

市町村議会議員研修 [3日間コース] 社会保障・社会福祉 研修報告書

日時 令和2年7月20日(月)～令和2年7月22日(火)
会場 全国市町村国際文化研修所(滋賀県大津市唐崎2丁目13-1)
主催 公益財団法人全国市町村研修財団(同上)
参加者 日高 英城、桜井 卓
参加費 1人7,900円×2人=15,800円(別途振込手数料220円)
交通費 1人29,180円×2人=58,360円

1 社会保障制度の動向と地域の「しんがり」としての市町村

日時 令和2年7月20日(月)13:00～17:00(15:50～17:00 意見交換)

講師 慶應義塾大学経済学部 教授 駒村康平氏

要旨

高齢化や人口減少が進むだけでなく、バブル崩壊以降に就職期を迎えた団塊ジュニア世代が複合的な困難を抱えている。社会保障費の増大が見込まれる中、どうやって社会保障を支えていくか。地域住民に参加をしてもらう、身の回りのことは自分でやらしてもらう必要がある。地域の人材(しんがり)をどう活かしていくのか、どうやって支え合える地域をつくっていくかが大きな課題である。

人口減少だが、よその地域から住民を連れてくる「ゼロサムゲーム」は意味がない。今住んでいる人の満足度を高める施策が必要。

20世紀後半から21世紀前半にかけて、先進国では格差の拡大が顕著。グローバル化→格差拡大→排外主義・ポピュリズムという流れは2度の世界大戦につながった1世紀前と同じ。歴史を繰り返してはならない。非常に危ない局面に来ている。

貧困の連鎖を断ち切る。生まれた家庭によって将来が決まってしまう現状。小児期の虐待やストレスが将来に影響する。低所得者ほど他者への不信感が高い。格差を縮小することが重要。科学的な根拠に基づく対策を講じる必要がある。

自分と自分の家族だけが幸せになれる社会はない。他者を信頼し、助け合い、支え合える社会にしたい。

(意見交換・まとめ)

福井県大野市議会 木戸屋八代実議員

愛知県江南市議会 中野裕二議員

三重県桑名市議会 森下幸泰議員

- ▶ 主に住民によるしんがりの活動として、子ども食堂について意見交換。
- ▶ 三重県桑名市では、いわゆるスーパーマンがいて子ども食堂の活動が進んでいる。まず住民が初めて、行政に働きかけて・設立マニュアルを作り、それを活用してさらに広がった。
- ▶ 愛知県江南市や埼玉県北本市も同じベッドタウンだが、住民による支援活動が少なく、行政としての支援もあまりないという状況。
- ▶ どうやって担い手を作るか、どうやって住民による支え合いの風土を構築していく

かが課題になっている。その際には、財政的に行政ができないから、住民へという雰囲気伝わると上手くいかない。

- ▶ 幼少期から分断のないインクルーシブな社会を構築していくことが重要なのではないか。
- ▶ 子ども食堂については、食事を提供するだけにとどまらず、来てくれたことをきっかけにその方の困りごと全般を発見し、支援・解決していくことが重要。
- ▶ 一方、福井県大野市では、3世代同居が多い。まだまだ家族や地域で支え合っている。富山県・石川県も相対的貧困率が低い。こういう地域の取組もまた参考になるのではないか。

(感想)

今般社会福祉法が改正され、地域住民による支え合いが制度化された。方向性として間違いはないと思うが、各地域に支え合いの中心となるスーパーパンがいるとは限らないし、地域住民同士が信頼し合える地域を創るには相当な労力と時間を要する。そもそも構造的に格差や分断を生む社会を放置しては、いくら「しんがり」が頑張っても、格差や分断は生まれ続ける。少なくとも、しんがり頑張っているから困窮者を生み出し続けても安心、という社会にしてはならない。困窮者を生み出さないような社会をつかっていく、社会保障を充実させていくことが非常に重要ではないか。

2 地域医療の現状と課題

日時 令和2年7月21日(火) 9:00~10:30

講師 九州大学 名誉教授 尾形裕也氏

要旨

社会保障と税の一体改革の一環として医療・介護に係る長期推計が行われ、自公政権にも引き継がれている。医療・介護費用の増大を消費税の増税で賄うこととしたが、保険料の引上げについても議論が必要。2025年に団塊の世代が後期高齢者となり、2040年が高齢化のピーク。医療・介護ニーズが量・質の両面で大きく変わる。今度は介護施設での看取りが増えるなど、将来の医療・介護提供体制を考えなければならない。

医療計画について、第6次(2013年~)から4疾病が5疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)となり、在宅医療が重視されることとなった。第7次(2018年~)から計画期間が6年となり3年ごとに見直すこととなった(=介護計画と連動)。また、地域医療構想を医療計画の中に位置づけることとなった。今後は、新型コロナ対応の見直しが必要となる。5疾病を6疾病にするか、5事業を6事業にするか。

地域医療構想では、機能ごとの病床数について、2025年の医療需要と病床の必要数を算出し、現状とのギャップを失くしていく。全国的に見ると、高度急性期と急性期が将来の必要数よりも多く、回復期が大きく不足している。慢性期病床は大きく減床し、在宅や介護施設で対応する。病床を減らそうということではない。2025年の必要数は今よりも減少するが、人口減少や介護施設等への移転を考慮すればむしろ増加する。

地域での病床の見直しが進まないため、地域医療構想の調整会議での議論を活性化さ

せるため、議論のための素材としてデータを提供し、高度急性期・急性期の病床を対象に再検証を要請した。

(感想)

北里メディカルセンターが再検証の対象に挙げられたことで北本市においても不安の声が上がっている。北里メディカルセンターを失くすかどうかという話ではないが、市民にきちんと説明できるように県央圏域の地域医療構想の現状と課題についてきちんと調査しておく必要があると感じた。

今回の研修では地域医療構想の説明がほとんどで、医師や看護師の量の確保、処遇の改善、安すぎる診療報酬と高すぎる薬価の問題などについては触れられなかったし、診療所を中心とした地域医療、在宅医療、介護との連携についてもほとんど説明がなかった。引き続き学んでいきたい。

3 ひきこもりにおける地域支援の真価

日時 令和2年7月21日(火) 10:45~12:15

講師 山口大学大学院医学系研究科 教授 山根俊恵氏

要旨

いじめをきっかけとしてひきこもり状態にあった子を親が子に無断で精神科病院に入院させ、無差別殺人事件を起こした「西鉄バスジャック事件」(2000年5月)から支援施策は何ら変わっていない。そして2019年5月に再び2つの事件(川崎市の通り魔殺人事件、練馬区の元事務次官による子の殺害事件)によって注目されることになった。

国による40歳以上の実態調査では、40歳~64歳までのひきこもりが61.3万人、40歳未満と合わせて115.4万人と推計されているが、実際はもっと埋もれており200万人は下らないと考えられる。

ひきこもりは病名ではなく現象。人によって生きづらさが異なり、周囲にも理解されにくい。本人の生きづらさに合わせた支援が必要。

ひきこもり支援は就労が中心。話を聞くだけの支援、就労先につないで(就職させて)お終いという支援が多い。ひきこもり支援のエビデンスもなく、ひきこもり支援の専門職も存在しない。ひきこもり地域支援センターなどの相談窓口が機能しているとは言い難い。家族も追い込まれ、孤立化・長期化していく。

ひきこもり支援は斎藤環先生の考え方が非常に参考になる。ひきこもりは関係性の病。まずは本人と家族の関係性を変えなければいけない。家族が一番身近な支援者。

家族会は家族を支援するのみ。家族会だけではなかなか解決(ひきこもり状態の解消)には至らない。対応方法を学べない。本人に届かない。家族会には家族会の意義があるが、それだけでは解決できない。

まずは家族に、本人との関係の改善に努めてもらう。言いたいことを飲み込んで、相手の気持ちになって話しかける。話を聞く。家族と本人との関係性が構築できてから、本人については家族以外の集団(当事者会など)、さらに大きな集団、就労へと段階的に

社会参加できるように支援する。家族に対しても支援を続ける。

暴力に対しては、嫌だとはっきり伝える。繰り返される場合は、警察への通報など外部による介入（一番嫌がること）を通告した上で、実際に暴力を受けた場合には実行する。暴力に頼らないきっかけにもなる。

家族支援を行うことで、ほとんどのケースで本人との状況に変化が生まれる。本人への支援を行わなくてもひきこもりからの脱却をした事案も多い。

(感想)

以前、家族会を主催している方のお話を聞いた時に、その場にいた就労支援に携わっている方が「家族会のやり方では結局本人さんが生活できるようなにはならない。」と仰っていたことがあり、ひきこもり支援の難しさを感じていました。家族に対する支援、本人に対する支援に加え、社会につながった後の支援（伴奏）も重要になると思います。また、ひきこもりは病気ではなく、金銭的な問題でもない（つまりは心理的な問題）ので、支援は専門職でないと難しいという意識がありましたが、斎藤環さんによれば高度な専門性は必要なく、半年から1年程度の研修で半専門家を養成し、現場に派遣することが望ましいとのこと。自治体や地域でひきこもり支援の団体を養成・育成していくこともできそうです。一方、最終的には「発達障害等の特性に理解のある職場を増やすこと」や「そうした特性のある人や勤務先をサポートする体制づくり」も重要だと考えます。多様な人が学んだり働いたりできる環境を整えることで、ひきこもりになるきっかけを減らすことにもつながると思います。

4 介護保険と地域包括ケアシステム

日時 令和2年7月21日（火）13:30～15:15

講師 淑徳大学コミュニティ政策学部 学部長・教授 鏡諭氏

内容

令和3年度から第8期介護保険事業計画がスタート。給付の縮減を目指していたが見送られることとなった。厚労省や財務省による給付削減の思惑に囚われることなく、地域の高齢者が安心できるケアシステムを構築していかなければならない。

介護保険は介護状態にならないと使えない。そこで、給付削減のために介護度を下げる方向になっている。本来使えるサービスを使わせないことは、あってはならない。

人の価値観は様々なので、自治体ごとに様々な施策があつていい。十分な話し合いによって制度をつくっていくことが必要。給付と負担の関係を明らかにして計画を策定する。要介護の原因は脳梗塞から認知症にうつりつつある。介護保険は65歳から使えるが、多くの方は80歳以降。夫婦の一方が介護状態になった場合、果たして在宅で介護可能なのか。毎回ヘルパーに頼むのか？特養はお金が掛かり、介護保険料も上がるので造らないという自治体があるが、必要なものであれば給付と負担の関係を明らかにしつつ、住民としっかり議論して、計画に盛り込むべきである。

給付の縮減を続ければ、家族による介護の負担が増え、介護殺人につながる恐れも増える。最初は献身的に介護するが、長期化するとどんどん大変になる。認知症の場合は

特に難しい。ケアをしながらいつか殺してしまうのではないかという不安がある。負担を増やしてでも介護サービスを充実させることも可能。

介護人材が不足している。特に都市部では絶対的に足りない。施設に任せていてはサービスが維持できない。事業者がいなくなってしまう。人的手当が必要。外国人労働者にも期待できるが、住居や言葉の問題などに対する支援が必要になる。人材不足解消には介護報酬を増やすことが効果的だが、国は及び腰。自治体間競争になるのではないか。保険料優先の議論ではなく、まず給付を考え、そこから負担を決めるべき。

第8次計画の策定に当たり気を付けることは、①介護人材の確保、②認知症対策、③財政の持続可能性。

(質疑)

Q. 行政区と地域包括の区域にばらつきがある。揃えるべきか。

A. 包括は地域福祉の拠点。民生委員や自治会などと連携を取る必要がある。包括の区域は地域と結びつけた方がよい。

Q. 老健施設が不足している。県と市で押し付け合っている感じ。良い方策はないか。

A. 県に頼らず市でやるしかない。医療法人にお願いしてやってもらう。

Q. 町内に介護施設が不足している。

A. 保険料は安ければ良いという感覚は捨てる。在宅で支え切れないなら施設を造るしかない。それを住民に理解してもらうのが政治。地域包括ケアの在り方は様々。地域にある資源によって違うものになるのは当然。

Q. 財政的には国保も介護も住民の負担が増していく現状がある。値上げをせずにサービスを充実させる方策はないか。

A. ない。保険料が上がるのが悪いことと考えない。安心して暮らせるコストとして必要。サービスにお金が掛かるのは当たり前。公的なサービスから地域のサロンへ移行することも、地域と合意できるのであれば可能。ただしサービスの「充実」にはならない。

Q. 一律でなく高所得者の負担を増やす（保険料を上げる）ことは可能か。

A. そうした制度設計は可能。自治体で十分に議論すればよい。

(感想)

高齢者の増加に伴い要介護者の増加が見込まれる中でどうにかして公的負担を抑えながら地域福祉を充実させようという国の思惑が透けて見えるが、鏡教授は国の思惑に囚われず住民が安心できるケアシステムを構築すべきと断言してくれた。非常に心強かった。介護に限らず、どのような行政サービスを提供することが住民の安心につながるか、その行政サービスを提供するにはどのくらいのコストが掛かるか、住民の負担はどの程度になるかということオープンに話し合っていく場を積極的に作っていきたい。

5 地域における子育て支援—少子化対策の視点から

日時 令和2年7月21日(火) 15:30~17:15

講師 中京大学現代社会学部 教授 松田茂樹氏

内容

日本では第二次ベビーブーム後から少子化が進行していたが、問題視されるようになったのは1989年に合計特殊出生率が1.57を下回った時から（丙午を下回る）。着手が遅れた上に、その後も長く続いている。根が深い。

出生率低下の原因の9割は、男女ともに「未婚化」が進んだこと。残り1割は「夫婦の子ども数の減少」。2000年代に入って2人を下回っている。

未婚化の主要因は様々な議論があったが、①若年層における非正規・低年収化、②出会いの場が変わったこと、③夫婦の役割分担（相変わらずの男性稼ぎ主型）。

理想の子ども数に至らない理由①経済的理由、②晩婚化（高齢出産）。とりわけ「子育てや教育にお金がかかりすぎるから」という理由が圧倒的に多い。

少子化には地域差が大きい。地域差が生じる理由は、雇用環境（完全失業率、若年非正規の割合）、出産・子育てに価値を置く価値規範（西日本で高い）、親からの育児支援など。例えば、自動車産業が強い愛知県は豊田市を中心に出生率が高い。熊本県も強い地場産業がある地域の出生率が高いが、産業のない山間部にも高い地域がある。

個別の子育て支援策では効果が薄く、政策パッケージとして実施することが重要。結婚、出産に至らない理由は人それぞれ。子育て・出産・結婚支援だけでなく、地方創生（特に企業誘致）が出生率回復・転出抑制に効果が高い。ただし企業誘致では国内ではゼロサムなので、本当に必要なのは産業振興。特に工業が効果的。熊本が好例。

少子化政策でこれがベストプラクティスというものはない。自治体の特徴をしっかりと分析して、対策を講じることが重要。

子育て支援策は「正規雇用者同士の共働き夫婦」に対する支援が多く、「夫がもっぱら稼ぎ、妻がもっぱら家事・育児の夫婦」に対する支援が少ない。

（感想）

どんな指標が出生率と相関関係にあるかという資料は参考になった。自治体の特徴を分析して幅広く施策を展開しなければ効果がないというのは当然の結論と思う。一方、工業を中心とした産業振興や男性稼ぎ主世帯への支援の充実が効果的というのは、事実としてはそうなのだろうが、社会の流れに逆行しており強い違和感を持った。

6 地域福祉における住民との連携

日時 令和2年7月22日（水）9:25～12:00

講師 日本福祉大学福祉経営学部 教授 後藤澄江氏

内容

地域の中で住民がいろいろな困りごとを抱えている。地域の中で安心して暮らしていけるように行政や住民同士で支援する仕組みを作っていくのが地域福祉の考え方。1960年代からそうした考え方はあった。戦後の流れとしては、施設福祉から地域（在宅）福祉へ、対象別の福祉から包括的な福祉へという流れがある。法律上に位置付けられたのは21世紀に入ってから。

高齢者の自立生活を支援するため、住まい、医療、介護、予防、生活支援を一体的に

提供する地域包括ケアシステムが構築されている。現在では、高齢者だけでなく、障害者、子ども・子育て家庭、生活困窮者など全世代の様々な困りごとに包括的に支援する地域共生社会の実現が目標とされている。地域共生社会の実現には、地域力の向上が必要。データに基づく支援・介入が必要だが、データ・エビデンスが整備されていない。

子育て世代におけるPTAや子ども会への参加率（女性）や、町内会・自治会への参加率（男女とも）は高い。趣味の活動や地域防災活動への参加率も高いが、そこからどうやって支え合い・助け合いの活動につなげていくかが課題。

（参加者からの意見）

静岡県裾野市では地域福祉の担い手の育成が成功しており、消防団に20歳前後の若い人が多く入団している。小中学校は地元で過ごすが高校で地元を離れ、地域とのつながりが薄れてしまうことが課題と考え、同世代でつながり続けられるよう遊びの会やお泊り会を継続して開催している。繋がり続けることが重要だと考える。

（感想）

地域共生社会の実現は、個人的にここ最近ずっと学んでいる分野。この講義で新たな学びはなかったが、地域と繋がり続けることが重要という裾野市の方の指摘は参考になった。来年4月に施行される社会福祉法の改正に関して、厚生労働省から詳細な資料が提供されているので、しっかりと学び、北本市においても地域共生社会を実現するための地域づくりを進めていきたい。