

岡崎市議会議長 様

支出番号

6

会派名

自民清風会

代表者名

加藤 義幸



下記のとおり、政務活動を実施したので報告します。

政 務 活 動 旅 行 報 告 書

令和元年 12月 27日提出

活動年月日	令和元年 7月 3日（水）～令和元年 7月 5日（金）	
氏名	野々山雄一郎 野本 篤	
用務先 及び 内 容	1 7月3日	用務先 滋賀県 大津市
		内 容 令和元年度 市町村議会議員研修 3日間コース
	2 7月4日	用務先 滋賀県 大津市
		内 容 令和元年度 市町村議会議員研修 3日間コース
	3 7月5日	用務先 滋賀県 大津市
		内 容 令和元年度 市町村議会議員研修 3日間コース
	4	用務先
		内 容
備 考		



7月3日(水) 13時～17時

2025年問題と社会保障政策 講師 [REDACTED] 駒澤大学法学部教授

内容・所感

1 少子高齢化・人口減少社会の姿

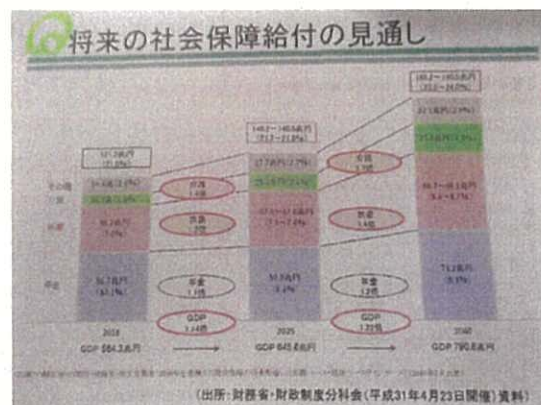
高齢化の背景には一つに長寿化の進展がある。2015年の調査で、主な年齢の平均余命と平均寿命からの分析で、今後我が国において人生90年時代の到来が確認された。また高齢化を加速させる要因として、少子化の進展がある。要因として、晩婚化・晩産化・非婚化が上げられるが、50歳時の未婚割合(生涯未婚率)が、1975年は男性2.1%女性4.3%であったのが、2015年男性23.4%女性14.1%、2025年推計では男性27.1%女性18.4%、2040年推計では男性29.5%女性18.7%と右肩上がりの未婚割合も主な少子化の要因といえる。



人口構造の急激な変化を基に、社会保障制度を考えることが重要である。社会保障制度を細部まで理解せずに不安になる人も多いが、現状を踏まえてどのように取り組んでいくかを考える。

2 「2025年問題」の意味するところ

2025年団塊世代が75歳以上になる。75歳以上の後期高齢者の増加に伴い、高齢者関係給付費の増加が見込まれる。社会保障費の9割は、年金・医療費・介護費である。医療費は0歳～64歳が平均18.4万円に対して75歳以上では約5倍の平均91.0万円。介護費は65歳～74歳の平均5万円に対し75歳～79歳では平均15.6万円、80歳～84歳では平均36.4万円、85歳～89歳では平均75.0万円、90歳～94歳では平均131.9万円、95歳以上では平均202.0万円と年々急激な増加がみられる。2025年以降、認知症高齢者の増加、高齢者独居・高齢者のみ世帯の増加、死亡者数の増加、都市部の高齢化などが考えられる。なかでも死亡者数増加に対する看取り

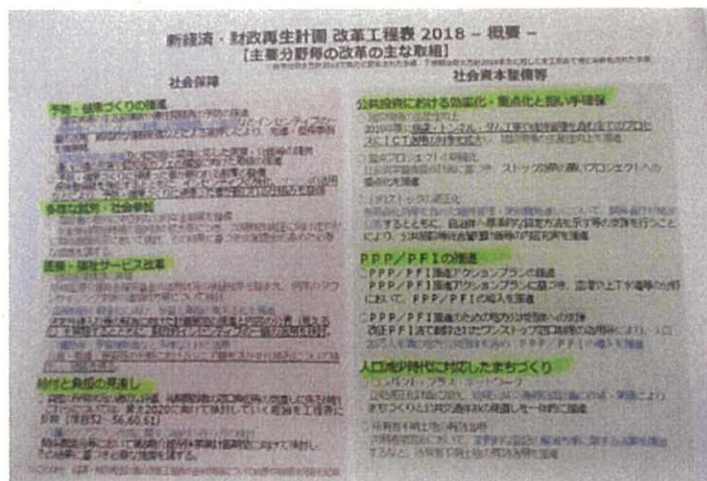


先の確保への取組みを準備すべきである。

また就職氷河期世代（1990 後半～2000 前半に就職活動をした世代）の人々が2025 年以降の主な支え手となり、支え手の脆弱さがある。

3 2025 年に向けた社会保障制度改革

社会保障の9割が年金・医療費・介護費という現実を踏まえ、社会保障と税の一体化改革が行われる。年金・医療費・介護費の財源確保と持続可能性の確保、また先延ばしされてきた子ども・子育て支援の財政基盤の確保がなされる。新経済・財政再生計画改革計画の主な取組みを決め、まさに今

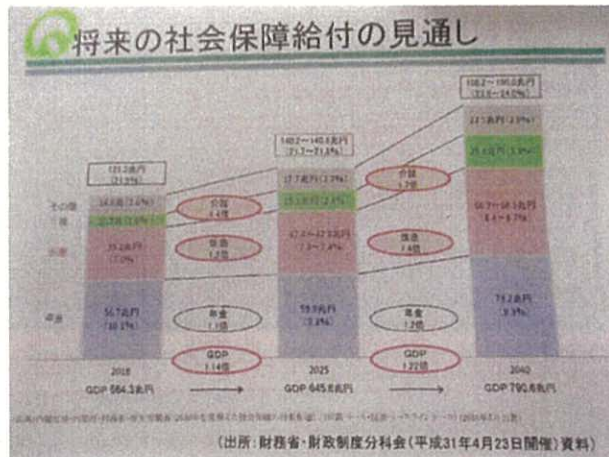


2019 年～2021 年が基盤強化として重要な期間とされている。

4 さらにその先へ 2040 年を見据えた改革

生産年齢人口が急減する2040 年へ、給付を減らす意味での健康寿命の延伸、支え手を増やすための高齢者就業の拡大が重要な政策課題になる。

本市でも健康寿命延伸のための様々な取組みがなされている。予防のための様々な取組みの強化が健康寿命の延伸を実現する事は明白であり、「健康寿命延伸」が今後、まちづくりの重要ワードとなっていくことが必要と考える。



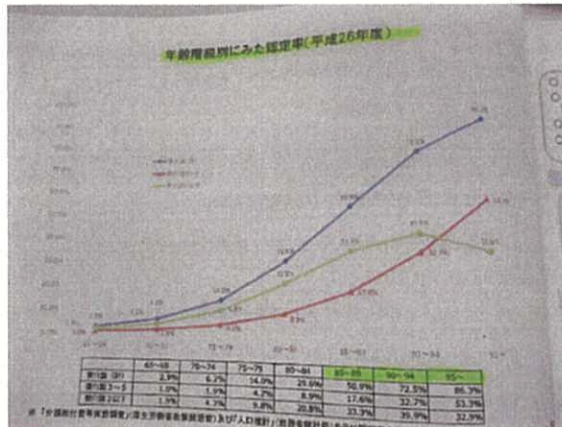
支え手の減少に関しては、「高齢者」の据え方を見直すことが必要。現在の高齢者は10～20 年前と比較して加齢による身体機能低下の出現が5～10 年おくれており「若返り」現象がみられる。従来、高齢者とされた65 歳以上の人でも、74 歳までの前期高齢者に関しては、心身の健康が保たれており活発な社会活動が可能である。就労希望者も6割を超えており、



生産年齢人口を74歳と仮定した場合、2020年・2050年予想される支え手は倍以上になる。

7月4日(木) 9時25分～12時
介護保険と地域包括ケアシステム

講師 〇〇〇〇 淑徳大学教授

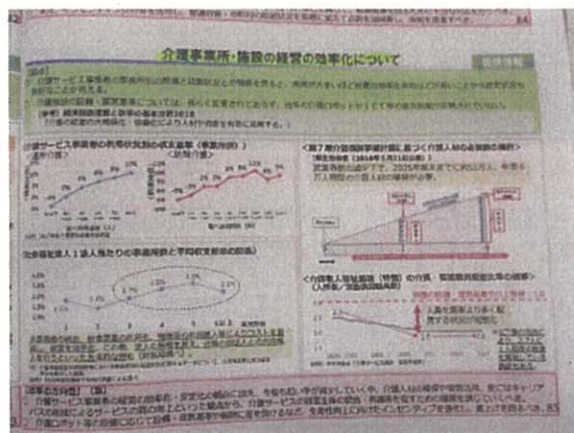


1 要介護認定率から、85歳を超えると半数以上、95歳を超えると9割近くの人が介護認定を受けている。75歳までは1割にも満たず、健康に過ごしている。

また要支援・要介護1の認定者が大幅に増加し、その原因の半数が、体を動かさない事による心身の機能低下との現状を踏まえ、介護予防導入に至る。

地域介護予防活動支援事業として、住民主体の通いの場にて運動機能向上・口腔機能向上・認知機能低下予防・低栄養予防・社会参加促進などが行われている。通いの場開催頻度は、平成25年と比べ平成29年には2倍以上となった。しかし参加者実人数は高齢者人口の5%ほどという事実もある。

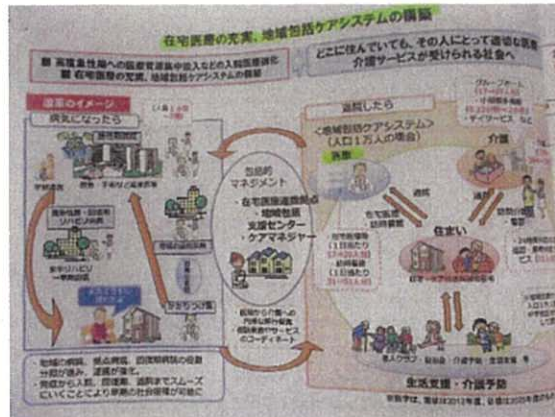
2 保険給付の効率的な提供として、介護費の地域差縮減に向けたインセンティブ交付金などの取組み保健者機能強化のための調整交付金、地域医療構想を踏まえた介護医療院による介護療養病床についての転換がある。また介護事業所・介護施設の経営の効率化について、小規模な事業所は収支がマイナスになる事が多いという事実を踏まえ、本市の介護施設設置状況を再度分析する必要がある。



3 地域包括ケアシステムにおいて、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制の実現が目的とされている。本市において、かかりつけ医→地域連携病院→急性期病院→亜急性期病院・回復リハビリ病院→家、とのなが

れは確立されつつあるが、家に戻った時の在宅医療の充実はないと感じる。地域医療構想の実現には、在宅医療の充実が必要かつ重要な取組みである。

4 国の社会保障費の7割が高齢者福祉費であり、年金・医療・介護で9割使われている。本市では健康寿命延伸に向け、積極的に取り組んでおり、引き続き各施策の充実を図りたい。データ的にも80歳以下はまだまだ健康であり、65歳から80歳までの介護予防施策が有効と考える。本市では「ごまんぞく体操」の取組みがあり、この取組みの推進が健康寿命延伸施策として、さらなる拡大を目指したい。



7月4日(木) 13時~15時

地域医療の現状と課題

講師

九州大学名誉教授

最近では、国保の都道府県単位化、介護医療院創設などの医療政策がとられている。急性期医療の確立と居住系サービスを中心とした在宅サービスの充実が必要とされる。「社会保険」は加入者間の「連帯」が基礎であるということは重要な原点であるが、世代間の利害の対立に十分留意する必要もある。また地域差に対する配慮として「地域医療ビジョン」が計画される。病床数の地域差を分析し、「住まいの機能」を重視した新たな介護保険施設「介護医療院」を創設した。(介護医療院は医療提供施設であり、また介護保険適用施設でも基本的性格をもつ。)

超少子高齢社会・人口減少社会において「コンパクトシティ」の考え方は不可避である。その中で在宅サービスを自宅で行わない選択肢もあるのではと考える。医療レセプトの電子化により、特定健診からの健康経営だけでなく、電子カルテを共有することで初めて地域医療構想が進むのではなかろうか。



本市では、「いえやすネットワーク」の取組みがされている。この取組みの有効活用が地域医療構想の在宅ケアの先進事例になると考える。

7月4日（木）15時20分～17時

認知症の基礎知識と社会参加による進行予防の可能性

講師

医療法人藤本クリニック



認知症の新患の52%が医療機関から紹介され、そのうちの90%がかかりつけ医からである。かかりつけ医が早期発見・早期受診に貢献している。県委託の「物忘れサポートセンターしが」によって、認知症に対する敷居を低くし、啓発の強化と併せて受診の早期化が実現できた。早期診断から早期発見の流れが確立されても、早期治療に結びつけなければなら

ない。診断直後の空白期間を作らないため、「本人・家族心理教育」と「本人・家族交流会」が重要である。

「もの忘れカフェ」では、参加者が話し合い、参加者自らで制作活動・知的活動・身体活動・社会参加を決め、その活動内容を個人ノート記入によって書き残して振り返る。症状が進行し、活動内容が決められず、思い出して書き残すことが困難な場合でも、できなくなったことを受け入れて、できる事へのケアへの取組みへの転換が重要となる。

若年性認知症の支援には就労支援の中にわずかであっても収益を励みとして仕事の間を作る事が必要である。認知症は必ず悪くなっていく病気であることを認識したうえで、仕事の間での時間のメリハリをつける事や、給料で自分の好きなものにお金を使うような以前の普通の事ができる喜びを再びする取組みを段階ごとに支援していく。認知症も細分化されており、認知症支援は各個人にあった支援を提供、またコーディネートできるように、まず既存の就労の現状を分析し、包括的に取り組む必要があると考える。

7月5日（金）

街全体で人々を看守るまちづくり

講師

氏

京都大学経営管理大学院特命教授

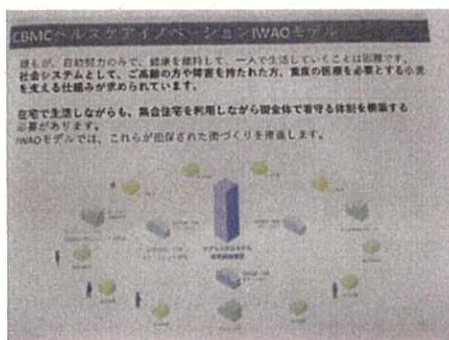
超高齢社会が進み、旧来型社会保障制度の限界がみえている。要医療者、要介護者が急増する日本では、社会保障費が現在でも毎年1兆円増加している。制度維持のためには病院中心の医療からの変遷が求められる。現在、平均在院日数の短



縮と病床の再編が進められおり、街全体で医療のある介護を提供する体制を急速に構築する必要がある。病院に変わる医療のある介護施設の充実と訪問介護ステーションの充実を目指し、在宅医療の整備がキーワードとなる。日本では、医療法人の経営的な統合が難しいこと、在宅医療の受け皿が不足していることが課題となっている。

看護師の資格を持つ30%の人(およそ72万人)が看護師として就労していない。いびつな労働環境が原因と考えられるが、在宅医療を考えるうえで、その看護師資格をもつ人達は重要な役割を果たす。直行直帰を認めるなど働き方を改革し、在宅医療向け看護師としてパートタイマーのように就労可能ならば、看護師資格をもつ人達も看護師として就労するのではないだろうか。

IWAO モデルでは、医療介護ネットワーク構築による新ヘルスケア産業の創出を基に地域医療を確立させる狙いがある。電子カルテの共有機能と潜在看護師の存在により在宅介護医療の新たな産業化が可能である。IWAO モデルとして



確立されている取組みであるので、行政としては、とりあえず IWAO モデルによる地域密着事業所開設時の補助が必要かと考える。

また本市の取組みとして、IWAO モデル形成に至る取組みは参考にしてもいいのではないかと感じる。本市には「いえやすネットワーク」の取組みがあり、運用基準の改正により、様々な福祉情報の受け渡しが可能となる。



超高齢社会への道のりは、高齢者関連の市場が広がるということでもある。福祉をビジネスと考え、成長産業として見てみる。そこに未来のまちづくりに重要なイメージができる。またボランティアポイント制度の導入も検討されたい。ボランティアで得たポイントを今後の福祉・介護・健康関連に利用でき、そのポイントが独自で流通できる福祉デジタル地

域通貨制度の検討もされたい。各自治体が進める健康ポイント制度との連動やTポイントなどの既存のポイントとの連動の可能性にも広がる。

今後も「いつまでも健康でいられるまちづくり」への提言をしていきたい。

政務活動旅行報告書

報告者 野本 篤

研修概要

研修名：市町村議会議員研修〔3日間コース〕社会保障・社会福祉

日 程：2019年7月3日（火）～7月5日（金）

場 所：全国市町村国際文化研修所

滋賀県大津市唐崎2-13-1

研修のねらい

少子高齢化、人口減少の進行が日本社会において大きな課題になっているなか、2025年には、団塊の世代が後期高齢者となり、かつて経験したことのない超高齢社会に突入することとなる。

現在の状況や制度を理解したうえで、介護、地域包括ケアシステム、地域医療、認知症の進行予防等に関する講義や事例などを通して、今後、地域としてどのような仕組みづくりを進めていくことができるのかなどについて考える。

研修内容

講義①「2025年問題と社会保障政策」 駒沢大学法学部教授 [REDACTED] 氏

講義②「介護保険と地域包括ケアシステム」 淑徳大学コミュニティ政策学 [REDACTED]・教授
[REDACTED] 氏

講義③「地域医療の現状と課題」 九州大学名誉教授 [REDACTED] 氏

講義④「認知症の基礎知識と社会参加による進行予防の可能性」 医療法人藤本クリニック [REDACTED] 氏

講義⑤「街全体で人々を看守るまちづくり」 京都大学経営管理大学院特命教授 [REDACTED]
[REDACTED]



研修報告

講義①「2025 年問題と社会保障政策」

- ・日本の高齢化率は 26% を超え、世界でもダントツの高齢化率となっている。世界においても未経験の現状である。
- ・長寿化は進展し、人生 90 年時代に突入している。
- ・高齢化や少子化の背景は、晩婚、晩産、非婚にあると考えられる。1975 年と 2017 年と比較すると平均の初婚年齢や出産時の年齢は 4~5 年遅くなっている。また、50 歳時の非婚率は 1975 年では男性 2.1%、女性 4.3% から、2017 年は男性 27.1%、女性 18.4% と各段に上昇している。
- ・間違いなく訪れる人口減少を見据えて、これまでの拡大してきた社会から、縮小していく社会となっていく。
- ・2025 年問題によって医療費や介護費が上昇し、各自治体の社会保障財政のバランスが崩れていく。また、その世代を支える第二次ベビーブームの世代が前期高齢者となる 2040 年も大きな課題とされている。
- ・考えられる 2025 年以降の姿として、認知症患者の急速な増加が予想され、必要となる社会的費用が増加していく。また、孤立や高齢夫婦のみでの生活も予想される。これまで、女性の一人住まいが多かったが、男性の一人住まいも増えてきている。非婚から起因していると考えられる。孤立を防ぐための居場所づくりが各地域で計画実施されているが、男性の参加率の低さが目立っている。男性に特化した企画が必要となっている。男性

は現役時代に勤め先と家の往復がメインとなっており、地域との繋がりが薄い。従って、はじめの一步が出ないのではないかと考えられる。若い時代から多少の地域活動の参加が必要なのかもしれない。多死社会の訪れも予想される。看取り先の確保が困難となってくる。人生の終末期の議論は避けがちなものであるが、医療も介護も在宅が推進されていく中、本当にそれでよいのかと現実的かつ具体的に実現に向けた議論が必要だと考える。都市圏へ地方から若い世代が流出している。従って、都市圏と地方圏での高齢化のピークがずれてくることが予想されている。

- ・ 2025 年以降における支えてとなる世代の脆弱化が危惧されている。就職氷河期であったことから非正規労働者が多く、自分自身の生活さえままならない状態から老後親子破産状態となることも十分に予想され、8050 問題に繋がっていく。

- ・ 予防と健康づくりが医療費の削減に繋がるという考え方がある。平均寿命から健康寿命を差し引いた期間は男性 8.8 年、女性は 12.35 年。この期間を短縮することが必要なのは理解できる。平均寿命の延長は、医療技術の発達や栄養や生活衛生も要因であることは間違いない。従って、健康への意識向上や 50 代からの筋力向上なども必要である。

- ・ 2040 年以降の議論が必要である。また、生産人口と高齢人口の年齢設定を実情に変更すべきと考える。1959 年の 65 歳以上は全体の 5.7%であった。2016 年の 5.7%は 83 歳以上である。心身ともに若返り現象がおきているようである。70 歳まで賃金が発生する労働を希望する人は多いことから、これまでの生産人口 15 歳から 64 歳ではなく、18 歳から 69 歳のように変更すべきと考える。

講義②「介護保険と地域包括ケアシステム」

- ・ 介護保険は自治事務であり給付と負担に対して市町村において本質を議論して他に流されることなく決めていくことが必要。

- ・ 介護保険の基本理念は高齢者が安心して暮らせるようにするためである。個々の実情を把握していくことが必要であり、必要な施策があれば、費用がかかっても取り組むという姿勢が必要ではないか。

- ・ 行政に期待することとして、真に必要とされるサービスを見極め、受け皿となる施設整備や自治体単独での事業などで対応することをふまえて議論をすべきである。

- ・介護保険は 85 歳から認定を受けて利用する人が約 50%である。納めている世代にはどのように使われているのか分からないという世代間での不均衡があるのが現状である。
- ・地域包括支援センターの設置基準は被保険者 3000 人につき一か所である。
- ・福祉に民間の合理化が入ってくる。仕事の分業やアウトソーシング、無資格の人でもできる仕事があることは分かるが、福祉の仕事は人と人との信頼感が重要である。
- ・医療と介護が連携された社会が必要となる。行政は医療に対して強制力はない。医師会などと首長および担当職員が連携して推進すべきである。
- ・高齢化により苦しんで生活する市民がいる。悲しい結末も多く報告されている。もっと我が事と捉えて変えていくことが政治の使命である。

講義③「地域医療の現状と課題」

- ・超少子高齢社会の到来により、多死社会では QOL(Quality of Life) * 1 とともに、QOD(Quality of Death) * 2 も重要な指標となる。

* 1 「人生の質」または「生活の質」と訳す》広義には、恵まれた環境で仕事や生活を楽しむ豊かな人生をいう。狭義には、特に医療・福祉分野で、延命治療のみにかたよらずに、患者の生活を向上させることで、患者の人間性や主体性を取り戻そうという考え方。

* 2 一時点の死を表す「Death」ではなく、死にゆく過程や遺族ケアを含む「Dying」を使用し、クオリティ・オブ・ダイイングという場合もあります。いずれにせよ QOD の概念は、いかに満足して死を迎えるか、という終末期の質を高めていくという考え方。

- ・地域には医師や看護師不足の課題がある。そんな中、コンパクトシティの考え方は不可避と考えられる。QOD の追求のために病院や医療資源の集約化とシステム化が必要である。
- ・医療の専門職を引き寄せるためには何が必要なのか。多くの医師は先進技術を欲している。マグネットホスピタル（高度かつマニアックな医療や専門現場を有した病院）が必要と考えられる。
- ・公立病院の経営問題がある。経営主体の手段のひとつとして、現状ではまだ少ないが、地域独立行政法人という選択肢がある。自由度が上がり、経営トップの手腕が問われる。また、地域との連携によって地域住民の支えの中で成り立っていく。公立病院がどのよう

なポジショニングをとるかを検討する必要がある。そのためには、急性期に特化するのか、診療科を絞り込むのかなど役割を決めることが重要である。

講義④「認知症の基礎知識と社会参加による進行予防の可能性」

- ・これまで、医療が診断後の認知症の人と家族に対して、抗認知症薬の投与と身体疾患の治療以外に役割を見出せていなかった。
- ・医療ニーズが分かっていなかった理由として、認知症の人とその家族の気持ちに真正面から向き合っていなかった。
- ・介護スタッフなどとの連携が不十分であったために、長期にケアを受けている人たちに潜在する医療ニーズを見逃していた。
- ・認知症の人とその家族のニーズが複雑に絡み合うことの多い現状の中、支援の方向性を共有化することが困難であり、必ずしも実際の支援に活かされてない事も多い。
- ・専門医療機関として「もの忘れクリニック」を設立し治療と認知症ケアを始め、認知症について安心して話せる場所となり、診療所全体が認知症について理解をし、本人や家族への配慮を院内で共有していることが重要となる。
- ・若年及び軽度認知症専門デイサービス「もの忘れカフェ」の設立。これまでの介護保険事業として行われていた予定された固定的なプログラムをやめ、利用者の選択の自由度を高くした。
- ・「もの忘れカフェ」を始めるにあたり聴取した意見として、仲間がいないことへの不安、社会の一員でいられないという不安があった。日々の活動は利用者本人たちが話し合いの上で決める。スタッフは過剰に手を出さずに自主性を尊重する。
- ・かかりつけ医と専門医と企業・地域が連携しながら認知症の人とその家族を支える必要がある。また、認知症は早期の診断を確定することにより、状態に応じた医療や介護サービスを受けることができれば、本人の不安や家族の負担をわずかでも軽減できる可能性がある。その為には、かかりつけ医が認知症医療の中心であることを自覚してもらうことと、認知症専門医療機関はかかりつけ医や介護職との連携がなければ認知症診療が成り立たないことを自覚することが必要である。
- ・認知症の人がもつ「存在不安」を理解し、その軽減を考えることが必要である。

講義⑤「街全体で人々を看守るまちづくり」

- ・日本は他国に20年先んじて超高齢化社会を経験することとなる。
 - ・2001年から平均寿命は延伸している。比例して健康寿命も延伸している。しかし、平均寿命と健康寿命の差は、2004年の男性約5.74年、女性は約8.70年から2016年では男性約5.46年、女性は約8.23年と健康政策が実施されてきてはいるが大きく変わりはない。政策の成果が表れていない。
 - ・2030年には毎年30～40万人が亡くなり、場所がなくなる。つまり、「看取り難民」が多く発生すると考えられる。その数は、在宅で約1.5倍、福祉施設などでは約4倍と想定される。
 - ・超高齢社会に対応するため、平均在院日数の短縮と病床の再編が急ピッチに進められている。欧米が40年かけて進めてきたものを2025年に向けて6年で完行しようとしている。それは、町全体で医療のある介護を提供する体制を急速に構築するというものである。具体的には病院に変わる「医療のある介護施設」の充実、株式会社による訪問看護ステーションの新設数の急増（開業支援が必要）、病院からの人材の転用（教育や人材紹介）である。
 - ・日本版 IHN(Integrate health network) * 3の実現性について、現状では営利的の医療法人が8割を占め、多種多様な経営母体があることから、経営的統合がスムーズに進まないと考えられる。また、機能的に統合するための、最終的な受皿とされる在宅医療が整備されていないことも課題とされる。
- * 3 人口数 100 万人の広域医療圏において、急性期ケア病院、亜急性期ケア病院、外来手術センター、クリニック、リハビリ施設、介護施設、在宅ケア事業所、医療保険会社など、地域住民に医療サービスを提供するために必要な機能を網羅的に有する医療事業体。イメージとしては、2次医療圏において中核となっている急性期病院を中心に、それを取り囲む回復期、リハビリ、長期療養、在宅支援、診療所等の各施設がネットワーク化されたもの。
- ・在宅医療の受皿の整備として、CBMC(Community Based Medicine and Care)* 4の考え方を基に、病院での平均在院日数短縮による現在の困難の緩和による緩やかな統合を推進し、はじめて、医療と介護産業が活性化し、地域インフラができると日本版 IHN の構築が可能となる。

* 4 コールセンターを中心に在宅診療所・訪問看護・訪問介護と在宅型施設を結んだコミュニティを形成する地域医療のかたち。

・ 2030年には看取り難民が年間30万人発生すると推計されることから、「医療と介護の付加された住まい」を確保することが社会的に求められる。

・ 街の中に医療と介護の充実をふまえた高付加価値のまちづくりが必要となる。また、Industry4.0の技術革新により豊かさが10倍ともなる15年後に向けて街のリノベーションをする時期がきている。

・ ビッグデータやネットワークを活用したスマートシティにおいて、在宅での医療介護を基本に、中間施設として高度な医療介護の施設、未病・予防と共生のインフラ整備、バックには急性期医療施設が控える街が理想である。

・ 新たなまちづくりの事例として、北大阪健都構想が挙げられた。吹田市と摂津市の両市をまたぎ、健康と医療のまちづくりが進められている。視察に行くべきと考える。