

# 行政視察等報告書

平成 30年 9月 19日

境港市議会  
議長 栄 康弘 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 観察等期間	平成30年4月25日（水）～4月26日（木）
2 観察等先 及び内容	<p>第15回地方から考える社会保障フォーラム</p> <p>1、「平成30年厚生労働省予算と地域共生社会への取り組み」 野崎伸一氏 厚生労働省 政務企画官</p> <p>2、「市町村はデータヘルスにいかに取り組むか」 鳥井陽一氏 厚生労働省 保健局国民健康保険課長</p> <p>3、「生活困窮者自立支援制度の見直しと生活保護法の改正」 八神敦雄氏 厚生労働省 大臣官房審議官</p> <p>4、「地域包括ケアシステムと診療報酬・介護報酬改定」 黒田秀郎氏 厚生労働省 保険局医療介護連携政策課長</p> <p>5、「子育て支援の新たな展開」 平子哲夫氏 厚生労働省 子ども家庭局母子保健課長</p>
3 観察等議員	田口 俊介、足田 法行
4 総 経 費	合計（2名）150,328 円 （一人当たり 75,164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

表題：平成30年厚生労働省予算と地域共生社会への取り組み

講師：厚生労働省 政策企画官 野崎 伸一 氏

内容：

1. 今、直面している課題
2. 「地域共生社会」～これからの中の社会のかたち～
3. 何が実現できるのか～地域の実践からのヒント～
4. 政策的な示唆
5. 国の行政の動き

【概要】

日本の人口構成は、2065年には、8808万人にまで減少、一方で65歳以上は38%になる。自治体の7割が、人口が5万人未満であり、高齢化率は40%である。これにより地方の自治体は、ますます地域の交通・住宅が空洞化する。

主な産業別の就業者数の将来推計において、医療・介護ニーズは、2030年は約960万人で、卸・小売業を抜き、製造業に並ぶ水準になる。医療・福祉の人手不足が一層深刻になる。

65歳以上の者のいる世帯数構成割合は、2015年では、単独世帯26.3%、夫婦のみの世帯31.5%、三世代世帯12.2%で、合計は2,372万世帯(70%)である。傾向として、三世代世帯が減っていく一方、単独世帯、夫婦のみ世帯、ひとり親世帯の割合が増加している。また、25歳～49歳で両親と同居する未婚者の割合が顕著に増加している。

「看病や介護、子供の世話」で頼れる人がいるか、世帯別にみると、「頼れる人がいない、頼らない」と答える割合は、単独世帯で明らかに高い。65歳未満が65歳以上よりも、男性が女性よりも顕著になっている。

支える側が、支えられる側の人たちを、支えられなくなるだけでなく、実質賃金比率が上がっていない中、持ち家比率がこれからも人口減少と相まって下がりつけ、空き家、空き地が増えるなど、社会構造が、空洞化していく。

対策として、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを送ることを支えるという地域包括ケアの理念は、高齢者以外にも普遍化でき、必要としているすべての人への地域包括ケアを構築していく必要がある。高齢者はまだ、「働く」という視点が弱く、病気を持つ人でも、福祉や生活支援、相談支援をおこなってもらうことが必要になってくる。

また、制度・分野ごとの『縦割り』や「支えて」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』につながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがいのある地域を、ともに創っていく社会を構築しなければならない。

地域の実践例から見えてくるものとして、地域の住民から、より良い暮らしを探索する中で地域づくり・街づくりに発展した。地域の遊休資源（空き店舗・耕作放棄地など）と暮らしをマッチングしたり、協賛金・地域通貨など地域の事業所や商

店街との連携を図ったりして、地域の循環を生む仕掛けが必要。地域（住民・資源）とのWin-Win・『三方よし』のつながりでなければならない。つながりのキーワードは『役割を持つ』『参加する』『働く』である。

### 【考察】

地域共生社会の実現に向けて、国は動き出し、制度の見直しとともに実現に向けた工程が示されている。改革の方向性は、公的支援の縦割りから『丸ごと』への転換として、個人や世帯の抱える複合的課題などへの包括的な支援、人口減少に対応する分野をまたがる総合的サービス提供の支援が必要になってくる。また、『我が事』・『丸ごと』の地域づくりを育む仕組みへの転換として、住民の主体的な支え合いを育み、暮らしに安心感と生きがいを生み出す、地域の資源を活かし、暮らしと地域社会に豊かさを生み出すことである。実現に向けての課題として、地域丸ごとのつながりの強化、地域課題の解決力の強化、地域を基盤とする包括的支援の強化、専門人材の機能強化と最大活用である。本市において、地域包括支援センターが高齢者を中心にして、関連するその他の困難ケースにおいて横断的に連携を図っているが、さらなる保健福祉行政横断的な包括支援の在り方を考える時に来ていると思います。

表題：市町村はデータヘルスにいかに取り組むか

講師：鳥井 陽一氏 厚生労働省 保健局国民健康保険課長

内容：

1. 市町村における予防・健康づくり対策はどう進めればよいのか
2. そのために何が必要か
3. 今後、現役世代が減少し後期高齢者が増大する中、特に留意すべきことは何か

### 【概要】

平成30年より第2期データヘルス計画の策定があり、レセプト情報と特定健診をもとに、データを活用したPDCAサイクルによる本格的な保険事業の実施を可能にする。計画は、各年度の目標達成のため、抽出された課題や目標を十分に踏まえて、保険事業を選択・優先順位付けする。計画の評価・見直し、計画の公表・周知をする。地域包括ケアにかかる分析や課題抽出、保険事業を可能な限り、記載する。評価指標として、ストラクチャー評価（構造）、プロセス評価（過程）、アウトプット評価（実施量）、アウトカム評価（結果）に分けて、目標等を踏まえて、改善につなげる。

高齢化の増加とともに増えている糖尿病性腎症であるが、データヘルス計画の中での予防については、発症予防の取り組みとして、健診、保健指導の実施率向上、各生活習慣に関する研究などの推進がある。重症化予防としては、糖尿病診療デー

タベースの構築、糖尿病の重大合併症の予防・管理に関する研究の推進、腎疾患対策の在り方に沿った対策の推進などである。これから取り組みは、各自治体、都市医師会が協同・連携できる体制の整備が必要。そのためには、都道府県レベルで、県が県医師会と協力して重症化予防プログラムを作成し、県内の市町村に広げる取り組みが効果的。先行の糖尿病性腎症重症化プログラムは、各自治体と医療関係者が協働・連携できる体制の上で、重症化リスクの高い医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導を行い治療につなげるとともに、通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して主治医の判断で対象者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止している。まず対象者選定として、①健診データ・レセプトデータ等を活用したハイリスク者の抽出②医療機関における糖尿病治療中の者からの抽出（生活習慣改善が困難な方・治療を中断しがちな患者等から医師が判断）③治療中断かつ健診未受診者の抽出がある。介入方法としては、受診勧奨・保健指導がある。かかりつけ医は、対象者の病状を把握し、本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を保健指導に実施者に伝える。必要に応じて、かかりつけ医と専門医の連携ができる体制をとる。さらに、事業の実施状況の評価に基づき、今後の事業の取り組みを見直すなど、PDCAサイクルを回すことが重要となる。

医療と介護の連携においては、高齢者の通いの場を中心とした介護予防（フレイル対策）と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防の一体的実施を行っていく。通いの場の拡大、高齢者に対して生きがい・役割を付与するための運営支援、かかりつけの医療機関等との連携を図る。

認知症対策では、すべての地域で高齢者が認知症カフェに参加できる環境整備、認知症サポーター養成・かかりつけ医等に対する認知症対応力向上研修の推進をしていく。

保険者努力支援制度についての市町村分配点は、重症化予防の取り組み、収納率の向上が100点、個人へのインセンティブ提供が70点、特定健診受診率、特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率、適正かつ健全な事業運営の実施状況が50点。後発医薬品の使用割合（将来的に100点）、データヘルス計画の取り組み、第三者求償の取り組みが40点。重複服薬者に対する取組、後発医薬品の促進の取組、後発医薬品推進の取組が35点。がん検診受診率が30点などである。これらの項目ごとの評価指標もある。各自治体は、医療費適正化に取り組まざる負えなくなっている。

### 【考察】

本市のデータヘルス計画において、特定健診受診率を上げていくことが必要である。医療機関のレセプトデータとあわせて、対象者を増やしPDCAサイクルによる保健事業を行っていけるかが課題である。

糖尿病性腎症重症化予防においては、保健師だけが保健指導を行うだけでは、効果が薄い。医師会との協働・連携を図り、医療機関における糖尿病治療中の者からの抽出、治療中断かつ健診未受診者の抽出が必要になる。かかりつけ医は、対象者の病状を把握し、本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝える。保健指導の実施者（市の保健師）とかかりつけ医との協働・連携、か

かりつけ医と専門医の連携が必要になってくる。

本市での医療保険・介護保険における予防・健康づくりの一体的実施は必要である。本市だけではないが、生活習慣病対策、介護予防（フレイル）対策が別々に行われている。実施主体が別々で、同じ健康寿命の延伸のための事業が、バラバラでは、効果が薄く、財政上無駄である。

支える側の人口が急速に減っていく中で、医療費の抑制とともに効果のある予防的な医療提供体制が必要になる。そのために保険者は努力していかなければならない。本市では、重症化予防の取組、収納率向上、後発医薬品の使用割合、データヘルス計画の取組、がん検診受診率において努力がみられる。比較的加点の高い、個人へのインセンティブの取組、特定健診受診率、特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム減少率は低いままで、対策が必要である。

#### 表題：生活困窮者自立支援制度の見直しと生活保護法の改正

講師：厚生労働省 大臣官房審議官 八神 敦雄 氏

内容：

困窮者自立支援制度に見直しについて

生活保護法の改正について

住まいの確保支援について

自殺防止総合対策について

#### 【概要】

2015年、生活困窮者自立支援法が制度実施から3年を目途として見直しを検討する旨が附則2条で定められていることから、2018年通常国会にて改正案が成立した。内容は、生活困窮者等の一層の自立の促進を図るため、生活困窮者に対する包括的な支援体制の強化、生活保護世帯の子どもの大学等への進学支援、児童扶養手当の支払回数の見直し等の措置を講ずるほか、医療扶助における後発医薬品の原則化等の措置を講ずる改正が行われた。

具体的に、・生活困窮者の自立支援の基本理念の明確化、・定義規定を「生活困窮者とは、就労の状況、心身の状況、地域社会との関係性その他の事情により、現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者」に見直す。・事業実施自治体の各部局（福祉、就労、教育、税務、住宅等）において、生活困窮者を把握した場合には、自立相談支援事業等の利用勧奨を行うことを努力義務化。・事業実施自治体は、関係機関等を構成員とする、生活困窮者に対する支援に関する情報の交換や支援体制に関する検討を行うための会議の設置をできることとする。これにより、会議における情報共有等の結果、世帯全体としての困窮の程度の把握等が進み、深刻な困窮状態にある生活困窮者や困窮状態に陥る可能性の極めて高い生活困窮者等への早期、適切な支援が可能となる。

・就労準備支援事業と家計改善支援事業について、自立相談支援事業と併せて一体的実施を促進するため、①就労準備支援事業と家計改善支援事業について、その

実施を努力義務とする。②国は、両事業の適切な推進を図るために必要な指針を策定し、事業実施上の工夫等を図る。③両事業が効果的かつ効率的に行われている一定の場合には、家計改善支援事業の補助率を引き上げる(1/2→2/3)。

・子どもの学習支援事業について、学習支援に加え、以下を担う「子どもの学習・生活支援事業」として強化。①生活困窮世帯における子ども等の生活習慣・育成環境の改善に関する助言②生活困窮世帯における子ども等の教育及び就労(進路選択等)に関する相談に対する情報提供、助言、関係機関との連絡調整を図る。

・現行の一時生活支援事業を拡充し、以下の対象者に対し、一定期間、訪問による見守りや生活支援等日常生活を営むのに必要な支援を追加することにより、居住支援を強化。①シェルター等を利用していた人②居住に困難を抱える人であって地域社会から孤立している人を支援する。

生活保護世帯の子どもの大学等への進学率が全世帯の子どもよりも著しく低いことを踏まえ、貧困の連鎖を断ち切り、生活保護世帯の子どもの自立を助長するため、生活保護制度に起因する課題に対応した支援策を講じる。

生活困窮者自立支援事業の2年間の効果で分かったことは、就労準備支援事業利用ありの場合、「意欲・関係性・参加に関する状況」「就労に関する状況」「経済的困窮の改善に関する状況」に関して、大きく効果が表れている。家計相談支援事業の利用ありの場合でも、「意欲・関係性・参加に関する状況」「経済的困窮の改善に関する状況」において、効果が大きく表れている。

### 【考察】

本市において、自立相談支援事業(必須事業)のほか、離職により住宅を失った(失う恐れのある)方の就労活動を支援する目的で家賃相当額を支給する住居確保給付金事業(任意事業)を行っているが、県内では就労準備支援事業は、50%の自治体が実施。家計相談支援事業は、28%となっている。全国実施割合は、44%、40%となっている。両支援を実施した場合、国の支援もあるので、本市も早く実施するべきである。

自殺を踏まえた抜本的な見直し(自殺総合対策)があり、社会が多様化する中で、地域生活の現場で起きる問題は複雑化・複合化している。10代の自殺者は減っていない。自殺対策の強化だけでなく、生活困窮者支援の強化、地域共生社会の実現が自殺を防ぐことにつながる。本市においても、地域共生社会の実現に向け具体的な行動計画を立てるべきである。

表題：地域包括ケアシステムと診療報酬・介護報酬改定

講師：厚生労働省 保険局医療介護連携政策課長 黒田 秀郎 氏

内容：

- 1、 地域医療構想
- 2、 介護保険制度の改正
- 3、 介護医療院の開設

- 4、 診療報酬・介護報酬同時改定
- 5、 健康寿命延伸に向けた取組

#### 【概要】

団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。

地域医療構想の実現プロセスにおいて、まず医療機関が「地域医療構想調整会議」で協議を行い、機能分化・連携を進める。都道府県は、地域医療介護総合確保基金を活用。これで、機能分化・連携が進まない場合は、医療法に定められた都道府県知事の役割を適切に発揮することになっている。

新公立病院改革プラン策定率は、全国平均92.7%である。これにより、公立病院の更なる経営効率化、再編・ネットワーク化等を推進する。公立病院以外の公的医療機関（各組合等の医療機関、国立病院機構、地域医療支援病院、特定機能病院など）は、公的医療機関等2025プランとして、780病院が対象となっている。

#### 【考察】

本市においても、地域の実情や患者のニーズに応じて、高度急性期から、急性期、回復期、慢性期、在宅医療・介護に至るまで、一連のサービスが切れ目なく、また過不足なく提供される体制を確保するために、県や関係機関に強く要望していくべきである。現状として、高齢者が救急で病院に運ばれ入院する場合、病床再編により入院日数が短縮され、医療系の老健も在宅強化型が多く、早く退所せざる負えなくなってきた。在宅医療・介護が、整わない中での在宅復帰が出始めている。特養の入所は長い順番待ちとなって入れない。高所得者が少ない本市の高齢者にとって、厳しいものになっている。在宅強化型の老健が増えないようにするべきである。また、地域包括ケアの中の在宅医療体制構築のため、看護ステーションの充実、人材確保は待ったなしである。

#### 表題：子育て支援の新たな展開

講師：厚生労働省 子ども家庭局母子保健課長 平子 哲夫 氏

内容：

- ・母子保健行政の歩み
- ・子育て世代包括支援センターなど
- ・健やか親子21

#### 【概要】

日本の妊娠婦死亡率・乳幼児死亡率は、世界トップレベルの低死亡率で、周産期医療体制も最も安全である。しかし、晩婚化に伴い平均出生時年齢が上昇傾向で、夫婦の完結出生児数も2人に達していない状況。合計特殊出生率は低い状態である。近年景気動向や妊娠・出産にかかる支援、子育て支援により少し持ち直している。

限られた母子保健対策関係予算の中、拡充されたのが生涯を通じた女性の健康支援事業で、不妊専門相談センター事業と女性健康支援センターの充実である。それと、産後うつの予防や新生児への予防等を図る観点から産婦健康診査の費用を助成する産婦健康診査事業である。産婦健康診査による新生児スクリーニングで、早期発見・早期療養、治療で、障害を予防したり、影響を最小限に抑えられる。

【考察】

本市において、母子保健対策、子育て支援において、先進的に取り入れている。子育て世代包括支援センターが中心となって、母子保健サービス・子育て支援サービスを一体的に提供している。アウトリーチ型の産後ケア事業も取り入れていて安心して産み、育てる環境に努力している。今後の懸念として人材不足が考えられる。

関係機関と協力して、中学生、高校生に産み育てることの大切さ、生きがいなど教育的なことができるような取り組みができればと思います。

報告者：足田 法行