旧支援に貢献した。その中の上水道の完全復旧は、5月になった。水の確保は避難所から自宅に戻るための重要な条件であり、健康管理（エコノミー症候群、熱中症）、衛生管理（感染症対策）、透析医療の復旧にも直結する。発災から1週間で早くも93%復旧したが、中山間地は地下水を水源としていたため、代替水源の確保に苦慮した。中核病院の被災があり、自衛隊の協力で、直後に県外を含む広域患者搬送を実施。様々な医療関係者の活動を調整する仕組み（DMAT ロジスティックチーム、災害医療コーディネーター、DPAT）が活躍し、熊本地震の災害医療に貢献。全国からの福祉施設職員の派遣を発災2週間後からの息の長い支援を60施設に実施。保健師活動の支援も重要。69チームが派遣された。本年度から災害時保健活動支援チーム（DHEAT）養成の開始。トイレの課題は、感染症の防止のためなど和式も必要との指摘も。医療機関や福祉施設は頻繁な調査と迅速な把握が求められるので負担も大きく、長期化する場合はICTの活用が不可欠になる。被害情報や緊急の支援が殺到するのは、概ね発災から72時間。この期間にどれだけの対応をとれるかが決定的に重要。事前の準備なしに乗り切ることはいできない。初動体制発動の自動化（はじめは対応するだけで精一杯なので）。対応要員の健康保持（睡眠、入浴などの対応）。

**【考察】** 最近、熊本地震のような内陸型の断層地震は、山陰地方でこれから起きる可能性がかなり高くなったと発表された。想定内として、いの一に熊本地震を教訓に災害復旧対策を今から準備すべき。そのための初動体制発動の基準を明確にし、自動的に発動される仕組みを作ることが必要。初動時対応に追われ、各部局との情報共有が図れないことがないようにしなければならない。

内 容：3、「地方自治と社会保障」

報告者：足田 法行

所見等：

**【講師】** 江利川 毅氏 公益財団法人医療科学研究所 代表理事／公立大学法人埼玉県立大学 理事長

**【要旨】**

- ・現状把握をする・・・少子化と高齢化の事態
- ・社会保障における地方の役割は何か
- ・地方の活性化・・・若者に魅力ある街、子供が賑やかに遊ぶ街一魅力ある雇用の場、子育て支援、教育支援
- ・「元気で長生き」を目指す・・・会社人間から地域社会人間へ

年齢階級別人口の伸び率で、64歳以下は現在より2040年は3割

近く減る。65歳から84歳は現状と変わらない（都市圏では2020～30は一時増えるが40年以降は元に戻る）。85歳以上は2倍にも増えていく。このことから入院患者の高齢化と高齢者のみの世帯の増加で家族機能が低下する。介護ニーズの増大。病床は増やさない方向のため、通院困難な患者が増加—在宅医療ニーズは増加する。また死亡者数の増大による多死社会になる。認知症高齢者の増大。以上のことから医療・介護給付費及び保険料の増加になる。財政も逼迫する。

一億総活躍プランでは、「希望出生率1.8の実現」を目指す。現在合計特殊出生率1.42（平成26年）である。結婚・妊娠・子育ての環境整備を推進することになっている。

要因は結婚に至る機会の少なさ、経済的・生活基盤の弱さ、仕事と家庭の両立の困難さ、第2子、第3子育児負担の重さをあげている。細かく見ると、男性非正社員の場合出生数が落ち込んでいる。夫の家事・育児期間が長いほど、第2子以降の出生割合が高い。

人口と出生率の長期的見通しは仮に、現在合計特殊出生率1.42を2020年に1.6に、2030年に1.8に、2040年に2.07に上げると2070年以降人口9000万人程度で推移する（高齢化率27%を推移）。現状の出生率だと2070年には8000万人を切り、2110年には4300万人になる。

高齢化への対応・・・若い高齢者は支え手に会社人間を地域社会人間に。例）企業における福祉ボランティア（有給）休暇を設けたり、退職前の地域福祉や災害ボランティア休暇の推進（ボランティア活動をした人はボランティア精神が心に残るもので、地域でのボランティアのつながりもできる。）運動無関心層一歩かなければ生活できない環境を作る。健康寿命を延ばす。人生の最終章をどう迎えるか—ヨーロッパでは食べないという自己決定権を侵害しない。延命治療をどこまでするのか？考えていくべき。

少子化への対応として、少子化を克服しなければ日本の将来はない。夫婦とも正規雇用。地方大学の活性化。夫の子育てを支援。ふるさと納税で奨学資金を。義務教育でバイリンガルに、世界で働ける人間、世界に開かれた日本これができる地域は、若い世代に魅力的である。地方の創意工夫で人口減少をストップする。

【考察】 少子化の克服も待たなしである。合計特殊出生率において県は全国トップクラスであるが、その中で本市は「子育てをするには境港」をにかけている割には少ない現状です。雇用や勤務時間の問題や夫の子育てが影響しているのか、調査しないといけないと思う。教育の質を上げていく。地域に誇りを持ってもらうための社会・環境・ボランティア教育を。福祉教育の中で子育て教育も取り入れる（幼、保、小中の交流など）。子ども議会など地域に関心を持ってもらう。小中一貫校で世界に開かれ

た教育など特色あるものにする。水産学部など研究機関などの誘致も必要。水木ロードを若者や子供を主体者とした観光地に育てる。若者を中心とした交流人口を増やすなど夢のある、魅力のある境港を目指すべき。ともかくあらゆる面で知恵を出して少子化にストップをかけなければいけない時期に来ていると思います。

また、高齢化の対応として、健康寿命を延ばし、会社人間から地域社会人間へ転換する施策を考えていくべきと思います。

内 容：4、「医療と介護の連携と地域包括ケアシステム」

報告者：足田 法行

所見等：

【講師】城 克文氏 厚生労働省 保険局 医療介護連携政策課長（医政局、老健局併任）

【要旨】 地域包括ケアの目指すものは、地域生活の継続である。そのためには地域連携の医療・介護のマネジメントシステムの改革が必要。まず事例検討等グループワーク等を実施し、地域の医師・歯科医師・薬剤師・看護師・MSWや、ケアマネジャー等の介護関係者とのグループワークを通して「地域には頼りになる多職種がいる」ことを知る。次の段階では、医療・介護関係者及び関係団体における、在宅医療・介護連携に取り組む機運の醸成するための多職種研修を実施し、調整や運営を通して、行政、医療・介護関係者、関係団体の関係性が構築され、連携に対するモチベーションが高まる。さらに多職種によるグループワークの企画・運営により医療・介護サービスの実践スキルの向上、必要なコミュニケーションスキルの向上、チームビルディングにより、地域の人材が育成される。基本的にはこのようなやり方で医療介護の連携を図っていくが、先進事例では医療・介護の地域資源やニーズなど地域にあった方法で連携を図っている。

医療・介護連携のスケジュールは、医療介護総合確保促進会議で方針が決められ医療・介護計画に反映される。今までそれぞれに医療、介護の計画立てられていたが、平成30年度から始まる医療機能の分化・連携と地域包括ケアシステムの構築を一体的に推進するために、地域医療構想の計画、第7期介護保険事業計画が29年度までに同時並行で策定される。同じく医療保険制度改革が進んでいき、データヘルス事業の推進も図られる。30年の診療報酬改定ではかかりつけ医の強化、退院支援システム化の構築などが図られる。平成30年を起点に医療も介護も大きな転換点を迎える。

【考察】 本市は、コンパクトで拠点病院は済生会病院の一つなので、連携は取

りやすく、実際ある程度の連携は取れてきてはいるが、在宅医療が進んでいないので、在宅は介護だけの状態なので、在宅での安心と信頼の基盤がなく、医療・介護サービスが切れ目なく利用できない。本市のかかりつけ医は1人医師体制で外来受診が多く在宅まで手が回らないのが現状。これからの診療報酬改定の影響もありますが、医師を一人増やすことは病院経営や人材に絡むことなので在宅医療ができるか関係者と協議すべきと思います。拠点病院である済生会病院は在宅医療に本腰を入れるべきで、在宅に特化し充実したナースステーション拠点を作るべきです。ICTを活用し、かかりつけ医の指導のもと決められたある程度の訪問診療を行い、介護関係者とも共通したICTを活用し連携すべきと思います。関係者だけでなく市民も、医療と介護が病院—在宅、施設—在宅の二元論から「循環型システム」（地域包括ケアシステム）へ意識を変えることが必要。医療・介護の関係者が連携のためにさらに顔の見える関係を築くことも必要です。縦軸が「医療と介護の連携」で、横軸が「生活支援とまちづくり」で、縦軸と横軸の広がりを早く確実に地域に展開しなければいけないと思います。

内 容：5、「新たな福祉ビジョンと生活保護制度の改革」

報告者：足田 法行

所見等：

【講師】山本 麻里氏 厚生労働省 社会・援護局 総務課長

【要旨】 生活保護制度及び生活保護基準の見直しに併せて、就労その他、複合的な課題を抱える生活困窮者の支援を行い、生活保護に至る前の段階の自立支援の強化（第二のセーフティーネットの強化）を図るため、生活困窮者自立支援法が平成27年より施行。

また生活保護法の一部改正（平成26、27年施行）により、就労による自立の促進（就労給付期の創設）、不正、不適正受給対策（福祉事務所の調査権限、罰則）の強化等、医療扶助の適正化（後発医薬品促進）、健康・生活面等に着眼した支援がおもな改正点。

その後の動向は、増えていた生活保護受給者数はこの2、3年で横ばいで推移。高齢者世帯は増加している（全世帯の内高齢者世帯が過半数越え）。高齢者世帯の9割が単身高齢者。生活保護費負担金の実績額の半分は医療扶助。高齢者は失業、病気、介護などをきっかけに生活困窮になるリスクを抱えている。

さらに27年施行では生活扶助基準の見直し（物価変動分を反映）。医療扶助では後発医薬品使用促進を医療・介護の機関、施設に要請。住宅扶助基準の見直しでは家賃物価動向を反映、世帯人数区分の細分化、上限額の適正化を行う。

## 生活困窮者自立支援法の概要

1. (必須事業) 自立相談支援事業の実施及び住居確保給付金
2. (任意事業) 就労準備支援事業、一時生活支援事業及び家計相談支援事業等の実施、子どもへの学習支援事業
3. 就労訓練事業(中間的就労)の認定

◎生活困窮者自立支援制度においては、自立支援事業を中核に、任意事業活用や他制度の連携により、本人の状態像に応じたきめ細かい支援をすることが重要。また、地域資源の開発に当たっても、他制度のネットワークや他機関と連携することが重要。

### ☆新たな時代に対応した福祉提供ビジョンー新しい地域包括支援体制の構築

高齢者施策における「地域包括ケアシステム」の構築、生活困窮者に対する「生活困窮者自立支援制度」の創設、その他各制度においても、支援の包括化や地域連携、ネットワークづくりを推進していく。地域包括ケアシステムなどを着実に進めつつ、こうしたコンセプトの適用をさらに広げ、多様なニーズを揃い取る「全世代・全対象型地域包括支援体制」を構築していく。

**【考察】** 本市にも病気やけがにより障がい者となり失業し、家族が介護する中制度の狭間で困窮になっていくなどリスクを抱えた家庭があります。生活困窮者自立支援制度の充実、とりわけ任意事業の家計相談、一時生活支援事業が重要に思います。障がい者認定には時間を要するので、それまでの生活費とか医療費を工面することが難しいケース。本市のように車が必要な地域においても、生活保護を受けるには車を手放すことになり、仕事や通院に困るケースも。若い世代の方は、生活が安定するまで抵抗なく生活保護を受けられる方がいますが、年配者は生活保護に対する抵抗が強くあります。ともかく本市の生活困窮者の対象の人をどう相談体制の中で救っていただけるかがポイントです。それとこの制度の周知を図っていくことも大切。何よりも地域住民の参画と共同により、支え合う共生社会が実現すれば、多くの人を救っていただけると思います。