

行政視察等報告書

平成28年12月28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11月16日（水）～平成28年11月17日（木）
2 視察等先 及び内容	第11回地方から考える『社会保障フォーラム』セミナー 東京都千代田区内神田2-4-6 （株）社会保険研究所 11月16日（水） 「日本財政の転換と社会保障～分断社会を終わらせる」 「多死化社会の在宅看取り、グリーンケア」 「地方創生で日本の未来を拓く」 11月17日（木） 「障がい者福祉政策の現在とこれから」 「健やかに老いる社会を築くために」
3 視察等議員	田口 俊介
4 総経費	合計（1名） 72,540 円 （一人当たり 72,540 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

内 容： 「日本財政の転換と社会保障 ～分断社会を終わらせるために」

所見等：

【講師】 井手 英策氏（慶應大学経済学部教授）

【概要】

現役世代への給付と高齢者への給付を較べた場合、日本はOECD加盟国中2番目に現役世代への給付が少ない。このことから、今の日本は現役世代にとって「自己責任社会」。また、かつての「所得中間層」が壊れ、低所得化していることや共働き世帯の比率が上がっている反面、世帯所得は1996年以降、20%近く減少しており、客観的に見ると日本人は貧しくなり、格差は広がっている。しかし、日本人の多くは自分を「中の下」と思っていて、生活苦を「貧困問題」としてとらえていない。

その結果、「平等・自由・愛国・人権」といった近代的・普遍的価値観を社会全体で共有できない、「分断社会」が進行している。また、成長依存社会の中において1995年の財政危機宣言以降、国政・地方行政で「ムダをなくせ」の合言葉の下、「袋叩きの政治」、すなわち、弱者が弱者をたたき「押し下げデモクラシー」がひろがり、不安におびえる中間層の保守化・右傾化が進行しているのが今の日本である。

そのような現状では「格差是正」では答えにならず、経済成長一辺倒の考え方も将来不安をなくす手段に過ぎない。重要なのは尊厳ある生活保障—すなわち、誰もが人間らしく生きられる社会を作る必要がある。

日本は欧米に比べ租税負担率は低いが国民の痛税感は大きい。これは富の再配分の施策が弱者のみに偏っているからで、これでは弱者を救済することでかえって弱者を敵視する社会となってしまう。ここで大事なのは「みんなに共通する利益」という視点である。所得制限などの条件をなくし、全員に「サービス」を給付したとしても、富裕層よりも貧困層の所得改善率は大きい。（例えば一律100万円分のサービスを給付すると、年収1億円の人の所得改善率は1%だが、年収100万円の人の所得改善率は「100%」）

富の再配分には2つある。「救済型再配分」と「共生型再配分」。この違いは「現金給付」と「現物給付」に連動する。また、「救済型再配分」は生存権の観点から累進課税、企業課税、富裕者課税などにより貧困対策として国が現金を給付し、「共生型再配分」は生活保障の観点から、比例課税、定額給付として地方が現物を給付するという関係が理想である。地域という生活空間で痛み（税負担）と喜び（給付）を分かち合い（all for all）、その結果として国による「救済型再配分」が可能になるのではないか。

結論として、①所得保障から尊厳保障へ財政哲学を転換し、②「格差是正」「経済成長」「財政再建」のすべてを結果に変える「all for all」戦略で、③自己責任社会の終焉をめざすべき。

内 容： 「多死化時代の在宅での看取り・グリーフケア」

所見等：

【講師】 高本 眞佐子氏 一般社団法人 セルフケア・ネットワーク代表理事

【概要】

わが国の死亡数の将来推計では、2020年には140万人を超え、2030年には160万人となり人口比率では約14%となる。このような状況の中、高齢者の「看取り」の場所は不足する見通しである。これに対し国は在宅医療体制の拡充を図っているが、在宅での看取りを行っている医療機関の数は年々増加はしているがその伸びは1%程度となっている。ただし、現場のケアマネージャーからは「ICT」の普及により多職種連携が容易になったなどの声もある。

一方、内閣府の行った高齢者の意識調査では介護を受けたいまた、最期を迎えたい場所はどちらも圧倒的に「自宅」となっている。1975年頃を境に死亡場所が自宅から病院へと逆転して久しいが、現在、看取り場所は病院から介護施設へと広がってきている。このような中、今後は介護職員による「グリーフケア」の必要性も高くなってくると考える。

「グリーフケア」とは何か。

「グリーフ」とは「悲嘆」のことで、あらゆる喪失によって引き起こされ、生じる心身の反応や心理的・身体的症状を含む感情的反応のこと。

また「グリーフケア」とは、悲嘆の援助のことで、本来は必ずしも死別体験者のみをケアの対象とするものではないが、日本では死別した人への支援という意味で浸透しており、死別後の心理プロセスを促進し、生活や人生への適応を支援することとされている。「グリーフ（悲嘆）」には思慕、疎外感、うつ的不調、適応対処の努力という4つの因子があり、内省を伴う自己整理作業（グリーフワーク）を繰り返しながらレジリエンス（自己回復力）により悲嘆を消化していくもので、従来は「ご近所」「友人」など「互助」の部分がそのグリーフワークの支援を担ってきたが社会背景の変化により「互助」の部分が外部化しているため、「悲嘆」からの回復にサポートが必要となるケースがある。

さらに高齢者のグリーフ（悲嘆）については死別によるものも大きいがその他にも、「機能的喪失」「選択肢の喪失」「役割の喪失」「認知の喪失」といった高齢化から来るものがありそれらはレジリエンス（自己回復力）によって回復することが困難である。そこでそういったグリーフケアのためのグリーフサポートが必要となる。

グリーフサポートには、「治療的介入」「情動的介入」「情緒的介入」「道具的介入」の4つがあり、専門家による「治療的介入」の他は誰にでも出来るサポートである。近年、自治体が事業としてグリーフケアに取り組んでいる例もあり、例えば被災地での「こころのケア」や犯罪被害者支援、自殺予防や自死遺族支援などがある。

結論として、グリーフケアはまだまだ認知度も低く、ニーズも不明確であるが、グリーフそのものは日常生活の中においても特別なことではなく、人間の自然な反応であり、だからこそ自分で自分をケアするセルフケアが有用。

また、今後は明確なグリーフだけでなく、社会保障からこぼれ落ちてしまうグリーゾーンのグリーフに対して誰もがサポートできる「グリーフサポートが当たり前になる社会」にするため、広く市民に「グリーフケアマインド」を広げていくような取り組みが地方行政に求められるのではないかと。グリーフサポートは、「病氣予防」「介護予防」「自殺予防」の一環になりうるものである。

内 容： 「地方創生で日本の未来を拓く」

所見等：

【講師】 唐澤 剛氏（内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局 地方創生統括管）

【概要】

日本の人口構造の変化を見ると、団塊世代と団塊ジュニアの二つの山がせり上がっていき形で推移していくが、団塊世代の多くが25歳ごろまでに子どもを産んでいたのに対し、有効な少子化対策が打てないまま団塊ジュニアの中心世代は40代に差し掛かっているため、これから20年先、30年先を見据えた対策で出生率の底上げを行っているのが現状。

人口移動の状況についてはこれまでに3度（1960～73年、1980～90年、2000年～）、地方から大都市（特に東京圏）への人口移動が生じており、現在も東日本大震災以後一時的に減少したが、その後は拡大している。また、転入超過数の大半は20～24歳、15～19歳が占めており、大卒後就職時、大学進学時の転入が考えられる。一方、今後、三大都市圏、特に東京近郊市の高齢化が急速に進んでいくとみられ、地方創生と大都市医療介護問題は表裏一体の課題である。

地方創生をめぐる現状認識としては、①人口減少に歯止めがかかっていない。②東京一極集中が加速。③地方経済と大都市経済で格差が存在・・・などがあり、26年度に地方創生の総合的な施策メニューの整備、27・28年度に具体的な事業の本格的推進、29年度には本格的な「事業展開」となる。

地方創生には地域経済の振興、地域生活の確保、地域文化の振興の3つの政策分野（軸）とそれを実施するために広域連携、官民連携、政策連携（省庁を超えた連携）という3つの連携を考えることが必要。さらに今後は政策メニューを拡充し、①地方にしごとをつくり、安心して働けるようにする。（ローカルアベノミクスの実現）②地方への新しいひとの流れをつくる。（日本版 CCRC・地方創生インターンシップ事業など）③若い世代の結婚・出産・子育ての希望をかなえる。（「包括的支援」＋「アウトリーチ支援」）④時代にあった地域をつくり、安心なくらいを守るとともに、地域と地域を連携する（コンパクトシティ、「小さな拠点」事業）・・・という、地方創生の深化を図っていく。そのために国は情報支援（RESAS＝地域経済分析システムなど）、人材支援（地方創生コンシェルジュなど）、財政支援（地方創生推進交付金など）の「地方創生版3本の矢」を地方への支援として用意している。

内 容： 「障がい者福祉政策の現在とこれから」

所見等：

【講師】 朝川 知昭氏（厚労省 社会・援護局 傷害保険福祉部 企画課長）

【概要】

わが国の障害保健福祉施策は平成15年以前は「措置」、それ以降、支援費制度の施行により「契約型」となり、その後改正を経て現在は身体・知的・精神の3障害共通の制度となり、また、難病等も対象となっている。そして、今年（28年）見直し（改正）があった。

障がい者の数は全体で約800万人（身体：約400万人、知的：約80万人、精神：約320万人）。また、身体障がい者のほとんどは在宅での生活だが、知的障がい者の約16%、精神障がい者の約10%は施設に入所しており、さらには身体・精神の方の高齢化も進んでいる。

障害者総合支援法により市町村が行う給付・事業は、介護給付・訓練給付等・相談支援・自立支援医療・補装具の給付と地域生活支援事業がある。

障害保健福祉施策の現状は、障害福祉サービス等予算の推移はここ10年で約2倍に増加（近年は障がい児への予算が伸びている）し、利用者数の推移でも平成27年3月から28年3月までの1年間で7.5%の伸び率となっており、特に障がい児が23%、精神障がい者が10.4%と高い伸びとなっている。また、施設等から地域への移行の推進については概ね順調に推移しているが、ここに来て施設入所者の高齢化や重度化から地域移行への伸びは鈍化してきている。

今年の法改正について。

法改正の背景として、①地域生活へのニーズ、②一般就労への移行、③障害者の高齢化・重度化、④障害児支援ニーズの多様化がある。これらに対応する改正のポイントとしては、地域生活を支援する新たなサービス（自立生活援助）の創設、就労定着に向けた支援を行う新たなサービス（就労定着支援）の創設、重度訪問介護の訪問先の拡大、高齢障害者の介護保険サービスの円滑な利用、居宅訪問により児童発達支援を提供するサービスの創設、保育所等訪問支援の支援対象の拡大、医療的ケアを要する障害児に対する支援（医療的ケア～以外は平成30年4月より施行、医療的ケア～については施行済み）の他、障害児のサービス提供体制の計画的な構築、補装具費の支給範囲の拡大（貸与の追加）などがある。

障害者総合支援法等改正法の今後のスケジュールについては、平成28年10月～29年1月に地方自治体の第5期障害福祉計画策定の前提となる基本指針の見直しについて国において議論し、同3月を目途に基本指針の改正、平成29年度中に各地方自治体での第5期障害福祉計画の策定作業、国においては報酬改定についての議論を進めるとともに、改正法の施行に伴う関係政令・省令等の改正を行い、平成30年4月に改正法の施行を行うこととなっている。

また、就労継続支援A型事業所の現状に関して適正な事業運営に向けた改善や放課後等デイサービスについてのサービスの確保と質の向上への課題もある。

内 容：「健やかに老いる社会を築くために」

所見等：

【講師】 尾崎 守正氏（厚生労働省 老健局総務課 企画官）

【概要】

まず、今後の介護保険を取り巻く状況として、65歳以上の高齢者数は2025年には3,657万人、2042年には約3,900万人となりピークを迎える。また、65歳以上の高齢者のうち、認知症高齢者が増加（2025年で約700万人）するとともに、世帯構成でも65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。さらに、地域ごとに見てみると、75歳以上人口は都市部で急速に増加（2015年と2025年を比較して、埼玉県は1.5倍、千葉県、神奈川県、愛知県などは1.4倍、東京都では1.3倍）し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加（秋田県・山形県では1.1倍弱）する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要となる。

将来推計人口からみると、75歳以上人口は2025年まで急速に増加し、2030年ごろからは急速な伸びはなくなるが、85歳以上人口はその後の10年程度増加が続く。また、保険料負担者である40歳以上人口は、2021年をピークに減少に転じる。次に、介護給付と保険料の推移を見ると、事業開始当初は平均3,000円を切っていた保険料は第6期で平均5,500円を超え、2020年には6,771円、2025年には8,165円に上昇することが見込まれており、給付総額も現在で10.4兆円となっている。

こうした背景から、平成26年に介護保険制度が「地域包括ケアシステムの構築」と「費用負担の公平化」を柱に改正された。この内、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実については、全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）から市町村が取り組む地域支援事業に移行し（平成29年度末まで）多様化を図る。これについては財源構成は従来と変わらないが、既存の介護事業所による既存のサービスに加え、地域の多様な主体を活用し地域の実情に応じた取り組みを行う。ただし、ここでは多様な担い手をどう確保するかが課題となる。また、地域ケア会議の推進として、地域包括支援センター等において、多職種（医師、看護師、薬剤師、PT、OT、ST、管理栄養士、歯科衛生士、ケアマネージャー、介護事業者等）協働による個別事例の検討等を行い、ケアプランの見直しの他、地域のネットワークの構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進し、そこから地域づくり・地域資源の開発→政策形成とつなげていく。

さらに在宅医療・課以後連携推進事業については、（ア）地域の医療・課以後の資源の把握、（イ）課題の抽出と対応策の検討、（ウ）切れ目ない在宅医療・介護の提供体制の構築推進、（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援、（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援、（カ）医療・介護関係者の研修、（キ）地域住民への普及啓発、（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携のすべての事業項目を平成30年4月には全市町村で原則実施。

同じく平成30年4月からは認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員

の体制を全市町村（保険者）の地域包括支援センター等に整備することとなっている。

こうした取り組みと平行し、地域住民が担い手となる生活支援・介護予防サービスの充実を図るとともに、高齢者自身が担い手として社会参加することで介護予防につなげていく。（その際、市町村の支援として、担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター」の配置などについて、介護保険法の地域資源事業に位置づける）

そして現在、厚労省内で検討されているのが高齢者だけでなく様々なサービスについて包括的に提供していくということ。その背景・課題としては福祉ニーズの多様化・複雑化（介護が必要な高齢者に障害者の子どもがいる世帯など）や、高齢化の中で人口減少が進行し、地域の実情に応じた体制整備や人材確保が必要などの側面がある。そういったことから、新しい地域包括支援体制とそれを支える環境の整備について、①包括的な相談から見立て、支援調整の組み立てと資源開発、②高齢、障害、児童等への総合的な支援の提供、③効果的・効率的なサービス提供のための生産性向上、④総合的な人材の育成・確保 の4つの改革をめざし、「地域共生社会実現本部」を省内に設置し、平成29年の介護保険法改正、30年・33年度の介護・障害福祉の報酬改定、更には30年度に予定されている生活困窮者自立支援制度の見直しに向け幅広く検討を行うこととしている。

【全体の考察・所感】

2日間で社会保障に関する各分野の5つの講座を受講し、特に厚労省の担当者からの3つの講座については制度のあらましや現況・課題・これからの展望などがわかりやすく解説され本市の「地方創生」「障害者福祉施策」「地域包括ケアシステム構築」のこれからの取り組みにも参考になる点が多くあった。

特に、地方財政の転換のテーマの中で、地方行政は「救済型再配分」から「共生型再配分」の政策をめざすべきという提言は非常にインパクトがあり、今後、しっかりと研究し、政策提言を行っていけるよう努力したいと感じている。

また、現在行っている地方創生の取り組みと地域包括ケアシステムの構築には密接なつながりがあり、その先にある「地域共生社会」の実現に向け自治体の知恵とさらなる取り組みが必要なことを再確認できた。

報告者 : 田口 俊介