

地域の自主性及び自立性の向上に向けた
地方行財政制度のあり方に関する調査研究

平成 25 年 3 月

財団法人 地方自治研究機構

地域の自主性及び自立性の向上に向けた
地方行財政制度のあり方に関する調査研究

平成 25 年 3 月

財団法人 地方自治研究機構

はじめに

急速な少子高齢化社会の進行をはじめとして社会経済情勢が大きく変化する今日において、地方公共団体を取り巻く環境は厳しさを増しています。そのような中で地方公共団体は地域産業の活性化、地域コミュニティの活性化、公共施設の維持管理、行財政改革等の複雑多様化する課題に対応していかなくてはなりません。また、住民に身近な行政は、地方公共団体が自主的かつ主体的に取り組むとともに、地域住民が自らの判断と責任において地域の諸課題に取り組むことが重要となってきました。

このため、当機構では、地方公共団体が直面している諸課題を多角的・総合的に解決するため、地方公共団体と共同して課題を取り上げ、全国的な視点と個々の地方公共団体の地域の実情に即した視点の双方から問題を分析し、その解決方策の研究を実施しています。

本年度は4つのテーマを具体的に設定しており、本報告書は、このうちの一つの成果を取りまとめたものです。

平成24年2月に社会保障と税の一体改革の全体像や実施時期を示した「社会保障・税一体改革大綱」が閣議決定され、社会保障と税の一体改革関連法案が国会に提出されました。

同関連法案は、平成24年8月に可決・成立しましたが、社会保障制度改革に必要な法制その他の措置の多くは「社会保障制度改革国民会議」における審議の結果を踏まえて実施することとされており、社会保障制度改革は現在、過渡期にあります。

このような背景から、今年度の研究会は「社会保障制度改革の同行」について、「生活保護」、「子ども・子育て」、「国民健康保険」、「介護保険」の4分野をテーマとして設定し、地域の自主性及び自立性の向上に向けた地方行財政制度のあり方を考察し、その考え方を整理したものです。

本研究の企画及び実施にあたっては、研究委員会の委員長及び委員をはじめ、関係者の方々から多くのご指導とご協力をいただきました。

また、本研究は、日本財団の助成金を受けて、総務省自治財政局調整課と当機構が共同で行ったものです。ここに謝意を表する次第です。

本報告書が広く地方公共団体の施策展開の一助となれば幸いです。

最後に、先の東日本大震災において被災された地域の日も早い復興をお祈りいたします。

平成25年3月

財団法人 地方自治研究機構
理事長 佐野 徹治

目 次

研究概要	3
第1部 生活保護	5
第1章 生活保護等の生活困窮者対策について	7
第2章 生活保護と地方財政	19
第3章 生活保護に係る実態調査の状況	40
第2部 子ども・子育て	43
第1章 子ども・子育て関連3法について（社会保障・税一体改革関連）	45
第2章 「子育ての社会化」と財政負担	55
第3章 子ども・子育てに係る実態調査の状況	68
第3部 国民健康保険	71
第1章 国民健康保険の現状と課題	73
第2章 国民健康保険について	82
第3章 国民健康保険に係る実態調査の状況	103
第4部 介護保険	107
第1章 介護保険の現状と課題	109
第2章 介護サービスの供給と編成	116
－「介護保険制度（日本）と 「税を財源とする介護制度」（スウェーデン）の比較から－	
第5部 今年度までの研究のまとめ	125
委員名簿等	137

研究概要

研究概要

1 本調査研究の趣旨

平成12年4月の「地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律」（地方分権一括法）施行以来、地方分権の推進に向けて、国と地方の在り方をめぐる様々な議論がなされてきた。

急速な少子高齢化社会の進行をはじめとして社会経済情勢が大きく変化する今日においては、社会保障制度改革の全体像及び必要な財源を確保するための税制抜本改革、いわゆる税と社会保障の一体改革について国と地方あげての議論がなされている。

平成24年2月に社会保障と税の一体改革の全体像や実施時期などを示した「社会保障・税一体改革大綱」が閣議決定され、与野党協議を経て、社会保障と税の一体改革関連法案が国会に提出された。

同関連法案については、衆参両院の社会保障と税の一体改革に関する特別委員会で審議され、民主党、自民党、公明党の3党合意を経て平成24年8月に可決・成立したが、社会保障制度改革に必要な法制その他の措置の多くは「社会保障制度改革国民会議」における審議の結果を踏まえて実施することとされた。先の衆議院総選挙における自民党政権の誕生も重なり、我が国の社会保障制度改革はまさに過渡期にあるとあってよい。

このような背景から、今年度の本研究会は「社会保障制度改革の動向」について「生活保護」「子ども・子育て」「国民健康保険」「介護保険」の4分野をテーマとして設定し、これら4テーマについて委員及び総務省側の発表及び意見交換に加え、地方公共団体における現地視察及び意見聴取も行った。本報告書はその内容を整理したものである。

なお、本研究会では、委員長のご発案で委員の役職や肩書きに関係なく、個人的見解を基に自由闊達に議論するという運営を行っており、本報告書も委員会での自由な議論の結果をできるだけ尊重し、反映した形でまとめている。

2 本報告書の構成

本報告書では、今年度の研究テーマである「社会保障制度改革の動向」を中心に考察する。

まず、第1部では「生活保護」をテーマに第1章で「生活保護等の生活困窮者対策について」、第2章で「生活保護と地方財政」、第3章で「生活保護に係る実態調査の状況」について、つづいて第2部では「子ども・子育て」をテーマに第1章で「子ども・子育て関連3法について」、第2章で「『子育ての社会化』と財政負担」、第3章で「子ども・子育てに係る実態調査の状況」について、さらに第3部では「国民健康保険」をテーマに第1章で「国民健康保険の現状と課題」、第2章で「国民健康保険について」、第3章で「国民健康保険に係る実態調査の状況」について、そして第4部では「介護保険」をテーマに第1章で「介護保険の現状と課題」、第2章で「介護サービスの供給と編成」について、それぞれ解説を行っている。

最後に第5部では、「今年度までの研究のまとめ」として「地方行財政ビジョン研究会（第2期）の8年間（平成17年度～24年度）における社会保障と地方財政の課題」について解説を行っている。

第1部 生活保護

生活保護等の生活困窮者対策について

社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日閣議決定)(抜粋)

(3) 重層的セーフティネットの構築・生活保護制度の見直し

- 生活困窮者対策と生活保護制度の見直しについて、総合的に取り組むための生活支援戦略（名称は今後検討）を策定する。（平成24年秋目途）

i 生活困窮者対策の推進

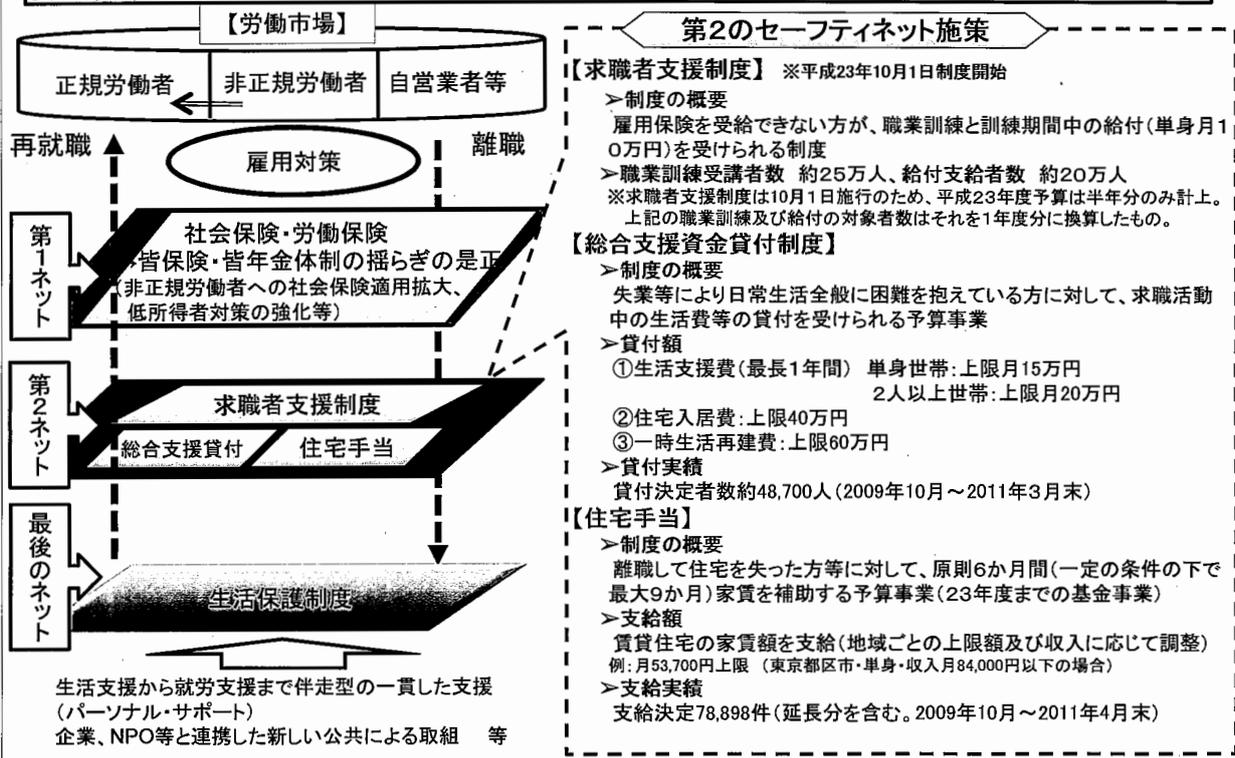
- 第2のセーフティネットの構築に向け、求職者支援制度に併せ、以下の取組を推進する。
 - a. 生活困窮者に対する支援を実施していくための体制整備・人材確保等を進めるため、国の中期プランを策定する。
 - b. 生活困窮者の自立に向けた生活自立支援サービスの体系化、民間の生活支援機関（NPO、社会福祉法人等）の育成・普及、多様な就労機会の創出等を図るため、必要な法整備も含め検討する。

ii 生活保護制度の見直し

- 国民の最低生活を保障しつつ、自立の助長をより一層図る観点から、生活保護法の改正も含め、生活保護制度の見直しについて、地方自治体とともに具体的に検討し、取り組む。

21 社会的セーフティネット構造

失業等した方が直ちに生活保護に至ることなく、いち早く再就職に結びつけられるよう、求職者支援制度をはじめ第2のセーフティネット施策が切れ目なく連携し、雇用・生活・住居に関する総合的な対策を推進する必要がある。



生活保護制度

生活保護制度の概要

○ 生活保護制度の目的

- 最低生活の保障
→ 資産、能力等すべてを活用してもなお生活に困窮する者に対し、困窮の程度に応じた保護を実施
- 自立の助長

最低生活の保障

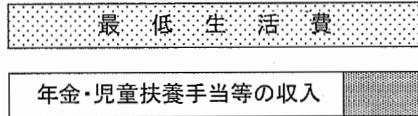
① 資産、能力等あらゆるものを利用することが保護の前提。また、扶養義務者による扶養などは、保護に優先される。

- ・不動産、自動車、預貯金等の資産
- ・稼働能力の活用
- ・年金、手当等の社会保障給付
- ・扶養義務者からの扶養 等

◇保護の開始時に調査
(預貯金、年金、手当等の受給の有無や可否、傷病の状況等を踏まえた就労の可否、扶養義務者の状況及び扶養能力等)
◇保護適用後にも届出を義務付け

② 支給される保護費の額

- ・厚生労働大臣が定める基準で計算される最低生活費から収入を差し引いた差額を保護費として支給



収入としては、就労による収入、年金等社会保障の給付、親族による援助等を認定。
預貯金、保険の払戻し金、不動産等の資産の売却収入等も認定するため、これらを消費した後に保護適用となる。

支給される保護費

自立の助長

- ・ケースワーカーの月1回の家庭訪問等による就労指導
- ・福祉事務所とハローワークの連携強化
- ・福祉事務所への就労支援員の増配置

○ 生活保護基準の内容

生活保護基準は、要保護者の年齢別、性別、世帯構成別、所在地域別その他保護の種類に応じて必要な事情を考慮した最低限度の生活の需要を満たすに十分なものであつて、且つ、これをこえないものでなければならない。
(生活保護法第8条第2項)

生活を営む上で生じる費用	対応する扶助の種類	支給内容
日常生活に必要な費用 (食費・被服費・光熱水費等)	生活扶助	基準額は、 ①食費等の個人的費用(年齢別に算定) ②光熱水費等の世帯共通的费用(世帯人員別に算定)を合算して算出。 特定の世帯には加算がある。(障害者加算等)
アパート等の家賃	住宅扶助	定められた範囲内で実費を支給
義務教育を受けるために必要な学用品費	教育扶助	定められた基準額を支給
医療サービスの費用	医療扶助	費用は直接医療機関へ支払(本人負担なし)
介護サービスの費用	介護扶助	費用は直接介護事業者へ支払(本人負担なし)
出産費用	出産扶助	定められた範囲内で実費を支給
就労に必要な技能の修得等にかかる費用 (高等学校等に就学するための費用を含む。)	生業扶助	〃
葬祭費用	葬祭扶助	〃

※勤労控除

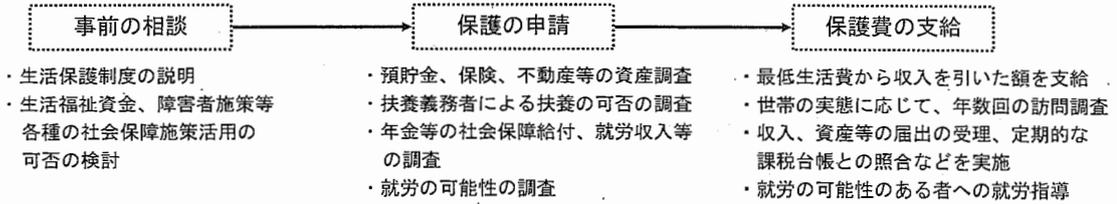
就労収入のうち一定額を控除する仕組みであり、就労収入額に比例して控除額が増加。
(就労収入8,000円までは全額控除、就労収入240,000円で基礎控除額の上限額(33,190円))

○ 生活扶助額の例 (平成24年4月～)

	東京都区部等	地方郡部等
標準3人世帯(33歳、29歳、4歳)	172,170円	135,680円
高齢者単身世帯(68歳)	80,820円	62,640円
高齢者夫婦世帯(68歳、65歳)	121,940円	94,500円
母子世帯(30歳、4歳、2歳)	192,900円	157,300円

※ 児童養育加算を含む。

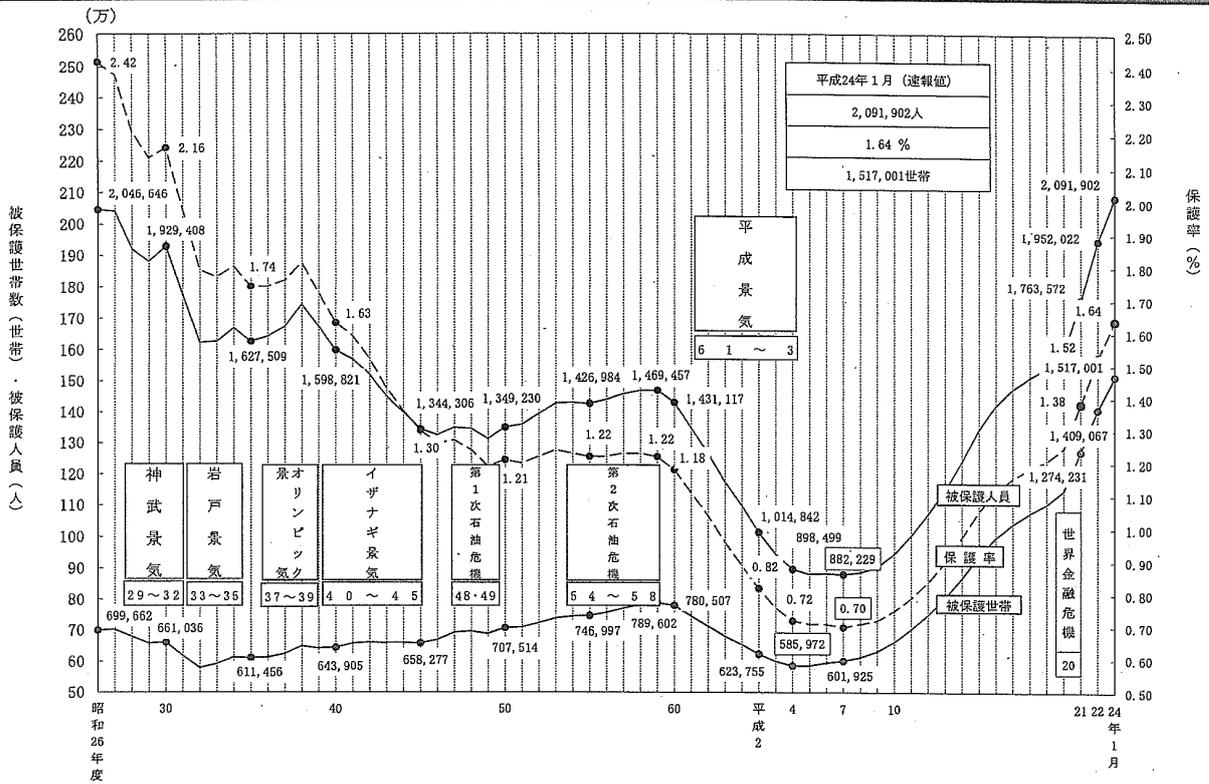
○ 生活保護の手続



○ 保護の実施機関と費用負担

- 都道府県、市、福祉事務所を設置する町村が実施。
- 都道府県・市は、福祉事務所を設置し、被保護世帯に対して担当のケースワーカーを設定。
 - ※ 福祉事務所の設置状況は、全国で1244カ所(都道府県214、市992、町村38(平成23年4月1日現在))
 - ※ 福祉事務所の所員の定数は条例で定める。ただし、厚生労働省としては、以下の数を標準数として示している。
 - (市)被保護世帯240以下の場合:標準数3・被保護世帯80増すごとに1追加
 - (都道府県)被保護世帯390以下の場合:標準数6・被保護世帯65増すごとに1追加
 - ※ 全国のケースワーカー数(生活保護担当(非常勤を含む)):14,536人(平成21年10月1日現在)
 - ※ ケースワーカー1人当たりの受け持ち世帯数:(市)92.9世帯 (都道府県) 66.1世帯 (平成21年10月1日現在)
- 保護費については、国が3/4、地方自治体が1/4を負担。

被保護世帯数、被保護人員、保護率の年次推移



資料：福祉行政報告例より保護課にて作成

世帯類型別の保護世帯数と世帯保護率の推移

10年前と比較すると、各世帯類型ごとにみた保護世帯数、世帯保護率ともに増加しているが、特に、稼働年齢層と考えられる「その他の世帯」の割合が大きく増加している。

◆10年前(平成12年度)

	被保護世帯 総数	高齢者世帯	母子世帯	傷病・障害者 世帯	その他の 世帯
世帯数 (構成割合(%))	750,181 (100)	341,196 (45.5)	63,126 (8.4)	290,620 (38.7)	55,240 (7.4)
世帯保護率(%)	16.5	43.9	106.1	9.3	

◆現在(平成22年度)

	被保護世帯 総数	高齢者世帯	母子世帯	傷病・障害者 世帯	その他の 世帯
世帯数 (構成割合(%))	1,405,281 (100)	603,540 (42.9)	108,794 (7.7)	465,540 (33.1)	227,407 (16.2)
世帯保護率(%)	28.9	59.1	153.7	18.4	

4倍強の
増加

世帯類型の定義

高齢者世帯:男女とも65歳以上(平成17年3月以前は、男65歳以上、女60歳以上)の者のみで構成されている世帯か、これらに18歳未満の者が加わった世帯

母子世帯:死別、離別、生死不明及び未婚等により、現に配偶者がいない65歳未満

(平成17年3月以前は、18歳以上60歳未満)の女子と18歳未満のその子(養子を含む。)のみで構成されている世帯

障害者世帯:世帯主が障害者加算を受けているか、障害・知的障害等の心身上の障害のため働けない者である世帯

傷病者世帯:世帯主が入院(介護老人保健施設入所を含む。)しているか、在宅患者加算を受けている世帯、若しくは世帯主が傷病のため働けない者である世帯

その他の世帯:上記以外の世帯

(参考)その他の世帯のうち
20~29歳が5.2%
50歳以上が54.9%
(平成21年)

資料出所:福祉行政報告例
国民生活基礎調査

都道府県・指定都市・中核市別保護率(平成24年1月時点)

○全国平均保護率:1.63%(0.73%) ※括弧内は10年前(平成13年度)の保護率

○都道府県別保護率

上位10都道府県	保護率(%)
大阪府	3.38 (1.93)
北海道	3.05 (2.07)
高知県	2.74 (1.78)
福岡県	2.56 (1.68)
京都府	2.32 (1.61)
沖縄県	2.25 (1.41)
青森県	2.18 (1.36)
東京都	2.13 (1.31)
長崎県	2.11 (1.28)
徳島県	1.90 (1.20)

下位10都道府県	保護率(%)
滋賀県	0.77 (0.51)
静岡県	0.75 (0.35)
山梨県	0.67 (0.38)
群馬県	0.66 (0.32)
山形県	0.60 (0.38)
石川県	0.60 (0.38)
岐阜県	0.55 (0.26)
長野県	0.52 (0.27)
福井県	0.45 (0.25)
富山県	0.32 (0.20)

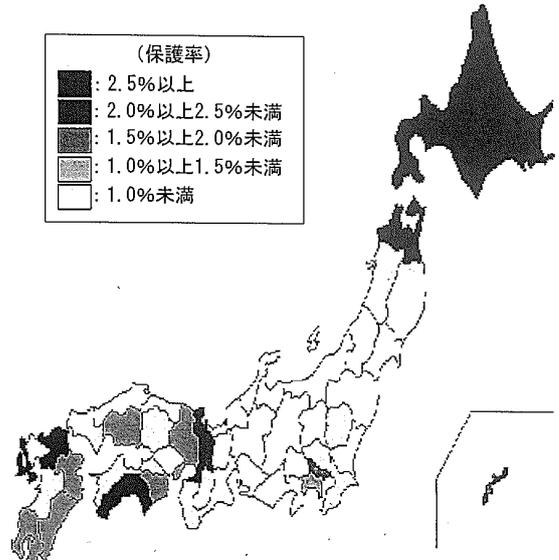
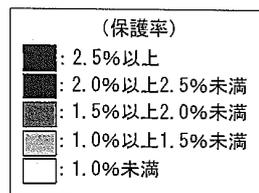
○指定都市別保護率

指定都市	保護率(%)
大阪市	5.73 (3.13)
札幌市	3.66 (2.35)
京都市	3.17 (2.27)
神戸市	3.13 (2.28)
堺市	2.99 (-)
福岡市	2.82 (1.69)
北九州市	2.43 (1.27)
広島市	2.30 (1.19)
川崎市	2.23 (1.55)
名古屋市	2.06 (0.96)
横浜市	1.84 (1.11)
岡山市	1.82 (-)
千葉市	1.80 (0.86)
相模原市	1.67 (-)
仙台市	1.58 (0.82)
さいたま市	1.52 (-)
新潟市	1.35 (-)
静岡市	1.13 (-)
浜松市	0.92 (-)

○中核市別保護率

上位10市	保護率(%)
函館市	4.59 (-)
東大阪市	4.12 (-)
旭川市	3.95 (2.64)
尼崎市	3.91 (-)
高知市	3.71 (2.54)
長崎市	3.02 (1.61)
青森市	2.89 (-)
鹿児島市	2.53 (1.60)
松山市	2.36 (1.47)
和歌山市	2.26 (1.23)

下位10市	保護率(%)
前橋市	1.06 (-)
郡山市	0.94 (0.51)
柏市	0.91 (-)
金沢市	0.84 (0.50)
高崎市	0.80 (-)
長野市	0.75 (0.30)
豊橋市	0.68 (0.32)
豊田市	0.59 (0.29)
岡崎市	0.59 (-)
富山市	0.41 (0.27)

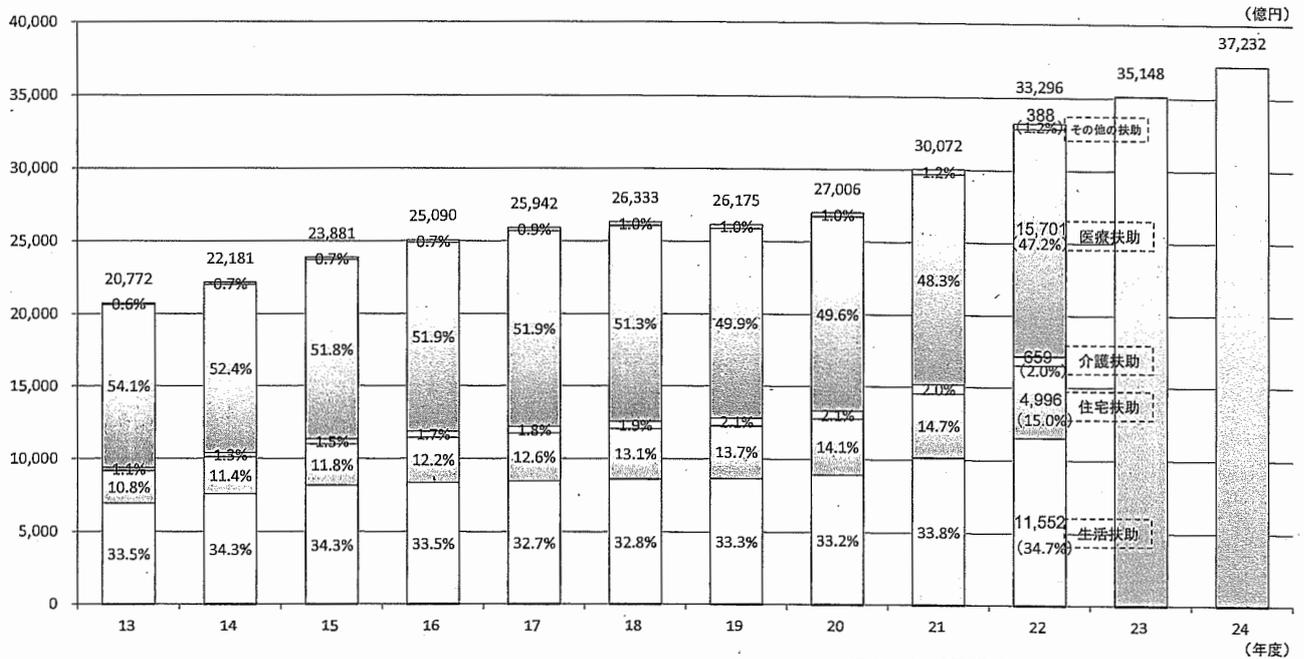


注:指定都市及び中核市数値は再掲

資料:福祉行政報告例

生活保護費負担金(事業費ベース)実績額の推移

生活保護費負担金実績額(事業費ベース)は平成21年度に3兆円を突破し、さらに増加している。全体の約半分は医療扶助が占めている。



資料：生活保護費負担金事業実績報告

※1 施設事務費を除く

※2 平成22年度までは実績額、23年度は補正後予算額(前年度精算交付分除く)、24年度は当初予算案額

※3 国と地方における負担割合については、国3/4、地方1/4

1 生活保護基準の検証について

- 生活扶助基準については、「生活保護制度の在り方に関する専門委員会報告書」(平成16年12月15日)において、「今後、生活扶助基準と一般低所得世帯の消費実態との均衡が適切に図られているか否かを定期的に見極めるため、全国消費実態調査等を基に5年に一度の頻度で検証を行う必要がある。」とされたところ。
- これを踏まえ、平成19年度には「生活扶助基準に関する検討会」において、平成16年全国消費実態調査等を用い、以下の項目について検証及び検討を行った。
 - ①水準の妥当性 ②体系の妥当性
 - ③地域差の妥当性 ④勤労控除等その他
- 今般、上記検討会における検証及び検討から約5年が経過し、平成21年全国消費実態調査の公表も行われたことから、改めて現行の生活扶助基準額の妥当性を検証するとともに、前回検証等において指摘のあった項目も含め、適正な生活保護基準の在り方について検討を行う。

(今後のスケジュール案)

平成23年11月～12月：平成21年全国消費実態調査等のデータを入手

平成23年12月～1月：上記データを検証に活用するため、特別集計を開始

平成24年1月～2月：特別集計の結果データに基づく検証等開始

平成24年 後半：報告書のとりまとめ

※ 上記案はあくまで見込みであるため、作業の状況等によっては変更の可能性がある。

福祉事務所における就労支援員による就労支援の概要

就労意欲・能力は一定程度あるが、就労にあたってのサポートが必要な生活保護受給者に対し、福祉事務所に配置された就労支援員が就労支援を実施。

事業概要

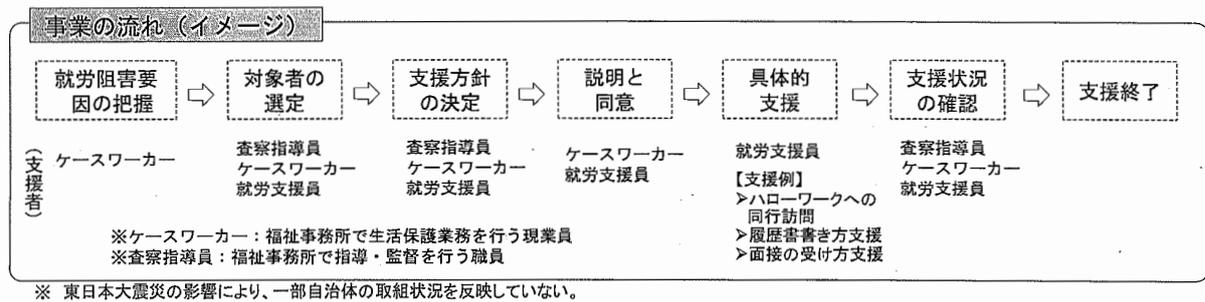
対象者
 > 就労意欲・能力は一定程度あるが、就労にあたってのサポートが必要な被保護者であって、支援を受けることに同意している者

支援者
 > 自治体が配置する就労支援員 平成24年3月現在 1,754人 ※就労支援に携わる職員(就労意欲喚起等支援事業等に携わる職員)も含む

就労支援員の経歴・資格
 > ハローワークOB、民間企業人事担当者OB、キャリアカウンセラーなど、事業を適切に実施できる者

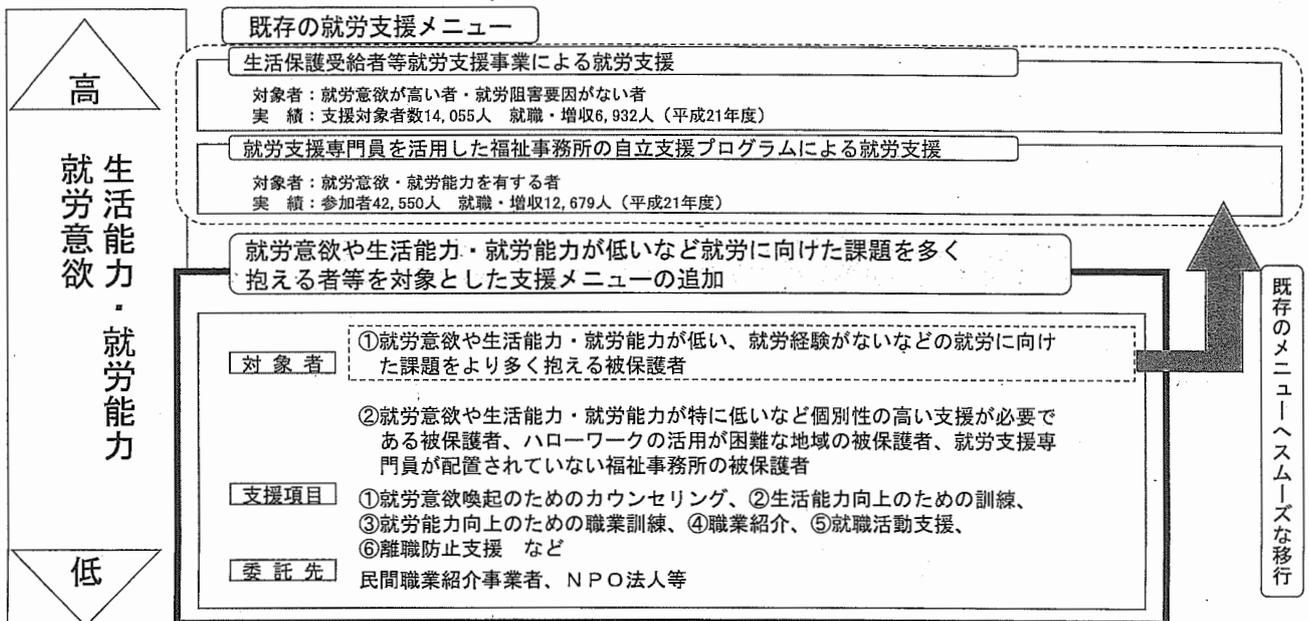
事業費
 > 各都道府県の緊急雇用創出事業特例基金を活用(国補助率10/10)

費用対効果
 > 平成20年度の費用対効果は約2.8倍(事業費:約17億円、効果額(※):約45億円) ※保護変更及び保護廃止による当該
 > 平成21年度の費用対効果は約2.5倍(事業費:約20億円、効果額(※):約50億円) 年度内の保護費の減額相当額
 > 平成22年度の費用対効果は約2.1倍(事業費:約28億円、効果額(※):約58億円)



就労意欲喚起等支援事業について① ～概要～

- 就労意欲や生活能力・就労能力が低いなどの就労に向けた課題をより多く抱える生活保護受給者に対し、就労意欲の喚起をはじめとした総合的な支援を実施する就労意欲喚起等支援事業を平成21年度より実施。
- 平成22年度において、本事業の活用を行っているのは、34自治体であった。(平成21年度は17自治体)



第2のセーフティネット

求職者支援制度について

別添

求職者支援制度の趣旨・目的

- 雇用保険を受給できない求職者に対し、
 - ・ 訓練を受講する機会を確保するとともに、
 - ・ 一定の場合には、訓練期間中に給付金を支給し、
 - ・ ハローワークが中心となってきめ細かな就職支援を行うことにより、その早期の就職を支援するもの。
- 就職につながる制度となるよう、適正な訓練設定と厳しい出席要件、ハローワークへの来所を義務付け

対象者

- 雇用保険を受給できない者で、就職を希望し、支援を受けようとする者
具体的には、
 - ・ 雇用保険の受給終了者、受給資格要件を満たさなかった者
 - ・ 雇用保険の適用がなかった者
 - ・ 学卒未就職者、自営廃業者等

が対象

訓練

- 就職に資する新たな訓練を設ける(民間教育訓練機関の実施する就職に資する訓練のみを認定する方式)。
- 新たな訓練は、成長分野や地域の求人ニーズを踏まえた計画を基に設定。
- 訓練実施機関には、就職実績も加味(実践コースのみ)した奨励金を支給。

給付金

- 訓練受講中、一定の要件を満たす場合に、職業訓練受講給付金(月10万円+交通費(実費))を支給。
- 不正受給について、不正受給額(3倍額まで)の納付・返還のペナルティあり。

訓練受講者に対する就職支援

- 訓練開始前、訓練期間中、訓練修了後と、一貫してハローワークが中心となり、訓練実施機関と緊密な連携を図りつつ、支援。
- ハローワークにおいて訓練受講者ごとに個別に支援計画を作成し、定期的な来所を求め支援(必要に応じ担当者制で支援を行う)。

住宅手当制度(～平成24年度末)について

住宅手当制度の概要

離職により住まいを失った方等が住まいを確保し、安心して就職活動ができるよう、家賃に充てるための費用を支給。

➤ 支給対象者

平成19年10月以降に離職した方であって、①現在住居がない又は②住居を失うおそれのある方

➤ 支給要件

以下のように生活保護より柔軟な要件を設定し、離職者が直ちに生活保護に至らないことを意図して設定。

①収入要件:月収約13.8万円未満(単身世帯)。(2人世帯は17.2万円以下、3人世帯は24.2万円未満)

※金額は東京都区の場合であって、地域により異なる

②資産要件:預貯金50万円以下の方(単身世帯)。(複数世帯は100万円以下の方)

③就職活動要件:受給中、ハローワークでの月1回以上の職業相談や週1回以上求人先への応募等

➤ 支給額

単身世帯:21,300円～53,700円 複数世帯:27,700円～69,800円

➤ 支給期間

最長6か月間(就職活動要件を誠実に実施している場合はさらに3か月延長可能(最長9か月間))

住宅手当制度の実績及び課題

○支給決定件数:107,578件(平成21年10月～平成24年2月。延長決定分を含む)

○住宅手当受給者の常用就職(※)率:37%

(※)期間の定めがない又は6ヶ月以上の雇用期間が定められた雇用契約による就職者

○住宅手当受給終了後に生活保護へ移行した者の割合:21.4%



平成25年度以降の生活困窮者に対する住宅支援のあり方について、現物給付や住宅支援も含め、効果的な方策について検討が必要。

生活福祉資金貸付(総合支援資金)について

総合支援資金の概要

➤ 事業開始 平成21年10月

➤ 実施主体 都道府県社会福祉協議会(相談窓口は市区町村社会福祉協議会)

➤ 貸付対象者 生活の立て直しのために、継続的な相談支援と生活費及び一時的な資金を必要とし、貸付を行うことにより自立が見込まれる者であって、次のいずれにも該当するもの

- ① 低所得者世帯(市町村民税非課税程度)であって、失業や収入の減少等により生活に困窮していること
- ② 公的な書類等で本人確認が可能であること
- ③ 現に住居を有していること又は住宅手当の申請を行い、住居の確保が確実に見込まれること
- ④ 実施主体及び関係機関から、継続的な支援を受けることに同意していること
- ⑤ 実施主体が貸付及び支援を行うことにより、自立した生活を営むことが可能となり、償還を見込めること
- ⑥ 他の公的給付又は公的な貸付により、生活費を賄うことができないこと

➤ 貸付内容 継続的な相談支援(就労支援、家計指導等)とセットで以下の資金の貸付け

- 1 生活支援費[生活費] → 20万円[単身世帯の場合は15万円]以内/月(最長12月)
- 2 住宅入居費[敷金・礼金等] → 40万円以内
- 3 一時生活再建費[就職活動費、公共料金の一時立替え等] → 60万円以内

➤ 貸付条件 連帯保証人:原則連帯保証人を必要としつつ、連帯保証人を確保できない者に対しても貸付可能
利子:連帯保証人を確保した場合は無利子(連帯保証人を確保できない場合は年1.5%)
据置期間:最終貸付の日から6月以内
償還期間:据置期間経過後20年以内
その他:関係機関と連携し、継続的な相談支援(就労支援、家計指導等)を実施

貸付実績及び課題

貸付決定状況(H21.10～H24.2までの速報値) 83,676件[60,187世帯] 510.8億円(一世帯あたり約85万円)
(参考)内訳:生活支援費:56,780件[67.9%] 459.3億円[89.9%]
住宅入居費:10,874件[13.0%] 24.4億円[4.8%]
一時生活再建費:16,022件[19.1%] 27.2億円[5.3%]

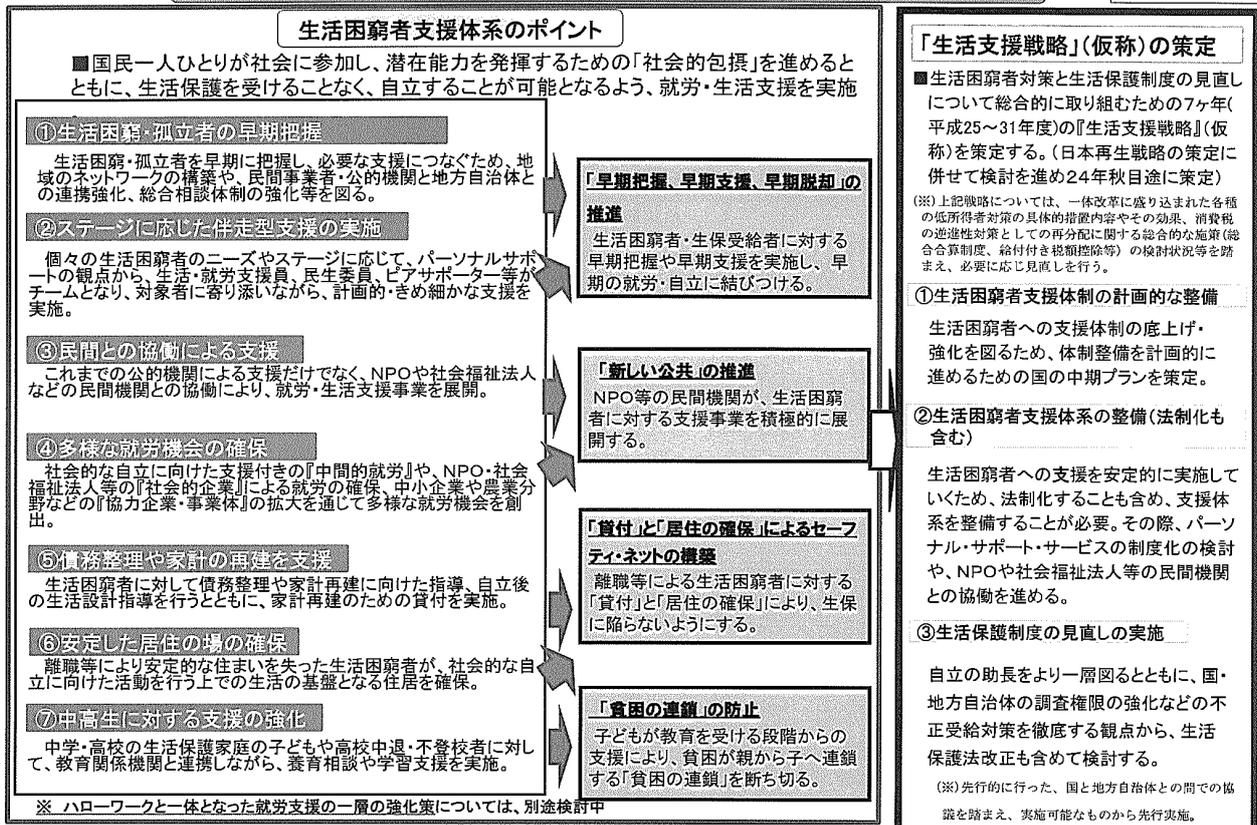
【課題】

主として失業者の就労活動に資する支援策であるが、自立に結び付かなかった場合の貸倒れリスクが高い

厚生労働省の見直し方針等

生活困窮者対策と生活保護制度の見直しの方向性について

資料3-3



生活保護制度の見直し

○「生活保護制度に関する国と地方の協議」において、生活保護制度の見直しを検討
 ・23年12月に「中間とりまとめ」→ 今後、「当面取り組むべき施策」を実施するとともに、「制度の見直し」を協議検討

<当面の対応>

1. 生活保護給付の適正化

医療扶助の適正化

①電子レセプトを活用した重点的な点検指導
 -生活保護受給者の患者が極めて多い医療機関、向精神薬の重複処方等の事案などを効率的に抽出する機能を付与
 -指導等の対象となりうる医療機関等を選定する基準を策定

②セカンド・オピニオン制度の推進
 -複数医療機関による適正な検診結果の確保(検診命令の活用)

③後発医薬品の使用促進
 -「医療扶助相談・指導員」を配置

制度適用の適正化

①資産調査の強化
 -「本店一括照会方式」の活用による金融機関への資産調査を強化

②「不正告発」の目安の提示
 -不正事案に関する告発の目安を提示

③保護申請時の暴力団排除の徹底
 -保護申請時に暴力団員でないことの申告を求める

2. 就労・自立支援の強化

①期間を設定した「早期の集中的な」就労・自立支援
 -保護開始直後から、期間を定めて集中的に就労支援を行う方針を国が策定

②就労・自立支援プログラム等の拡充や体制整備
 -「福祉から就労」支援事業等の就労・自立支援プログラムの拡充、このための就労支援員(1,732名→2,200名)、就職支援ナビゲーター(700名→1,000名)の増員

③自立支援プログラムへの参加や求職者支援制度の利用
 -稼働能力のある人の自立支援プログラムへの参加を促す措置の導入、必要と認められた人の求職者支援制度の利用

④高齢者等の社会貢献活動・就労体験の視点整備

⑤ケースワーク業務の外部委託の推進
 -地方自治体のケースワーク業務の外部委託の促進

制度の見直し

<主な制度の見直しの方向性>

1. 生活保護基準の検証・見直し
 -生活保護基準について、一般低所得世帯の消費実態との比較検証(全国消費実態調査等に基づく調査分析)

2. 指導等の強化

①調査・指導権限の強化
 -地方自治体の調査権限の拡大(就労活動等に関する事項の調査)
 -医療機関に対する国による直接指導権限の導入
 -医療機関に対する指導に係る調査等の民間委託の導入

②医療機関の指定等の見直し

③罰則の強化
 -罰則(現行：3年以下の懲役または30万円の罰金)の引上げ

3. 「脱却インセンティブ」の強化

①「生活保護基準体系」の見直し
 -就労・社会的自立・健康管理を促進する観点から基準体系を見直し

②「就労収入積立制度(仮称)」の導入
 -就労収入の一部を積み立て、生活保護脱却時に一括還付する制度の導入

③家計・生活指導の強化
 -自立に向けた家計・生活面の見直し指導を強化

④生活保護脱却後のフォローアップ強化
 -生活保護脱却後のフォローアップも含めた非定型支援

4. ハローワークと一体となった就労支援の一層の強化
 -「福祉から就労」支援事業の技術強化

※医療扶助の一部自己負担については、以下の理由から慎重な検討が必要。
 ① 必要な受診を抑制してしまうおそれ
 ② 生活保護受給者が医療費を立て替える資力があると考えることは、最低生活を保障する制度の趣旨に反しない
 ③ 生活保護受給者への償還払いを行う場合であっても、福祉事務所の事務負担が増加

出典：H24.4.26第1回社会保障審議会生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会提出資料

生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会の今後の進め方(案)

資料4

生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会	
平成24年4月	◆特別部会の設置
5月	(①国家戦略会議での「生活支援戦略」の検討状況も参考に全般的な議論 ②各委員からの発表)
6月頃	◆「生活支援戦略」(中間まとめ)も踏まえ、生活困窮者対策の本格的な審議開始
7月頃	
秋頃	◆生活困窮者対策に係る報告書とりまとめ

<参考>「生活支援戦略」(仮称)の策定スケジュール

- ◆国家戦略会議に「生活支援戦略」の骨格を報告
- ◆国家戦略会議で「日本再生戦略」策定予定
→「生活支援戦略」の中間まとめを盛り込む予定
- ◆「生活支援戦略」の策定

出典：H24.4.26第1回社会保障審議会生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会提出資料

社会保障制度改革推進法案(抄)

(生活保護制度の見直し)

附則第二条 政府は、生活保護制度に関し、次に掲げる措置その他必要な見直しを行うものとする。

- 一 不正な手段により保護を受けた者等への厳格な対処、生活扶助、医療扶助等の給付水準の適正化、保護を受けている世帯に属する者の就労の促進その他の必要な見直しを早急に行うこと。
- 二 生活困窮者対策及び生活保護制度の見直しに総合的に取り組み、保護を受けている世帯に属する子どもが成人になった後に再び保護を受けることを余儀なくされることを防止するための支援の拡充を図るとともに、就労が困難でない者に関し、就労が困難な者とは別途の支援策の構築、正当な理由なく就労しない場合に厳格に対処する措置等を検討すること。

生活保護と地方財政*

林 正義

1. はじめに

最後の安全網である生活保護を受給する際には、他の利用可能な公的援助制度が活用されている必要がある。これは「他法活用の原則」と呼ばれるが、この原則により生活保護給付は「残余的」であり、生活保護以外の社会保障制度の充実度に応じて、生活保護の守備範囲は変化することになる。この残余性という観点から生活保護の実態を眺めると興味深い。総額約 3.7 兆円（平成 24 年度予算）の給付費のうち約半分（47.2%）は医療扶助として低所得者の医療保障に向けられている。また世帯類型をみると平成 23 年度の平均受給世帯 150 万世帯のうち、高齢者世帯は半分近く（42.6%）を占めている。つまり日本において生活保護は、低所得者（低所得高齢者を含む）の医療保障と高齢者の生活保障という 2 つの機能を同時に担っている。その一方で、欧米諸国では最後の安全網が低所得者の医療保障と高齢者の生活保障を同時に担っているケースは珍しい¹。低所得高齢者に対しては、多くの国において、生活保護制度とは独立した無拠出の老齢年金制度、または、低所得高齢者（および障害者）に特化した所得保障制度が存在している。医療保障に関しては、少なくない国では租税方式による原則無料（もしくは極少額の利用料）で医療サービスが提供されたり、社会保険方式の場合でも低所得者に特別の配慮がなされた保険料徴収がされたりしている。また殆どの国で、拠出制の失業保険から漏れた就労可能な若壮年健常者に対する無拠出制の失業手当も存在している。

つまり日本の生活保護は、他の先進諸国では他の社会保障制度が対応している機能を丸抱えしているのであるが、さらに日本に特徴的なことは、そのような丸抱えを地方のみが行っていることである。海外でも、ドイツ、イタリア、フランスや北欧諸国のように地方が最後の安全網を担っている場合はある。しかしその場合、別の制度で高齢者の所得保障や低所得者の医療保障が対応されている場合が多い。つまり他の先

* 本稿は、林（2010）のデータをアップデートするとともに、同論文を大幅に加筆修正したものである。なお、生活保護費にかかる市別の基準財政需要額、市町村決算状況調における市別の民政費のクロス表、ならびに生活保護データについては総務省自治財政局調整課を通じ入手した。また同調整課には細かい制度上の仕組みを確認していただいた。

¹ 詳しくは、林（2006）を参照せよ。日本のように最後の安全網で医療を保障しているのは主要国では、稼働能力がない個人を対象としたドイツの社会扶助のみのようである。

進諸国では、地方が公的扶助を担っている場合でも、その範囲は日本の場合よりも狭く、付随する事務量も大きくないと考えられる。

したがって、地方が担っている日本の生活保護の現状を地方財政の文脈で確認することは重要である。この現状に鑑み本稿では、生活保護と地方財政の関連にも関心を払い、生活保護の現状を俯瞰する。本稿の構成は以下の通りである。つづく第2節においては、まず、生活保護制度の概要を説明し、さらに保護率の動向とともに、その市毎の分布について概観する。第3節において、生活保護の執行体制について議論する。ここでは特にケースワーカー数に関わる数値が分析される。そして第4節では、地方財政における生活保護費の位置について議論する。特に、地方歳出に占める生活保護費のウエイトや、国における財源保障の実態などについて概観する。

2. 生活保護の受給とその現状

2.1. 生活保護制度

大量の戦災者・引揚者・離職者が発生した太平洋戦争終了直後にあたる1946年、連合軍総司令部の覚書（SCAPIN775）をうけ（旧）生活保護法が制定される（9月公布・翌月実施）。戦後最も早く制定された福祉法制である生活保護法では保護の無差別平等は明示されてはいたものの、社会保障審議会による「生活保護制度の改善強化に関する勧告」（1949年）において幾つかの不備が指摘された。第1に、旧生活保護法では社会権に関する言及はなかったため、国家責任として保障される最低生活水準は日本国憲法25条にある「健康で文化的な水準」とするよう求められた。第2に、生活に困窮した国民の当然の権利として保護を請求できることを明示し、不服がある場合の権利保障措置を明らかにするよう勧告があった。第3に、旧生活保護法には判断基準が曖昧な欠格条項が存在していたため²、恣意的な運用を防止するため欠格条項を明確・具体的にするよう求められた。このような旧生活保護法の不備が是正されるかたちで、1950年に（新）生活保護法が制定される。その1条は「この法律は、日本国憲法第25条に規定する理念に基づき、必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的とする」とされ、憲法25条に基づく国家責任として生活保護が行われることが明示された。そしてこの法律は現在まで、

² 旧生活保護法では品行が著しく粗悪な者は保護されないと規定され、恣意的な欠格条項の運用が可能であったが、新法ではそのような欠格条項は存在しない。

半世紀以上にわたって日本の公的扶助の基本法として機能することになる。

2.1.1. 生活保護の原理と原則

生活保護法には、生活保護制度が基づく思想および運用における判断基準として 3 つの原理が示されている。第 1 は、無差別平等の原理（2 条）である。生活保護を請求する権利（保護請求権）はすべての国民に無差別平等に与えられる。ここで無差別平等とは、保護の請求者が、その生活困窮原因、人種、信条、性別、社会経済的地位などによる優先的もしくは差別的な取り扱いを受けないことを意味する³。第 2 は最低生活の原理（3 条）である。生活保護法は「保障される最低限度の生活は、健康で文化的な生活水準を維持することができるもの」とし、単なる衣食住に足りる水準を超えた水準であることが明示されている。第 3 は、補足性の原理（4 条）である。資産があるものは資産を（資産活用）、稼働能力があるものは労働を（能力活用）、家族・親類の援助があるものはその援助を（扶養義務の履行）、そして、他の公的援助制度が利用可能ならば当該制度を（他法活用）優先活用しなければならない。これら利用できる他の手段を尽くしても最低限の生活が不可能な場合に生活保護が給付される。

生活保護法には、これら 3 つの原理に加え、生活保護実施のための手順として 4 つの「原則」が規定されている。第 1 は申請保護の原則である（7 条）。保護請求権が無差別平等に認められるとしても、要保護者による申請があつて初めて保護を受けることができる⁴。第 2 は基準及び程度の原則である（8 条）。この原則は、「健康で文化的な生活水準」を表す具体的な基準は、厚生労働大臣（国）が別途を設定すること、また、給付金額は必要と認められた水準のうち要保護者が自ら満たせない部分を補う程度であることを要請している。第 3 は必要即応の原則であり（9 条）、要保護者の年齢、性、健康等の違いによる個別的な必要に応じて保護を行うことが要請されている。第 4 は世帯単位の原則である（10 条）。これは、世帯を単位として保護の可否や給付額が決定されることを意味する。

2.1.2. 生活保護給付額の算定

世帯単位の原則により、要保護者への給付額は世帯単位で算出される⁵。また、基

³ これは旧生活保護法における欠格条項が放棄されたことを意味する。

⁴ 場合により、要保護者の扶養義務者や他の同居の親族も申請することは可能である。また、急を要する場合は、本人の申請が無くとも保護の実施機関が職権として保護できる。

⁵ ただし、世帯原則の厳密な適用のために必要な保護を行うことができない場合は、実際は同居してい

準及び程度の原則により、世帯に保証される支出額は国が決めた一定のルールに従って生活保護基準額として算定され、当該世帯に収入がある場合は、その生活保護基準額から収入（一定の控除あり）が差し引かれた値が給付額となる。

生活保護基準額は、同金額が異なった世帯の異なった困窮程度に対応できる（=必要即応の原則）ように、複数の扶助や特別加算の合計額として算定される（図1）。これらの扶助や加算のうち8つの扶助⁶（表1参照：生活扶助，教育扶助，住宅扶助，医療扶助，介護扶助，出産扶助，生業扶助，葬祭扶助）には、年齢・世帯人員・所在地域などに応じて一般基準が設定されている。また、生活扶助には8つの加算（妊産婦加算，母子加算，障害者加算，介護施設入所者加算，在宅患者加算，放射線障害者加算，児童養育加算，介護保険料加算）がある。

表1. 扶助の種類

扶助	用途費用	内容
生活扶助	日常生活に必要な費用（食費・被服費・光熱費等）	基準額は(1)食費等の個人的費用(2)光熱水費等の世帯共通費用を合算。特定の世帯には加算（母子加算等）
住宅扶助	アパート等の家賃	定められた範囲内で実費を支給
教育扶助	義務教育を受けるために必要な学用品費	定められた基準額を支給
医療扶助	医療サービスの費用	費用は直接医療機関へ支払（本人負担なし）
介護扶助	介護サービスの費用	費用は直接介護事業者へ支払（本人負担なし）
出産扶助	出産費用	定められた範囲内で実費を支給
生業扶助	就労に必要な技能の修得等にかかる費用	定められた範囲内で実費を支給
葬祭扶助	葬祭費用	定められた範囲内で実費を支給

（出所）厚生労働省ウェブページ（http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/seikatushogo/index.html）

でも、書類上で当該世帯員を別世帯とみなすこと（世帯分離）もある。

⁶医療扶助と介護扶助は他の扶助や加算の合計として受給者に現金として給付されるのではなく、当該分だけ福祉事務所からサービス提供者に直接経費が支払われる。医療扶助や介護扶助以外にも必要に応じ現物給付が行われることもある。特に住居に関しては救護施設や更生施設などの保護施設に入所が可能である。保護施設には、救護施設（身体や精神の著しい障害をもつ要保護者）、更生施設（身体や精神の理由により養護及び生活指導を必要とする要保護者）、医療保護施設（医療を必要とする要保護者）、授産施設（身体や精神上の理由や世帯の事情により就業能力の限られている要保護者）、および、宿所提供施設（住居のない要保護者）がある。

図 1. 最低生活費の算定例



・このほか、出産、葬祭等がある場合は、その基準額が加えられる。

(収入充当額の計算)

平均月額収入－(必要経費の実費＋各種控除)＝収入充当額

(扶助額の計算)

最低生活費－収入充当額＝扶助額

(出所)『平成 19 年度版 厚生労働白書』

現行の生活保護基準額は、一般消費水準額のおおよそ 6～7 割程度で設定されている(これを水準均衡方式という)。既述のように、生活保護基準の設定には、被保護世帯の人員の数や各世帯構成員の年齢などが考慮され、特に生活扶助、住宅扶助、葬祭扶助には、地価を含む地域物価を考慮して、地域別に異なった基準が設定されている。これらの地域区分は「級地」と呼ばれるが、その区分は市町村を単位とした 3 つの区分と、各区分内に設けられる基準生活費に応じた下位 2 区分が存在する(したがって、全 6 区分)。表 2 はこの生活扶助基準額を含む、世帯構成や級地にしたがった生活保護基準額を示している。

表 2. 世帯類型別生活保護基準額 (2012 年度) 月額

(単位: 円)

	夫婦子 2 人世帯 (35 歳・30 歳・9 歳・4 歳)	障害者を含む 2 人世帯 (65 歳・20 歳障害者)	高齢者 2 人世帯 (68 歳・65 歳)	母子 2 人世帯 (30 歳・4 歳)
1 級地-1	229,040	192,300	134,940	162,620
1 級地-2	220,430	186,630	129,460	157,380
2 級地-1	211,830	179,070	123,960	150,530
2 級地-2	203,200	173,390	118,480	145,280
3 級地-1	189,600	160,850	107,990	133,440
3 級地-2	180,990	155,170	102,500	128,190

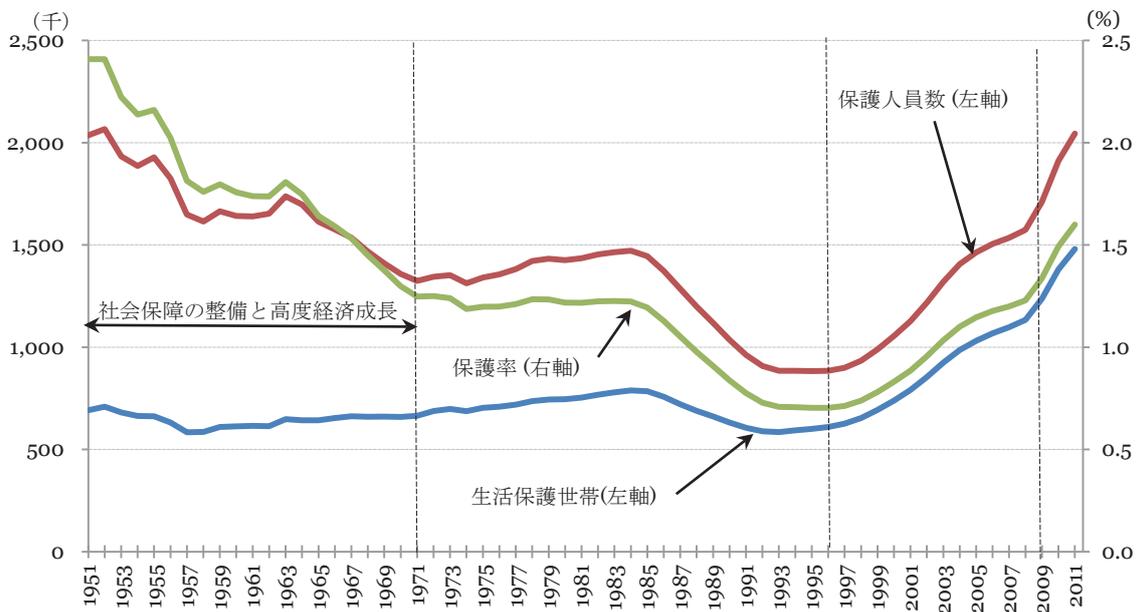
(出所)『平成 24 年度生活保護の手引き』

2.2. 保護率の推移

図 2 には 1951 年度から 2011 年度までの保護率(年度平均)の動きが、世帯保護率(生活保護世帯数(年度平均値)÷総世帯)、生活保護世帯数(年度平均値)、および生活保護世帯人員数(年度平均値)を用いて示されている。戦後の混乱期における高

い保護率（と保護世帯人員数）は、高い経済成長と（生活保護以外の）社会保障制度の充実に伴い急速に低下し、70年代の前半には保護率は1.2%程度付近で安定する⁷。そして1980年代後半のバブル経済の時期に突入すると、保護の規模は再び減少し始める。バブル経済は90年代はじめに崩壊することになるが、その影響が継続的な保護率の上昇として表れるのは1996年度以降である。それ以来、2000年代中盤の一時的な景気回復時期も含め、保護率は直近（2011年度）まで継続的に上昇している。

図2. 保護率の推移（年度平均）



(出所) 厚生労働省「社会福祉行政業務報告」

2.3. 保護率の分布

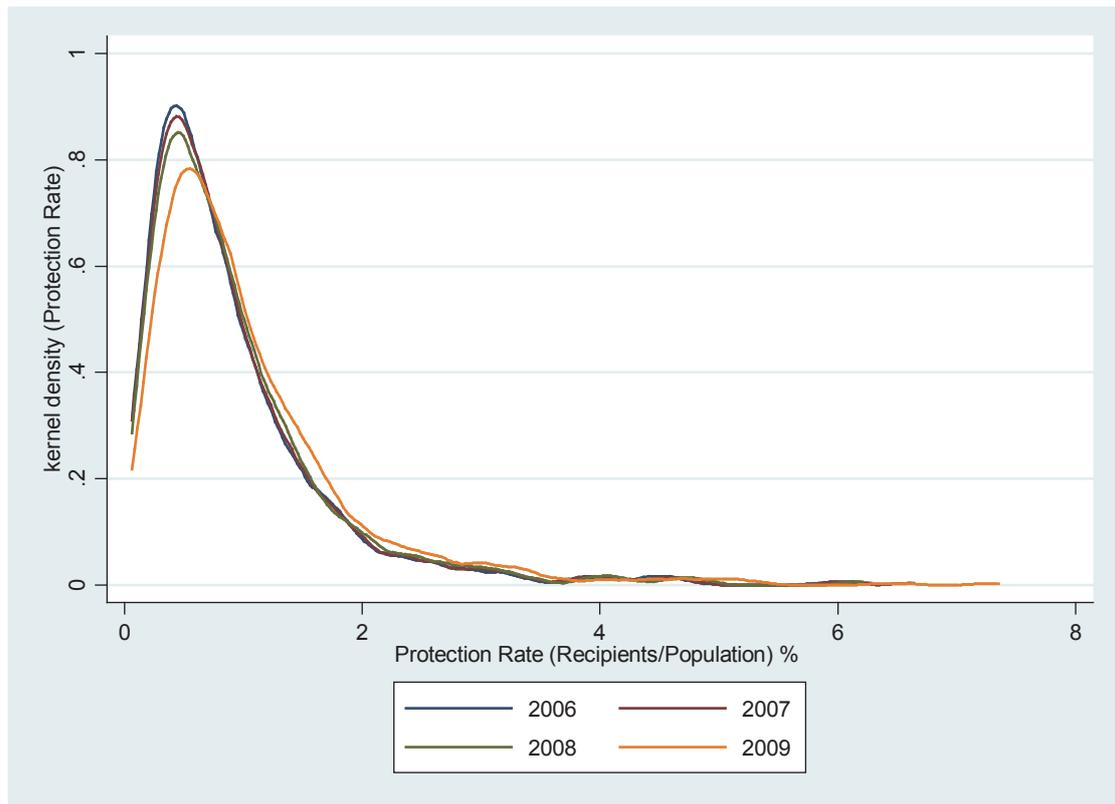
このように継続的に増加している保護率であるが、生活保護を実施している地方公共団体別の保護率はどのようになっているのであろうか。次節で詳しく解説するように、生活保護を実施するのは、主に市（東京都特別区含む）と都道府県である。都道府県は町村人口を対象とする⁸。以下では東京都特別区を含む市別の保護率（人員保護率）の分布をみることにしよう。図3は2006年度から2009年度にかけての市別保護率の分布である。これら市は、ほぼゼロに近い保護率からから7%超の保護率まで広い値域を有しており、地域によっては保護の状況が極端に異なっていることが理

⁷ 通常、専門家の間では、保護率の表記に「‰」（パーミル：1/1000）が用いられるが、ここではわかりやすさを勘案してパーセントを用いている。

⁸ 後述するように、少数の町は福祉事務所を有しており、その場合は、町が生活保護を行う。

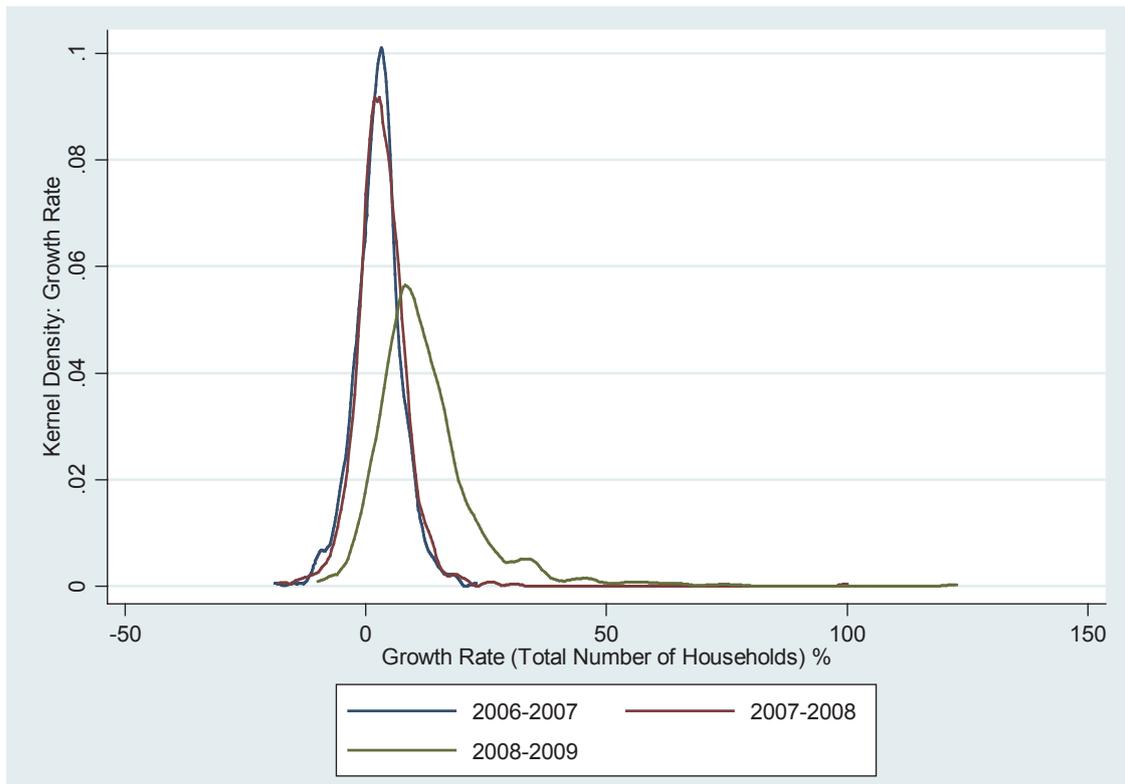
解できる。また年度が下るにつれ、徐々にではあるが、分布はより平坦かつ右に移動しており、全体的に保護率が上昇してきていることが分かる。特にリーマンショックを挟む 2008 年度から 2009 年度の変化は顕著である。

図 3. 保護率の分布



そのような変化を直接みるのが図 4 である。そこでは、さらに各市の保護世帯数の変化率を算定し、それらの分布を示している。図 2 では 90 年代後半より全国的には保護率が継続的に増加してきたことを示したが、これらの値を団体別にみると、保護率の変化は全ての団体において増加しているのではなく、増加団体がある一方で、減少団体も存在している。特にリーマンショック前の時期における変化は、減少団体と増加団体の数はそれほど大きく異なってはいない。しかしながら、リーマンショックを挟んだ時期（2008-2009）の変化では、殆どの団体において保護率が増加していることが理解できる。なお図より、大半はある程度の範囲内に収まるものの、地方によっては保護世帯の変化が 2 倍等、極端に大きく異なっている。

図 4. 保護世帯数変化率の分布



3. 生活保護と地方事務

3.1. 地方による生活保護事務の位置づけ

生活保護は国の法律である生活保護法によって枠付けられ、地方公共団体（市部は市、郡部は主に県）によって執行される。生活保護法は、生活保護基準額の設定は厚生労働大臣（国）が行い（8条）、保護の実施は都道府県知事、市長、および福祉事務所を設置する町村長が行うと定めている（19条）。地方による事務は、保護の開始および変更（24条、25条）、保護の停止および廃止（26条）、資力調査および健康健診（28条、29条）などの給付に関わる事務と、被保護者に対する指導・指示（27条の1）や相談・助言（27条の2）などのケースワークに関わる事務に大別される。

地方自治法は、地方公共団体の事務を法定受託事務と自治事務の2つに分ける（2条）。法定受託事務は「法律又はこれに基づく政令により処理することとされる」事務であり、そのうち国から地方公共団体が受託する「第1号法定受託事務」は、「国が本来果たすべき役割」に関わり、「国においてその適正な処理を特に確保する必要がある」

事務と位置づけられている。この第一号法定受託事務は、地方自治法の「別表第一：第一号法定受託事務（第二条関係）」において、根拠となる各法律の条項とともに列挙されている。その中の事務のひとつが、既述の生活保護の給付に係わる事務である。つまり、保護の開始および変更（福祉事務所をもたない町村による緊急保護を除く）、保護の停止および廃止、資力調査および健康健診等に関わる事務である。

なお、被保護者の指導・指示も法定受託事務として位置づけられるが、被保護者の相談・助言等のケースワークは法定受託事務ではなく自治事務として分類される。ここで自治事務とは「地方公共団体が処理する事務のうち、法定受託事務以外のもの」であり（2条の8）、「自治」事務といっても必ずしも国の制限なしに地方が独自に行う事務ではない。つまり、自治事務でも国の法律や政令に規定される事務も存在し、既に見たように生活保護行政における自治事務である相談・助言事務も生活保護法によって規定されている事務である。また以下でみるように、生活保護を実施する福祉事務所の体制についても社会福祉法による規定がある。

3.2. 福祉事務所

既述のように生活保護法は、都道府県知事、市長、および福祉事務所を設置する町村長を保護の実施機関と定めている。町村による福祉事務所の設置は任意であるから⁹、福祉事務所を設置しない町村では都道府県が生活保護行政を行う¹⁰。これらの実施機関は「保護の決定及び実施に関する事務の全部又は一部」をその管理下にある機関に委任できる（生活保護法 19 条 4）。この実施機関が福祉事務所¹¹である。社会福祉法（14 条）によって都道府県と市（東京都特別区を含む）に設置を義務付けられた福祉事務所は、生活保護法を含む福祉六法に定められた援護・育成・更正の措置に関わる事務¹²を一元的に実施する¹³。

⁹ 福祉事務所を設置している町村は、2010年5月14日現在で、島本町（大阪府）、十津川村（奈良県）、日吉津村、日南町、江府町（以上、鳥取県）、飯南町、東出雲町、奥出雲町、海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町、斐川町、吉賀町、邑南町、津和野町、川本町、美郷町（以上、島根県）、西栗倉村、美咲町、新庄村（以上、岡山県）、世羅町、神石高原町、海田町、熊野町、坂町（以上、広島県）、長島町、屋久島町（以上、鹿児島県）である。

¹⁰ 福祉事務所をもたない町村も、応急的処置として、生活保護事務を行う場合がある。

¹¹ ここでは「福祉事務所」という呼称を用いるが、社会福祉法には「福祉に関する事務所」という表記があるだけで、その事務所の名称は規定されていない。「福祉に関する事務所」の名称をどうするかは設置する地方公共団体が条例で決定することになっている。したがって、地方公共団体によっては「福祉事務所」に加え、「社会福祉事務所」、「福祉センター」という名称も少なくない。また近年では保健医療と福祉の連携の重要性をうけ、保健所と福祉事務所を併設した「保健福祉センター」や「健康福祉センター」という名称をもった機関を設置している地方公共団体もある。

¹² 福祉六法とは、生活保護法、児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、老人福祉法、身体障害者福祉法、お

社会福祉法（15条）は、福祉事務所に、所の長（「所長」）、指導監督を行う所員（「指導監督員」）、現業を行う所員（「現業員」＝「CW: ケースワーカー」）、および、現業以外の庶務・事務を行う所員（「事務員」）の配置を義務付けている。所長は、都道府県知事又は市町村長（特別区の区長を含む）の指揮監督のもとで所務を掌理し、指導監督員は所長の指揮監督のもとで現業事務を指導監督する。なお所長は、業務に支障がない限り指導監督員を兼ねることができる。一方、現業員は、所長の指揮監督のもと、「援護・育成・更生の措置を要する者等の家庭を訪問し、又は訪問しないで、これらの者に面接し、本人の資産や環境等を調査し、保護その他の措置の必要の有無及びその種類を判断し、生活指導を行う」とされる。指導監督員と現業員は社会福祉主事ではない¹⁴（社会福祉法18条第1項）。さらに、都道府県や市においては民生部に保護課・厚生課・社会課等が設置され、福祉事務所に委任した事務に対する指揮監督、保護施設の運営指導が行われている。

都道府県は町村部全域を複数に分割し、区分毎に福祉事務所を設置している。多くの市はひとつの福祉事務所に全市域を管轄させているが、人口が多い市では市域を複数に分割し、各々に福祉事務所を設置する場合もある¹⁵。旧社会福祉事業法では、都道府県（福祉事務所を持たない町村部の人口）、政令指定都市、および、東京都特別区は、人口10万人を目安に条例で福祉地区を設け、福祉事務所を設置しなければならない（13条）とされていた。また人口20万人以上の、政令指定都市以外の市は、条例でもうけた複数の福祉地区毎に福祉事務所を設置できるとされていた。しかし、社会福祉事業法が社会福祉法へと改定された2000年度から、この「約人口10万人当たり」にひとつの福祉事務所」という規定は撤廃されている。

よび知的障害者福祉法をさす。なお、老人福祉法、身体障害者福祉法、および知的障害者福祉法に関わる現業事務は、福祉事務所をもたない町村でも行われるようになってきている。これら3法に関わる都道府県の福祉事務所の事務は郡部における連絡調整や助言・支援に限られるようになってきている。

¹³ なお、小規模の市ではその内部組織（例えば「福祉課」）が看板上「福祉事務所」とされ、市役所が実質上の窓口となっている場合もある。

¹⁴ したがって所長が指導監督員を兼ねる場合は、社会福祉主事である必要がある。ただし、社会福祉主事の資格は、大卒者であれば、広範な範囲に渡る指定科目から3つの科目を履修すれば得ることができるため、それはしばしば「3教科主事」と揶揄され、福祉分野における高い専門性を示すことにはならないという指摘もある。

¹⁵ そのような市（及び東京都特別区）は、2010年5月14日現在で、札幌市（10）、函館市（2）、仙台市（5）、いわき市（7）、さいたま市（10）、千葉市（6）、世田谷区（5）、板橋区（3）、足立区（5）、練馬区（4）、横浜市（18）、川崎市（9）、相模原市（3）、新潟市（8）、静岡市（3）、浜松市（7）、名古屋市（16）、京都市（14）、大阪市（24）、堺市（7）、東大阪市（3）、神戸市（9）、岡山市（6）、倉敷市（4）、広島市（8）、北九州市（7）、福岡市（7）、鹿児島市（2）となる（括弧内は福祉事務所数）。

3.4. 現業員（ケースワーカー）

旧社会事業法（15条）では生活保護法の適用を受ける保護世帯数を用いて福祉事務所のCW数に関して、表4の通りの「法定数」を定めていた。しかし2000年度に社会福祉事業法からかわった社会福祉法（16条）では、同表の数値は拘束力の強い法定数から目安としての「標準数」に変更された。なおこの標準数は、生活保護世帯数を用いて規定されているが、その数自体は、生活保護担当CWだけではなく、他の福祉5法（児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、老人福祉法、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法）を担当するCWを加えた全CW数であることに注意したい。

表3. 福祉事務所現業員数（最低数）

都道府県	保護世帯数 390 世帯以下	65 世帯増す毎に
	6 人	1 人
市（特別区含む）	保護世帯数 240 世帯以下	80 世帯増す毎に
	3 人	1 人
町村	保護世帯数 160 世帯以下	80 世帯増す毎に
	2 人	1 人

図5は、2006年度から2009年度までの市別CW1人当たり保護世帯数の分布を表している。ここでは社会福祉法の規定にしたがい、生活保護法と社会福祉5法の担当を合算したCW数を用いている。なお、CW数には地方公共団体定員管理調査によるCW定員数（4月1日現在）を用いる¹⁶。この図からは、2006年度から2008年度までは、標準数である80世帯以下を満たしている市が多数に及ぶことが確認できる。しかし、リーマンショック後の2009年は、保護世帯数の増加にCW数の増加が追いつかなかつたらしく、分布が大きく右側にシフトし、標準数を超える市が増加していることが分かる。また個々の市をみると各年度とも大きな差が存在していることが理解できる。

¹⁶ 市町村定数管理調査では、業務を兼務する職員は相対的に業務量が大きな職種の定員として計上されており、CW業務を行っていてもCWとして計上されない場合がある。実際、生活保護担当CWと福祉5法担当CWの合計数を用いても、全市の1割強にあたる市でCW数がゼロとなっている。以下ではCW1人当たりの係数を用いるため、これらの市は除くが、そのような不備が以下のデータに存在することは留意されたい。

図5. ケースワーカー1人当たり生活保護世帯数の分布

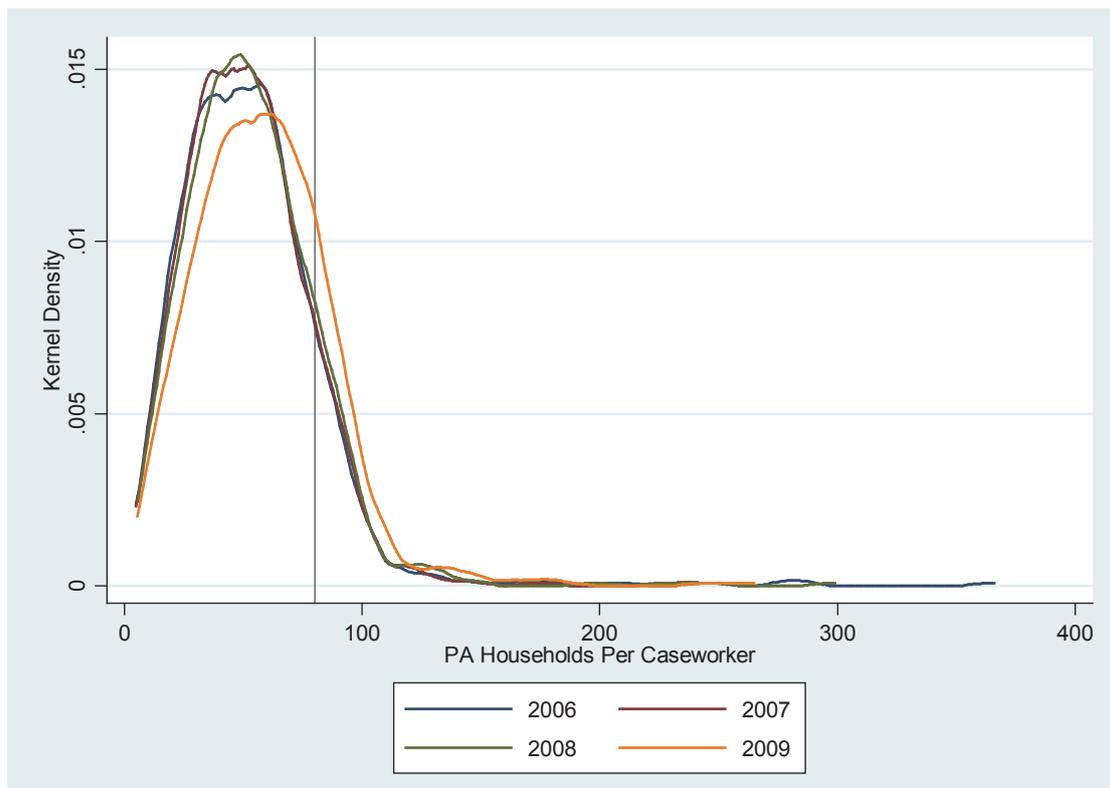
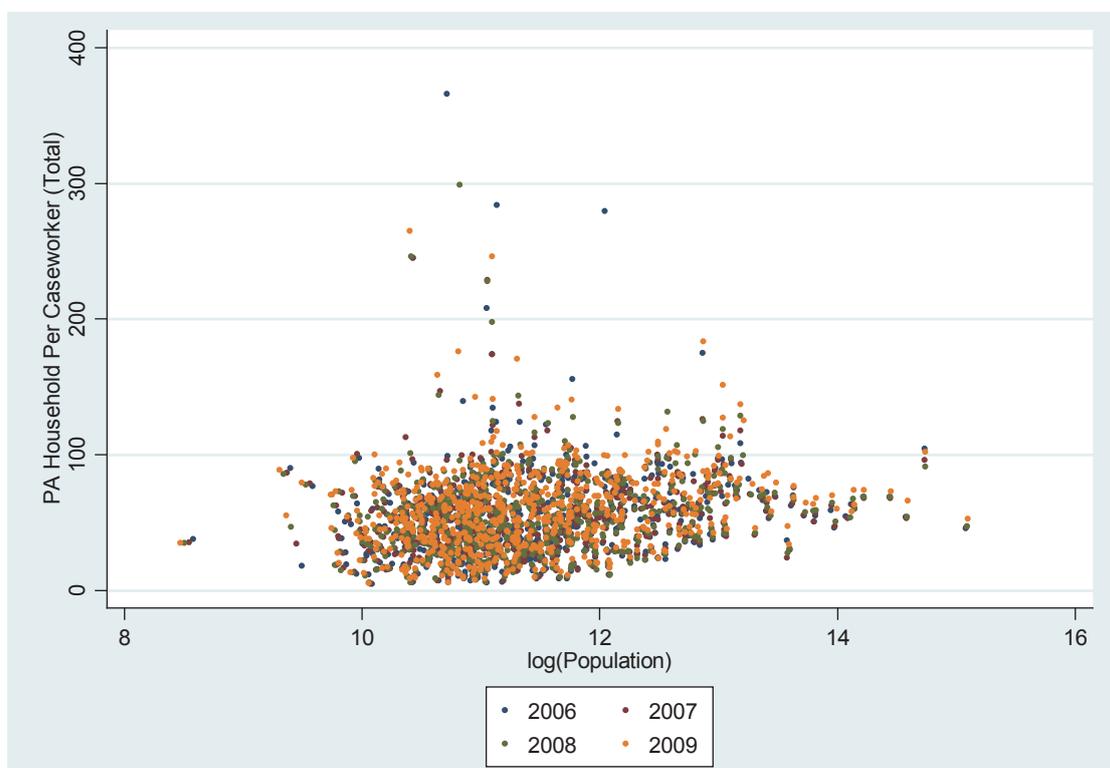


図6. ケースワーカー1人当たり生活保護世帯と人口規模



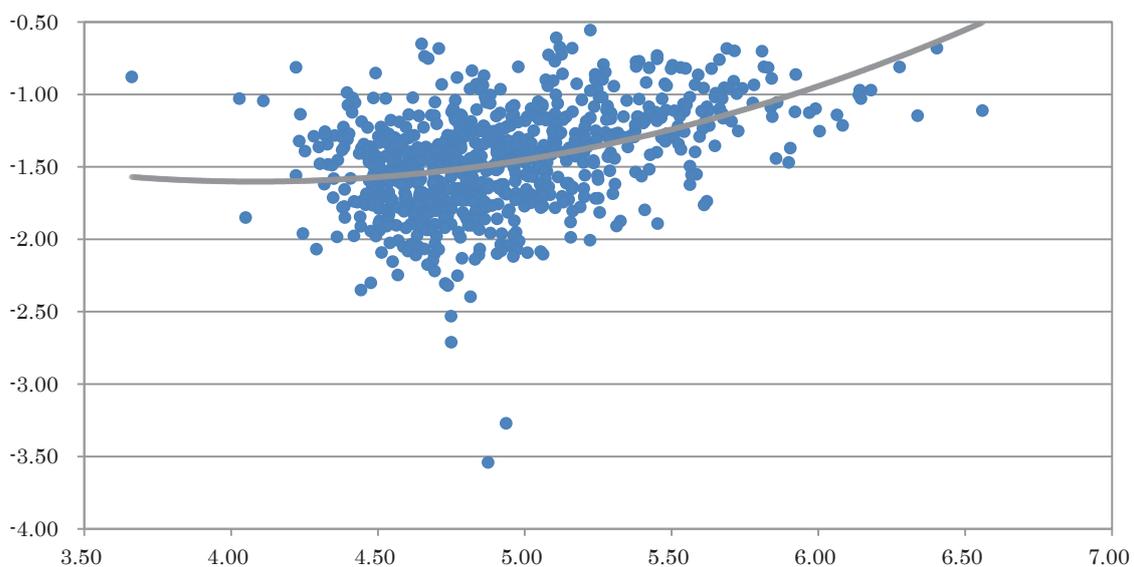
しばしば大都市部ではCW数が不足していると議論される（沼尾 2009）。これを確認するため、図6ではCW1人当たり保護世帯数を当該市人口（対数表記）に対し散布した。ここから緩やかながら、人口が多くなるほど、CW1人当たりの保護世帯数が多くなる傾向が読み取れる。

4. 地方財政と生活保護費

4.1. 生活保護費

図7は「平成21年度市町村別決算状況調」掲載の生活保護費¹⁷を用いて、生活保護費が市・東京都特別区の一般会計歳出に占める割合（生活保護費比率）をロジット変換した値を当該団体の人口規模（市全体数値）に散布したものである。同図から分かるように、生活保護費が地方財政に占める割合は市によって大きく異なる。なお、都市部では生活保護の増加が都市財政を圧迫していると議論される（木村 1998）。実際、図7の散布図からは、人口規模が大きい（都市部になる）ほど、生活保護費比率が増加する傾向にあることが分かる。

図7. 生活保護費比率と人口規模



¹⁷ この生活保護費は、生活保護給付額に加え、福祉事務所におけるCWの person 費ならびに他の給付業務に関わる経費も含まれている。

表4は、生活保護費の割合が高い順に、これらの割合が10%を超える市（東京都特別区を含む）が列挙されている。最大値は、東京都台東区（21.8%）、市に限れば大阪府門真市（19.76%）となっている。東京都特別区は消防などの一部の歳出を東京都が肩代わりしているため、生活保護費の割合は高くなると考えられるが、それを差し引いても、表内には多数の特別区が散見される。また大阪府の市も多い。その他は旧産炭地や地方中心都市が顕著である。

表4. 歳出に占める生活保護費の割合が10%以上の市および東京都特別区

都道府県	団体名	比率	都道府県	団体名	比率	都道府県	団体名	比率
東京都	台東区	21.79	東京都	北区	13.74	福岡県	直方市	11.59
大阪府	門真市	19.76	大阪府	寝屋川市	13.49	東京都	練馬区	11.43
福岡県	嘉麻市	18.28	東京都	江戸川区	13.45	東京都	立川市	11.28
福岡県	飯塚市	17.51	北海道	室蘭市	13.43	大阪府	和泉市	11.28
大阪府	守口市	17.29	北海道	札幌市	13.42	大阪府	羽曳野市	11.22
大阪府	大阪市	17.28	高知県	室戸市	13.36	大阪府	松原市	11.08
福岡県	田川市	17.22	高知県	高知市	13.32	愛媛県	松山市	11.00
大阪府	東大阪市	17.20	東京都	大田区	13.30	徳島県	徳島市	10.80
東京都	板橋区	16.68	大阪府	八尾市	13.27	奈良県	大和高田市	10.65
東京都	足立区	16.61	北海道	旭川市	13.16	東京都	東村山市	10.61
北海道	小樽市	15.92	東京都	葛飾区	13.11	東京都	中野区	10.60
大分県	別府市	15.80	沖縄県	那覇市	13.09	埼玉県	蕨市	10.54
北海道	函館市	15.68	大阪府	藤井寺市	12.76	北海道	登別市	10.51
福岡県	中間市	15.51	東京都	荒川区	12.48	和歌山県	和歌山市	10.47
鹿児島県	奄美市	15.06	福岡県	宮若市	12.33	鹿児島県	鹿児島市	10.44
東京都	新宿区	14.98	沖縄県	沖縄市	12.19	福岡県	行橋市	10.40
兵庫県	尼崎市	14.83	北海道	苫小牧市	12.11	青森県	青森市	10.32
福岡県	大牟田市	14.51	大阪府	堺市	12.08	大阪府	富田林市	10.29
東京都	豊島区	14.51	大阪府	豊中市	12.02	大阪府	岸和田市	10.24
東京都	墨田区	14.40	東京都	清瀬市	11.90	千葉県	松戸市	10.02
北海道	釧路市	13.89	北海道	歌志内市	11.69			

（出所）総務省「平成21年度市町村決算状況調」より作成。

4.2. 財源保障

地方によって生活保護費比率は異なるにしても、効果的な生活保護事務を展開できるように、生活保護には以下のように国庫負担と地方交付税を通じた財政支援が行われている。

4.2.1. 国庫負担金

地方が実施する生活保護に関わる事務は、地方財政法によって「国と地方公共団体相互の利害に関係のある事務のうち、その円滑な運営を期するためには、なお、国が進んで経費を負担する必要がある事務」(10条)とみなされている。そのような事務は国庫負担金制度による財政支援の対象となり、生活保護の場合は表6に示す負担率に従い、保護費(保護の実施に要する費用)、保護施設事務費(被保護者の入所や利用に伴う保護施設の事務費)、委託事務費(被保護者の施設入所や私人家庭での保護委託に伴う事務費)、および、(社会福祉法人及び日本赤十字社の設置する)保護施設整備費(保護施設の新築・取得・増築・補修等の経費)の一部が国によって負担されている。この国の負担部分は、厚生労働省の予算を通じて地方に支払われる。なお、保護施設整備費に関しては2005年度までは、都道府県・政令指定都市・中核市設置の場合は国が1/2の負担を、政令指定都市・中核市以外の市町村の場合は国が1/2、都道府県が1/4の負担をしていたが、2006年度から、地方公共団体設置の場合に限り一般財源化される(後述する地方交付税による保障)ことになった。

生活保護費の殆どの部分を占める保護費、保護施設事務費、委託事務費に関して国は75%の負担をし、社会福祉法人等が行う保護施設整備費に関しては50%の負担をしている。したがって、地方は前者に関して25%の負担をすることになるが、後者に関しては当該社会福祉法人等の25%の負担が存在し、地方の負担は都道府県・政令指定都市・中核市の25%に留まる。

国庫負担金の他に、2004年に自立・就労支援事業として創設され、翌2005年に「セーフティネット支援対策等補助金」に組み込まれた国庫補助事業がある。そのなかの「自立支援プログラム策定実施推進事業」のうち、実施体制事業には全額、自立支援サービス整備事業には50%の国庫補助が与えられている。また同補助事業の「生活保護適正実施推進事業」分にあたる、生活保護適正化事業には全額、生活保護法施行事務監査等事業(県のみ)の事業)には50%の国庫補助が与えられる。

表 5. 生活保護事務に係る財源措置

		経費負担主体	負担率
保護費・施設事務費・委託事務費		国	3/4
		都道府県又は市町村	1/4
保護施設整備費	社会福祉法人及び 日本赤十字社設置	国	1/2
		都道府県・政令指定都市・中核市	1/4
		事業者	1/4

4.2.2. 地方交付税

地方は、このような国庫負担や国庫補助の地方負担分部分に加え、国庫負担金の補助対象とならない福祉事務所の人件費等を負担することになる。したがって、十分な財源が存在しない地方では、生活保護が適切に実施されないおそれがある。この点に配慮するのが地方交付税である。

地方交付税は用途を指定しない一般補助金である。地方交付税は、交付金総額の94%を占める「普通交付税」と残りの6%を占める「特別交付税」に分けられる。前者は地方の行政需要のうち自主財源だけでは足りない部分を補填し、後者は前者の算定時には予測できない地方の行政需要に対応するとされている。生活保護との関連で重要なのは普通交付税である。地方公共団体に交付される普通交付税額は基準財政需要額と基準財政収入額の差となる（差が負の場合、普通交付税は交付されない）。以下のように定義される基準財政需要額と基準財政収入額より、普通交付税は地方の自主財源が標準的な歳出に足りない部分を補填する仕組みとなる。

ここで基準財政収入額は、地方公共団体毎に推計された標準的な地方税収の75%に当該地方公共団体が受け取る地方譲与税を加えた値である。ここで標準的な税収と地方譲与税の推計方法は地方財政計画における歳入総額の推計に準じている。したがって、税収の推計値は現存する全地方税を考慮してはいない¹⁸、推計に利用される税率は地方税法における全国一律の法定税率であり、必ずしも地方が実際に用いる税率とは一致しない。また標準的な税収のうち25%は「留保財源」として基準財政収入額に計上されない。これは基準財政需要額だけでは捉えられない他の行政需要に対応する財源として、また、地方に税源を涵養する誘因として位置づけられている。

一方、基準財政需要額とは、各地方公共団体が等しく合理的かつ妥当な水準で事務

¹⁸ 例えば、基準財政収入額の算定では地方税法における規定のない地方税は除外される。

作業を遂行するのに必要な経費を毎年推計したものであり、生活保護費を含む歳出項目毎に算定される。基準財政需要額は、歳出項目毎に求められた、測定単位、単位費用、および補正係数の積を、歳出項目全てに関して総和した金額として与えられる。ここで測定単位とは、受益者の人数や当該サービスに関連する社会資本の規模などによって測られる行政需要の単位となる変数である。単位費用は測定単位1単位に必要とされる経費であり、全地方公共団体に一律に適用される。単位費用は平均的な人口¹⁹、面積、および、行政機構をもつ「標準団体」の行政需要額から算出される²⁰。最後に補正係数は、地域特性によって単位費用が変化することを調整する係数である。

生活保護費の基準財政需要額には、国庫負担の対象となる生活保護給付額等の国庫負担の対象にならない部分（25%）と、そもそも国庫負担の対象ではない、CWの人件費等を含む福祉事務所の運営費が全て算入される。これらを推計するために用いられる生活保護費の基準財政需要額は、当該地方公共団体の直近の国勢調査人口を測定単位として推計される（都道府県の場合、町村部人口のみをカウント）。したがって、生活保護費の単位費用は人口1人当たりの数値として算定される。

人口1人当たりの被保護者数、各扶助の受給者構成、福祉事務所の職員配置数、生活保護基準、そして特別加算の対象者数等は地方公共団体毎に異なるから、実際の人口1人当たりの生活保護費は特定の地方公共団体が直面している単位費用とは一致しない。そのような団体差を調整するのが補正係数であり、特定団体の生活保護費にかかる基準財政需要額は、「単位費用×測定単位（当該市の人口）×当該市の補正係数」と算定される。したがって、基準財政需要額が地方の生活保護ニーズを適切に捉えているか否かは、補正係数が的確に設計されているかに依存する。市部における生活保護費に適用される補正係数は、

$$\text{補正係数} = \left(\begin{array}{c} \text{段階補} \\ \text{正係数} \end{array} \right) \times \left(\begin{array}{c} \text{普通態容} \\ \text{補正係数} \end{array} \right) \times \left(\begin{array}{c} \text{寒冷補} \\ \text{正I係数} \end{array} + \begin{array}{c} \text{寒冷補} \\ \text{正II係数} \end{array} - 1 \right) + \left(\begin{array}{c} \text{密度補正} \\ \text{係数} \end{array} - 1 \right)$$

と与えられる。この補正係数は複数の要因を有するが、段階補正係数は人口規模を反映させ、態容補正は異なった都市化の度合いや行政上の権能による福祉事務所費の差異、または、異なった級地による生活保護基準の違いを調整する。また、寒冷補正Iは寒冷地手当の差による福祉事務所職員の給与差を、寒冷補正IIは生活扶助の冬期加

¹⁹ 標準的な人口は都道府県で170万人、市町村で10万人とされる。

²⁰ 実際は地方公共団体毎に積み上げた地方交付税額が地方財政計画による地方交付税総額に等しくなるように、前年度の実績と今年度の需要予測を踏まえて算定されている。

算による地域差を補正する。最後に密度補正は、当該団体の人口に占める生活保護受給者数ならびに福祉事務所の人員数の違いを補正する²¹。

4.2.3. 財源保障の度合い

このように補正される生活保護費の基準財政需要額は、国庫負担金とともに実際の生活保護費を保障できているであろうか。沼尾（2009）は、ある指定都市の決算書を用いて、1998年度から2006年度までの生活保護費の基準財政需要額とそれに相当する地方負担部分を比較し、年度によりばらつきがあるものの、3～10%不足することを示し、大阪市（2001）は、生活保護費の基準財政需要額は実際の地方負担部分に40%程度足りず、生活保護費の11%が不足となっているとしている。一方、中井（2007）は、生活保護費の基準財政需要額と一般財源充当経費における構成比の差を利用して、大都市のみが不足しているとしている。また、林（2009）やHayashi（2011）は、各市における生活保護費、生活保護費の基準財政需要額、ならびに生活保護負担金を用いて、生活保護費の財源不足度を算定している。

以下では、林（2009）とHayashi（2011）の方法に準じて、財源不足度を2006年度から2009年度の4年について算定することにする。ここでは、市町村決算状況調における「都市別歳入内訳-国庫支出金内訳-生活保護負担金（以下、CGSと略）」と「基準財政需要額内訳-生活保護費（以下、SFDと略）」を用いて、国が財源を保障する生活保護費とする。一方、国による財源保障の対象となる地方の生活保護費（以下、EXPと略）には、できるだけ財源保障額と平仄を合わせるために、生活保護費のなかの①人件費+②物件費+④扶助費+⑤補助費等の合計値を充てた²²。以上から、各市に関して財源不足度DFCを以下の様に算定する。

$$DFC = \frac{EXP}{CGS + SFD} - 1 \quad (1)$$

図8は、この指標の分布を2006年度から2009年度について示したものである。ここからは、財源不足の度合いは団体によって大きな散らばりがあるとともに、財源不足と財源余剰の団体は大凡半数ずつであり、全ての団体で生活保護財源が不足しているわけではないことが理解できる。

²¹ これらの補正の算定方法の詳しい解説としては、小西（2008）や林（2009）を参照されたい。

²² 詳しくは林（2009）を参照。

図 8. 財源不足度の分布 1

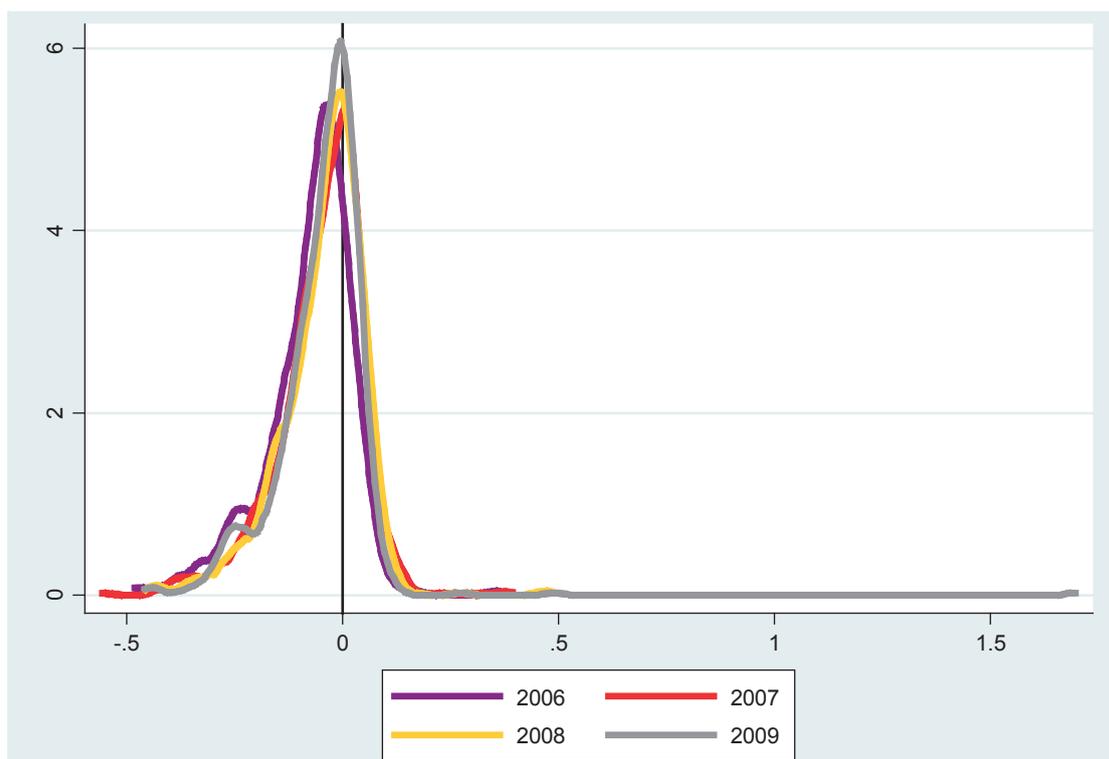


図 9. 財源不足度の分布 2

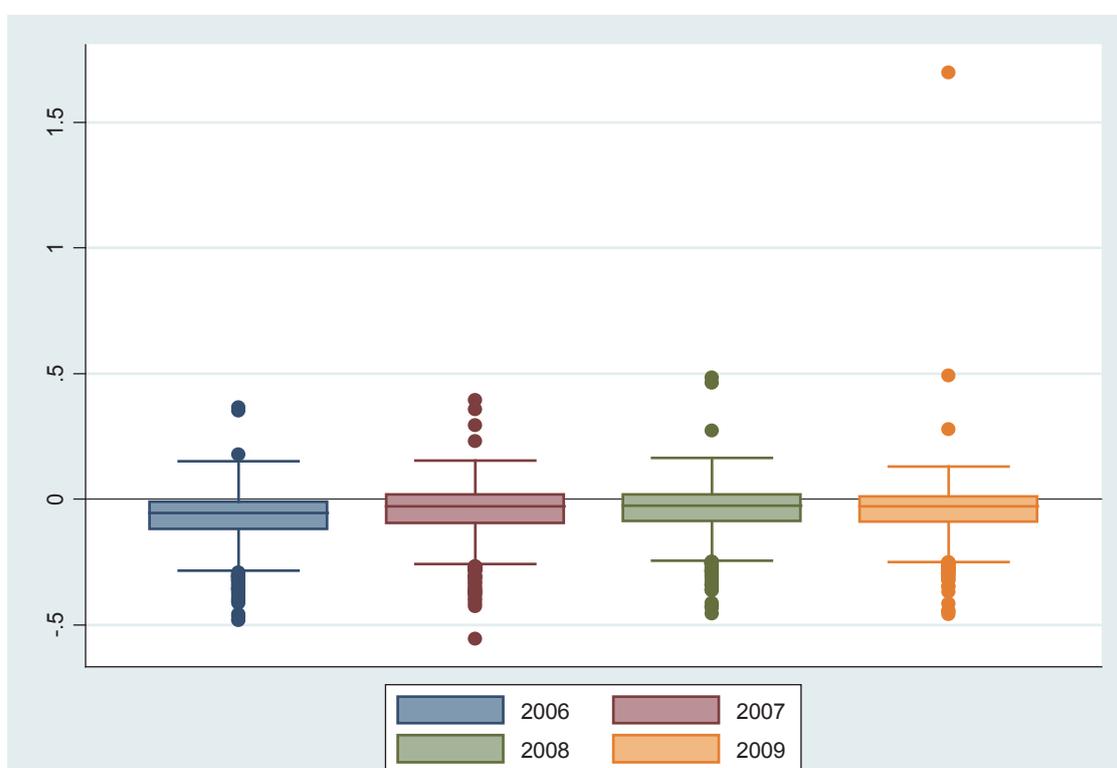


図8では各年度の分布の変化が分かりにくいため、図9で同指標の箱髭図を示した。ここでは各年度に関して箱を挟んで上位と下位に横線が示してあり、これら横線からはみ出た部分に幾つかの点が表示されている。ここで箱の中にある横線は中央値 Q_2 、箱の下側は25%分位 (Q_1 : 第1四分位)、箱の上側は75%分位 (Q_3 : 第3四分位)、上位の横線は $Q_3 + 1.5 \times (Q_3 - Q_2)$ 、そして、下位の横線は $Q_1 - 1.5 \times (Q_3 - Q_2)$ を示している。上下の横線からはみ出ている点は外れ値とみなされる。これら箱髭図から分かるように、各年において過半数の団体は生活保護費の財源について余剰状態にあると言える。また、今までの議論からはリーマンショック以降の2009年度からは大きな財源不足を有する団体の増加が予測されるかもしれないが、図からはそのような傾向は認められない。むしろ2009年度は、ひとつだけ極端な財源不足を示す団体が発生するものの、全体的には財源不足になる団体は前年と比べ減少しており、2006年度ほどではないにしても図9からは中央値も下方にシフトしている。ここから生活保護費の基準財政需要額がリーマンショック以降の生活保護費の急増にうまく対応したと解釈できるのかもしれない。

5. さいごに

本稿では、日本の生活保護の現状を団体単位のデータを用いて整理することを試みた。第2節においては、生活保護制度の概要を説明し、さらに保護率の動向とともに、その団体別の保護の動向について概観した。次に第3節において、生活保護の執行体制について解説し、特にケースワーカー数に関わる数値を吟味した。最後に第4節では、地方歳出としての生活保護費について、地方歳出に占める生活保護費のウエイトや、国による財源保障の度合いに概観した。これらの議論を通じて、生活保護に関する指標に大きな地域差が存在することが理解できたであろう。また、これらの指標と人口規模との関係の分析からは、都市部ほど生活保護費負担が増加する傾向にあることも示された。また財源不足度以外の指標を用いた分析では、リーマンショック以降、生活保護財政が大きく変化し、地域差を拡大する方向にあるも示唆された。

参考文献

- 宇山勝儀（編）2005.『福祉事務所運営論』ミネルヴァ書房.
- 大阪市. 2001.「地方交付税の算定方法について(提言)(平成13年9月)」(WWWサイト：http://www.city.osaka.lg.jp/zaisei/page/0000004748.html#shiryo_01 掲載年月日：2006年4月28日/更新年月日：2006年5月14日/)
- 木村陽子. 2008.「大都市財政は生活保護を担いきれるか」『都市問題研究』60(3), pp. 28-55.
- 小西砂千夫. 2009.『基本から学ぶ地方財政』第3章,学陽書房.
- 中井英雄. 1988.『現代財政負担の数量分析』有斐閣.
- 沼尾波子. 2009.「自治体の生活保護行政をめぐる現状と課題」『社会政策研究』9, pp. 159-178.
- 林正義, (2011).「生活保護費と財源保障」 Discussion Paper J Series CIRJE-J-236. 東京大学日本経済国際共同研究センター.
- Hayashi, M., (2011a). The effects of medical factors on transfer deficits in Public Assistance in Japan: A quantile regression analysis. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 11(4), 287-307.

第3章 生活保護に係る実態調査の状況

総務省自治財政局調整課

川崎市役所との意見交換

(川崎市)

村山財政部長、相澤生活保護・自立支援室担当課長、宮脇担当課長、三田村資金課担当課長

(参加委員)

小西委員長、泉田委員、齋藤(由)委員、高端委員、田邊委員、林委員、細井委員

(事務局)

奥田補佐(総務省)、桐生事務官(総務省)、村上室長(地方自治研究機構)、武村研究員(地方自治研究機構)

〈意見交換の概要〉

○生活保護について

林委員 保護率の変化の理由をご教示いただきたい。

川崎市 リーマンショックの影響。その後、やはり職を失った方、リーマンショックを契機として職を失った方の統計を取っているが、明らかに御相談に見えた方は、その後に見えた方の70%から80%ぐらいはこのリーマンショックを契機として職を失った方である。

林委員 割合は大体で構わないが、その他でホームレスの人、通常の家を持っている人の割合をご教示いただきたい。

川崎市 リーマンショックの前は、2,400から2,700ぐらいで推移していた「その他世帯」が、リーマン以降に3,200となっている。この伸びの7～8割は一般世帯だと思う。

林委員 生活保護業務の実施に際して川崎市にハローワーク的な業務があるとやりやすいなという感じはあるか。

川崎市 それは多分やりやすい。ハローワークの出先に、「福祉から就労」支援事業においてハローワークもいろいろ考えてはいるのだが、川崎はこの細長い市域に2つのハローワークで、あと出張所が1つある。一番地理的に不便な宮前区と幸区にハローワークの出張所という形で福祉事務所にアクションプランに基づいて端末を組み入れていただくということで、今、動いている。うまくいけば来年度から区役所の中にハローワークの端末を設置して、生活保護の相談に来た方たちにそこで就労支援をしていくという形をとることができる。ハローワークが福祉事務所の中であれば、もうちょっとスムーズな連携ができるのかと思っはいる。

林委員 社会福祉協議会との連携は。

川崎市 積極的な連携はない。ただ、住宅手当など、総合資金の方で貸付が必要だという方については、手当の申請のときに貸付をという話になれば連携を取っているのだが、総合貸付の相談数が千何件かある中で、貸付自体は十何件しかないという話。

住宅手当は住宅手当相談センターという2か所の相談センターと生活保護・自立支援室でやっているの、直接的には福祉事務所は住宅手当相談事業はやっていない。

田邊委員 現業員1人当たりの担当ケース数はどのぐらいになっているか。

川崎市 川崎市として現業員の配置は、1月1日時点の生活保護受給世帯数に応じて80対1を守っており、平成24年4月1日現在80.3ケースとなっている。

田邊委員 そうすると、大体訪問とかは月一ぐらいで可能か。

川崎市 訪問が全部100%行けているかというところではない。川崎市の場合は女性のケースワーカーが非常にふえており、産休・育休に入られている職員も多いという実態があって、配置はしているのだが、実働部隊だと少し落ちてしまう。

田邊委員 平均勤務期間はどのようになっているか。

川崎市 基本的には、平均勤務年数は3年未満になると思う。社会福祉職を平成17年度以降から比率的に多く採るようにしており、一般事務職と社会福祉職の比率が半々ぐらいになるような形で職員配置をしている。公務員としては1年生だが、社会人としてはベテランであるという方が入っている。

田邊委員 現業員の上に査察指導員というのをつけていると思うが、何人ぐらいに1人か。

川崎市 7名を超えると1名増という形で配置。

林委員 昔法定数だったケースワークが今、標準数になったが、現場としては、どちらも変わらないという感じか。

川崎市 川崎市としては、80対1を堅持していただいているので、現場としても変わらないと感じている。

田邊委員 受給期間についてご教示いただきたい。

川崎市 世帯ごとで多分受給期間は変わってくる。高齢者は、当然自立の方法がないので、そのまま残ってしまう可能性がある。確かなデータを今、持っていないが、生保を受けた方の数に対して、就労収入増で出ていく人たちの数が圧倒的に少ない。ということは、その他世帯のことで言ってしまうと、多分受給期間は延びているのだと思う。

ただ、もう一つ要因としてホームレスも入ってくる。ホームレスの人たちは、先ほど言ったように、関東平野を面で移動しており、動いていくと短期間になってしまうので、平均すると期間的には1か月とか2か月の人もおり、その他世帯の受給期間という形の見方をしてしまうと、短い、そんなに伸びていないのかなという感じがあるが、その人たちを除くと、本当に普通に生活をしていて失業という方たちがスムーズに生活保護から外には出ていっていないことが実態としてあるのではと思う。

林委員 自治体間でホームレスの方の移動は実際あるか。

川崎市 ホームレスの自立支援施設を持っているところは、神奈川県下でも川崎市と横浜市ぐらいしかないので、多分ホームレス施策がきちんとあるとの情報を得て来られる方はいるかと思う。

林委員 一般世帯で移動するということはないか。

川崎市 一般世帯は住所地がある方なので、それはない。

林委員 神奈川県内の他市との情報交換はあるか。

川崎市 神奈川県内では、5 縣市という会議を持っており、横浜市・川崎市・相模原市・横須賀市・神奈川県で常に情報は交換している。

泉田委員 生活保護の場面で介護のマンパワーは問題ないか。

川崎市 それはない。簡易宿泊所も居住地であれば介護サービスは受けられると言われていたので、今現在も受けられている方がいるかと思う。

小西委員長 生活保護に伴う財政負担に対する地財措置についての考え方をご教示いただきたい。

川崎市 生活保護の関係、今後高齢化等進めば、間違いなく増えていくだろうということでは認識しており、財政に与える影響というのは、常に見ていかなければいけないと思っている。個別に見ると医療扶助の入院とか、地財の算入率のところでは少し差が大きいかなど。そうした問題意識というのはこれまでもあったが、国の方でも大都市特有の財政事情というところは一定程度措置をしていただけているので、総額のところではある程度確保されるような形で改善されているかとは思う。

細井委員 市内に4か所ある自立支援センターごとで何か違いがあるのか。

川崎市 就労で自立が可能な方が入られる場所、どちらかというとなら半福祉半就労というような形で、生活保護を受けながら就労もするけれども、全面的な自立は難しいかなという方が入られる施設、就労自立支援センターからさらに就労が確実に可能になった方が入る施設、市営住宅を使ってグループホーム型というような形で、自立に近い形で自立のためのステップアップをするための施設がある。

細井委員 医療費の不正受給というのは多いのか。

川崎市 医療費の不正受給は、医療機関によるものということであれば、川崎市は今のところそういう形で上がっているものはない。

林委員 レセプトが電子化になって、実際現場でちゃんとチェックされているのか。

川崎市 内容チェックはレセプト点検員というのをうちの室に3名配置してチェックしている。

第2部 子ども・子育て

第1章 子ども・子育て関連3法について（社会保障・税一体改革関連）

奥田 隆則（総務省自治財政局調整課課長補佐）

子ども・子育て関連3法について（社会保障・税一体改革関連）

平成24年8月24日（金）

総務省自治財政局調整課 課長補佐 奥田 隆則

子ども・子育て関連3法のこれまでの経緯

○平成22年

- 1月29日 少子化社会対策会議決定により、子ども・子育て新システム検討会議を設け、検討を始める。
- 4月27日 「子ども・子育て新システムの基本的方向」(子ども・子育て新システム検討会議決定)
- 6月29日 「子ども・子育て新システムの基本制度案要綱」(少子化社会対策会議決定)
- 9月16日 基本制度ワーキングチーム、幼保一体化ワーキングチーム、こども指針(仮称)ワーキングチームを設け、検討を始める。

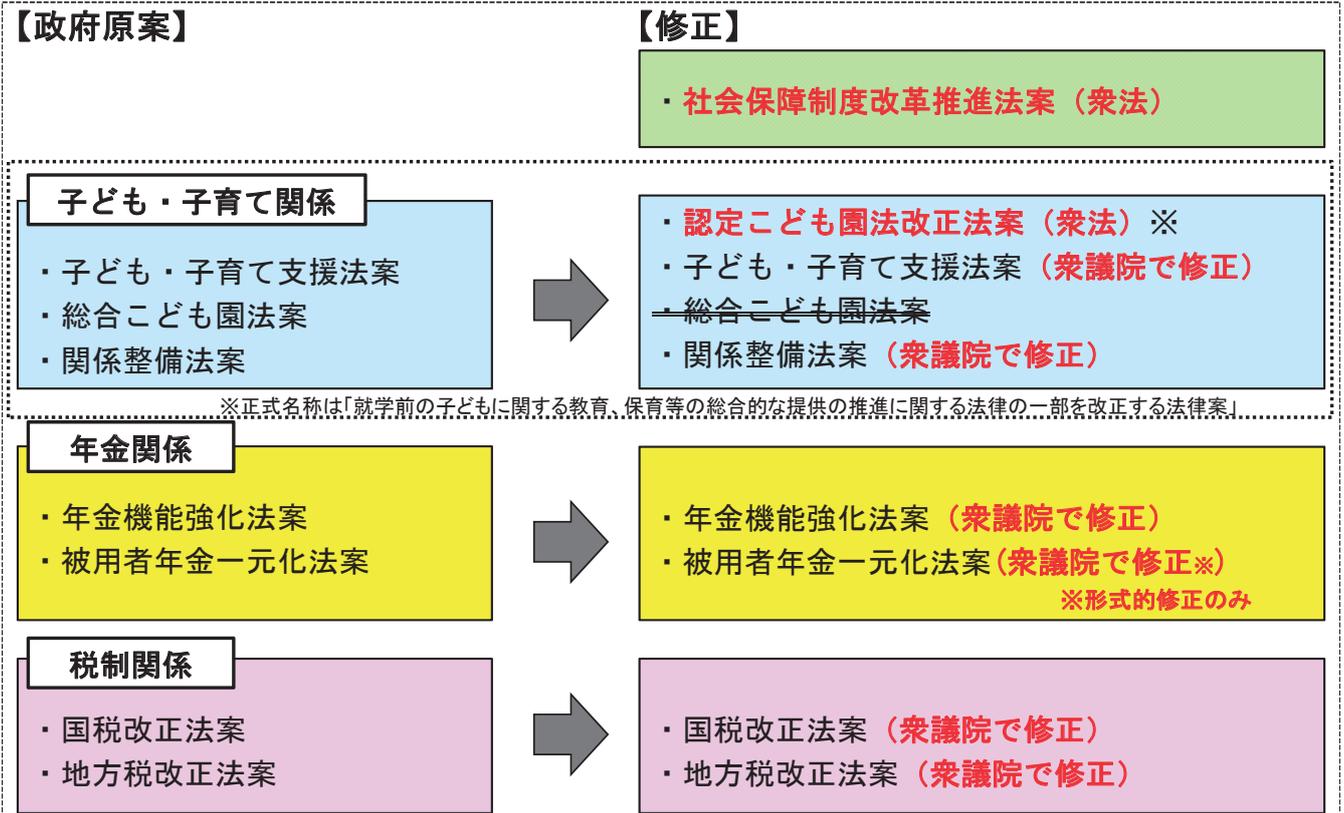
○平成23年

- 7月27日 基本制度ワーキングチームにおいて中間とりまとめ
- 7月29日 「子ども・子育て新システムに関する中間とりまとめについて」(少子化社会対策会議決定)

○平成24年

- 2月13日 基本制度ワーキングチーム「子ども・子育て新システムに関する基本制度とりまとめ」を公表
本とりまとめまでに
 - ・基本制度ワーキングチーム20回
 - ・幼保一体化ワーキングチーム9回
 - ・こども指針(仮称)ワーキングチーム6回、計35回開催
- 3月2日 「子ども・子育て新システムの基本制度について」(少子化社会対策会議決定)
- 3月30日 消費税関連法案とともに、平成24年通常国会に法案を提出
- 5月17日 衆議院社会保障と税の一体改革に関する特別委員会における審議開始
- 6月15日 社会保障・税一体改革に関する確認書(民主党・自由民主党・公明党 社会保障・税一体改革(社会保障部分)に関する実務者会合)
- 6月20日 「就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律の一部を改正する法律案(議員立法)」国会提出
- 6月22日 「子ども・子育て支援法案」と「子ども・子育て支援法及び総合こども園法の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律案」の修正案(議員修正)国会提出
- 6月26日 衆議院社会保障と税の一体改革に関する特別委員会及び衆議院本会議で3法案を可決
- 8月10日 参議院社会保障と税の一体改革に関する特別委員会及び参議院本会議で3法案を可決、成立

社会保障・税一体改革に係る3党協議に基づく修正について(全体像)



【参考】社会保障・税一体改革に関する確認書(平成24年6月15日)(子育て関連部分)

- 認定こども園法の一部改正法案を提出し、以下を措置する。
 - 幼保連携型認定こども園について、単一の施設として認可・指導監督等を一本化した上で、学校及び児童福祉施設としての法的位置づけを持たせる。
 - 新たな幼保連携型認定こども園については、既存の幼稚園及び保育所からの移行は義務づけない。
 - 新たな幼保連携型認定こども園の設置主体は、国、地方公共団体、学校法人又は社会福祉法人とする。
- 子ども・子育て支援法案については、以下のように修正する。
 - 認定こども園、幼稚園、保育所を通じた共通の給付(「施設型給付」)及び小規模保育等への給付(「地域型保育給付」)を創設し、市町村の確認を得たこれらの施設・事業について財政支援を行う。
 - ただし、市町村が児童福祉法第24条に則って保育の実施義務を引き続き担うことに基づく措置として、民間保育所については、現行どおり、市町村が保育所に委託費を支払い、利用者負担の徴収も市町村が行うものとする。
 - 保育の必要性を市町村が客観的に認定する仕組みを導入する。
 - この他、市町村が利用者支援を実施する事業を明記するなどの修正を行う。
 - 指定制に代えて、都道府県による認可制度を前提としながら、大都市部の保育需要の増大に機動的に対応できる仕組みを導入する(児童福祉法の改正)。

その中で、社会福祉法人及び学校法人以外の者に対しては、客観的な認可基準への適合に加えて、経済的基礎、社会的信望、社会福祉事業の知識経験に関する要件を満たすことを求める。

その上で、欠格事由に該当する場合や供給過剰による需給調整が必要な場合を除き、認可するものとする。

 - 地域需要を確実に反映するため、認可を行う都道府県は、実施主体である市町村への協議を行うこととする。
 - 小規模保育等の地域型保育についても、同様の枠組みとした上で、市町村認可事業とする。
- 関係整備法案については、児童福祉法第24条等について、保育所での保育については、市町村が保育の実施義務を引き続き担うこととするなどの修正を行う。
- 上記の修正にあわせて、内閣府において子ども・子育て支援法及び改正後の認定こども園法を所掌する体制を整備することなど所要の規定の整備を行う。
- その他、法案の附則に所要の検討事項を盛り込む。

子ども・子育て支援

- 認定こども園制度の改善
- 認定こども園、幼稚園、保育所を通じた共通の給付等の創設
- 地域の子ども・子育て支援の充実



より子どもを生み、
育てやすく

【主な内容】

○ 幼児期の学校教育・保育の総合的な提供

- ・ 保育所と幼稚園の良さをあわせもつ施設（幼保連携型認定こども園）の改善、移行の促進
- ・ 小学校就学前の子どもに対する学校教育や保育の給付を共通に



○ 待機児童対策を強力に推進

- ・ 認定こども園等のほか、小規模保育、保育ママなど多様な保育の充実により、質を保ちながら、保育を量的に拡大

	2012年度	2014年度末	2017年度末
3歳未満児の保育利用率	27%(86万人)	→35%(105万人)	→44%(122万人)
放課後児童クラブ	22%(83万人)	*→32%(111万人)	→40%(129万人)

(*2011年5月時点)

○ 大都市部以外でも地域の保育を支援

- ・ 子どもの数が減少傾向にある地域でも、認定こども園等のほか、保育ママなどの小規模な保育の活用などにより、子どもに必要な保育を提供（地域型保育給付の創設）

○ 家庭・地域の子育て支援を充実

- ・ 市町村が地域の声を聞きながら、子育ての相談や親子が交流する場、一時的に預かってもらえる場を増やすなど、子育て支援を充実

	2012年度	2014年度末～
地域子育て支援拠点	7,555カ所*	→10,000カ所
ファミリー・サポートセンター事業	637市町村	→950市町村

(*2011年度交付決定ベース)



子ども・子育て関連3法に基づく仕組みについて

I 基本的な考え方(ポイント)

■ 基本的な方向性

- 認定こども園制度の改善（幼保連携型認定こども園の改善）
 - ・ 幼保連携型認定こども園について、認可・指導監督の一本化、学校及び児童福祉施設としての法的位置づけ
- 認定こども園、幼稚園、保育所を通じた共通の給付（「施設型給付」）及び小規模保育等への給付（「地域型保育給付」）の創設
- 地域の子ども・子育て支援の充実（地域子育て支援拠点など）

■ 幼児期の学校教育・保育、地域の子ども・子育て支援に共通の仕組み

- 基礎自治体（市町村）が実施主体
 - ・ 市町村は地域のニーズに基づき計画を策定、給付・事業を実施
 - ・ 国・都道府県は実施主体の市町村を重層的に支える
- 社会全体による費用負担
 - ・ 国及び地方の恒久財源の確保を前提
- 政府の推進体制
 - ・ 制度ごとにバラバラな政府の推進体制を整備
- 子ども・子育て会議の設置
 - ・ 有識者、地方公共団体、事業主代表、労働者代表、子育て当事者、子育て支援当事者等（子ども・子育て支援に関する事業に従事する者）が、子育て支援の政策プロセス等に参画・関与することができる仕組みとして子ども・子育て会議を設置
 - ・ 市町村等の合議制機関の設置努力義務



II 給付・事業

○ 子ども・子育て支援給付

- ・ 施設型給付＝認定こども園、幼稚園、保育所
- ・ 地域型保育給付＝小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育等
- ・ 児童手当

○ 地域子ども・子育て支援事業

- ・ 利用者支援、地域子育て支援拠点、一時預かり等
- ・ 延長保育、病児・病後児保育事業
- ・ 放課後児童クラブ・妊婦健診等

III 認可制度の改善

- 大都市部の保育需要の増大に機動的に対応できる仕組みを導入
 - ・ 社会福祉法人及び学校法人以外の者に対しては、客観的な認可基準への適合に加えて、経済的基礎、社会的信望、社会福祉事業の知識経験に関する要件を満たすことを求める
 - ・ その上で、欠格事由に該当する場合や供給過剰による需給調整が必要な場合を除き、認可するものとする
- 小規模保育等の地域型保育についても、同様の枠組みとした上で、市町村認可事業とする

新たな幼保連携型認定こども園

○ 学校教育・保育及び家庭における養育支援を一体的に提供する施設とする。

※ ここで言う「学校教育」とは、現行の学校教育法に位置付けられる小学校就学前の満3歳以上の子どもを対象とする教育（幼児期の学校教育）を言い、「保育」とは児童福祉法に位置付けられる乳幼児を対象とした保育を言う。以下同じ。

ア 満3歳以上児の受入れを義務付け、標準的な教育時間の学校教育を提供。

また、保育を必要とする子どもには、学校教育に加え、保護者の就労時間等に応じて保育を提供。

イ 保育を必要とする満3歳未満児については、保護者の就労時間等に応じて保育を提供。

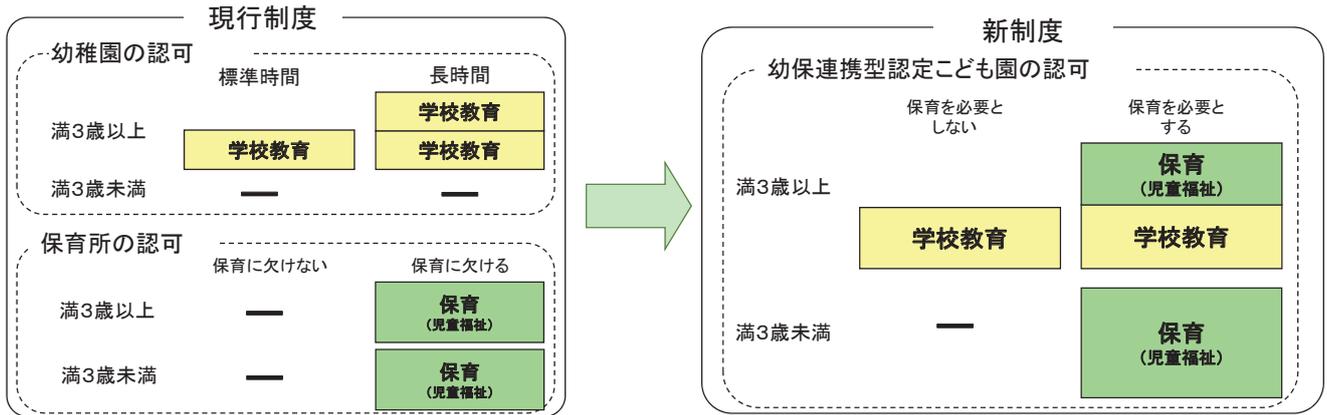
※ 満3歳未満児の受入れは義務付けないが、満3歳未満児の受入れを含め、幼保連携型認定こども園への移行を促進する。

○ 学校教育、児童福祉及び社会福祉の法体系において、学校、児童福祉施設及び第2種社会福祉事業として位置づける。

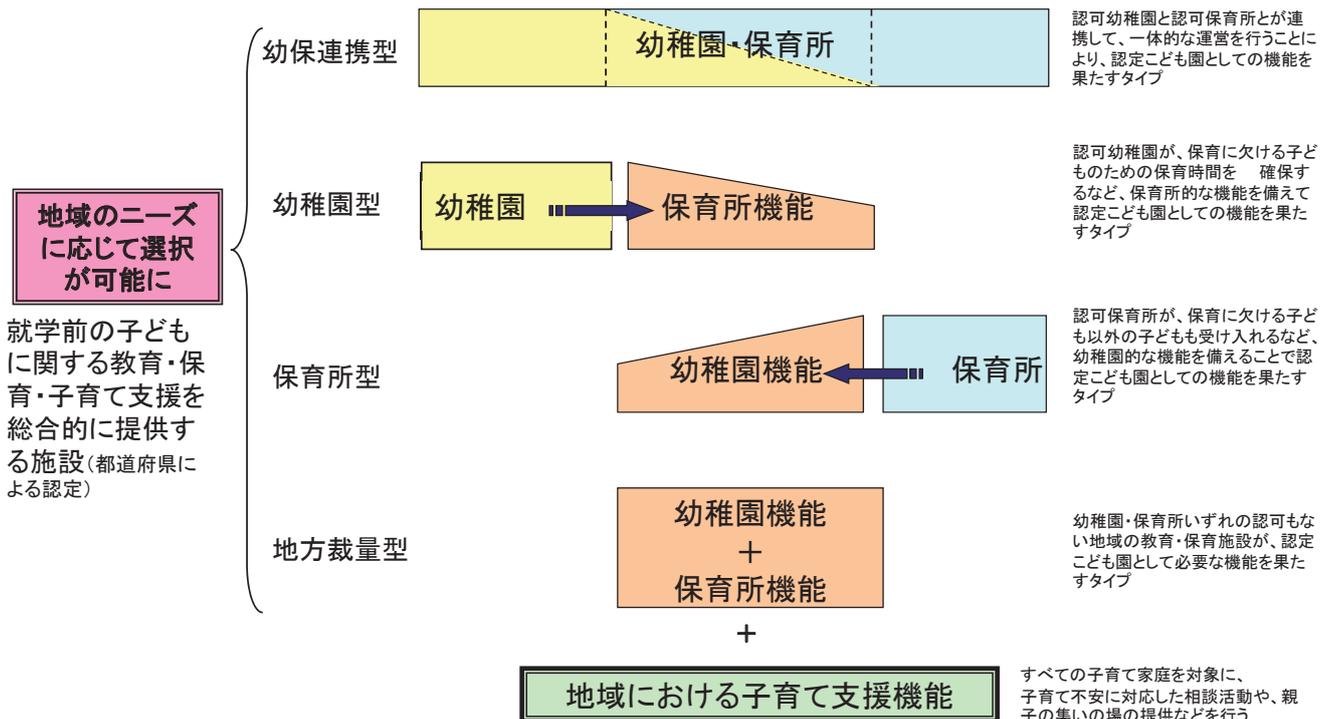
※ 幼保連携型認定こども園は、幼稚園と同様に、小学校就学前の学校教育を行う学校であることを明確にする。

※ 幼保連携型認定こども園は、小学校就学前の学校として、小学校教育との連携・接続が必要であることについて明確にする。

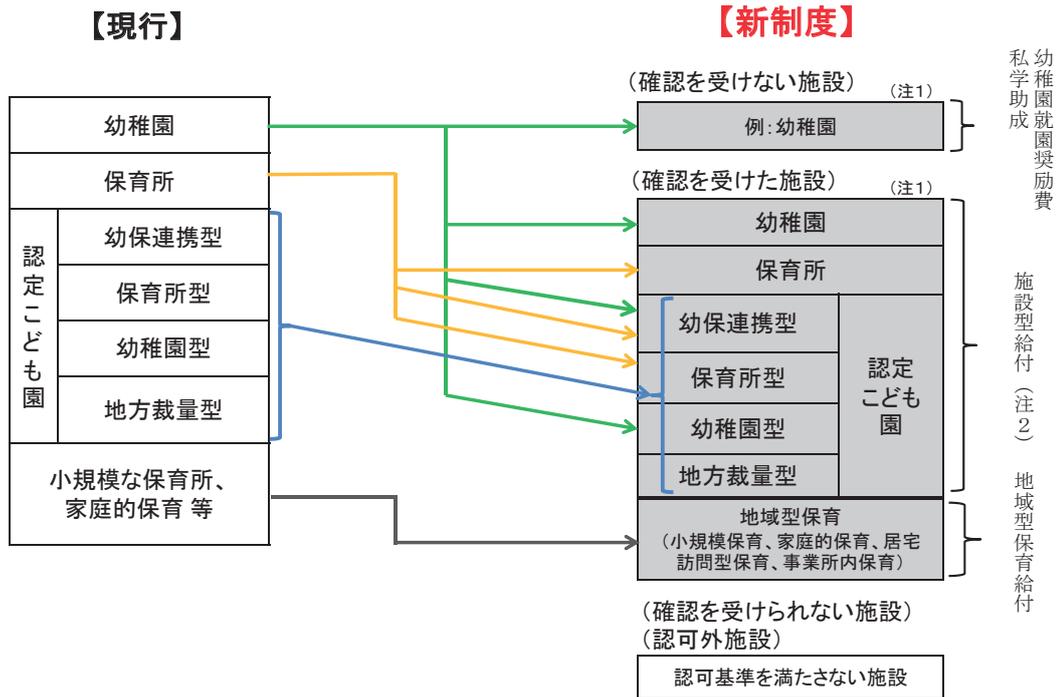
○ 幼保連携型認定こども園の設置主体は、国、地方公共団体、学校法人又は社会福祉法人とする。（既存の幼稚園及び保育所からの移行は義務づけない。）



【参考】現行の認定こども園の類型



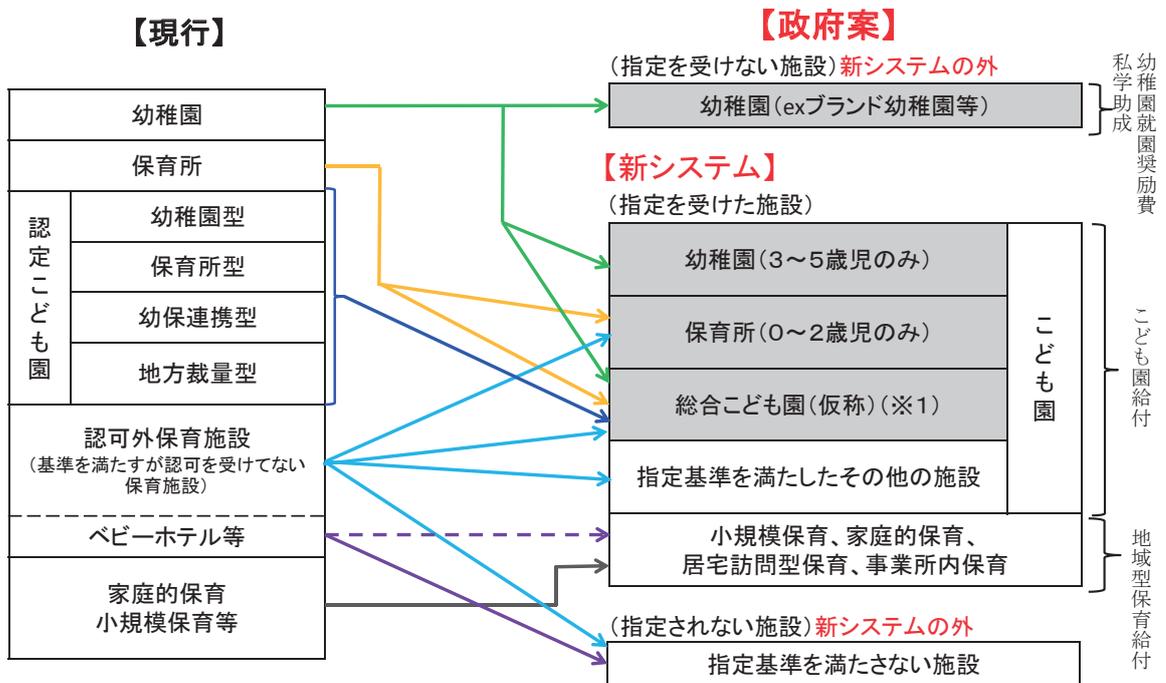
新制度への移行イメージ



注1) 網掛けは認可、認定施設

注2) 私立保育所については、現行どおり市町村が保育所に委託費を支払い、利用者負担の徴収も市町村が行う。

【参考】3党合意に基づく修正前の政府案の移行イメージ

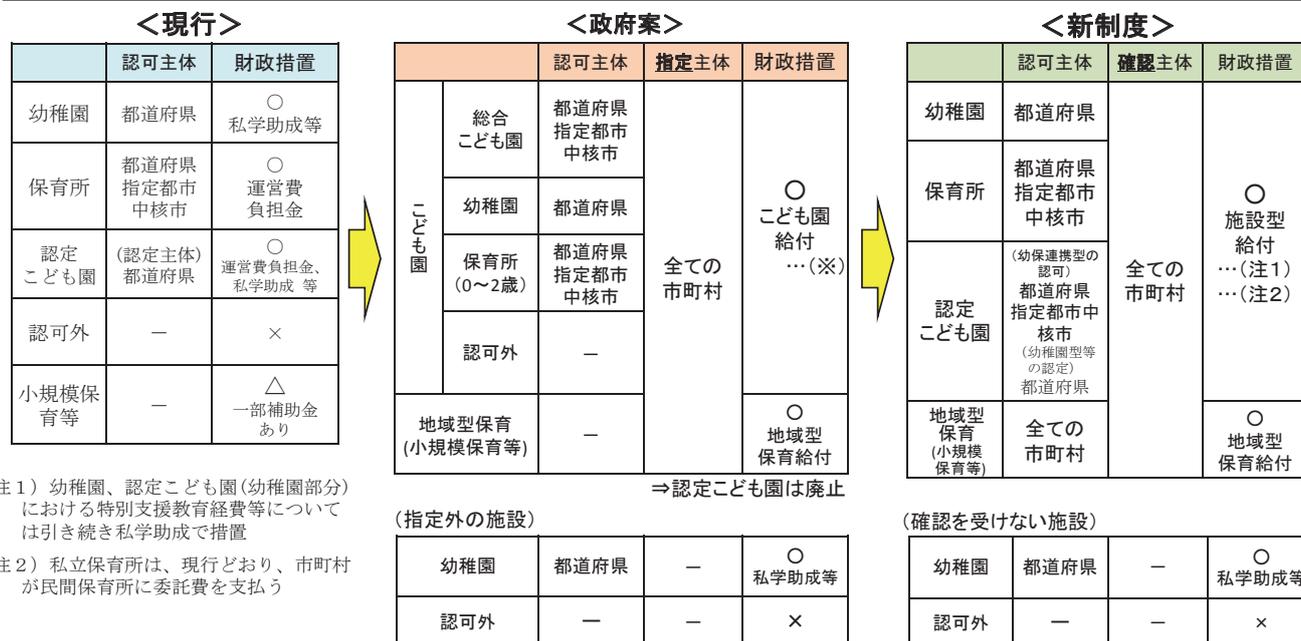


※1) 総合こども園(仮称): 学校教育と保育及び養育の支援を一体的に提供する施設

※2) 網掛けは認可施設(幼稚園、保育所は現行の認可基準。総合こども園(仮称)は新たに認可基準を設ける)

「認可」・「指定」・「確認」と財政措置

- 「認可」は、事業の適正性を担保するためのもの(法人の認可とセット)。事業内容が不適正の場合、行政命令の対象
⇒現行の財政措置は、認可施設を前提
- 「指定」は、政府案で導入される予定であった制度
⇒市町村の「指定」を受けた施設・事業が財政措置の対象
- 「確認」は、新制度案で導入される制度
⇒市町村の「確認」を受けた施設・事業が財政措置の対象



注1) 幼稚園、認定こども園(幼稚園部分)における特別支援教育経費等については引き続き私学助成で措置

注2) 私立保育所は、現行どおり、市町村が民間保育所に委託費を支払う

給付と事業について(新制度ベース)

【子ども・子育て支援給付】 (個人に対する給付として実施するもの)

■ 児童手当

■ 施設型給付

- ・市町村の確認を受けた教育・保育施設に支給(法定代理受領)
- ※教育・保育施設: 認定こども園、幼稚園、保育所
- ※私立保育所については、現行どおり市町村が保育所に委託費を支払うものとする

■ 地域型保育給付

- ・市町村の確認を受けた地域保育事業に支給(法定代理受領)
- ※地域型保育事業: 小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育

【地域子ども・子育て支援事業】 (市町村の事業として実施するもの)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ①地域子育て支援拠点事業 ②一時預かり ③乳児家庭全戸訪問事業 ④養育支援訪問事業その他要支援児童、要保護児童等の支援に資する事業 ⑤ファミリー・サポート・センター事業 ⑥子育て短期支援事業 ⑦延長保育事業 | <ul style="list-style-type: none"> ⑧病児・病後児保育事業 ⑨放課後児童クラブ ⑩妊婦健診 ⑪実費徴収に係る補足給付を行う事業 ⑫多様な主体が新制度に参入することを促進するための事業(例:特別支援教育に関する支援等) ⑬利用者支援事業(例:子ども及び保護者からの給付・事業の利用に関する相談事業) |
|---|---|

国と地方の負担割合の基本的な考え方について

○ 国と地方の負担割合は、国と地方の役割分担に応じて設定する

- ① 児童手当については、全国一律の現金給付であることから、国：地方＝2：1とする（「児童手当法一部改正法」のとおり）
- ② 現物サービスのうち、個人給付である施設型給付や地域型保育給付は、国と地方の共同責任という観点から、国が義務的に支出すべき経費であることを踏まえ、介護給付や障害者自立支援給付と同様に、国：地方＝1：1とする
- ③ 現物サービスのうち、地域の実情に応じて実施される市町村事業については、地方の役割や現行の事業を踏まえ、国：地方＝1：2とする
- ④ なお、国と地方の現行の負担水準を変更しないこととする。このため、標準時間利用についての施設型給付は、私学助成に係る現行の地方単独事業を踏まえ、地方単独事業（都道府県：市町村＝1：1）を一部設ける

給付と事業の新旧イメージ

【現行】

項目	性格	負担割合
児童手当	負担金	国2/3, 県1/6, 全市町村1/6(※1)
認可保育所(※2)	負担金	・国1/2, 県1/4, 一般市町村1/4 ・国1/2, 指定都市中核市1/2
幼稚園(私学助成)(※2)	補助金	県の助成に対し、 国が定額補助
幼稚園就園奨励費	補助金	・国1/3, 市町村(特別区以外) 2/3 ・国1/4, 特別区 3/4
事業所内保育	補助金	国1/3～2/3, 直接事業主に助成等
児童育成事業費補助金 ・家庭的保育	補助金	・事業主1/3, 県1/3, 一般市町村1/3 ・事業主1/3, 指定都市中核市2/3
児童育成事業費補助金 ・延長保育(※2) ・病児・病後児保育 ・放課後児童クラブ	補助金	・事業主1/3, 県1/3, 全市町村1/3 ・事業主1/3, 指定都市中核市2/3
子育て支援交付金 ・地域子育て支援拠点 ・一時預かり 等	補助金	国1/2, 全市町村1/2
妊婦健診 (上段9回分、下段5回分)	補助金	国1/2, 全市町村1/2
		全市町村10/10

【新制度】

項目	性格	負担割合	備考
児童手当	負担金	国2/3, 地方1/3	
(市町村の確認を受けた施設に給付)			
施設型給付 ・・・(※4)	負担金	国1/2, 地方1/2 ・・・(※3)	・児童手当、施設型給付、地域型保育給付、市町村事業のそれぞれの給付・事業の性格に応じ、法令上・予算上区分して国庫負担・国庫補助を実施
地域型保育給付			
地域子ども・子育て支援事業	補助金	国1/3, 地方2/3	・これらの国庫負担金及び国庫補助金を「子ども・子育て包括交付金(仮称)」と総称する

※3 公立施設に対する施設型給付は、全市町村が10/10負担

※4 私立保育所については、市町村が保育所に委託費を支払う負担割合は、国1/2, 地方1/2

※1 被用者の3歳未満（所得制限額未満）は7/15を事業主が負担。公務員分は所属庁負担。

※2 公立保育所、公立幼稚園、延長保育（公立）は全市町村が10/10負担

私学助成、幼稚園就園奨励費	補助金	・確認を受けた幼稚園、認定こども園(幼稚園部分)における特別支援教育等については、引き続き私学助成で措置 ・確認を受けない幼稚園がある場合は、引き続き私学助成等で措置
---------------	-----	--

安定財源の確保

○ 社会保障・税一体改革に関する確認書(社会保障部分) (抄)

(平成24年6月15日 民主党・自由民主党・公明党 社会保障・税一体改革(社会保障部分)に関する実務者間会合)

二. 社会保障改革関連5法案について

(1) 子育て関連の3法案の修正等

⑤ その他、法案の附則に以下の検討事項を盛り込む。

○ 政府は、幼児教育・保育・子育て支援の質・量の充実を図るため、安定財源の確保に努めるものとする。

⑥ 幼児教育・保育・子育て支援の質・量の充実を図るため、今回の消費税率の引き上げによる財源を含めて1兆円超程度の財源が必要であり、政府はその確保に最大限努力するものとする。

○ 子ども・子育て支援法案(修正案)

附 則

(財源の確保)

第3条 政府は、教育・保育その他の子ども・子育て支援の量的拡充及び質の向上を図るための安定した財源の確保に努めるものとする。

子ども・子育て支援の充実のための約0.7兆円の内訳

子ども・子育て支援の充実：約0.7兆円

* 子ども・子育て関連3法案に基づく仕組みは、消費税8%段階施行時に先行実施、消費税10%段階施行時に本格実施することを想定。

◎ 約0.4兆円

: 最優先課題である待機児童解消等のため、保育等の量を拡充するために要する費用

【内訳】

* 子ども・子育てビジョン(H22.1閣議決定)ベースで算定
(ピークはH29年度末)

◇ 認定こども園・保育所・幼稚園 ±約0.3兆円

・ 3歳未満児の保育利用数 H24年度 86万人 → H29年度末 122万人
* 3歳未満児保育の利用率 H24年度 27% → H29年度末 44%
(H23.4.1時点の3歳未満児の利用率 24%)

・ 平日昼間の保育利用児童数 H24年度 225万人 → H29年度末 265万人

◇ 放課後児童クラブ ±約0.01兆円

・ 放課後児童クラブの利用児童数 H24年度 83万人(*) → H29年度末 129万人
* 1-3年生の利用児童利用率 H24年度 22%(*) → H29年度末 40%
* H23.5時点ベース

◇ その他 ±約0.1兆円

・ 病児・病後児保育 +0百億円
H24年度 144万日 → H29年度末 200万日
・ 延長保育 +1百億円
H24年度 89万人 → H29年度末 103万人
・ 地域子育て支援拠点 +0百億円
H24年度 7,555カ所(*) → H29年度末 10,000カ所 * H23交付決定ベース
+約10百億円
・ 一時預かり H24年度 365万日(*) → H29年度末 5,755万日 * H23交付決定ベース
・ グループケア(児童養護施設等) +0百億円
H24年度 743カ所 → H29年度末 800カ所

◎ 約0.3兆円

: 職員配置基準の改善をはじめとする保育等の質の改善のための費用。

【参考】 質の改善として想定している主な内容

- ① 0~2歳児の体制強化
 - ・ 幼稚園による0~2歳児保育への参入促進など
- ② 幼児教育・保育の総合的な提供に向けた質の改善
 - ・ 3歳児を中心とした配置基準の改善
 - ・ 病児・病後児保育や休日保育等の職員体制の強化 など
- ③ 総合的な子育て支援の充実
 - ・ 地域の子育て支援拠点における子育て支援コーディネーターによる利用者支援の充実 など
- ④ 放課後児童クラブの職員体制の強化
- ⑤ 社会的養護の職員体制の強化

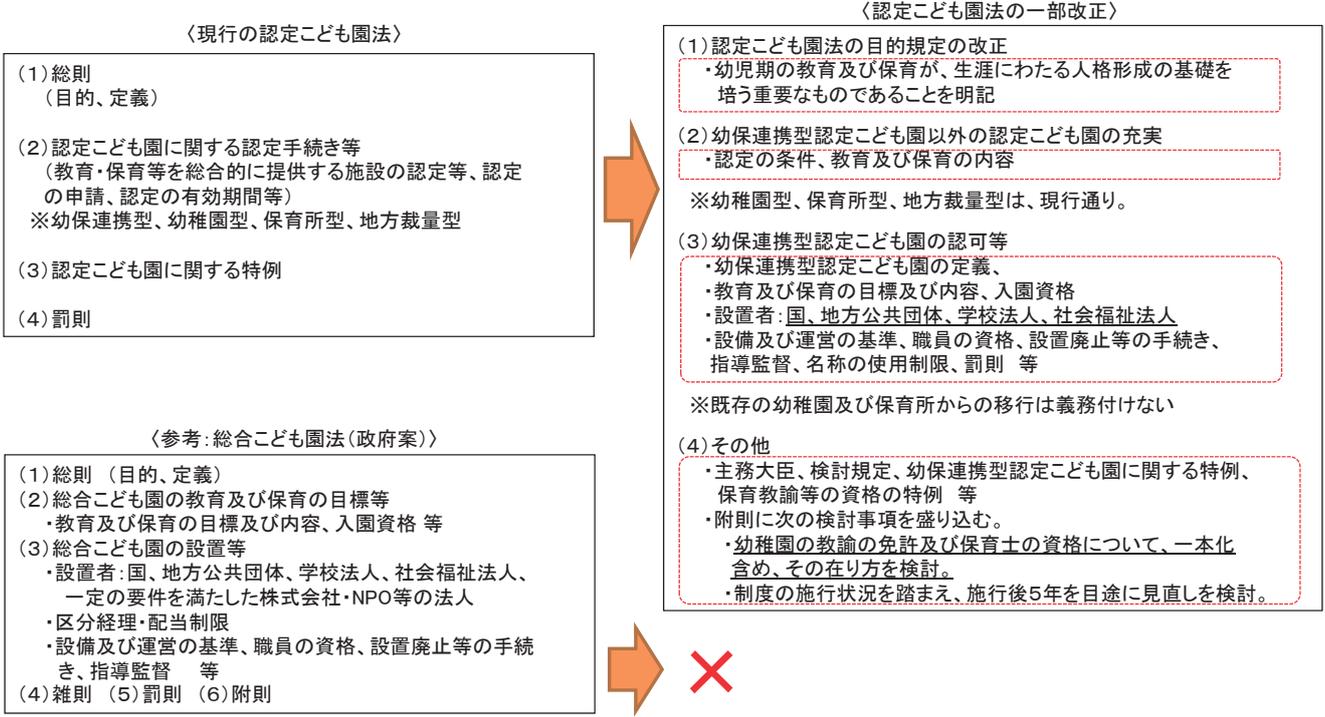
※ 個々の具体的な金額については、優先順位をつけながら、地域の実態等を踏まえ今後検討。

* 子ども・子育てビジョンでH26年度末の目標値としているものは、H29年度末においても同水準と仮定して試算。

* H24.1の将来人口推計ベース

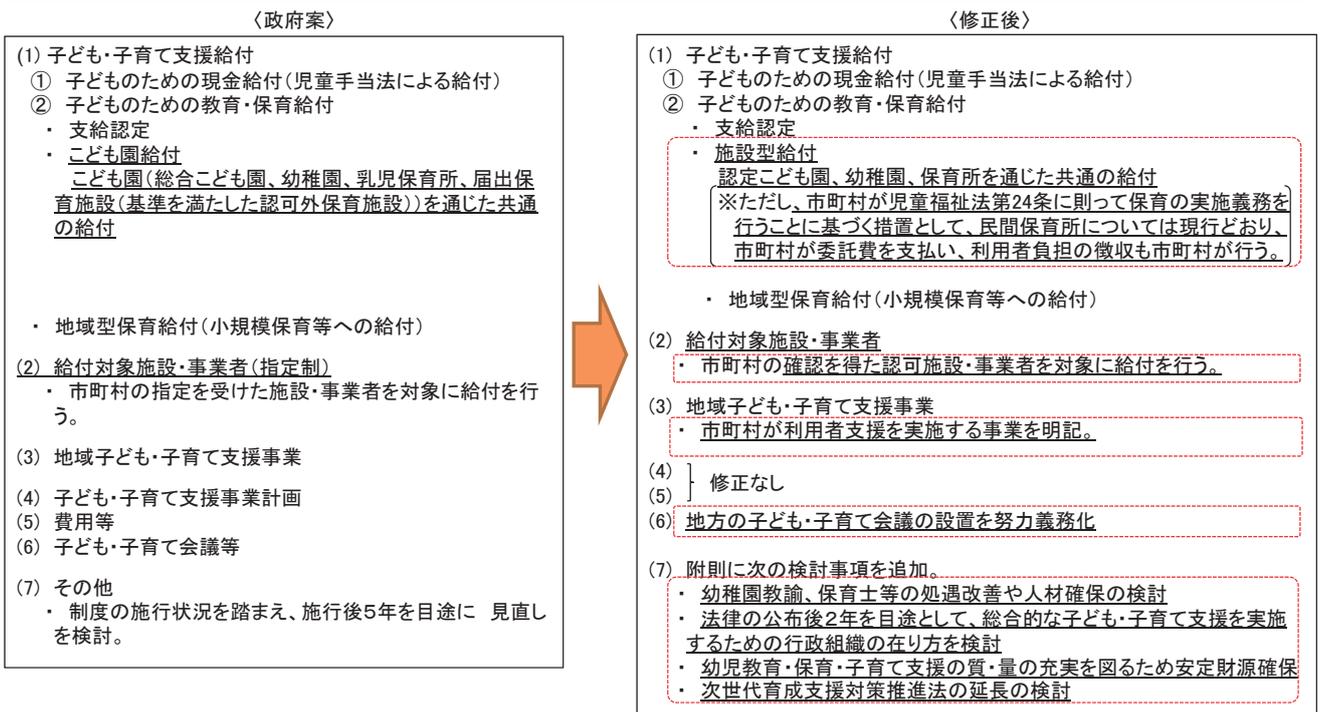
【参考】認定こども園法の一部改正のポイント

- 認定こども園の課題である、二重行政を解消するもの。
- 認定こども園法の一部改正により、幼保連携型認定こども園について、単一の施設として認可・指導監督等を一本化した上で、学校及び児童福祉施設としての法的な位置づけをもたせるための修正を行う（既存の幼稚園及び保育所からの移行は義務付けない。）。
- また、新たな幼保連携型認定こども園の設置主体は、国、地方公共団体、学校法人又は社会福祉法人とする。



【参考】子ども・子育て支援法の修正のポイント

- 認定こども園、幼稚園、保育所を通じた共通の給付や小規模保育等への給付を創設し、給付・事業に対する共通の財政支援の仕組みを作る。
- 上記を前提に、①認定こども園、幼稚園、保育所を通じた共通の給付を創設、②指定制に代えて、市町村の確認を得た認可施設等を対象に給付、③市町村が利用者支援を実施する事業を明記、④保育士等の処遇改善・行政組織の在り方・安定財源の確保・次世代育成支援対策推進法の延長についての検討規定を盛り込むための修正を行う。



【参考】子ども・子育て支援法及び認定こども園法改正法の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律(議員修正後)のポイント

○ 関係整備法については、児童福祉法について①児童福祉法第24条等について、保育所での保育については、市町村が保育の実施義務を引き続き担うこととする、②指定制に代えて都道府県の認可制度を前提としながら、大都市部の保育需要の増大に機動的に対応できる仕組みを導入すること、③小規模保育等を市町村認可事業とすること、④その他所要の規定の整備などを行うための修正を行う。

〈政府案〉

〈修正後〉

- (1) 認定こども園法の廃止
 - (2) 児童福祉法の一部改正
 - ① 各事業の定義の明記
 - ・ 保育所は満3歳未満児を保育する施設
 - ※満3歳以上を保育する保育所は総合こども園に移行
 - ② 児童福祉法第24条の改正
 - ・ 市町村の保育の提供体制の確保義務
 - ・ 利用のあっせん・要請
 - ・ 待機児童がいる市町村が利用調整
 - ・ 虐待等の入所の措置
 - ③ 保育所の認可
 - ④ 小規模保育等の届出
- 等
- (3) 内閣府設置法の改正
 - ・ 総合こども園法に関する事務、子ども・子育て支援法に関する事務を所掌事務に追加。
 - (4) その他所要の改正



- (1) 認定こども園法の廃止規定の削除
 - (2) 児童福祉法の一部改正
 - ① 各事業の定義の明記
 - ・ 保育所は乳児・幼児(0～5歳児)を保育する施設
 - ② 児童福祉法第24条の改正
 - ・ 保育所での保育は、市町村が保育の実施義務を担う(現行どおり)
 - ・ 小規模保育等の提供体制の確保義務
 - ・ 利用のあっせん、要請
 - ・ 待機児童がいる市町村が利用調整
 - ※当分の間は全市町村が利用調整を実施
 - ・ 虐待等の入所の措置(あっせん、要請等で入所ができない場合の措置を追加)
 - ③ 保育所の認可制度の改正
 - ・ 大都市部の保育需要の増大に機動的に対応できるよう改正
 - (i) 社会福祉法人及び学校法人以外の者に対しては、客観的な認可基準への適合に加えて、経済的基礎、社会的信望、社会福祉事業の知識経験に関する要件を満たすことを求める。
 - (ii) その上で、欠格事由に該当する場合や供給過剰による需給調整が必要な場合を除き、認可するものとする。
 - ④ 小規模保育等の認可を規定
 - ・ 小規模保育等について、市町村が認可する仕組みを規定
(規定内容は保育所の認可と同様)
- (3) 内閣府設置法の改正
 - ・ 認定こども園法に関する事務、子ども・子育て支援法に関する事務を所掌事務に追加。
 - (4) その他所要の改正

第2章 子育ての社会化と財政負担

沼尾 波子（日本大学経済学部 教授）

家族やコミュニティ等の共同体機能が低下する中で、これまで無償労働によって支えられてきた介護や子育てを、社会全体で支える仕組みが必要になっている。保育サービスについても「保育に欠ける子ども」への限定的・選別的給付要件が外れることとなり、普遍的なサービス給付が打ち出された。

しかし、普遍性の名のもとに、増大する待機児童数への対応として保育所整備を進めれば、財政支出の肥大化を生む。認可保育所の場合、ゼロ歳児1人につき月額50万円程度の費用がかかるとされ、保育所整備は支出増加とその硬直化を生む。さらに、施設整備が新たな需要を掘り起こすことにもなり、保育所定員が増えても、待機児童数はなかなか減少しない。

高齢者介護の領域では、介護保険制度導入を通じて介護の社会化が図られたが、これは介護の「外部化」ないし「市場化」ともいえる状況をもたらした。ケアマネジャーの策定するプランに基づいた給付が行われるが、プランにあるサービスが本当に必要なのかどうかについての判断は難しい面もある。事業者の策定するプランが財政支出の増大をもたらすとの指摘もあり、真に必要なサービス水準と費用負担について、合意を図る仕組みが必要である。

子育て支援の領域でも同様の事態が生じる可能性がある。保育所整備を進めれば、子育ての外注化につながる可能性もあり、また財政支出も増大する。多様なライフスタイルに対応でき、親の育児の側面支援となりうるようなサービス供給を考えることが必要である。そのためには、住民の真のニーズをくみ取り、個々の事情に応じた対応を図ることが必要となる。

大分市では、子育て支援サイト naana（なあな）を運営する。子育てに関するあらゆる情報掲載のほか、SNSを立ち上げ、子育てに関する相談や意見を自由に書き込み、交流できる場を構築した。行政情報のみならず、民間事業者や子育てサークルなどの情報もすべて掲示され、かつ意見交換もできることから、利用者を増やしている。行政はここでの書き込みなどから住民の真のニーズをくみ上げ、それを施策に反映することに取り組んでいる。また新潟県上越市の24時間の一時保育施設や、静岡市の待機児童園など、行政が、必要に応じて子供を預けられる体制を整備する動きもみられる。

限られた財源を効果的に活用し、普遍的な子育て支援を行なおうとすれば、子育て世帯が必要とする様々なサービス・ニーズについて把握し、それに見合ったサービスを効果的に提供することが求められる。

2012年8月24日

地方行財政ビジョン研究会

「子育ての社会化」と財政負担

日本大学 沼尾 波子

1. はじめに

- 子ども・子育てをとりまく行政サービスは、社会的弱者としての「保育に欠ける子ども」を対象とした福祉政策の一環として捉えられてきた。
- 家族構造の変容、女性の社会進出などにより、これまで家族や地域で担っていた「ケア」の領域が「社会化」される動き
- 「社会化」とは何か、それに伴う財政支出の増大にどう対応するか。

Cf.神野直彦『財政学』有斐閣

家族やコミュニティといった社会システムにおける共同体機能が急速に低下
家族やコミュニティの無償労働によって支えられてきた介護や子育てを社会全体で支える仕組みの必要性
⇒貧困者に限定される選別的サービスではなく、誰もが普遍的に享受するユニバーサルサービス

2. 「ユニバーサルサービス」としての子育て支援

- ・子ども手当（児童手当）に対する所得制限
- ・秋田県「子育て支援税制」（個人住民税超過課税による子育て支援財源の確保）案
2009年度導入を目指す⇒条例制定ならず
- ・待機児童対策としての保育所整備と財政支出
(ex.ゼロ歳児保育：月額40-50万円)

3. 介護の社会化

- 高齢者介護における「介護の社会化」（2000年介護保険制度導入）
「国民協同連帯の理念の基づき、社会全体で介護を必要とする者の介護を支える新たな仕組み」（1997年厚生省通達「介護保険法の施行について」）
→市町村を基本とした保険制度の創設
 - 介護の「社会化」の意味
 - ・サービス供給量や利用者の増加をもって、社会化の進捗状況が測られることが多い
 - ・社会化の要素：労働、費用、管理・責任
- (藤崎宏子「介護の社会化」——その問題構成『法律時報』78巻11号2006年)

4. 介護の社会化と財政支出

- 「介護の社会化」がもたらしたもの（⇒「権利性」に基づくサービス利用）
 - ・民間事業者の参入によるサービス提供。（供給コントロールの限界）
 - ・ケアマネージャーによるケアプランの策定により、サービス利用量決定（需要コントロールの限界）
 - ・要介護認定結果から、利用できるサービスとその上限額が決定。具体的な利用サービスの内容は、利用者とケアマネージャーの相談で決定。
 - ・自治体（保険者）として、需要把握と供給コントロールについて、保険財政をにらみつつ、実施しているケースは限定的。
- ⇒「介護の外部的」「介護の市場化」←財政支出を踏まえたコントロールは後追い
 - ・導入から数年の間に、「要支援」「要介護1」家事援助サービスの利用者が増大
- ⇒介護保険財政の膨張、保険料上昇への懸念
 - ・2006年度～ 「介護の社会化」⇒「自立支援」へ

○「子育ての社会化」

『国民生活白書』（平成17(2005)年度版）より

子育てには総合的な支援が必要

- ・所得格差を固定化させないこと
- ・子育てを支援する多様なサービスが十分かつ安価に供給されること
- ・子育てにおける心理的な孤立や負担感を軽減していくこと

「子育ての社会化」が期待される

こうした支援のほかに、子育て世代の親世代は、子育て世代に対して子育てが辛くて難しいことばかりではなく、楽しく充実感が得られることを積極的に伝えていくことが期待される。そして、親世代だけでなく、同世代の友人、あるいは会社の同僚、近隣に住む人々など、社会全体で何らかの子育てに参加する、あるいはそれができる仕組みを構築していくことが望まれる。子育てが家族の責任だけで行われるのではなく、社会全体によって取り組む、「子育ての社会化」が重要である。

また、公的部門を通じた世代間移転をみると、年金財政などを通じて現在の子育て世代は負担超過となっていることから、税や社会保障の負担と給付のバランスを是正していくことが必要である。そのためには、子育て関連施策を総合的にとらえて拡充し、子育てにかかる個人の経済的な負担を軽減していくことが必要である。

参考：

前原寛『子育て支援の危機—外注化の波を防げるか—』（創成社、2008年）

「子育て支援」の名の下、「社会全体で子育てを担うのではなく、社会の一部が子育て

てをやってくれるという意識」が進み、「子育ての負担を母親から保育園へ転換するという政策」が展開された。(=「子育ての外注化」)

子育て支援：保護者と子どもが、ともに生活する存在としてある、それを社会のシステムがサポートすること

汐見稔幸『親子ストレス—少子社会の「育ちと育て」を考える』平凡社、2000年
・社会的支援が親の育児への「側面支援」であるという原則をキープする限り、社会の育児能力の充実が、個々の親の育児能力の発達にリンクしていく(=支え合い)
⇒保育所開所時間の延長や乳幼児保育の拡充は、女性の(夜間)労働力を確保するための施策にしかっていない。

※親の育児に対する当事者意識

※社会を構成する様々な主体の子育てへの「参加」(費用負担・支援等)を促す仕組みづくりが必要

5. 「社会化」のしくみづくり

○子育てを支援する地域のネットワーク構築

・大分市子育て支援サイト **naana** (なあな)

大分市がネット空間で子育て支援に関する情報提供のほか、コミュニティづくり、情報交換、友達づくりのプラットフォームを構築。ワンストップ。

○子育て支援に関するニーズとサービス供給量の把握

⇒次世代育成支援地域行動計画(2005年度～)

待機児童数の把握⇒保育所整備

Cf. 国への目標値の提出

(1) 定期的な保育等事業として①通常保育事業、②延長保育事業、③休日保育事業、④夜間保育事業、⑤放課後児童健全育成事業、⑥子育て短期支援事業(=トワイライトステイ)

(2) 一時預かり型事業として⑦乳幼児健康支援一時預かり事業(病後児保育)(派遣型)、⑧同(病後児保育)(施設型)、⑨子育て短期支援事業(ショートステイ)、⑩一時保育事業、⑪特定保育事業

(3) 居宅において児童の養育を支援する事業として⑫ファミリー・サポート・センター事業

(4) 保護者からの相談に応じ、情報の提供及び助言を行う事業として⑬地域子育て支援センター事業、⑭つどいの広場事業

Cf.介護保険事業計画

- ・ニーズ把握、サービス供給量の把握と確保 ⇒ 財政見通し

⇒ニーズ把握の方法への課題

- ・利用者にニーズを尋ねる場合、手持ちの情報に基づく回答
- ・人口推計から、ニーズを線形に延長して考えるという大まかな見通し
- ・財政負担とは切り離された調査

○状況に応じて臨機応変に、必要に応じて利用できるサービス

(融通の利く制度) ⇔コスト高

- ・24時間一時預かり保育

上越市 ファミリーヘルプ保育園 (公立での24時間一時預かり保育)

(・待機児童保育

静岡市 待機児童園「おひさま」(待機児童が保育所に入れるまでの間の預かり))

○待機児童数に基づく保育所の増設

- ・待機児童の実態 (都心部の公立保育所は、「共働きフルタイム就労、援助者なし」が事実上の入園要件)
- ・保育所整備により、待機児童は減少していない。(掘りおこし効果)
- ・保育所整備により、少子化に歯止めがかかっているともいえない。
- ・保育所整備により、保育に要する歳出は増大

⇒ニーズ把握と財政負担

6. むすびにかえて

○子どもは社会で育てるといふ、「子育ての社会化」について、費用負担を含め、国民全体での合意形成が必要

○「社会化」の名のもとに、家族から社会への「外注化」が進めば、公的負担の増大への対応は必須

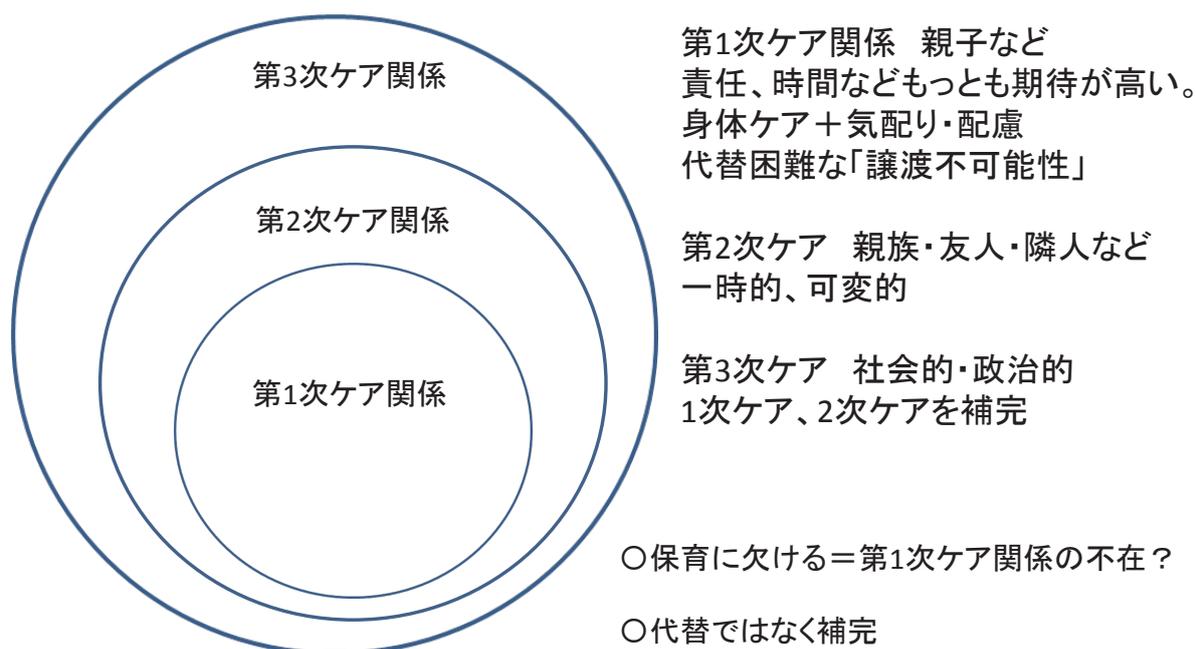
○社会全体で子どもと子育てを支える柔軟なネットワークづくりが必要

以 上

子育ての社会化と財政負担 (資料)

沼尾波子(日本大学)

ケア関係の同心円(Lynch)



Douliaの原理(Kittay)

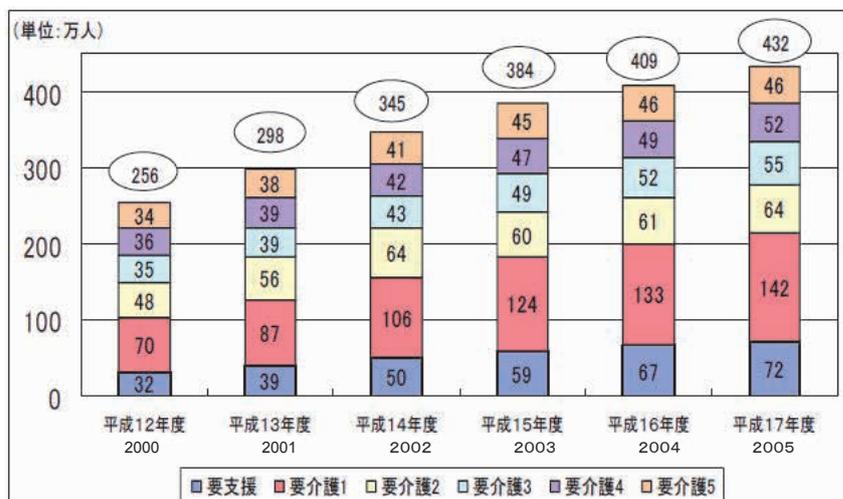
出産直後の母親を支える産婆の存在(Doula)

産後の母親は産婆に支えられることによってはじめて、自分の子どものケアに携わることが可能となる。

肉体的にも精神的にも自分自身を枯渇させることなく、さらには自分がもっている多様な社会資源を枯渇させることなく、ケアに従事できるように、介護者に支援を行うことは、公的責任である。

介護保険(1期～2期)の利用状況

- 要介護認定者数 ～「要支援」「要介護1」が急速に増加
 ⇔ 保険料負担が生じたこともあり、可能であれば一定のサービスを受けたいという高齢者が急増。



区分	17年度構成比	12年度からの増加率
合計	100%	69%
要介護5	10.8%	36%
要介護4	12.1%	43%
要介護3	12.8%	56%
要介護2	14.9%	33%
要介護1	32.9%	103%
要支援	16.6%	123%

厚生労働省資料より

	各年4月末時点									
	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年
要支援1	290,923	319,595	398,322	504,835	601,258	673,542	58,678	527,027	551,720	574,997
要支援2	—	—	—	—	—	—	45,414	521,549	629,071	661,881
経過的要介護	—	—	—	—	—	—	654,952	39,557	1,460	0
要介護1	551,134	709,493	890,772	1,070,191	1,252,269	1,332,078	1,386,738	876,240	769,388	788,133
要介護2	393,691	489,560	571,012	640,574	594,806	614,040	651,370	755,749	806,110	822,691
要介護3	316,515	357,797	393,646	430,709	492,195	527,329	560,602	652,255	711,337	737,951
要介護4	338,901	365,352	393,783	423,846	478,585	496,616	524,989	547,175	578,873	589,512
要介護5	290,457	340,662	381,472	414,169	455,021	464,550	465,350	488,753	500,255	514,758
合計	2,181,621	2,582,459	3,029,007	3,484,324	3,874,134	4,108,155	4,348,093	4,408,305	4,548,214	4,689,923

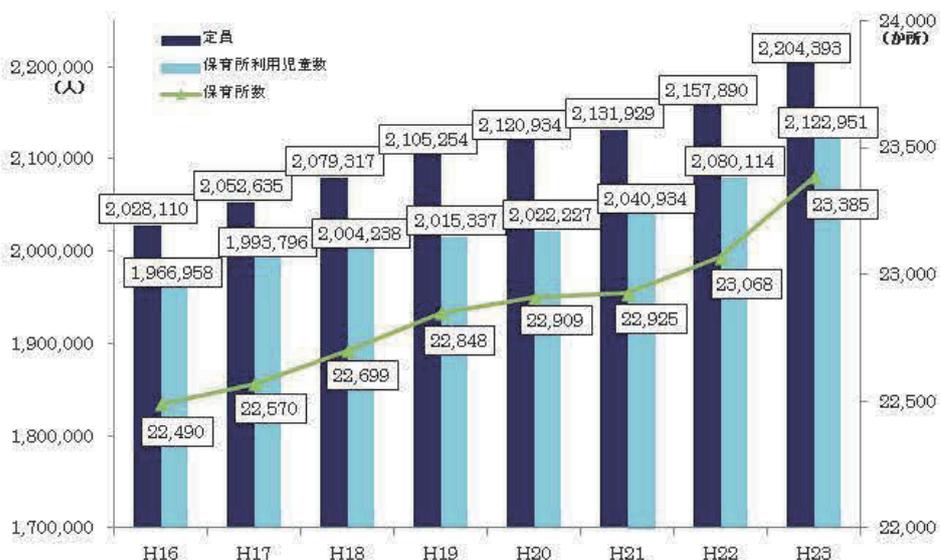
資料：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告」
 (注) 介護保険法改正時（2006年4月1日施行）に要支援認定を受けていた者は、その認定期間の満了まで「経過的要介護」となっている。

	各年4月サービス分									
	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年
居宅サービス（介護予防を含む）	971,461	1,419,344	1,723,523	2,014,841	2,314,883	2,505,636	2,546,666	2,573,797	2,685,115	2,782,828
地域密着型サービス（介護予防を含む）	—	—	—	—	—	—	141,625	173,878	205,078	226,574
施設サービス	518,227	650,590	688,842	721,394	757,593	780,818	788,637	814,575	825,155	825,835
合計	1,489,688	2,069,934	2,412,365	2,736,235	3,072,476	3,286,454	3,476,928	3,562,250	3,715,348	3,835,237

資料：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告」

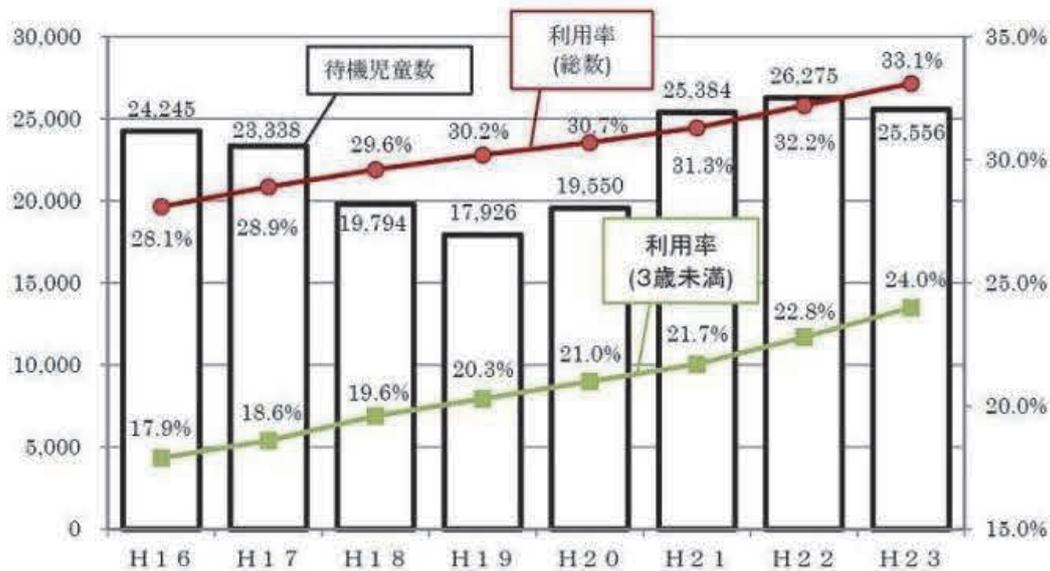
標準月額保険料 1期 2,911円 2期 3,293円 3期 4,090円 4期 4,160円 5期 4,972円
 2000-02 03-05 06-08 09-11 12-14

保育所利用児童数等の状況



厚生労働省資料より

待機児童数等の推移



○保育所を整備しても待機児童数の減少には繋がりにくい状況、高止まり

東京都の保育所等設置状況

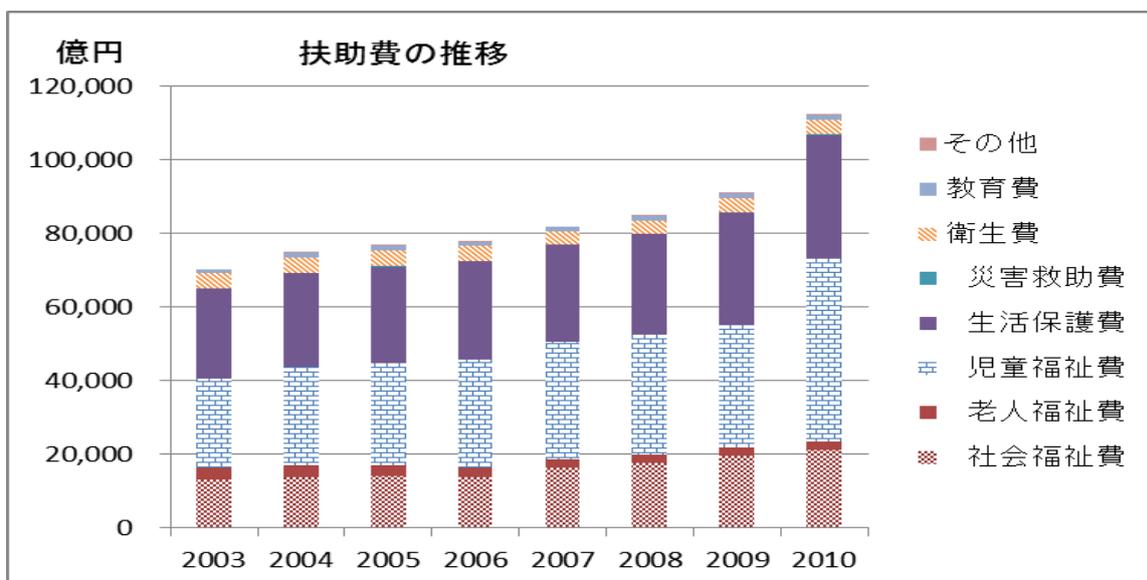
区分	認可保育所		認証保育所	
	施設数 (所)	定員 (人)	施設数 (所)	定員 (人)
平成17年	1,635	160,616	271	8,045
平成18年	1,648	162,357	323	9,681
平成19年	1,673	164,807	367	11,130
平成20年	1,689	166,552	410	12,723
平成21年	1,705	169,184	448	14,161
平成22年	1,740	173,532	528	17,307
(対平成21年)	+35	+4,348	+80	+3,146

東京都の保育所待機児童数

待機児童数（人）

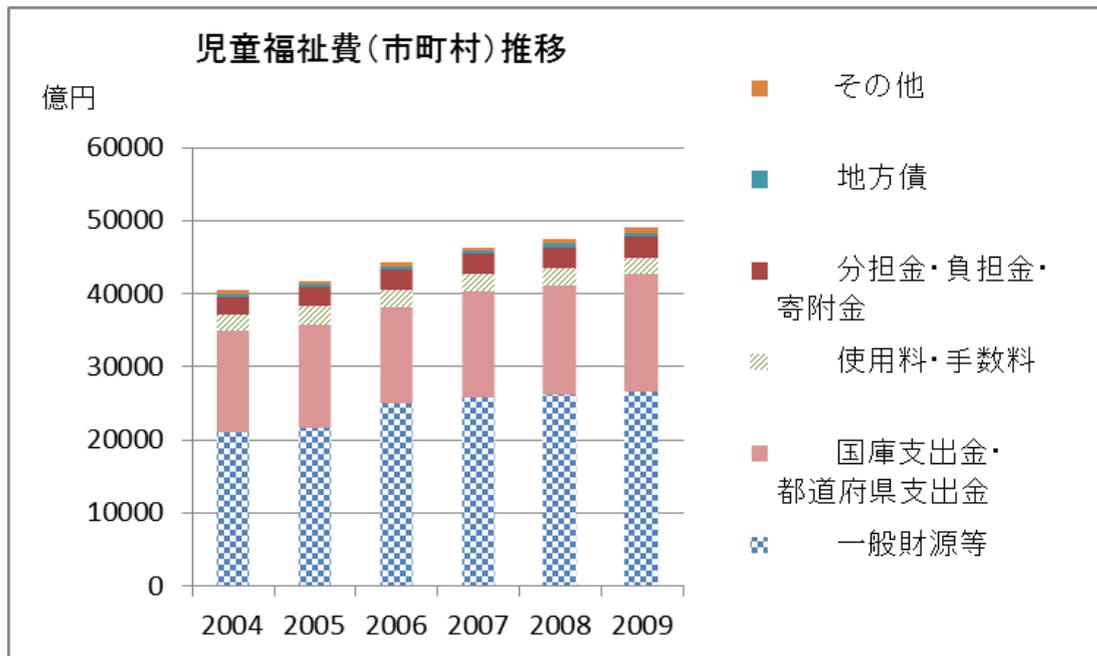
	0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳以上	増減	
平成17年	5,221	546	1,855	1,583	881	356	△ 2
平成18年	4,908	477	2,020	1,362	789	260	△313
平成19年	4,601	516	1,900	1,397	613	175	△307
平成20年	5,479	848	2,678	1,268	512	173	+878
平成21年	7,939	1,334	3,877	2,036	538	154	+2,460
平成22年	8,435	1,635	3,873	2,155	648	124	+496

（注）各年4月現在



2003年度→2010年度の伸び

社会福祉費 1.63倍 老人福祉費 0.67倍 生活保護費1.39倍
 児童福祉費 2.05倍(2003年度→2009年度では1.38倍)



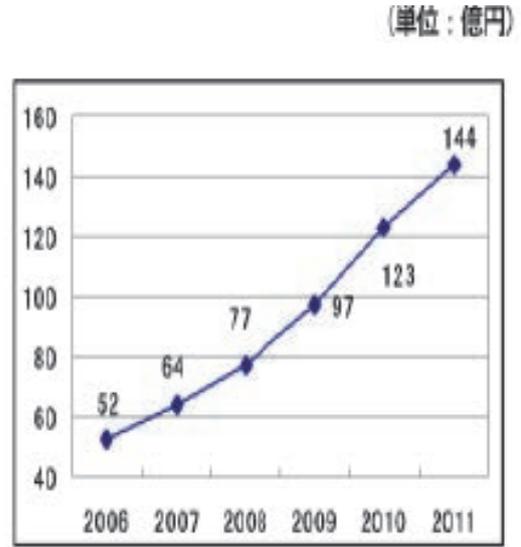
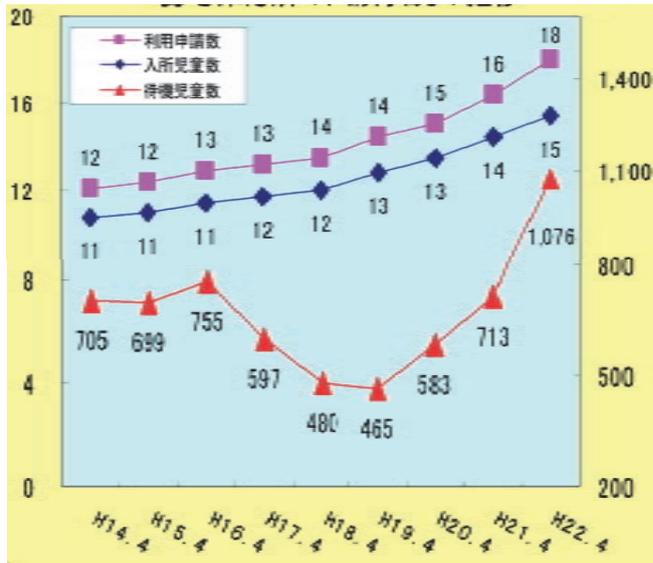
川崎市の事例

○待機児童数 2012年に28%減少し615人へ。だが県内最多の見通し

2010年 1076人 ⇒ 2011年 851人 ⇒ 2012年 615人へ
 (施設整備の推進により、年間200名程度の待機児童数削減へ)

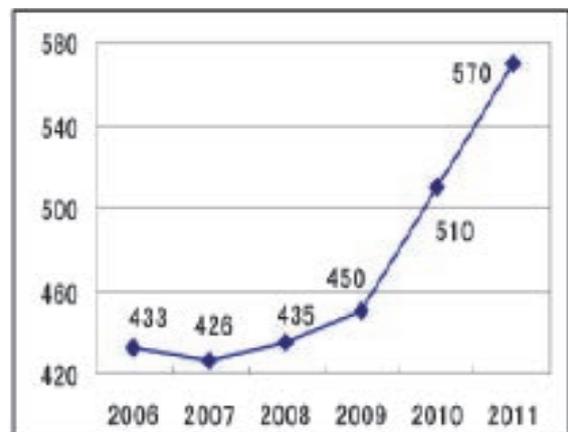
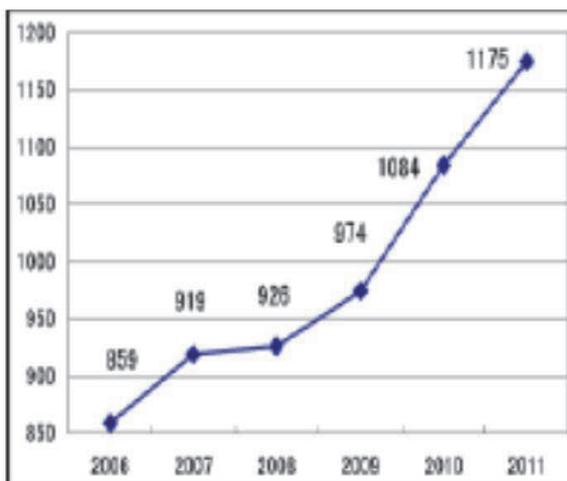
○保育基本計画: 2011年度からの3カ年で4千人超の定員枠拡大
 ・11年度は23カ所の認可保育所を新設(過去最多)、1585人の定員増
 ・認定保育園、かわさき保育室など、1274人(前年度比190人増)を受入
 ・13年度に向け、12年度も1435人の定員増を計画

川崎市 待機児童数の推移 民間保育所運営費等の推移



川崎市 扶助費

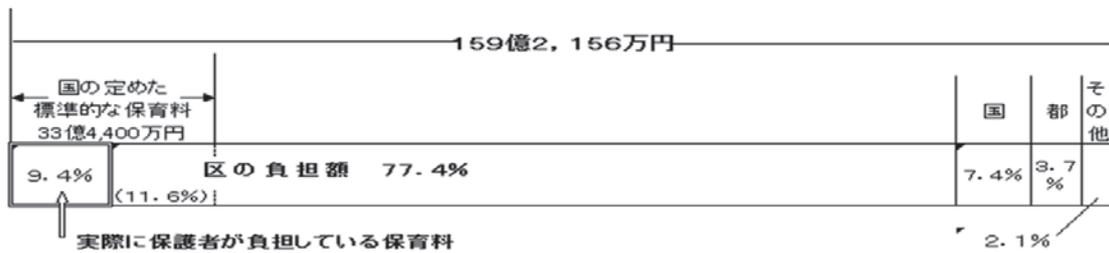
扶助費のうち生活保護費分



16.1% 17.3% 16.3% 17.4% 21.5% 23.8%
 (一般会計歳出に占める扶助費割合)

○2010年度以降は子ども手当の導入により扶助費が増大している。

板橋区の保育所運営費用(板橋区資料)



クラス	園児1人にかかる費用	板橋区が定める保育料(保護者の最大負担額)	保護者の負担割合	費用と保育料との差額(区の負担額)	《参考》国の定める保育料
0歳児	421,437円	63,200円	15.00%	358,237円	104,000円
1歳児	208,863円	63,200円	30.26%	145,663円	104,000円
2歳児	187,151円	63,200円	33.77%	123,951円	104,000円
3歳児	111,846円	28,700円	25.66%	83,146円	101,000円
4・5歳児	101,682円	22,700円	22.32%	78,982円	101,000円

上越市ファミリーヘルプ保育園

施設面積 保育部分(1階部分)590.51㎡
 施設概要 保育室 24時間保育室 遊戯室 乳児室 午睡室 ほふく室
 相談室 事務室 浴室 湯沸し室 便所(車椅子対応)等
 建設整備費 50,484千円(うち少子化対策臨時特例交付金42,002千円)
 利用状況:一日平均6.7人
 事業別内訳 昼間保育(am7:00~pm6:00)(85%強)
 夜間保育(pm6:00~pm10:00)(5%程度)
 24時間保育(宿泊)(1%未満)
 昼間、夜間保育両方利用(8%程度)
 利用料金 昼間保育 3歳未満1回につき1,400円
 3歳以上 " 1,000円
 夜間保育 " 800円
 24時間保育 " 3,000円
 ○職員配置の工夫(その日ごとの利用者数に応じて、職員の配置を調整)
 ○宿泊については、男性職員が泊まり込み

第3章 子ども・子育てに係る実態調査の状況

総務省自治財政局調整課

横浜市役所との意見交換

(横浜市)

鯉淵こども青少年局長、長谷川政策部担当部長、井尻企画調整課長、池上企画調整係長、伊東緊急保育対策課長、遠藤緊急保育対策課中区担当係長、池田放課後児童育成課長、山内中区保育コンシェルジュ

(参加委員)

小西委員長、泉田委員、齋藤(由)委員、高端委員、田邊委員、沼尾委員、細井委員

(事務局)

奥田補佐(総務省)、桐生事務官(総務省)、村上室長(地方自治研究機構)、武村研究員(地方自治研究機構)

〈意見交換の概要〉

○子ども・子育てについて

小西委員長 新築マンションにおいて、保育所に入所する可能性がある児童をどの程度見積もっているか。

横浜市 試算として、大体10%の就学前児童数が発生するだろうと。そのうち、申し込み率が先ほどあった20%ぐらい。それを年齢別に分けて見積もっている。

沼尾委員 マッチング事業には相当の人員も必要だと思うが、財源について一般財源で措置しているのか、国費で措置しているのか。

また、保育所が整備されると、それが毎年毎年の支出を硬直化させてしまうと思うが、将来支出を圧迫しないのかということも含めて、どのように考えているか。

横浜市 財政措置について、ハード部分は、安心こども基金の補助率が高くなっている。また、コンシェルジュ等もスタートのときは安心こども基金で、子育て支援の充実について10分の10補助というルールがあり、それを使ってスタートさせた。今は、毎年のように補助対象が変わるので、ずっと続けられてはいないが、なるべく国費による補助対象となるよう働きかけをしている。

運営費が財政硬直化を招くのではないかという点は、確かに懸念している。今、認可保育所の運営というのは600億円ぐらいかかっており、受け入れ人数が1人増えると100万以上増えていく。特に低年齢児を集中的に増やしているので100万では済まない状況。

ただ、そこをどうするのかというと、子ども・子育て3法の見通しが見つからないというのが正直なところである。特に心配なのは、子育て3法で大きく変わって、資金の流れが変わることである。幼稚園が入ってくるので、幼稚園の給付に市町村の負担が出てくる。本市は幼稚園児童を6万人以上抱えている。

泉田委員 こどもの数が毎年減ってきているということだが、子育て支援が充実して、もう一人産んでみようという人は増えているのか。

横浜市 24年～25年になるときに団塊ジュニアの世代が1つ上がるので、こどもが生まれ

ず大きく減るという見込みになっているが、現実には今、予測よりもこどもの数が多い。今後も、予測ほど減らないかもしれない。子育て支援の充実と人口流入との関係は明確には見えておらず、先にマンションが建っているという状態。マンション業者に聞くと、共働きを希望している家庭はマンションを選ぶ際に、既にかなり情報を聞いてくるということであり、実際問い合わせの電話を多く受けている。

小西委員長 コンシェルジュが活躍するときというのは、どういう状態のときか。

横浜市 認可保育園に入れなかった方々のアフターフォローを行っており、一人ひとりに対してきめ細かいフォローをしている。

小西委員長 どれぐらいの方を対応しているか。

横浜市 毎月20～30人の方と話をしている。また、新年度の4月の保育所の申し込み結果が2月の中旬に発送されるが、そのときは100名ぐらいの方に対応している。また、5月から8月は保育所を訪問して情報収集を行ったり、地域子育て支援拠点などで直接保護者の方と話をするなどの対応を行っている。

小西委員長 要件を満たしていないのに、保育所を希望したいという相談はあるか。

横浜市 そういう相談もあるが、要件を満たさないと入れないので、幼稚園はどうかとか、一時保育はどうかとか、そういう形でほかの資源の提供をしている。

沼尾委員 相談に来てほしい人がなかなか来ないという親子への働きかけは。

横浜市 保健師やケースワーカーが訪問して、保育所に入る必要がある方へ案内している。区によっては、生活保護のケースワーカーとコンシェルジュが連携しており、連携をつくるいろいろな有効な情報が、お互いの課の中で共有できる、そういう効果がでている。

齋藤委員 申し込みの申請を抑制しているということだが、この中には保護者の方の働き方が変わり、申請をしないというケースもあるのか。

横浜市 0歳だと入りやすいということで、本当は1年半育休が取れるのに、半年で申し込むというような方がいる。また、求職中で仕事を探しているという方は、ほかのサービスで代替可能なので、そういうサービスを案内するようにしている。

高端委員 今話題になったような相談には、コンシェルジュがないときというのはどういう形で対応していたのか。

横浜市 相談になっていない状況だった。区役所で受けるということになっているのだが、区役所の窓に来るときには、もう申し込むという前提での受付となっていた。いろいろな保育サービスを紹介するという機能はなかった。保育コンシェルジュの配置によって保護者に寄り添った対応ができていた。

田邊委員 認定こども園が設置されたことの効果は。

横浜市 横浜では、幼保連携型の整備を進めているが、毎年1つ、ないしは2つしか手が挙がらない、余り伸びていない。法改正が行われたが何も変わらなかったと思われるところが多い。総合こども園と言われていたときに、非常に幼稚園の危機感が高まっていたが、それが取り下げられたため、もう一回仕切り直しをしているところ。

田邊委員 今現在、緊急対策として行っているが、将来の展望は。

横浜市 小規模な、起動力の高いものをつくっていかうと考えている。

田邊委員 横浜市は区を有効的に活用しているが、区と連携をするポイントは。

横浜市 効果的だったのは、兼務の係長を置いたこと。あとは成果が目に見えたことが職員のモチベーションにつながっていった。

奥田補佐 保育所の入所の優先順位（ランク）は申し込みの時点でわかるのか。

横浜市 状況を聞いているときに、入所の可否は大体わかるので、その時点で違うサービスを案内している。

○放課後事業について

小西委員長 放課後事業について、待機児童対策の力の入り方に比べると、少し寂しいという印象はあるか。

横浜市 本市の場合、ちょうど教育・福祉と言われる接点の部分で、バランスとしてはどちらかという半々ぐらいと認識している。これから当然保育の割合が大きくなってくる。

小西委員長 放課後事業の自己評価は。

横浜市 対象児童として、全てのこどもたちを捉えて活動しているというのは、非常に効果的、効率的な事業であるという捉えをしている。

小西委員長 キッズクラブの特色はどのようなところか。

横浜市 遊びの場に加えて生活の場として、学校施設を捉えて整備しているところ。

沼尾委員 私立の小学校に通っているこどもなど、地域となかなかつながりにくいこどもの放課後支援は。

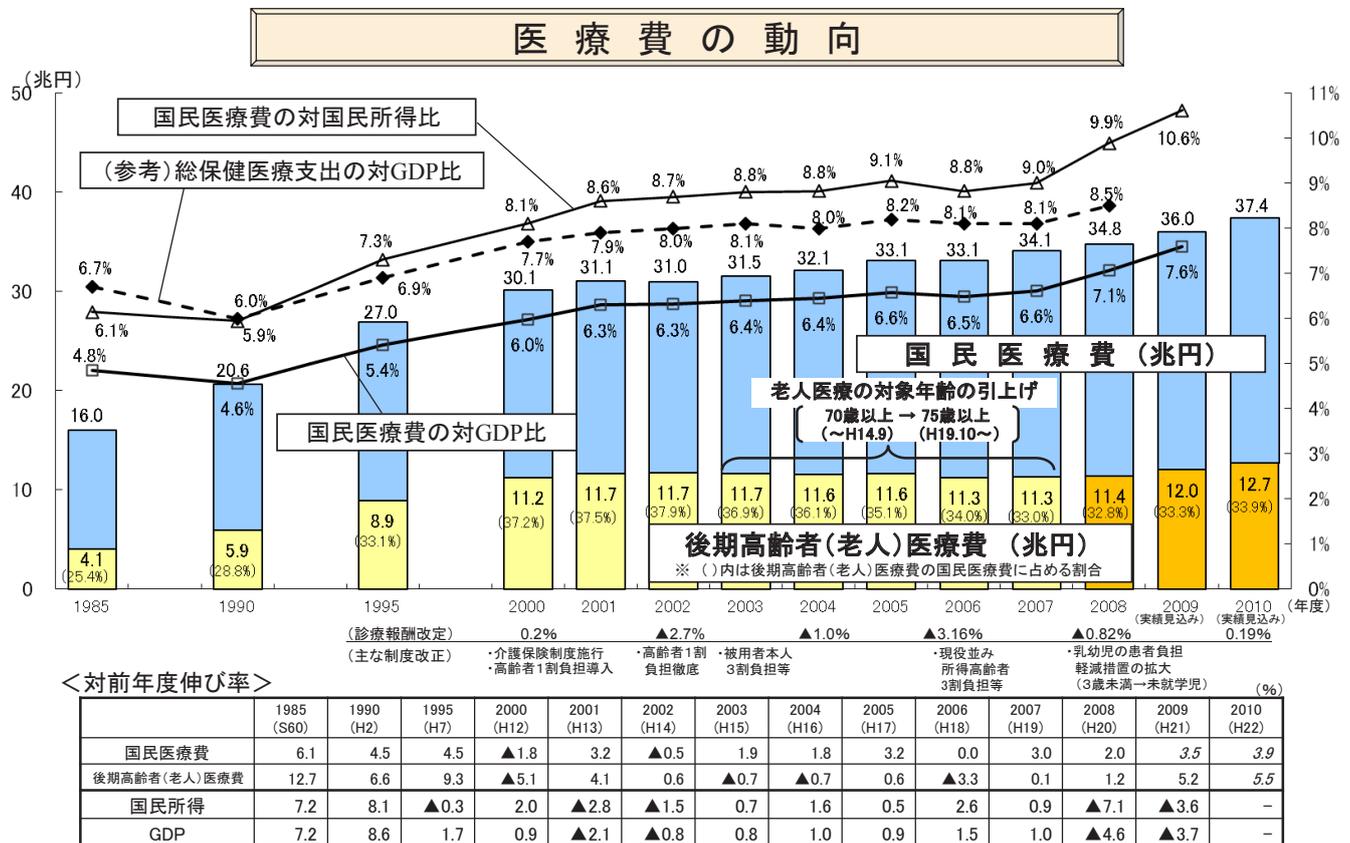
横浜市 はまっ子ふれあいスクールは、市立、国立、その学区に居住している児童が参加できるが、私どもの方の捉えとしては、市立はどちらかという放課後事業を使っている方が多い。また、私立はそれぞれの学校の特色を出して活動しているので、その放課後には手が出しにくい部分がある。

第3部 国民健康保険

第1章 国民健康保険の現状と課題

水野 敦志（総務省自治財政局調整課 理事官）

国民健康保険の現状と課題



注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算(2010.12)。総保健医療支出は、OECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、国民医療費より範囲が広い。2009年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は3.5%
 注2 2009年度の国民医療費、2010年度の国民医療費及び後期高齢者医療費は実績見込みであり、前年度の国民医療費及び後期高齢者医療費に当該年度の概算医療費の伸び率をそれぞれ乗じることにより、推計している。また、斜体字は概算医療費の伸び率である。

各保険者の比較

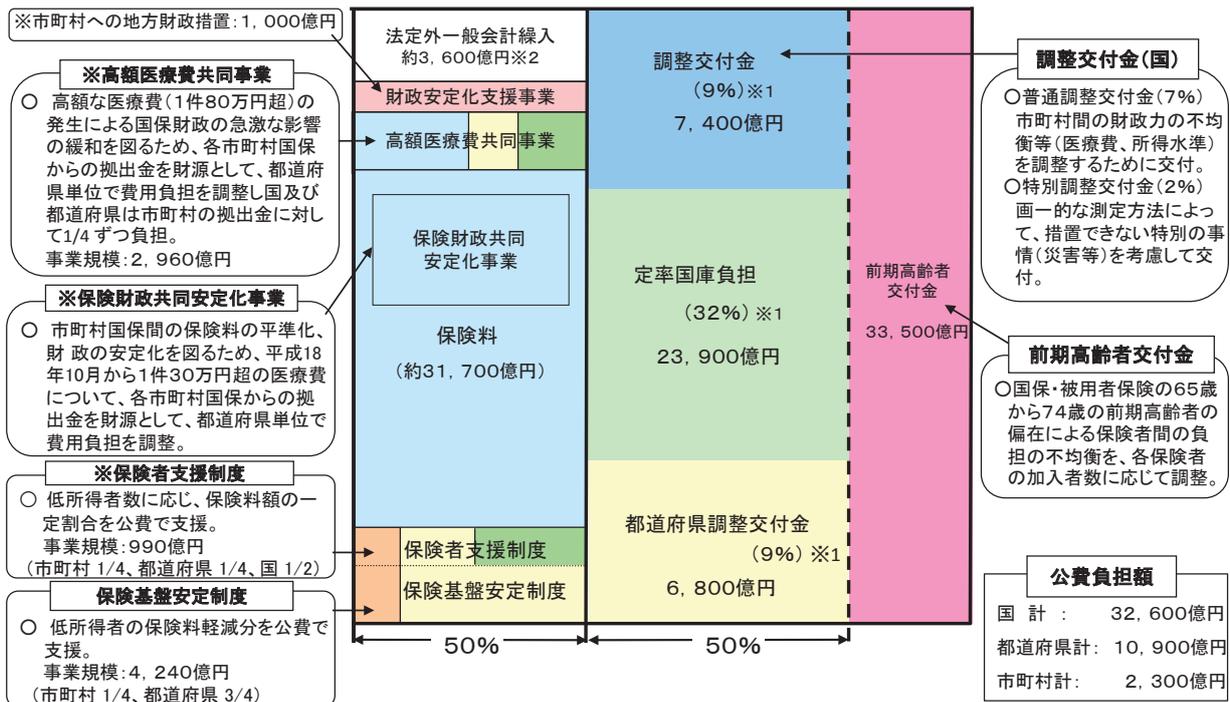
	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (平成22年3月末)	1,723	1	1,473	83	47
加入者数 (平成22年3月末)	3,566万人 (2,033万世帯)	3,483万人 被保険者1,952万人 被扶養者1,531万人	2,995万人 被保険者1,572万人 被扶養者1,423万人	912万人 被保険者447万人 被扶養者465万人	1,389万人
加入者平均年齢 (平成21年度)	49.5歳	36.2歳	33.9歳	33.4歳	81.9歳
65~74歳の割合 (平成21年度)	31.2% (平成21年度)	4.8% (平成21年度)	2.6% (平成21年度)	1.6% (平成21年度)	3.2% (平成21年報)
加入者一人当たり医療費 (平成21年度)(※1)	29.0万円	15.2万円	13.3万円	13.5万円	88.2万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (平成21年度)	91万円 一世帯あたり 158万円	139万円 一世帯あたり(※3) 245万円	195万円 一世帯あたり(※3) 370万円	236万円 一世帯あたり(※3) 479万円	80万円 (平成22年度)
加入者一人当たり 平均保険料 (平成21年度)(※4) 〈事業主負担〉	8.3万円 一世帯あたり 14.7万円	8.6万円<17.1万円> 被保険者一人あたり 15.2万円<30.3万円>	9.0万円<20.0万円> 被保険者一人あたり 16.9万円<37.6万円>	11.0万円<22.0万円> 被保険者一人あたり 22.4万円<44.8万円>	6.3万円
保険料負担率(※5)	9.1%	6.2%	4.6%	4.7%	7.9%
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の50%	給付費等の16.4% (※6)	財政窮迫組合に対する 定額補助	なし	給付費等の約50%
公費負担額(※7) (平成24年度予算案へ入)	3兆4,459億円	1兆1,822億円	16億円		6兆1,774億円

(※1) 加入者一人当たり医療費について、協会けんぽ及び組合健保については速報値である。また共済組合は審査支払機関における審査分の医療費(療養費等を含まない)である。
 (※2) 総所得金額等(収入総額から必要経費や給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)を指す。
 (※3) 市町村国保及び後期高齢者医療制度においては、「総所得金額及び山林所得金額」「雑所得の繰越控除額」と「分離課税所得金額」をくわえたもの。市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」による。
 (※4) 協会けんぽ、組合健保、共済組合については「加入者一人あたり保険料の賦課対象となる額(標準報酬総額を加入者数で割ったもの)から給与所得控除に相当する額を除いた参考値である。
 (※5) 被保険者一人あたりの金額を表す。
 (※6) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。
 (※7) 保険料負担率は、加入者一人当たり平均保険料を加入者一人当たり平均所得で除した額。
 (※8) 平成22年度予算における22年6月までの協会けんぽの国庫補助率は、後期高齢者支援金に係る分を除き、13.0%。
 (※9) 介護納付金及び特定健診・特定保健指導、保険料軽減分等に対する負担金・補助金は含まれていない。

国保財政の現状

医療給付費等総額: 約111,045億円

(24年度 予算案ベース)



※1 それぞれ給付費等の9%、34%、7%の割合を基本とするが、地方単独措置に係る波及増分のカットがあること等から、実際の割合はこれと異なる。
 ※2 平成22年度決算(速報値)における決算補填等の目的の額

保険基盤安定制度の概要

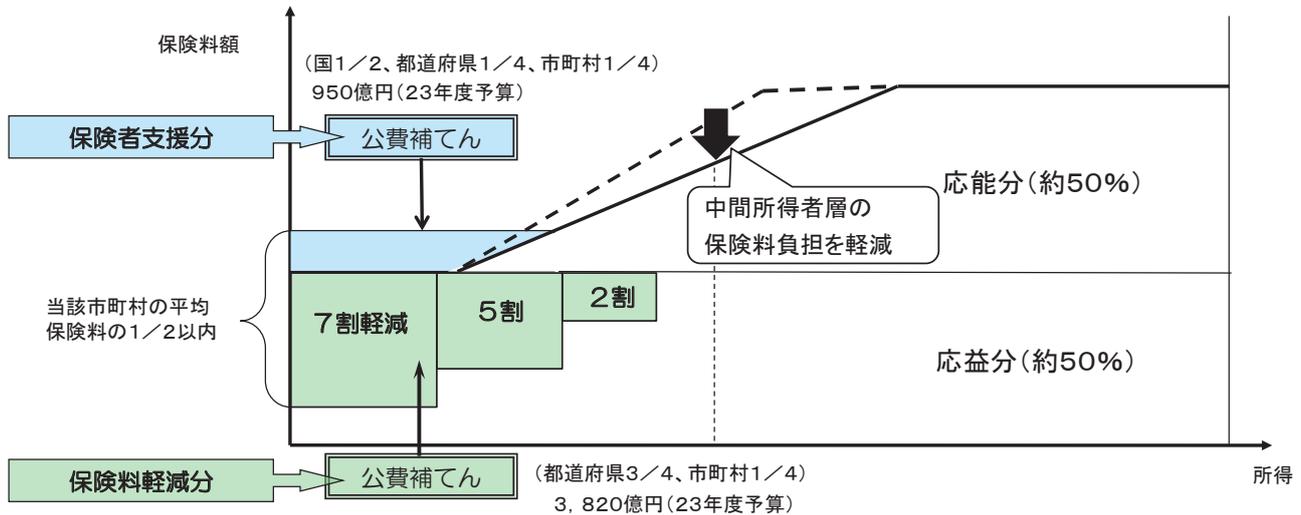
○保険料軽減分

保険料軽減(応益分の7割、5割、2割)の対象となった被保険者の保険料のうち、軽減相当額を公費で補てん。

○保険者支援分

中間所得者層を中心に保険料負担を軽減するため、保険料軽減の対象となった一般被保険者数に応じて、平均保険料の一定割合を公費で補てん。

$$\begin{aligned} \text{補てん額} &= \{ 7(6)\text{割軽減世帯の被保険者数} \times \text{一人当たり平均保険料収納額の}12(10)\% \} \\ &+ \{ 5(4)\text{割軽減世帯の被保険者数} \times \text{一人当たり平均保険料収納額の}6(5)\% \} \end{aligned}$$

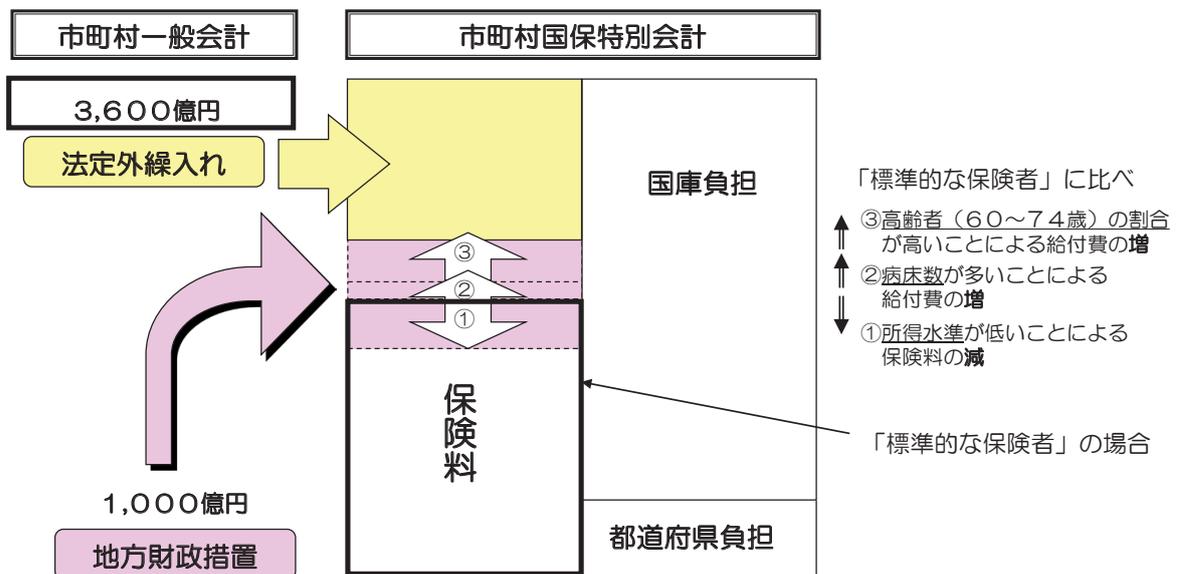


財政安定化支援事業 (交付税措置)

市町村国保財政の安定化、保険料(税)負担の平準化等に資するため、市町村一般会計から市町村国保特別会計への繰入れについて地方財政措置するもの。具体的には、ア. 保険料負担能力、イ. 過剰病床、ウ. 年齢構成差を勘案して算定された対象経費に相当する額を基準財政需要額に参入。

(措置額の推移) 平成4年度 約1,000億円、平成5~12年度 約1,250億円、平成13~21年度 約1,000億円

※ 市町村では、これ以外に、赤字補填等のため、3,600億円程度の繰入れをしている状況。(平成21年度)



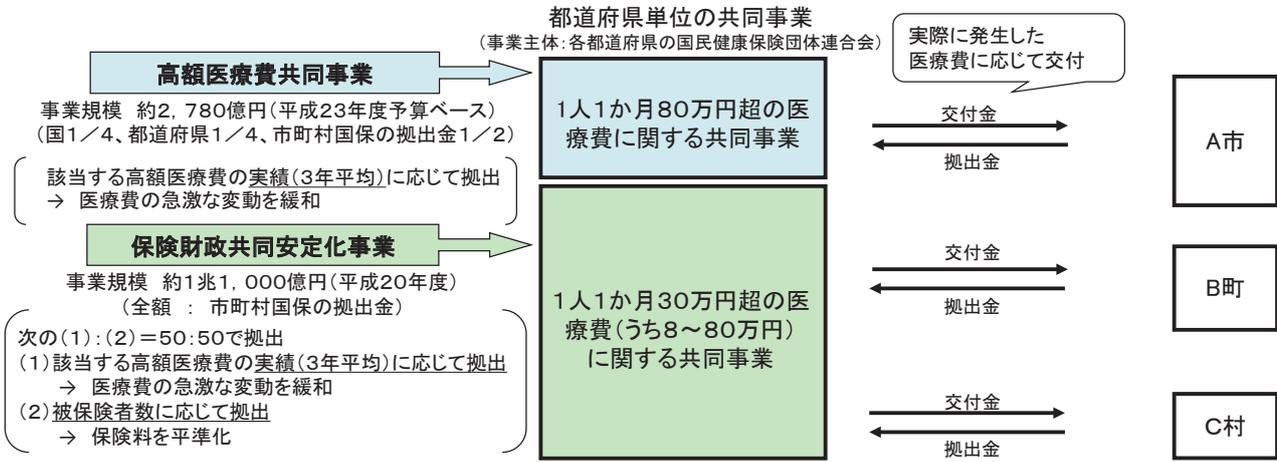
高額医療費共同事業・保険財政共同安定化事業の概要

○高額医療費共同事業

高額な医療費の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、市町村国保からの拠出金を財源として、市町村が負担を共有。その際、市町村国保の拠出金に対し、都道府県及び国が財政支援。

○保険財政共同安定化事業

都道府県内の市町村国保間の保険料の平準化、財政の安定化を図るため、一件30万円を超える医療費について、市町村国保の拠出により負担を共有する共同事業を実施。



保険財政共同安定化事業について、**都道府県が広域化等支援方針に定めることにより、**
①30万円以下の額から行うこと、②被保険者数に応じて拠出する割合を50%以上にする事、
③高額医療費の実績や被保険者数に応じた拠出だけでなく、所得に応じた拠出を行うことが可能に。

市町村国保の抱える構造的な問題

①年齢構成が高く、医療費水準が高い

- ・65~74歳の割合:国保(31.4%)、健保組合(2.6%)
- ・一人あたり医療費:国保(29.0万円)、健保組合(13.3万円)

②所得水準が低い

- ・加入者一人当たり平均所得:国保(91万円)、健保組合(195万円(推計))
- ・無所得世帯割合:22.8%

③保険料負担が重い

- ・加入者一人当たり保険料/加入者一人当たり所得
市町村国保(9.1%)、健保組合(4.6%)
※健保は本人負担分のみの推計値

④保険料(税)の収納率低下

- ・収納率:平成11年度 91.4% → 平成21年度 88.0%
- ・最高収納率:94.17%(島根県) ・最低収納率:83.93%(東京都)

⑤一般会計繰入・繰上充用

- ・市町村による法定外繰入額:約3,600億円 うち決算補てん等の目的:約3,100億円
- ・繰上充用額:約1,800億円
※繰上充用...一会計年度経過後に至って歳入が歳出に不足するときは翌年度の歳入を繰り上げてこれに充てること。

⑥財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在

- ・1723保険者中3000人未満の小規模保険者 417 (全体の1/4)

⑦市町村間の格差

- ・一人あたり医療費の都道府県内格差 最大:2.7倍(東京都) 最小:1.2倍(滋賀県)
- ・一人あたり所得の都道府県内格差 最大:6.5倍(秋田県) 最小:1.3倍(富山県)
- ・一人当たり保険料の都道府県内格差 最大:2.8倍(東京都) 最小:1.3倍(富山県)

1. 低所得者の保険料に対する財政支援の強化

(1) 保険基盤安定制度の拡充(応益割保険料の軽減対象世帯の拡大)

○ 低所得者に対する保険料軽減の対象世帯を拡大する。【税制抜本改革時】

《具体的な内容(案)》

① 2割軽減の拡大 ... 軽減対象となる所得基準額を引き上げる。

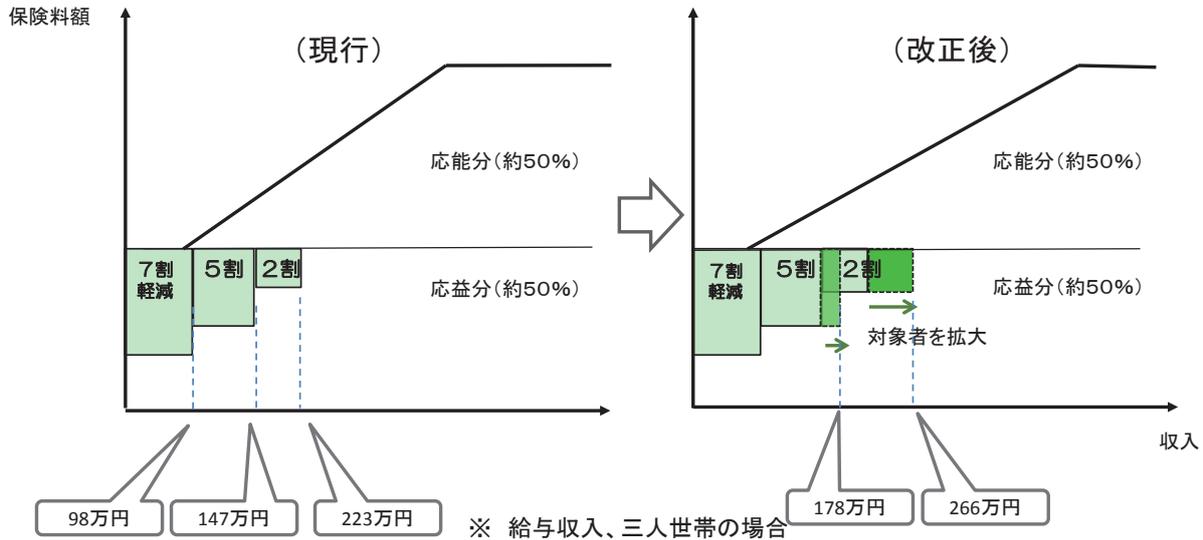
(現行) 基準額 33万円+35万円×被保険者数 (給与収入 約223万円、3人世帯)

(改正後) 基準額 33万円+45万円×被保険者数 (給与収入 約266万円、3人世帯)

② 5割軽減の拡大 ... 現在、二人世帯以上が対象であるが、単身世帯についても対象とするとともに、軽減対象となる所得基準額を引き上げる。

(現行) 基準額 33万円+24.5万円×(被保険者数-世帯主) (給与収入 約147万円、3人世帯)

(改正後) 基準額 33万円+24.5万円×被保険者数 (給与収入 約178万円、3人世帯)



1. 低所得者の保険料に対する財政支援の強化

(2) 保険者支援制度の拡充

○ 暫定措置を恒久化する。【平成27年度】

○ 保険料の軽減対象者数に応じた保険者への財政支援について、拡充を行う。【税制抜本改革時】

《具体的な内容(案)》

① 現在、財政支援の対象となっていない2割軽減対象者についても、財政支援の対象とするとともに、軽減対象の拡大に応じ、財政支援の対象を拡大する。

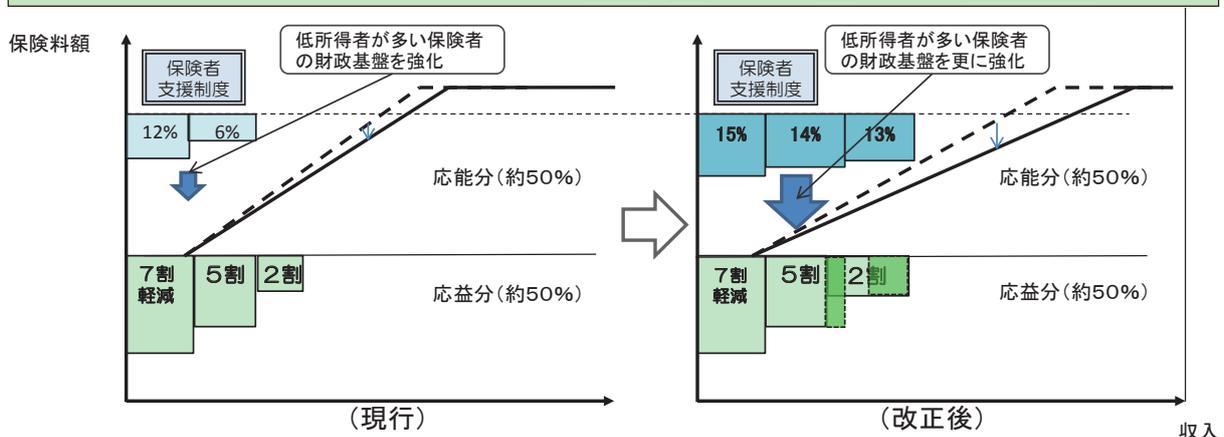
② 現行の7割軽減・5割軽減の対象者数に応じた財政支援の補助率を引き上げる。

③ 財政支援額の算定基準を平均保険料収納額の一定割合から、平均保険料算定額の一定割合に改める。

※ 収納額 = 算定額 - 法定軽減額 - 未納額

【現行】 軽減対象者1人当たりの支援額 = 平均保険料収納額の12% (7割軽減)、6% (5割軽減)

【改正後】 軽減対象者1人当たりの支援額 = 平均保険料算定額の15% (7割軽減)、14% (5割軽減)、13% (2割軽減)



(注1) 現行の保険者支援制度は、平成22年度から平成25年度までの暫定措置。

(注2) 現在の保険者支援制度は、7割軽減、5割軽減の対象者数に応じ、それぞれ当該市町村の平均保険料収納額の12%、6%に相当する額を補助している。

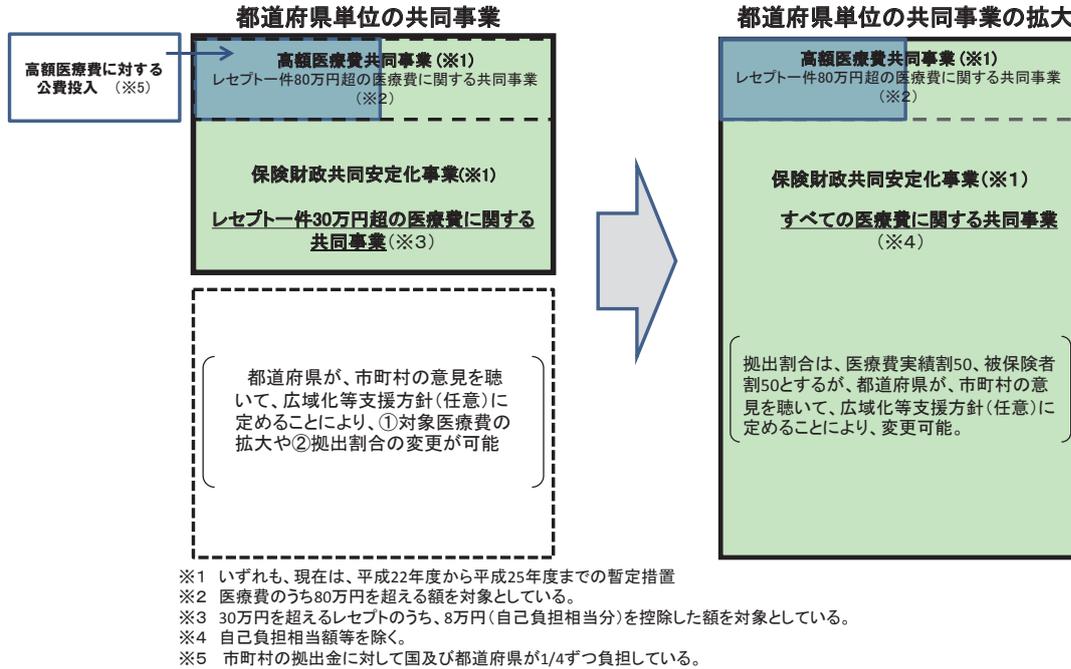
財政運営の都道府県単位化の推進

○ 市町村国保の都道府県単位の共同事業（保険財政共同安定化事業）について、事業対象をすべての医療費に拡大する。【平成27年度】

※ 拠出割合は、医療費実績割50、被保険者割50とするが、都道府県が、市町村の意見を聴いて変更可能。

【現行】

【改正後】



平成25年度地方財政措置についての申し入れ（国保関係抜粋）

[子ども・子育て支援に係る財政措置等]（内閣府、厚生労働省）

○ また、地方公共団体が乳幼児医療費助成等を行っている場合に採られている国民健康保険に係る国庫負担金の減額措置を廃止するなど、地域の実情を踏まえた子ども・子育て支援策の展開を阻害する現行制度を見直すとともに、特に乳幼児医療費の自己負担のあり方については、高齢者医療費の自己負担とのバランスを踏まえ、医療保険制度を含む全国的な制度での対応を検討されたいこと。

[国民健康保険制度の持続可能性の確保等]（厚生労働省）

○ 高額医療費共同事業の国庫負担額の一部や非自発的失業者の保険料軽減制度の減収補てんに、国の財政調整交付金の一部が充当されているが、これらの措置に必要な国費は、本来、当該措置を目的とした国庫負担金により賄うべきものであることから、当該措置に必要な国費は、国の財政調整交付金とは別枠で確保すること。

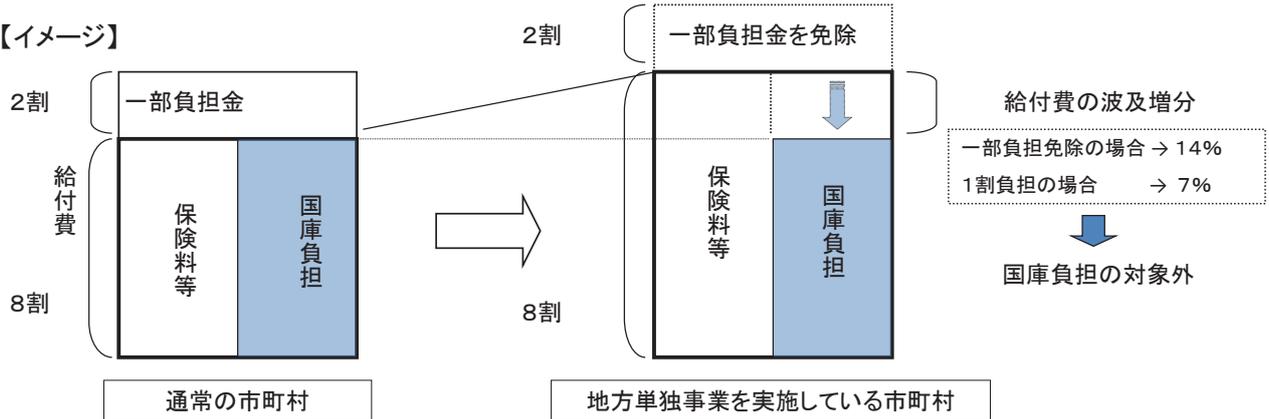
地方単独事業に係る国庫負担の調整

地方単独事業により、一部負担金が法定割合（義務教育就学前は2割）より軽減される場合、一般的に医療費が増嵩するが、この波及増分については、その性格上、当該自治体が負担すべきものであるため、国庫の公平な配分という観点から、調整措置が講じられている。[昭和59年改正]

⇒ 「現物給付」で医療費助成を行っている市町村の波及増分は、国庫負担の対象外

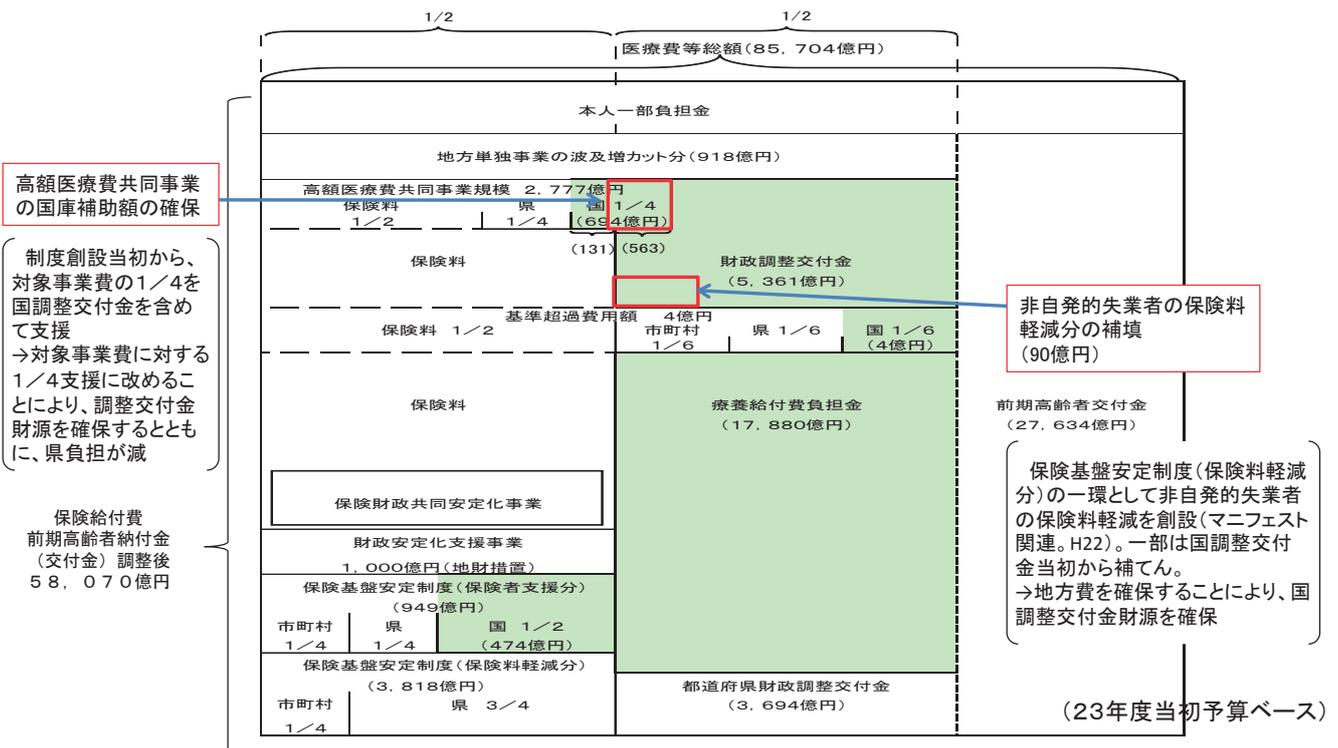
平成21年度	乳幼児	高齢者	障害者	全体
調整対象医療費	190.6億円	62.9億円	611.4億円	1043.9億円
国庫負担	71.3億円	21.5億円	207.6億円	361.7億円
対象市町村数	1,345	321	1,123	—

【イメージ】



国調整交付金の財政調整機能の強化

○ 国の調整交付金の一部が充てられている高額医療共同事業に対する国庫負担額や非自発的失業者の所得割保険料の軽減分の支援財源を別途確保し、調整交付金の財源を確保



社会保障制度改革推進法(抜粋)

(医療保険制度)

第六条 政府は、高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、健康保険法(大正十一年法律第七十号)、国民健康保険法(昭和三十三年法律第九十二号)その他の法律に基づく医療保険制度(以下単に「医療保険制度」という。)に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持するとともに、次に掲げる措置その他必要な改革を行うものとする。

- 一 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するとともに、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図ることにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保すること。
- 二 医療保険制度については、財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図ること。
- 三 医療の在り方については、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること。
- 四 今後の高齢者医療制度については、状況等を踏まえ、必要に応じて、第九条に規定する社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること。

高齢者医療制度改革会議とりまとめに基づく見直しの骨子(民主党厚生労働部門会議案)

後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の方に対する国民健康保険等の適用等の措置を講ずる。

1 後期高齢者医療制度の廃止

後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の高齢者も国民健康保険又は被用者保険に加入することとする。

＜施行期日＞
平成27年3月1日
(3～5は、平成27年4月1日)

2 国民健康保険の75歳以上の被保険者に係る都道府県単位の財政運営

市町村が行う国民健康保険について、75歳以上の被保険者に係る財政運営を都道府県が行う仕組みとする。

3 高齢者保険料負担率の計算方法の見直し

75歳以上の保険料の伸びが現役制度を上回らないよう、高齢者保険料負担率(約1割)の計算方法をより公平に分担する仕組みに見直す。

4 高齢者医療支援金の総報酬割

75歳以上の給付費に対する高齢者医療支援金(約4割)について、被用者保険者間の按分方法を、各保険者の総報酬に応じた負担とする。

5 公費負担割合の引上げ

保険者の支援金負担を軽減するため、公費負担を実質47%から50%に引き上げる。

※ 75歳以上の現役並み所得を有する方の医療給付費には公費負担がなく、その分は各保険者からの支援金による負担となっている。

6 将来像

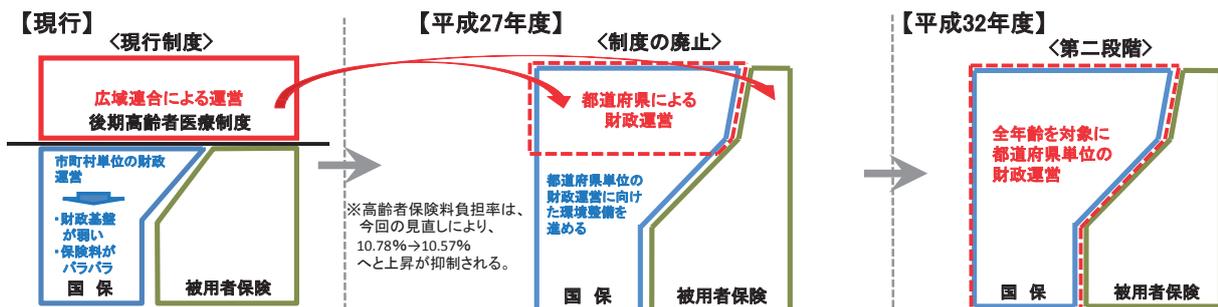
この法律の施行後5年を目途として、市町村が行う国民健康保険について、全ての被保険者に係る財政運営を都道府県単位化する。

※70歳以上75歳未満の患者負担の見直しについては、平成25年度以降のいずれかの時期に70歳に到達する方から本則に戻すことを、平成25年度の予算編成過程で検討する。併せて、75歳以上の方に係る保険料軽減の特例措置を見直すことも検討する。

※市町村国保の低所得者に係る保険料軽減措置の対象世帯の拡大等を行う。

※市町村国保の広域化(都道府県単位化)を進めるため、国としての財政支援を図る。

※上記を踏まえ、平成24年通常国会に後期高齢者医療制度廃止に向けた見直しのための法案を提出する。



高齢者医療制度について

[社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日閣議決定)]

- 高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢者医療制度の見直しを行う。
- ☆ 具体的内容について、関係者の理解を得た上で、平成24年通常国会に後期高齢者医療制度廃止に向けた見直しのための法案を提出する。

[社会保障改革推進法]

- 今後の高齢者医療制度については、状況等を踏まえ、必要に応じて、第九条に規定する社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること。

[全国知事会決議(平成24年7月19日)]

- 民主党において5月にとりまとめられた後期高齢者医療制度の廃止を含む高齢者医療制度の見直し案は、全国知事会が従来から反対してきた平成22年12月の高齢者医療制度改革会議の「最終とりまとめ」そのものであり、①高齢者の方々を新たに分断し、②低所得者が多い国民健康保険の財政構造を一層悪化させ、③国が財政責任を全くとらないものであるとともに、昨年度の「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」における合意事項を無視したもので、まさに地方軽視と言わざるを得ない。

当該法案の今国会への提出は見送られたが、現行の後期高齢者医療制度については、施行から4年余を経過し定着していることから、必要な改善を加えながら安定的な運営に努めるべきであり、今後とも地方の意見を踏まえ見直しは、断じて認めることはできない。

また、今般、国民健康保険法の改正が行われたが、その内容は、危機的な財政状況にある国保が抱える構造的な問題の抜本的な解決には十分なものではない。

我々都道府県としては、国保の構造的な問題の抜本的な解決が図られ、持続可能な制度が構築されるならば、積極的に責任を担う覚悟であるが、国においては、地方と真摯な協議を行い、国・地方双方にとって安定的な財源を確保するとともに、国の定率負担の引上げによる公費負担の拡大など、一層の財政責任を果たすことを強く求める。

第2章 国民健康保険について

泉田 信行（国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部第1室長）

地方行財政ビジョン研究会報告要旨

2012年9月28日

報告者：泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所）

報告論題：国民健康保険について

日本の社会保障制度の冠たる特徴としての国民皆保険制度を支えるのは国民健康保険制度である。国民健康保険制度の制度的特徴及びその特徴なるが故に直面する課題については広く知られている。しかしながら、数量的な観点から各問題がどの程度の意味を持つのか、についてはデータの制約もあり、深い議論がなされてこなかった。そこで、今後の国民健康保険制度のビジョンを描くために、これまで用いられたことのなかったデータを発掘し、国民健康保険制度が直面している課題を数量的な観点から整理し、今後のあり得べき制度の方向性について論じた。

論じた項目を列挙すると次のとおりである。

- 1) 若年層にかかる公的医療保険制度間の財政調整を強化するべきではないか？
- 2) 保険者へのより強力な権限付与（個別医療機関との明示的な契約締結権、患者の医療機関受診への介入）を導入すべきではないか？
- 3) 特定健診受診に対するインセンティブは後期高齢者支援金を通じて保険者に付与するのではなく、保険料などで個人に付与するべきではないか？
- 4) 所得水準に対してより弾力的で、年齢（健康水準）も考慮した保険料設定をすべきではないか？
- 5) 福祉医療の導入により、低所得者層の保険料のみならず中間層の保険料も軽減するべきではないか？
- 6) 各国保病院について、人口減少を見据えた長期的な経営計画を策定するべきではないか？

上記は当日の議論を喚起するために、敢えて強い問題提起の文章となっている。具体的な問題的の内容をふたつ例としてあげたい。

1) 65歳以上の高齢者の医療費については公的医療保険制度間で財政調整が行われているところである。しかしながら、若年層においても7千5百億円程度の医療費の差が存在し、それが精神疾患・神経系の疾患・腎尿路生殖器系の疾患（腎透析含む）によっている。特定の疾患について、制度間での著しい受診率の違いは考えられないため、罹患者が被用者保険から異動した可能性が考えられる。この場合、制度間財政調整の対象にはならないのか？

5) 国保財政の課題として低所得の加入者が多いことが指摘されている。しかしながら、問題はより深刻で、加入者の半数を占める低所得世帯において医療費の半額が使用されていることである。すなわち、国保財政の課題は低所得者の多いことではなく、低所得かつ

健康を毀損している加入者が多いことである。もしこれらの加入者の医療費と保険料を別会計にすると、その他の加入者の保険料は半額にできることは明らかである。他方、当然であるが、低所得者の会計には公費をより多く投入する必要がある。このような福祉医療的なアプローチを取らないとすれば、どのように保険料を賦課徴収して行く方策が今後考えられるのか？

当日はこのような形で敢えて強い問題提起をした上で、現実的な方策についての議論が行われた。

地方行財政ビジョン研究会
2012年9月28日

国民健康保険について

国立社会保障・人口問題研究所
泉田信行

ディスカッションのために(敢えて強めの)問題提起

- 1) 若年層にかかる公的医療保険制度間の財政調整を強化すべきではないか？
- 2) 保険者へのより強力な権限付与(個別医療機関との明示的な契約締結権、患者の医療機関受診への介入)を導入すべきではないか？
- 3) 特定健診受診に対するインセンティブは後期高齢者支援金を通じて保険者に付与するのではなく、保険料などで個人に付与すべきではないか？
- 4) 所得水準に対してより弾力的で、年齢(健康水準?)も考慮した保険料設定をすべきではないか？
- 5) 福祉医療の導入により、低所得者層の保険料のみならず中間層の保険料も軽減するべきではないか？
- 6) 各国保病院について、人口減少を見据えた長期的な経営計画(当該地域からの撤退時期を含む)を策定するべきではないか？

制度間での医療費構造の差異について

- 65～74歳（前期高齢者）、75歳以上（後期高齢者）については制度間で財政調整が行われている。
- 0～64歳については公費（療養給付費等負担金等）が投入されているが、制度間財政調整は行われていない。
- 医療費の制度間差異は加入者の年齢階級の偏りによる部分と年齢階級別一人あたり医療費の差異による部分に分解可能。
- 0～64歳の国保加入者の医療費は約5兆5千億円
 - うち、約7,150億円分 → 年齢階級別一人あたり医療費の乖離による
 - 入院医療費で約4,900億円、入院外医療費で約1,200億円程度を貢献

図1:医療保険制度別年齢階級別加入者数

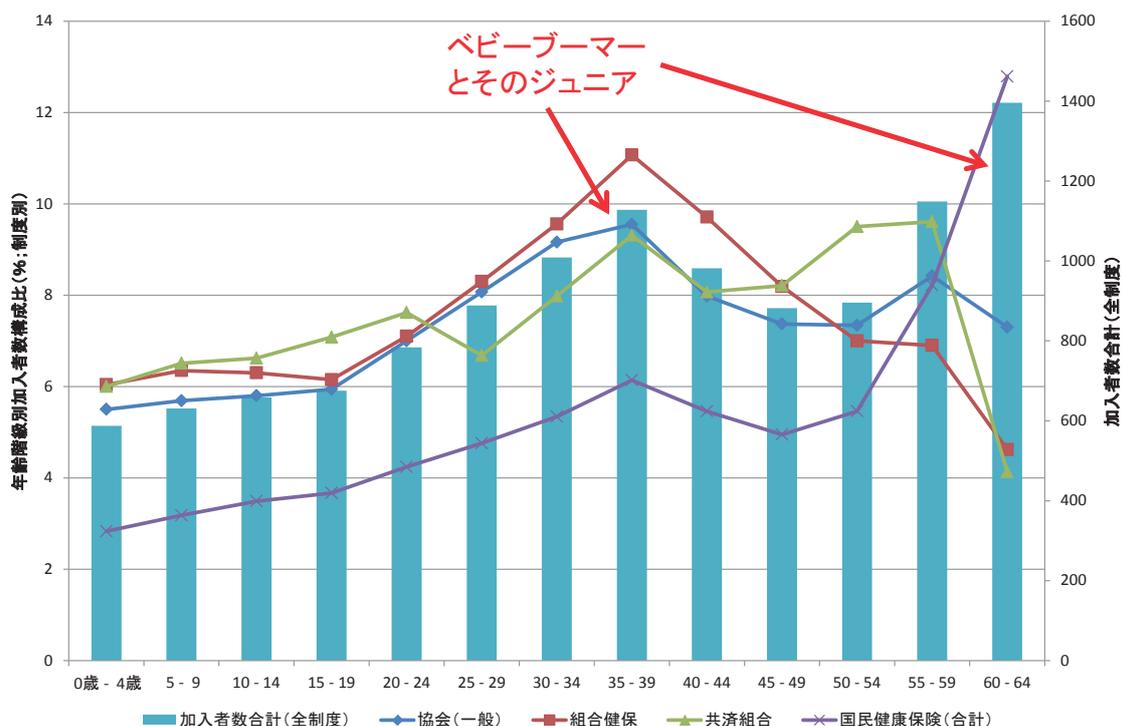


図2: 制度別年齢階級別の医療費

図2a): 医療保険制度別年齢階級別一人あたり医療費

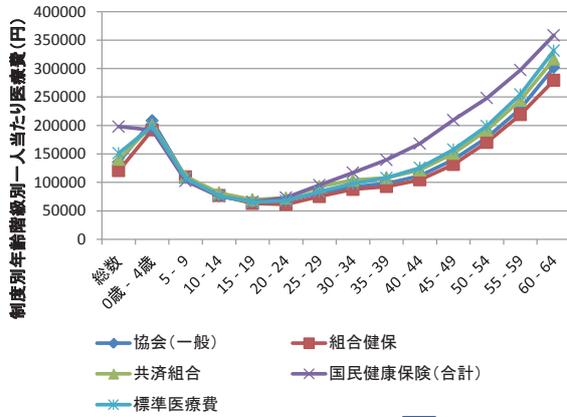
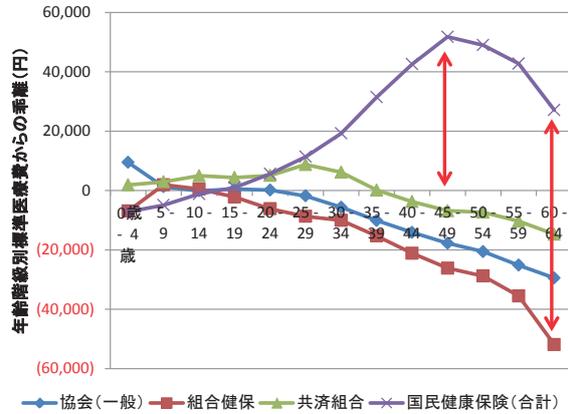


図2b): 医療保険制度別年齢階級別一人あたり医療費の差額



年齢階級別の平均値から制度ごとの差を算出

表3: 制度別医療費差の要因分解(0歳～64歳)

	協会健保	組合健保	共済組合	国民健康保険
年齢階級別医療費の差の効果	-9699	-15710	-769	25409
年齢構成の差の効果	-6665	-15343	-10572	20454
合計	-16364	-31053	-11341	45863
年齢階級別医療費の差の効果	-7.16	-13.02	-0.55	12.84
年齢構成の差の効果	-4.92	-12.72	-7.53	10.33
合計	-12.08	-25.74	-8.08	23.17

上段: 加入者一人当たり(円)、下段: 制度別医療費に対する比率(%)

国民健康保険加入者一人あたり医療費は標準的な医療費よりも23%高い。
 その半分が加入者の年齢構成が高いこと、もう半分が若年層でも医療費が高いこと、による

制度間差異の源泉(？)

- 入院・入院外ともに精神・神経・腎尿路生殖器系の疾患の医療費が国保加入者に多い。
- 受療率でみても国保加入者のこれらの疾患での受療率は異様に高い。
- 被用者保険にいた人が疾病罹患により働けなくなった(働けなくなるくらい悪化した)ことにより国保に異動、と考えるのが素直(？)
- 働き方が不健康？ もともと不健康な人が脱落？ 生活習慣病対策が不完全？ → いずれにせよ、雇用の在り方と関係がありそう？
- であるならば、被用者保険からの移転が根拠づけられる？

図4: 制度別年齢階級別一人あたり医療費-1

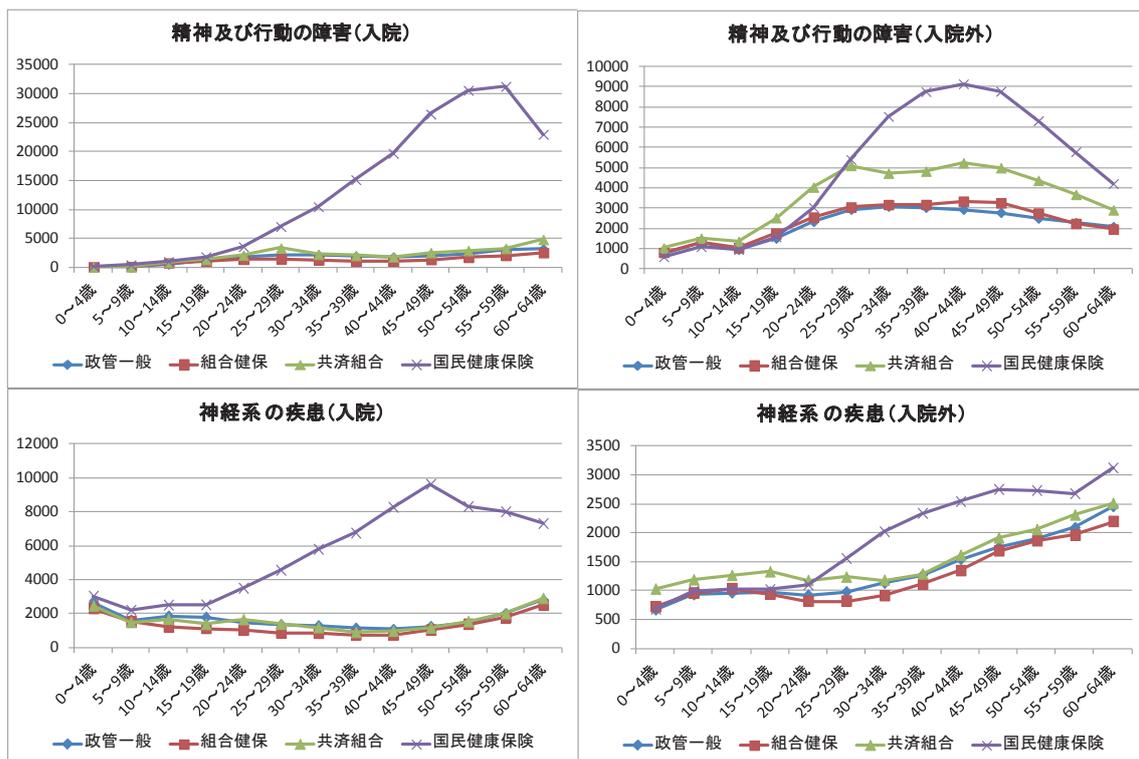
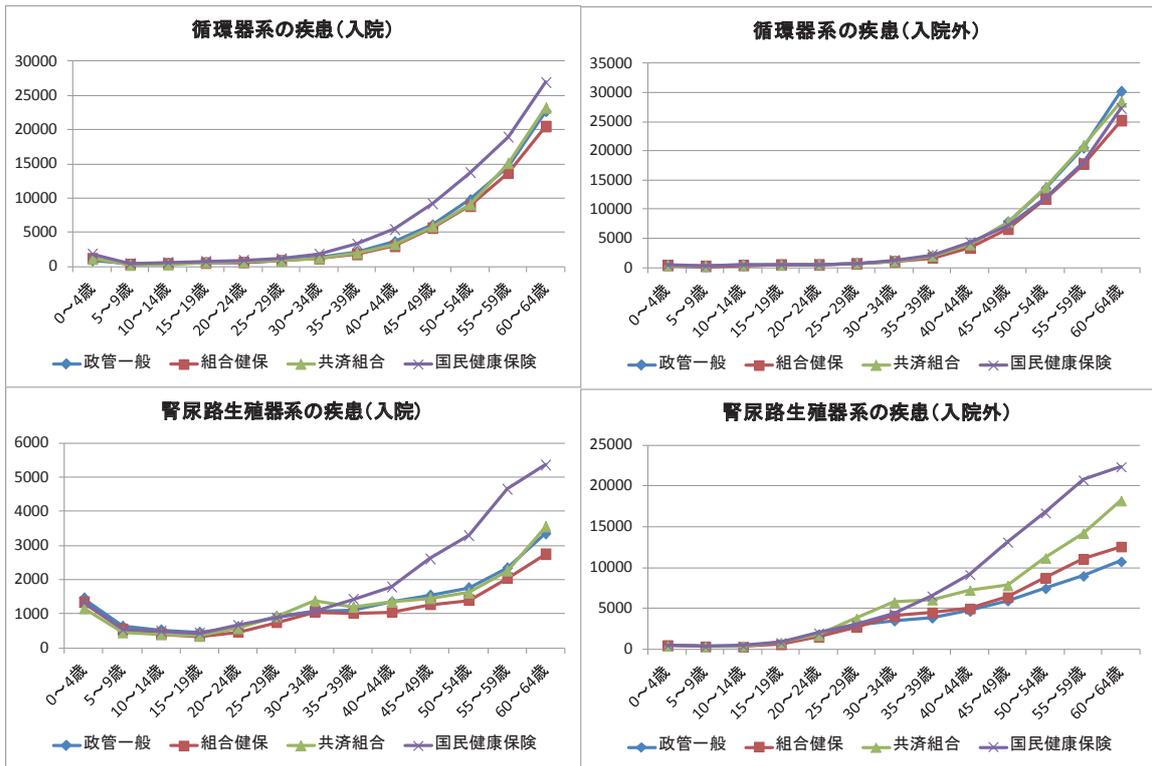


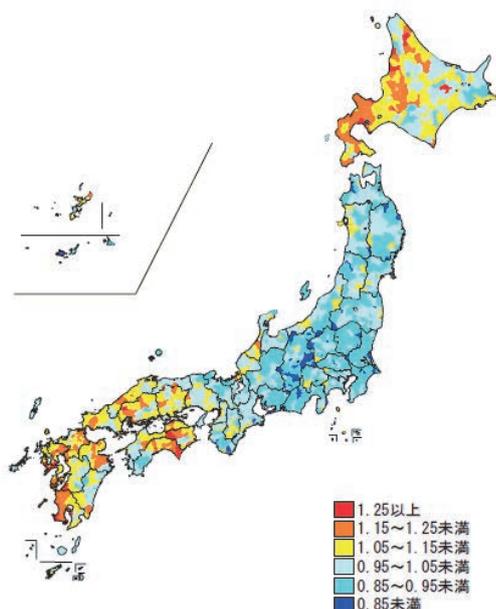
図4：制度別年齢階級別一人あたり医療費-2



医療費の地域差を巡って

- 年齢を調整した医療費が地域で大きな差があった。
- (第二次)国保問題懇談会で議論(昭和62年)
- 高医療費市町村は安定化計画を作成する他、高医療費部分(基準超過医療費:基準医療費の1.17倍を超える部分)を市町村が都道府県・国とともに費用負担
- 地域差指数=(1)/(2)
 - (1)当該地域の医療費
 - (2) Σ 当該地域の年齢階級別人口×全国平均の年齢階級別医療費
 - (1)は当該地域の実績医療費、(2)は当該地域の基準医療費
 - 実績医療費から保険者の責によらない医療費は除外
- 地域差指数が1.14を超える地域が高医療費市町村

医療費マップ(平成22年度;年齢補正後)



<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/hoken/iryomap/10/dl/01d.pdf>

地域差指数の技術的な課題

- 規模が小さい保険者は偶発的に高医療費になる可能性もある。
- 近隣地域の医療費の情報を用いて、偶然性のもたらす影響を低下させる地域差指数の計算方法(ベイズ推定)も近年提案されている。
- 偶然性の要素の影響よりも、構造的に医療費が高い市町村が存在することが問題であった。
- 構造的に高い市町村が連続的に指定されていた →旧産炭地域等

高医療費指定市町村の固定化

- 昭和63年～平成22年の23年間での市町村別指定回数
- 23回連続して指定されている市町村がある。
- 北海道、福岡県、の市町村が多い。
- 旧産炭地？

都道府県	市町村	指定回数	都道府県	市町村	指定回数
北海道	小樽市	23	北海道	仁木町	18
北海道	赤平市	23	徳島県	吉野町	18
北海道	由仁町	23	高知県	吉川村	18
北海道	白老町	23	福岡県	大牟田市	18
高知県	室戸市	23	福岡県	小竹町	18
北海道	苫小牧市	22	福岡県	川崎町	18
北海道	三笠市	22	福岡県	吉富町	18
福岡県	北九州市	22	佐賀県	鳥栖市	18
熊本県	荒尾市	22	北海道	江別市	17
北海道	根室市	21	北海道	滝川市	17
北海道	喜茂別町	21	北海道	恵山町	17
北海道	南幌町	21	北海道	黒松内町	17
北海道	札幌市	20	北海道	増毛町	17
北海道	函館市	20	石川県	志雄町	17
北海道	留萌市	20	徳島県	那賀川町	17
北海道	芦別市	20	福岡県	鞍手町	17
北海道	北広島市	20	福岡県	香春町	17
北海道	岩内町	20	北海道	夕張市	16
北海道	長沼町	20	北海道	泊村	16
北海道	古平町	19	大阪府	大阪市	16
大阪府	岬町	19	香川県	坂出市	16
北海道	千歳市	18	北海道	旭川市	15

構造的に医療費が高い地域への対応

- 安定化計画の作成(第68条の2第1項)
 - [1] 高医療費の内容分析
 - [2] 安定化計画の目標設定
 - [3] 医療費適正化等国民健康保険事業の安定化のための具体的な措置
 - [4] 安定化計画の実施体制の整備
- 計画を立てて、どうやって減らすのか？
- 構造的に高い状況に対して有効な対応策が保険者の権限として与えられていたのか？(権限があったとしても対応できたか？)

(参考) 保険者の規模について

• 政策面

- 保険者の都道府県単位化が「高額医療費共同事業」、「保険財政共同安定化事業」により実質的に進んできた
- **高額医療費共同事業:**
 - 一定額以上(一件80万円超)の高額医療費について、都道府県内の全市町村が拠出し、各市町村の単年度の負担の変動を緩和する事業(国・都道府県が事業対象の1/4ずつ公費負担)
- **保険財政共同安定化事業:**
 - 一定額以上(一件30万円超)の医療費について、都道府県内の全市町村の拠出により共同で負担する事業
- 両事業は平成22～25年度の暫定措置だったものを恒久化
- 保険財政共同安定化事業については全ての医療費を対象に

• 研究面

- 事務費用の最小化の観点から保険者規模の研究がなされてきた
- 国保は二次医療圏～都道府県の単位が加入者あたり事務費用が最小化される(と評価が定まった?)

(参考) 保険者の規模と地域差指数



※保険者の加入者規模が大きいほど地域差指数の分散は小さい。

(参考)保険者の規模拡大の影響

- 医療費変動リスクの低減・事務費用の最小化
 - 金銭コストの最小化
- 対人サービス(特定健診など)への影響は？
 - Anecdotalな話は(現地ヒアリングで)聞けるが、実証分析は(たぶん)無い。
- 未納の分析を行った際に、(年齢や所得の影響を除去した上で)町・村では未納率が低く、特別区では高かった
- 保険者規模と言うよりは都市化(or地域の紐帯の強さ)の問題？

特定健診を巡って

- 2008年4月開始
- 40歳～74歳までの公的医療保険加入者全員を対象
- 検診項目
 - 既往歴に関する問診
 - 自覚症状および他覚症状の検査
 - 身長体重および腹囲検査
 - BMI検査
 - 血圧測定
 - 血液検査(GOT, GPT, γ GTP, 中性脂肪, HDLコレステロール, 血糖値, HbA1c)
 - 尿中の糖および蛋白の有無
- 様々な論点
 - 支援金によるペナルティ
 - メタボの基準の学術的根拠
 - 低受診率
 - 服薬者の健診受診

後期高齢者支援金を用いた誘導

- 2012年度での目標値
 - 特定健診実施率:70%
 - 特定保健指導実施率:45%
 - メタボリックシンドローム該当者・予備軍の2008年度比減少率10%(いずれも2012年時点の目標値)
- 目標達成のためのインセンティブ
 - 後期高齢者支援金の加減算
- 加減算の方法(第二期:平成25年~29年)
 - 支援金が0.23%加算:健診・指導実施率が実質的に0%である保険者
 - 支援金が減算:実施率が上位1~2%の保険者
 - 加算額の総和・減算額の総和は一致

支援金を用いた誘導に対する批判

- 特定健診・保健指導への誘導の問題点
 - 医療費の適正化に効果があるか?
 - 後期高齢者支援金を用いて受診を促すことは適切か?
- 適正化効果について
 - 生活習慣病の予防費用が医療費抑制効果を上回る可能性?
- 後期高齢者医療支援金の加減算
 - 支援金の総額が減額されるわけではない。
 - 所得の高い、健康意識の高い加入者の多い保険者に有利であり、そうでない保険者(健康管理すべき加入者が多い)に不利になる?

特定健診の未受診率について

- 久保田他(2010)・・・他機関での受診と医療機関受領を除くと、「自分は健康だから」、「時間の都合がつかない」(岩手県花巻市)
- 宮川他(2011)・・・未受診者のうち21.4%:通院中、24.4%:かかりつけ医で検査、11.3%:他で受診、12.5%:必要性・意義を感じない(長野県須坂市)
- 後藤他(2011)・・・49歳以下未受診者:「仕事や家事が忙しい」、50歳以上:通院中、がそれぞれ最も多かった(山形県尾花沢市)
- 渡辺他(2012)・・・40歳代～60歳代:「忘れていた」、70歳代:「通院中」(大阪府高槻市)

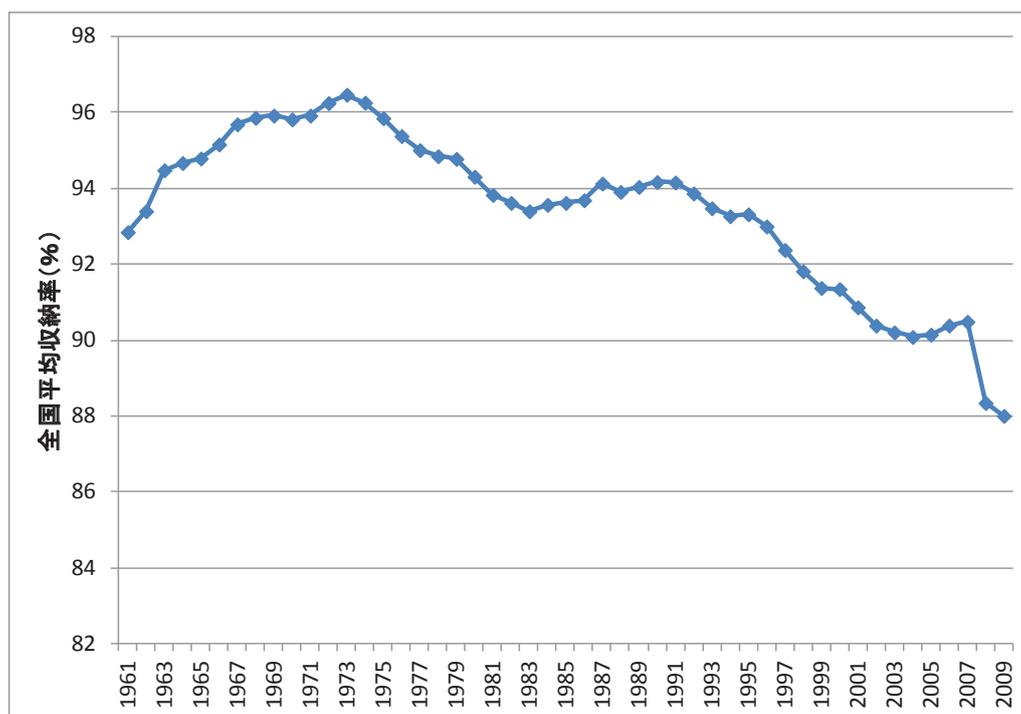
特定健診と医療機関受診

- 特定健診データと医療費データを突合
- 加入者を「情報提供群」、「動機付支援群」、「積極的支援群」に階層化
- 積極的支援群
 - 健保組合加入者では17.2%、国保では3.7%
- 情報提供群
 - 健保組合加入者7割、国保9割
- 情報提供群のうち、「服薬中の者」の医療費が最も大きな割合
- 服薬中の者は特定保健指導の対象から外れる
- 他方、日本は慢性疾患のコントロールの質(治療コンプライアンス)が低い
- 特定保健指導の拡大or慢性疾患治療の質の向上のどちらで対応？

保険料の未納について

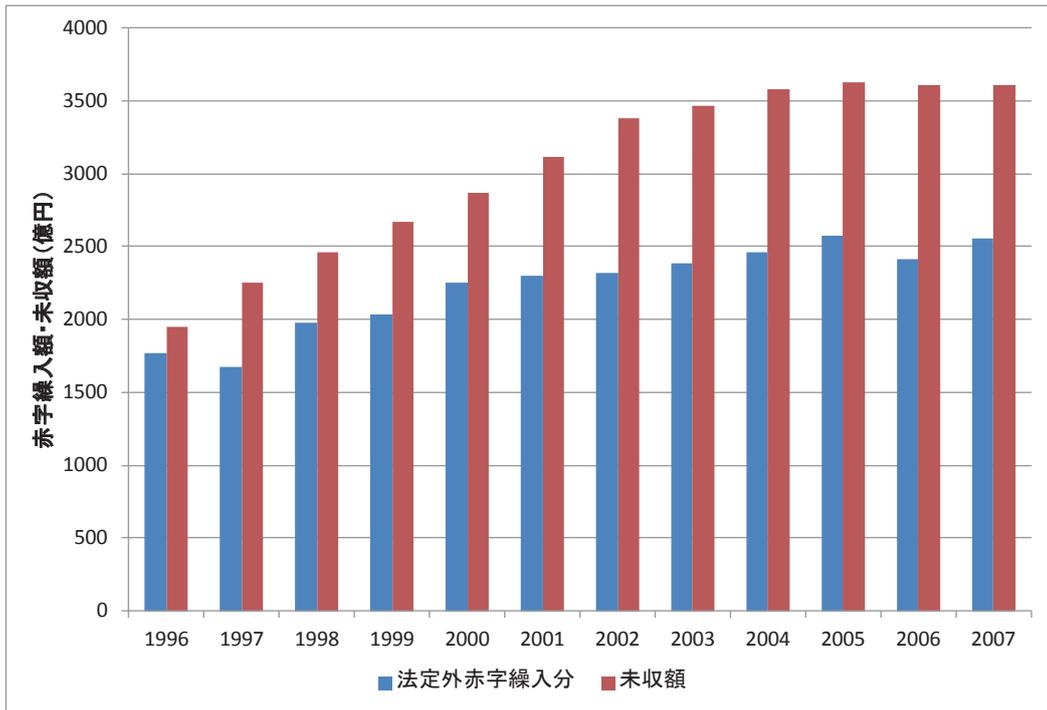
- 保険料の収納率は持続的に低下している
- 未納額は法定外赤字繰入分を凌駕する。
- 若年層、低所得層において収納率は低い。
- 課税標準額に対する保険料の割合は10%前後
- 保険料の割合は年齢が高いほど、課税標準額が低いほど高い
- 所得に占める保険料の割合、が1%増加すると、未納確率を限界的に0.1から0.2%増加させる効果があると考えられた。
- 保険料軽減制度は未納確率を有意に引き下げる効果を持つ。

保険料収納率の推移



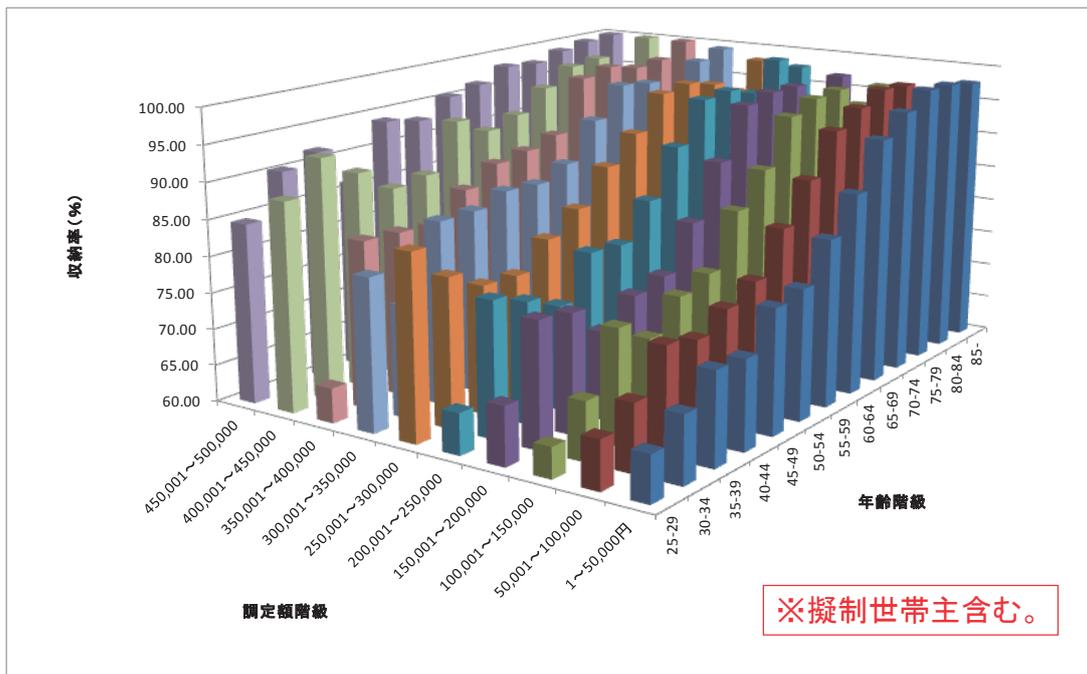
出所: 国民健康保険事業年報

保険料の未納の財政的規模



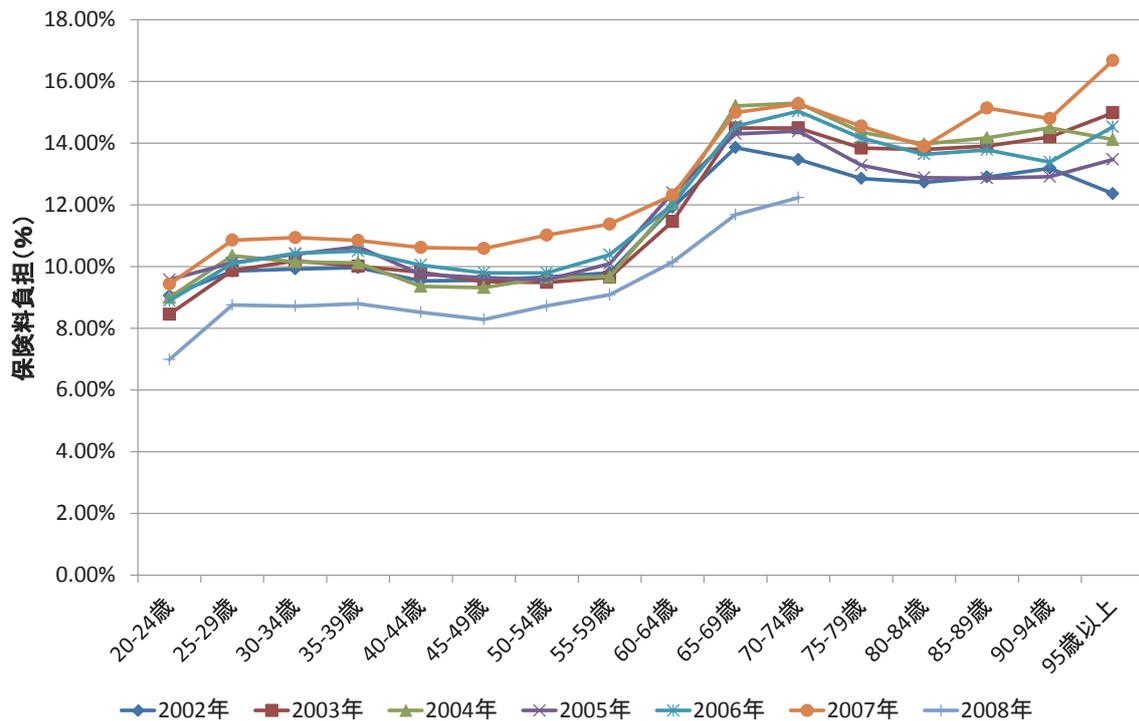
出所: 国民健康保険事業年報

世帯主の年齢階級別・調定額階級別収納率(2009年)



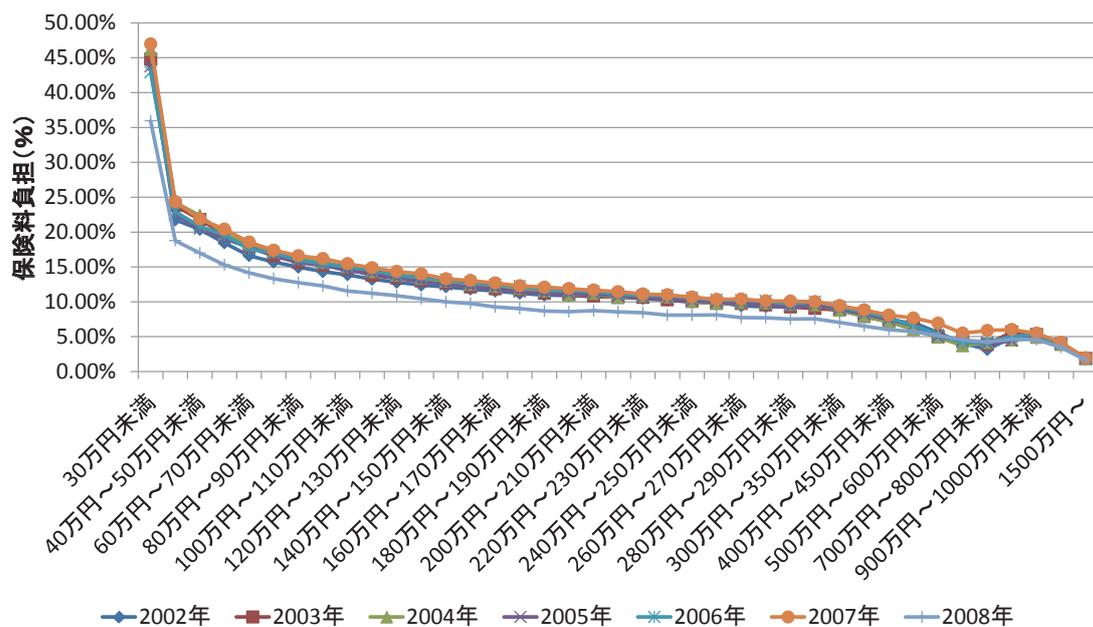
泉田信行(2012)「国民健康保険料の未納と所得水準との関係に関する基礎的分析」JIPSS Discussion Paper発表会発表原稿

保険料負担に関する概況-1



泉田信行(2011)「国民健康保険料の未納と所得水準との関係に関する分析」日本財政学会第68回大会報告原稿

保険料負担に関する概況-2

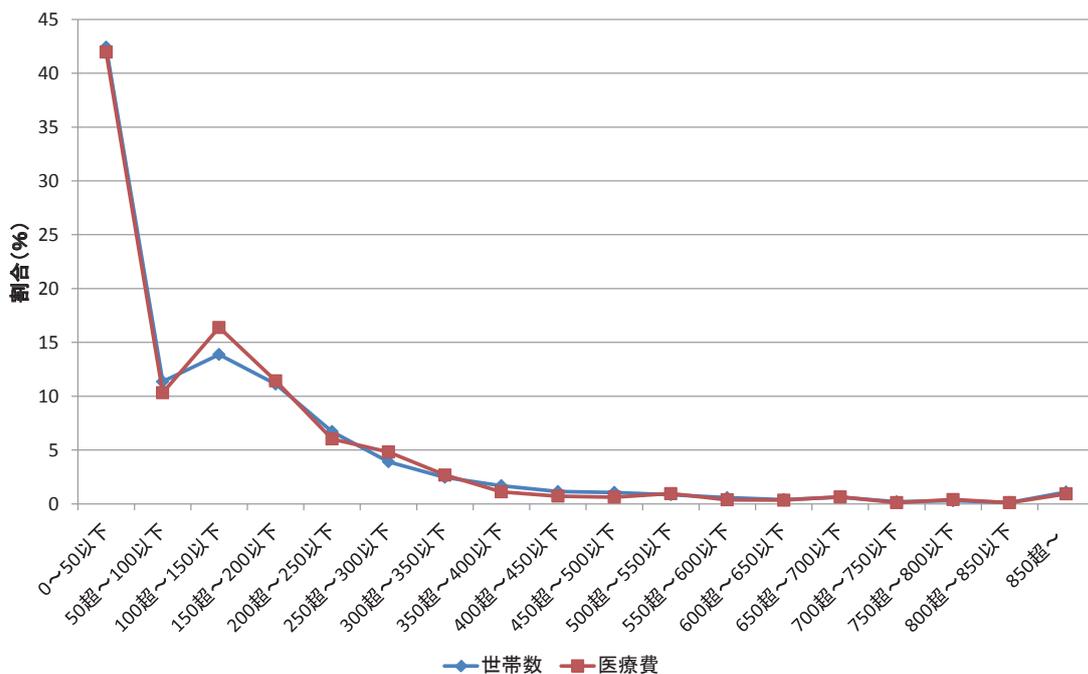


泉田信行(2011)「国民健康保険料の未納と所得水準との関係に関する分析」日本財政学会第68回大会報告原稿

低所得者対策について

- 保険料が高すぎるのではないか？
 - 若年層にとってはリスクに見合っていない？
 - そもそも低所得者には払える保険料ではない？
- 現行制度による市町村の負担の分担方法
- 保険基盤安定制度
 - **保険料軽減分**：保険料軽減（応益分の7割、5割、2割）の対象となった被保険者の保険料のうち、軽減相当額を公費で補てん。（都道府県3/4、市町村1/4）
 - **保険者支援分**：保険料軽減の対象となった一般被保険者数に応じて、平均保険料の一定割合を公費で補てん。（国1/2、都道府県1/4、市町村1/4）
- 財政安定化支援事業
 - 市町村の一般会計から国保特会への繰入れを地方財政措置

所得階級別の世帯数構成割合と医療費使用額割合



・ある市の2009年中の一月分の医科医療費と当該月の世帯数

保険料のあり方

- より明示的に、「低所得」&「高医療費」である加入者の存在を踏まえた負担の在り方を考えるべきでは？
- 社会保険的発想？
 - 低所得や健康を害した状態であっても社会保険であるので、(一律のルールの上での)保険料の納付の上で医療サービスを利用
 - 低所得者への支援は現行制度(の拡充)による
- 福祉医療的な発想？(ex.昭和62年国保問題懇談会)
 - 国保制度内に福祉医療を設ける。
 - 同一制度別会計
 - 福祉医療の対象者は保険料軽減対象者
 - 福祉医療制度の財源は国庫1/2と保険料を差し引いた残余の額を都道府県・市町村1/4で負担
 - 一般被保険者の保険料が軽減される

(参考)国保←→生保の移行について

- 生活保護の新規開始世帯のうち、国民健康保険加入からの移行した世帯の割合は約6割
- 逆に生活保護から国民健康保険加入へ移行する世帯は約3割
- 他の施策とともに、国保加入(の低所得)世帯に対する給付や負担を改善すると生活保護受給開始世帯は減少する？

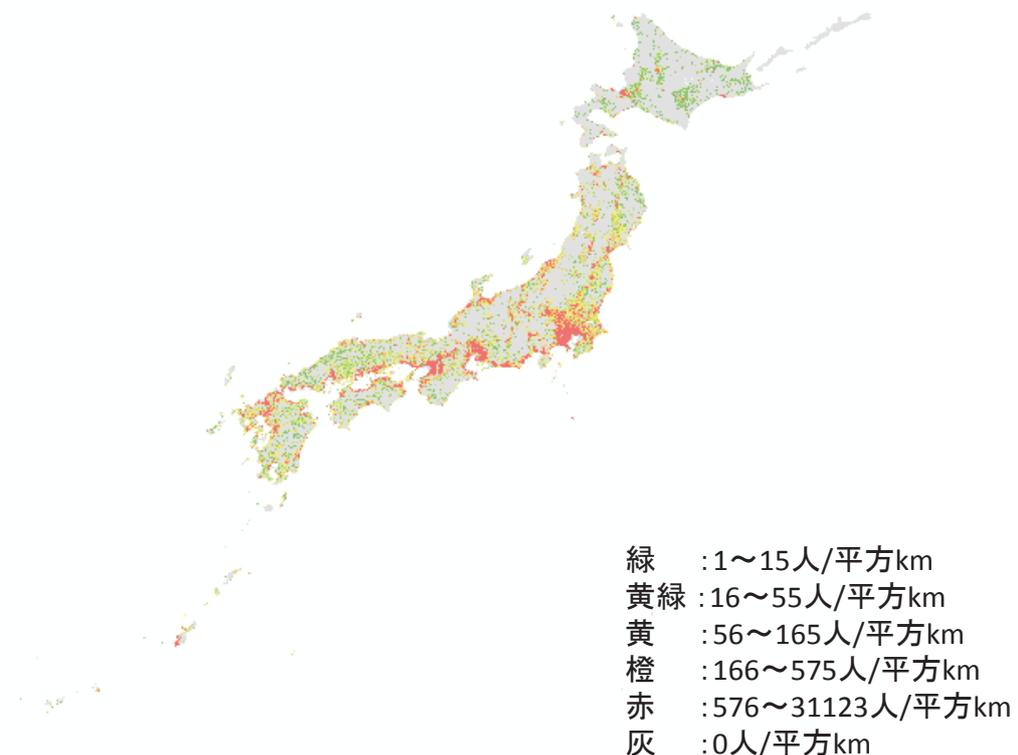
年度	国民健康保険から生活保護へ移行する世帯数	開始世帯	カバー率	生活保護から国民健康保険へ移行する世帯数	廃止世帯	カバー率
平成15年度	143000	246,000	58.13	50000	178,000	28.09
平成16年度	104000	230,000	45.22	59000	182,000	32.42
平成17年度	120000	218,000	55.05	56000	178,000	31.46
平成18年度	130000	203,000	64.04	56000	171,000	32.75
平成19年度	118000	198,000	59.6	48000	168,000	28.57

出所：国民健康保険実態調査異動票個票の再集計と厚生労働省大臣官房統計情報部「社会福祉行政業務報告例」
 泉田信行(2011)「国民健康保険制度から生活保護制度へ移行する世帯数に関する一検討」厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)「所得水準と健康水準の関係の実態解明とそれを踏まえた医療・介護保障制度・所得保障制度のあり方に関する研究」分担研究報告書

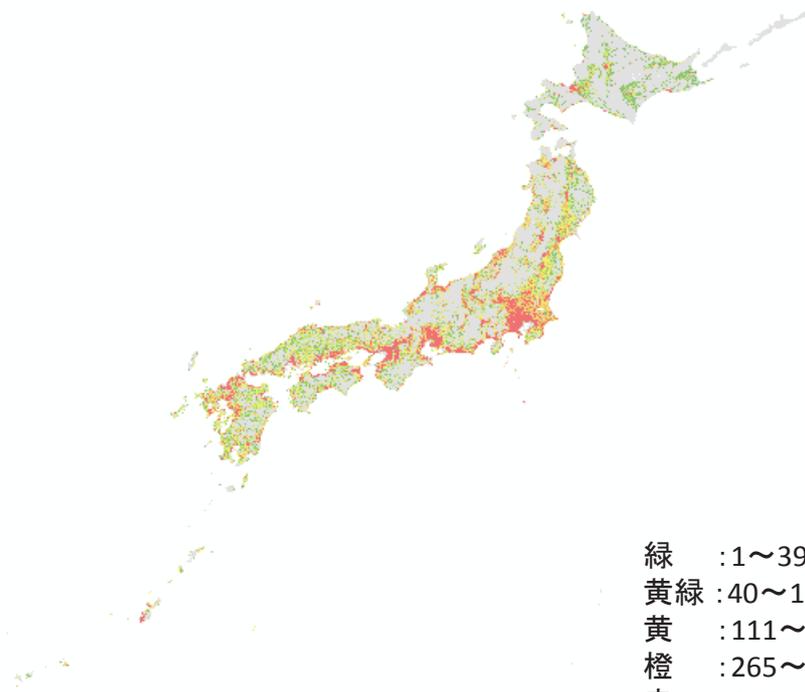
保険あって医療なし(?)

- 古くは「医療利用組合」and/or「旧国保法」の時代の話
- 歴史は繰り返すのか？
 - 人口減少は2008年に始まっている
 - (社会的移動もあると思われるが)地域別に高齢化率は異なる
 - 人口減少のスピードは地域によって大きく異なると予想される。
- いわゆる不採算地区が拡大する可能性はあるか？
- その場合の対応策を如何に考えておくべきか
 - ナチュラルなコンパクトシティ化？
 - 不採算地区増加に対応した補助金増加？
 - 事情を理解したうえで「居住の自由」を享受してもらう？

国勢調査人口分布(1kmメッシュ;2000年)



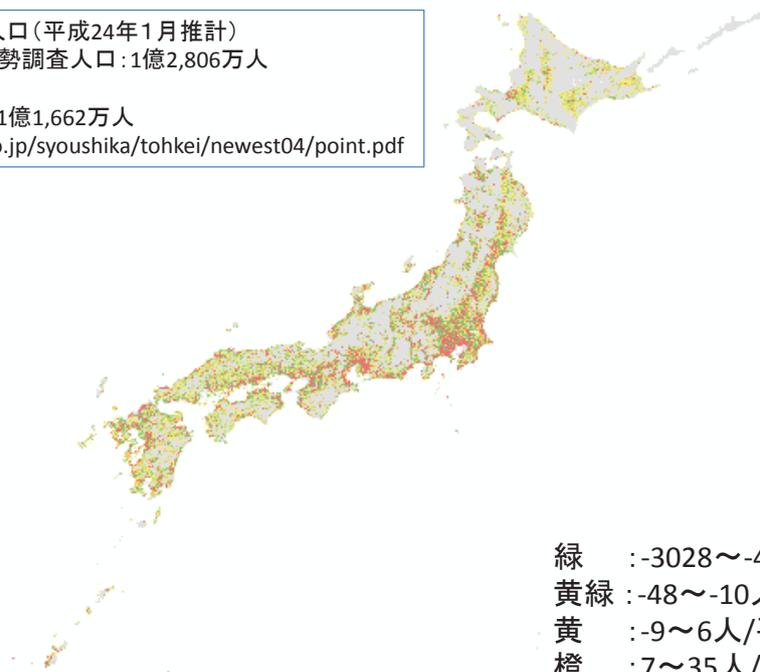
国勢調査人口分布(1kmメッシュ; 2005年)



- 緑 : 1~39人/平方km
- 黄緑 : 40~110人/平方km
- 黄 : 111~264人/平方km
- 橙 : 265~816人/平方km
- 赤 : 817~31669人/平方km
- 灰 : 0人/平方km

2時点間の国勢調査人口の変動(1kmメッシュ)

日本の将来推計人口(平成24年1月推計)
 平成22(2010)年国勢調査人口: 1億2,806万人
 ↓
 平成42(2030)年に1億1,662万人
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/point.pdf>



- 緑 : -3028~-49人/平方km
- 黄緑 : -48~-10人/平方km
- 黄 : -9~6人/平方km
- 橙 : 7~35人/平方km
- 赤 : 36~6014人/平方km
- 灰 : 元の居住者無し

※日本全体が人口減少に転じたのは2008年度以降とされている。
<http://www.stat.go.jp/info/today/009.htm>

自治体病院の状況

- 平成22年度決算
 - 地方公営事業(病院事業)数:654
 - 決算規模:44,313億円
 - 総収支:+9億円
 - 他会計繰入金:5,664億円
 - 累積欠損金:20,707億円
-
- 病院事業にかかる普通交付税(24年度):3,099億円
 - 自治体病院事業にかかる特別交付税(23年度):931億円
-
- 人口減により、収支は改善するのか悪化するのか？

平成22年度地方公営企業決算の概要(確報)
http://www.soumu.go.jp/main_content/000142145.pdf

全国自治体病院開設者協議会
<http://www.jmha.or.jp/conf/news/backnumber.php?kind=3>

第3章 国民健康保険に係る実態調査の状況

総務省自治財政局調整課

川崎市役所との意見交換

(川崎市) 村山財政部長、馬場保険年金課長、柳澤収納管理課長、三田村資金課担当課長 (参加委員) 小西委員長、泉田委員、齋藤(由)委員、高端委員、田邊委員、林委員、細井委員 (事務局) 奥田補佐(総務省)、桐生事務官(総務省)、村上室長(地方自治研究機構)、 武村研究員(地方自治研究機構)

〈意見交換の概要〉

○国民健康保険について

林委員 1人あたり医療費の積算方法をご教示いただきたい。

川崎市 総医療費を国保加入者で割り返した数。

林委員 滞納している世帯の特徴をご教示いただきたい。

川崎市 大きくいうと2つのタイプ。1つは給与所得者で本当に今払えない世帯。年金の方はしっかり払っている。もう1つは、制度自体を否定される人。話を聞いていると、ほとんど医者に行っていないという人で、所得はある、という人が非常に多い。

林委員 市税の担当部局との連携は行っているか。

川崎市 行っている。特に高額滞納者等については連携して。そういう中で、公租公課の順番が法律で定められており、優先順位があり、国民健康保険料は公課となるため租税が優先される。このため、市税とは連携して徴収を行った方が効率的なことも多々ある。

林委員 保険税であればどのようなようになるのか。

川崎市 保険税となると、公租になるため優先順位は劣後することにならない。地方税法に入っていくので、租税となり差し押さえ先着主義が優先される。税は収入がなければ非課税だが、国保は必ず債権が発生し、その中で、本当に幾ら払えるのかという話をしなければいけない。そこが税と違うところ。

また、本当に医者に行く必要がある人が滞納があることによって、例えば受診を控えてしまう。このことでもっと重篤になってしまい、結果医療費がさらにかかってしまうことも考えられる。また、医療費の一部負担金が支払えない場合は、生活が困窮している可能性があることから、結果、生活保護の支給に繋がってしまうとか、現場では滞納世帯と折衝していて、そういうのは実感されている。

林委員 ほかの自治体で保険税を取っている理由は。

川崎市 大きな理由として、保険料を賦課するためには、その世帯の所得や課税額を把握しなければならず、その根拠はそもそも税務部門が管轄しているのであり、同一セクションで賦課するのが一番効率的である。保険料にするとシステムも全部かえなければいけな

いが、別々にすると非常にコストがかかる。多くの自治体、特に規模が小さい保険者は国保税を採用しているが、税で賦課するとどうなるかという、5年間滞納が残ることになり、多額の滞納債権が残り、これを解消する労力や、長期分納世帯に対しては資格証も出せないような状況になっている。税の場合は仮に未申告でも収入がなければ賦課はされないから債権の累積滞納はとまるが、国保は住所要件のため、収入があろうがなかろうが、未申告だろうが、賦課は絶対せざるを得ない。

泉田委員 差し押さえの件数は目標額にどれくらい近いのか。

川崎市 目標額というのは市では決めていない。差し押さえする件数というのは決めていて、全市で1,500件以上というのが目標。

泉田委員 被差押者が無資力でどうもならない場合はどうされるのか。

川崎市 滞納処分の執行停止という法律があり、基本的には預貯金などの債権の財産調査をしているが、もう一つ川崎でやっているのは、特に市税の賦課資料調査を徹底的にやっており、既に会社の保険に入っていたりする方が判明し、21年度だけでも5億円以上調定額を減らすことができた。財産もなく、それもできない場合は、資力がないという判断をしている。

泉田委員 無資力の場合に生活保護でというケースはあるか。

川崎市 ある。現場に納付相談シートというものがあり、月の収支がマイナスだったり、どうやって生活をしているのかと疑問に感じる時もある。そういったケースの場合は保護課など関連部署と連携して生活相談に乗ることも多々あり、納付相談を窓口でしながら生活実態を把握する。また、徴収員と訪問員というのを、全市で50人以上雇っており、家を訪問した情報等を出してもらって、最終的に判断をしている。

林委員 国保の広域化に対する評価をご教示いただきたい。

川崎市 川崎市は所得の意味では県内市町村のうち中位だが、医療費は若干安いようである。広域化に伴う財政負担は今後精査が必要だが、医療保険制度を一本化していこうという、そういう総論は持っているので、その大目標に向かって一歩ずつ進んでいかないといけないとは思っている。

高端委員 保険料額の最高限度についての考えは。

川崎市 実感的には収入で1,000万を超える世帯の階層が意外と多く、限度額以上、本来は払える能力がある世帯が多いのが実感である。国保は世帯主義のため、一世帯に数人がそれぞれ限度額を超える所得を有しながら、納付義務者一人が限度額を支払えばよく、また、逆に世帯主は収入が無く、同世帯の被保険者の子供に多額の収入があり、限度額に達してしまい、世帯主が納付困難であると、だが、納付義務者ではない子供の財産は滞納処分できないなど、世帯主義の限界も感じている。

細井委員 公平性というものに対して、どのように考えているのか。

川崎市 受益と負担の公平性の観点からも滞納債権の縮減は今後も強力に推進していかなければならない。また、国保は所得が無い世帯、収入が少ない世帯も多く加入しているの

が実態であるため、きめ細やかな納付折衝も必要とされる。一方、川崎市においては多額の一般会計からの繰入により、収支を保っているのが実情である。保険料は国保にかかる経費の50%を賄うことになっているが、川崎市の場合、残りの公費50%の内およそ9%は不交付となっていることも公平性の観点から問題であると考ええる。今後は保険料の均一化に向け、川崎市の賦課割合が、応能割65、応益割35となっているため、最終的に27年度に向けて、県域化のところでは、徐々にそこは県下の水準に近づけていかなければいけないと思っている。川崎の賦課割合の65対35というのは突出しているので、県域化の流れの中、横浜市、相模原市、川崎市で、どういう方向で行った方がいいのかというのは、1つの公平性の課題であると思う。また、県下でどのような形の減免制度があるのかを含めて、統一されていくよう検討をしていかなければいけないと思う。

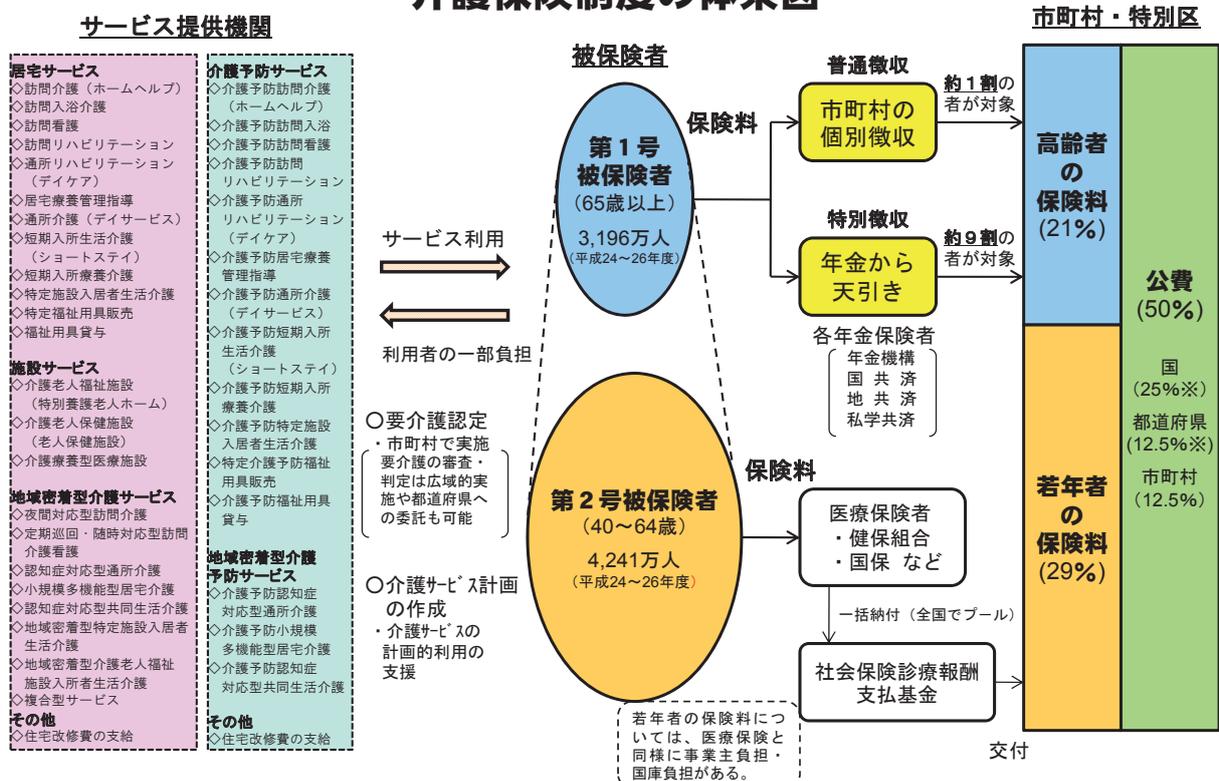
齋藤委員 年齢階級に分けると、どういうふうになっているのか

川崎市 傾向としては、全市とそんなに変わらない。やはり高齢化が進んでいる。

第4部 介護保険

介護保険制度の現状と課題

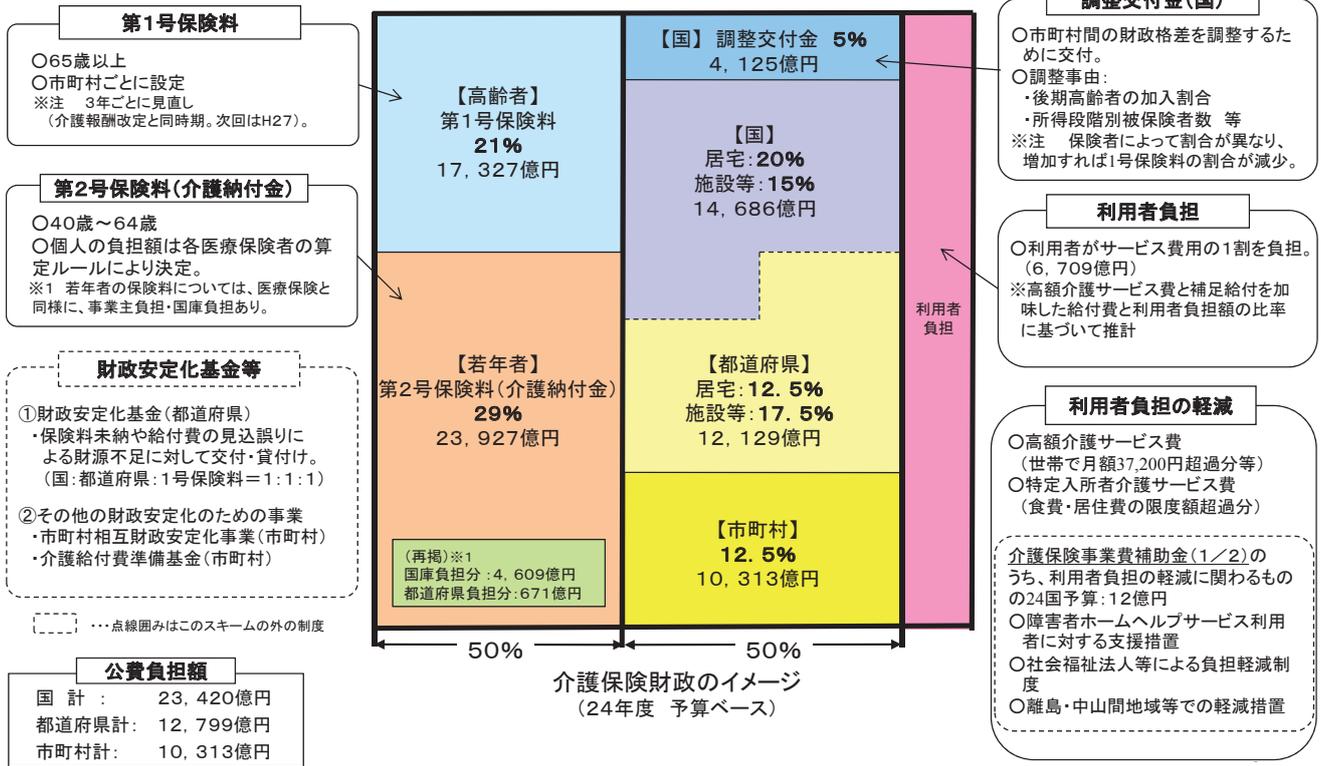
介護保険制度の体系図



※ 国の負担分のうち5%は調整交付金であり、75歳以上の方の数や高齢者の方の所得の分布状況に応じて増減
 ※ 施設等給付費（都道府県が指定権限を有する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設に係る給付費）は国20%、都道府県17.5%。

介護保険財政の現状

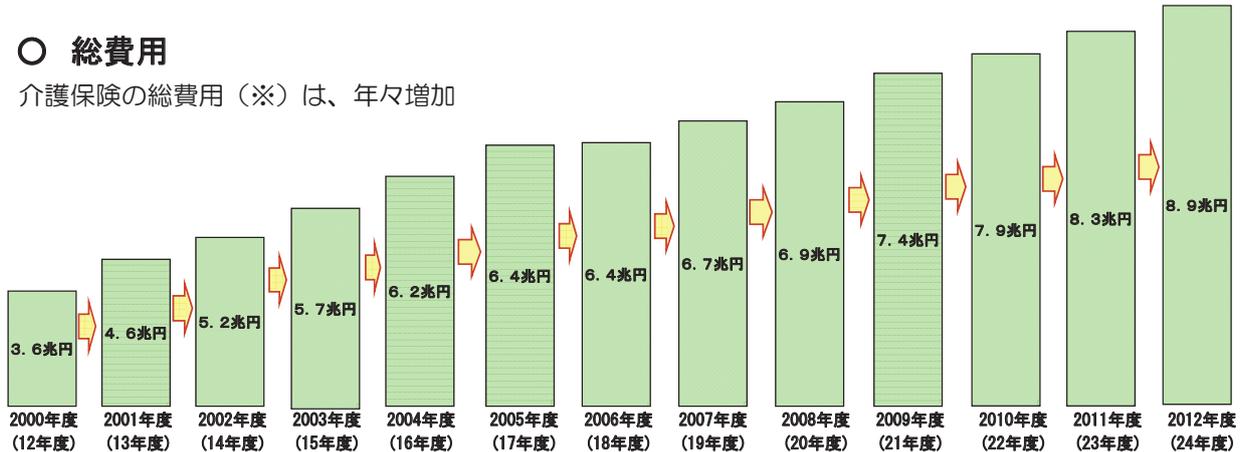
総費用: 約89,217億円



介護保険の総費用と保険料の動向

○ 総費用

介護保険の総費用(※)は、年々増加



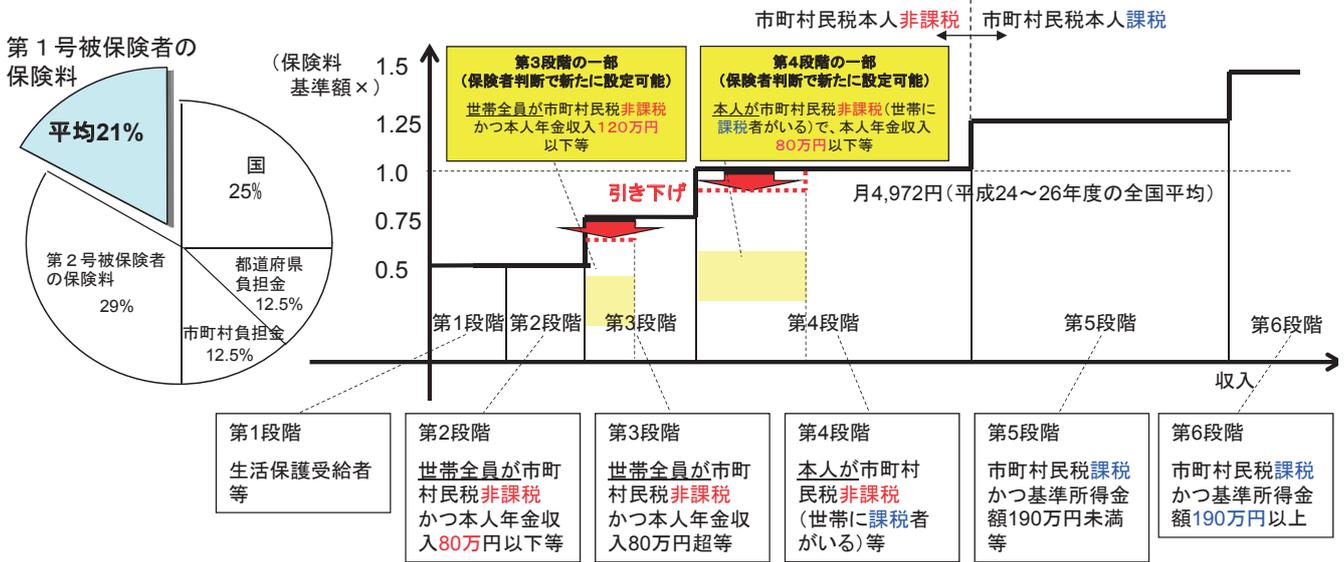
※介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない(地方交付税により措置されている)。

○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均(月額・加重平均)〕



介護保険の保険料（第1号被保険者）

- 市町村(保険者)は、介護保険給付費の約21%に相当する額を第1号被保険者(65歳以上の高齢者)に保険料として賦課。
- 第1号被保険者の保険料は、サービス基盤の整備の状況やサービス利用の見込みに応じて、保険者ごとに設定。
- 低所得者等に配慮し負担能力に応じた負担を求める観点から、市町村民税の課税状況等に応じて段階別に設定されている。(標準は6段階)



第5期計画期間における介護保険の第1号保険料について (平成24年3月末時点で額が決定している保険者の集計値)

第5期(平成24~26年度)第1号保険料

[第4期] 4,160円 → [第5期] 4,972円 (+19.5%)

- ※1 第1期は2,911円、第2期は3,293円、第3期は4,090円。
- ※2 本資料における保険料額は、保険者ごとの保険料基準額を平均したものである(月額・加重平均)。
- ※3 保険料を経過的に複数設定している保険者については、加重平均により1保険者につき1保険料として計上している。
- ※4 東日本大震災の影響により、暫定的に第4期と同額の保険料基準額に据え置いた13保険者(宮城県4保険者・福島県9保険者)及び平成24年3月末時点で第5期保険料基準額が決定していない1保険者を除く1,566保険者を対象として算出している。

(参考1) 第4期と第5期の保険料基準額の状況

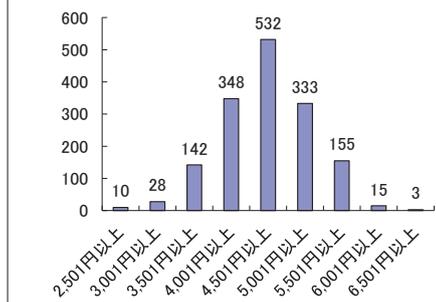
	保険者数
第4期から保険料基準額を上げた保険者	1,464
第4期から保険料基準額を据え置いた保険者	77
第4期から保険料基準額を引き下げた保険者	25
合計	1,566

(参考2) 保険料基準額の分布状況

区分	保険者数
2,501円以上 ~ 3,000円以下	10 (0.6%)
3,001円以上 ~ 3,500円以下	28 (1.8%)
3,501円以上 ~ 4,000円以下	142 (9.1%)
4,001円以上 ~ 4,500円以下	348 (22.2%)
4,501円以上 ~ 5,000円以下	532 (34.0%)
5,001円以上 ~ 5,500円以下	333 (21.3%)
5,501円以上 ~ 6,000円以下	155 (9.9%)
6,001円以上 ~ 6,500円以下	15 (1.0%)
6,501円以上 ~	3 (0.2%)
合計	1,566

※ 百分率については、四捨五入をしている。

(参考2) 保険料基準額の分布状況(保険者数:1,566)



(参考3) 第5期計画期間における各都道府県平均保険料基準額

都道府県名	保険料額(月額)		都道府県名	保険料額(月額)	
	第4期 (H21-23)	第5期 (H24-26)		第4期 (H21-23)	第5期 (H24-26)
北海道	3,984	4,631	滋賀県	3,971	4,796
青森県	4,999	5,491	京都府	4,332	5,280
岩手県	3,990	4,851	大阪府	4,588	5,306
宮城県	3,999	4,896	兵庫県	4,312	4,982
秋田県	4,375	5,338	奈良県	4,017	4,592
山形県	3,902	4,784	和歌山県	4,625	5,501
福島県	3,717	4,705	鳥取県	4,488	5,420
茨城県	3,717	4,528	島根県	4,274	5,343
栃木県	3,730	4,409	岡山県	4,469	5,224
群馬県	3,997	4,893	広島県	4,462	5,411
埼玉県	3,722	4,506	山口県	3,996	4,978
千葉県	3,896	4,423	徳島県	4,854	5,282
東京都	4,045	4,992	香川県	4,198	5,195
神奈川県	4,106	4,787	愛媛県	4,626	5,379
新潟県	4,450	5,634	高知県	4,388	5,021
富山県	4,574	5,513	福岡県	4,467	5,165
石川県	4,635	5,546	佐賀県	4,338	5,129
福井県	4,253	5,266	長崎県	4,721	5,421
山梨県	3,948	4,910	熊本県	4,357	5,138
長野県	4,039	4,920	大分県	4,155	5,351
岐阜県	3,937	4,749	宮崎県	4,150	5,142
静岡県	3,975	4,714	鹿児島県	4,172	4,946
愛知県	3,941	4,768	沖縄県	4,882	5,880
三重県	4,189	5,314	全国平均	4,160	4,972

(参考4) 保険料基準額高額保険者

保険者名(都道府県名)	第5期基準額(月額)
関川村(新潟県)	6,680
隠岐広域連合(島根県)	6,550
上越市(新潟県)	6,525
上野村(群馬県)	6,500
嘉麻市(福岡県)	
宮古島市(沖縄県)	6,400
石垣市(沖縄県)	6,352
糸満市(沖縄県)	6,270
豊後大野市(大分県)	6,250
新居浜市(愛媛県)	6,247

(参考5) 保険料基準額低額保険者

保険者名(都道府県名)	第5期基準額(月額)
奥尻町(北海道)	2,800
津別町(北海道)	
三島村(鹿児島県)	
檜枝岐村(福島県)	2,880
中札内村(北海道)	2,900
浜中町(北海道)	
音威子府村(北海道)	
平取町(北海道)	3,000
長野原町(群馬県)	
東白川村(岐阜県)	

(参考6) 財政安定化基金取崩しによる保険料軽減額

財政安定化基金取崩しによる保険者への交付予定額	保険料軽減額(月額)
約550億円	52円

「診療報酬・介護報酬改定等について」
(平成23年12月21日 財務大臣・厚生労働大臣合意)

改定率

1.2%

(内訳)

在宅分 1.0%

施設分 0.2%

改定の方向

- ・ 介護サービス提供の効率化・重点化と機能強化を図る観点から、各サービス間の効果的な配分を行い、施設から在宅介護への移行を図る。
- ・ 24時間定期巡回・随時対応サービスなどの在宅サービスや、リハビリテーションなど自立支援型サービスの強化を図る。
- ・ 介護予防・重度化予防については、真に利用者の自立を支援するものとなっているかという観点から、効率化・重点化する方向で見直しを行う。
- ・ 介護職員の処遇改善については、これを確実にを行うため、これまで講じてきた処遇改善の措置と同様の措置を講ずることを要件として、事業者が人件費に充当するための加算を行うなど、必要な対応を講ずることとする。

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案の概要

高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進める。

1 医療と介護の連携の強化等

- ① 医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進。
- ② 日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定。
- ③ 単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスを創設。
- ④ 保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする。
- ⑤ 介護療養病床の廃止期限（平成24年3月末）を猶予。（新たな指定は行わない。）

2 介護人材の確保とサービスの質の向上

- ① 介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする。
- ② 介護福祉士の資格取得方法の見直し（平成24年4月実施予定）を延期。
- ③ 介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加。
- ④ 公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施。

3 高齢者の住まいの整備等

- ① 有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加。
 - ② 社会医療法人による特別養護老人ホームの開設を可能とする。
- ※厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進（高齢者住まい法の改正）

4 認知症対策の推進

- ① 市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進。
- ② 市町村の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。

5 保険者による主体的な取組の推進

- ① 介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保。
- ② 地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする。

6 保険料の上昇の緩和

- 各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。

【施行日】

- 1⑤、2②については公布日施行。その他は平成24年4月1日施行。

社会保障・税一体改革大綱【介護保険制度関係抜粋】

2. 医療・介護等①

(2) 地域包括ケアシステムの構築

- できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム（医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援）の構築に取り組む。

3. 医療・介護等②（保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策）

(6) 介護1号保険料の低所得者保険料軽減強化

- 今後の高齢化の進行に伴う保険料水準の上昇や消費税引上げに伴う低所得者対策強化の観点から、公費を投入することにより、65歳以上の加入者の保険料（1号保険料）の低所得者軽減を強化する。

☆ 具体的内容について検討する。税制抜本改革とともに、平成24年通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

(7) 介護納付金の総報酬割導入等

- 今後の急速な高齢化の進行に伴って増加する介護費用を公平に負担する観点から、介護納付金の負担を医療保険者の総報酬に応じた按分方法とすること（総報酬割の導入）を検討する。

また、現役世代に負担を求める場合には、負担の公平性などの観点に立ち、一定以上の所得者の利用者負担の在り方など給付の重点化についても検討する。

（注）現行は、介護納付金は各医療保険の40～64歳の加入者数に応じて按分されている。

☆ 平成24年通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

国民健康保険保険基盤安定制度の概要

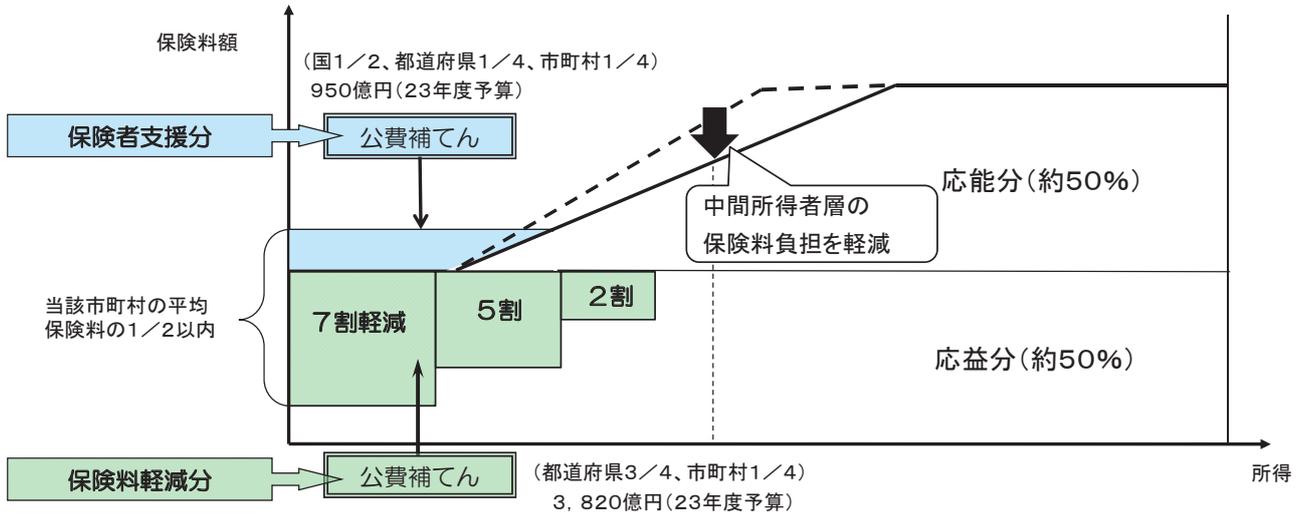
○保険料軽減分

保険料軽減(応益分の7割、5割、2割)の対象となった被保険者の保険料のうち、軽減相当額を公費で補てん。

○保険者支援分

中間所得者層を中心に保険料負担を軽減するため、保険料軽減の対象となった一般被保険者数に応じて、平均保険料の一定割合を公費で補てん。

$$\begin{aligned} \text{補てん額} &= \{ 7(6)\text{割軽減世帯の被保険者数} \times \text{一人当たり平均保険料収納額の}12(10)\% \} \\ &+ \{ 5(4)\text{割軽減世帯の被保険者数} \times \text{一人当たり平均保険料収納額の}6(5)\% \} \end{aligned}$$



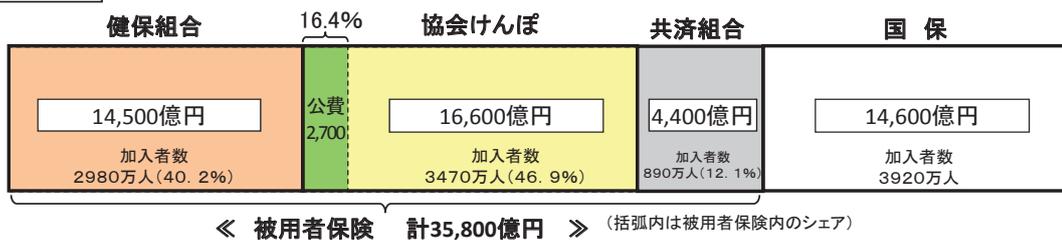
後期高齢者支援金への総報酬割導入

- 平成22年度から平成24年度までの間、特例措置として、被用者保険が負担する支援金総額の1/3を総報酬割とする。
- 平成22年7月施行(平成22年度は、支援金総額の2/9を総報酬割(1/3 × 8ヶ月分/12ヶ月))

◎後期高齢者支援金^(注)の費用負担のイメージ(約5.0兆円:平成22年度予算案ベース)

(注)前期高齢者に係る支援金負担分を含む。

従前制度 加入者の数で按分 (被用者保険と国保で共通)



22年度~24年度(3年間)の特例措置

- ①被用者保険と国保 → 加入者の数で按分(現行どおり)
- ②被用者保険内 → 2/3は加入者の数で按分、1/3は総報酬のシェアで按分(初年度は加入者割7/9、総報酬割2/9)



※ あわせて、健保組合等における前期高齢者納付金等の負担軽減を図るため、円滑化等事業による支援を倍増(約160億円→約320億円)
(注)総報酬割導入の健保組合への影響: 負担増 約920組合、負担減 約560組合

社会保障・税一体改革において掲げられた 介護分野の取組 ※数字は2015年度の公費

○ 社会保障・税一体改革では、介護分野では、在宅介護の充実や1号保険料の低所得者保険料軽減強化が充実内容として示されている一方、介護予防・重点化予防や、介護施設の重点化、介護給付金の総報酬導入が重点化・効率化事項として掲げられている。

○介護サービス提供体制

充実	重点化・効率化
<ul style="list-style-type: none"> ・在宅サービス・居住系サービスの強化 ・医療と介護の連携の強化 ・施設のユニット化 <p style="text-align: right;">(2,800億円程度)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・重度化予防 ・介護施設の重点化(在宅への移行) <p style="text-align: right;">(▲1,800億円程度)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・マンパワー増強 <p style="text-align: right;">(2,500億円程度)</p>	

○能力に応じた費用負担の公平化

充実	重点化・効率化
<ul style="list-style-type: none"> ・1号保険料の低所得者保険料軽減強化 <p style="text-align: right;">(～1,300億円)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護納付金の総報酬導入 <p style="text-align: right;">(完全実施で▲1,500億円)</p>

第2章 介護サービスの供給と編成

－「介護保険制度」(日本)と「税を財源とする介護制度」(スウェーデン)の比較から－

齊藤 弥生 (大阪大学大学院人間科学研究科 准教授)

「介護サービスの供給と編成」

大阪大学 齊藤弥生

日本では施設待機者42万1,000人(2009年12月)といわれるが、在宅介護を充実により施設待機者を減らすことは介護保険制度の大きな目標の一つだった。1990年代に試験的に始まった24時間巡回型ホームヘルプは姿を消し、夜間対応型訪問介護を実施している地域は全国に100カ所もなく、利用者も5,000人程度にとどまり、施設志向に歯止めがかからない。夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護等の24時間対応のサービスをどのように普及させていくか。「地域包括ケアシステム」という言葉が浮上してきたが、特に都市部における事業者の競合の状況をみると、その実現には期待が持ちにくい。介護サービスが効果的に効率的に機能するための方策を考えなければならず、供給(provide)だけではなく、編成(organize)に目を向けていく必要がある。

スウェーデンは地方所得税を財源とする介護制度であり、法律で福祉サービスの給付は自治体の最終責任としている。基礎自治体でサービス内容も利用者料金も決める。税金を財源にした介護システムという点では、1990年代まで日本もスウェーデンも仕組みは似ていた。日本では社会福祉法人がサービス供給の中心だったが、措置制度のもとで自治体直営に近い形であった。近年では両国ともに供給多元化が進み、スウェーデンでも「サービス選択自由化制度」が法制化され、利用者は自治体直営サービスか民間事業者のサービスを選ぶことができる。スウェーデンでは、民間事業者によるホームヘルプの供給率は全体の約18%(2010年)であるが、非営利団体のサービスはほとんどないため、自治体直営か営利法人かの二者択一になっている。またスウェーデンでは利用者と事業者には契約関係がない。日本の介護保険制度では事業者と利用者間の契約関係が前提だが、日本の介護サービスはこの点で私的サービスとしての性格が強まったといえる。

スウェーデンの介護システムでは、従来からホームヘルパーの移動コストを強く意識してきた。ヘルパーや訪問看護はほぼ10分以内で移動できることを前提にした地域割がある。日本を含む多くの国では利用者の事業者選択の自由が幅広く認められており、その結果、訪問系サービスの移動コストは高くなる。地方税を財源とする介護制度では、サービスの再編や医療と介護の包括的な提供を通じて、効果的で効率的な介護を検討する。一方、日本の介護保険制度は税によるシステムに比べ、財源を調達しやすいが、効率的な供給に向けたサービス編成は容易でない。また事業者間が過度に競争するシステムの中では事業者間の連携がとりにくく、24時間体制の包括ケアを実現を困難にしている。

24時間体制の包括ケアを整備しなければ、夜間の不安解消や緊急時の対応ができず、施設志向に歯止めがかからないという図式が続き、結果として制度自体の非効率を招く。介護保険制度の財政運営では、保険料の増額、サービス削減、自己負担増だけが議論されるが、介護サービスの再編により、効果的で効率的なサービス供給を考える必要がある。

2012年11月14日

介護サービスの供給と編成

－「介護保険制度」(日本)と「税を財源とする介護制度」(スウェーデン)の比較から－

大阪大学 斉藤弥生

1. スウェーデンの高齢者介護一税を財源とする介護制度

80歳以上人口の増加

スウェーデンの高齢化率 18.5% (2010年) 80歳以上 5.2%※日本の高齢化率 22.6% (2010年推計) 80歳以上 6.2%

スウェーデンの高齢者介護－3つの基本的な特徴

(1)サービス利用率(65歳人口に占める各サービス利用者の割合)

ホームヘルプ利用率 8.6% 介護付き住宅利用率 6.4% (2010年)

※(日本) ホームヘルプ利用率4.1% 介護保険施設利用率3.5% (2010年)

(グループホーム、有料老人ホームは含まず)

(2)24時間対応の包括ケアの実施

在宅介護サービス(ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイなど)と訪問看護、在宅医療の組み合わせで、最期まで自宅でひとり暮らしができるシステム

↓↑

長期入院ができない(長期入院をさせない)しくみ

※日本の場合

「高齢者保健福祉推進10カ年戦略(ゴールドプラン)」(1989): 中学校区単位の

在宅介護支援センター

介護保険法改正(2006): 地域包括支援センター、地域密着型サービス

(3)地方分権による自治体の大きな裁量

★高齢者介護－社会サービス法(1982) 枠組み法(自治体の裁量)

「自治体は地域内に住む住民が必要な援助を受けることができるよう、その最終責任を負う」(2章2条) → 福祉サービス(介護を含む)給付についての自治体の最終責任

★障害者福祉－機能障害者法(LSS法) 権利法(10項目の法定サービス)

表1. 高齢者介護サービスと障害者福祉サービス(LSS法対象)の推移(2000年、2009年)

	2000年	2009年	変化の割合
65歳以上高齢者			
ーホームヘルプ利用数(人)	125,300	148,400	+18%
ー介護付き住宅入居者数(人)	118,300	95,400	-19%
ー両者の合計(人)	243,600	243,800	+/-0%
ー高齢者介護サービス総支出(10億クローナ)	95.3	89.6	-6%
65歳未満の障害者(LSS法対象者)			
ーホームヘルプ利用数(人)	14,500	20,400	+41%
ー介護付き住宅入居者数(社会サービス法)(人)	5,500	4,400	-20%
ー障害者福祉サービス利用者数(LSS法)(人)	42,400	55,600	+31%
ーパーソナルアシスタンス(LASS)利用者数(人)	9,700	13,800	+42%
ー障害者福祉サービス利用者数の合計(人)	72,100	94,200	+31%
ー障害者福祉サービス総支出(10億クローナ)	37.0	61.3	+66%
(出所)Szebehely (2011)			

高齢者介護支出
は6%減少

障害者福祉支出
は66%増加

2. 公共サービスの供給形態の諸類型と介護サービス

表2. 公共サービスの供給体制(次元と要素)

	両極の要素
(1)専門性	1.すべての分野に専門家を置く ↔ 2.自由執行.
(2)規模	3.広域 ↔ 4.近隣
(3)契約形態	5.直営・直轄 ↔ 6.特定の実施契約・委託契約
(4)サービスの供給者の数	7.単一の供給源 ↔ 8.多数の企業によるサービス供給
(5)財政基盤	9.一般財源からの包括的繰入 ↔ 10.特別税ないし利用料からの特定財源
(6)供給企業の法的・組織的形態	11.行政官僚制のみ ↔ 12.民間企業ないし独立企業のみ

(出所)Hood 1986:90 より作成

(1)「自分でする」か「専門家による供給」か

(「自分でする」に近い位置にサービスの共同生産がある)

- ・「自分でする」は生産者と消費者が同一なのでコンフリクトを避けることができる。
- ・新たなニーズに無関心という専門家集団にありがちな状態は生まれえないため、合理的。
- ・資源配分の非効率(専門家の投入が効果的であり効率的)

<介護サービスの場合>

- ・「自分でする」ことは不可能。「家族がする」が「自分でする」に近い位置に。
- ・「自分(家族)がする」場合でもコンフリクトがある。(例:虐待)
- ・非専門家の介護は非効率な側面もある。(例:認知症の重度化、寝たきり化→医療負担へ)

(2)サービス編成の規模

- ・ サービス供給者と公共サービスの範囲がずれると取引コストが発生。
- ・ 大量生産の方が効率的（という古典的な考え方）→ 「最適規模」という考え方。
（例：福祉サービス共同体構想（スウェーデンの1930年代）、介護保険の保険者（日本））
- ・ 最適規模を見つけるのは困難で、サービス供給の基礎を利用者の集団におく。種類の異なるすべてのサービス編成が結局は同じ規模（自治体）で行われることになる。

<介護サービスの場合>

- ・ 財政的には一定の規模、在宅介護サービスの場合は小規模。
- ・ （スウェーデンのホームヘルプの場合）財政的にはコミュニケーション合併により一定の規模を確保する。ヘルパーの勤労意欲向上のためサービス編成に工夫。（例：「チーム方式（供給エリア設定方式）」、（権限を現場におろすという意味での）民間委託）

(3)「委託」か「直営」か

- ・ 作業が複雑で不確実な場合、あらかじめすべての契約を決めておくことは不可能。
- ・ 売り手と買い手が少ないと委託方式をとるメリットは少ない。
- ・ 直営方式には「使用人問題」（使用人の雇用に関するコスト）が発生する。使用人問題は公共サービスの組織ではみえにくい。

<介護サービスの場合>

- ・ 確実性は高く、潜在的な競争者も多いので委託方式は妥当。
- ・ 留意すべきは、最も強力な潜在的競争者は家族介護。
- ・ 「委託」か「直営」かを問わずに存在する個人サービスの「コスト病」。
（→ 民間委託をしても、質を下げずにコスト削減を行うことは困難。）

(4)「独占」か「競争」か

- ・ 公共サービスは独占的供給主体により供給すべきという伝統的な考え方もある。
- ・ 福祉による支援の対象とする場合、多元主義的供給論は批判される。（グreshamの法則）
- ・ 供給競争は資源の浪費を生む。参入競争（例：入札による）の方が効果的な場合もある。
- ・ 複数の供給者があっても供給者間の競争がなければ、談合が生まれることがある。

<介護サービスの場合>

- ・ もはや供給独占は考えにくい。
- ・ 全域へのサービス給付への対応が必要。（民間事業者（特に営利事業者）は住民所得の高いエリア、顧客が多いエリアを好む。）
- ・ 困難事例に対する対処、供給者と利用者間の情報の非対称性に対する十分な配慮が必要。

- ・参入競争の場合、自治体の（入札技術等の）力量が問われる。

(5)一般財源か特定財源か

- ・3つの財源調達方法（受益者負担・特定財源・一般財源）が想定され、組み合わせもある。
- ・受益者負担以外は、利用者も、サービス供給者もコスト削減の動機をもちにくい。
- ・財源を特定する方法にも限界。
- ・財源の一つの形態が万能薬であるかのように考えることはできない。

＜介護サービスの場合＞

- ・一般財源か受益者負担か。（スウェーデンでは）ホームヘルプの中でも家事援助については受益者負担の考えは強まる傾向。
- ・一般財源か特定財源か。（スウェーデンでは）高齢者介護の予算が確保しにくい状況も（表1）あり、介護保険で安定した財源を確保すべきという意見もでている。
- ・（日本の介護保険制度では）介護の財源が確保でき、サービスを急速に拡大させることができたが、制度がサービスの「編成」に弱い。（＝サービスを増やすか減らすか、負担を上げるか下げるかの議論になり、効果的なあるいは効率的なサービス編成の議論ができない。

(6)行政官僚制か民間企業か

- ・行政官僚制では業務に対し、直接に政治的指示を受ける。ルール制定部門で生じる知的負担を回避でき、適応性について利点がある。
- ・そのサービスとは無関係の目的で当初の目的が覆される可能性がある。
- ・行政官僚制はその業務から生じる損失と利益は国民全体に分散。（民間企業は市場で罰せられるが。）

＜介護サービスの場合＞

- ・（スウェーデン（行政官僚制でも政治が強い）では）政権交代により根本的な方針が変わる（例：民間委託の方針）。民意を反映しやすいが、介護サービス供給の安定性にとって不安となる。
- ・（日本（行政官僚制でも官僚制が強い）では）制度全体の根本的な方針が変わることは考えにくい。介護報酬の設定などでは政治的影響を受ける。民意は反映しにくい、介護サービス供給は比較的安定する。

3. 「介護保険制度」(日本)と「税を財源とする介護制度」(スウェーデン)の比較

(1) 税方式の供給独占から、それぞれの多元化へ(1990年代終盤から2000年以降)

表3. ホームヘルプにおける財源とサービス編成の組み合わせ(日本とスウェーデン)

	供給独占(直営)	供給多元化
税方式	<p>サービス主体 行政主体か委託を受けた事業者* *行政指名で、事業者の主体性は弱い。 スウェーデン: コミューン直営 日本: 国、自治体、社会福祉法人</p> <p>法形式 行政行為</p> <p>財源 行政内で予算化、 委託費(措置費)として事業者へ スウェーデン: コミューンの年間予算 日本: 国・都道府県・市町村からの措置費</p>	<p>サービス主体 コミュニティ直営または民間事業者。 原則として自由参入。(ただしコミュニティによっては「参入競争」が強いケースも)</p> <p>法形式 行政主体と事業者間は委託契約 利用者と事業者間の契約関係は特にない。 (ただしコミュニティによってはあるケースも) 利用者は事業者を自由に選択(「希望の表明」)。</p> <p>財源 コミュニティの年間予算 事業者への介護報酬はコミュニティごとに決定</p>
社会保険方式	—	<p>サービス主体 行政直営サービスと民間事業 両者は同等扱い 原則、自由参入</p> <p>法形式 利用者と事業者の契約 利用者は事業者を自由に選択</p> <p>費用 費用は公定(介護報酬)で、 保険者→(利用者)→事業者 ※現物給付化では保険者から直接、事業者へ</p>

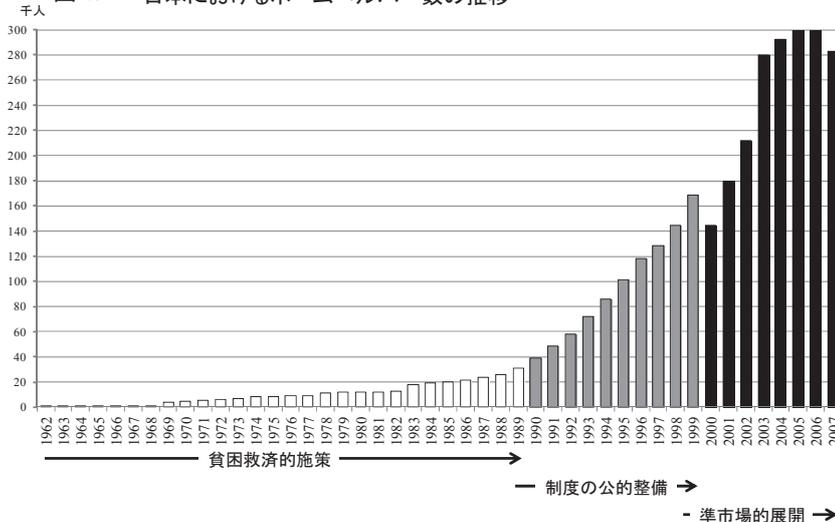
(出所)堤(2010)をもとに作成。

cf. スウェーデン: 民間事業者(ほぼ営利法人)のホームヘルプ供給率 18% (2010) ※時間数

日本: 社福法人 25.0%、医療法人 6.6%、協同組合 3.3%、NPO 法人 5.9%、営利法人 56.9%、

他(2009) ※事業者数

図1. 日本におけるホームヘルパー数の推移



注: 2000年以降は統計手法が変わっているため、直接比較できない。
(出所) Saito (2010) (原出所) 森(1974)、北場 2001:237、厚生労働省統計より作成。

表4. ホームヘルパー数の比較

	1969年	1971年	1973年
スウェーデン	19,200	63,238 (800)	65,700 (825)
日本	5,900	6,300 (8)	7,060 (9)

()内は人口10万人当たりのホームヘルパーの数。
(出所) Saito (2010) (原出所) 森(1974)より作成。

(2)供給多元化の装置としての要介護認定の意味と機能

表5. 要介護認定の比較

	スウェーデン	日本
要介護認定のプロセス	介護サービス判定員が行う。 コミュニティにより基準は様々。 サービス内容と給付時間を決定。	訪問調査の結果による一次判定と認定審査会による二次判定。
ケアプラン作成	サービス事業者	介護支援専門員
介護サービス判定員(スウェーデン)と介護支援専門員(日本)	介護サービス判定員 必要なサービスの判定	介護支援専門員 ・ケアプランの作成 ・相談 ・月1回モニタリング
特徴	判定に若干の柔軟性をもたせることができるが、判定結果がコミュニティの介護予算に関係しうる。	判定基準は全国一律であるが、判定結果は財政事情に影響されない。
要介護認定の機能	介護予算の各利用者への配分をきめる	制度におけるサービス給付基準をきめる

(3)介護サービスの編成(cf.24 時間対応の在宅介護)

日本の介護保険制度において、

24時間対応の在宅介護（小規模多機能型居宅介護サービスも含む）が編成されにくい要因

図2. 供給エリアが設定された
ホームヘルプの編成(エリア設定型)

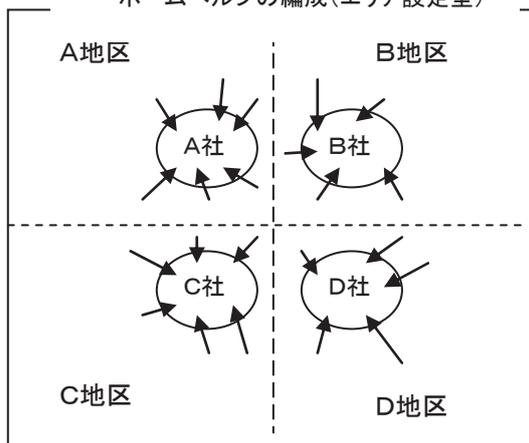


図3. 供給エリアが設定されていない
ホームヘルプの編成(選択自由型)

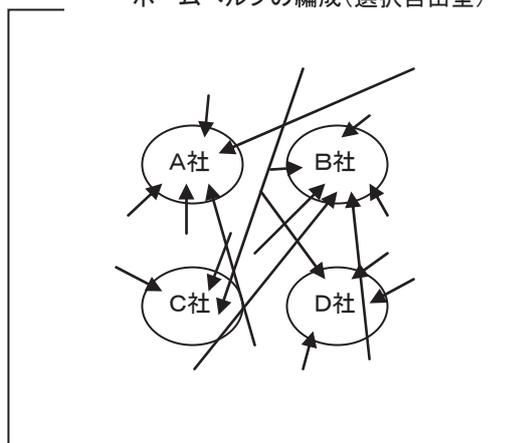
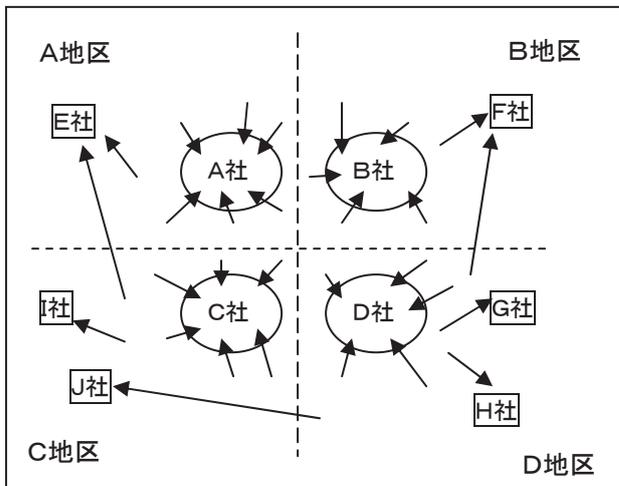
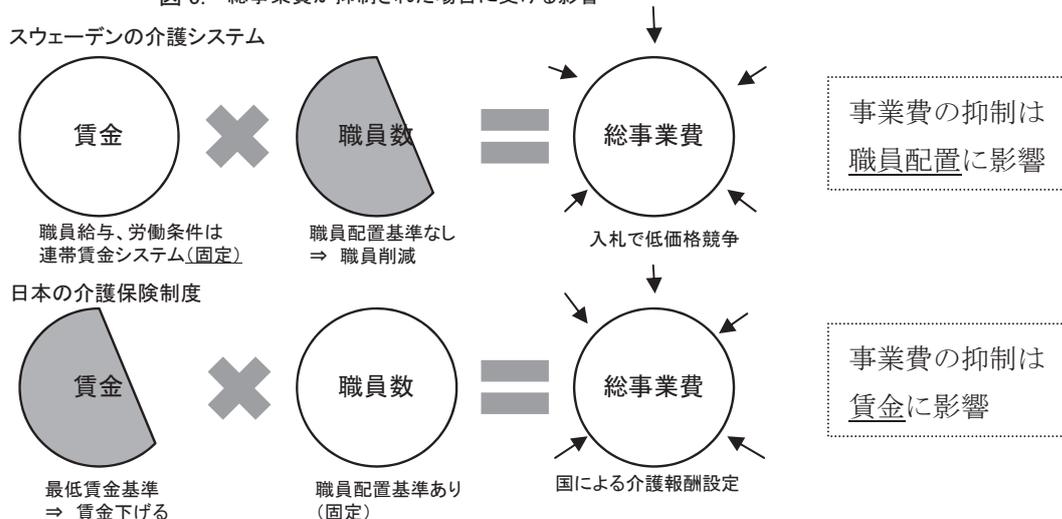


図4. エリア設定型と選択自由型のミックス



(4) 介護サービスの総事業費が抑制された場合の影響

図5. 総事業費が抑制された場合に受ける影響



4. まとめ

【参考文献】

Hood, Christfer. 1986. *Administrative Analysis. An Introduction to Rules, Enforcement and Organizations*. Wheatsheaf book limited: London, UK. (森田朗訳. 2000. 行政活動の理論. 岩波書店: 東京)

Szebehely, Marta. 2011. *Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi*. Laura Hartman (red.) *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk värfärd?* SNS Förlag: Stockholm, Sweden.

Saito, Yayoi., Auestad Abe, Reiko. and Kari Wærness (red.). *Meeting the challenges of Elder Care: Japan and Norway*. Kyoto University Press and Trans Pacific Press: Kyoto, Japan. 他

第5部 今年度までの研究のまとめ

地方行財政ビジョン研究会（第2期）の8年間（平成17年度～24年度）における社会保障と地方財政の課題

小西 砂千夫（関西学院大学大学院経済学研究科・人間福祉学部教授）

1. この8年間の地方行財政の動き

平成17年度に発足した、地方行財政ビジョン研究会（第2期）は、8年間の調査研究期間を経て、無事終了を迎えることになった。本研究会は、昭和48年に発足した研究会を起源とし、それ以来、地方行財政に関する課題をさまざまな形で調査研究を行い、そのことを通じて総務省（自治省）の関係者と研究者との交流を育み、立場こそ違うものの、地方自治の発展と条件整備のために、ともに思いを1つとしてきたところである。

深谷昌弘慶應義塾大学教授（当時）を委員長とする地方行財政ビジョン研究会（第1期、平成7～16年度）から引き継いで、第2期となった地方行財政ビジョン研究会では、小泉純一郎内閣による構造改革の直中にある平成17年度にスタートした。毎年度の地方行財政に関する主な動きについて振り返ってみる。

①平成17年度、三位一体改革の仕上げと小泉構造改革の最終局面

平成16～18年度の3年間で、4兆円の国庫補助負担金の削減と3兆円の税源移譲と、地方交付税の縮減をセットとする三位一体改革が進められた。また平成17年の衆議院議員選挙では、郵政改革が焦点となり、自民党が大勝することで郵政民営化が進められることとなった。郵政改革法案成立後、小泉内閣は最後の内閣改造を行い、竹中平蔵総務大臣の下で、地方分権21世紀ビジョン懇談会が設けられ、いわゆる破たん法制の検討が進められることとなった。

②平成18年度、基本方針2006と健全化法の制度設計

小泉内閣としての最後の骨太方針となった、基本方針2006では、いわゆる歳出・歳入一体改革として中長期の財政再建策が盛り込まれている。またそれに先立つ地方分権21世紀ビジョン懇談会を受けて、新しい再生法制や新型交付税の導入を含めた地方分権改革の推進が盛り込まれている。

平成18年に発足した安倍晋三内閣（第1次）は、内閣発足直後に地方分権改革推進法を成立させ、地方分権に取り組む姿勢を示した（地方分権改革推進委員会の発足は平成19年度）。また、平成19年度から地方交付税算定における包括算定が導入されることとなり、地方公共団体財政健全化法の制度設計などが進められた（法案成立は19年度、20年度決算から本格適用）。また、道州制ビジョン懇談会が設けられ、道州制の検討が進められた。

③平成19年度、中福祉・中負担への移行

平成19年の参議院議員選挙で与党が過半数割れを起こして、いわゆるねじれ国会の状態となり、その頃から国政における政権運営の停滞が目立つようになった。平成19年秋に発足した福田康夫内閣では、小泉構造改革の路線を受け継ぐと表明しながらも、実際にはひそやかに構造改革路線とは異なる方向を志向していた。新たに設けられた社会保障国民会議では、増税をしてでも社会保障財源を支えることを前提にした検討を進めており、増税を明確に否定していた小泉内閣とは方向が異なるものであった。その議論がやがて、民主党政権になってからの社会保障・税一体改革につながっていく。

小泉内閣は、どちらかといえば小さな政府路線であったが、福田内閣やその後の麻生太郎内閣では、中福祉・中負担に舵が切られることとなった。また福田内閣では、定住自立圏として広域連携・地域振興の新たな仕組みが設けられている。平成 20 年度の地方財政の予算折衝では、地方法人特別税・同譲与税の導入によって、地方税の偏在是正の観点から、事業税収の一部を都道府県だけでなく市町村にも再配分する仕組みが導入されている。

④平成 20 年度、リーマン・ショック後の経済対策と地方公共団体金融機構の発足

平成 20 年度秋に発足した麻生内閣では、政権発足直後にリーマン・ショックに見舞われたこともあって、経済対策に取り組むこととなった。日本経済は全治 3 年と診断され、3 年間は経済対策に取り組むが、経済が勢いを取り戻した際には税制改正によって財政再建をめざすという方針の下で、平成 21 年度税制改正では、税制改正法案の附則第 104 条において、「平成 20 年度を含む 3 年以内の景気回復に向けた集中的な取組により経済状況を好転させることを前提として、遅滞なく、かつ、段階的に消費税を含む税制の抜本的な改革を行うため、平成 23 年度までに必要な法制上の措置を講ずるものとする」と書き込まれている。また、地方税についても「地方分権の推進及び国と地方を通じた社会保障制度の安定財源の確保の観点から、地方消費税の充実を検討するとともに、地方法人課税の在り方を見直すことにより、税源の偏在性が小さく、税収が安定的な地方税体系の構築を進める」とされている。その規定が、平成 24 年の抜本税制改正法案の成立に直接結びついている。

平成 20 年 10 月の経済対策である「生活対策」のなかで、地方公共団体支援策として、次の 4 点が盛りこまれた。

○道路特定財源の一般財源化に際し、1 兆円を地方の実情に応じて使用する新たな仕組みを作る

○地方自治体（一般会計）に長期・低利の資金を融通できる、地方共同の金融機構の創設について検討する

○地域活性化等に資するきめ細かなインフラ整備などを進めるため、「地域活性化・生活対策臨時交付金」（仮称）を交付する

○景気後退や本対策に伴う地方税や地方交付税の原資となる国税 5 税の減収等について、地方公共団体への適切な財政措置を講じる

このうち、第 3 点が地方公共団体金融機構の設立を通じて、それまで宿願とされてきた一般会計資金の融資ができる仕組みの創設を実現した。また、残る 3 つの点が、平成 21 年度地方財政において、地方交付税の 1 兆円の別枠加算と、それを受けて地域活性化のための財源枠を地方財政計画の歳出に設けることで、地方交付税の増額を実現することとなった。平成 20 年度末には 2 度目の経済対策が行われ、地方財源への配慮も行われたことから、小泉・安倍内閣の時期とは一変して、地方財源の充実が図られることとなり、地方公共団体の財政運営に薄日が差すようになった。その流れは、民主党政権になってからも続くこととなる。

⑤平成 21 年度、政権交代による諸改革

平成 21 年 8 月末の衆議院議員選挙によって、民主党連立政権が成立した。政権交代は、地方行政にも大きな変化をもたらすこととなった。平成 21 年秋に発足した鳩山由紀夫内閣では、地域主権改革の実現のための地域主権戦略会議の設置、子ども手当の創設、一括交付金の導入、高校の無償化、農家の戸別所得補償の導入、国と地方の協議の場の法定化、直轄事業負担金の見直し、地方自治法の抜本改革など、矢継ぎ早にさまざまな新しい政策が打ち出された。税制改正では、租税特別措置の見直しなどが進められた。一方、後期高齢者医療制度の見直しや年金改革などは、検討はされたものの、十分な成果を上げることはできなかった。

一方、地方分権改革推進委員会は 4 つの勧告を取りまとめて活動を停止したが、第 1 次勧告は福田

首相に、第2次勧告は麻生首相に、第3次・第4次勧告は鳩山首相に提出されるなど、政権交代を挟んだ政治の混乱期とぶつかることとなった。第1次～第3次勧告では、義務付け・枠付けの見直しが主な内容であり、第4次勧告は税財源の勧告が中心であった。もともと政権交代の混乱期にあって、委員会の活動は最後の年度では不活発となり、第4次勧告は内容の検討について委員会で実質的な審議が行われていないなど、異例の事態となっている。第4次勧告の後、民主党政権は、地方分権改革推進大綱を取りまとめ、それが義務付け・枠付けの見直しを定めた地域主権推進一括法（第1次～第3次）のベースとなっている。なお、第1次・第2次地域主権推進一括法の成立は、平成23年度にずれ込み、第3次については閣議決定までは進んだものの、民主党政権では成立には至らなかった。

⑥平成22年度、財政運営戦略と増税路線への転換

鳩山内閣は、平成22年6月に財政運営戦略を閣議決定している。それは民主党政権における財政再建策ともいえるべきものであり、増税による税収が実現するまでは、基礎的財政収支対象経費を据え置き、国債発行額を抑制する内容となっている。平成23年度以降も、3年間の計画を年度修正した中期財政フレームを24年度まで2回更新している。鳩山政権は、消費税の増税を含む抜本税制改革には直接言及しなかったが、平成22年度税制改正で、附則104条の改正を見送り、財政運営戦略を定めたことで、抜本税制改革を実施する既定路線の変更はしていない。菅直人内閣になった直後の6月に、地域主権戦略大綱をまとめ、義務付け・枠付けの見直しと条例制定権の拡大、基礎自治体への権限移譲、国の出先機関の原則廃止、ひも付き補助金の一括交付金化、直轄事業負担金の廃止、緑の分権改革の推進など9項目を具体的にまとめている。

そのうち、一括交付金は、地域自主戦略交付金として地域主権戦略会議で検討され、平成23年度予算から実施された。一括交付金は、ひも付き補助金を廃止して、地域の自主性を高める改革として野心的なものであったが、マニフェストの段階で、教育と社会保障が対象外となったことから、そもそも対象事業の範囲が小さいことと、投資的経費を対象に限定したこと。その結果、投資的経費の年度間変動があまり大きくない、都道府県について平成23年度から、政令指定都市については24年度から適用されたが、それよりも規模の小さな団体には適用は技術的に難しいといわれていた。地域主権戦略会議では、神野試案として、対象を経常的な経費に拡大し、現金給付は国が行うが、現物給付は地方が行うように財源を切り分ける方向で活用し、地方の財源として一括交付金を活用するという画期的な案が提案されたが採択されなかった。

菅内閣では、一時期、社会保障・税一体改革の推進を政権の最重要課題に掲げ、それをもって内閣への支持拡大をねらおうとし、外部識者による検討だけでなく、内閣をあげて検討する体制をとり、内閣改造で野党から与謝野馨氏を担当大臣に据えるなど思い切った政策を展開した。しかし、平成23年3月11日に東日本大震災に見舞われたこともあって、菅首相自身の関心は薄れた印象がある。

⑦平成23年度、東日本大震災からの復興の枠組みと税制抜本改革法案の成立

東日本大震災からの復旧・復興のための体制づくりと財源手当てを行うために、第1次から第3次の3度の補正予算によって東日本大震災の財源手当てが行われた。阪神大震災の際に採られた財政援助法を始めとする財源スキームが、さらに強化されたかたちになった。これまで災害復興財源の手当てでは、経常的経費等については特別交付税、投資的経費については補助率の嵩上げと充当率の高い起債（基準財政需要額への元利償還金の算入率も高い）が中心であったが、東日本大震災の被災団体は、阪神大震災などに比べると比較的規模が小さく、事業規模も通常の予算規模に比べて大きくなることから、起債を避ける意味で、従来は起債が充当されていた部分についても特別交付税が充てられることとなった。当初の段階では、財源不足等を訴える声が被災団体から上がったが、財源スキームが浸透し、平成24・25年度の当初予算ベースでさらに補強されたことで、財源不足を指摘する声は

小さくなっている。

一方、社会保障・税一体改革は、平成23年7月に社会保障・税一体改革成案が閣議決定され、そこで社会保障財源の枠組みと、消費税を段階的に10%に引き上げる案が取りまとめられた。その後、年末にかけて、法定化されたばかりの国と地方の協議の場などを通じて、地方財源のあり方が検討され、素案が年末ギリギリに取りまとめられている。

⑧平成24年度、政権交代による諸改革

時限立法の期限切れに伴い、沖縄振興のための沖縄振興特別措置法が改正され、そのなかで沖縄県が強く求めてきた沖縄一括交付金が設けられることとなり、平成24年度から開始されることとなった。その反面で、平成24年12月の衆議院議員選挙で再び自公政権に移行すると、平成25年度予算から地域自主戦略交付金は廃止されることとなった。

第2次安倍政権は、平成25年度予算審議に先立って補正予算を成立させ、国債発行によって公共事業等を拡大し、インフラ整備を進める姿勢を強く示した。補正予算にあたっては、地方への配慮として、1.4兆円の地域の元気臨時交付金（地域経済活性化・雇用創出臨時交付金）を設け、建設公債対象経費に充当できるとした。その額は、経済対策における公共事業等の追加に伴う地方負担総額の8割に該当する。

平成25年度当初予算では、24・25年度に国家公務員の給与水準を平均7.8%に引き下げたことに準じて、地方公務員の給与水準も、同程度引き下げることがを要請し、それを反映した地方財政計画を作成している。平成20年度補正予算あたりから、地方財政への配慮が続くなかで、25年度の地方財政対策では、7年ぶりの地方交付税の減額と喧伝されるように、比較的地方に厳しい予算編成となった。

2. 社会保障と地方財政の課題：地方行財政ビジョン研究会（第2期）の毎年度の調査研究から

平成18年度からの8年間は、前節でみたように、地方財政にとって、制度的な枠組みが大きく揺さぶられ、財源面でもときには厳しく、ときには手厚く、大きな波を経験した。そうしたなかで、地方行財政ビジョン研究会（第2期）では、社会保障改革と地方財政を一貫したテーマとして、それぞれの年度における地方財政の課題を深く掘り下げるように努めてきた。以下、各年度の主な研究テーマと内容について振り返る。

①平成17年度「地域の自主的な取組に対応した地方行財政制度のあり方に関する研究」

平成15年度のいわゆる芽だしから遡って三位一体改革の経緯を取り上げている。とりわけ、4兆円の国庫補助負担金の一般財源化の目標に対して、厚生労働省は生活保護の国庫負担金を候補に挙げ、地方がそれに激しく反発した経緯について振り返っている。

さらに、医療保険制度の見直しとして、後期高齢者に対する医療制度のあり方などについて検討するなど、医療保険制度のあり方などについて、委員会のなかで見識を深めるように努めている。

②平成18年度「自律的な地方行財政制度のあり方に関する研究」

地方行財政ビジョン研究会（第2期）では、期間を通じて、医療保険制度の改革と生活保護制度の抜本的な見直しが、政府内で検討されることが多く、その問題を取り上げた年度が多い。平成19年度においても、セーフティネットのあり方と生活保護制度の改革課題、無年金あるいは年金給付額の小さい高齢者が結果的に生活保護を受給する割合が高くなることの問題点などが検討されている。そのほか、18年度では、出生率が高く共稼ぎ世帯の割合も高い北陸3県のうち、石川県における少子化対策などを調査している。

③平成19年度「新たな地方分権の推進に向けた地方行財政制度のあり方に関する研究」

平成18年6月の健康保険法等の一部を改正する法律によって、平成20年度から後期高齢者医療制度が創設されることになり、医療保険制度の大幅な改正が行われることとなった。19年度には、医療保険制度の改革の全容に関する調査を行うとともに、経営状態が急速に悪化している公立病院の経営のあり方や改革の進め方について委員間で認識を深めた。またそれに関連して、地方公共団体財政健全化法についてもその枠組みや考え方について検討した。具体的な事例研究としては、公立病院改革として地方独立行政法人化を進めた大阪府立病院のケースと、生活保護の急増など社会保障関係経費の動向に関して高知県のケースを取り上げている。

④平成20年度「地方分権改革の推進に対応した地方行財政制度のあり方に関する研究」

引き続き、生活保護の増大などを中心とする社会保障と地方財政や公立病院改革について取り上げている。高齢化に伴う社会保障関係費の増大と、そのなかでの地方の財政負担、とりわけ地方単独事業としての社会保障関係費のあり方などの問題について検討している。さらに、社会保障分野についての地方分権改革の動向について調査研究を行っている。具体的な事例研究では、大阪市における生活保護費の増大の実態や、門真市における生活保護費の拡大と財政運営に与える影響などを取り上げている。また公立病院改革ガイドラインなどの、公立病院改革とそれに伴う財源措置についても委員間で認識を深めている。

⑤平成21年度「地方分権改革の推進に対応した新たな地方行財政制度のあり方に関する研究」

この年度では医療保険制度のあり方や地域医療の実態等について、公的な医療保険を中心に研究を進めた。とりわけ、国民皆保険制度の砦とも言えるべき国民健康保険制度における課題の深さについて委員間で審議を深めた。また、仙台市における国保財政の現状、京都府における国民健康保険事業の一元化に関する取組状況や、北海道、札幌市における国民健康保険の状況、赤平市における公立病院の経営と財政健全化計画などの事例研究を行った。さらに、国民健康保険の都道府県単位化の動きが進むことを踏まえて、国民健康保険の歴史を踏まえた保険者のあり方についての研究成果について委員間で認識を深めた。

⑥平成22年度「地域主権の確立に向けた地方行財政制度のあり方に関する調査研究」

それまでの年度と同様に、後期高齢者医療制度の見直しや医療保険制度のあり方について取り上げるとともに、民主党政権においてクローズアップされた、子ども・子育て政策に関する調査研究を並行して取り上げた。子ども・子育て新システムの審議の状況、横浜市における保育所などの子育て支援政策、子ども子育て関係の義務付け・枠付けの緩和の状況などについて検討を深めている。医療保険制度については、保険者規模と財政調整のあり方について、特に深く調査研究を行っている。具体的な事例研究では、幼児教育と保育の一体化の取組などについて取り上げている。

⑦平成23年度「地域の自主性・自立性向上のための地方行財政制度のあり方に関する調査研究」

東日本大震災からの復興財政のスキームと社会保障・税一体改革を柱として調査研究を行った。復興財政のあり方では、そのスキームがどのような枠組みで検討され形成されたかについての認識を深め、復興増税の考え方についても調査をしている。また、社会保障・税一体改革を進めるにあたって特に必要となる社会哲学的背景について検討を深めている。事例研究では、さいたま市の国民健康保険事業の現状などの事例を取り上げ、社会保障分野における地方単独事業の実態調査の結果についても検討を行っている。また、社会保障・税一体改革の素案において、消費税のうち地方交付税の財源

となった部分と地方消費税の税率引上げにつながった部分が、どのような検討経過を経て決定されたか、その考え方と従来の地方財政制度の考え方の接点などについて、特に深く調査研究を行っている。

⑧平成24年度「地域の自主性及び自立性の向上に向けた地方行財政制度のあり方に関する調査研究」

最終年度となった平成24年度は、これまでの調査活動の総括の意味で、それまで取り上げたテーマについて調査研究を深めている。生活保護制度の現状とそのあり方、改革の方向性、子ども子育て関連3法について、また子育ての社会化に伴う財政負担のあり方、国民健康保険の現状と改革のあり方、介護保険制度の現状とそのあり方などについて議論を深めた。また、事例研究では、横浜市における保育所等の子育て政策の動向、川崎市における国民健康保険行政や生活保護行政等の実態などを取り上げている。

以上の調査活動を通じて、社会保障と地方財政については、どのテーマも課題が山積していることが明らかとなった。国民皆保険制度を支える基盤である国民健康保険制度が、相当大きな課題を抱えており、早晚、抜本的な改革を進めない限り、制度の維持が難しくなると予想されることが強く実感された。後期高齢者医療制度は、調査研究期間のなかで導入されたものの、それへの批判は強く、とっちらかしながら民主党政権が取り組むとした改革は途中で頓挫したかたちとなっている。生活保護制度の見直しについては、何度も検討されながら、十分な成果を上げることなく持ち越されたままである。子育て支援政策は、民主党政権における子ども・子育て新システムによって、一定の範囲で制度の深化が進むとみられたが、結局、社会保障・税一体改革では民主党政権としての打ち出しを抑制する代わりに、抜本税制改革法案への野党の賛同を得たことで、子育て支援政策の制度改革は仕切り直しかたちとなった。また、介護保険制度は、財政負担が次第に過重になり、制度の持続可能性を危ぶむ声も出始めている。どの政策課題も深刻であり、8年の研究期間のなかで十分な改革の成果をあげたものはほとんどない。

3. 8年間の活動を振り返って

8年間の活動を振り返ってみると、毎年、首相が替わっており、しかもそのなかで政権が交代し、さらに再交代している。小泉政権と安倍政権（第1次）は小さな政府路線であるが、福田政権から路線が変わったように見える。しかし、社会保障・税一体改革の動きを見れば、中福祉・中負担における中負担に対する心構えは、国会にも国民にも薄いように感じられる。軸が定まらないなかで、第2次安倍政権が発足した。時計の針がぐるっと1回転した印象である。

そうしたなかで、消費税増税が曲がりなりにも実現したことは、地方財政全体にとって僥倖であった。地方財政運営は、臨時財政対策債や別枠加算など、いかにもその場しのぎのつぎはぎ策で対処しており、それに対する批判は強いものがある。地方財政の健全化は、地方交付税の財源不足に係っており、地方交付税財源の法定率の見直しができないことに、すべてが由来するといっても過言ではない。そのなかで、社会保障・税一体改革では、地方交付税財源の充実と地方消費税の財源枠が確保できた。それは画期的なことであった。平成23年度の報告書で取りまとめたように、その経緯をみれば、地方財政を支える制度運営の論理が、国と地方の財源配分の最後の詰めの部分で決定的に効いたことが読み取れる。もっとも、平成25年度の地方財政対策では、一転して地方公務員給与の削減問題で大きく攻め込まれた。押し込んだり、押し込まれたりすることの繰り返しという構図からは、当面逃れられそうにない。

地味であったが、地方公共団体金融機構の設立も、この8年間のなかでは画期的なできごとに属する。それが実現したのも、財政投融资改革の波が押し寄せるなかで、公営企業金融公庫から地方公営企業金融機構への改組が進んでいたからであって、もっといえば公営企業金融公庫の設立移行の運営

の歴史の積み重ねの上にある快挙であったといえる。地方財政制度に限らず、制度は過去の経緯の文脈のなかで運営されており、経路依存性から逃れることはできない。改革論のあり方も、また、同じ観点が重要となる。それぞれの制度に隠された統治の知恵があり、それを意識しながら、新たな課題に応えるための漸進的な見直しが常に必要となる。社会哲学と社会思想を頼りに、大きな方向性から外れることなく、連続的に制度運営を成り立たせていく知恵が求められる。第2期地方行財政ビジョン研究会のメンバーである研究者には、8年間の調査研究を通じてそのことを強く問いかけたい。

調査研究期間を通じて取り上げた社会保障関係の改革課題は、まさに道半ばである。公的医療制度の危機は深まるばかりであり、後期高齢者医療制度は改革自体が、政権交代によって宙に浮いたかたちになった。子育て支援政策も、社会保障・税一体改革の最終局面で、民主党政権時代の議論がほとんど白紙に戻ったかたちになった。自公政権への再移行で、それらの改革についてはリセットされた。また、政権再交代で生活保護制度の見直しが課題として浮上しているが、具体的な改革案を構想することは容易ではない。調査研究期間を通じて、社会保障改革については、自治体の現場の地味な努力に触れて救われたところは多かったが、制度運営全体としては課題ばかりが目立つ結果となった。

社会保障制度の改革にあたって重要なことは、国民に社会保障負担と税負担増をおそれずに求めていくことである。公務員削減が改革であるという風潮に歯止めをかけ、対人サービスの充実のために公務労働の拡充の必要性を認識することである。

8年間の調査研究の背景で通奏低音ようになっていた地方分権改革についても、政治的にはどちらかといえば揺り戻しが来ている印象である。国と地方の機能分担における地方分権改革は、いわば永久運動のようなものであると割り切れば、揺り戻しの議論に怯える必要はない。しかし、統治機構の大幅な改革によって国柄をかえるほどの大きな構造改革としての地方分権改革は、アジェンダとしては高らかに掲げられているが、それへの支持や期待はひそかに減ってきているのではないか。混乱と危機が予想される時代にあって、国家の統治機構の弱体化を図る意味での地方分権に誰の得があるのかという声は次第に高まっているようにも思われる。地方分権改革が、地方自治の一種の「業界」的な世界に止まっていたときには推進力も弱かったが、平成に入った頃から経済界を中心に地方分権を推進する声が高まってきた。それらは市場主義改革の文脈に立った地方分権であるといえよう。そうした流れが、それからおよそ四半世紀が経過して、潮目が変わってきたのではないか。8年間の研究期間を終えて、新たな混乱の時代が始まる予感がある。

委員名簿等

地域の自主性及び自立性の向上に向けた地方行財政制度のあり方に関する調査研究
(平成24年度 地方行財政ビジョン研究会)
委員名簿

平成25年3月末日現在

委員長	小西 砂千夫	関西学院大学大学院経済学研究科・人間福祉学部教授
委員	泉田 信行	国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部第1室長
	齊藤 由里恵	徳山大学経済学部准教授
	斉藤 弥生	大阪大学大学院人間科学研究科准教授
	高端 正幸	新潟県立大学国際地域学部准教授
	田邊 國昭	東京大学大学院法学政治学研究科・公共政策学連携研究部教授
	新田 秀樹	大正大学人間学部教授
	沼尾 波子	日本大学経済学部教授
	林 正義	東京大学大学院経済学研究科准教授
	細井 雅代	追手門学院大学経済学部准教授(平成24年12月26日まで)
	佐藤 文俊	自治財政局長
	黒田 武一郎	大臣官房審議官(財政制度・財務担当)
	村中 健一	大臣官房審議官(公営企業担当)
	末宗 徹郎	自治財政局財政課長
	内藤 尚志	自治財政局調整課長
	境 勉	自治財政局交付税課長
	杉本 達治	自治財政局地方債課長
	木幡 浩	自治財政局公営企業課長
	宮澤 彰夫	自治財政局公営企業課公営企業経営室長
	大沢 博	自治財政局公営企業課準公営企業室長
事務局	開出 英之	自治財政局財務調査課長
	岡本 誠司	自治財政局財政課参事官
	飯田 昌三	地方自治研究機構事務局調査研究部長 兼 総務部長
	奥田 隆則	総務省自治財政局調整課課長補佐
	西崎 吏	総務省自治財政局調整課企画係長
	桐生 朝己	総務省自治財政局調整課事務官
	村上 敬	地方自治研究機構調査研究部調査研究室長
	武村 勝寛	地方自治研究機構調査研究部研究員

平成24年度の開催経緯

委員会	テーマ・報告者	報告書該当部分
第1回委員会 (平成24年7月6日)	<ul style="list-style-type: none"> ○「生活保護等の生活困窮者対策について」 水野 敦志 総務省自治財政局調整課課長補佐 ○「生活保護と地方財政」 林 正義 東京大学大学院経済学研究科准教授 	第1部 第1章 第1部 第2章
第2回委員会 (平成24年8月24日)	<ul style="list-style-type: none"> ○「子ども・子育て関連3法について（社会保障・税一体改革関連）」 奥田 隆則 総務省自治財政局調整課課長補佐 ○「『子育ての社会化』と財政負担」 沼尾 波子 日本大学経済学部教授 	第2部 第1章 第2部 第2章
事例視察 (平成24年9月3・4日)	<ul style="list-style-type: none"> ○「社会保障分野における地方実態調査」 横浜市 保育施設、放課後児童施設等 川崎市 生活保護費の窓口支給、簡易宿泊所等立地地区等 	第1部 第3章 第2部 第3章 第3部 第3章
第3回委員会 (平成24年9月28日)	<ul style="list-style-type: none"> ○「国民健康保険の現状と課題」 水野 敦志 総務省自治財政局調整課理事官 ○「国民健康保険について」 泉田 信行 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部第1室長 	第3部 第1章 第3部 第2章
第4回委員会 (平成24年11月15日)	<ul style="list-style-type: none"> ○「介護保険制度の現状と課題」 水野 敦志 総務省自治財政局調整課理事官 ○「介護サービスの供給と編成－『介護保険制度』（日本）と『税を財源とする介護制度』（スウェーデン）の比較から－」 斉藤 弥生 大阪大学大学院人間科学研究科准教授 	第4部 第1章 第4部 第2章
第5回委員会 (平成25年3月8日)	<ul style="list-style-type: none"> ○「平成25年度地方財政計画について」 村岡 嗣政 総務省自治財政局財政課財政企画官 ○「地方行財政ビジョン研究会（第2期）の8年間（平成17年度～24年度）における社会保障と地方財政の課題」 小西 砂千夫 委員長 関西学院大学大学院 経済学研究科・人間福祉学部教授 	第5部

社会保障分野における地方実態調査（平成24年9月3日・4日）の概要

○視察先

〔保育施設視察〕

視察先：アメリカ山徳育保育園

所在地：横浜市中区元町1-1-1

（みなとみらい線 元町中華街駅 駅舎3階）

〔放課後児童施設視察〕

視察先：本町小学校放課後キッズクラブ

所在地：横浜市中区花咲町3-8-6

〔生活保護費の窓口支給視察〕

視察先：川崎市川崎区役所

所在地：川崎市川崎区東田町8

〔川崎市福祉センター周辺地域の視察〕

視察先：川崎市福祉センター周辺の簡易宿泊所等立地状況

所在地：川崎市川崎区日進町

○職員との意見交換

〔横浜市役所〕

保育所待機児童対策及び放課後児童対策について

〔川崎市役所〕

国民健康保険の運用状況及び生活保護対策について

地域の自主性及び自立性の向上に向けた
地方行財政制度のあり方に関する調査研究

－平成25年3月 発行－

財団法人 地方自治研究機構

〒104-0061

東京都中央区銀座7-14-16

太陽銀座ビル2階

電話03 (5148) 0661 (代表)

印刷 日本印刷株式会社

