

介護保険の現状と取組について

平成30年9月28日

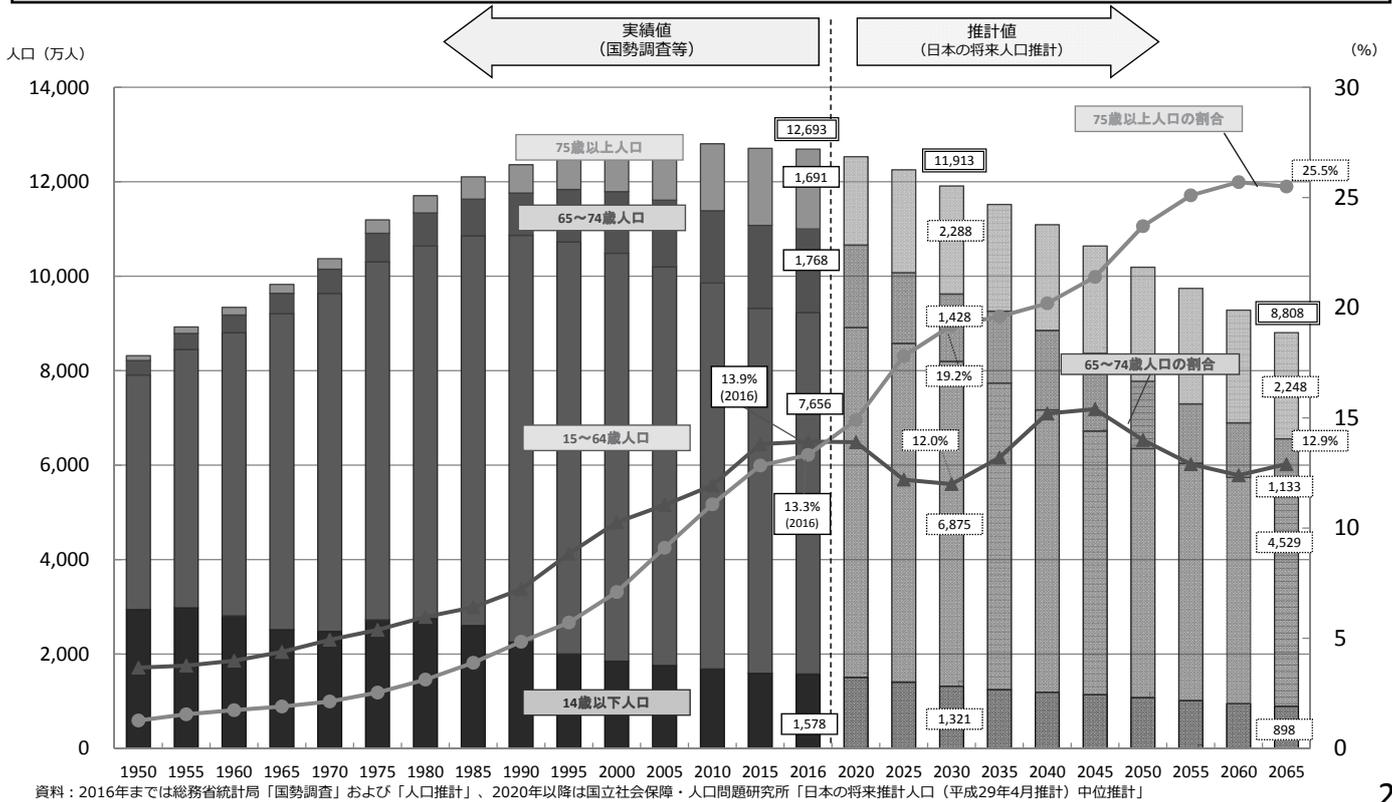
厚生労働省老健局

介護保険計画課長 橋本敬史

介護保険を取り巻く状況

75歳以上の高齢者数の急速な増加

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者(特に75歳以上の高齢者)の占める割合は増加していくことが想定される。



今後の介護保険をとりまく状況

① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

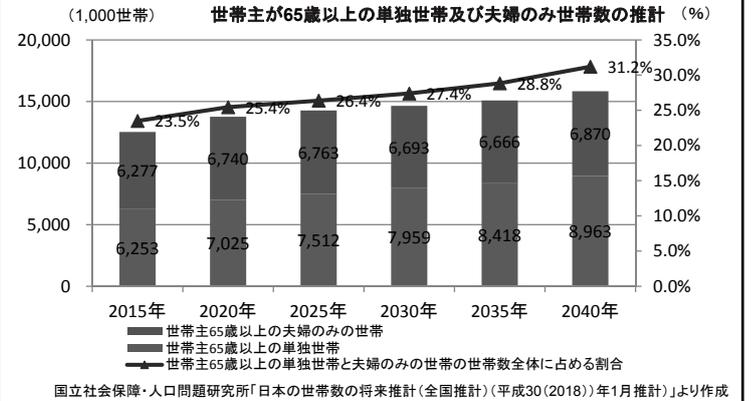
	2015年	2020年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,387万人(26.6%)	3,619万人(28.9%)	3,677万人(30.0%)	3,704万人(38.0%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,632万人(12.8%)	1,872万人(14.9%)	2,180万人(17.8%)	2,446万人(25.1%)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(全国)(平成29(2017)年4月推計)」より作成

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



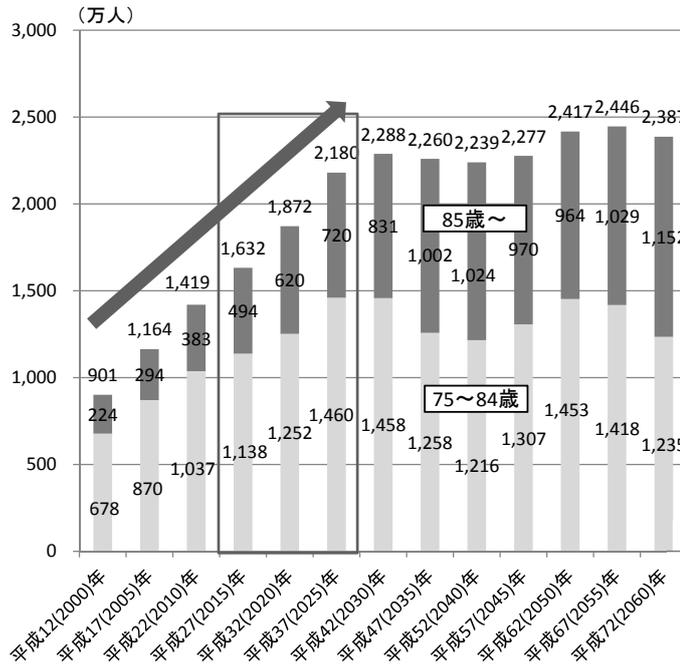
④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	~	東京都(11)	~	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合 ()は倍率	77.3万人 <10.6%> (1.56倍)	70.7万人 <11.4%> (1.52倍)	99.3万人 <10.9%> (1.48倍)	80.8万人 <10.8%> (1.45倍)	105.0万人 <11.9%> (1.44倍)	~	146.9万人 <10.9%> (1.33倍)	~	26.5万人 <16.1%> (1.11倍)	18.9万人 <18.4%> (1.11倍)	19.0万人 <16.9%> (1.10倍)	1632.2万人 <12.8%> (1.34倍)
2025年 <>は割合 ()は倍率	120.9万人 <16.8%> (1.56倍)	107.2万人 <17.5%> (1.52倍)	146.7万人 <16.2%> (1.48倍)	116.9万人 <15.7%> (1.45倍)	150.7万人 <17.7%> (1.44倍)	~	194.6万人 <14.1%> (1.33倍)	~	29.5万人 <19.5%> (1.11倍)	20.9万人 <23.6%> (1.11倍)	21.0万人 <20.6%> (1.10倍)	2180.0万人 <17.8%> (1.34倍)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年3月推計)」より作成

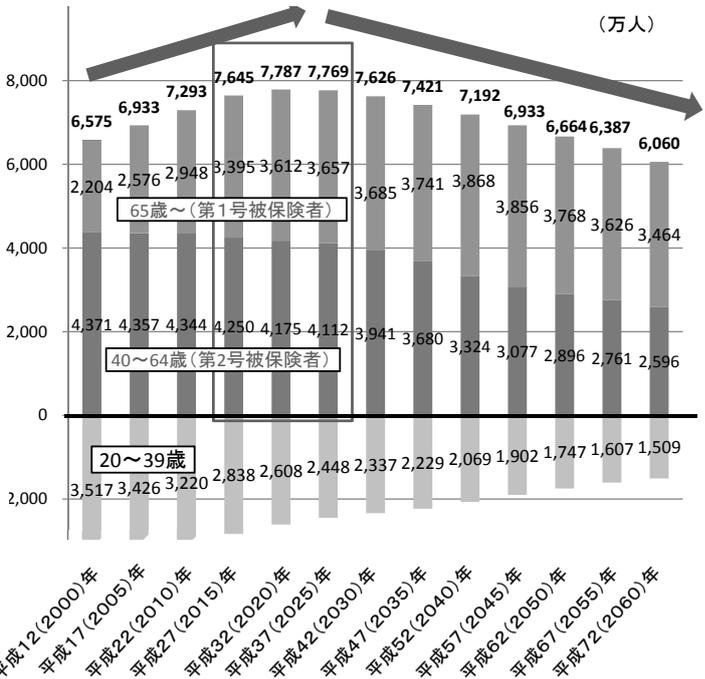
⑤ 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間も、急速に増加。
 ○2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。



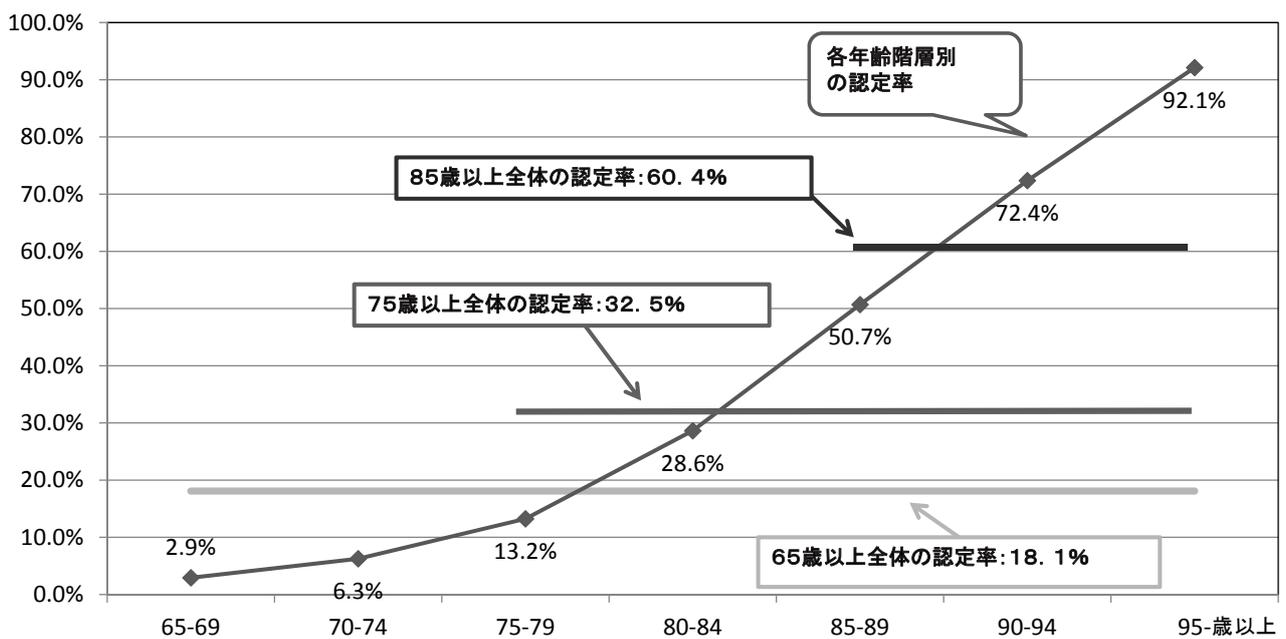
⑥ 介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

○保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2021年をピークに減少する。



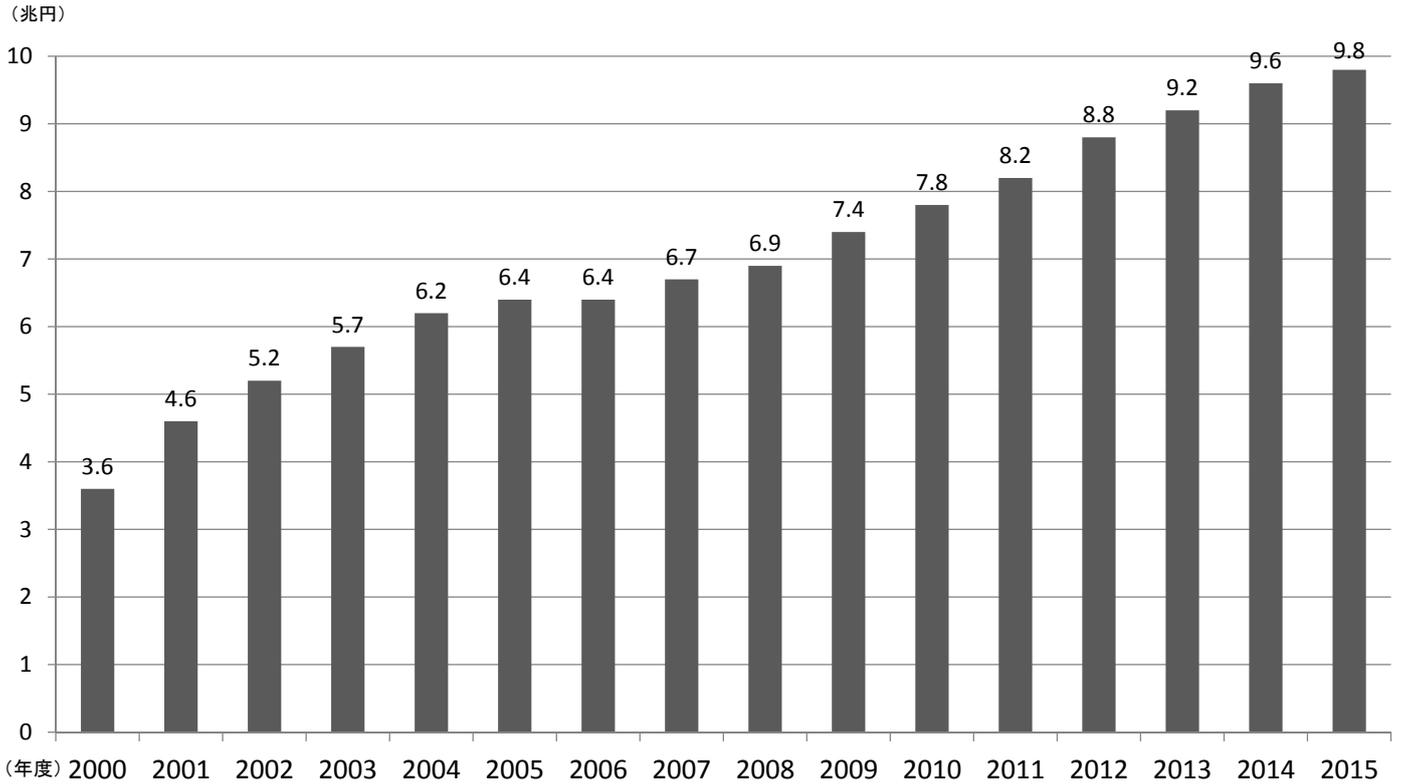
(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

年齢階級別の要介護認定率の推移



出典: 総務省統計局人口推計及び介護給付費実態調査(平成28年10月審査分)

介護給付(総費用額)の推移

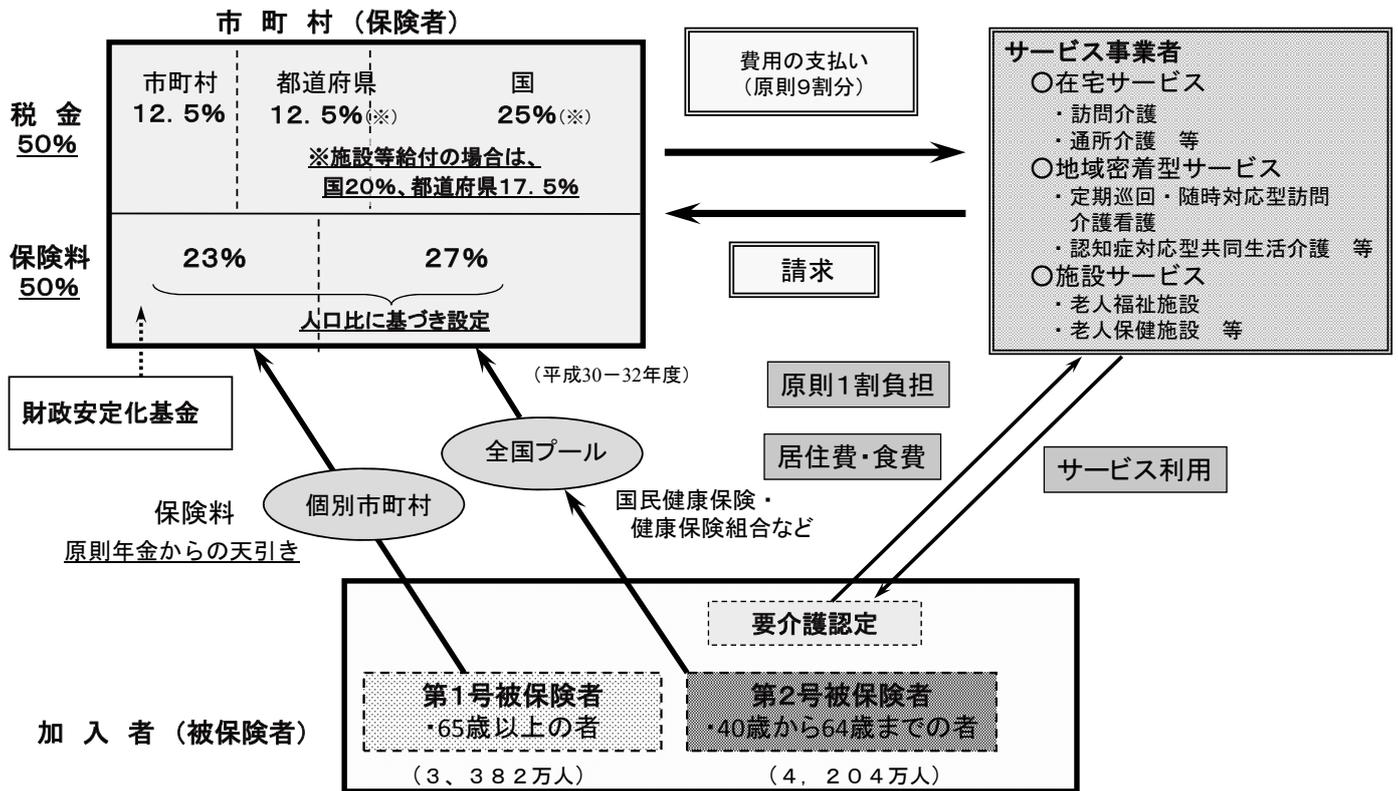


6

介護保険制度の基本的な仕組み

7

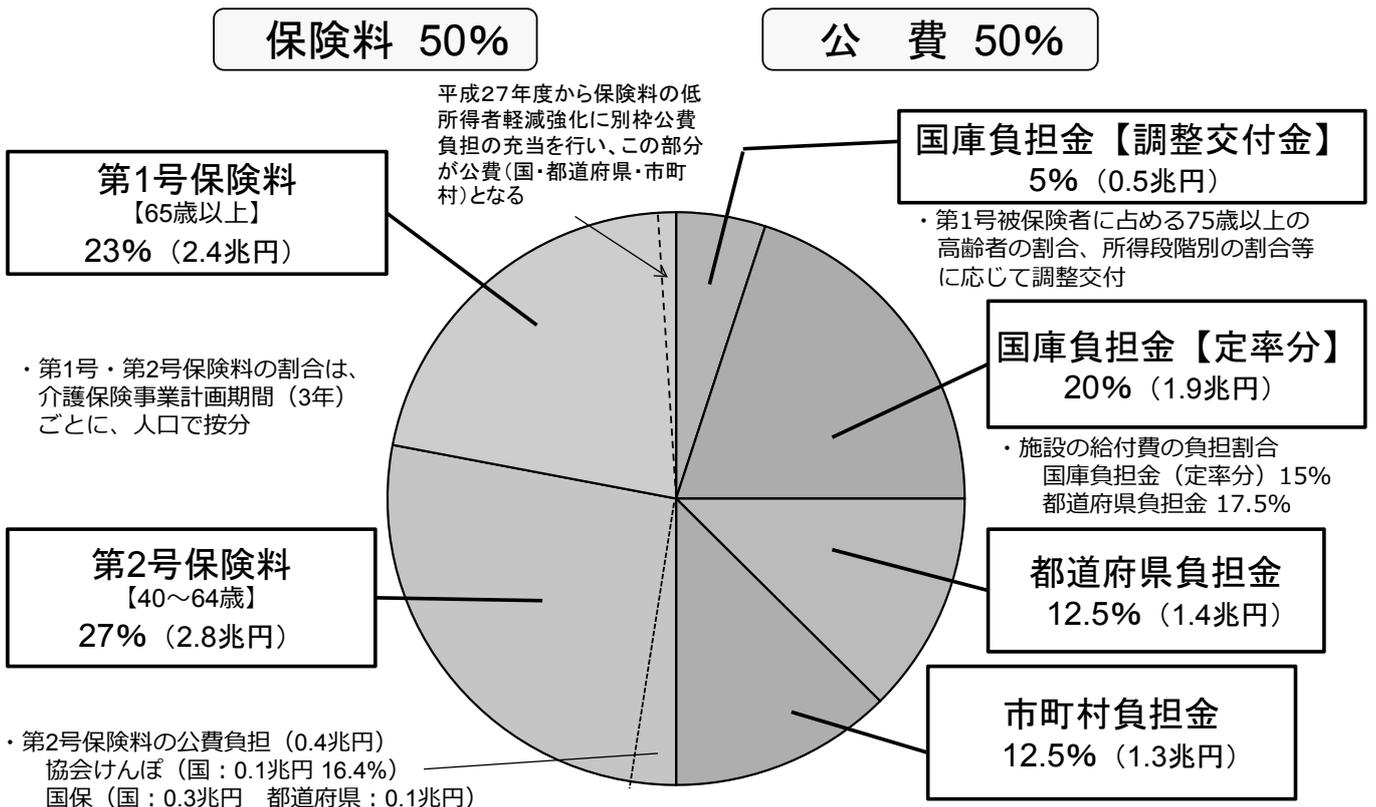
介護保険制度の仕組み



(注) 第1号被保険者の数は、「平成27年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成27年度末現在の数である。
 第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成27年度内の月平均値である。

介護保険の財源構成と規模

(30年度予算 介護給付費：10.3兆円)
 総費用ベース：11.1兆円



※数値は端数処理をしているため、合計が一致しない場合がある。

介護保険制度の被保険者(加入者)

- 介護保険制度の被保険者は、①65歳以上の者(第1号被保険者)、②40～64歳の医療保険加入者(第2号被保険者)となっている。
- 介護保険サービスは、65歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40～64歳の者は末期がんや関節リウマチ等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、受けることができる。

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上の者	40歳から64歳までの医療保険加入者
人数	3,382万人 (65～74歳:1,745万人 75歳以上:1,637万人) ※1万人未満の端数は切り捨て	4,204万人
受給要件	・要介護状態 (寝たきり、認知症等で介護が必要な状態) ・要支援状態 (日常生活に支援が必要な状態)	要介護、要支援状態が、末期がん・関節リウマチ等の加齢に起因する疾病(特定疾病)による場合に限定
要介護(要支援)認定者数と被保険者に占める割合	607万人(17.9%) (65～74歳: 76万人(2.2%) 75歳以上: 532万人(15.7%))	14万人(0.3%)
保険料負担	市町村が徴収 (原則、年金から天引き)	医療保険者が医療保険の保険料と一括徴収

(注) 第1号被保険者及び要介護(要支援)認定者の数は、「平成27年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成27年度末現在の数である。第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成27年度内の月平均値である。

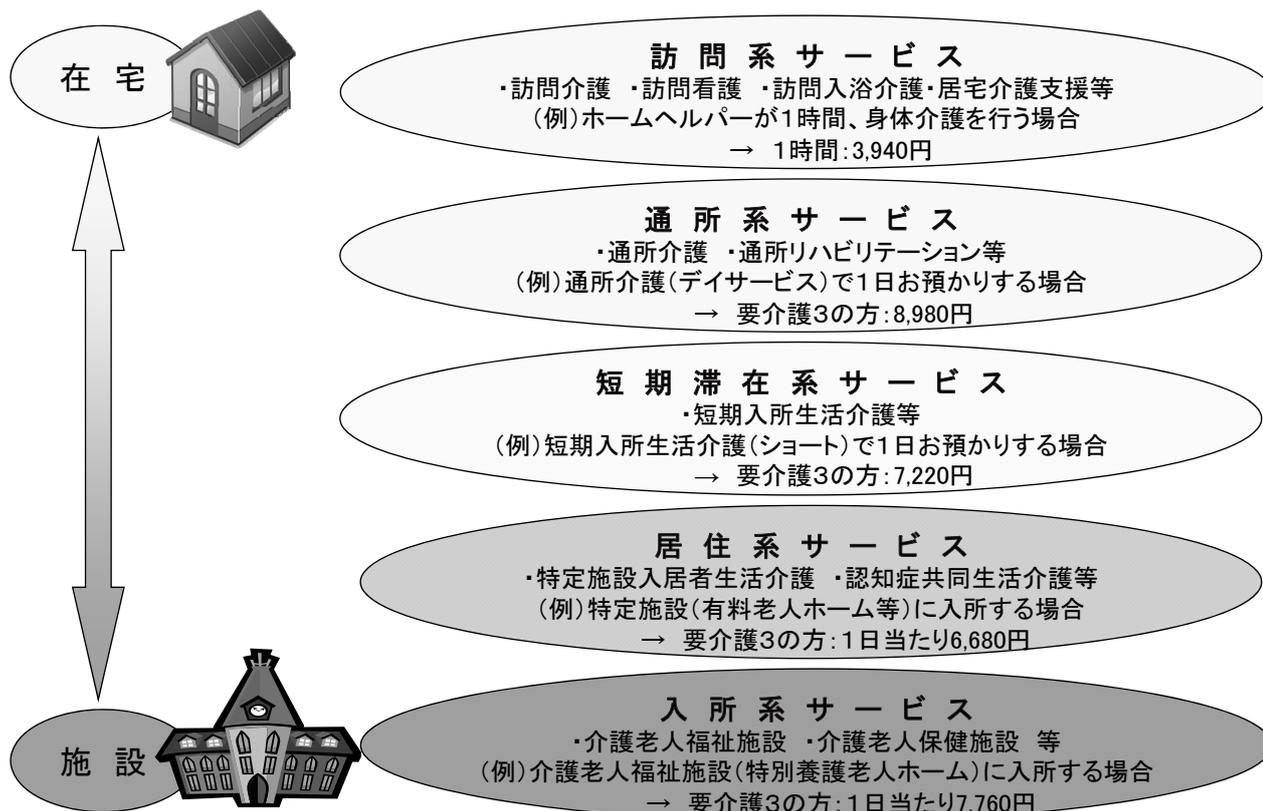
10

介護保険の保険給付等

		介護給付	予防給付			
・保険給付	・介護給付 ・予防給付	居宅介護サービス費	介護予防サービス費	介護保険のサービス費の支給は、代理受領方式で現物給付化されている		
		地域密着型介護サービス費	地域密着型介護予防サービス費			
		施設介護サービス費	—			
		居宅介護サービス計画費(ケアマネ)	介護予防サービス計画費(ケアマネ)			
		特定入所者介護サービス費(補足給付)	特定入所者介護予防サービス費(補足給付)	左の給付は、償還払いが原則 (一部の自治体で、福祉用具購入費、住宅改修費、施設の高額介護(予防)サービス費は、受領委任方式が行われている。)		
		居宅介護福祉用具購入費	介護予防福祉用具購入費			
		居宅介護住宅改修費	介護予防住宅改修費			
		高額介護サービス費	高額介護予防サービス費			
				高額医療合算介護サービス費	高額医療合算介護予防サービス費	
		・地域支援事業	・市町村特別給付 (条例で定められている市町村の独自給付、財源は1号保険料)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・日常生活支援総合事業 ・介護予防事業 ・包括的支援事業 ・任意事業 		
<ul style="list-style-type: none"> ・保健福祉事業 (条例で定められている市町村の独自事業、財源は1号保険料) 						

11

介護保険サービスの体系



12

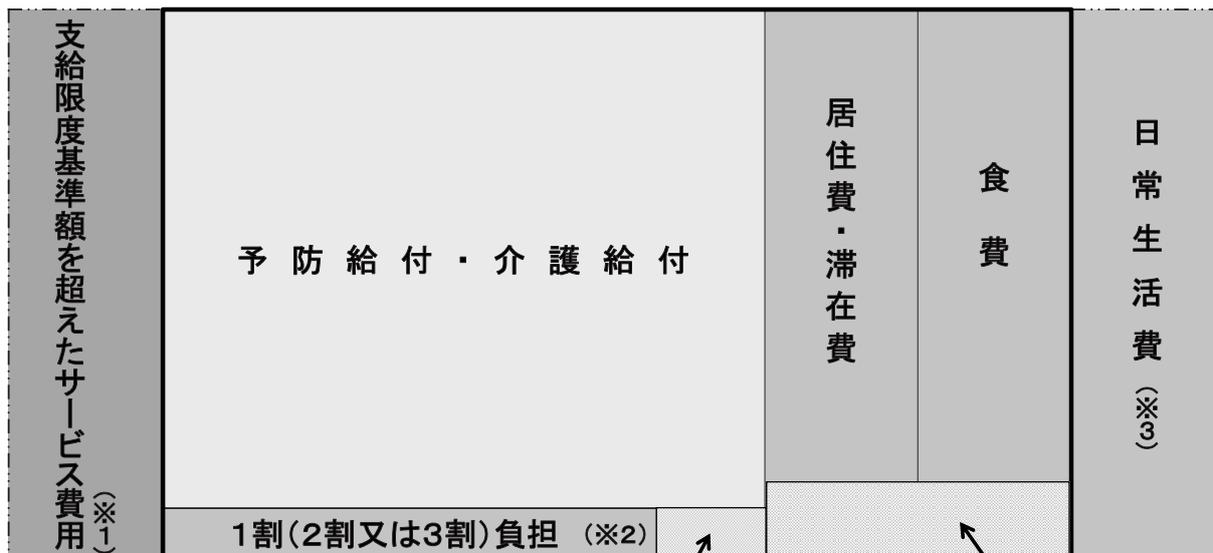
介護サービスの種類

	都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス	市町村が指定・監督を行うサービス
介護給付を行うサービス	<p>◎居宅介護サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護(ホームヘルプサービス) ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 <p>○特定施設入居者生活介護 ○福祉用具貸与</p> <p>◎居宅介護支援</p> <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○通所介護(デイサービス) ○通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○短期入所生活介護(ショートステイ) ○短期入所療養介護 <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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 	<p>◎地域密着型介護サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○夜間対応型訪問介護 ○地域密着型通所介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護(グループホーム) ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ○複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)
予防給付を行うサービス	<p>◎介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 <p>○介護予防特定施設入居者生活介護 ○介護予防福祉用具貸与</p> <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防短期入所生活介護(ショートステイ) ○介護予防短期入所療養介護 	<p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム) <p>◎介護予防支援</p>

このほか、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給、居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給、市町村が行う介護予防・日常生活支援総合事業がある。

13

利用者の自己負担



高額介護サービス費や高額医療合算介護サービス費による1割負担の軽減

特定入所者介護サービス費(補足給付)による居住費・滞在費、食費の軽減

※1 在宅サービスについては、要介護度に応じた支給限度基準額(保険対象費用の上限)が設定されている。

※2 居宅介護支援は全額が保険給付される。一定以上の所得者については2割又は3割負担。

※3 日常生活費とは、サービスの一環で提供される日常生活上の便宜のうち、日常生活で通常必要となる費用。
(例:理美容代、教養娯楽費用、預かり金の管理費用など)

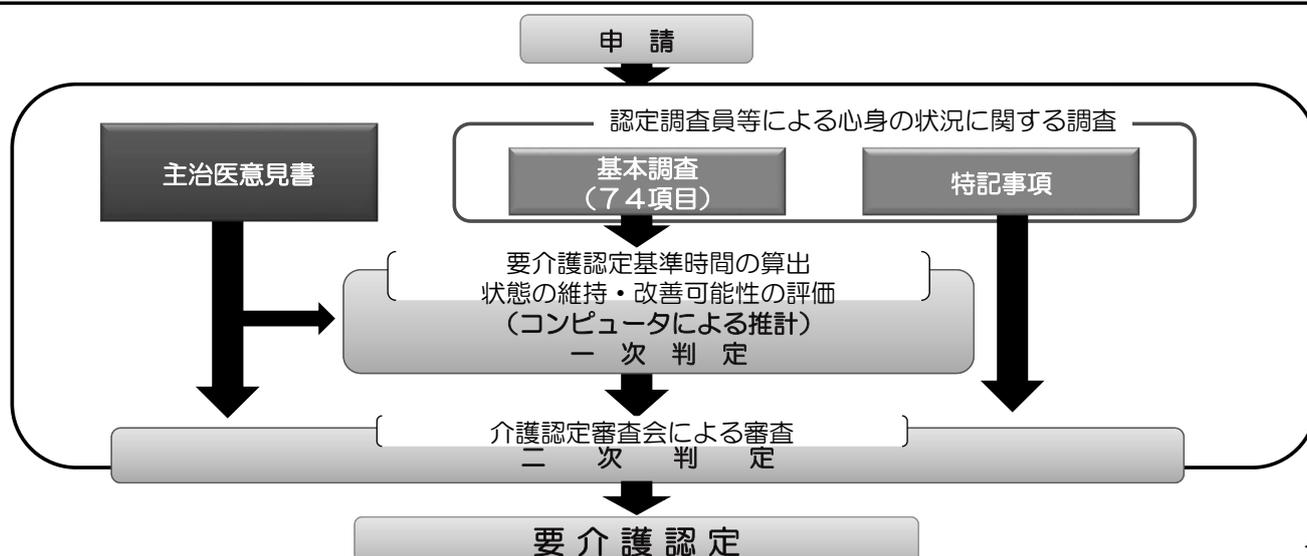
要介護認定制度について

要介護認定の仕組み

○ 要介護認定(要支援認定を含む。)は、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組みであり、一次判定及び二次判定の結果に基づき、市町村が申請者について要介護認定を行う。

①一次判定・・・市町村の認定調査員による心身の状況調査(認定調査)及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定を行う。

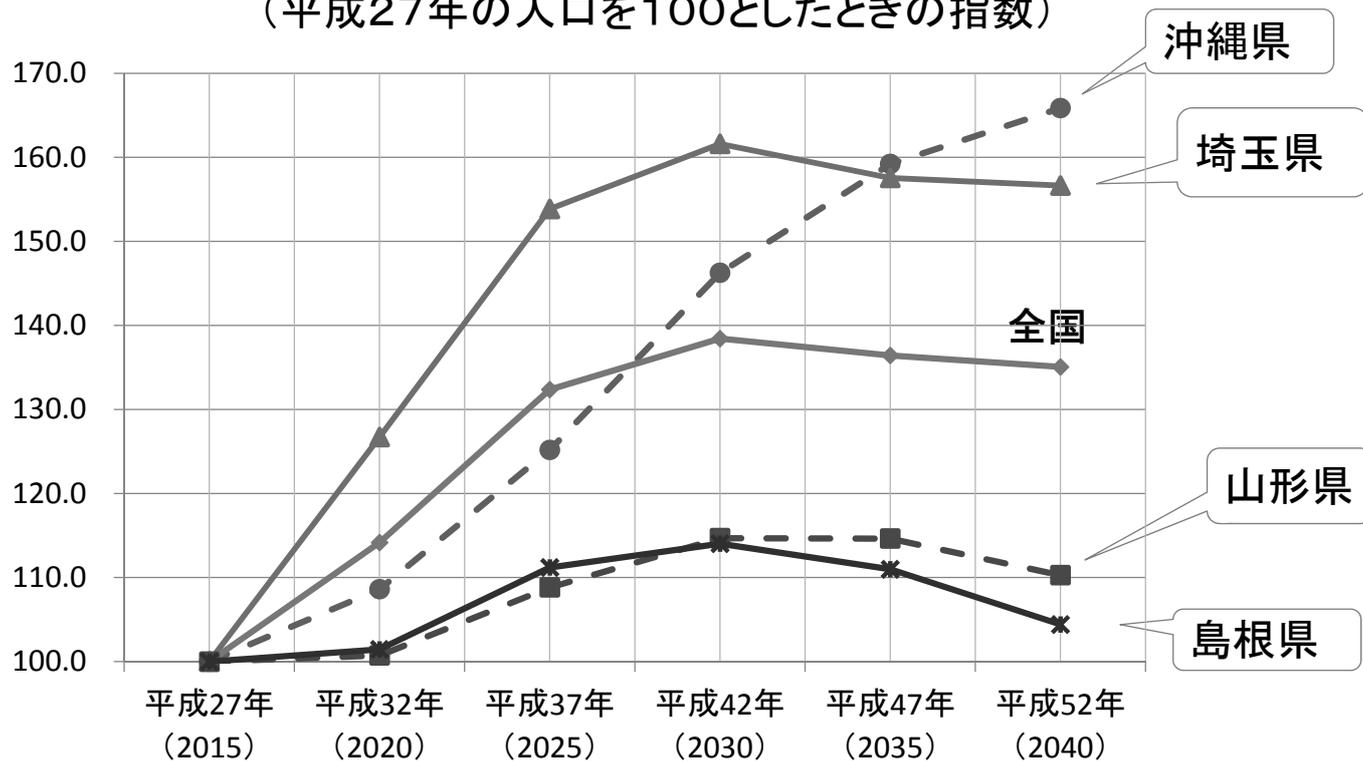
②二次判定・・・保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定を行う。



地域包括ケアシステムの構築 に向けた取組み

75歳以上人口の将来推計

(平成27年の人口を100としたときの指数)

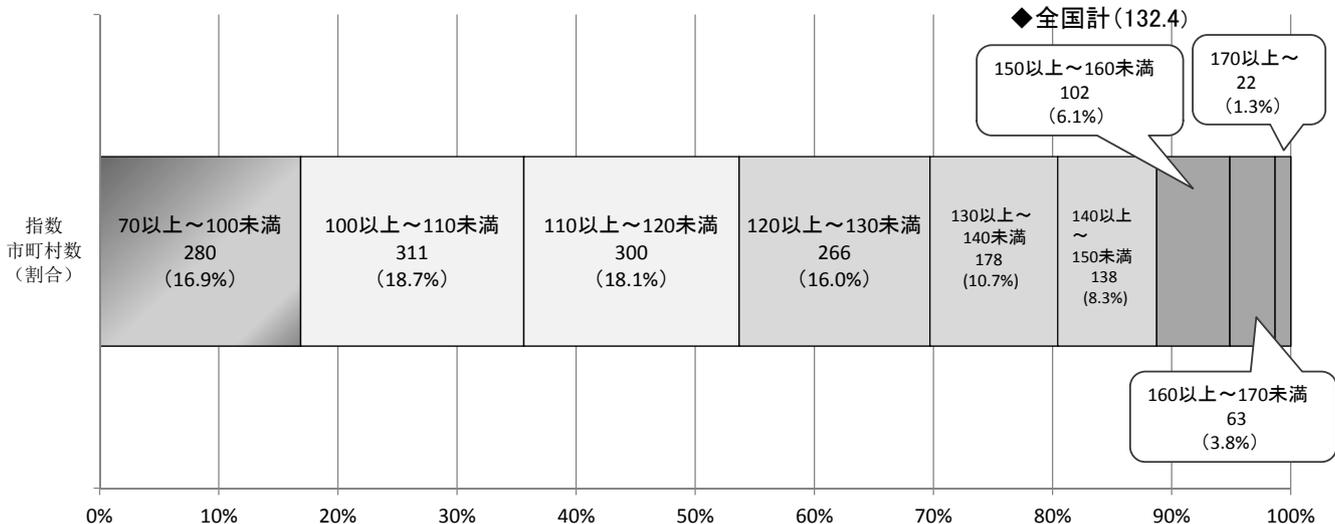


国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

75歳以上人口の伸びの市町村間の差

75歳以上人口の2015年から2025年までの伸びでは、全国計で1.32倍であるが、市町村間の差は大きく、1.5倍を超える市町村が11.3%ある一方、減少する市町村が16.9%ある。

75歳以上人口について、平成27(2015)年を100としたときの平成37(2025)年の指数



注)市町村数には福島県内の市町村は含まれていない。

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

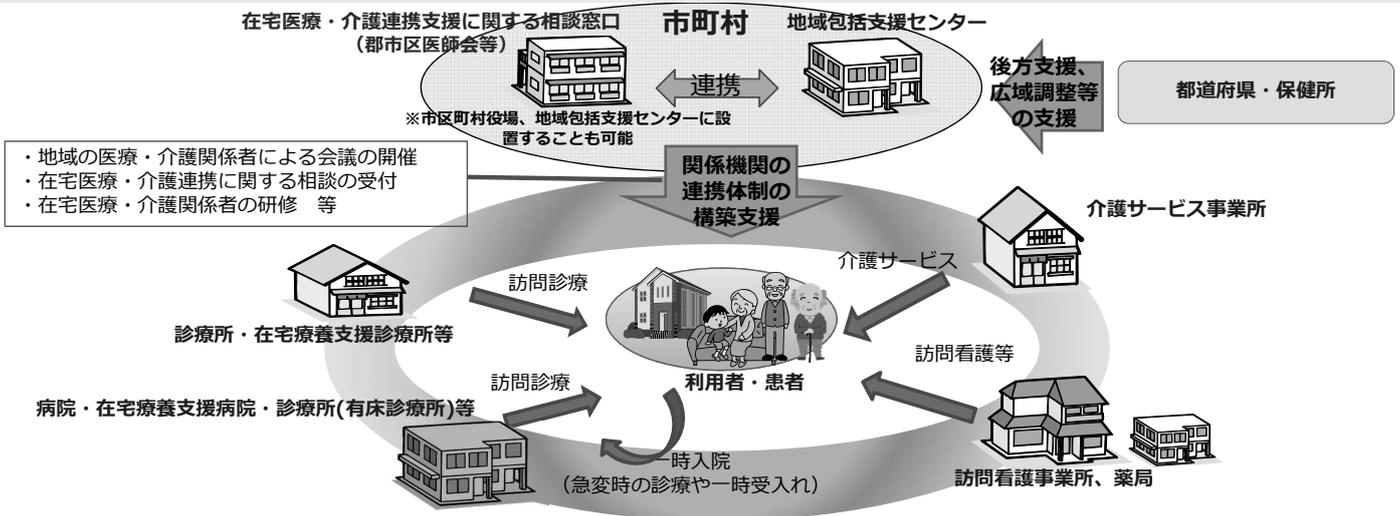
地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



在宅医療・介護連携の推進

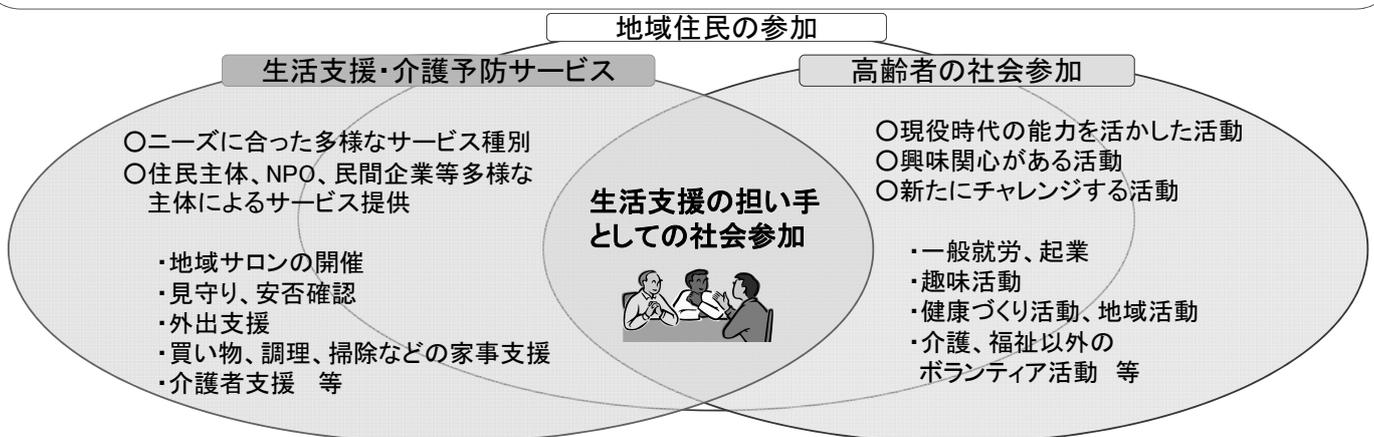
- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
 (※) 在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



20

生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



バックアップ

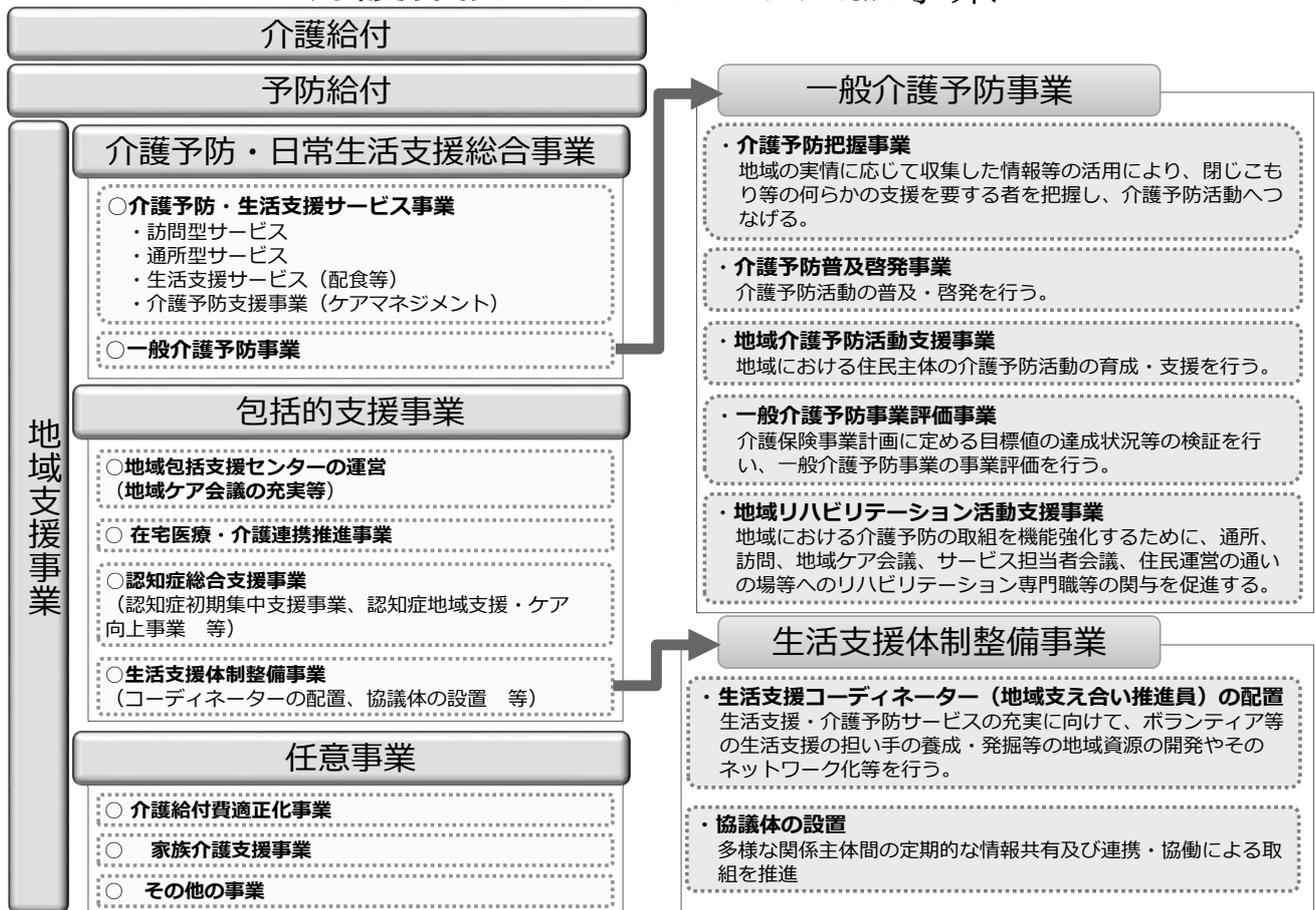
市町村を核とした支援体制の充実・強化

バックアップ

都道府県等による後方支援体制の充実

21

介護保険における地域支援事業



22

予防・健康づくりの推進（医療保険・介護保険における予防・健康づくりの一体的実施）

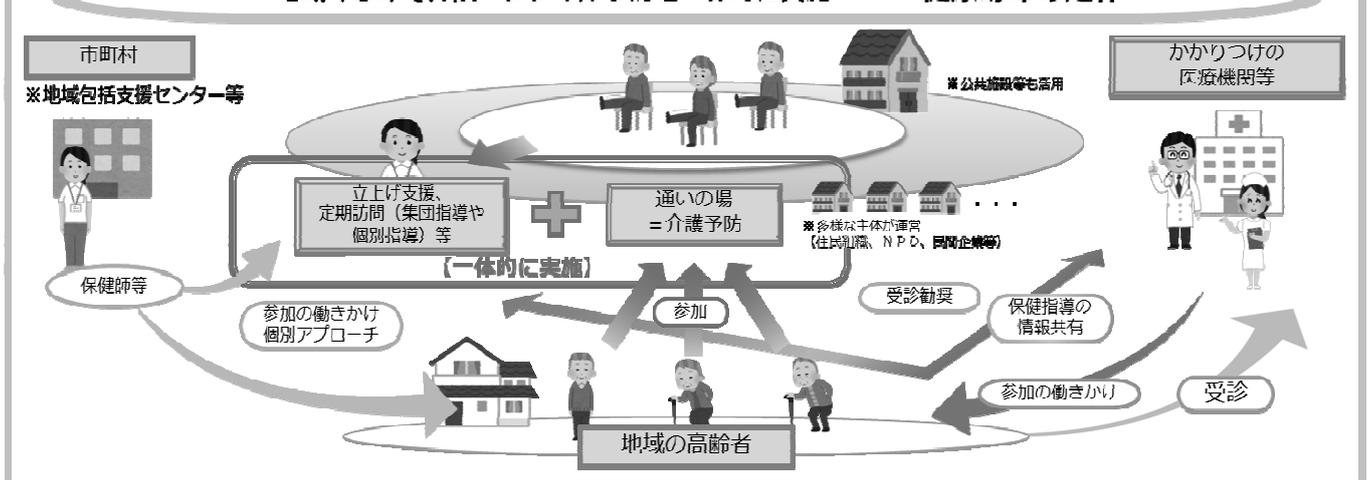
健康寿命の延伸に向けた課題

- 高齢者の有病率は高く、早期発見・早期対応とともに、重症化予防が課題。
- また、生活機能が急速に低下し、高齢者が参加しやすい活動の場の拡大や、フレイル対策を含めたプログラムの充実が課題。
- さらに、介護予防と生活習慣病対策・フレイル対策は実施主体が別であり、高齢者を中心として、これらが一体的に提供されるよう、関係機関が連携して取り組む体制構築が必要。



- ▶ 高齢者の通いの場を中心とした介護予防（フレイル対策（運動、口腔、栄養等）を含む）と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防の一体的実施。
- ▶ 通いの場の拡大、高齢者に対して生きがい・役割を付与するための運営支援、かかりつけの医療機関等との連携。

地域ぐるみで介護・フレイル予防を一体的に実施 ⇒ 健康寿命の延伸



23

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント

平成29年5月26日成立、6月2日公布

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化

- ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設
- ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

（その他）

- ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設

※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）

- ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）

24

保険者機能強化推進交付金（介護保険における自治体への財政的インセンティブ）

平成30年度予算案 200億円

趣旨

- 平成29年地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCAサイクルによる取組を制度化
- この一環として、自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための新たな交付金を創設

概要

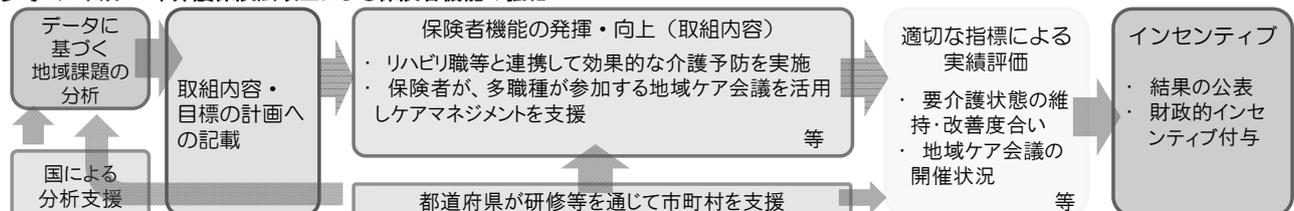
<市町村分(200億円のうち190億円程度)>

- 1 交付対象 市町村（特別区、広域連合及び一部事務組合を含む。）
- 2 交付方法 評価指標の達成状況（評価指標の総合得点）に応じて分配
- 3 活用方法 国、都道府県、市町村及び第2号保険料の法定負担割合に加えて、介護保険特別会計に充当
なお、交付金は、高齢者の市町村の自立支援・重度化防止等に向けた取組を支援し、一層推進することを趣旨としていることも踏まえ、各保険者におかれては、交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要取組を進めていくことが重要

<都道府県分(200億円のうち10億円程度)>

- 1 交付対象 都道府県
- 2 交付方法 評価指標の達成状況（評価指標の総合得点）に応じて分配
- 3 活用方法 高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する各種事業（市町村に対する研修事業や、リハビリ専門職等の派遣事業等）の事業費に充当

<参考1>平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



<参考2>市町村 評価指標 ※主な評価指標

- | | |
|---|---|
| ① PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化
☑ 地域包括ケア「見える化」システムを活用して他の保険者と比較する等、地域の介護保険事業の特徴を把握しているか 等 | ④ 介護予防の推進
☑ 介護予防の場に関与する専門職が関与する仕組みを設けているか
☑ 介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上の方の参加者数はどの程度か 等 |
| ② ケアマネジメントの質の向上
☑ 保険者として、ケアマネジメントに関する保険者の基本方針を、ケアマネジャーに対して伝えているか 等 | ⑤ 介護給付適正化事業の推進
☑ ケアプラン点検をどの程度実施しているか
☑ 福祉用具や住宅改修の利用に際してリハビリ専門職等が関与する仕組みを設けているか 等 |
| ③ 多職種連携による地域ケア会議の活性化
☑ 地域ケア会議において多職種が連携し、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じているか
☑ 地域ケア会議における個別事例の検討件数割合はどの程度か 等 | ⑥ 要介護状態の維持・改善の度合い
☑ 要介護認定者の要介護認定の変化率はどの程度か |

※ 都道府県指標については、管内の地域分析や課題の把握、市町村向けの研修の実施、リハビリ専門職等の派遣状況等を設定

25

新たな介護保険施設の創設（法改正）

見直し内容

- 今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設する。
- 病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

<新たな介護保険施設の概要>

名称	介護医療院 ※ただし、病院又は診療所から新施設に転換した場合には、 <u>転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。</u>
機能	要介護者に対し、「 <u>長期療養のための医療</u> 」と「 <u>日常生活上の世話（介護）</u> 」を一体的に提供する。（介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づける。）
開設主体	地方公共団体、医療法人、社会福祉法人などの非営利法人等

☆ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。

※ 具体的な介護報酬、基準、転換支援策については、介護給付費分科会等で検討。

26

地域共生社会の実現に向けた取組の推進（法改正）

「我が事・丸ごと」の地域作り・包括的な支援体制の整備

1. 「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念を規定

地域福祉の推進の理念として、支援を必要とする住民（世帯）が抱える多様で複合的な地域生活課題について、住民や福祉関係者による①把握及び②関係機関との連携等による解決が図られることを目指す旨を明記。

2. この理念を実現するため、市町村が以下の包括的な支援体制づくりに努める旨を規定

- 地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備
- 住民に身近な圏域において、分野を超えて地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う体制（*）
（*）例えば、地区社協、市区町村社協の地区担当、地域包括支援センター、相談支援事業所、地域子育て支援拠点、利用者支援事業、社会福祉法人、NPO法人等
- 主に市町村圏域において、生活困窮者自立相談支援機関等の関係機関が協働して、複合化した地域生活課題を解決するための体制

3. 地域福祉計画の充実

- 市町村が地域福祉計画を策定するよう努めるとともに、福祉の各分野における共通事項を定め、上位計画として位置づける。（都道府県が策定する地域福祉支援計画についても同様。）

※法律の公布後3年を目途として、2の体制を全国的に整備するための方策について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる旨の附則を置く。

新たに共生型サービスを位置づけ

- 高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に新たに共生型サービスを位置付ける。（指定基準等は、平成30年度介護報酬改定及び障害福祉サービス等報酬改定時に検討）



平成30年度介護報酬改定の概要

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。

平成30年度介護報酬改定 改定率: +0.54%

I 地域包括ケアシステムの推進

■ 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けられる体制を整備

【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

■ 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

【主な事項】

- リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- 身体的拘束等の適正化の推進

III 多様な人材の確保と生産性の向上

■ 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

■ 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

【主な事項】

- 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等
- サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

28

第7期介護保険事業計画

第7期介護保険事業計画等の全国集計（概要）

○第1号被保険者数

平成29(2017)年度	平成30(2018)年度	平成31(2019)年度	平成32(2020)年度	平成37(2025)年度
3,475万人	3,508万人	3,541万人	3,572万人	3,610万人

○第1号被保険者の要介護（要支援）認定者数

平成29(2017)年度	平成30(2018)年度	平成31(2019)年度	平成32(2020)年度	平成37(2025)年度
629万人	647万人	665万人	683万人	771万人

○第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合

平成29(2017)年度	平成30(2018)年度	平成31(2019)年度	平成32(2020)年度	平成37(2025)年度
18.1%	18.4%	18.8%	19.1%	21.4%

※1）2017年度の数値は、介護保険事業状況報告（平成29年12月分）の平成29年12月末時点の数値である。

※2）2018年度～2020年度、2025年度の数値は、第7期介護保険事業計画について集計した数値である。

30

第7期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

平成29(2017)年度
実績値 ※1

平成32(2020)年度
推計値 ※2

平成37(2025)年度
推計値 ※2

○ 介護サービス量

	平成29(2017)年度 実績値 ※1	平成32(2020)年度 推計値 ※2	平成37(2025)年度 推計値 ※2
在宅介護	343 万人	378 万人 (10%増)	427 万人 (24%増)
うちホームヘルプ	110 万人	122 万人 (11%増)	138 万人 (26%増)
うちデイサービス	218 万人	244 万人 (12%増)	280 万人 (28%増)
うちショートステイ	39 万人	43 万人 (9%増)	48 万人 (23%増)
うち訪問看護	48 万人	59 万人 (22%増)	71 万人 (47%増)
うち小規模多機能	10 万人	14 万人 (32%増)	16 万人 (55%増)
うち定期巡回・随時 対応型サービス	1.9 万人	3.5 万人 (84%増)	4.6 万人 (144%増)
うち看護小規模多機能型居宅介護	0.8 万人	2.1 万人 (172%増)	2.9 万人 (264%増)
居住系サービス	43 万人	50 万人 (17%増)	57 万人 (34%増)
特定施設入居者生活介護	23 万人	28 万人 (21%増)	32 万人 (41%増)
認知症高齢者グループホーム	20 万人	22 万人 (13%増)	25 万人 (26%増)
介護施設	99 万人	109 万人 (10%増)	121 万人 (22%増)
特養	59 万人	65 万人 (11%増)	73 万人 (25%増)
老健(＋介護療養等)	41 万人	43 万人 (7%増)	48 万人 (18%増)

※1）2017年度の数値は介護保険事業状況報告（平成29年12月月報）による数値で、平成29年10月サービス分の受給者数（1月当たりの利用者数）。

在宅介護の総数は、便宜上、同報の居宅介護支援・介護予防支援、小規模多機能型居宅介護及び複合型サービスの受給者数の合計値。

在宅介護の内訳について、ホームヘルプは訪問介護（予防給付、総合事業への移行分は含まない。なお、予防給付を含んだ場合は、119万人）、訪問リハ（予防給付を含む。）、夜間対応型訪問介護の合計値。デイサービスは通所介護（予防給付、総合事業への移行分は含まない。なお、予防給付を含んだ場合は229万人）、通所リハ（予防給付を含む。）、認知症対応型通所介護（予防給付を含む。）、地域密着型通所介護の合計値。ショートステイは、短期入所生活介護（予防給付を含む。）、短期入所療養介護（予防給付を含む。）の合計値。居住系サービスの特定施設及び介護施設の特養は、それぞれ地域密着型サービスを含む。

※2）平成32(2020)年度及び平成37(2025)年度の数値は、全国の保険者が作成した第7期介護保険事業計画における推計値を集計したもの。

なお、在宅介護の総数については、※1と同様の方法による推計値。

31

第7期計画期間における各都道府県第1号被保険者
平均保険料基準額(平成30～32年度)

	第6期保険料基準額 (月額)(前回公表数 値)(円)	第7期保険料基準額 (月額)(円)	保険料基準額の伸び 率(%)
全国 1,571被保険者	5,514	5,869	6.4%
北海道	5,134	5,617	9.4%
青森県	6,175	6,588	6.7%
岩手県	5,574	5,955	6.8%
宮城県	5,451	5,799	6.4%
秋田県	6,078	6,398	5.3%
山形県	5,644	6,022	6.7%
福島県	5,592	6,061	8.4%
茨城県	5,204	5,339	2.6%
栃木県	4,988	5,496	10.2%
群馬県	5,749	6,078	5.7%
埼玉県	4,835	5,058	4.6%
千葉県	4,958	5,265	6.2%
東京都	5,538	5,911	6.7%
神奈川県	5,465	5,737	5.0%
新潟県	5,956	6,178	3.7%
富山県	5,975	6,028	0.9%
石川県	6,063	6,330	4.4%
福井県	5,903	6,074	2.9%
山梨県	5,371	5,839	8.7%
長野県	5,399	5,596	3.6%
岐阜県	5,406	5,766	6.7%
静岡県	5,124	5,406	5.5%
愛知県	5,191	5,526	6.5%

	第6期保険料基準額 (月額)(前回公表数 値)(円)	第7期保険料基準額 (月額)(円)	保険料基準額の伸び 率(%)
三重県	5,808	6,104	5.1%
滋賀県	5,563	5,973	7.4%
京都府	5,812	6,129	5.5%
大阪府	6,025	6,636	10.1%
兵庫県	5,440	5,895	8.4%
奈良県	5,231	5,670	8.4%
和歌山県	6,243	6,538	4.7%
鳥取県	6,144	6,433	4.7%
島根県	5,912	6,324	7.0%
岡山県	5,914	6,064	2.5%
広島県	5,796	5,961	2.8%
山口県	5,331	5,502	3.2%
徳島県	5,681	6,285	10.6%
香川県	5,636	6,164	9.4%
愛媛県	5,999	6,365	6.1%
高知県	5,406	5,691	5.3%
福岡県	5,632	5,996	6.5%
佐賀県	5,570	5,961	7.0%
長崎県	5,770	6,258	8.5%
熊本県	5,684	6,374	12.1%
大分県	5,599	5,790	3.4%
宮崎県	5,481	5,788	5.6%
鹿児島県	5,719	6,138	7.3%
沖縄県	6,267	6,854	9.4%

※ 端数処理等の関係で、各自治体の公表している額と一致しない場合がある。

第1号保険料の分布(平成30～32年度)

保険料基準額の分布状況

保険料基準額	被保険者数
2501円以上～3000円以下	1(0.1%)
3001円以上～3500円以下	2(0.1%)
3501円以上～4000円以下	6(0.4%)
4001円以上～4500円以下	34(2.2%)
4501円以上～5000円以下	183(11.6%)
5001円以上～5500円以下	344(21.9%)
5501円以上～6000円以下	475(30.2%)
6001円以上～6500円以下	331(21.1%)
6501円以上～7000円以下	148(9.4%)
7001円以上～7500円以下	25(1.6%)
7501円以上～8000円以下	13(0.8%)
8001円以上～8,500円以下	6(0.4%)
8,501円以上～9,000円以下	2(0.1%)
9,001円以上	1(0.1%)
合計	1571(100.0%)

保険料基準額高額被保険者

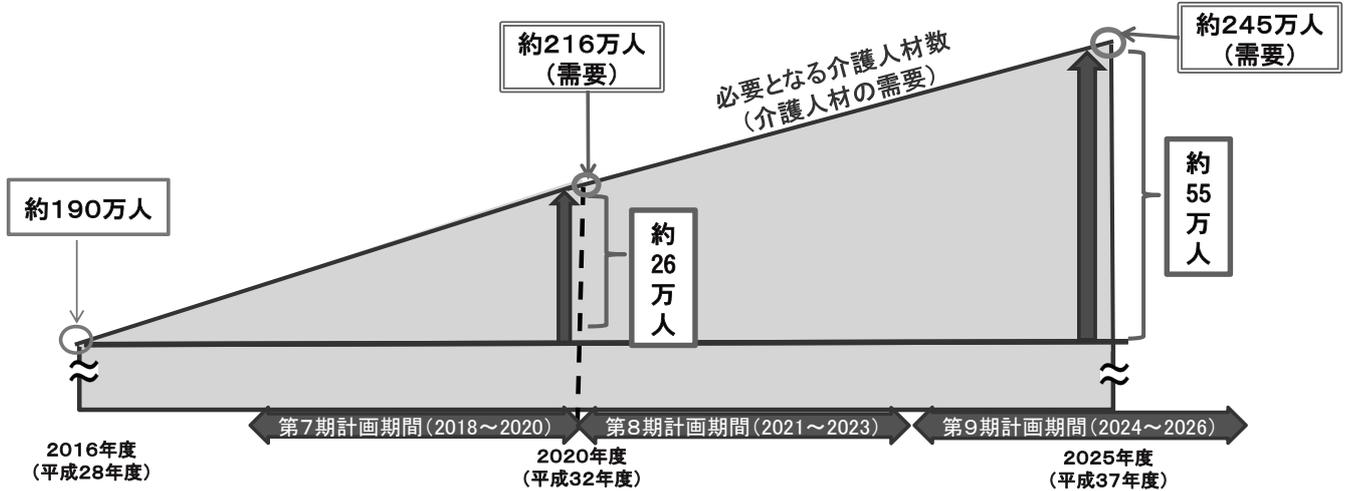
被保険者名	第7期基準額(月額)
福島県 葛尾村	9,800
福島県 双葉町	8,976
東京都 青ヶ島村	8,700
福島県 大熊町	8,500
秋田県 五城目町	8,400
福島県 浪江町	8,400
青森県 東北町	8,380
福島県 飯舘村	8,297
岩手県 西和賀町	8,100
福島県 三島町	8,000
福島県 川内村	8,000

保険料基準額低額被保険者

被保険者名	第7期基準額(月額)
北海道 音威子府村	3,000
群馬県 草津町	3,300
東京都 小笠原村	3,374
北海道 興部町	3,800
宮城県 大河原町	3,900
千葉県 酒々井町	3,900
北海道 奥尻町	4,000
北海道 中札内村	4,000
埼玉県 鳩山町	4,000
愛知県 みよし市	4,040

第7期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数について

- 第7期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護人材の需要を見ると、2020年度末には約216万人、2025年度末には約245万人が必要。
- 2016年度の約190万人に加え、2020年度末までに約26万人、2025年度末までに約55万人、年間6万人程度の介護人材を確保する必要がある。
- ※ 介護人材数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する介護職員数に、介護予防・日常生活支援総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員数を加えたもの。
- 国においては、①介護職員の処遇改善、②多様な人材の確保・育成、③離職防止・定着促進・生産性向上、④介護職の魅力向上、⑤外国人材の受入環境整備など総合的な介護人材確保対策に取り組む。



注1) 需要見込み(約216万人・245万人)については、市町村により第7期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量(総合事業を含む)等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。

注2) 2016年度の約190万人は、「介護サービス施設・事業所調査」の介護職員数(回収率等による補正後)に、総合事業のうち従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスに従事する介護職員数(推計値:約6.6万人)を加えたもの。

34

総合的な介護人材確保対策（主な取組）

	これまでの主な対策	今後、さらに講じる主な対策
介護職員の処遇改善	(実績)月額平均5.7万円相当の改善 <ul style="list-style-type: none"> 月額平均1.4万円の改善(29年度～) 月額平均1.3万円の改善(27年度～) 月額平均0.6万円の改善(24年度～) 月額平均2.4万円の改善(21年度～) 	◎ 2019年10月の消費税率の引き上げに伴い、更なる処遇改善を実施予定
多様な人材の確保・育成	○ 介護福祉士を目指す学生への修学資金貸付 ○ いったん仕事を離れた介護人材への再就職準備金貸付(人材確保が特に困難な地域では貸付額を倍増)	◎ 中高年齢者等の介護未経験者に対する入門的研修を創設し、研修受講後のマッチングまでを一体的に支援 ◎ 介護福祉士養成施設における人材確保の取組を支援
離職防止 定着促進 生産性向上	○ 介護ロボット・ICTの活用推進 ○ 介護施設・事業所内の保育施設の設置・運営の支援 ○ キャリアアップのための研修受講負担軽減や代替職員の確保支援	◎ 介護ロボットの導入支援や生産性向上のガイドラインの作成など、介護ロボット・ICT活用推進の加速化 ◎ 認証評価制度の普及に向けたガイドラインの策定
介護職の魅力向上	○ 学生やその保護者、進路指導担当者等への介護の仕事の理解促進	◎ 介護を知るための体験型イベントの開催(介護職の魅力などの向上)
外国人材の受入環境整備		◎ 在留資格「介護」の創設に伴う介護福祉士国家資格の取得を目指す外国人留学生等の支援(介護福祉士修学資金の貸付推進、日常生活面での相談支援等)

35

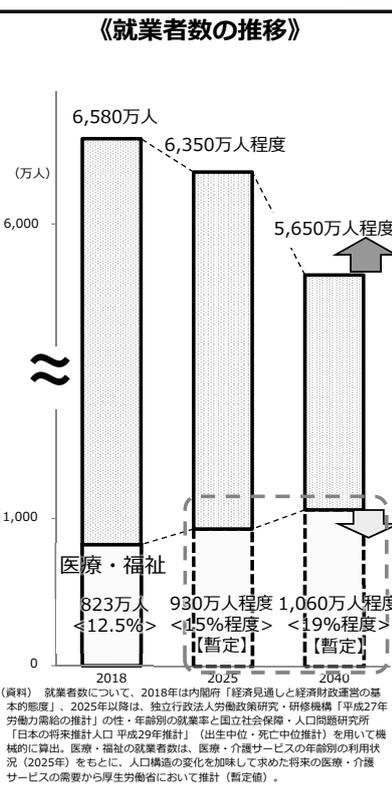
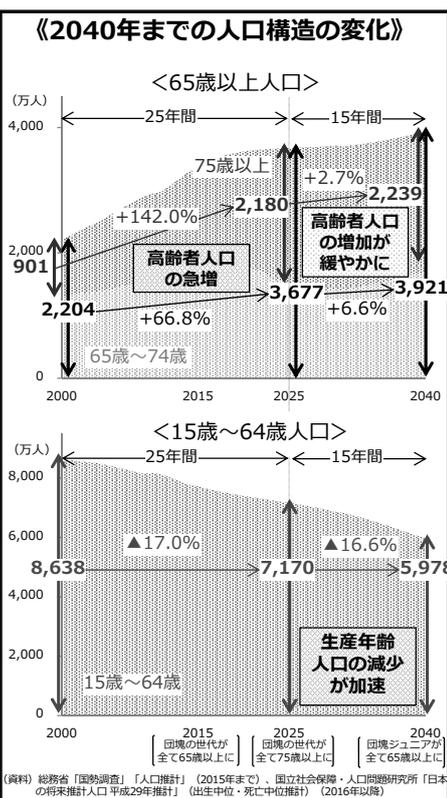
2040年を見据えた社会保障の将来見通し

2040年頃を展望した社会保障改革の新たな局面と課題

平成30年4月12日経済財政諮問会議
加藤厚生労働大臣提出資料

人口構造の推移を見ると、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。

2025年以降の現役世代の人口の急減という新たな局面における課題への対応が必要。



国民的な議論の下、

- これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、
- 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

《新たな局面に対応した政策課題》

- 1. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上**
⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、2040年までに3年以上健康寿命を延ばすことを目指す。
- 2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保**
⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性^{*}の向上を目指す。
※ サービス産出に要するマンパワー投入量。
※ 医療分野：ICT、AI、ロボットの活用で業務代替が可能と考えられるものが5%程度（「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果から抽出）
※ 介護分野：特別養護老人ホームでは、平均では入所者2人に対し介護職員等が1人程度の配置となっているが、ICT等の活用により2.7人に対し1人程度の配置で運営を行っている施設あり

健康寿命延伸に向けた取組

平成30年4月12日経済財政諮問会議
厚生労働大臣提出資料（抄）

- 健康格差の解消により、2040年までに健康寿命を3年以上延伸、平均寿命との差の縮小を目指す。
- 重点取組分野を設定、2つのアプローチで格差を解消。

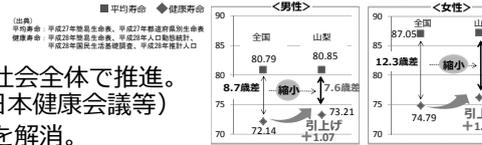
① 健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

・多様な主体の連携により、無関心層も含めた予防・健康づくりを社会全体で推進。

② 地域間の格差の解消

・健康寿命には、大きな地域間格差。地域ぐるみで取り組み、格差を解消。

※全都道府県が、健康寿命の最も高い山梨県の水準に到達すれば、男性+1.07年、女性+1.43年の延伸。



① 健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

② 地域間の格差の解消

重点取組分野	具体的な方向性	目指す2040年の姿
成育 健やか親子施策	・すべての子どもの適切な生活習慣形成のための介入手法の確立、総合的な支援 ・リスクのある事例の早期把握や個別性に合わせた適切な介入手法の確立 ・成育に関わる関係機関の連携体制の構築	・成育環境に関わらず、すべての子どもが心身ともに健やかに育まれる。 例) 低出生体重児の割合や10代の自殺死亡率を先進諸国トップレベルに改善する。
疾病予防・重症化予防 がん対策・生活習慣病対策等	・個別・最適化されたがん検診・ゲノム医療の開発・推進、受けやすいがん検診の体制づくり ・インセンティブ改革、健康経営の推進 ・健康無関心層も自然に健康になれる社会づくり（企業、自治体、医療関係者等の意識共有・連携）（日本健康会議等）	・個々人に応じた最適ながん治療が受けられる。 ・所得水準や地域・職域等によらず、各種の健康指標の格差が解消される。
介護・フレイル予防 介護予防と保健事業の一体的実施	・介護予防（フレイル対策（口腔、運動、栄養等）を含む）と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を一体的に実施する枠組みの構築、インセンティブも活用 ・実施拠点として、高齢者の通いの場の充実、認知症カフェの更なる設置等 ・地域交流の促進	・身近な地域で、生活機能低下防止と疾病予防・重症化予防のサービスが一体的に受けられる。 例) 通いの場への参加率 15% 認知症カフェの設置箇所数 9,500箇所
基盤整備		
見える化	データヘルス	研究開発
社会全体での取組み		

38

医療・介護・福祉サービスの生産性向上に向けて

平成30年4月12日経済財政諮問会議
厚生労働大臣提出資料（抄）

- 引き続き需要が増加する医療・介護等のサービスを安定的に提供するため、**マンパワーの確保**が課題。
- 一方、生産年齢人口の急速な減少により労働力制約が強まる中で、他の高付加価値産業への人材輩出も考慮すれば、**医療・介護・福祉の専門人材が機能を最大限発揮**することが不可欠。また、2040年までを展望すれば、AI・ロボット・ICTといったテクノロジーが急速に発展。
- このため、健康寿命の延伸に向けた取組に加えて、**医療・介護・福祉サービスの生産性改革**を進める。

従事者の業務分担の見直し・効率的な配置の推進

- 医師の働き方改革を踏まえたタスク・シフティングの推進（モデル事業の実施と全国展開）

（例）「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」によれば、医師の業務のうち、1日当たり47分は他職種への移管やICT等の活用により効率化が可能。

- 介護ロボット活用による特養での効率的な配置の推進（モデル事業の実施と全国展開）

（例）見守り機器導入後、夜間の入所者への訪室回数、巡回等に係る時間が減少。ヒヤリハット・介護事故件数も減少。

- 保育補助者など多様な人材活用による保育業務の効率化

テクノロジーの最大活用

- 医療機関におけるAI・ICT等の活用推進、診断等の質の向上や効率化に資する医療機器等の開発支援

（例）オンライン診療の推進やICTを活用した勤務環境改善（テレICU（複数のICUの集中管理）やタブレット等を用いた予診、診断支援ソフトウェア等）、多職種連携のためのSNS活用の推進 等

- 介護サービス事業所間の連携等に係るICT標準仕様の開発・普及

（例）ICT機器導入後、書類作成（ケア記録等の作成や介護報酬請求）に要する時間が減少。

- 保育所等におけるICT化の推進

- 病院長研修など医療機関のマネジメント改革への支援推進
- 介護分野、障害福祉分野における生産性向上ガイドラインの作成・普及
- 保育業務に関するタイムスタディ調査の実施、好事例の収集・横展開

マネジメント改革の支援

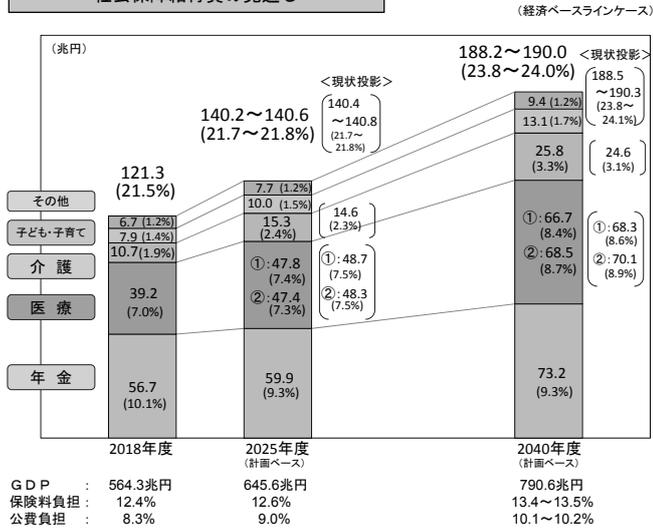
39

社会保障給付費全体の見通し

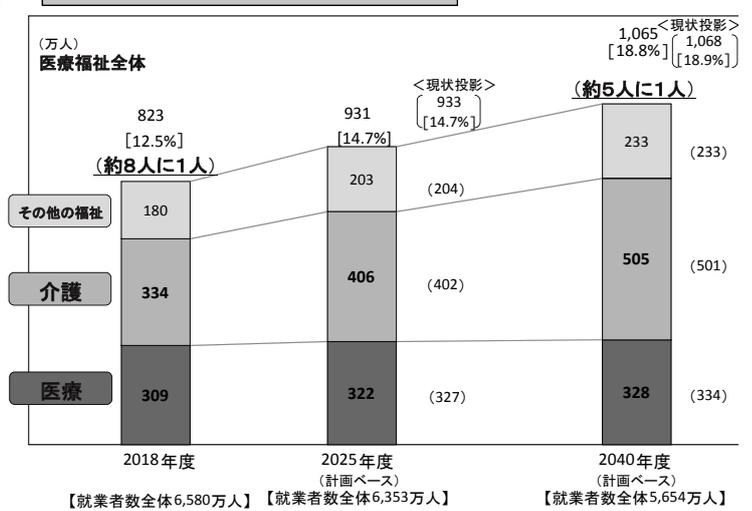
平成30年5月21日経済財政諮問会議
資料を一部改変

- 社会保障給付費の対GDP比は、2018年度の21.5%（名目額121.3兆円）から、2025年度に21.7～21.8%（同140.2～140.6兆円）となる。その後15年間で2.1～2.2%ポイント上昇し、2040年度には23.8～24.0%（同188.2～190.0兆円）となる。（計画ベース・経済ベースラインケース*）
- 経済成長実現ケース*でも、社会保障給付費の対GDP比は概ね同様の傾向で増加するが、2040年度で比較するとベースラインケースに比べて、1%ポイント程度低い水準（対GDP比22.6～23.2%（名目額210.8～215.8兆円））（計画ベース・経済成長実現ケース）。

社会保障給付費の見通し



医療福祉分野における就業者の見通し



(注1) 医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り(①と②)を示している。

(注2) 「計画ベース」は、地域医療構想に基づき2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービスの見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級の受療率等を機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

(注3) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

* 平成30年度予算ベースを元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算(平成30年1月)」等を踏まえて計算。なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。()内は対GDP比、[]内は就業者数全体に対する割合。保険料負担及び公費負担は対GDP比。

「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」に基づく マンパワーのシミュレーション - 概要 -

(厚生労働省 平成30年5月21日)

平成30年5月21日経済財政諮問会議資料を一部改変

- 基本となる将来見通しに加え、今後の議論に資するため、①医療・介護需要が一定程度低下した場合、②医療・介護等における生産性が向上した場合を仮定して、将来の就業者数に関するシミュレーションを実施。

【シミュレーション(1)】

- 医療・介護需要が一定程度低下した場合

※ これまでの受療率等の傾向や今後の寿命の伸び等を考慮し、高齢期において、医療の受療率が2.5歳分程度、介護の認定率が1歳分程度低下した場合

<2040年度の変化等>

- ・ 医療福祉分野における就業者数 : ▲81万人 [▲1.4%]

【シミュレーション(2)】

- 医療・介護等における生産性が向上した場合

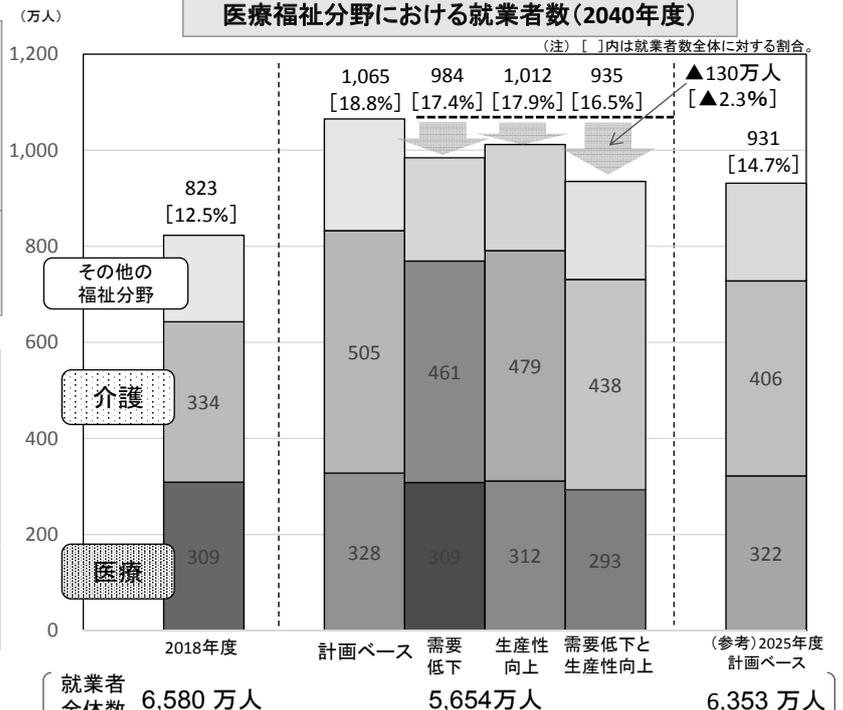
※ ICT等の活用に関する調査研究や先進事例等を踏まえ、医療・介護の生産性が各5%程度向上するなど、医療福祉分野における就業者数全体で5%程度の効率化が達成された場合

<2040年度の変化等>

- ・ 医療福祉分野における就業者数 : ▲53万人 [▲0.9%]

※ (1)と(2)が同時に生じる場合、2040年度の変化は▲130万人[▲2.3%]

医療福祉分野における就業者数(2040年度)



(注) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

第4部 今年度の研究のまとめ

今年度の研究のまとめ

井手英策

はじめに

本報告書に示されたように、本研究会は、地方交付税制度の実態を知ることにより大きなねらいを定めてきた。その際、地方財政制度の現状や地方交付税の制度的な特質について議論を重ねた一方、基準財政需要をより適切に把握することを目的として、神奈川県小田原市を素材にどのような地域ニーズが現実存在し、これをどのように充足するような動きが起きているかについての現地調査を行なった。

例年、現地調査は、委員による視察を夏頃に行なっていたが、今年度は東京からほど近い小田原市に二回足を運び、少子高齢化とともに発生する地域の財政ニーズを把握することによりかなりの時間を割いた。以下では、その成果についての要約をおこなう。

本稿の構成は以下の通りである。

まず、歴史的転換期という認識のもと、今後の地方行財政のあり方がどのような方向に向かうのかについて、理論的な考察を行う。そのうえで、小田原の取り組みを取りあげることがどのような意味を持つのかについて検討する。

小田原市調査では大きく二つのポイントがあった。第一に小田原市のケアタウン構想および分かち合い社会の創造とは何か、第二に住まいのセーフティネットの現状はどうなっているのか、である。本稿ではこれら二つのうち、同市が目玉施策として議論・実践が進んでいる「ケアタウン構想」と「分かち合い社会の創造」に焦点を合わせながら、小田原市の取り組みの歴史的な意義、本研究会への示唆について検討を加えていくこととしたい。

転換期を見極めるための視点：「欲望」から「必要」へ

ポスト東京オリンピック・パラリンピックの地方行財政のあるべき姿を考えるに際して、何がその財政の編成原理となっているのかについてまず考えておきたい。

近代に先立つ時代を見てみよう。人間の「暮らしの場」と「働く場」とは重なり合っていた。人びとは家族を中核とするコミュニティのなかで生まれ、育ち、自給自足をおこない、あらたな家族を作り、その生まれた場所で死んでいった。歴史家の安丸良夫は、家族を「生命維持装置（subsistence）」であると定義した。生活＝生産の共同体である村落コミュニティは、まさに生存・生活のニーズを共同で充足するために存在していたのである。

だが、近代と呼ばれる時代の到来、すなわち、市場経済が広がり、交換の道具としての貨幣が暮らしのなかに浸透する状況が生まれたことによって、社会を編成するための原理は一変することとなった。

まず、土地と人間が切り離され、農民は労働者となって、都市部へと移動するようになった。いわば「暮らしの場」と「働く場」が分離したのが近代だった。近代になると、人びとは自給自足ではなく、貨幣を手にいれ、財やサービスを購入することで、別言すれば、自己責任で生存・生活のために必要なニーズを充足するようになった。

「暮らしの場」と「働く場」が分離すれば、「互酬」や「再分配」を原理とする「共」の領域と、「交換」を原理とする「私」の領域もまた分離する。そして共同体の弱体化によって「共」の領域が縮小する一方、市場経済の拡大・浸透は「私」の領域を拡大させた。すなわち、「暮らしの場」＝「働く場」のなかで、子育てや介護、治安、消防、初等教育、水や森の管理といった生存・生活のニーズを充足する時代から、「働く場」＝「私」の領域で手にした賃金がニーズ充足に不可欠の道具となる時代へと変化したのである。

一方、賃金は、衣食住の確保という生存のニーズ、子どもの教育や病気、老後へのそなえといった生活ニーズに加えて、ソースティン・ヴェブレンのいうところの「顕示的消費」、つまり見せびらかしのための消費にもあてられるようになった。このことは、消費という行為が貨幣を軸になされるようになった一方、顕示的消費とニーズ、あえていえば「欲望 (wants)」と「必要 (needs)」の双方が貨幣によって満たされることとなったのである。

「欲望」の連鎖がさらなる消費を生み、これが企業の収益と労働者の賃金を支え、「必要」の充足を可能とする循環。「欲望」と「必要」の概念区分は、この循環の機能不全、いわば現代の歴史的な社会変動を理解するうえできわめて重要な区分である。

経済のグローバル化がすすみ、1990年代の後半以降、衣料品や食料品が安価に入手できるようになった。これとあわせて、世界的に労働分配率が低下し、インフレの終焉とも言われるような状況がもたらされた。顕示的消費の抑制が経済のデフレ化を加速させたのである。一方、顕示的消費が控えられるようになったからといって、ニーズを満たすという消費のもうひとつの目的までもが犠牲になっているわけではない。

たとえば、高級なTシャツが安価なTシャツに置きかわっても、巨大な高級車が軽自動車に置きかわっても、持ち家が賃貸に置きかわっても、僕たちの体を隠す、移動する、住むというニーズはみだされている。たしかに、顕示的消費が抑えられれば、GDPも所得も減少する。だが、それを異なる角度から見れば、所得が減少するなか、顕示的消費を犠牲

にしつつ、ニーズを満たすことへと行為の軸点を移しているということになる。いわば、欲望よりも必要へと消費の力点が移行し始めているのである。

同様の動きは、互酬的な関係が市場と結びつくことによっても発生しつつある。シェアリング・エコノミー化の動きがこれである。Uber や Airbnb、Peerby、メルカリ、minne といった企業の新しさはどこにあるのか。それは、家族や共同体などで互酬的、相互扶助的に充足されてきたニーズにかんして、ネット上で構築されたデジタルコミュニティに仲介されながら、企業を経由せずに充足されようとしている点にある。単純化すれば、「安価にニーズを満たす」というグローバル化と同様の現象がここでも起きているのである。

そもそもの話、である。知らない人を車に乗せる、知らない人を家に泊める、他の人が使ったあとのものを使う、これらはすべて、相手が血縁者や知人でない限り、忌避されてきたことである。しかしながら、現実のコミュニティが形骸化する一方、ネット上に擬似的なデジタルコミュニティが形成され、そのなかで人間どうしが空間的につながり、企業を排除しつつこれらのニーズを安価に充足する動きが広がっているのである。

以上は、一面では、プライベートな空間や行為をも市場に開放することで生活を成り立たせなければならない社会が訪れていることを示している。だが他方、移動する、宿泊する、生活の品々を取得するという生活ニーズを、従来の市場の交換を排除ないし弱体化させつつ、共同体的な手法で満たす時代が訪れているとも理解ができる。ここに欲望の領域と必要の領域の「新たな空間形成」の可能性を見て取ることができる。

「欲望から必要へ」、そして必要充足のなかでも「欲望と必要の新たな空間形成へ」という大きな変化が起きている。近代の「終わりの始まり」を語らねばならないゆえんである。こうした歴史変動のさなかにあつて、地方の行財政だけが近代のレジームを維持し続けることができないことはいうまでもない。

「公」の原理について

「暮らしの場」と「働く場」の分離、さらに必要充足の形態変化は、「公」の領域の誕生とも関係している。近代初期、コミュニティが弛緩し、共同行為が弱まるなか、就労によって獲得された賃金が生存・生活の土台を決定づける不安定な社会が生み出された。自分が病気になったりけがをしたりすれば、就労が困難になり、労働者は生存・生活の危機に直面することとなる。だから、人間は、「暮らしの場」と「働く場」をこえた新しい空間、共同行為のための「保障の場」を作り出さねばならなかった。それが財政システムである。

財政の起源をたどってみよう。物語は 16 世紀にさかのぼる。16 世紀の中頃から 17 世紀にかけてヨーロッパでは宗教戦争がおきた。ある文献によれば、16 世紀には 48 回、17 世紀には 235 回の大規模な戦争が起きたという。戦争が頻発し、生命の危機にさらされた人びとは、傭兵軍から常備軍へと軍隊を切りかえていった。このことは国家の軍事費を急増させ、同時に租税負担もまた急速に高まっていった。

財政の起源、それは、貨幣経済の浸透を土台としながら、「生きる」という「共通のニーズ」のために、人びとが税をつうじて痛みを分かち合ったことが出発点だった。財政は、生存・生活にかかわるニーズを充足するという共同行為として生まれたのである。

18 世紀になるとさらに戦争が頻発し、財政は膨張の一途をたどった。同時に、18 世紀の終わりには産業革命がおき、市場経済での活動や貨幣をつうじた交換が「暮らしの場」に深く入り込んでいくようになった。

こうしたプロセスが社会の不安定化と背中合わせだったことは、指摘したとおりである。イギリスの救貧法にみられるように、すでに 16 世紀の時点で、弱者を救済し、社会を安定させるための施策が整備されていった。

だが、戦争が終息した 19 世紀になると、軍事費が抑えられたことで、生活ニーズの提供範囲が段階的に広げられていった。政府は、道路や住宅といった生活環境の改善にくわえ、伝染病をおさえるための上下水道、子どもへの義務教育など、生活するうえでの社会的共通ニーズを少しずつ引き取るようになっていったのである。

日本の歴史も以上と類似したあゆみをたどってきた。

先に見たように、近代以前の時期には、警察、消防、初等教育、子育て、介護、さまざまなニーズが「暮らしの場」でみたされてきた。だが、日清戦争期、とりわけ日露戦争期に男性が戦争に動員されたことによって、共同体内部での互酬的、相互扶助的な関係にもとづくニーズ充足が維持しにくくなった。

この時期に、税を財源としながら、さまざまなサービスを代替供給していったのが、地方自治体である。実際、警察、消防、河川や道路の管理、子育て、介護、初等教育等、これらのサービスは、その大部分が地方自治体の仕事として現在も位置づけられている。

このように「ニーズの市場経済化」が共同行為を弱らせていった一方、僕たちは、財政や政府を柱とするあらたな「保障の場」を作りあげていった。財政は「人間の生存や生活を守るため」に生まれた「新しい共同行為」だった。「誰かの利益」ではなく、「全体の共通の利益」のために作られたもの、それが財政だったのである。

財政のパラダイムシフト

21世紀の日本を展望すれば、人口減少、高齢化、経済の停滞という三重苦に直面することはすでに自明の域に属する問題である。危機の時代とは、一部の誰かが生活苦にあえぐ時代ではない。中間層も含めた多くの人びとが生活苦と将来不安に怯える時代である。では、その時代にあって、公共部門にはいかなる変化が起きるのであろうか。福祉国家の対極ともいべき位置にいるアメリカとスウェーデンの危機の時代を追跡してみると、両国でも共通の現象が起きたことを知ることができる。

世界大恐慌が経済を直撃し、社会の緊張が深刻な状況にまで高まるなか、フランクリン・ルーズベルト大統領は「社会保障法 (Social Security Act)」を成立させた。社会保障という言葉を生み出したのが小さな政府で知られるアメリカだった点は興味ぶかいが、いっそう興味を惹かれるのは、保障の対象とされた人びとの範囲である。

署名演説でルーズベルトは、社会保障が「すべての人びとを保障できていない」ことを認めたくて、「私たちは、平均的な市民とその家族にたいして、失業にたいする、貧困に苦しむ高齢者に対してなんらかの手段を提供する法律を策定しようとした」と述べた。

さらには、社会、政治、そして経済のいずれもが混迷をきわめるなかでおこなわれた1938年の議会演説のなかで、ルーズベルトはこう述べている。「私たちがやっていることはよいことだ。しかし十分ではない。本当に国民のためのものとなるには、社会保障プログラムは、保護を必要とするすべての人びとをふくまなければならない。今日、市民の多くは、雇用の性質上、老齢保険や失業保険からいぜんとして除外されている。これは正しく設定される必要がある。そして、そうされるだろう」(以上、傍点は筆者)。

一読してわかるだろう。ルーズベルトが保障の対象としたのは、貧困層ではなかった。平均的な市民と家族、いわば転落の恐怖に怯えつつあった中間層だったのであり、その際に繰り返し用いられた表現、それが「すべての人びと」だったのである。

では、スウェーデンはどうだったのか。19世紀の後半以降、移民によって国外に人口流出が始まり、1880年代から出生率が持続的に低下するようになった。1925年には人口再生産率が100%を割りこみ、1930年代の前半にはヨーロッパで最低レベルの出生率に陥っていた。このような深刻な状況のもと、1932年の選挙で勝利して首相に就任することとなったのが社会民主労働党の党首だったペール・アルビン・ハンソンである。

ハンソンは、自らが首相になる過程の1928年に「国民の家について」という歴史的な

演説をおこなった。以下、その一部を引用しておく。

「家の基礎は、共同と連帯である・・・良き家では、平等、心遣い、協力、助け合いがいきわたっている。これを、国民と市民の大きな家に当てはめると、それは、現在、市民を、特権を与えられた者と軽んじられた者に、優位に立つ者と従属的な立場の者に、富める者と貧しい者、つまり、財産のある者と貧窮した者、奪う者と奪われる者に分けているすべての社会的、経済的バリアの破壊を意味する」(木下淑恵「P・A・ハンソンと『国民の家』」『北欧学のフロンティア』、傍点は筆者)

家や家族のなかでは貧富の差や奪う者、奪われる者という分断線は存在しない。すなわち、家や家族は「共同と連帯」を原理とするものである。この原理を「国民と市民の大きな家」に当てはめるということは、社会的、経済的な壁をすべて破壊することを意味している。いうなれば、特定の誰かを救済するのではなく、あらゆる人びとを等しく取り扱いながら、すべての人びとの生活を保障すること、ここにスウェーデン型福祉国家の本質が存在していたのである。

危機に直面したふたつの国を見たとき、特定の誰かではなく、社会のすべての構成員のニーズ充足する方向へと財政が舵を切っていくという事実が浮かびあがってくる。それは、自らの勤労と貯蓄という「自己責任」によって生存と生活が維持できた時代、したがって財政による救済や保障が限定的でよかった時代から、共同と連帯の原理、生存・生活という社会に共通のニーズを充足するという財政の本来の姿へと回帰していく時代、この転換が図られるのが「危機の時代」だということを示しているのである。

公・共・私のベストミックス

命や暮らしの危機が深化すれば、人びとは「共に生きる」可能性を模索し始める。それは正義や道徳心が理由ではない。生きる、暮らすという、人間のもっとも本質的なニーズを共同行為によって充足するしかなくなるのが危機の時代だからである。実際、現在の日本でも、政党や思想的な垣根を超えて「共生」という言葉があちこちで使われるようになったのは、広く知られるところだろう。

生存・生活の危機がもっともハッキリとあらわれる場所、それは消滅の危機が唱えられる中山間地域、農山漁村である。

限界集落という用語の「発祥の地」とも言われる高知県大豊町では、急峻な地形と高齢化による林業の衰退とが重なって、深刻な過疎化がすすんだ。高齢化率は55%をこえ、限

界集落は全体の7割におよんでいる。

この大豊町で、商工会との連携のもと、ヤマト運輸の協力をあおぎながら、「お買い物支援+見まもり」サービスが開始された。買物の注文をうけ、ヤマト運輸が町内商店から商品を集荷し、その日のうちに商品をとどけ、さらに配達のとときに高齢者の健康状態の確認をおこなう、というものだ。見守り介護を自治体職員が行うとすれば大変な労力を必要とする。だが、商工会という中間組織を媒介とし、民間企業の収益確保と行政ニーズの充足をうまく調和させながら「共生」のモデルを構築しているのである。

こうした「共生」の動きは、同じ高知県の土佐町石原地区でも観察できる。石原地区では、人口減少と収益減を背景に、ガソリンスタンドや生活店舗を提供していたJAが地区から撤退することを決定した。生活店舗だけでなく、買だしに必要な自動車やバイクのガソリンが手に入れられなければ、住民はまさに死活問題に直面する。そこで住民は、4つの集落をひとつにまとめて「いしはらの里協議会」を創設し、集落活動センターを起点に、ガソリンスタンドと生活店舗を地区住民が自主的に経営することを決定した。「共に生きる」ために、施設の共有化、社会化を進める動きが起きたのである。

あるいは都市部でも、こうした「共生」の動きは進んでいる。富山県の「富山型デイサービス」を見てみよう。特徴的なのは、子どもも、お年寄りも、障がい者も、それぞれが必要とするサービスを同一の施設内で受けることができる点である。寝たきりになったからといって高齢者を家から追い出すことはない。子どもが障がいを持っているからといって子どもを家から追い出すことはない。NPOと行政が協業し、家族の原理を福祉に応用しながら、すべての人びとが一つ屋根の下でサービスを受けられる「共生」モデルが構築されたのである。

福岡市の「住まいサポートふくおか」も興味深い。これは高齢者の住み替えという生活ニーズを充足するためのプラットフォームを自治体や社会福祉協議会が中心となって構築したモデルである。高齢者の住み替えはハードルが高い。死亡後の手続きや孤独死が生じた際に必要となるリフォーム費用を嫌って、民間事業者が家の賃貸に応じないからである。この取り組みでは、NPOが見守りのための電話をかけ、安否確認を行う。また、保険を制度化し、安い保険料で死亡後にかかるさまざまな経費をまかなう。さらに弁護士や行政書士なども加わり、民間事業者の不安を軽減し、住み替え需要を充足している。

これらの事例が示しているのは何か。それはNPOや専門家、商工会といった「共」の領域、そして民間企業という「私」の領域が連携しながら、「公」の機能を代替する動きが

強まっているということである。これを僕は「公・共・私のベストミックス」と呼んだ（井手英策『幸福の増税論 財政はだれのために』岩波書店）。

他方、看過してはならないのは、2017年の衆議院選挙で争点となったように、消費増税が実施され、その財源が所得制限なしで幼保の無償化等に使われるという、政策のパラダイムシフトが起きている点である。つまり、租税負担率を高めながら、すべての人びとの受益を高める動き、いわば「財政システムの原点回帰」が起きているのである。

国税だけではない。全国市長会が提案した「協働地域社会税」のような動きもある。これは、住民税、固定資産税などに全国一律で超過課税をおこなう、あるいは地方消費税の税率決定権を自治体にゆだね、税率を一律で引きあげるという提案である。税収は、公共交通整備、コミュニティ活動の拠点施設の支援、地域を支える人材の確保などに用いられる。いわば、「共」の領域の機能強化のための財源を基礎自治体が自ら獲得するための議論も始まっているのである。

「公」の機能強化と同時に、人びとの生存・生活ニーズを充足するために、「共」と「私」もまた連携を強めていく。「共に生きる」というのは単なる美辞麗句ではない。いわば、いかなる「公・共・私のベストミックス」のかたちを作り上げていくのかが、それぞれの地域ごとで鋭く問われる時代が訪れているのである。

「ケアタウン」という考えかた

さて、以上の歴史的な変動を念頭に置きながら、本研究会が調査対象とした神奈川県小田原市の取り組みについて検討を加えていこう。

小田原市は人口19万4000人、神奈川県西部の中心的な都市である。国勢調査によるとピーク時の人口は2000年の20万人であり、他の地域と同様人口の減少が始まっている。また、高齢化率も27.5%と全国平均を上回っており、25年には3割を超えることが予想されている。

このように中長期的に見た停滞が予想される状況のなか、2008年に加藤憲一氏が市長に選出された。そして加藤市政の目玉として2010年より開始されたのがケアタウン構想推進事業である。本事業は、端的に言えば、国の地域包括ケアと並走するかたちで提起され、かつ、本来のあるべき地域包括ケアの理念に即した取り組みという事ができる。

ここで指摘した「本来のあるべき姿」について簡単に考えてみたい。

ソーシャルワーク理論の第一人者であり、日本社会福祉士会の副会長、実践家でもある

中島康晴氏は、地域包括ケアが高齢者ケアに限定されている現状を次のように批判する。地域包括ケアの主体は「住民」であるが、この「住民」が「自治会の役員や民生委員やボランティアの担い手などいわゆるキーパーソン」に限定されるきらいがある。それは「暮らしの広範性とまちづくりに対する認識の捨象、そして、地域包括ケアの対象を高齢者に限定していることから派生している」（中島康晴『地域包括ケアからの社会変革への道程』批評社、pp.168-169）。

中島氏の指摘を要約すればこういうことである。地域の全体が衰退していくなかで「ケア」が提供されるためには、まちづくりを捨象することはできない。だが、そのまちづくりを実効性あるものにするためには、すべての住民が参加者となることが不可欠である。そして、それは、高齢者のケアを超えて、子どもや障がい者へのケアも含めて、真に包括的なものとして位置づけられなければ、広範な住民参加は起こりえない。地域包括ケアは、たんに治療や介護サービスの補完をめざすだけではなく、地域で生き、暮らし、死んでいくすべての人びとの生活を支えるものでなければならないのである。

このような視点に立った場合、「いのちを大切にするケアタウンおだわら」を基本理念に、対象を高齢者に限定せず、「高齢者、障がい者、子育て家庭など支援を必要としている方々を、制度的な枠組みを越えて、市民、事業者、行政等が一体となって支える仕組みづくり」を標榜する小田原市の「ケアタウン構想」は、地域包括ケアの理念に忠実な制度設計だといえることができる（<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000087567.pdf>）。

ケアタウン構想推進事業（以下、ケアタウン事業）を実施する主体は連合自治会である。小田原市には自治会総連合のもと 26 地区の連合自治会が存在しており、現在ではすべての連合自治会において、ケアタウン事業が実施されている。その内容は、ゴミ出し、家具の異動、草むしりなどを行う生活応援隊、かかりつけ医の促進を目的とした地域医療機関に関するパンフレットの作成、手作り弁当の高齢者への配達、囲碁や将棋、歌、体操のためのサークルづくり・サロン活動など多岐にわたっている。

市は、各地区にたいして、10 万円の補助をつけている。また、推進事業と並行して、ケアタウン事業の受け皿となっている地区社協の人材不足、組織の不十分さをサポートするための担い手育成事業補助、また、介護保険制度に該当しないような日常生活の困難をサポートする有償ボランティアにも生活応援隊事業補助をつけ、ケアタウン事業をサポートしている。

もうひとつ注目しておきたいのは、市の社会福祉協議会が中心となって結成された、各地区の「きずなチーム」である。きずなチームは、単位自治会であったり、民生委員・児童委員の活動エリアであったり、柔軟に範囲をさだめ、地区ボランティア、自治会関係者、民生委員・児童委員、老人クラブ会員、防犯関係者、地域福祉コーディネーター、地区社協関係者、さらには賛同する地域住民らが活動を行なっている。各自の過重な負担とならないように、日常生活における地域住民への見守りを行うことがおもな活動とされているが、一部のきずなチームでは、手紙を出したり、訪問して世間話をしたり、配食・昼食会、敬老会、サロン等の地域事業の支援が行われている。

ケアタウン構想推進事業の限界と対策

小田原市は神輿を担ぐ祭り文化が根づいており、自治会やコミュニティの結束が非常に強い地域である。こうした「地縁型住民自治組織」が中心となれたからこそ、ケアタウンの取り組みは進んできたが、急いで付け加えておくと、本事業にはいくつかの課題もある。

まず、取り組みの進行状況や深さに地域ごとで温度差が生じている。第二に、民生委員や児童委員を中心に「やらされ感」が強まっている。予算制約もあって、基本的には人頼りの事業となっているため、担い手不足が慢性的な課題となりつつあり、後継者をどのように育てていくかは深刻な問題となっている。第三に、行政も含めた各アクターがうまく連携できておらず、これらをコーディネートする主体が必要となっている。最後に、スタート時点では「すべての人びと」へのケアがうたわれていたにもかかわらず、全体としては、高齢者向けのケアに活動が傾斜しているという問題も生じている。

小田原市では、以上の課題を認識し、それへの対応を議論するため、2017年に「分かち合い社会の創造」に向けた庁内検討会を設置した。

ここでいう「分かち合いの社会」とは、すべての人びとが所得や年齢、健康状態等に関わらず幸せに暮らすために、人びとの不安感を無くしていく活動を社会全体で支えているモデルを指している。いわば、ケアタウンの根幹に据えられる理念のアップデートが実施されたわけである。行政が認識しているのは、近年、社会が複雑化した結果、所管領域を超え、連携してアプローチしなければならない課題が増えてきている点である。こうした課題に対応するため、人や組織の自助努力にウエイトを置いてきた従来の仕組みそのものを見直していくことがめざされた。

以上の議論のなかで、人材や財源、やらされ感の問題に関して、市社協各地区の事業メ

ニューの設立を支援すること、地域福祉コーディネーター・担い手ボランティアの研修・養成を行うこと、地域ケア会議の開催や有償ボランティア制度の確立、サロンへの助成などが提案された。また、各主体の連携に関しては、包括支援センターにケースワーカーを配置する、ソーシャルワーカーの地域への配置を進める、生活支援体制整備事業との連携を強めるという方向性も示された。

一方、組織内の連携強化とケアの対象拡大を実現するための動きも始まっている。「おだわら子ども教育支援センター（仮称）」の設置がそれである。

支援センターは発達面で支援を必要としている子どもとその親を対象とした施設である。教育分野と児童福祉分野を一体化し、関係機関との連携を強めながら、各ライフステージに応じた総合的な相談支援を行うことを目的としている。また、各所に分散している相談窓口を一本化し、青少年相談センターの機能もここに移設する。さらに言えば、窓口統合だけでなく、教員、保健師、臨床心理士、保育士、言語聴覚士などのサポートチームを結成し、個別のニーズに包括的にアプローチするための人的基盤の構築もめざされている。

「サービスプロバイダー」から「プラットフォームビルダー」へ

このように小田原市のケアタウンの土台には連合自治会が存在し、その負担を軽減するために、相談窓口の統合や各アクターの連携強化を強めつつある。また、高齢者ケアだけではなく、障がいのある児童へのケアも着実に整備されつつある。まさに「公・共・私のベストミックス」の新たな可能性が真剣に模索されているのである。

ここで強調して置きたいのは、自治体は「サービスプロバイダー」ではなく、むしろ「共」の領域の「プラットフォームビルダー」へと少しずつ行政のありようを変化させつつある点である。公と共の相互作用だけではなく、双方の役割、関係までもが再編されるなかで、公共性のあり方そのものが変容を遂げつつあるわけである。

もちろん、すでに指摘したように、財源論なき「公・共・私のベストミックス」は地域への事務の丸投げと表裏一体である。したがって、行政が一定の財源を確保する努力を重ね、サービスの充実を図っていくことは当然の前提というべきである。だが、行政は単なるサービスの供給主体ではなく、自治会、NPO、生協、JA、労働組合といった中間組織の機能強化と連携を図り、地域のニーズを充足するための財政支援を行うことも求められている。その意味でも、「プラットフォームビルダー」としての側面はますます強まっていく。

また、「プラットフォームビルダー」としての役割は、行政だけではなく、地域連携のコーディネーターに関わる人びとにも求められていく。せまい意味での地域包括ケアであれば、利用者に対してサービスを提供して終わりということではよいかもしれない。しかし、子どもや障がい者も含めたすべての人たちのニーズを満たし、さらには、地域で生きる人びとの暮らしの全体を支えていくのであれば、地域にある社会資源を発掘・連結し、これを行政の制度と結びつけながら、有効に活動する主体が必要となる。それがいわゆるソーシャルワーカーである。こうしたソーシャルワーカーの充実、質的強化もまた、行政にとっては重要な政策課題となっていくだろう。

先に触れた「地縁型住民自治組織」に対して、ボランティア団体、NPO、学校、PTA、企業などのさまざまな地域課題の解決のための組織を「協議会型住民自治組織」と呼ぶ。そして、こうした協議会型住民自治組織を活用する動きが、2000年代の半ば以降、人口減の懸念される地域だけではなく、横浜市や川崎市のような大都市も含めた神奈川県全域で広がりを見せつつある（「自治体における協議会型住民自治組織の現状」公益財団法人かながわ国際交流財団）。

以上のような大きな流れのなかで、各自治体の取り組みは多様なものとなっている。だからこそ、総務省は交付税の基準財政需要をどのように把握し、どのように充足していくのかが問われることとなる。取り組みは個別的であり、多様であるとしても、住民のニーズを充足するためのプラットフォーム形成に財源が必要となる状況は、各自治体に共通のものである。これらの財政需要にどのように対応していくのか。基準財政収入に跳ね返らないような新たな税財源のフレームを構築するのか、あるいは基準財政需要のなかにこれらを確実に盛り込んでいくのか。いずれにせよ、地方の現場で起きている社会変動への柔軟な対応が総務省には求められていくこととなるだろう。

委員名簿等

人口減少・少子高齢化社会における持続可能な地方行財政運営に関する調査研究
(平成30年度 地方行財政ビジョン研究会)

委員名簿

平成31年3月末日現在

委員長	井手 英策	慶應義塾大学経済学部教授
副委員長	関口 智	立教大学経済学部経済政策学科教授
委員	青木 栄一	東北大学大学院教育学研究科准教授
	荒見 玲子	名古屋大学大学院法学研究科准教授
	伊集 守直	横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授
	宇野 二郎	横浜市立大学国際総合科学群教授
	小西 杏奈	帝京大学経済学部経済学科助教
	祐成 保志	東京大学大学院人文社会系研究科准教授
	高端 正幸	埼玉大学大学院人文社会科学研究科准教授
	竹端 寛	兵庫県立大学環境人間学部准教授
	中野 妙子	名古屋大学大学院法学研究科教授
	西岡 晋	東北大学大学院法学研究科教授
	古市 将人	帝京大学経済学部経済学科准教授
	林崎 理	自治財政局長
	多田 健一郎	官房審議官（財政制度・財務担当）
	沖部 望	官房審議官（公営企業担当）
	大沢 博	自治財政局財政課長
	福田 毅	自治財政局調整課長
	出口 和宏	自治財政局交付税課長
	伊藤 正志	自治財政局地方債課長
	山越 伸子	自治財政局公営企業課長
	本島 栄二	自治財政局公営企業課公営企業経営室長
	坂越 健一	自治財政局公営企業課準公営企業室長
	長谷川 淳二	自治財政局財務調査課長
	西野 博之	自治財政局財政課参事官
	本庄 宏	一般財団法人地方自治研究機構調査研究部長兼総務部長
事務局	田林 信哉	自治財政局調整課課長補佐
	谷地 知輝	自治財政局調整課事務官
	佐藤 哲也	一般財団法人地方自治研究機構調査研究部調査研究室長兼総務室長
	堀越 尚登	一般財団法人地方自治研究機構調査研究部研究員

平成30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30年5月23日)	○「地方財政の現状と課題について」 進 龍太郎 総務省自治財政局財政課財政企画官	第1部 第1章
第2回委員会 事例視察 (平成30年7月27日)	○「小田原市の行財政運営の現状と課題」 ○「分かち合い社会の創造について」 神奈川県小田原市企画部・総務部	第2部 第1章 第2部 第3章
第3回委員会 (平成30年9月28日)	○「国民健康保険について」 野村 知司 厚生労働省保険局国民健康保険課長 ○「介護保険の現状と取組について」 橋本 敬史 厚生労働省老健局介護保険計画課長	第3部 第1章 第3部 第2章
第4回委員会 (平成30年11月29日)	○「地方交付税制度の現状と課題について」 出口 和宏 総務省自治財政局交付税課長	第1部 第2章
第5回委員会 事例視察 (平成31年2月12日)	○「市営住宅の現状（福祉分野の観点から）」 ○「分かち合い社会の創造について」 神奈川県小田原市企画部・総務部・福祉健康部・建設部	第2部 第2章 第2部 第3章

人口減少・少子高齢化社会における
持続可能な地方行財政運営に関する調査研究

—平成 31 年 3 月発行—

一般財団法人 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)

